

Allarme dalle Regioni sulla sostenibilità del Ssn

I rapporti tra lo Stato centrale e le Regioni non sono mai stati così tesi come da qualche tempo a questa parte. Colpa del dirigismo del Governo che, per esempio, trascina il confronto con i Governatori sul Fondo per le aree sottosviluppate del Paese (Fas) ma poi trova in 24 ore i fondi per ri-istituire il ministero del Turismo. Risorse che, però, nessuno pensa di riallocare sul Fondo sanitario 2010-2011 che non solo per il presidente della Conferenza delle Regioni risulta sottostimato, ma subisce un allarme-sboom anche dalla Corte dei Conti.

Monica Di Sisto

La misura è colma e il presidente della Conferenza Stato Regioni, **Vasco Errani**, ha scritto a nome di tutte le Regioni al ministro per gli Affari Regionali, **Raffaele Fitto**, perché rinnovi la richiesta di un incontro con il presidente del Consiglio per "fare chiarezza".

Uno scontro, questo, non inedito tra livelli regionali e centrali dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, ma che questa volta assume i contorni di "sfida finale" anche perché se il Patto per la Salute non verrà ridiscusso e portato all'approvazione al più presto, tutte le riforme di sistema annunciate in questi mesi dall'esecutivo rimarrebbero lettera morta. Tra essi particolarmente spinosi risultano la riorganizzazione degli ospedali e il Governo clinico, rispetto ai quali Roma ha delle proprie idee che non piacciono per nulla nemmeno al "Governo amico" della Lombardia. Dal canto loro, per di più, i Governatori, già in difficoltà con i conti specialmente al Sud, dichiarano irricevibili i nuovi impegni senza che si sia detta una parola chiara sul tema dei finanziamenti.

■ Un disavanzo certo e "certificato"

I "boatos" sull'entità dello squilibrio dei conti della sanità pubblica si erano fatti nelle ultime settimane sempre più insistenti fino a quando, a "certificarli", è arrivata la rela-

zione della Corte dei Conti sulle coperture delle leggi pubblicate tra gennaio e aprile 2009. Innova qui, riorganizza lì (ma soprattutto), paga gli aumenti ai Mmg, ed ecco che la stima sulla spesa per il Servizio sanitario nazionale risulta decisamente al rialzo rispetto alle previsioni: essa raggiungerebbe infatti a bocce ferme alla fine di questo 2009 ben 113,3 miliardi, il 4,2% in più della spesa del 2008.

La responsabilità di questa improvvisa esplosione la Corte la attribuisce allo slittamento degli oneri dei rinnovi contrattuali della sanità che dovevano gravare in realtà sugli esercizi precedenti: il rinnovo delle convenzioni con i medici di medicina generale e con gli specialisti delle Asl determineranno quest'anno aumenti che andranno ben oltre il 20% della spesa come previsto a inizio anno e il capitolo dei "beni e servizi da produttori market", che comprende anche queste voci, salirà in media del 6,9%, prevedono i giudici del bilancio pubblico.

Secondo la Corte, però, ci sono altri capitoli che hanno registrato aumenti insostenibili: gli oneri per il personale dipendente, la spesa delle strutture a gestione diretta aumenta di oltre l'8,7%. La diagnosi della Relazione della Corte è ben chiara: "Tale risultato - si legge in essa - fa guardare con preoccupazione alla previsione per il 2009, particolarmente per quanto attiene alla previsione di

un sostanziale dimezzamento del tasso di crescita dei consumi intermedi e, dall'altro, alla conseguibilità dei risparmi attesi dai piani di rientro".

La Corte dei Conti, infatti, ha stesso un velo cupo anche sui Piani di rientro delle sei Regioni che hanno sfiorato il tetto. Piani di rientro già sottoscritti col Governo (la Liguria, che però ha già coperto il deficit 2008, poi il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania e la Sicilia). La manovra per il 2009 per queste Regioni - che nel 2008 hanno assorbito l'84% dei 3,4 miliardi di disavanzi evidenziati nella Relazione della Corte dei Conti - sarà superiore ai 2 miliardi, ma per ora i correttivi messi in campo valgono in media poco meno del 70% della manovra inizialmente prevista. E solo il 32% delle misure di correzione ha inciso in modo permanente sui costi di queste Regioni. Quindi o la cinghia verrà stretta in modo più deciso, altrimenti quella che ci troveremo ad affrontare sarà una vera crisi di sostenibilità del Ssn.

■ Taglio o no ai posti letto?

Al centro del nuovo Patto per la Salute per il viceministro dedicato **Ferruccio Fazio** c'è senz'altro la sua sostenibilità. Ma mentre per il Governo questa passa senza dubbio attraverso un taglio deciso dei ricoveri e dei posti letto, i Governatori guardano oltre. Non è che

non siano pronti a fare la propria parte, ma ne precisano i distinguo. "Le Regioni sono pronte a fare la propria parte; la sfida dell'appropriatezza è fondamentale - afferma Errani - direi cruciale per il futuro del sistema sanitario pubblico. E le Regioni, che in questi anni non si sono certo sottratte alle loro responsabilità, non si tirano adesso indietro". Ma per quanto riguarda il taglio dei posti letto, Errani sottolinea: "Tutte le ipotesi per qualificare la spesa vanno ancora discusse a fondo. E riguardano non solo i ricoveri, ma anche, per esempio, l'uso dei farmaci o l'abuso delle prestazioni specialistiche. Occorre darsi obiettivi di qualità dell'offerta sanitaria, ma non con una visione puramente ragionieristica. Gli interventi sui posti letto, intendo dire, non sono più in questo momento l'elemento chiave del ragionamento e del percorso da seguire".

■ Un fronte compatto

Su questa problematica e nonostante che il recente test elettorale abbia confermato la tenuta della maggioranza nelle amministrazioni locali, il fronte dei Governatori risulta tuttavia trasversale e compatto: "Il problema è molto complesso - ha sottolineato **Roberto Formigoni**, presidente della Regione Lombardia. Le Regioni hanno chiesto di insediare uno specifico Tavolo sui nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), nell'ambito del quale discutere se e come ridurre il numero dei posti letto a disposizione che, secondo quanto dichiarato dal ministro Fitto, sarà insediato a breve, ma appuntamenti per ora non ce ne sono". In merito ai costi standard - ribadisce Formigoni - il dibattito politico non è ancora stato avviato. Finora sono andate in giro solo 'esercitazioni' che non sono certo frutto di un lavoro condiviso. Il lavoro concreto uscirà dalla commissione appena insediata, che per inciso è presieduta proprio dalla Regione Lombardia". I Lea rivisitati e corretti sostituiranno a tutti gli effetti quelli scrit-

ti nel vecchio Dpcm del 2001, ancora in vigore.

Ma i nuovi Lea sono direttamente collegati alla firma del Patto sulla Salute 2010-2012, partendo dal riconoscimento dei 7 miliardi di finanziamenti finora mancanti. E Formigoni si augura che all'inizio dell'autunno si chiuda l'accordo. "La partita tra Governo e Regioni su livelli essenziali di assistenza, costi standard e Patto sulla Salute - ha affermato Formigoni - dovrà essere chiusa al più tardi entro settembre. Altrimenti c'è il rischio di bloccare il sistema proprio in un anno elettorale come il 2010, quando andrà avanti solo l'attività amministrativa". Sui Lea l'aspetto finanziario è essenziale: "il tentativo di aggiornamento da parte del precedente esecutivo - ha ricordato Formigoni - è naufragato proprio perché la Corte dei Conti ha ritenuto che non vi fosse sufficiente copertura. Ora tutto deve confluire nel nuovo Patto sulla Salute". Sulla centralità degli ospedali nel modello d'assistenza, Formigoni non è disposto a fare passi indietro: "Qualcuno andasse a chiedere spiegazioni ai cittadini, sia a quelli delle Regioni in deficit che dovranno sanare tra sovrattasse, Irpef e ticket lo sbilancio registrato, sia alle centinaia di migliaia che ogni anno migrano in Lombardia per farsi curare. Noi abbiamo la coscienza tranquilla: da sei anni abbiamo i bilanci in pareggio". L'assessore alla sanità della Lombardia, **Luciano Bresciani**, ha ribadito il concetto anche più chiaramente: "Non possiamo sentirci dire che dobbiamo tagliare i posti letto solo perché sono quelli che demagogicamente possono ridurre i costi. Noi abbiamo seguito le indicazioni del ministro dell'Economia, **Giulio Tremonti**, e abbiamo ridotto i costi del personale rinnovando il turnover. Quando questa proposta verrà fatta, come di dovere, dalla Conferenza Stato-Regioni - ha chiarito - desideriamo che siano i tavoli tecnici a dare una risposta con un percorso formale. Quello che abbiamo appreso attualmente attraverso gli organi di informazione,

per ora, lo consideriamo una invasione nell'organizzazione del nostro sistema".

■ La spesa sanitaria è una spesa strategica

"Il problema oggi è un altro - sottolinea Errani - il Patto per la Salute che scade quest'anno va ridefinito. E va ridiscusso sulla base di una presa d'atto della sua sostenibilità finanziaria. I riferimenti della Finanziaria 2009 sono infatti inadeguati. Fin dal 2010 mancheranno 7 miliardi. Da questo si deve ripartire, appunto, dal finanziamento del sistema sanitario, che è sottostimato. Rendendo di fatto ingestibile il servizio. Su questo aspetto alcuni mesi fa abbiamo sottoscritto un'intesa con il presidente del Consiglio nella quale si diceva che bisognava rivedere il finanziamento previsto dalla Finanziaria".

"Mi sembra evidente - continua Errani - che se il Pil cala, cresce il rapporto della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo. Ma i bisogni sono quelli. Senza scordare che la spesa sanitaria in Italia continua ad essere una delle più basse in Europa. E che, come ha scritto lo stesso ministro dell'Economia nel suo libro, la spesa sanitaria è una spesa strategica, come dimostra lo stesso piano di Barack Obama negli Usa".

Quindi per il nuovo Patto per la Salute servono innanzitutto certezze finanziarie. "Senza certezze finanziarie - si chiede Errani - quale responsabilità della spesa possono assumersi le Regioni? È chiaro che bisogna lavorare per recuperare gli sprechi e garantire qualità e appropriatezza delle prestazioni, di tutte le prestazioni, non solo di quelle in ospedale. E non ci sottrarremo alle nostre responsabilità. Ma il punto di partenza finanziario è fondamentale, abbiamo chiesto che il nuovo Patto per la Salute si realizzi al più presto. A questo punto non possiamo far altro che attendere la risposta del Governo".

Di scontro in scontro, chi governerà la governance?

«Non spetta al livello centrale stabilire che la *clinical governance* sia il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Ssn. Prevedere inoltre che tale governo sia assicurato da precisi organismi (collegio di direzione) è oltremodo invasivo dell'autonomia regionale in materia di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi». I Governatori hanno preso carta e penna e inserito nel pacchetto del contenzioso in atto con il Governo delle puntuali osservazioni alla proposta di Testo unificato elaborata dal relatore: *“Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale”* che vorrebbe introdurre al più presto un modello di *clinical governance* omogenea su tutto il territorio, in quanto, si legge all'art. 1 del testo 'gradito' dal Governo "costituisce il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e di tutti i professionisti impegnati nel Ssn, attraverso una integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali implicati nell'assistenza al cittadino-malato".

Secondo questo testo, inoltre, il governo delle attività cliniche "consiste nella programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie" ed è assicurato mediante il diretto coinvolgimento di un costituendo "collegio di direzione dell'azienda", che è presieduto dal direttore sanitario d'Azienda e ha una componente di diritto formata dal direttore amministrativo d'Azienda, dai direttori di presidio, fino a un massimo di tre, e da tutti i direttori di dipartimento e da una componente elettiva costituita da tre direttori di unità operativa complessa che non siano anche direttori di dipartimento e da due dirigenti di primo livello (medici), da un rappresentante del settore infermieristico, da un rappresentante del

settore tecnico-sanitario, da un rappresentante dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni, da un rappresentante dei medici convenzionati e, solo nelle aziende territoriali, anche da un medico veterinario". Il collegio di direzione, secondo l'idea del Governo, concorrerebbe alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria. Espri- mrebbe, anche, parere obbligatorio al direttore generale sull'atto aziendale, sui programmi di ricerca e di formazione, sugli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, sul piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario.

■ Uno schiaffo all'autonomia regionale

Tutto questo è parso ai Governatori come uno schiaffo alle autonomie disegnate dal titolo V della Costituzione. Le Regioni reclamano, infatti, di decidere se sia questo il modello migliore per gestire le aziende sanitarie dei propri territori. Se si somma questo "affronto" ai requisiti che il Governo vorrebbe porre per i direttori generali delle Aziende sanitarie attraverso il decreto, compreso l'obbligo per gli aspiranti alla carica di aver frequentato un corso di formazione in materia di organizzazione e gestione sanitaria organizzati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), che diventerebbe obbligatorio anche per i direttori in carica, la misura è risultata decisamente colma.

I Governatori, in pratica, rivendicano la propria autonomia nella scelta del modello organizzativo e nella selezione dei direttori generali, ma, anche in una concertazione stringente con la competenza medica introdotta dal Collegio di direzione

così come prefigurato. In realtà, come ribadito in tutte le sedi professionali su questo tema, la vecchia divisione di compiti all'interno del servizio sanitario in cui ai medici si chiedeva competenza clinica e agli amministratori capacità di gestione, organizzazione e gestione finanziaria, non tiene più. Così come, a livello di assistenza, la *clinical governance* nell'esperienza anglosassone prevede l'attribuzione al medico di competenze legate all'esercizio della medicina, ma anche una serie di compiti d'analisi e soprattutto di decisioni sull'impiego delle risorse e sugli aspetti economici, la medicina generale concorda tutta sul fatto che avvicinare le scelte cliniche quotidiane alle decisioni apicali dell'azienda sanitaria non potrebbe fare che bene alle strutture e alla loro capacità di interpretare e di rispondere ai bisogni di salute del territorio.

Nell'articolo *"Clinical Governance in primary care: a mission impossible?"* a firma di **Alessandro Di Pasquale**, presidente dell'associazione rimesse Medicina e Persona, pubblicato sul *Journal of Medicine and The Person*, (2007; 5: 11-20) infatti si sottolinea che, guardando alle sperimentazioni in corso nel nostro Paese, si può concludere che "la semplice partecipazione ai tavoli di lavoro raramente genera sostanziali modificazioni relazionali". E che, per di più, "un ulteriore elemento di tensione è legato al fatto che - nel mondo reale - un direttore generale risponde, ci si consenta questo termine intenzionalmente vago, sia al proprio referente politico regionale sia alla specifica situazione politica locale; poiché gli obiettivi regionali e strettamente locali possono non essere - e assai spesso non lo sono - coincidenti, ne derivano ulteriori complicazioni decisionali, spesso non esplicite, ma non per questo meno cogenti". Insomma di federalismo il Ssn potrebbe non solo ammalarsi, ma anche morire. I Governatori saranno disposti ad accorgersene?