Trascrizione non rivista dall'autore

XXVII Assemblea ANCI

I SESSIONE

Patto della salute e "federalismo sanitario": applicazione e ricadute sui Comuni

Apertura dei lavori e relazione introduttiva

LEOPOLDO DI GIROLAMO, *Sindaco di Terni e Vice Presidente Federsanità ANCI*. Diamo inizio ai lavori con la discussione su "Patto della salute e federalismo sanitario: applicazione e ricadute sui Comuni". La parola per la relazione iniziale ad Angelo Lino del Favero, Presidente di Federsanità ANCI.

ANGELO LINO DEL FAVERO, *Presidente Federsanità ANCI*.

Buongiorno e benvenuti. Federsanità è particolarmente onorata che ANCI abbia dedicato questa sessione a un tema che è nell'agenda dell'attività parlamentare e governativa dell'ultimo anno: il tema del Patto per la salute e la transizione da questo impianto all'impianto del federalismo fiscale.

Preliminarmente va detto – ed è essenziale – che il provvedimento sui costi standard in sanità è figlio, in qualche modo, delle intese Stato-Regioni avviate dal 2001 in poi. Tali intese si pongono principalmente due obiettivi: il primo, quello dell'equilibrio economico e di come muoversi nel caso di sforamento dello stesso; il secondo, i macrolivelli di assistenza ovvero i servizi che vanno erogati ai cittadini sul territorio.

Il concetto di LEA, ossia livelli essenziali di assistenza, *tout court* significa tutto e niente; esso indica semplicemente se un determinato tipo di prestazione è inclusa o meno a carico del Sistema sanitario nazionale. Nulla dice, però, l'impianto dei LEA sulla dimensione quantitativa e qualitativa. È ovvio, pertanto, che occorre un compendio tra le risorse disponibili e i livelli essenziali di assistenza. Da qui l'assunto che i livelli essenziali di assistenza vanno erogati nella condizione ottimale

Trascrizione non rivista dall'autore

di efficienza, efficacia e appropriatezza: tre parole che non sono vuote, ma sono tre aspetti molto significativi per chi pratica la sanità.

Nell'ultimo Patto per la salute 2010-2012 ci sono stati alcuni passaggi importanti. Il primo aspetto è che, nonostante la riduzione del PIL nazionale, in ogni caso il fondo, seppur leggermente, è di anno in anno incrementale. So che questo non è sufficiente, ma è già qualcosa non avere un ancoraggio automatico tra prodotto interno lordo e finanziamento della salute. In quel caso, ci saremmo trovati effettivamente con grandissime difficoltà.

Per quanto concerne il rapporto con gli Enti locali, il Patto per la salute – il tema dell'incontro di oggi – prevede alcune ricadute molto importanti. Intanto, è prefigurata una riduzione importante dei posti letto per acuti che, come sapete, non potranno superare il 3,3% per mille abitanti.

Inoltre – altra questione di primaria importanza – è previsto che uno 0,7 per mille abitanti sia dedicato alla riabilitazione. Ciò significa che in Italia ci sarà una pesante riduzione, da Nord a Sud, del numero di posti letto per acuti e uno sviluppo dei posti letto riabilitativi, quindi una riconversione di sistema.

Tale riconversione funzionerà con una maggiore appropriatezza nei ricoveri e, soprattutto, in area chirurgica, comporterà lo spostamento di attività dal regime di ricovero a quello di *day surgery*, ambulatoriale.

Naturalmente tutto ciò comporterà un impatto non di poco conto sul territorio. L'articolo 9, l'unico che affronta compiutamente il tema del socio-sanitario, prevede che venga elaborato un piano integrato di programmazione nell'area socio-sanitaria assistenziale attraverso il meccanismo dell'intesa Stato-Regione. Sarà, a mio avviso, un passaggio fondamentale, perché, se il territorio non si attrezzerà compiutamente, incontreremo grosse difficoltà nell'erogare servizi ai cittadini, nella prospettiva ben nota di un pesante incremento della popolazione anziana.

Per chi volesse approfondire l'argomento, vi segnalo un mio studio pubblicato sul sito del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, "Il Rapporto 2010 sulla non autosufficienza in Italia", in cui avrete modo di vedere che nel nostro Paese tra non autosufficienza e disabilità si toccano i 2 milioni 600 mila pazienti, una massa

Trascrizione non rivista dall'autore

critica pesante, che, peraltro, raggiunge punte importanti in talune regioni e città italiane e che comporta sistemi assistenziali assolutamente nuovi.

All'interno dell'articolo 9 si sottolinea in modo assolutamente particolare la necessità di sviluppare tutta la residenzialità extraospedaliera e l'assistenza domiciliare. Al riguardo in Italia la realtà è estremamente diversa da regione a regione: pensate che il Veneto conta circa 28 mila posti in RSA, mentre la regione Lombardia sfiora i 60 mila. Per RSA intendo, semplificando, tutto ciò che è residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera. Talune regioni del Sud, come Lazio e Campania, contano attorno ai 5 mila posti letto quasi a parità di popolazione rispetto al Veneto, che ne conta 28 mila.

Capite, quindi, che è sicuramente necessaria una virata di sistema a 180 gradi e uno spostamento dell'attenzione molto forte dalla dimensione ospedaliera, che tutto sommato in molte realtà funziona bene, a quella territoriale, in cui veramente si avverte una carenza, che peraltro si ripercuote in maniera pesante sulle famiglie e soprattutto sui Comuni e sugli Enti locali, che subiscono in primo luogo la pressione.

Ritenevo importante svolgere questa sottolineatura sul primo punto: Patto per la salute significa oggi nuovi standard per i posti letto per acuti, investimento sulla riabilitazione, piano per la riorganizzazione di servizi territoriali. E questo comporta anche investimenti, ma soprattutto una nuova cultura assistenziale.

La cultura assistenziale ha i suoi riflessi anche in termini di costi. Paradossalmente, in Italia constatiamo che le Regioni che spendono di più sono anche quelle che offrono livelli qualitativi più bassi. Pertanto, evoluzione in sanità, crescita in sanità, equivale anche a competitività sul piano economico. Sembra un paradosso, ma in effetti è così perché se il sistema è asimmetrico dal punto di vista dell'appropriatezza del luogo di cura, è chiaro che questo prevede una costosità molto elevata.

In alcune Regioni del Sud ci sono persone che per la riabilitazione soggiornano, con quote consistenti per il sistema pubblico, per dieci o venti anni, laddove la riabilitazione richiede venti, quaranta o cinquanta giorni in strutture riabilitative che

Trascrizione non rivista dall'autore

dovrebbero avere quindi una funzione limitata nel tempo.

È chiaro quindi che un conto è pagare un ricovero ospedaliero che costa 100, un conto è pagare l'attività in RSA che costa 50, un conto è pagare l'attività domiciliare che costa 30.

Abbiamo bisogno di una virata e di una riconversione molto forte del sistema sul territorio che non può non coinvolgere anche gli Enti locali, perché abbiamo visto che si ottengono i maggiori risultati sul territorio laddove c'è un forte coinvolgimento degli Enti locali che sono ugualmente interessati ai servizi alla persona. Pensiamo alla Società della salute in Toscana, pensiamo al modello distrettuale del Veneto, pensiamo al modello lombardo, che anche se diverso produce buoni risultati, pensiamo a delle esperienze avviate in Italia di collaborazione strettissima societaria addirittura tra Comuni e Aziende sanitarie locali, in quanto ugualmente interessate allo stato di salute degli anziani e allo stato di salute di disabili e della popolazione con maggiore fragilità.

Questo è il primo aspetto. In Italia da un decennio attraverso le intese e i patti per la salute, in qualche maniera si è tentato un autogoverno fra Stato e Regioni, regolato anche da meccanismi pesanti sanzionatori. Non a caso in Italia ci sono ormai molte Regioni commissariate, assoggettate a piani di rientro che come sapete che sono lacrime e sangue. Bisogna lavorare molto per non arrivare a questi punti di rottura, perché altrimenti scattano meccanismi tali per cui passiamo dalla razionalizzazione al contingentamento.

Il salto culturale è pesantissimo, perché un conto è riorganizzare il sistema a ragion veduta in base a parametri, in base a processi che vengono metabolizzati nel tempo, in base a intese con i cittadini, con gli Enti locali, con il terzo settore, con il volontariato; un'altra cosa è calare dall'alto con la mannaia dalla sera alla mattina delle norme pesantissime sul piano fiscale perché le Regioni assoggettate a piani di rientro hanno ovviamente il massimo dell'aliquota IRPEF e IRAP e poi pesante inasprimento del meccanismo dei *ticket* che colpiscono spesso sia le persone esenti che non esenti.

Per la Campania sommando l'imposizione fiscale aggiuntiva e i *ticket* arriviamo

Trascrizione non rivista dall'autore

a 500.000 euro, non è uno scherzo per una popolazione che ha già le proprie difficoltà. Dobbiamo fare pertanto ogni sforzo per mantenere un modello virtuoso.

Passiamo al secondo tema di attualità, quello del federalismo fiscale che tiene viva oggi l'attenzione soprattutto degli amministratori locali, dei cittadini e anche dei mezzi di comunicazione. Mentre il motto dei Patti per la salute era "chi rompe paga", ovvero le Regioni che palesemente hanno sistemi inadeguati e non hanno un sistema programmatorio efficiente, che non hanno rivisto e riorganizzato la loro rete ospedaliera, che non hanno riorganizzato il territorio, sono costrette a pagare. Il meccanismo del "chi rompe paga", quindi, ispirava i Patti per la salute e in particolare il sistema dal 2005 in poi. Oggi, invece, il nuovo slogan, il nuovo motto è "dai costi storici ai costi standard".

Io volevo addentrarmi per un attimo nel problema per farvi capire cosa significa. Ho vissuto il lavoro dall'interno, perché faccio parte della COPAFF, l'organismo tecnico nazionale che ha predisposto la proposta sul federalismo fiscale per il Governo, mi sono occupato in particolare della parte sanitaria e posso portarvi una testimonianza diretta.

Quando parliamo di costi standard, a mio parere, dovremmo parlare di *governance* sanitaria e non di tipo contabile. La *governance* contabile non ha senso, è come il termometro che misura la febbre, ma la patologia è ben altra, e noi dobbiamo lavorare sulle patologie.

Dobbiamo, quindi, intendere il passaggio dai costi storici ai costi standard come un processo di governo della sanità diverso per concezione e di riorganizzazione dei modelli. Se lo intendessimo come strumento di carattere contabile, cadremmo, come si diceva prima, nel contingentamento e quindi nel taglio a raso, in cui è ovvio che sono le popolazioni più fragili e più deboli a soffrire.

Per quanto riguarda il funzionamento del modello dei costi standard, va detto che la formula è una formula cosiddetta *top down*, ovvero una formula che parte dalla disponibilità del fondo sanitario nazionale, dalle risorse che lo Stato decide di dedicare la sanità, per poi discendere al riparto delle stesse risorse alle Regioni. Il punto di partenza non sono le esigenze dal basso, ma la determinazione della

Trascrizione non rivista dall'autore

somma che Governo e Parlamento decidono di stanziare per la sanità nazionale, quello che un tempo si definiva Fondo sanitario nazionale e che oggi, nel nuovo del sistema, diventa lo standard nazionale, lo standard di fabbisogno nazionale e di costo nazionale.

Il fabbisogno standard nazionale è, quindi, definito in sede centrale con un meccanismo *top down*, che parte dall'alto e scende verso il basso, che tiene conto delle risorse nazionali e degli impegni assunti in sede europea.

Per definire il fabbisogno delle singole Regioni, i modelli da seguire sono due: uno è il modello cosiddetto *top down* di cui parlavo prima, ovvero un modello che parte dall'alto e definisce, in basso, il fabbisogno; l'altro è il modello cosiddetto *bottom up* che parte dalle esigenze della popolazione, dall'epidemiologia, da fattori specifici di offerta, da fattori storici eccetera e costruisce il fabbisogno regionale.

Per necessità di sintesi, si è scelto il modello *top down* ovvero l'individuazione di una serie di parametri che definiscono quanto spetta a ciascuna Regione.

Di questi parametri che sono alla base del riparto delle risorse, il primo è la popolazione, le teste che dobbiamo assistere. Sulla popolazione, però, c'è un discorso molto complesso da sviluppare.

Voi che siete addetti ai lavori saprete bene che quando si parla di popolazione si intende popolazione secca, ovvero il numero di teste, o popolazione pesata che significa valutare i consumi in base alle diverse classi di età.

A seconda della pesatura, si spostano decine di milioni di euro da una Regione all'altra, o da una realtà all'altra. In Italia esistono due realtà limite, una è la Campania che è la regione più giovane d'Italia, l'altra è Liguria che una delle Regioni a maggior tasso di invecchiamento. È quindi ovvio che il Veneto si trovi in una posizione intermedia, perché Veneto e Lombardia hanno una struttura della popolazione molto vicina all'assetto nazionale, quindi soffrono meno di questi spostamenti.

Oggi, siamo circa al 40% della popolazione pesata e al 60% della popolazione secca. La popolazione pesata riguarda la spesa per la specialistica ambulatoriale (visite, prestazioni di laboratorio, prestazioni di radiologia, tutto quello che è

Trascrizione non rivista dall'autore

diagnostica strumentale) e pesa per il 13% ; la spesa ospedaliera, pari al 44% nei parametri di riparto nazionale, è per metà pesata e per metà secca.

In futuro dovrà essere svolta una lunga riflessione dalla Conferenza Stato Regioni e dagli organi tecnici, per capire e per motivare scientificamente quando il fattore età e consumi per classi di età vada pesantemente a incidere. Incide poco o nulla sulla medicina generale, perché il meccanismo si articola per test affidati al medico e quindi indipendentemente dall'età il costo è il medesimo.

Se però parliamo di prevenzione, è diverso parlarne in talune aree che hanno un'importante storia di sanità pubblica o in Regioni con grossi problemi di carattere epidemiologico o di igiene pubblica. Non si può quindi immaginare di pesare in modo secco, stabilendo che la prevenzione vada al 5% delle teste, ma è necessario sviluppare un'attenta riflessione.

Il secondo aspetto che pesa è la qualità dei servizi. Siamo riusciti a introdurre nei concetti di calcolo della spesa standard i parametri qualitativi contenuti nel Patto della salute, i famosi allegati nn.1, 2 e 3 del Patto per la salute. Si tratta di parametri che vanno a definire l'efficienza, l'efficacia e la qualità del sistema.

L'incidenza di questi fattori qualitativi sul sistema del riparto dovrà essere definita con un'intesa tra Stato e Regioni, sentito ovviamente l'organismo tecnico competente.

La prima partita si gioca dunque sulla popolazione secca o pesata, la seconda partita si gioca sul peso riconosciuto alla qualità del sistema e alla qualità dell'offerta, perché è ovvio che a chi ha qualità del sistema e dell'offerta elevate debba essere anche riconosciuto.

Il terzo fattore destinato a far maggiormente discutere è il fattore ambientale, che è stato inserito in volata finale, stabilendo che «dovrà tenersi conto di un indicatore legato all'ambiente che determini particolari bisogni di salute per la popolazione».

Le interpretazioni saranno multiple. Da un lato c'è chi assegna una particolare pesatura al fenomeno reddito e quindi deprivazione, evidenziando come le popolazioni con minor reddito abbiano anche minore capacità di accesso ai servizi sanitari soprattutto a quelli pagati dal cittadino, che sono circa il 25% del consumo

Trascrizione non rivista dall'autore

totale, così come le popolazioni con minore cultura che hanno maggiore difficoltà di approcciarsi al sistema.

Questa dimensione della deprivazione viene dunque sostenuta da una certa corrente di letteratura scientifica in materia e anche da alcuni Enti locali.

L'altro aspetto importante è costituito dalle condizioni orografiche, perché per garantire i livelli di assistenza in un contesto urbano, in cui un distretto è rappresentato da venti grossi condomini, ben altra cosa è un distretto di 50-60.000 abitanti in zona montana, dove tra un paese e l'altro intercorrono venti minuti di strada, ad esempio in ambulanza. Quindi, è ovvio che il fattore orografico e ambientale, di densità della popolazione sul territorio, è un altro parametro che sarà destinato ad essere tenuto in considerazione. Tuttavia, quello che poi conta è il peso che diamo a questi fattori, perché qui la scelta è tutta politica.

So che devo stringere, ma vorrei sviluppare compiutamente questo tema, che non molti conoscono bene, dal punto di vista dell'articolazione e della dinamica. Ebbene, secondo una certa corrente di pensiero la pesatura sarà legata al reddito, mentre secondo un'altra essa sarà legata alla dimensione orografica, territoriale e relativa alla densità della popolazione.

Secondo altri ancora il fattore discriminante sarà quello dell'epidemiologia, perché è ovvio che dove c'è una presenza particolare di fattori epidemiologici, chiaramente questi saranno tenuti in debita considerazione.

Fatto ciò, e quindi assegnato a ciascuna Regione il riparto che le competerà, si farà la differenza tra il costo reale, quindi la spesa storica della Regione, e il costo standard. In questo contesto, verranno proposte 5 Regioni alla Conferenza Stato-Regioni che ne sceglierà 3, le quali costituiranno il *benchmarking* per tutti gli altri, e avranno 5 anni di tempo per andare dalla spesa storica al costo standard. Queste tre Regioni però cambieranno di anno in anno, ovvero ogni anno saranno individuate, sulla base dei parametri di cui parlavo prima, le tre Regioni più virtuose.

A questo riguardo, ho sollevato un problema importante, che pongo anche alla vostra attenzione. Siccome la norma prevede che la media tra le Regioni sia ponderata, dobbiamo fare molta attenzione. Infatti, ciò vuol dire che se la

Trascrizione non rivista dall'autore

Lombardia ha 10 milioni di abitanti e sarà pesata in termini di media con l'Umbria che ha 900.000 abitanti – ovvero un decimo della Lombardia – è chiaro che se il costo standard della Lombardia è di 875 per la prestazione e quello dell'Umbria 1.100, pesando quest'ultima un decimo sul tutto, avremo un'Italia schiacciata sui costi standard della Lombardia.

Per questa ragione, ovviamente dovrà esserci un correttivo, che preveda che le Regioni *benchmark* siano rappresentative di una quota importante della popolazione italiana, e che quindi possano costituire effettivamente una mediazione tra diverse realtà. In caso contrario, è ovvio che talune Regioni rimarrebbero schiacciate sul modello lombardo.

Il modello lombardo è virtuoso – e lo hanno dimostrato i dati – però è allo stesso tempo un modello molto specifico, in cui la sanità privata pesa per il 40%, che ha un'attrazione da sud, che ha un impianto tra ospedale e territorio diverso dai modelli veneto, toscano, emiliano e così via. Quindi, si tratta di una realtà molto particolare e specifica. Pertanto, è ovvio che si dovrà immaginare un meccanismo di *benchmark* che tenga conto del fatto che le tre Regioni prese in considerazione siano l'espressione di più mondi.

Diversamente, perché non si fa la media aritmetica? Infatti, se il costo è un costo *pro capite* della spesa, nessuno ci vieta, anziché di fare la media pesata, di fare la media semplice. Se, infatti, sommiamo il costo del cittadino della Lombardia a quello dell'Umbria o a quello delle Marche, che la Lombardia sia dieci volte più grande delle Marche diventa ininfluente, e quindi potremmo calcolare anche una media semplice tra le diverse realtà e dimensioni.

Volevo così rappresentarvi l'impianto generale del passaggio dell'intesa ai costi standard ed esprimervi tutte le problematiche sul tappeto oggi in termini di costruzione del modello dei costi standard e di costruzione del modello di *benchmark*. Ho lasciato per ultimo l'aspetto che diamo per scontato, e cioè che quella a tutto il percorso sarà una guida che fissa nel 5% la spesa per la prevenzione (oggi gran parte delle Regioni sono al di sotto del 5%), che fisserà nel 51% la spesa per il territorio (oggi la gran parte delle Regioni sono al di sotto del 51%) e fissa nel

Trascrizione non rivista dall'autore

40% la spesa per il sistema ospedaliero. Questo comporterà una riorganizzazione e un ripensamento di questo modello, ripensamento che le Regioni più avanzate stanno già immaginando col cosiddetto modello *hub and spoke*, ovvero nel creare delle aree importanti di riorganizzazione ospedaliera con un *hub*, un punto di riferimento centrale ad alto livello, alcuni centri satelliti di medio livello che possono supportare per il territorio delle patologie medie, escluse quelle di estrema complessità, gli ospedali cosiddetti di comunità e tutte le strutture territoriali a supporto, quindi la residenzialità extraospedaliera che può comprendere anche punti di primo intervento, ossia punti di riferimento ambulanza per garantire ai cittadini un modello assistenziale equo.

Spesso si dimentica, infatti, che il 118, il sistema dell'emergenza, oggi è uno degli strumenti più importanti per garantire equità d'accesso ai servizi: un punto118 che funzioni, che abbia dei riferimenti precisi verso cui portare il paziente, quindi non nell'ospedale più vicino, ma in quello che è in grado di rispondere meglio alla patologia del paziente, è quello che garantisce maggiore equità nel trattamento sanitario del cittadino e del paziente.