

Mozione Palese e altri

La Camera,

premessi che:

in data 10 giugno 2014 è stata approvata presso la 12^a Commissione parlamentare (igiene e sanità) del Senato della Repubblica la relazione congiunta del Parlamento che fornisce gli esiti dei lavori e dell'indagine conoscitiva condotta dalle Commissioni competenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica sull'efficienza del Servizio sanitario nazionale;

la Commissione ha iniziato il suo percorso d'indagine nel 2013 e ha condotto numerose audizioni, nel corso delle quali sono emersi importanti profili tutti legati dal comune denominatore di cercare di trovare il bandolo di una matassa che aveva come minimi termini il servizio sanitario su base nazionale e le politiche finanziarie, evidenziando come si tratti di una coperta troppo corta che deve trovare una sua quadra;

la legge finanziaria del 2000 ebbe inoltre l'arduo compito di eliminare il vincolo di destinazione del Fondo sanitario nazionale, che diventa bilancio autonomo delle regioni;

per le regioni con elevati disavanzi sanitari e per evitarne sostanzialmente il *default*, la legge n. 191 del 2009 (legge finanziaria per il 2010), come previsto dal Patto per la salute 2010-2012, stabilì nuove regole per i piani di rientro e per il commissariamento delle regioni. Oltre a ridurre al 5 per cento il livello di squilibrio economico (in precedenza fissato al 7 per cento), per la presentazione del piano di rientro regionale, ha infatti modificato la procedura per la predisposizione e l'approvazione del piano, nonché il procedimento di diffida della regione e della nomina di commissari *ad acta*;

pertanto, come noto, accertato il *deficit* la regione presenta, entro il 30 giugno, il piano, di durata non superiore al triennio, elaborato con l'Agenzia italiana del farmaco e Agenas. Dopo l'approvazione regionale, la valutazione è compiuta dal tavolo tecnico di monitoraggio, a cui partecipano rappresentanti dei Ministeri competenti, delle regioni e della Conferenza Stato-regioni. Decorso i termini previsti, il Governo valuta il piano e lo approva. In caso di valutazione negativa lo stesso Governo nomina commissario *ad acta* per gli adempimenti necessari;

ciò comporta, oltre all'applicazione delle disposizioni già vigenti, l'automatica adozione di misure restrittive e sanzionatorie verso la regione, tra le quali la sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, la decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari, e l'incremento delle aliquote. Le regioni, già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate, possono, in alternativa alla prosecuzione del piano di rientro secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi della gestione commissariale, presentare un nuovo piano di rientro, che determina, con la sua approvazione, la cessazione del commissariamento (articolo 2, comma 88);

il decreto-legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010, dispose, inoltre, per le regioni sottoposte ai piani di rientro, ma non commissariate, la possibilità di proseguire, alla scadenza del 31 dicembre 2009, il piano di rientro per il triennio 2010-2012, al fine anche dell'attribuzione della quota di risorse finanziarie, già subordinata, a legislazione vigente, alla piena attuazione del piano;

sempre il decreto-legge n. 78 del 2010 dispose, per le regioni con piani di rientro e commissario *ad acta*, la ricognizione definitiva dei debiti accertati, la predisposizione di un piano che definisca modalità e tempi di pagamento dei debiti medesimi, il divieto di intraprendere o proseguire, fino al 31 dicembre 2010, azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni in oggetto;

la legge di stabilità 2011 (articolo 1, commi 50-52, della legge n. 220 del 2010) concesse, per l'esercizio 2010, che le regioni che non avevano attuato completamente il loro piano potessero provvedere al disavanzo sanitario con risorse proprie, purché le misure di copertura fossero adottate entro il 31 dicembre 2010;

sempre la legge di stabilità del 2011 prevede il divieto di intraprendere o proseguire fino al 31 dicembre 2013 (articolo 1, comma 51, così modificato, dall'articolo 17, comma 4, lettera e), del decreto-legge n. 98 del 2011 e, successivamente, dall'articolo 6-*bis*, comma 2, lettere a) e b), del decreto-legge n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189 del 2012), azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni sottoposte ai piani di rientro e commissariate alla data dell'entrata in vigore del decreto legge n. 78 del 2010. Prevede inoltre, sempre dettata dalla difficoltà economica dei tempi, una deroga del 10 per cento del blocco automatico del *turnover* del personale sanitario dal 1° gennaio 2011;

il decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2010, all'articolo 15, comma 20, ha da ultimo disposto per un ulteriore triennio, dal 2013 al 2015, l'applicabilità delle disposizioni di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 78 del 2010: le regioni in piano di rientro e non commissariate proseguono i programmi

previsti nel piano di rientro, a condizione che abbiano garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario, ma non abbiano raggiunto gli obiettivi strutturali previsti. In particolare, l'equilibrio economico è garantito se la regione non raggiunge o supera il 5 per cento di squilibrio economico ovvero meno del 5 per cento, per il quale gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscono la copertura integrale del disavanzo medesimo, (articolo 2, commi 77 e 88, della legge n. 191/2009 – legge finanziaria per il 2010);

la prosecuzione ed il completamento del piano di rientro sono dunque le condizioni per l'attribuzione di risorse aggiuntive e della quota premiale del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Dal 2013, una quota premiale annua, pari allo 0,25 per cento delle risorse ordinarie previste per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, è assegnata alle regioni che hanno adottato misure idonee per una corretta gestione dei bilanci sanitari (articolo 15, comma 23);

l'articolo 4-bis del decreto-legge n. 158 del 2012 (cosiddetto «decreto sanità») prevede per le regioni in piano di rientro la disapplicazione del 15 per cento del blocco del *turnover* per il 2012;

il decreto-legge n. 95 del 2012 (articolo 15, commi 21-25) interviene, tra l'altro, sul contenimento della spesa del personale sanitario. La disciplina modifica quanto previsto sul contenimento della spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale dall'articolo 2, commi 71, 72 e 73, della legge n. 191 del 2009 (legge finanziaria per il 2010), per il triennio 2010-2012 e per gli anni 2013 e 2014;

in particolare, viene confermato, per il 2013 e per il 2014 ed esteso al 2015, il livello di spesa stabilito per il 2004, ridotto dell'1,4 per cento, al netto dei rinnovi contrattuali successivi al 2004. Per il conseguimento del sopraddetto obiettivo le regioni adottano interventi sulla rete ospedaliera e sulla spesa per il personale (fondi di contrattazione integrativa, organizzazione delle strutture semplici e complesse, dirigenza sanitaria e personale del comparto sanitario);

la regione è ritenuta adempiente al raggiungimento degli obiettivi previsti, a seguito dell'accertamento eseguito dal tavolo di verifica degli adempimenti (ai sensi dell'articolo 2, comma 73 della legge n. 191 del 2009). Per gli anni 2012, 2013 e 2014, la regione che non ha conseguito i risultati previsti è adempiente, ove abbia almeno assicurato l'equilibrio economico (ai sensi dell'articolo 2, comma 73, della legge n. 191 del 2009);

sempre per quanto disposto dal decreto-legge n. 95 del 2012, dal 2015, la regione giudicata adempiente deve conseguire l'obiettivo finale dell'1,4 per cento. Per le regioni sottoposte ai piani di rientro dai *deficit* sanitari o ai programmi operativi di prosecuzione di detti piani restano comunque fermi gli specifici obiettivi ivi previsti in materia di personale;

le misure di contenimento della spesa del personale della pubblica amministrazione (articolo 16 del decreto-legge n. 98 del 2011) si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta);

in tutto questo, non si può tralasciare il tema attinente la definizione dei costi *standard*, anche alla luce dei principi fissati dal decreto legislativo n. 68 del 2011. Il Patto per la salute 2014- 2016 ha ribadito la regola per la quale il fabbisogno sanitario *standard* deve essere determinato in coerenza con i livelli essenziali di assistenza erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza, assumendo come base i valori di costo rilevati nelle regioni *benchmark*. Ma il significato di costo *standard* è ancora lontano da una definizione univoca e non è del tutto adeguato intenderlo come sinonimo di «spesa *pro capite standard*» perché se ne perde una parte importante del potenziale di razionalizzazione del processo di allocazione delle risorse. In definitiva, i costi *standard* non sono la panacea e sotto certi aspetti potrebbero degenerare e costituire uno strumento per eludere la possibilità del controllo reale e di andare a incidere da subito sulla spesa sanitaria;

è dunque ormai evidente come sia indispensabile un controllo adeguato sulla gestione delle risorse, che è la variabile su cui si può certamente essere determinanti per migliorare sia i servizi che la spesa relativa al personale;

il sistema è infatti carente di controlli. Non avendo più la possibilità di individuare strumenti di controllo sugli atti preventivi, bisognerebbe cercare di potenziare a livello centrale il più possibile, d'intesa con le regioni, la struttura locale per poter determinare un controllo e un monitoraggio, considerando che anche le regioni hanno l'interesse al monitoraggio, e non potrebbe essere altrimenti, perché il bilancio delle regioni per l'80 per cento è spesa sanitaria;

è infine chiaro a tutti che le regioni che sono andate in piano di rientro dalla rianimazione sono finite in terapia intensiva. Se vengono lasciate sole, non andranno a finire nei reparti, ma ritorneranno di nuovo immediatamente in rianimazione, perché è molto difficile tenere a redini l'enormità della spesa da gestire;

l'altro aspetto sicuramente da individuare è se, in particolare nel contesto delle regioni con un piano di rientro, la spesa si sia ridotta tagliando i servizi. Anche in tal caso è necessario improntare un adeguato sistema di controlli successivi per appurare che non ci sia stata un'aggressione degli sprechi sui beni e servizi. Non si ha, ad oggi, un

sistema di monitoraggio che fornisca costantemente dati aggiornati, soprattutto in tutte quelle regioni dove fino a qualche tempo addietro la situazione contabile veniva tramandata non attraverso la veridicità e la certificazione dei bilanci, ma attraverso un'imprecisa tenuta dei dati. E questo perché gli sprechi e la cattiva gestione delle pur limitate risorse stanno creando la falsa e ingiusta convinzione che si possa risparmiare tagliando anche sul piano della qualità dell'assistenza;

ad esempio, è quanto emerge dai dati dello «Studio per l'individuazione di possibili interventi di contenimento della spesa sanitaria» elaborato dal centro studi SIC-sanità in cifre di FederFarma, dove si legge che «Le regioni volatilizzano 1,4 miliardi di euro l'anno tra sprechi e inefficienze»;

sulla base dell'analisi di 42 indicatori di *performance* differenziati in 5 sottogruppi, sono stati «esplorati» i sistemi sanità di 34 Stati europei e nel *ranking* europeo il Sistema sanitario nazionale italiano risulta al 21esimo posto per la «qualità» e al 26esimo posto per la «prevenzione e la qualità»,

impegna il Governo:

a valutare di assumere ogni iniziativa di competenza, e nel rispetto delle prerogative attribuite alle regioni in materia sanitaria dalla normativa vigente, atta a porre in essere gli opportuni controlli per fornire un quadro aggiornato, riferito all'intero territorio nazionale, delle conseguenze derivanti dalle operazioni di contenimento della spesa sul piano del rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

a valutare di procedere ad un monitoraggio degli effetti degli interventi di razionalizzazione e contenimento della spesa per rimuovere tutti gli ostacoli volti ad impedire un'adeguata gestione del personale degli enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale, anche mediante l'istituzione di opportuni tavoli di confronto con le categorie interessate al fine di superare, ove ce ne sia la possibilità, il blocco del *turnover* del personale e favorire l'adeguata allocazione delle professionalità presenti in campo medico ed infermieristico.

(1-00905)

(Testo modificato nel corso della seduta). «Palese, Fucci».