

ALLA VIGILIA DEL DDL CALDEROLI

FEDERALISMO
SANITARIO

TUTTI
I NOSTRI
DUBBI

↳ Domenico Iscaro*

I Ddl sul federalismo fiscale prosegue la sua marcia parlamentare ed ottiene il sì della Camera con soli 35 voti contrari e 195 astenuti, numeri da leggere in chiave squisitamente politica e quindi lontana da specifiche ragioni tecniche. Ora il Ddl è tornato al Senato in terza lettura, dopo il quale sarà legge dello Stato. Tra i punti maggiormente discussi e che sollevano non pochi interrogativi ed inevitabili conseguenti fiumi di parole è la gra-

duale sostituzione del criterio della spesa storica con quello dei costi standard. Passaggio che provoca non poche preoccupazioni nonostante sia previsto un congruo periodo di transizione. Eravamo e siamo consapevoli che il processo di trasformazione federalista del-

lo Stato avviato con la riforma del Titolo V della Costituzione – che trasferiva poteri e competenze dallo Stato agli enti periferici coerentemente con il principio che gli atti di governo hanno maggiore efficacia di esercizio e maggiore democrazia partecipativa se eser-

citati nei luoghi decisionali più vicini ai cittadini – senza il federalismo fiscale è una riforma incompiuta, a doppia velocità. Per questo motivo la nostra Associazione ha sempre seguito con attenzione l'evoluzione politico-legislativa del testo di legge sul federalismo fiscale.

Ora siamo ad un passo dalla definitiva approvazione della riforma e dopo il via libera del Senato entro due anni dovranno essere adottati decreti attuativi e l'entrata a regime del federalismo fiscale è prevista entro cinque anni.

È quindi arrivato il momento di

segue a pag. 15

Sommario

FNOMCEO

Intervista ad Amedeo Bianco, primo obiettivo: affermare la qualità medica *pagine 2-3*

GOVERNO CLINICO

Di Virgilio (Pdl): le Regioni frenano sul provvedimento ma l'accordo ci sarà *pagina 4*

PREVIDENZA

Cazzola (Pdl): in pensione a 40 anni? Resta questa l'idea del Governo *pagina 5*

RAPPORTO OSSERVASALUTE

È sempre più divisa l'Italia della sanità: migliora il Nord, Centro Sud in difficoltà *pagine 9-12*

ALLA VIGILIA DEL DDL CALDEROLI FEDERALISMO SANITARIO TUTTI I NOSTRI DUBBI

segue dalla prima

esprimere le prime considerazioni sull'impatto che questa profonda e ormai completa trasformazione federale dello Stato avrà sul Servizio sanitario nazionale. Molte sono le perplessità e le preoccupazioni di noi medici che siamo testimoni di gravi e crescenti disuguaglianze. Il recente rapporto Osservasalute 2008 ci consegna una fotografia della sanità italiana ancora più divisa tra Nord e Sud, con Regioni del Nord che migliorano complessivamente la qualità dei servizi erogati, dimostrando di riuscire a coniugare programmazione e qualità dell'assistenza, con programmi di razionalizzazione della spesa, e Regioni del Sud che accumulano disavanzi sotto il peso di croniche insufficienze strutturali e distorsioni del sistema che pregiudicano addirittura l'erogazione delle prestazioni essenziali. Ma mentre si avvicina il completamento del lungo percorso legislativo e si avvia la fase matura del federalismo e nonostante la stagione degli accordi tra Stato e Regioni che si sono succeduti a partire dal patto di stabilità dell'8 agosto 2001, il disavanzo delle Regioni non si è frenato, confermando nel complesso la cronica e sistematica sot-

tostima del fabbisogno rispetto alla spesa sanitaria. Molte Regioni, soprattutto del Sud hanno distorsioni e vizi strutturali quali ritardi nell'organizzazione della rete ospedaliera e della integrazione socio-sanitaria, abnorme e distorto rapporto pubblico privato, insufficiente governo della domanda e mancata ristrutturazione della rete della offerta, che hanno ostacolato ed impediscono tuttora qualsiasi possibile correzione di rotta che possa rendere compatibili i finanziamenti previsti. Neanche la stagione dei piani di rientro iniziata il 23 marzo 2005, impostata essenzialmente su un modello coercitivo, ha raggiunto importanti risultati o, ad essere benevoli, questi non sono ancora correttamente valutabili.

È noto che dal 1996 al 2007 la spesa sanitaria è cresciuta di 50,5 miliardi di euro pari ad un tasso di crescita medio annuo del 6,4%, passando dal 5,2 al 6,7% del Pil, a cui bisogna anche aggiungere un considerevole incremento della spesa sanitaria privata pari al 7,8. Se si prendono in considerazione fattori di trasformazione, quali il progressivo invecchiamento della popolazione, i crescenti flussi migratori, il peso econo-

mico della innovazione tecnologica, i cambiamenti epidemiologici ed un progressivo aumento della cronicità e della non autosufficienza, è prevedibile una nuova e crescente domanda di salute che causerà inevitabilmente un altrettanto progressivo aumento della spesa sanitaria. Considerando infine la dinamica di spesa sanitaria pubblica nei prossimi anni e l'interazione della componente demografica-economica e di altre componenti esogene, come le scoperte scientifiche, l'innovazione tecnologica ecc, si può sviluppare un modello previsionale attendibile il cui risultato appare clamoroso. Considerando come punto di partenza la spesa sanitaria pubblica nel 2007, che ammonta a 102.2 miliardi di euro pari al 6,7% del Pil, la proiezione della spesa sanitaria pubblica nel 2050, tenendo anche in considerazione la crescita del reddito imponibile, si attesta su un valore di circa 262,8 miliardi di euro, pari al 9,3% del Pil (Meridiano sanità, Cernobbio 2008). A fronte di questi modelli previsionali di spesa, ci vengono forniti da organi di stampa una serie di "cifre" di risparmio di spesa in Sanità, in regime di federalismo fiscale di cui non conosciamo il metodo di calcolo ed esistono non pochi dubbi che l'ottimizzazione dei costi e l'abbattimento dei livelli di spesa saranno raggiungibili con la definizione dei costi standard, salvaguardando nello stesso adeguati ed uguali livelli qualitativi della offerta. Le opinioni ancora controverse circa la modalità di applicazione dei costi standard e la ricerca del punto di equilibrio "di una buona efficienza produttiva" raggiungibile da tutte le Regioni,

Come medici pretendiamo garanzie affinché sia assicurata l'unitarietà del sistema che principalmente si deve esprimere nella uniformità della erogazione dei Lea su tutto il territorio nazionale

non incoraggia l'ottimismo circa l'abbattimento delle differenze interregionali.

Bisogna prendere atto che negli ultimi anni si è ancora più accentuata una divaricazione tra Regioni del Nord e del Sud e che quest'ultime sono costrette ad investire quote rilevanti del loro Pil rispetto a Regioni del Nord (la Calabria ed il Molise destinano rispettivamente il 9% e l'11% del Pil contro il 5% della Lombardia) e che si sono affermati modelli istituzionali profondamente diversi con una differente offerta di prestazioni erogate ai cittadini, che riflettono una diversa qualità della assistenza sanitaria sul territorio nazionale, con comprensibili ricadute sulla equità e solidarietà del sistema. È difficile credere alle ripetute affermazioni di esponenti del Governo, prima tra tutti il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi, che l'impatto del federalismo fiscale in sanità genererà inevitabilmente circuiti virtuosi e che il sistema di perequazione, di tipo verticale, gestito direttamente dallo stato, sanerà "integralmente" i ritardi e le differenze interregionali. Ci auguriamo che il Governo centrale sappia guidare l'autonomia regionale sui binari della solidarietà e dell'uguaglianza e sia autorevole nell'esercitare un ruolo di coordi-

namento, così come espressamente dichiarato nel Libro verde del Welfare, ma per come viviamo in prima persona le contraddizioni di un sistema sempre più lontano dai principi della 833/78, abbiamo forti dubbi. E poiché il sistema già ora non regge la compatibilità economica dei finanziamenti rispetto al fabbisogno e genera disuguaglianze è legittimo pensare che nel prossimo futuro o le Regioni saranno in grado di resettarsi sul costo standard, da cui deriveranno i finanziamenti per la Sanità, e il sistema perequativo sarà grado di "reggere" gli scostamenti della spesa oppure salterà completamente "il banco".

Come medici, che ogni giorno sono chiamati a rispondere in prima persona alla domanda di salute dei cittadini, pretendiamo garanzie affinché sia assicurata l'unitarietà del sistema che principalmente si deve esprimere nella uniformità della erogazione dei Lea su tutto il territorio nazionale. Arriverà la tanto ricercata ed inseguita riforma federale dello Stato, ma al momento è legittimo interrogarsi con molta preoccupazione se i cittadini italiani godranno ancora di uguali diritti nella tutela della salute, indipendentemente dal luogo di residenza.

* *Presidente nazionale Anao Assomed*

Ci auguriamo che il Governo centrale sappia guidare l'autonomia regionale sui binari della solidarietà e dell'uguaglianza e sia autorevole nell'esercitare un ruolo di coordinamento, così come espressamente dichiarato nel Libro verde del Welfare

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anao Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Lusenti
Direttore responsabile
Silvia Procaccini
Comitato di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,
Costantino Troise

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORI SANITARI

Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario
Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano
n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb.

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di aprile 2009