

## On. Alessandro Cè

### DEVOLUTION SANITARIA *Progetto di riforma*

#### STATO ATTUALE

Esiste una convinzione comune a tutti i cittadini: essa consiste nell'importanza attribuita alla tutela della salute. Crediamo che, giustamente, questo interesse debba essere messo al primo posto nelle garanzie sociali inalienabili.

Pertanto la nostra società dovrebbe destinare a questo settore il massimo di attenzione e ***i decisori politici dovrebbero realizzare un modello di protezione sanitaria in grado di assicurare adeguate risorse finanziarie ed esaustività dei servizi.***

**I problemi più rilevanti dell'attuale sistema sanitario**, testimoniati dal 70% dei cittadini interpellati, possono essere riassunti nei seguenti punti:

- progressiva riduzione delle prestazioni gratuite;
- lunghe liste di attesa;
- aumento della spesa sanitaria privata (oggi rappresenta ben il 35% della spesa sanitaria complessiva);
- eccessiva burocratizzazione;
- limitazione nella libertà di scelta degli erogatori (ospedali, medici, etc) da parte dei cittadini;
- inadeguatezza dei servizi territoriali e mancanza di coordinamento fra ospedale e territorio;
- riduzione e accorpamento dei presidi ospedalieri e dei servizi ospedalieri (scelte dettate più da logiche politico-clientelari piuttosto che da un oculato intervento di razionalizzazione);
- carenza di strutture di assistenza per malati cronici e terminali;
- inadeguatezza del sistema emergenza-urgenza;
- assenza di controllo del processo erogativo sanitario.

**Le cause che hanno peggiorato nel tempo la situazione sanitaria** sono individuabili nelle seguenti:

- pianificazione centralistica
- assenza di vera concorrenza sia per quanto riguarda gli erogatori dei servizi sanitari sia per quanto riguarda gli acquirenti degli stessi (in questo secondo caso costituiti attualmente solo dal sistema sanitario pubblico, cioè da ASL, Regioni e Stato)
- insufficienza dei finanziamenti del Fondo Sanitario Nazionale (oggi sono circa 5,8% del PIL)
- scarsità di investimenti in conto capitale (strutture, sistemi tecnologici, rete telematica, telemedicina)
- gestione partitocratica-clientelare dei finanziamenti
- eccessiva monetizzazione della sanità (cioè il contenimento dei costi imposto dallo Stato che si è dimostrato fallimentare in quanto ha aumentato la morbilità e non ha evitato lo sfondamento dei tetti di spesa prefissati in conseguenza dello spostamento della spesa da alcuni comparti sanitari verso altri)
- svilimento delle professioni sanitarie
- deresponsabilizzazione diffusa

- inadeguata formazione di parte del personale
- controlli di qualità inefficienti
- insufficiente educazione alla salute e alla prevenzione
- inadeguati investimenti nella ricerca sanitaria.

Nella scorsa legislatura i vari governi dell'Ulivo hanno addirittura configurato un futuro per la Sanità ancora più centralistico e pianificato, riducendo ulteriormente l'autonomia regionale e negando ogni ipotesi di concorrenza fra modelli istituzionali differenziati.

## IDEE FORZA DELLA NOSTRA RIFORMA SANITARIA

### 1. Principi ispiratori.

La **LEGA NORD PADANIA** vuole ribadire la priorità e l'ineludibilità delle garanzie che uno Stato di diritto ad impronta liberal-democratica, quale è quello che vuole realizzare, deve assumere costituzionalmente e realizzare concretamente nel settore della tutela della salute. ***Rifiuta pertanto la logica economicistica e sostiene i principi della dignità umana, del bisogno e della solidarietà.*** Si impegna a realizzare un sistema sanitario nel quale il tipo e l'estensione della copertura sanitaria (che deve in ogni caso prevedere il rispetto dei livelli unitari garantiti inderogabili fissati a livello nazionale) devono essere usufruibili allo stesso modo da parte di tutti i cittadini che parteciperanno in modo differenziato, secondo le proprie disponibilità, alle necessità finanziarie; ***deve essere cioè un modello universalistico vero.***

***Ricchi e poveri usufruiranno pertanto allo stesso modo della medesima copertura sanitaria, indipendentemente dalla loro contribuzione fiscale.***

Per poter ottenere questo risultato è chiaro che sarà indispensabile intervenire in tutti i settori ove, oggi più che in passato, abbondano gli sprechi. Le malattie più costose che non si riescono a debellare sono, infatti, quelle dello Stato italiano, cioè l'elefantiasi burocratica, l'assistenzialismo e il clientelismo lobbistico, partitocratico e mafioso.

***Ma ancora più determinanti saranno una radicale riforma federale dello Stato e una riforma in senso liberale, attuata mediante l'introduzione di meccanismi competitivi nel "quasi mercato" assai peculiare della Sanità.***

Abbiamo individuato **tre argomenti cardine nel nostro progetto di riforma** :

- la devoluzione sanitaria secondo il principio di sussidiarietà;
- la competizione in sanità;
- il federalismo fiscale.

### 2. Devolution sanitaria e organizzazione territoriale secondo il principio di sussidiarietà

***Nella scorsa legislatura il centro sinistra ha perseverato nella convinzione che la fissazione di norme di dettaglio ed uniformatrici a livello statale possa garantire equità sociale e soddisfazione delle esigenze di salute dei cittadini. Questa logica è stata sconfitta dalla storia.***

***Gli Stati si dimostrano, infatti, sempre più inadeguati a gestire centralmente molti settori a loro tradizionalmente riservati. L'inadeguatezza dello Stato è particolarmente evidente in tutte le competenze relative ai servizi alla persona. Una società, ogni giorno maggiormente caratterizzata dalla giusta rivendicazione di diritti di cittadinanza e dall'insofferenza verso regole che comprimono la libertà delle persone e dei corpi sociali (famiglia, associazioni, piccole comunità), non può più accettare che le risposte ai propri problemi quotidiani, cioè la salute, la scuola, la sicurezza, vengano elaborate ed imposte da chi è distante fisicamente mille chilometri e non conosce con esattezza le reali esigenze della comunità locali.***

Pertanto, prima di giungere allo svuotamento di ogni significato e quindi al collasso dello Stato, ***il ruolo dello stesso deve essere ridefinito e limitato alla specificazione dei principi e dei diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione e a quello di garante del rispetto dei diritti del cittadino.***

Nel processo devolutivo il ***principio di sussidiarietà verticale*** deve essere criterio imprescindibile di distribuzione delle competenze tra lo Stato centrale e gli enti periferici. Le funzioni pubbliche debbono essere esercitate dall'ente più vicino agli interessi e ai bisogni dei cittadini; quindi lo Stato deve svolgere solo le funzioni che la Regione non è in grado di svolgere efficacemente ed efficientemente e allo stesso modo la Regione deve esercitare solo funzioni che non possono essere svolte efficacemente ed efficientemente dagli Enti locali.

In Sanità la sfida è ancora più importante perché ***nell'attivazione del processo devolutivo è fondamentale il mantenimento di principi cardine quali:***

- la universalità del sistema
- la solidarietà
- il riconoscimento ai cittadini dell'esercizio della libera scelta.

Altro aspetto prioritario ai fini di un miglioramento dell'attuale sistema sanitario è l'introduzione di regole che garantiscano l'affermazione del ***principio di sussidiarietà orizzontale***, vale a dire di un principio in base al quale il settore pubblico (Stato, Regioni ed Enti locali) esercita solo quelle attività che non possono essere svolte in modo efficace ed efficiente dall'iniziativa autonoma dei privati (singoli, associazioni no-profit, etc.).

In quest'ottica ***l'intento della LEGA NORD PADANIA è quello di consentire una maggiore presenza del privato nella gestione dei servizi sanitari nell'ambito comunque di meccanismi di funzionamento soggetti a precisa regolamentazione, che assicurino il rispetto delle garanzie anti-monopolistiche. Quello che sicuramente la LEGA NORD PADANIA vuole evitare è che l'introduzione di un mercato competitivo nel settore sanitario, attraverso l'applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale, divenga "mercato speculativo".***

***Il settore della Sanità si presta perfettamente ad una Devolution completa di poteri normativi e gestionali dallo Stato alle Regioni.*** In tutte le competenze che riguardano l'offerta dei servizi alla persona, infatti, la vicinanza fra governo pienamente autonomo e governato, consente di acquisire una migliore conoscenza dei problemi e di approntare celermente le soluzioni mirate.

L'applicazione del principio di sussidiarietà, attribuendo alle comunità locali un ruolo di proposta, di programmazione e di controllo (escludendo invece quello di gestione diretta)

attiverà un *feedback* salutare in grado di evitare spreco di denaro pubblico e degenerazione partitocratico clientelare.

***L'individuazione precisa e la coincidenza in un unico organismo, individuato secondo il principio di sussidiarietà (Governo regionale, provinciale o del distretto omogeneo di Comuni), dei centri decisionali di spesa con quelli di imposizione fiscale realizzerà il principio di responsabilità, indispensabile perché i cittadini possano attribuire consapevolmente giudizi di valore sull'operato dei propri amministratori e deciderne la conferma o la sostituzione attraverso il voto.***

***Per questa serie di motivazioni siamo convinti che la Devolution rappresenti la vera risposta ai problemi della Sanità;*** pertanto nel programma d'azione in campo sanitario prevediamo:

- **una legge di modifica dell'articolo 117 della Costituzione** che sancisca la piena sovranità delle Regioni nella tutela della Salute. Le Regioni avranno competenza esclusiva in questo settore. Allo Stato spetterà unicamente la fissazione dei diritti fondamentali (ad esempio il diritto del cittadino ad un adeguato finanziamento che gli assicuri l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie secondo i livelli garantiti fissati a livello nazionale; il diritto del cittadino alla libera scelta). Questo quadro normativo estremamente chiaro e duale lascia alle singole Regioni la massima libertà nel determinare il proprio modello di Sanità.

Nel rispetto della sovranità originaria delle singole Regioni, la Lega Nord Padania propone un'ipotesi di legge regionale per le Regioni Padane che, secondo i nostri studi, le nostre analisi e le nostre convinzioni, può costituire una soluzione ottimale ai tanti problemi del comparto sanitario.

## **LA NOSTRA IPOTESI DI LEGGE REGIONALE**

***Il nostro progetto definisce un Servizio Sanitario Regionale (SSR) a carattere universalistico con la garanzia, da parte del paziente, dell'erogazione dei livelli garantiti fissati dal Piano Regionale della Salute (PRS) (che non possono essere inferiori ai livelli garantiti fissati a livello nazionale) e della libera scelta sia tra gli erogatori (pubblico, privato o misto) sia tra gli acquirenti di servizi e prestazioni sanitarie (pubblico, mutua o assicurazione). Tutti i soggetti, acquirenti ed erogatori, dovranno essere garantiti, certificati e accreditati dalla Regione. In particolare è demandata alla Regione la definizione delle modalità di accreditamento e dei requisiti obiettivamente di accreditamento inclusa la certificazione internazionale secondo le norme UNI EN ISO 9000 degli acquirenti, degli operatori e delle strutture erogatrici dei servizi e delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali, siano esse pubbliche, private o miste nonché il controllo e la verifica del mantenimento nel tempo, da parte degli stessi, dei requisiti strutturali, organizzativi e qualitativi, pena la perdita dell'accreditamento.***

Secondo il modello da noi proposto ***l'organizzazione territoriale è demandata completamente in capo alle Regioni che devono operare nel rispetto del principio di sussidiarietà.*** Prevediamo quindi ***l'istituzione di un nuovo Servizio Sanitario Regionale*** che dovrà garantire l'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari disciplinando un sistema all'interno del quale sia assicurata la competizione.

I livelli di Governo che abbiamo individuato nel nostro progetto sono :

- **il Governo Regionale della Salute:** predispone il Piano Regionale della Salute, sommatoria dei Piani Provinciali della Salute;
- **il Governo Provinciale della Salute:** predispone il Piano Provinciale della Salute, sommatoria dei Piani distrettuali della Salute elaborati dai distretti omogenei di Comuni.

***In applicazione del principio di sussidiarietà verticale spetterà alle Province la determinazione, nel territorio di loro competenza e all'interno di linee guida stabilite dalle Regioni, dei distretti omogenei con il loro insieme di Comuni, sentiti i Sindaci dei Comuni interessati.***

I distretti omogenei di Comuni saranno individuati tenuto conto dei vincoli idrogeologici, delle caratteristiche morfologiche, degli indicatori socio-demografici e socio-economici, esprimenti similitudine territoriale di domanda a cui dovrà corrispondere simile offerta di servizi.

I distretti omogenei di Comuni costituiranno i nuclei differenziati delle Province per le funzioni di programmazione, di intervento e di controllo dell'esecutività degli erogatori e degli acquirenti.

***Riteniamo che questa impostazione possa soddisfare pienamente le aspettative di partecipazione e di controllo da parte del cittadino e costringa gli amministratori ad operare in modo oculato pressati da una precisa identificazione delle loro responsabilità.***

### **3. Competizione in Sanità. Rapporto Pubblico-Privato**

L'attuale sistema normato dalla riforma Ter dell'ex ministro Bindi è caratterizzato da una forma spuria di monopolio pubblico e da un monopsonio pubblico.

Si tratta di **monopolio pubblico** in quanto con la formula degli accordi contrattuali previsti per gli erogatori privati, questi ultimi vengono cooptati politicamente (in particolare allorché il Governo Regionale deve scegliere gli erogatori con i quali sottoscrivere gli accordi contrattuali) e messi nella condizione di non poter svolgere una reale competizione. Ai privati, infatti, viene assegnato un volume massimo predefinito di prestazioni e servizi erogabili oltre il quale vengono rimborsati secondo criteri regressivi (in pratica i rimborsi non coprono nemmeno i costi).

Il **monopsonio pubblico** invece deriva dal fatto che l'unico acquirente delle prestazioni è il settore pubblico (Asl, Regione, SSN).

Esiste pertanto una coincidenza sostanziale fra acquirente, erogatore e controllore che determina una complicità ai vari livelli di attività, non favorisce la selezione degli operatori più efficienti e azzerava ogni possibilità di benefica competizione.

Ulteriore aggravante del Sistema attuale è la mancanza di equiparazione nelle condizioni di attività fra erogatori pubblici e privati. Ad esempio, per quanto attiene alle procedure burocratiche esse sono più complesse nel pubblico e ugualmente il pubblico sconta la maggiore onerosità di alcune strutture specialistiche raramente presenti, al contrario, nel privato. Gli erogatori privati, infatti, non avendo l'obbligo di garantire alcuni servizi onerosi

(es. rianimazione, terapie intensive, etc.) operano, spesso, unicamente in settori altamente redditizi. Questa loro scelta ha come conseguenza l'inesistenza di una reale competizione nei settori a maggiore complessità.

Un altro aspetto negativo è costituito dalla mancanza di criteri oggettivi di accreditamento delle strutture pubbliche e private. In particolare esistono molti ospedali pubblici, ma anche strutture private, che non rispondono a requisiti minimi strutturali, organizzativi e di qualità tali da garantire l'erogazione di servizi sanitari adeguati.

Anche sulla base di esperienze positive avviate in altri Paesi (es. Olanda, Svizzera, Giappone e per alcuni aspetti Australia e Canada) riteniamo importante introdurre un modello nel quale sia garantita la competizione sia fra gli erogatori sia fra gli acquirenti dei servizi e delle prestazioni sanitarie. **La LEGA NORD PADANIA propone pertanto un modello di Sanità nel quale ogni Regione stabilirà autonomamente la quota capitaria (cioè la dotazione finanziaria per la Sanità) da attribuire ad ogni singolo cittadino, quota che il cittadino stesso liberamente potrà attribuire, quale premio assicurativo, al Sistema Sanitario Regionale, ad una mutua o ad un'assicurazione privata (acquirenti accreditati). La quota capitaria darà diritto in ogni caso, indipendentemente dalle condizioni psico-fisiche ed economiche del paziente e dal tipo di acquirente selezionato, ad usufruire del pacchetto di servizi e prestazioni fissate come livello unitario garantito a livello nazionale, scegliendo liberamente fra gli erogatori accreditati convenzionati con l'acquirente. Inoltre le Regioni potranno implementare con ulteriori servizi e prestazioni sanitarie i livelli unitari garantiti fissati a livello nazionale.**

Questo meccanismo consente al cittadino la massima libertà in quanto, qualora non si ritenga appagato dai servizi resi dagli erogatori convenzionati con l'acquirente scelto, potrà optare, l'anno successivo, per un diverso acquirente. Nel contempo il modello proposto consente di superare i rischi di induzione dell'offerta e di sfondamento dei preventivi di spesa legati ai ben noti fenomeni di "asimmetria informativa" fra cittadino ed erogatore (infatti il paziente con molta difficoltà e molto in ritardo si rende conto delle terapie inappropriate o inefficaci ed il prestatore d'opera è spesso indotto, nei sistemi che consentono libero accesso agli erogatori da parte dei pazienti e pagamento a piè di lista, ad abusare nel ricorso a prestazioni ed esami anche per ovvie ragioni di convenienza economica). Questo vantaggio si ottiene perché l'acquirente ha maggiori conoscenze sull'appropriatezza e sull'efficacia dei trattamenti ed ha tutta la convenienza a monitorare l'efficienza degli erogatori con i quali si è convenzionato.

Si crea in questo modo un sistema di autoregolamentazione avente contrappesi in grado di produrre buona Sanità a costi sostenibili.

***Il cittadino ha libertà di scelta e può cambiare acquirente se scontento. L'acquirente ha tutto l'interesse a soddisfare il proprio cliente selezionando erogatori capaci, che gli consentano di essere ambito nel mercato ed efficienti, cioè a costo sostenibile, in quanto deve contenere le sue spese all'interno delle quote capitarie affidategli dai pazienti. Gli erogatori hanno incentivi a migliorare ulteriormente la qualità delle proprie prestazioni e dei propri servizi al fine di essere maggiormente ricercati dagli acquirenti ed avere maggiori possibilità di guadagno e di soddisfazione personale.***

L'accreditamento di acquirenti ed erogatori dovrà essere fatto dalle Regioni sulla base di requisiti oggettivi strutturali, organizzativi e professionali basati sulla qualità e dovrà

includere la certificazione di organismi certificatori riconosciuti a livello internazionale secondo le norme UNI EN ISO 9000. Per gli acquirenti saranno richieste garanzie patrimoniali ed equilibri di bilancio a medio e lungo termine. **Tutti i soggetti in possesso dei requisiti prestabiliti dalle Regioni dovranno essere accreditati. Le uniche limitazioni previste nel “quasi mercato” sanitario saranno quella antimonopolio e antimonopsonio vigilate e controllate dall’Autorità Antitrust che avrà ampi poteri esecutivi, cioè di intervento diretto.**

***Al fine dell’acquisizione e del mantenimento dell’accreditamento da parte degli acquirenti (siano essi pubblici o mutualistici o assicurativi) è condizione indispensabile l’accettazione dell’iscrizione e il mantenimento in carico di ogni paziente che ne faccia richiesta indipendentemente dalle condizioni fisiche, psichiche ed economiche dello stesso.***

Nel nostro sistema dovranno essere accreditate allo stesso modo le strutture erogatrici pubbliche, private, profit o no-profit, e quelle miste pubblico-privato che dovranno garantire la stessa gamma di servizi e saranno sottoposte periodicamente alle verifiche di accreditamento anche secondo la normativa UNI EN ISO 9000 (includenti le verifiche sulle procedure e sui risultati). Affinchè possano essere realmente competitive, le strutture pubbliche devono poter adottare tutte le prerogative di cui usufruiscono gli altri soggetti erogatori presenti in Sanità. Gli erogatori privati, a loro volta, per essere accreditati, dovranno garantire l’attività in un numero minimo di settori specialistici onerosi ( es. rianimazione, terapie intensive, etc.) per non scaricare queste prestazioni, spesso poco remunerative, sul settore pubblico.

La competizione fra acquirenti è basata sostanzialmente sulla diversa qualità delle prestazioni e dei servizi erogati dalle strutture e dagli operatori convenzionati con i diversi acquirenti. Inoltre gli acquirenti , al fine di aumentare la loro competitività , possono offrire pacchetti aggiuntivi di servizi e prestazioni (sanitarie ed alberghiere) rispetto ai livelli garantiti fissati a livello regionale. Questo tipo di competitività è reso possibile dall’efficienza degli erogatori convenzionati con l’acquirente che permette a quest’ultimo di fornire servizi e prestazioni aggiuntive utilizzando unicamente le risorse derivanti dalla quota capitaria pesata attribuita dalla Regione all’acquirente su indicazione del paziente.

Tutto il personale con qualifica sanitaria o amministrativa operante nel settore sanitario, sia pubblico che privato, dovrà ottenere l’accreditamento.

Nel sistema da noi proposto ***i controlli*** si svolgono a vari livelli da parte di vari attori. Ci sono controlli da parte dei soggetti istituzionali (Regione, Provincia, distretti omogenei di Comuni) e controlli periodici obbligatori da parte degli Enti certificatori. C’è il controllo operativo più efficace attuato dal modello di “quasi mercato” cioè da parte degli utenti riuniti o meno in associazioni, degli erogatori, degli acquirenti e degli operatori in generale coinvolti nella Sanità.

#### **4. Modalità di finanziamento della devolution del Sistema Sanitario**

L’attuale modalità di finanziamento introdotta dalla legge sul cosiddetto “federalismo fiscale”, voluta dall’Ulivo, è chiaramente centralista e nega qualsiasi autonomia alle Regioni. In questa falsa riforma lo Stato rimane titolare del potere impositivo fiscale applicato uniformemente su tutto il territorio nazionale indipendentemente dalle differenziate esigenze delle singole Regioni.

E' pertanto indispensabile intervenire **prevedendo modifiche normative che attribuiscano piena autonomia finanziaria e sovranità originaria anche in questo settore alle Regioni**. Pur avendo elaborato una nostra proposta ben articolata riteniamo prematuro esporla compiutamente in quanto il Parlamento e il Governo sono attualmente impegnati nell'elaborazione di un progetto di riforma complessivo del comparto fiscale che andrà a modificare radicalmente il quadro di riferimento della fiscalità.

Ci preme soltanto anticipare che, anche nella prospettiva devolutiva, **esisterà un fondo sanitario perequativo interregionale** destinato alle Regioni con reale ed accertata minore capacità fiscale. Questo per rispondere preventivamente alle critiche di coloro che ci accusano di non essere solidali. E' chiaro, però, che **il futuro sistema di finanziamento della Sanità devoluta alle Regioni dovrà prevedere aspetti premianti per le Regioni più efficienti ed aspetti disincentivanti comportamenti opportunistici ed assistenzialistici per le Regioni inefficienti**.

Verona, 9/10 febbraio 2002