

STATI GENERALI DEL NORD

Domenica 10 Maggio 2009

On. Francesca Martini

Sottosegretario al Ministero del Lavoro, della Salute, delle Politiche Sociali

Buongiorno a tutti.

Ritengo particolarmente importante, nell'ambito della storia dei provvedimenti che siamo riusciti a concludere in questo primo anno di governo (e tra questi, senza dubbio, il Federalismo Fiscale), la straordinaria capacità che hanno avuto i nostri ministri, il ministro Bossi ed il ministro Calderoli, di chiudere, davvero in tempi stretti, un provvedimento delicatissimo, perché il Federalismo, Fiscale per quanto riguarda la materia sanitaria, è fondamentale. Particolarmente importante. Non soltanto perché la salute è quel valore, quel principio, quel diritto che è l'unico che la nostra Costituzione definisce come fondamentale, ma anche e soprattutto perché più dei due terzi dei bilanci delle nostre regioni sono investiti sulla spesa sanitaria. Importante, non soltanto perché la sostenibilità del sistema sanitario nazionale produce una qualità generale della vita e una possibilità di allungamento della vita che, in Italia, è tra le più ampie al mondo, ma anche perché la sostenibilità del servizio sanitario nazionale, così come noi lo concepiamo, si basa su un servizio sanitario nazionale che è soltanto la cornice entro la quale le varie regioni hanno piena potestà di governo e devono avere anche piena potestà di gestione delle risorse. Quindi, oggi più che mai, il grande tema del Federalismo e dei costi standard, sono l'unica via d'uscita per pensare di mantenere gli attuali livelli assistenziali assicurati dalle regioni, in equilibrio di bilancio, come avviene in Lombardia e Veneto. Devo anche affermare in maniera molto chiara che, il quadro epidemiologico del Paese e l'allungamento della vita media, pongono le questioni strategiche anche sul piano della gestione dell'assistenza. La patologia cronica è in aumento perché è correlata all'allungamento della vita e, quindi, alla complessità assistenziale. Abbiamo bisogno di poter investire molto di più in riabilitazione, in medicina del territorio e, quindi, dobbiamo spostare il concetto di spesa ospedaliera intesa come spesa cardine del servizio sanitario nazionale. Abbiamo bisogno di incentrare il servizio sempre di più sulla persona, sui suoi bisogni specifici, sull'autonomia della persona al fine di mantenere più a lungo possibile i livelli di autonomia, le risorse e le strategie. Va chiarita la situazione che viviamo in Veneto, in Lombardia e in altre regioni italiane (poche a dire il vero), in cui vi è un equilibrio tra risorse di bilancio, una qualità sostanziale e la capacità sostanziale di erogare i cosiddetti livelli essenziali di assistenza. Oggi, le competenze dello Stato in materia sanitaria riguardano il riparto del Fondo Sanitario Nazionale e la sottoscrizione di quel patto che si chiama "patto per la salute" che coinvolge i livelli essenziali di assistenza. E cioè quelli che riguardano i diritti dei cittadini in materia di prestazioni e di cure. Questo deve essere ben chiaro, perché il quadro che noi viviamo sul piano finanziario, in particolare per quanto riguarda la salute, è un quadro assolutamente drammatico. Ancora oggi, abbiamo ben 13 regioni italiane che presentano un disavanzo di gestione, oltre ad una qualità dei servizi assolutamente squilibrata. Se esiste la migrazione sanitaria, cioè se esiste gente, e ce n'è tanta, che dal Lazio, dalla Calabria, dalla Sicilia, dalla Campania, dalla Puglia, chiede di curarsi in Veneto, in Lombardia, in altre regioni come l'Emilia Romagna, è perché il binomio "più spesa = servizi peggiori" è un binomio assolutamente consolidato nel nostro Paese. Per esempio la Calabria, la regione che non rientra nemmeno nei piani di rientro, perché è la regione che non aveva nemmeno i conti e i presupposti giuridici per rientrare nei piani di rientro. E' la regione che ha attualmente un miliardo e 700 milioni di euro di buco in materia sanitaria, che ha circa 300 milioni annui di debito strutturale e, quindi, perde circa 1 milione di euro al giorno. La Calabria è quella regione dove, non soltanto abbiamo la fatiscenza delle

strutture ed il degrado della qualità generale su cui viene incentrata l'organizzazione, ma è una di quelle regioni dove una ragazzina di 16 anni va a fare un intervento alle tonsille e muore, perché viene a mancare l'energia elettrica all'interno della sala operatoria. Quindi si tratta di situazioni drammatiche, intollerabili. Ma l'85% del disavanzo complessivo in materia sanitaria si concentra essenzialmente in 3 regioni: il Lazio, la Campania e la Sicilia. Voi capite che, nel momento in cui abbiamo i due terzi (dal 70 all'80%) dei bilanci delle regioni italiane investiti in sanità, l'unica via d'uscita per poter mantenere il concetto di assistenza sanitaria e di salute, inteso come diritto costituzionale, è la possibilità di una piena applicazione del Federalismo Fiscale e di una completa attuazione dei costi standard. I costi standard, così come li stanno costruendo, così come li abbiamo pensati anche per quanto riguarda il ministero del Welfare, senza dubbio valorizzeranno la possibilità di mantenere risorse nelle nostre regioni, tanto che si stimano risorse aggiuntive che vanno dai 700 milioni di euro in Lombardia al miliardo e 400 milioni di euro in Veneto, che ha in proporzione la metà della popolazione. I costi standard sono quei costi che vengono quantificati su una media che si basa sul rapporto tra costi e benefici, e che riguarda la possibilità di coprire i livelli essenziali di assistenza e chiudere in equilibrio di bilancio. I costi standard, inizialmente, dovevano essere calibrati sulla media di Veneto e Lombardia ma, correttamente, potranno essere calibrati anche su altre due regioni di centro sinistra, cioè l'Emilia Romagna e la Toscana. Questo ci porterà, oltretutto, più risorse perché queste regioni, per quanto attiene al livello dei trasferimenti, sono sovradimensionate. Vediamo qual è l'attuale situazione delle regioni alle quali si applicano i piani di rientro che sono stati approvati con la legge finanziaria del 2005 e che hanno poi visto stipulato i patti per il rientro e per la razionalizzazione della spesa. Si tratta di 7 regioni, esclusa la Calabria che non ha potuto stipulare il piano di rientro, perché era completamente assente di qualsiasi valutazione contabile credibile. Una valutazione contabile che, per la Calabria, abbiamo dovuto fare direttamente dal Ministero attraverso l'invio degli advisors che hanno stimato un buco nero di 1 miliardo e 700 milioni di euro e un debito strutturale di 300 milioni annui. Per quanto riguarda l'Abruzzo (aldilà, purtroppo, dei gravissimi fatti legati al sisma che vedono oggi una regione in ginocchio), aveva avuto delle vicende che hanno portato alla caduta dei vertici regionali. L'11 settembre del 2008 è stata commissariata e doveva recuperare 320 milioni di euro attraverso i piani di rientro. C'è stata addirittura una distrazione di fondi che, destinati alla spesa sanitaria, erano stati utilizzati per la costruzione di campi da golf. Parliamo quindi di un fallimento a livello amministrativo e non soltanto di fallimento nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La Campania è stata diffidata: ha un buco di 3 miliardi e 200 milioni di euro. Il Lazio ha un buco di 3 miliardi e 131 milioni di euro ed è già stata commissariata con commissario e subcommissario. La Liguria, che comunque non ha fallito nei piani di rientro, aveva un buco di 526 milioni di euro. Il Molise, regione piccola, diffidata l'11 novembre 2008, ha un buco di 225 milioni di euro. La Sardegna è riuscita a compensare i piani di rientro. Per la Sicilia il totale della manovra è di 1 miliardo e 377 milioni di euro.

Non sto a citare tutti i provvedimenti che mi hanno impegnata direttamente in materia sanitaria, in materia di medicina veterinaria, in materia di sicurezza alimentare: sono stati tantissimi.

Per quanto riguarda la parte sanitaria, oltre ad aver chiuso l'accordo con la medicina di famiglia con uno stanziamento di 1 miliardo e 400 milioni di euro per le regioni italiane per un ampliamento dei servizi territoriali sulle 24 ore, mi sono impegnata per i giovanissimi, per i bambini e gli adolescenti al fine di ridurre quei fattori di rischio legati a soprappeso ed obesità. Abbiamo un terzo dei bambini in Italia, concentrati soprattutto al centro-sud, che sono obesi ed in soprappeso e presentano casi di sindrome metabolica, che significa fattore di rischio come diabete, rischio cardiovascolare e rischio, anche oncologico, legato a processi infiammatori che hanno proprio alla base la sindrome metabolica.

Per la sicurezza alimentare, ricorderete che abbiamo bloccato i prodotti cinesi: il latte alla melamina, prodotti derivati dal latte alla melamina e carni suine irlandesi. Oggi, globalizzazione, in sanità, nel campo dell'alimentazione, nel campo della gestione dei problemi legati alla sicurezza, significa aumento del rischio. Devo anche dirvi che, quando sono stata al

Consiglio dei Ministri d'Europa, per la salute il primo punto che ho voluto evidenziare è il rischio tubercolosi, il rischio globalizzazione e tutti quei rischi che oggi sono oggettivi e legati appunto all'immigrazione. Grazie.