

NICOLA FALCITELLI*

PRESENTAZIONE

La Fondazione Smith Kline ha tra le sue finalità quella di analizzare l'evoluzione delle politiche sociali e sanitarie del Paese e promuovere momenti di dibattito costruttivo tra i diversi e molteplici attori del sistema sanitario.

In questa linea il *Rapporto Sanità* di quest'anno ha preso in considerazione il tema del «federalismo in sanità», già all'attenzione da tempo di politici, di studiosi e di operatori sanitari, ma con numerosi aspetti ancora da chiarire, soprattutto dopo l'emanazione della legge delega 5 maggio 2009, n. 42 «Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'art. 119 della Costituzione». Esso è il completamento ideale e formalizzato del XXXI Seminario dei Laghi, tenutosi a Gardone Riviera (Bs) dall'8 al 10 ottobre 2009, nel quale esperti di rilievo hanno sviluppato un reale dibattito sullo stato e sulle esigenze della sanità italiana riguardo all'argomento.

Il volume espone, con il contributo di Renato Finocchi Ghersi, le varie fasi dello sviluppo del federalismo nel settore della sanità, il cui processo è stato avviato «ben prima dell'approvazione della legge n. 42».

Nel processo vengono individuate quattro fasi rilevanti:

– la prima si colloca negli anni Novanta, quando furono emanate le prime norme dirette ad introdurre forme di federalismo fiscale, cercando di «superare il tradizionale sistema di trasferimento finanziario della spesa sanitaria, per sostituirlo con l'assicurazione di risorse proprie per le Regioni attraverso l'istituzione di tributi regionali,

* *Direttore Centro studi Fondazione Smith Kline, Roma.*

la compartecipazione ai tributi erariali e l'autonomia nell'apposizione di addizionali Irpef»;

– la seconda fase è caratterizzata dalla riforma del Titolo V della Costituzione e riguarda l'ampliamento dell'autonomia regionale, innovando l'assetto delle competenze tra Stato e Regioni;

– la terza fase è rappresentata dal consolidamento del «sistema pattizio» tra i due livelli di governo. La sede della programmazione si trasferisce negli accordi Stato-Regioni;

– la quarta è quella che ora interessa e consiste nell'attuazione della legge delega per il federalismo fiscale.

Il percorso fin qui compiuto evidenzia una esperienza di federalismo sedimentata in sanità in un lungo periodo di tempo, con la quale dovrà necessariamente interagire l'attuazione della legge n. 42, soprattutto per la soluzione di problemi che da essa emergono, quali: «l'entità e la sufficienza del finanziamento dei Lea»; «la scelta del criterio di calcolo dei costi standard dei Lea»; la esplicitazione del significato del previsto «superamento del criterio della spesa storica per il finanziamento del Ssn, già avviatosi da tempo».

Su questi argomenti il volume contiene i contributi di Rosella Levaggi, di Cesare Cislighi e di Anna Banchemo.

Nel primo si sostiene che il «federalismo funziona se esiste un grado sufficiente di autonomia tributaria dei livelli di governo sub centrali» e si individuano le caratteristiche che dovrebbero avere i tributi propri dei livelli di governo locali:

- «significatività del gettito...»;
- «trasparenza delle scelte tributarie...»;
- «responsabilizzazione rispetto alle votazioni...»;
- «basso grado di esportabilità...».

«I tributi che soddisfano queste categorie sono pochissimi e soprattutto il loro gettito è in grado di finanziare solo bassi livelli di autonomia locale» per cui si ritengono necessari la partecipazione dei governi locali ai tributi erariali e il trasferimento dello Stato, anche in considerazione delle forti disparità esistenti tra le Regioni.

«In Italia si sono introdotte forme molto spinte di

federalismo fiscale, ma i risultati non sembrano essere molto confortanti: la qualità delle prestazioni e la trasparenza del sistema sono aumentate in pochi casi, mentre in molte Regioni la sanità è a un punto di crisi». «Il problema è importante in quanto la tutela della salute è un diritto costituzionalmente garantito e quindi le prestazioni sanitarie vanno comunque assicurate a tutti i cittadini».

Su questo punto il contributo di Cesare Cislighi pone due quesiti ai quali occorre dare risposta: «il primo è se sia possibile per governare un sistema sanitario affidarlo ad un decentramento amministrativo senza vera autonomia di governo, e il secondo se sia possibile una vera autonomia di governo senza la piena responsabilità delle risorse, cioè senza il federalismo fiscale».

L'attuale variegata situazione delle Regioni spinge a ritenere che per la risposta ai due quesiti occorra risolvere prima due problemi che possono rendere pericoloso o iniquo il federalismo in sanità: «la mancanza di reale solidarietà tra i governi regionali e la mancanza di una reale responsabilità finanziaria da parte delle Regioni».

Non esistono oggi strumenti validi per la soluzione di tali problemi o per ottenere anche solo effetti positivi non a breve scadenza. Da ciò nascono «paure, preoccupazioni e obiezioni alla realizzazione del federalismo». Le norme sono giuste, ma occorrono molta formazione ed un cambio culturale di mentalità, trattandosi di attuare un cambiamento strutturale.

Si auspica un federalismo «che non privilegi le aree sviluppate, ma cerchi di stimolare le responsabilità soprattutto delle aree maggiormente critiche, aiuti le popolazioni a prendere coscienza della necessità di scegliere amministratori onesti e soprattutto capaci, metta a disposizione uguali risorse economiche per tutti ma maggiori risorse umane e culturali per chi necessita di migliorare il proprio sistema regionale».

Anna Banchemo premette che la legge n. 42 introduce «una trasformazione istituzionale prevalentemente legata agli aspetti fiscali e finanziari» e, in una situazione – come quella attuale – «dove la responsabilità di spesa è disso-

ciata da quella impositiva fiscale», ritiene «giusto e corretto rendere coerenti spese ed entrate fiscali, soprattutto sul piano delle responsabilità di governo di chi deve rispondere in termini di servizi ai cittadini cui si impone il pagamento di tributi».

A tale scopo la nuova legge, nel prevedere autonomia di entrata e di spesa per Regioni ed Enti locali, ha stabilito il finanziamento integrale di tutte le funzioni pubbliche, la leale collaborazione tra i diversi livelli di governo, e il passaggio, per le funzioni fondamentali, dal criterio della spesa storica a «costi e fabbisogni standard».

Il percorso per il passaggio a costi e fabbisogni standard non si presenta agevole perché in sanità non si tratta di analizzare le diversità dei modelli organizzativi, ma i contenuti differenti delle prestazioni che sono sempre collegati a specifiche complessità e che richiedono spesso un elevato impegno assistenziale. «Solo quindici patologie sono responsabili dell'80% della spesa sanitaria».

L'argomento dei costi e dei fabbisogni standard è il tema del momento, ma considerate le difficoltà oggettive per l'individuazione di una formula soddisfacente che possa calcolare detti costi, ci suggerisce di introdurre una «fascia di oscillazione dei costi standard con un margine di tempo "dato" per recuperare le inefficienze».

Si deve tener conto, poi, nell'attuazione della legge n. 42, delle ricadute che le norme possono avere sulla erogazione dei servizi e sul rapporto tra diritto alla salute e reale esigibilità dello stesso da parte dei cittadini. Nella legge si riscontra «una struttura a maglie troppo larghe per far sì che tali diritti (della salute) possano essere agiti. I decreti attuativi potranno anche riempire spazi vuoti, però si dovrà aprire a partire da oggi un dibattito sulla evoluzione del federalismo, non solo come decentramento di responsabilità e di governo, ma anche come garanzia dei diritti soggettivi su tutto il territorio nazionale».

Un chiaro riferimento ai decreti attuativi della legge n. 42 si riscontra anche nel contributo di Mario Romeri sulle scelte delle Regioni nella logica federale. In esso, dopo aver affermato che la legge n. 42 «determina nuovi

rapporti tra lo Stato e le Regioni per il rafforzamento delle reciproche competenze istituzionali», l'autore precisa che la stessa legge «interviene inoltre a meglio definirne le relazioni in materia di acquisizione, utilizzo e gestione delle risorse della finanza pubblica, determinando l'avvicinamento tra contesto territoriale di produzione delle risorse fiscali e responsabilità finanziarie nella gestione dei servizi». In tal senso vengono ricordati i più recenti accordi Stato-Regioni che si qualificano come elementi preliminari alla concertazione prevista dalla legge sul federalismo ai fini dell'adozione dei decreti attuativi. Lo strumento pattizio già in essere rappresenta la migliore testimonianza della regolazione degli impegni reciproci tra Stato e Regioni.

Anche nei confronti dell'organizzazione ospedaliera (contributo di Sandro Caffi ed altri) le ricadute del federalismo «potrebbero essere inefficaci e/o pericolose se si procedesse ad una definizione del finanziamento [...] basato solamente [...] sull'adozione del criterio di costo standard e fabbisogno standard [...] in funzione della disomogeneità del metodo adottato».

«Una soluzione concreta e apparentemente di facile realizzazione [...] può essere ottenuta con l'azione congiunta di:

- utilizzo sistematico di metodi di contabilità analitica [...];
- definizione razionale di percorsi diagnostico terapeutici [...];
- ridefinizione dei Lea [...].»

«Gestire e promuovere l'assistenza ospedaliera e territoriale non vuol dire solo occuparsi di acuzie e di ospedali, ma vuol dire saper operare con politiche di prevenzione, sensibilizzando quanto più possibile la popolazione, promuovendo ambienti sicuri e stili di vita sani, sviluppando i servizi distrettuali e rafforzando le cure primarie, costruendo percorsi che sappiano garantire buone opportunità per tutti, definendo la riallocazione delle risorse nei servizi alla persona».

«Il processo di riforma avviato [...] lascia spazio alla

possibilità di creare principi e regole comuni tali da tutelare la salute degli individui e da creare, pur in un contesto solidaristico, maggiore equità, efficacia, efficienza e qualità».

Completato questo settore del volume, il contributo di Carlo Favaretti sulla valutazione della tecnologia sanitaria afferma che detta valutazione rappresenta «il ponte di collegamento tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori» ponendosi «come un valido supporto per informare i processi decisionali, trasferire la conoscenza in azione e sostenere il sistema di governance».

Le prime esperienze in Italia, abbastanza recenti, si sviluppano proprio a livello regionale, stante la descritta «progressiva devoluzione di responsabilità politiche, amministrative e finanziarie alle Regioni». L'attuazione del federalismo può rendere istituzionali i processi di Health Technology Assessment.

Ora, analizzate le possibili ricadute del «federalismo» sulla organizzazione dei servizi sanitari e sul rapporto tra i livelli di governo, il volume si spinge ad esaminare «i risultati di salute attesi» e le ripercussioni che il federalismo potrà produrre sulla formazione degli operatori sanitari.

Il capitolo di Giuseppe Costa ed altri introduce l'argomento con l'affermazione che «La discussione sul federalismo [...] si svolge quasi sempre intorno alle questioni di finanziamento, di efficienza, di prossimità alla domanda: tutte questioni che sembrano prescindere dalla salute», mentre occorre anche verificare l'influenza del federalismo sui livelli di tutela della salute.

Oggi «la geografia della salute italiana è attraversata da disuguaglianze a sfavore del Mezzogiorno che sono da imputare sia alla composizione geografica della povertà, sia a intrinseche caratteristiche di quel contesto che non saprebbe proteggere efficacemente la salute dei più poveri».

Le politiche influenzate dal federalismo sono in grado di mettere in atto meccanismi idonei a superare queste disparità? E la disciplina del federalismo è in grado «di

mantenere almeno lo stesso livello di tutela della salute raggiunto finora senza allargarne le disparità?»

«La geografia di salute in Italia sembra mettere in guardia il federalismo da manovre troppo semplicistiche». Certo è che in Italia nell'agenda del federalismo si assiste ad una inversione di tendenza rispetto a quanto si sta verificando nel resto dell'Europa. «Dalla fine degli anni Ottanta si è assistito in Europa ad un progressivo decentramento della responsabilità organizzativa, finanziaria e politica della sanità pubblica». Dagli inizi degli anni Duemila «una parte dei Paesi europei sta attualmente tornando verso forme di centralizzazione del potere politico e fiscale in sanità, delegando alle autonomie locali la gestione amministrativa e di cura». L'Italia segue oggi un diverso percorso verso il decentramento amministrativo e politico. Sono in generale pochi gli studi sugli effetti sulla salute di questi processi di decentramento/accentramento; è certo, però, che in un presente di difficile decifrazione, non esiste nel nostro Paese forma politica, economica o sociale convinta ed interessata a far regredire la società nel diritto alla tutela della salute.

Prendendo in esame l'argomento «formazione», il volume ospita due contributi: quello di Giacomo Delvecchio sulla «formazione professionale» e l'altro di Guido Goggi sulla «formazione universitaria».

Nel primo si sostiene che in epoca di federalismo la formazione professionale «va assolutamente differenziata nelle risposte ai bisogni che sono singolari e locali perché riflettono – e non possono non farlo – le differenze di *welfare* espresse a loro volta come bisogni [...] e come qualità delle risposte assistenziali». «La formazione dovrebbe, invece, rimanere omogenea sull'intero territorio nazionale rispetto ai più moderni e pertinenti metodi educativi e rispetto ad ampi temi generali di fondo [...] anticipatamente concordati tra tutti gli attori socio-istituzionali».

In estrema sintesi, si alla «differenziazione» che va riferita ai contenuti disciplinari e non alla «disomogeneizzazione» che concerne invece la qualità dello strumento formativo.

Da queste considerazioni discende che il successo o il fallimento della formazione continua in epoca di federalismo è da ricercarsi in «ogni singolo periferico localismo del Paese».

Nella formazione universitaria (contributo di Guido Goggi) si sostiene che essa «obbedisce a una esigenza sociale di creazione di un comune sentire, o meglio sapere, che non può quindi permettersi di allontanarsi oltre certi limiti dai confini di questo comune sapere». La formazione, pertanto, non può che essere omogenea.

Anche qui si possono tollerare alcuni gradi di disomogeneità «solo ed esclusivamente in ragione di profonde differenze tra i contesti socio-culturali ed economici» in cui si opera. Tali disomogeneità sono, comunque, destinate ad assottigliarsi fino a scomparire nell'epoca della globalizzazione e della comunicazione.

Difficoltà nei contenuti possono esserci nelle scelte universitarie legate alle effettive possibilità reali di apprendimento da parte degli allievi o «in funzione di criteri che possono variare considerevolmente da una università all'altra». Sulla base di queste considerazioni, il federalismo può influenzare la formazione universitaria quando «eventuali differenze nel contesto socio-sanitario suggeriscono alle diverse facoltà di porre l'accento su particolari temi di rilevanza locale».

Il *Rapporto Sanità 2010*, come detto all'inizio, è il completamento formalizzato del XXXI Seminario dei Laghi e, come tale, non poteva non contenere le considerazioni fatte da tre assessori regionali alla sanità presenti al Seminario: l'assessore dell'Emilia-Romagna, l'assessore del Friuli-Venezia Giulia e l'assessore della Lombardia. I tre interventi sono stati raccolti in un unico capitolo dal titolo *Le attese dei cittadini in un sistema federale* perché era questo l'argomento della Tavola Rotonda alla quale gli assessori hanno partecipato.

L'assessore Giovanni Bissoni, considerando l'aspetto positivo della legge n. 42 perché avvia «con decisione il percorso federalista senza rinunciare all'unità della Nazione su alcuni punti fondamentali», evidenzia la necessità

di prevedere fondi perequativi di una certa consistenza per garantire uguale tutela a tutti i cittadini indipendentemente dalla Regione di appartenenza.

Il percorso avviato sul federalismo non è però privo di difficoltà sia per il problema della standardizzazione dei costi come traduzione finanziaria della «standardizzazione dei bisogni»; sia per la costruzione del fondo perequativo; sia per l'applicazione del concetto di appropriatezza che «non è solo clinica, ma anche organizzativa e dell'azione di governo»; sia per l'esplicitazione del concetto di solidarietà che «tende a configurarsi più come una virtù morale individuale piuttosto che un cemento della società basato su oneri, istituzioni, diritti e doveri condivisi pubblicamente e, in quanto tale, bene pubblico da salvaguardare».

L'assessore Vladimir Kosic richiama l'opportunità di mettere a confronto esperienze diverse realizzate a livello regionale «per poter formulare proposte che possano salvaguardare la sostenibilità e migliorarne la qualità». «Solo così si potranno eliminare errori inaccettabili e valorizzare le esperienze positive».

Il riconoscimento dei risultati positivi già raggiunti eviterà di fare passi indietro, perché le esperienze di alcune Regioni hanno saputo rispondere meglio ai bisogni dei cittadini.

L'assessore Luciano Bresciani sostiene che «il cittadino si aspetta un servizio appropriato con un rapporto ottimale di costi ed efficacia». A tale rapporto va correlata l'efficienza «definibile come lo strumento per raggiungere l'efficacia».

Per un programma sanitario efficiente al posto dei costi standard si preferisce parlare di fabbisogni standard, «dal momento che questi rappresentano meglio le richieste in termini di cure e diagnosi espresse dal cittadino».

Portando l'esempio del processo di federalismo in Spagna, l'assessore Bresciani ipotizza anche per la realtà italiana «una specie di binario che porti ad un federalismo sanitario differenziato tra le diverse Regioni».

Non poteva mancare in questo *Rapporto* un discorso sugli «aspetti etici e di giustizia» connessi ad una riforma

federale, né il *Rapporto* poteva sottacere a formulare alcune previsioni sul «futuro della sanità» in Italia, nel momento che si è avviato il processo del «federalismo».

Rispondono a queste esigenze, da un lato il contributo di Marco Trabucchi ed altri e, dall'altro, il contributo di Aldo Ancona.

Nel primo contributo si delineano «le condizioni che non possono essere trascurate per costruire un mondo della salute etico e giusto su tutto il territorio nazionale, nel modo più omogeneo possibile, lasciando poi ai decisori la definizione delle strade per raggiungere l'obiettivo, assieme a tempi e modi».

Poiché «non vi è nulla che sia giusto rispetto alla condizione umana che non sia anche profondamente etico», «chiunque può interferire attraverso i propri atti [...] con la vita dell'altro, deve attenersi a questo criterio».

«Un secondo irrinunciabile criterio di giustizia è la costruzione di un servizio in grado di modificarsi continuamente nel tempo in risposta al mutare delle esigenze della comunità».

«Un terzo elemento di giustizia è quello economico». «Gli sprechi [...] sono una causa di grave ingiustizia perché la collettività nazionale che sostiene un costo non vede realizzato un prodotto adeguato al proprio impegno».

«Un ulteriore elemento di giustizia [...] è rappresentato dall'attuazione degli aspetti scientifici dell'organizzazione dei servizi sanitari». Non è ammissibile «una discrepanza forte tra le Regioni rispetto all'applicazione di linee guida diagnostico-terapeutiche e a protocolli per la conduzione dei servizi».

Un altro ambito riguarda gli interventi nelle malattie croniche e nei processi di lungassistenza. «L'attenzione agli ammalati cronici e agli anziani non autosufficienti» dovrebbe essere al centro di ogni sistema «perché in queste aree si verificano i casi più gravi di ingiustizia».

Il capitolo, poi, riporta alcuni elementi di contesto «che confermano le discrepanze esistenti fra aree geografiche rispetto a reddito e condizioni di vita» e svolge alcune considerazioni «sulla polverizzazione di poteri e responsabilità da un lato e globalizzazione diffusa dall'altro».

Aldo Ancona afferma che «la vista del futuro del Sistema sanitario nazionale non può che partire da ciò che esso è stato capace di fare in questi trent'anni, dai suoi punti di forza ma anche dalle sue criticità, nonché dalle parti di fondo che sulla sua evoluzione oggi si giocano a livello politico ed organizzativo».

Affronta, poi, alcuni aspetti della sanità italiana «verso il futuro», a cominciare dalla sostenibilità finanziaria del sistema. «La discussione a questo punto non diventa più meramente economica quanto politica e si complica per influenze ideologiche e di schieramento». L'esperienza del passato aiuta a risolvere la questione perché il sistema ha retto «egregiamente» di fronte alle posizioni «catastrofiste» sostenute da alcuni nel considerare l'invecchiamento della popolazione o l'aumento della cronicità o il necessario maggiore utilizzo di tecnologie sempre più sofisticate e costose. «In questi ultimi anni la spesa sanitaria ha subito un forte raffreddamento» dovuto quasi certamente «alla maggiore razionalità dell'impiego delle risorse». È una considerazione che consente di «guardare alla sostenibilità futura con maggiore serenità».

Altro aspetto preso in esame è il sistema organizzativo. «Il Servizio sanitario è un sistema complesso», ma «complessità non vuol dire necessariamente rigidità» e, come l'esperienza ha dimostrato, si sono verificati negli ultimi anni cambiamenti e miglioramenti qualitativi legati ad un «progressivo aumento della dimensione media delle Aziende sanitarie Usl e ad una corrispondente riduzione del loro numero»; «allo sviluppo di procedure amministrative e gestionali sempre più affinate che [...] spingono verso il raggiungimento di economie di scala»; «alla messa in rete dei presidi ospedalieri sempre più funzionalmente e clinicamente interdipendenti».

«Se esiste un limite mostrato dal nostro sistema sanitario, anche nelle sue punte più qualificate, questo è costituito dal rapporto con il cittadino». «Occorre che il cittadino senta "proprio" il Servizio sanitario – non fosse altro perché è finanziato da lui – e, al di là degli esiti delle cure, deve sentire che il Servizio ha preso in carico

il suo problema in forme soddisfacenti dal punto di vista del rapporto umano e della qualità e appropriatezza delle prestazioni».

È questo il tema principale che il Ssn dovrà affrontare nei prossimi anni.