

La Sanità nella Finanziaria 2008

Le risorse per un SSN che cresca in qualità ed efficienza

**Audizione del Ministro della Salute Livia Turco
alla Commissione Igiene e Sanità del Senato**

9 ottobre 2007

1. Gli obiettivi di salute e le scelte prioritarie

L'ultima indagine ISTAT sulla condizione di salute dei cittadini e il ricorso al Servizio Sanitario del marzo 2007 che ha riguardato ben 60.000 famiglie dice che il 60,2% dei cittadini italiani giudica positivamente il sistema sanitario; 6 su 10 dichiara di sentirsi bene o molto bene. Evidenzia inoltre che sono in crescita le malattie croniche, le disabilità, i peculiari bisogni di salute e tutela della salute da parte delle donne; l'emergenza di problemi connessi a stili di vita come l'obesità e l'abuso di alcolici, soprattutto tra i giovani.

I principali determinanti del bisogno di salute, oltre all'età biologica sono quelli legati allo svantaggio sociale, sia quello che nasce e si accumula nel corso di vita della persona (il titolo di studio) sia quello attuale (l'indice di soddisfazione delle risorse economiche).

Identificare le cause di queste diseguaglianze sociali nella salute e contrastarne l'azione attraverso idonei interventi e politiche sembra essere il tema prioritario sia per promuovere il benessere della popolazione, sia per rispondere in modo appropriato al fabbisogno di salute, che influenza il fabbisogno di assistenza e quindi la sostenibilità del servizio sanitario.

La distribuzione del fabbisogno di assistenza sanitaria nella popolazione da parte del nostro sistema sanitario è determinato in ordine di importanza, dalla morbosità cronica, dall'età, dalla bassa posizione sociale (consumano più assistenza sanitaria le persone meno istruite, con risorse economiche insoddisfacenti e tra essi le donne). Una assistenza sanitaria che si distribuisce dove più alto è il bisogno in termini di morbosità e che si presta ad una maggiore accessibilità per le persone più anziane e più povere è un sistema equo non solo dal punto di vista normativo.

Questo quadro è contraddetto da alcune eccezioni rilevanti, come nel caso dell'assistenza specialistica, dove oltre alle influenze del bisogno di salute si contrappongono discriminazioni all'accesso per i gruppi di bassa posizione sociale e per le donne anziane con differenze geografiche sensibili a svantaggio del Mezzogiorno.

Questi dati di fondo relativi allo stato di salute del nostro paese ci hanno orientato nell'azione di governo.

La nostra scelta fondamentale è stata: promuovere la qualità e la sicurezza del sistema sanitario. Innanzitutto attraverso la stabilità delle regole e delle risorse, la cooperazione istituzionale, l'avvio di una attività di monitoraggio sui risultati. Qualità e sicurezza del sistema sanitario significano inoltre un sistema unitario di reale federalismo solidale, ovunque basato sui criteri di efficienza ed equità.

Abbiamo inoltre posto al centro della nostra agenda il conseguimento di alcuni fondamentali obiettivi di salute: la promozione della continuità assistenziale attraverso il rilancio della integrazione socio sanitaria e la costruzione del sistema delle cure primarie; la promozione della dignità del "fine vita"; la promozione di stili di vita salutari attraverso il programma "guadagnare in salute"; la promozione della

salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; la promozione della salute delle donne e della salute materno infantile.

Vogliamo proseguire su questi obiettivi, con l'aiuto del Parlamento oltre che con la cooperazione Stato Regioni. Vogliamo insistere sulla qualità e la sicurezza delle cure con la presentazione del DDL collegato alla Finanziaria e con l'approvazione da parte del Senato e della Camera del DDL sulla prevenzione del rischio clinico e la sicurezza del sistema sanitario.

Vogliamo insistere nell'attenzione alle persone fragili e alla promozione della salute della donna.

Contenere i tempi delle liste d'attesa ed elaborare con un approccio nuovo il piano sanitario nazionale.

Progetto e strumento del nostro lavoro che è stato alla base della precedente e della attuale legge finanziaria è il Patto per la Salute.

2. Il Patto per la Salute e il nuovo governo della spesa

Il Patto per la Salute:

- ha adeguato le risorse a disposizione del SSN (+6 miliardi di euro);
- ha rafforzato la responsabilità di bilancio delle Regioni;
- ha disposto il risanamento delle Regioni in disavanzo con i Piani di rientro e l'azione di affiancamento tecnico.

Il 2007 è stato un anno di svolta per il SSN: sono state gettate le basi per un governo condiviso Stato-Regioni volto a migliorare qualità ed efficienza del sistema sanitario.

Il risanamento è in atto

La spesa sanitaria pubblica:

- nella prima parte del decennio era andata fuori controllo: tra il 2000 e il 2006 la spesa è aumentata del 7% l'anno, salendo dal 5,7% al 6,9% del Pil;
- nel 2007 è stata riportata sotto controllo, con un aumento di poco superiore al 2%;
- nei prossimi anni si stabilizzerà intorno al 6,8% del Pil.

Le Regioni dei Piani di rientro:

- facevano registrare un disavanzo complessivo di circa 3,5 miliardi di euro nel 2006;
- i Piani sono stati firmati dalle Regioni tra febbraio e luglio di quest'anno;

- risultato: a fine 2007 avranno quasi tutte conseguito gli obiettivi concordati, con un disavanzo complessivo di poco superiore a 1 miliardo di euro, coperto per la quasi totalità dal fondo transitorio di sostegno; disavanzo e fondo transitorio diminuiranno nei prossimi anni fino ad azzerarsi nel 2010.

Più efficacia e non solo più efficienza

I LEA:

- Ministero e Regioni hanno condotto insieme la verifica delle prestazioni sul territorio nazionale, avviando azioni di recupero delle situazioni di criticità;
- la revisione dei LEA prevista dal Patto per la Salute è in corso di definizione concordata con le Regioni: verranno potenziate prestazioni di elevata rilevanza sociale e superate prestazioni ormai obsolete.

Gli investimenti:

- la Finanziaria 2007 ha aumentato di 2,5 miliardi la dotazione finanziaria per i programmi di edilizia sanitaria e innovazione tecnologica;
- è stata accelerata la definizione degli accordi di programma con le Regioni per utilizzare appieno questa disponibilità;
- il Governo ha inoltre inserito la sanità tra gli obiettivi del programma di utilizzo dei fondi strutturali UE 2007-2013, rendendo così disponibili ulteriori 3 miliardi di euro.

3. La Finanziaria 2008

Con la manovra 2008 il Ssn si consolida ulteriormente. Con più risorse per i Livelli essenziali di assistenza e con il potenziamento del piano pluriennale di edilizia sanitaria che consentirà la definitiva riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi di medicina territoriale e di rinnovare il parco tecnologico.

Ma vediamo in dettaglio le misure adottate:

Nuove risorse per il SSN:

- il finanziamento cui concorre lo Stato viene aumentato nel 2008 di 3,5 miliardi, portandolo a 100.600 milioni (compreso il fondo transitorio per le Regioni in fase di rientro e le risorse per il rinnovo contrattuale). Obiettivo è quello di garantire una migliore erogazione delle prestazioni assistenziali a tutti i livelli e in tutti i servizi sanitari, dall'ospedale, alla medicina di famiglia e specialistica, per l'assistenza domiciliare e per la farmaceutica. Si dà così attuazione al Patto per la Salute che prevedeva la stabilizzazione del finanziamento in percentuale di Pil;

- vengono stanziati nuove risorse in Tabella A che consentono di finanziare le misure di ammodernamento del SSN previste dal DDL che il Governo presenterà come collegato per l'ammodernamento del sistema, la qualità e la sicurezza delle cure del Ssn;
- vengono stanziati 30 milioni di euro (art. 48) come contributo aggiuntivo alle risorse già previste nell'ambito dei fondi per l'assistenza farmaceutica per favorire la campagna di vaccinazione pubblica contro il carcinoma della cervice uterina. Questa somma va infatti ad aggiungersi a quanto contemplato da apposita delibera AIFA del 28 febbraio 2007 che ha previsto una spesa fino a 85,5 milioni di euro all'interno dei finanziamenti per l'assistenza farmaceutica del Ssn. La vaccinazione contro l'HPV in forma facoltativa e gratuita per tutte le 250 mila ragazze di dodici anni è infatti una prestazione già inserita nei Livelli essenziali di assistenza farmaceutica fin da quest'anno;
- viene confermato l'incremento di 60 milioni di euro per la ricerca sanitaria varato con la Finanziaria 2007;
- viene deliberato un primo stanziamento per risolvere il problema dei danneggiati da emotrasfusione (art. 33 del decreto-legge);

Un Piano straordinario per gli investimenti:

- la dotazione finanziaria per i programmi di edilizia sanitaria e innovazione tecnologica è stata incrementata di ulteriori 3 miliardi (art. 36, comma 6) e vengono confermati i vincoli di destinazione per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, il rinnovo delle tecnologie mediche, la messa in sicurezza delle strutture, la realizzazione di strutture residenziali e l'acquisizione di tecnologie per gli interventi territoriali nel settore delle cure palliative;
- la massa di risorse utilizzabili quindi per nuovi programmi di investimento è pari a oltre 7 miliardi di euro (1,5 che residuavano dagli stanziamenti passati e che siamo riusciti a impegnare in nuovi accordi di programma siglati quest'anno; 2,5 miliardi messi a disposizione dalla Finanziaria 2007 e 3 miliardi ulteriori dalla Finanziaria 2008);
- su questa nuova base è possibile ora impostare un ulteriore piano pluriennale di investimenti in accordo con le Regioni, che seguirà agli accordi di programma già stipulati nel corso del 2007, a valere sulle risorse già stanziati, con le Regioni Puglia, Lombardia, Abruzzo e Veneto e a quelli in via di definizione con altre Regioni;

- una prima tranche della nuova dotazione finanziaria è stata già resa disponibile per 1,6 miliardi in Tabella D, impegnabili da subito per nuovi accordi di programma.

Per le Regioni dei Piani di rientro:

- in applicazione del Patto per la Salute i Piani di rientro hanno previsto la ristrutturazione dei debiti contratti da queste Regioni fino al 31 dicembre 2005; coerentemente, la Finanziaria (art. 18) stanziava 9,1 miliardi per la trasformazione di debiti contratti dalle Regioni a tassi molto elevati in debiti trentennali verso lo Stato (l'operazione non ha effetti sull'indebitamento netto della PA ma solo sul saldo netto del bilancio dello Stato); le Regioni sono tenute a riservare parte corrispondente delle entrate proprie al servizio del debito;
- a garanzia della piena attuazione dei Piani di rientro il decreto legge collegato dispone la possibilità per il Governo, in caso di scostamenti dagli obiettivi concordati con la Regione, di procedere alla nomina di un Commissario *ad acta* (art. 4, comma 2).
- In tale stato di cose, va evidenziato che:
 1. l'anticipazione delle risorse statali alle Regioni interessate non incide sull'indebitamento;
 2. le somme anticipate sono integralmente restituite dalle Regioni allo Stato, comprensive degli interessi;
 3. la nuova previsione normativa, che si sta definendo per la messa a disposizione delle risorse finanziarie necessarie, non solo è coerente con il Patto della salute e la legge finanziaria per il 2007 ma è anche assolutamente necessaria per la concreta realizzabilità dei Piani di rientro ed è attuativa degli Accordi già sottoscritti;
 4. Il Patto per la salute ha portata generale. Pertanto, qualora per altre regioni dovessero realizzarsi fattispecie analoghe a quelle riscontrate nelle Regioni attualmente interessate dai Piani di rientro (*elevati disavanzi, inadempienza sulla relativa copertura con conseguente incremento automatico delle aliquote fiscali nella misura massima prevista dalla legislazione vigente, accettazione e sottoscrizione dei Piani di rientro con i relativi obblighi*) non potrebbe, con successivi interventi legislativi, che procedersi analogamente a quanto si sta facendo per tali Regioni.

La riforma della farmaceutica (nel decreto legge collegato, art. 5):

- cambiano i tetti percentuali per la spesa farmaceutica pubblica con la determinazione di un nuovo limite di spesa unico per la farmaceutica

territoriale (farmacie e distribuzione diretta da parte delle Asl, compresi importi ticket regionali) pari al 14,4% della spesa sanitaria complessiva e un limite del 2% per la spesa farmaceutica ospedaliera al netto della distribuzione diretta. In caso di superamento del tetto per la farmaceutica territoriale a livello nazionale, le aziende farmaceutiche ripianano gli sforamenti insieme a grossisti e farmacisti per le quote di competenza;

- le Regioni, a loro volta, sono comunque tenute ad adottare misure di contenimento della spesa per evitare nuovi splafonamenti. Il ripiano da parte delle aziende avviene tramite “pay back” (ovvero versamento diretto della quota di loro spettanza dello sfioramento nelle casse delle Regioni). Questo meccanismo, che sostituisce la vecchia logica dei tagli indiscriminati dei prezzi, ha il vantaggio di ripianare subito la maggiore spesa ma anche quello di dare certezze alle imprese per la programmazione dei loro investimenti in sviluppo e ricerca. Con questi nuovi tetti, inoltre, si riordina profondamente l’assetto della spesa farmaceutica, consentendo una migliore gestione e un monitoraggio costante degli andamenti di spesa e dell’eventuale superamento dei livelli stabiliti in ogni Regione. Il tetto percentuale 2008 complessivo non cresce rispetto al 2007 ma si articola in modo diverso. Nel 2007 esso era infatti stabilito nel 13% per la farmaceutica territoriale e nel 3% per l’ospedaliera. Quest’anno, come abbiamo visto, esso arriva a un complessivo 16,4% ma, a differenza del 2007, comprende anche gli importi del ticket che prima non erano calcolati all’interno del tetto.
- sono poi previste misure per favorire la maggiore diffusione di farmaci più innovativi e sicuri, impiegando a tal fine le risorse risparmiate con la diffusione dei farmaci generici o equivalenti e con il controllo delle prescrizioni non appropriate. Per farlo si attua una nuova politica dei prezzi che mira a “premiare” i farmaci più innovativi e a “calmierare” quelli con brevetto ormai scaduto allineandoli ai prezzi dei farmaci generici equivalenti con maggiore risparmio per il Ssn e stesse garanzie di assistenza per i cittadini;
- da non trascurare poi l’impatto rilevante per l’industria farmaceutica del rafforzamento del credito d’imposta sulle spese in ricerca e sviluppo disposto nell’ambito delle misure fiscali della Finanziaria.

Non autosufficienza

- verrà presentato un DDL collegato alla Finanziaria che riorganizza, secondo in progetto proposto dal Ministero per la Solidarietà Sociale e dal Ministero della Salute, l’intervento pubblico in materia di sostegno ai non autosufficienti; allo scopo la Finanziaria stanZIA ulteriori 200 milioni di euro sul Fondo per la non autosufficienza, portandolo a 400 milioni.

Salute e sicurezza lavoratori (art.67)

- vengono stanziati 50 milioni di euro per il potenziamento delle attività di prevenzione e contrasto degli incidenti e delle malattie professionali sui luoghi di lavoro. Questo stanziamento conferma l'impegno del Governo sul piano delle politiche di promozione della salute dei lavoratori che ha visto il suo epicentro nell'approvazione della legge delega in materia e la sottoscrizione del Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con le regioni. Da sottolineare che accanto a queste due iniziative sono state avviate una serie di azioni sul campo con accordi specifici in diversi settori e aree produttivi particolarmente a rischio (porto di Genova, porto di Napoli, petrolchimico di Gela, Ilva di Taranto e osservatorio tessile e salute), cui si aggiunge la definizione del registro dei lavoratori esposti a sostanze cancerogene e del regolamento REACH che ci conforma finalmente all'Europa per le norme di controllo sulle sostanze prodotte.

Norme per il personale precario del Ssn (art.93)

- è previsto che i dirigenti sanitari del Ssn con contratti o incarichi di lavoro precari possano far valere gli anni di servizio prestati come titolo nella valutazione ai fini dell'assunzione a tempo indeterminato a mezzo concorso. Fino ad oggi, infatti, anche un periodo di servizio di diversi anni a carattere precario non aveva alcun riconoscimento tra i titoli valutabili ai fini dell'assunzione.

Altre misure previste:

- misure di razionalizzazione nell'uso dei farmaci (art. 46):
 - divieto di prescrivere medicinali di cui non è autorizzato il commercio se non siano disponibili dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda;
 - obbligo dell'AIFA di valutare, ai fini dell'inserimento di medicinali non autorizzati nello speciale elenco di medicinali erogabili dal SSN, previsto dal decreto-legge 536/1996, oltre ai profili di sicurezza, anche la presumibile efficacia dei medicinali;
 - possibilità di riutilizzo, da parte delle ASL, delle RSA o di organizzazioni non lucrative, di medicinali ancora in corso di validità non utilizzati dal malato (deceduto o che ha abbandonato la terapia) al quale erano destinati;

- estensione alle mutue territoriali delle norme, già in vigore per i fondi sanitari di origine contrattuale, circa la deducibilità ai fini fiscali dei contributi versati; in ambedue i casi la deducibilità viene ora condizionata alla fornitura di prestazioni integrative rispetto a quelle fornite dal SSN (art. 5, comma 31);
- stanziamento di 700.000 euro per potenziare la capacità di controllo e verifica della rete trapiantologia da parte del Centro Nazionale Trapianti (art. 42);
- conferma dei contratti di lavoro a tempo determinato stipulati sulla base delle convenzioni della Croce Rossa Italiana (art. 47);
- soluzione della questione relativa ai contributi ONAOSI:
 l'art. 29 consente di superare la situazione di incertezza giuridico-normativa ed operativa conseguente alla recente sentenza n. 190 del 5 giugno 2007, con la quale la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 2, lettera e) della legge 7 luglio 1901, n. 306 e successive modificazioni, nella parte in cui prevede che la misura del contributo obbligatorio di tutti i sanitari iscritti agli ordini professionali italiani, sia stabilita nel Consiglio di Amministrazione della Fondazione Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani (O.N.A.O.S.I.) senza offrire alcun elemento, neanche indiretto, idoneo ad individuare criteri adeguati alla concreta quantificazione e distribuzione degli oneri imposti.
 Per risolvere la questione, nel rispetto dei principi di autonomia di cui al decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, viene prevista la determinazione da parte del Consiglio di Amministrazione della Fondazione ONAOSI della misura del contributo obbligatorio, tenuto conto dei criteri dell'equilibrio della gestione, la cui entità deve essere rapportata ad una percentuale della retribuzione di base e dell'anzianità di servizio dei sanitari interessati.
 Vengono dettate anche norme che consentono di recuperare i contributi dovuti per il periodo compreso dalla data di pubblicazione della sentenza della Corte Costituzionale e l'entrata in vigore della presente legge.
- Con l'art. 31 viene concesso un contributo straordinario di 40 milioni di euro a favore dell'Istituto Giannina Gaslini di Genova, di un milione a favore dell'Unione Italiana Ciechi, nonché di tre milioni di euro a favore della Fondazione EBRI (European Brain Research Institute).