



Ministero della Salute
Ufficio Legislativo
Ufficio Rapporti con Parlamento

*Audizione del 10 aprile 2019 del Ministro della salute presso la
Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale*

Innanzitutto intendo ringraziare il Presidente della Commissione e tutti i commissari per l'invito che mi è stato rivolto, che mi consente, in una fase iniziale dell'attività di questa Commissione – che corrisponde, tuttavia, già ad uno snodo cruciale delle mie attività, in qualità di Ministro della salute – di illustrare le iniziative di competenza del Ministero in materia di attuazione del federalismo fiscale.

Trattandosi della prima occasione in cui abbiamo modo di confrontarci su questo tema, ritengo utile, in premessa, effettuare una breve illustrazione di ciò che – in generale - comporta il federalismo fiscale nella materia sanitaria.

Innanzitutto va ricordato che, a partire dell'anno 2013, il riparto della quota indistinta del FSN avviene, per quanto gradualmente, sulla base dei costi ed i fabbisogni standard, i quali costituiscono il riferimento cui rapportare - progressivamente nella fase transitoria e, successivamente, a regime - il finanziamento integrale della spesa sanitaria. D'altro canto, il totale delle risorse dedicabili ai Livelli essenziali di assistenza sanitaria riflettono una scelta politica e di programmazione economica che – come ognuno di voi sa – deve risultare coerente con il quadro macroeconomico complessivo del Paese e con gli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria.

Va detto subito che i “costi standard”, per come concepiti dalla normativa vigente, non fanno riferimento a singole classi di prestazioni (costo in Euro di un processo produttivo virtuale, in condizioni di ideale efficienza): molto spesso, infatti si tende a confondere il procedimento finora applicato con l’idea di “prezzo standard” o “prezzo di riferimento” di un servizio, di una prestazione o ancora di uno specifico bene impiegato per la produzione (il classico costo della siringa...).

Un sistema di valutazione di questo tipo presuppone che i prodotti e le prestazioni, per essere confrontabili nei costi di produzione, siano omogenei in tutte le loro caratteristiche.

Invero, in sanità, i servizi e le prestazioni vengono erogati secondo caratteristiche e modalità differenziate nelle varie regioni in funzione della domanda sanitaria e dei moduli organizzativi di offerta: infatti, fermo restando che le regioni godono di piena autonomia circa la scelta del modello organizzativo di cui dotarsi, l’offerta dei servizi sanitari e il loro utilizzo da parte di una popolazione dipende anche dalle caratteristiche proprie della popolazione considerata.

Devo precisare che la metodologia dei costi standard attuata oggi per ripartire il finanziamento cui concorre lo Stato si riferisce ad aggregati di prestazioni, ricondotte ai tre macrolivelli sui quali le risorse nazionali programmate devono ripartirsi, e cioè: 5% per l’assistenza collettiva, 51% per l’assistenza distrettuale e 44% per l’assistenza ospedaliera.

Non vi è dubbio che il criterio dei costi standard sia stato concepito per perseguire finalità positive, tra le quali, innanzitutto, quella di superare le differenze che ancora connotano troppo marcatamente i diversi servizi sanitari regionali, promuovendo in tutte le regioni l’adozione di modelli organizzativi e di scelte allocative orientate all’efficienza e alla qualità dell’assistenza.

La stessa individuazione delle cosiddette regioni benchmark ha corrisposto all’esigenza di innescare una leva emulativa in grado di creare le condizioni per recuperare elementi di efficienza ed efficacia nella produzione ed erogazione dei servizi da parte delle regioni non-benchmark.

Tuttavia, dico subito che gli attuali criteri per identificazione delle regioni benchmark sono basati su un sistema di indicatori le cui risultanze, a distanza di 6 anni, sono state in parte ritenute poco rappresentative delle realtà territoriali, in quanto eccessivamente legate alle performance del settore ospedaliero (conseguenza, questa, dovuta alla scelta iniziale di basarsi sui soli flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS del Ministero della salute).

A tale riguardo, voglio, allora, informare che è di prossima istituzione un apposito gruppo interistituzionale (costituito dai rappresentanti del Ministero della salute, dell'Economia e Finanze e delle regioni) per rivedere detti indicatori.

Tornando, più in generale, all'attuale sistema di finanziamento del FSN, va detto che in questi anni si è lungamente dibattuto a vari livelli (istituzionali e accademici) sulla effettiva capacità dei vigenti criteri di riparto di rappresentare il bisogno di salute delle diverse regioni italiane. Infatti, anche dopo l'introduzione della normativa sui costi standard, il principale parametro utilizzato per il riparto tra le regioni è restata la popolazione, pesata per classi di età, senza ulteriori indicatori capaci di rappresentare il diverso bisogno di salute.

E così, dall'entrata in vigore della normativa sui costi standard, contrariamente allo spirito di tale disciplina, le regioni sono ripetutamente intervenute sugli esiti delle proposte di riparto ministeriali costruiti sulla base dei costi standard, sia per riequilibrarne le risultanze, sia per operare una diversa allocazione della cosiddetta quota premiale (0,25% del FSN): per far ciò, tuttavia, si è dovuto provvedere, di volta in volta, attraverso l'introduzione di apposite disposizioni di legge, peraltro con carattere d'urgenza, sulla base delle richieste pervenute dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome.

L'allocazione delle risorse effettuata sulla base dei vigenti criteri sta, in effetti, determinando situazioni molto variabili da regione a regione, restituendo una fotografia diversa tra le regioni del nord e quelle del sud. Se le regioni più virtuose sono riuscite ad organizzare i propri servizi sanitari in maniera efficiente, rendendo così sostenibile la spesa sanitaria in relazione al livello di finanziamento loro assegnato (nonostante le manovre di finanza pubblica introdotte nell'ultimo periodo), le regioni meno virtuose,

invece, assicurano la sostenibilità della spesa sanitaria in relazione al finanziamento loro assegnato pregiudicando, in molti casi, la adeguatezza della riorganizzazione dei setting assistenziali, e solo in parte attraverso azioni volte all'efficientamento del sistema.

Nel periodo ricompreso tra il 2012 e il 2016, si è assistito, infatti, ad un più frequente e generalizzato ricorso alle risorse di parte corrente per finanziare gli investimenti.

Tale fenomeno va letto, da una parte, come conseguenza delle intervenute riduzioni dei finanziamenti statali e regionali in conto capitale, favorito anche dal conseguimento in alcune regioni di spazi finanziari (per azioni di efficientamento); dall'altro, come tentativo, da parte delle regioni, di svincolarsi dalle procedure di finanziamento ai sensi dell'art. 20 della legge 67/88 in materia di edilizia sanitaria.

Anche su questo tema, peraltro, il Ministero ha intenzione di effettuare degli specifici approfondimenti, ragionando, in particolare, su una possibile diversa allocazione delle risorse, attraverso l'individuazione di strumenti per la rideterminazione del fabbisogno sanitario regionale standard in attuazione dell'articolo 29 del d.lgs. n. 68/11.

Mi riferisco – per essere più chiara – alla necessità di rivedere gli attuali criteri di pesatura: processo che riconosco essere complesso, sia tecnicamente che politicamente, non fosse altro per la necessità di acquisire una piena condivisione da parte di tutte le regioni, nello specifico passaggio, previsto dalla normativa vigente, in Conferenza Stato-Regioni.

Un elemento di ottimismo, in tale percorso, risiede, tuttavia, negli strumenti informativi che, perfezionandosi continuamente, potranno presto consegnare un patrimonio di informazioni in grado di restituire ipotesi di lavoro sempre migliori ai decisori politici.

E, così, ritengo che il patrimonio informativo del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) – soprattutto a seguito della prossime ulteriori azioni di interconnessione con altre banche dati - contribuirà a fornire le informazioni necessarie per realizzare appropriati modelli di analisi dei costi e fabbisogni standard e per

costruire adeguati e dinamici indicatori dell'effettivo bisogno di salute della popolazione.

Attraverso l'interconnessione dei flussi informativi tra NSIS e Tessera Sanitaria sarà, infatti, possibile determinare più correttamente il fabbisogno di salute, attraverso metodologie di stratificazione della popolazione per patologie che consentiranno di costruire la prevalenza delle malattie ed i relativi costi. Ciò nell'ottica di una diversa programmazione delle politiche sanitarie e della redistribuzione delle risorse, che sia centrata effettivamente sui problemi di salute dei pazienti e le esigenze della popolazione, abbandonando l'attuale sistema di programmazione basato essenzialmente su una logica "per fattori produttivi".

Mi sia consentito dilungarmi ancora su questo tema – e cioè sugli obiettivi di razionalizzazione della spesa in un quadro di rinnovata centralità del paziente – che mi sta molto a cuore.

Su questo tema desidero, infatti, illustrare una ulteriore importante iniziativa che il Ministero ha avviato proprio in questi mesi.

Come dicevo, il nostro intendimento è che il monitoraggio della spesa sia finalmente basato su una logica di processo orientata alla "patologia", nonché sulle principali malattie ad alto impatto e sulla misura del «valore».

Le opportunità di tale metodologia possono essere sintetizzate come segue:

- Una visione complessiva del costo delle malattie, oltre che dei fattori produttivi, mettendo al centro le esigenze del paziente, potrà impedire tagli lineari.
- Una visione della portata economica complessiva delle malattie permette, inoltre, una più agevole valutazione dell'impatto dei cambiamenti tecnologici (ad esempio per effetto dell'introduzione di un nuovo farmaco o dispositivo).
- Il Ministero, inoltre, avrà la possibilità di svolgere un'attività programmatica di bilanciamento di priorità e di pianificazione degli investimenti, adattando le reti di offerta sulla base dei parametri di eterogeneità rilevati su territorio.

Questo "rovesciamento" del punto di vista e di gestione della Sanità italiana porterà ad una vera e propria rivoluzione di approccio, di gestione e di misurazione dei risultati.

L'obiettivo è, infatti, quello di costruire un "modello predittivo" del fabbisogno di salute della popolazione italiana per simulare scenari a medio-lungo termine in base alle informazioni disponibili (come l'epidemiologia della popolazione ed i principali trend evolutivi in atto – quali quelli demografici, sociali, tecnologici ed economici) in modo da consegnare uno strumento innovativo per il decisore politico a supporto della pianificazione strategica, della programmazione sanitaria e della distribuzione delle risorse secondo le esigenze della popolazione.

Il modello proverà, peraltro, a simulare gli impatti delle manovre non solo sul "perimetro del SSN", ma anche sul welfare nel suo complesso, misurando gli effetti delle potenziali azioni sia sul fondo sanitario nazionale che su tutte le voci di spesa a carico del bilancio dello Stato.

In questo percorso innovativo, assume particolare importanza anche la revisione dei criteri della Griglia LEA – che costituisce tuttora l'unico strumento in grado di misurare il livello delle prestazioni sanitarie a beneficio dei cittadini.

Ebbene, a tal riguardo, sono lieta di informare che lo schema del decreto interministeriale che innova il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria - introducendo, finalmente, indicatori omogenei, misurabili e solidi - ha acquisito l'intesa della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome il 13 dicembre u.s.

Sempre nel campo della misurazione delle *performance* sanitarie grazie ai nuovi strumenti informativi sui quali molto sta investendo il Ministero della salute, desidero accennare al tema della mobilità sanitaria extraregionale - che rappresenta, senza dubbio, un fenomeno da ridurre con forza.

Grazie ai già citati sistemi di interconnessione informativa si renderà, infatti, possibile una mappatura dei flussi declinati per tipologia di prestazione che consentirà di individuare le situazioni di specifica carenza dell'offerta e di agevolare la redazione di un piano di contrasto alla mobilità passiva in grado di potenziare la capacità di offerta nei settori rivelatisi critici.

Analogamente, si renderà possibile scoraggiare il ricorso a pratiche inappropriate o a comportamenti opportunistici da parte di erogatori che agiscono fuori

dalla competenza regionale. A tal fine, sarà importante definire nell'ambito dell'apposito tavolo tecnico interistituzionale, già istituito al Ministero, la corretta e piena definizione delle prestazioni di ricovero di alta complessità che attualmente, in via transitoria, sono definite all'interno del vigente accordo interregionale di mobilità.

Prima di concludere, è giusto rendere alcuni elementi sul processo, tuttora in atto, di riconoscimento di maggiore autonomia alle regioni che ne hanno fatto richiesta (alle quali, da ultimo, si è aggiunto anche il Piemonte).

Preliminarmente è necessario ribadire che il Governo crede molto nel percorso avviato per il quale, allo stato attuale, sono in corso approfondimenti che vanno anche oltre l'ambito sanitario.

Non vi è dubbio, in realtà, che proprio questo ambito abbia una sua particolare specificità perché – ed è la stessa Costituzione a dircelo – dovranno in ogni caso rimanere invariati i principi di fondo del nostro sistema sanitario, riconducibili – in estrema sintesi – ai concetti di unitarietà ed universalità.

Allo stesso tempo, non si può sottacere come il complessivo equilibrio di un sistema plurale – quale è quello delle autonomie – in particolar modo in un sistema integrato, quale è quello della sanità, impone che al riconoscimento di maggiori poteri debba necessariamente corrispondere l'intensificarsi dei relativi controlli da parte di chi, nell'ambito dell'ordinamento, svolge il ruolo di garante dell'unitarietà delle prestazioni su tutto il territorio nazionale.

Fatte queste premesse, è altrettanto ovvio che le istanze delle Regioni finalizzate ad accrescere le loro prerogative organizzative, ad intensificare l'autonomia nella gestione e nella provvista di personale, nonché ad assicurare ulteriori opportunità di formazione, anche specialistica, sono viste con estremo favore dal Ministero della salute: ciò – voglio precisare - è tanto più vero che, a mio parere, tali facoltà dovrebbero essere riconosciute a tutte le regioni, in modo da avanzare davvero nel percorso di autonomia che la nostra Costituzione già riconosce alle Regioni.

Sono questi i valori che hanno condotto finora il Ministero nel “tavolo delle trattative” con le Regioni, le quali – dico subito – hanno dimostrato notevole serietà nel comprendere come essi siano davvero principi irretrattabili e non comprimibili.

Resta ovviamente fermo che la stessa serietà – e la stessa assenza di pregiudizi ideologici – dovrà caratterizzare anche la prossima fase: quella, cioè, nella quale andranno definite le modalità di attribuzione delle risorse a sostegno della accresciuta autonomia.

Vengo ora alle conclusioni.

In questi anni il SSN, pur avendo garantito un sostanziale universalismo, sembra avere tradito alcune aspettative: prima tra tutte quella della riduzione delle disparità geografiche.

Il divario Nord-Sud rimane evidente e in larga misura immutato in termini di servizi offerti, per quantità e qualità, di speranza di vita, di accesso alle cure e di liste di attesa. Ne è ulteriore testimone l’ormai insostenibile peso della migrazione sanitaria che affligge una consistente porzione di nostri concittadini che risiedono nel Centro-Sud.

Il primo obiettivo del Ministero della salute non può che essere, dunque, ridurre le diseguaglianze e per far ciò torneranno utile le iniziative, di cui ho dato conto, rivolte a perfezionare – se non a superare – il meccanismo dei costi standard, ed a contenere – se non ad eliminare – gli ingiustificati differenziali di costo nell’acquisizione dei beni e servizi.

Pur nella piena consapevolezza della preminenza, ben scolpita nel nostro ordinamento, del ruolo regionale in materia sanitaria, va anche detto che l’attuazione dei piani di rientro, l’andamento dei commissariamenti e l’applicazione dei Patti per la salute ci dicono che il sistema, nel suo complesso, necessita di una “manutenzione straordinaria” che non può prescindere da un ripensamento del ruolo del governo centrale.

Ancora oggi, purtroppo, scontiamo gli errori del passato determinati da quella sovrapposizione, squisitamente terminologica, tra un vero ed auspicato decentramento ed un federalismo mai veramente compiuto.

Ciò ha avuto un riflesso grave sul sistema, rappresentato da una chiara e netta frammentazione della programmazione sanitaria e dei centri di spesa che sta mettendo a rischio la salute dei cittadini, privandoli, in molti casi, della garanzia costituzionale della tutela e del diritto alla salute.

Già oggi, e sempre più nel futuro, il servizio sanitario dovrà affrontare sfide importanti in termini di accesso all'innovazione, tecnologica e organizzativa, e di gestione della cronicità: ciò richiede da subito - se si crede davvero, come ci credo io, nel carattere universalistico del nostro servizio sanitario - un ripensamento delle modalità di programmazione delle politiche sanitarie e di distribuzione delle risorse secondo metodologie basate sul valore, sull'equità e sull'appropriatezza.

Ma tante altre sono le sfide per il nostro SSN: nuovi e importanti flussi migratori influenzano l'Italia che, per la sua posizione (sia geografica che etica), non può esimersi dall'assumere importanti responsabilità.

Allo stesso tempo, il progressivo invecchiamento della popolazione richiede un nuovo sforzo assistenziale. La popolazione italiana è la più anziana d'Europa (il 22% di over 65 il 7% di over 80) e, nel 2050, arriverà a toccare la quota di 63,5 milioni di persone (+4,6%) con un'età media stimata dagli attuali 44,7 agli oltre 50 anni nel 2065.

Si aggrava il peso delle malattie croniche (che assorbono ormai il 70-80% dei budget dei sistemi sanitari) mentre le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio (36,8%) e i tumori (29,9%).

Aumentano le differenze tra i territori, a cause del sempre più persistente fenomeno del turismo sanitario.

Tutte queste dinamiche devono confrontarsi con la continua innovazione tecnologica che, al giorno d'oggi, è in grado di offrire nuove e importanti opportunità in molti campi dell'agire umano, in termini sia di consumi sanitari sia di stili di vita. Il paziente è cambiato ed è sempre più informato, consapevole e "connesso". Sono disponibili nuove terapie e farmaci più efficaci che rendono possibile un miglioramento

delle cure mentre l'innovazione consente di risparmiare risorse da reinvestire in servizi di qualità (farmaci, dispositivi medici, processi/servizi, tecnologie della sanità digitale e della telemedicina, etc.).

In questa ottica, è importante investire nella prevenzione e nella promozione della salute lungo il corso dell'esistenza, per garantire alla popolazione un futuro in salute e all'insegna di uno sviluppo più sostenibile.

Allo stesso tempo, il nostro impegno deve essere rivolto a ridurre e/o contrastare le disuguaglianze di salute, affrontando tutti i determinanti socioculturali, ambientali ed emotivi che impattano sui contesti di vita e sulle scelte dei singoli, migliorando la qualità di vita delle persone, favorendo la produttività in età lavorativa e il mantenimento dell'autosufficienza in età più avanzata, anche attraverso un maggior coinvolgimento della comunità e dei suoi gruppi di interesse.

Il Sistema Sanitario Italiano si trova ad essere, allo stesso tempo, parte “integrata e integrante” di questi cambiamenti.

Non vi è dubbio che in questi anni i conti siano stati messi in sicurezza: il sistema perdeva oltre 5 miliardi di euro l'anno nel 2007 e 2 miliardi nel 2012. Nel 2017 i bilanci segnano un disavanzo di circa 1 miliardo con coperture fiscali ben superiori. Il sistema quindi è ormai finanziariamente stabile ed economicamente quasi in equilibrio.

Tuttavia, ad oggi, il monitoraggio della spesa per la salute avviene essenzialmente in una logica “per fattori” (ad esempio su farmaci, dispositivi medici, ricoveri, prestazioni specialistiche, ecc.), favorendo il contenimento della spesa in modo immediato attraverso l'uso di budget a “silos” (ad esempio tetti di spesa sui farmaci e sui dispositivi medici) e l'applicazione di tagli lineari su singole voci.

L'impatto di queste misure ha certamente consentito, nel breve termine, una effettiva riduzione della spesa pubblica; tuttavia, superato il momento critico dal punto di vista finanziario è ormai necessario rimuovere gli effetti negativi di tale impostazione.

Il monitoraggio di consumi e spesa per singoli fattori, infatti, fa perdere di vista le interazioni fra questi. Per fare un esempio, una nuova tecnologia - più costosa in sé, ma che consente risparmi in ricoveri, altri farmaci e che riduce il carico economico

vissuto dal paziente - rischia di essere solo osservata come costo e non come investimento.

In questo quadro, lo strumento della *spending review* non appare più in grado di rendere sostenibile il sistema sanitario nel lungo periodo. Le azioni da mettere in campo dovranno, quindi, essere necessariamente dirompenti e profondamente innovatrici dell'assetto istituzionale e dei suoi strumenti.

Sulla base di questo ragionamento, è evidente la necessità di condurre gli studi in una prospettiva orizzontale, cioè "per patologia", in modo tale da poter fornire indicazioni applicabili alla programmazione e al monitoraggio della spesa sanitaria nei singoli ambiti.

In definitiva, è arrivato il momento di abbandonare i vecchi schemi imperniati sulla "spesa storica" per acquisire una nuova visione che reingegnerizzi la *governance* sanitaria. Al tempo stesso, va rafforzata la collaborazione con il sistema delle imprese che sono portatrici di innovazioni e di soluzioni, e che dunque rappresentano dei veri partner del sistema.

Il lavoro da fare è ancora molto. Ma si sta finalmente affermando un nuovo modello di *governance* e di programmazione che sta dando già i primi frutti.

Siamo all'inizio del cammino ma la direzione è quella giusta.