

ATTO CAMERA**RISOLUZIONE IN COMMISSIONE 7/00096****Dati di presentazione dell'atto**

Legislatura: 18
Seduta di annuncio: 78 del 07/11/2018

Firmatari

Primo firmatario: [NESCI DALILA](#)
Gruppo: MOVIMENTO 5 STELLE
Data firma: 07/11/2018

Elenco dei co-firmatari dell'atto

Nominativo co-firmatario	Gruppo	Data firma
BOLOGNA FABIOLA	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
D'ARRANDO CELESTE	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
PROVENZA NICOLA	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
SPORTIELLO GILDA	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
VOLPI LEDA	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
SARLI DORIANA	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
LAPIA MARA	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
SAPIA FRANCESCO	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
TRIZZINO GIORGIO	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
MENGA ROSA	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
BARONI MASSIMO ENRICO	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018
TROIANO FRANCESCA	MOVIMENTO 5 STELLE	07/11/2018

Commissione assegnataria

Commissione: [XII COMMISSIONE \(AFFARI SOCIALI\)](#)

Stato iter: IN CORSO
Atto Camera

Risoluzione in commissione 7-00096
presentato da
NESCI Dalila
testo di
Mercoledì 7 novembre 2018, seduta n. 78

La XII Commissione,

premessi che:

la salute dei cittadini non è garantita in maniera uguale in tutto il territorio nazionale. Esiste un'evidente sperequazione territoriale che origina da un'evoluzione complessa del sistema regionale italiano e sconta l'incoerenza delle riforme costituzionali che, se da un lato hanno introdotto misure di tipo federalista, dall'altro hanno invece inserito vincoli finanziari di matrice europea che mal si conciliano con una strutturazione di tipo federalista;

in questo quadro, le crisi economiche hanno cronicizzato tale sperequazione e le misure introdotte dai diversi Governi volte a «correggere» tale sperequazione si sono dimostrate fallimentari, poiché orientate esclusivamente a «pareggiare i conti» tramite penalizzanti piani di rientro o commissariamenti «politicizzati», senza tener conto delle condizioni di partenza delle regioni e delle variabili determinate dalle carenze infrastrutturali presenti in alcune aree territoriali, atte ad incidere sui costi delle prestazioni. Tali variabili andrebbero individuate sulla base di specifici indicatori socio-economici, ambientali, culturali, di deprivazione e di morbilità;

anche le disposizioni vigenti sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera non fanno altro che cronicizzare la sperequazione esistente tra le regioni, prevedendo che le stesse provvedano alla riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri e accreditati, facendo riferimento, alla popolazione residente e al computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera e, ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale, il numero di posti letto è incrementato o decrementato in relazione alla mobilità tra regioni;

l'offerta di posti letto ospedalieri a livello europeo vede l'Italia (3,7 posti ogni mille abitanti) al di sotto della media europea (5,5 posti letto) e il meccanismo indicato dal decreto ministeriale n. 70 del 2015 penalizza, nella programmazione della dotazione dei posti letto, quelle regioni italiane che risultano avere un saldo negativo di mobilità e che di fatto finanziano il sistema sanitario di regioni ritenute virtuose anche attraverso le risorse provenienti dalla mobilità attiva;

la riduzione dei posti letto della rete ospedaliera, nelle intenzioni del cosiddetto «decreto Balduzzi», era e doveva essere armonizzata con un'implementazione dell'assistenza territoriale, anche attraverso i cosiddetti ospedali di comunità;

in realtà alla tanta solerzia nel definire i tagli dei posti letto non ha fatto da contraltare la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dei presidi territoriali/ospedali di comunità previsti nel punto 17 del patto della salute 2014-2016;

il contesto descritto è stato accompagnato da un progressivo definanziamento del Servizio sanitario nazionale come diffusamente rilevato dagli osservatori della sanità e dagli organi d'informazione e come documentato, a più riprese, tanto dalla Ragioneria generale dello Stato quanto dalla Corte dei conti;

più precisamente, a decorrere dall'anno 2012, anche al fine di dare concreta attuazione a quanto annunciato nel 2012 dal Ministro della salute *pro tempore* Balduzzi circa il programmato definanziamento della sanità pubblica di circa 25 miliardi di euro per gli anni 2012-2015, i diversi Governi succedutisi hanno progressivamente ridotto il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, prevedendo anche una progressiva riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria sul Pil fino ad una soglia del 6,3 per cento prevista per il 2020, con inevitabili ripercussioni sulla qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria e sull'aspettativa di vita;

la «Relazione sulla gestione Finanziaria delle Regioni, esercizio 2015» della Corte dei Conti quantifica che, nel periodo 2015-2018, l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica ha determinato una riduzione cumulativa del finanziamento del SSN di euro 10,51 miliardi, rispetto ai livelli programmati. Riduzione che si aggiunge a quella già operata negli anni antecedenti e a quella corrispondente al contributo alla finanza pubblica da parte delle Regioni;

la determinazione del livello di finanziamento del Ssn avviene nella legge di bilancio che fissa il finanziamento del Ssn e a tale determinazione consegue, da parte del Ministero della salute, la proposta di riparto che stabilisce la quota indistinta del Fondo sanitario nazionale, le risorse da destinare a specifici obiettivi e altri finanziamenti specifici; sulla base di quanto proposto dal Ministero della Salute le Regioni raggiungono un accordo in sede di Conferenza Stato-regioni, mediante intesa; a tale accordo consegue la delibera del CIPE che da operatività ai finanziamenti e consente i trasferimenti alle regioni;

il riparto regionale del finanziamento del settore sanitario pubblico, fino all'anno 2012, avveniva sulla base della spesa storica, ossia il livello complessivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale era ripartito tra le regioni sulla base della popolazione residente pesata, con pesi che tenevano conto del profilo dei consumi sanitari della popolazione residente, suddivisa per classi di età e sesso;

la procedura di riparto regionale è stata modificata, a decorrere dal 2013, con il decreto legislativo n. 68 del 2011, prevedendo la determinazione dei fabbisogni standard regionali, che indicano la quota di risorse attribuite a ciascuna regione per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza;

la procedura di definizione dei fabbisogni *standard* prevede:

innanzitutto la definizione, per ciascun anno, del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, nel contesto macroeconomico dato e tenendo conto degli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria;

l'indicazione e/o la conferma delle percentuali ottimali che le regioni devono rispettare nell'allocazione delle risorse per i diversi tipi di assistenza (5 per cento per l'assistenza collettiva; 51 per cento per l'assistenza territoriale; 44 per l'assistenza ospedaliera);

sono individuate le 5 regioni più virtuose, ovvero le regioni che, nel secondo anno precedente, abbiano erogato i livelli essenziali di assistenza in equilibrio economico, in condizione di efficienza ed appropriatezza (ossia con le risorse ordinarie), che abbiano superato le verifiche del tavolo di verifica degli adempimenti regionali e che presentino criteri di qualità, definiti con successivo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sulla base degli indicatori già condivisi in sede di intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009; qualora un numero inferiore a 5 regioni si trovi in condizione di equilibrio, si individuano anche le regioni con il minor disavanzo;

tra le cinque regioni «più virtuose» la Conferenza Stato-Regioni, garantendo la presenza di una regione della rappresentatività geografica e della necessità di assicurare la presenza di una regione con piccole dimensioni, individua le 3 di riferimento (*benchmark*) tra le quali è obbligatoriamente inclusa la prima delle 5;

il valore di costo *standard*, per ciascuno dei tre macrolivelli, è dato dalla media *pro capite*, pesata del costo registrato dalle regioni, ed è moltiplicato in ogni regione per la popolazione pesata e l'incidenza percentuale di tale costo, è applicata al fabbisogno *standard* nazionale dell'anno di riferimento e determina il fabbisogno *standard* regionale; i costi *standard* sono calcolati, per ogni regione, a livello aggregato, e per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza, al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva e sono depurati della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto a quelle considerate in sede di riparto; sono depurati altresì delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del servizio sanitario nazionale e della quota che finanzia livelli assistenziali superiori ai livelli essenziali;

per determinare i parametri di riparto del fondo sanitario 2018 e al fine di individuare le tre regioni *benchmark* il Ministero della salute, in data 29 maggio 2018, ha trasmesso alle regioni una nota metodologica recante l'elencazione degli indicatori in base ai quali calcolare la qualità ed efficienza, (IQE) come approvata nel Consiglio dei ministri dell'11 dicembre 2012 e come desunti dall'intesa Stato-regioni del 3 dicembre 2009 ovvero in attuazione del Patto per la salute 2010-2012;

tra i diversi indicatori presenti nella nota metodologica del Ministero della salute si rilevano: punteggio della «Griglia Lea» 2015; incidenza percentuale avanzo/disavanzo sul finanziamento ordinario; degenza media pre-operatoria; percentuale interventi per frattura di femore operati entro due giorni; percentuale dimessi da reparti chirurgici con «*diagnosis relater group*» (Drg) medici; percentuale di ricoveri con Drg chirurgico sul totale ricoveri; percentuale di ricoveri ordinari del Drg all'alto rischio di inappropriatezza; percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con Drg medico; percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età ≥ 65 anni sul totale dei ricoveri medici con età ≥ 65 anni; scostamento dallo *standard* previsto per l'incidenza della spesa per assistenza collettiva sul totale della spesa (5 per cento); scostamento dallo *standard* previsto per l'incidenza della spesa per assistenza distrettuale sul totale della spesa (51 per cento); scostamento dallo *standard* previsto per l'incidenza della spesa per assistenza ospedaliera sul totale della spesa (44 per cento); spesa *pro capite* per assistenza sanitaria di base; spesa farmaceutica *pro capite*; costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria; costo medio per ricovero post acuto; spesa per prestazione per assistenza specialistica – attività clinica; spesa per prestazione per assistenza specialistica – laboratorio; spesa per prestazione per assistenza specialistica – diagnostica strumentale;

appare al presentatore del presente atto irrazionale che, per il riparto 2018, siano utilizzati indicatori di qualità riferibili all'anno 2015 (ben tre anni prima) o comunque non armonizzati con il successivo Patto per la salute 2014-2016 che prevede anche la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dei presidi territoriali/ospedali di comunità e con successivo decreto ministeriale n. 70 del 2015 che, come è noto, ha ridefinito esclusivamente gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

appare opportuno ripensare il meccanismo del fabbisogno regionale *standard*, correlando il fabbisogno al reale e diversificato bisogno della comunità e alla domanda di salute, sulla base della prevalenza di patologie insistenti su determinati territori, introducendo il parametro basato sul dato epidemiologico di morbilità regionale, e tenendo conto della popolazione affetta da malattie croniche invalidanti, sulla scorta dei dati rilevati dai piani annuali della prevenzione;

appare altresì opportuno differenziare il fabbisogno anche in base alle carenze infrastrutturali, alle condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché alle condizioni di deprivazione e di povertà sociale, condizioni che inevitabilmente determinano variazioni anche sui costi delle prestazioni,

impegna il Governo:

ad assumere iniziative per intervenire sul fabbisogno regionale sanitario *standard*, assicurando che gli indicatori di qualità siano opportunamente armonizzati con il Patto per la salute 2014-2016, che prevede anche la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dei presidi territoriali/ospedali di comunità, e con il decreto ministeriale n. 70 del 2015 che, come è noto, ha ridefinito esclusivamente gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;

ad assumere iniziative per intervenire, sul criterio di riparto delle risorse, ripensando il meccanismo del fabbisogno regionale *standard*, attualmente basato sul parametro capitaro in rapporto alla popolazione pesata, correlando invece il fabbisogno al reale e diversificato bisogno della comunità e alla domanda di salute sulla base della prevalenza di patologie insistenti su determinati territori, introducendo il parametro basato sul dato epidemiologico di morbilità regionale, e tenendo conto della popolazione affetta da malattie croniche invalidanti, sulla scorta dei dati rilevati dai piani annuali della prevenzione;

ad assumere iniziative per differenziare il fabbisogno regionale *standard* anche in base alle carenze infrastrutturali, alle condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché alle condizioni di deprivazione e di povertà sociale, condizioni, che inevitabilmente determinano variazioni anche sui costi delle prestazioni.
(7-00096) «Nesci, Bologna, D'Arrando, Provenza, Sportiello, Leda Volpi, Sarli, Lapia, Sapia, Trizzino, Menga, Massimo Enrico Baroni, Troiano».

Classificazione EUROVOC:

EUROVOC (Classificazione automatica provvisoria, in attesa di revisione):

statistica della sanità