



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 23

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE,
FERRUCCIO FAZIO, IN RELAZIONE ALL'AFFARE
ASSEGNATO RELATIVO AL CONTRIBUTO PROPOSITIVO
PER LO SVILUPPO E L'AMMODERNAMENTO DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN ORDINE AI
RAPPORTI TRA STATO E REGIONI, ALLA
RICONSIDERAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI
ASSISTENZA (LEA) E DEI *DIAGNOSIS-RELATED GROUP* (DRG)
E ALLA RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORGANI DI
CONSULENZA DEL MINISTERO DELLA SALUTE (AIFA,
CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ ED AGENZIA
NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI – AGENAS)

201^a seduta: martedì 19 ottobre 2010

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Audizione del Ministro della salute, Ferruccio Fazio, in relazione all'affare assegnato relativo al contributo propositivo per lo sviluppo e l'ammodernamento del Servizio sanitario nazionale in ordine ai rapporti tra Stato e Regioni, alla riconsiderazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei *diagnosis-related group* (DRG) e alla riorganizzazione degli organi di consulenza del Ministero della salute (AIFA, Consiglio superiore di sanità ed Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Agenas)

* PRESIDENTE	Pag.3, 8, 18 e <i>passim</i>	* MOIRANO	Pag. 16
ASTORE (<i>Misto</i>)	8, 15	* PALUMBO	6, 7, 16 e <i>passim</i>
BASSOLI (<i>PD</i>)	17		
* BOSONE (<i>PD</i>)	6, 9, 15 e <i>passim</i>		
CALABRÒ (<i>PdL</i>)	12, 15		
COSENTINO (<i>PD</i>)	6, 7, 10 e <i>passim</i>		
FAZIO, <i>ministro della salute</i>	4, 6, 7 e <i>passim</i>		
FOSSON (<i>UDC-SVP-Aut: UV-MAIE-IS-MRE</i>)	18		

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Futuro e Libertà per l'Italia: FLI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Io Sud, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Interviene, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, il ministro della salute, Ferruccio Fazio, accompagnato dal dottor Filippo Palumbo, capo del dipartimento della qualità del Ministero della salute, e dal dottor Fulvio Moirano, direttore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

I lavori hanno inizio alle ore 15.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del Ministro della salute, Ferruccio Fazio, in relazione all'affare assegnato relativo al contributo propositivo per lo sviluppo e l'ammodernamento del Servizio sanitario nazionale in ordine ai rapporti tra Stato e Regioni, alla riconsiderazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei *diagnosis-related group* (DRG) e alla riorganizzazione degli organi di consulenza del Ministero della salute (AIFA, Consiglio superiore di sanità ed Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Agenas)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, del Ministro della salute, in relazione all'affare assegnato relativo al contributo propositivo per lo sviluppo e l'ammodernamento del Servizio sanitario nazionale in ordine ai rapporti tra Stato e Regioni, alla riconsiderazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei *diagnosis-related group* (DRG) e alla riorganizzazione degli organi di consulenza del Ministero della salute (AIFA, Consiglio superiore di sanità ed Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Agenas).

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il proseguo dei lavori.

Abbiamo oggi l'onore di avere presente il Ministro della salute, onorevole Ferruccio Fazio, accompagnato dal dottor Filippo Palumbo, capo del dipartimento della qualità del Ministero della salute, e dal dottor Fulvio Moirano, direttore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Come sapete, l'odierna audizione è nata da una richiesta di approfondimento sui temi recati dallo schema di decreto legislativo sulla fiscalità territoriale e sui costi e fabbisogni *standard* in campo sanitario, recentemente approvato dal Consiglio dei ministri e attualmente all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

Il Ministro ha accettato l'invito di venire a confrontarsi con la Commissione al fine di illustrare le prospettive del percorso intrapreso.

Cedo subito la parola al Ministro.

FAZIO, *ministro della salute*. In questo mio intervento desidero fare riferimento agli articoli dello schema di decreto legislativo e, in particolare, al Capo IV che si intitola «Costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario», tralasciando tutti gli altri Capi del provvedimento.

Do naturalmente per letto il testo integrale del Capo IV e faccio riferimento ai suoi punti salienti.

Innanzitutto nell'articolo 20, comma 2, si dice: «I costi e i fabbisogni *standard* determinati secondo le modalità stabilite dal presente capo costituiscono il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria». Questa è la cornice nella quale si deve leggere tutto il provvedimento.

I due riferimenti alla fase transitoria e a quella a regime in rapporto al finanziamento integrale sono certamente molto qualificanti.

L'articolo 21, al comma 1, stabilisce che: «A decorrere dall'anno 2013» - fino al 2013 vige il patto della salute, e comunque al di là di eventuali altri patti - «il fabbisogno sanitario nazionale *standard* è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo». Quindi, si introduce il concetto di fabbisogno della salute *standard*, da determinarsi in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Tale previsione è di estrema importanza, essendo un aspetto politico che non può sfuggire. Se da un lato esistono i livelli essenziali di assistenza, dall'altro vi è la coerenza con il quadro macroeconomico complessivo. Se tale quadro non consente di soddisfare pienamente in tutto il Paese i livelli essenziali di assistenza, bisognerà - qui non è detto ma è implicito - ricorrere a forme alternative di finanziamento. Si tratta di un aspetto, che pur non espresso, deve essere sicuramente tenuto in conto.

Al comma 2 dell'articolo 21 si chiarisce, come dicevo, che per gli anni 2011 e 2012 si conferma il patto della salute.

L'articolo 22 è il più interessante e puntuale. Al comma 1 si stabilisce che: «Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni» - è stata da poco istituita - «... determina annualmente, sulla base della procedura definita nel presente articolo, i costi e i fabbisogni *standard* regionali». Quindi, i costi e i fabbisogni *standard* regionali sono determinati annualmente.

Il comma 2 è altrettanto importante perché stabilisce che: «Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute». A questo naturalmente contribuiscono l'Agenas, le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e tutta una serie di flussi informativi in ingresso, ma il terminale che li raccoglie è il Nuovo sistema informativo istituito presso il Ministero della salute. Questo e non altri sarà il sistema a cui si dovrà fare riferimento. Chiunque, un domani, volesse entrare in questa logica dovrà comunque sapere che il terminale di

ingresso al Ministero, con cui fare i conti, è quello del sistema informativo sanitario.

Il comma 3 dell'articolo 22 chiarisce, con riferimento ai macrolivelli di assistenza e ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera *a*), dell'intesa Stato-Regioni, quali sono gli indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale, che identifica nei seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria (potranno poi essere cambiati perché si parla del triennio 2010-2012): il 5 per cento per la prevenzione – assistenza collettiva significa prevenzione – il 51 per cento per l'assistenza distrettuale e il 44 per cento per l'assistenza ospedaliera. Rispetto al passato si rileva uno spostamento complessivo dall'ospedaliero al territoriale, che era il 50 per cento. Noi prevediamo comunque che, nel 2013, ci sarà verosimilmente un ulteriore spostamento, certamente non verso l'assistenza ospedaliera.

Il comma 4 dell'articolo 22 prosegue stabilendo che il fabbisogno *standard* delle singole Regioni – e delle Province autonome: vi risparmio di nominarle ogni volta – cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (che è il Fondo sanitario nazionale), è determinato in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le Regioni i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento (*benchmark*). In sede di prima applicazione è stabilito il procedimento di cui ai commi dal 5 al 10.

Successivamente la metodologia potrà cambiare. Il calcolo è basato sul fatto di avere i conti in ordine dal punto di vista economico-finanziario ed anche sulla funzionalità, in base a criteri di appropriatezza valutati secondo indicatori. In questa fase, tra gli indicatori, non rientra – per esempio – la formazione, la quale però potrebbe diventare un criterio di appropriatezza. È chiaro che, se si deve operare una manutenzione al sistema sanitario, essa deve riguardare anche il personale. È possibile quindi che in un futuro anche breve – non in sede di prima applicazione ma in una successiva fase – possano rientrare tra i criteri di appropriatezza anche altri parametri.

Tuttavia il principio esplicitato nei commi 5, 6 e 7 dell'articolo 22 è che il *benchmark* sia valutato non solo – è questo l'aspetto fondamentale e qualificante che il Ministero della salute ha voluto e sul quale si è battuto, facendo modificare il testo rispetto alla prima stesura in discussione presso il Consiglio dei ministri – attraverso la situazione economico-finanziaria, ma anche attraverso la qualità del sistema misurata mediante degli indicatori. Si tratta di un punto essenziale che dà una svolta molto importante alle metodologie con le quali si misura la spesa sanitaria.

Sono Regioni di riferimento le tre Regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le Regioni, in quanto migliori cinque Regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico e risultando adempienti, sono individuate in base a criteri di qualità dei ser-

vizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sentita la struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le Regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive.

Quindi teoricamente possono essercene anche dieci, ma le tre Regioni di riferimento vanno scelte tra le cinque indicate dal Ministero, selezionate secondo l'ordine di quelle che garantiscono i migliori criteri di appropriatezza. Questo passaggio è fondamentale, perché si insiste su qualità, appropriatezza ed efficienza.

Si considerano in equilibrio economico le Regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Non si fa riferimento all'IRPEF o all'IRAP aggiuntiva: vengono considerate come *benchmark* le Regioni che provvedono con le proprie entrate effettive e non con entrate straordinarie di tipo fiscale o previste allo scopo.

BOSONE (PD). O con quelle da trasferimento.

COSENTINO (PD). Trasferimenti nazionali e *ticket*.

PALUMBO. Le suddette disposizioni vanno lette insieme al comma 6, che reca una dizione leggermente diversa.

FAZIO, *ministro della salute*. I costi *standard* sono computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: collettiva, distrettuale e ospedaliera. Il valore di costo *standard* è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza, dalla media *pro capite* pesata del costo registrato dalle Regioni *benchmark*. Pertanto, se un ente non fa prevenzione o non ha una buona assistenza distrettuale non potrà mai essere *benchmark*, neanche se ha un'assistenza ospedaliera ottima.

A tal fine, il livello della spesa delle tre macroaree delle Regioni *benchmark* è computato al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva. Questa previsione è importante, in quanto corregge situazioni come quella del Molise, dove grossi problemi sono derivati dalla mobilità. Il predetto livello è inoltre depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. Qui sta la diffe-

renza: se una Regione molto ricca utilizza fondi che non derivano dalla tassa aggiuntiva, è in equilibrio ma non può essere *benchmark*.

COSENTINO (PD). Pertanto, le entrate proprie effettive sono quelle derivanti dalla normativa generale che si riferisce ai trasferimenti statali e ai *ticket*.

PALUMBO. A cui va aggiunta quella quota di 1.900 milioni di euro presente sullo schema di decreto.

FAZIO, *ministro della salute*. Il livello di spesa è altresì depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali (ad esempio, l'Emilia Romagna, che finanzia molto queste attività, è depurata); depurato delle quote di ammortamento ed applicato, per ciascuna Regione, alla relativa popolazione pesata regionale. Pertanto, una Regione può essere in equilibrio, ma non essere *benchmark* per via della popolazione pesata regionale.

COSENTINO (PD). Quando si fa riferimento alla popolazione pesata regionale si intende questo momento, cioè in base all'esame dei bilanci degli anni precedenti? Cosa si intende per pesata?

FAZIO, *ministro della salute*. Se è possibile, vorrei chiedere ai senatori di concentrare le domande alla fine della mia esposizione: ad esempio, parte della risposta alla sua domanda è contenuta nel passaggio successivo, laddove si dice che le Regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento.

Il valore percentuale del fabbisogno regionale, come determinato in attuazione di quanto indicato al comma 6, rispetto al valore totale, costituisce il fabbisogno *standard* regionale. Qualora nella selezione delle migliori cinque Regioni si trovi nella condizione di equilibrio economico un numero di Regioni inferiore a 5, le Regioni *benchmark* sono individuate anche tenendo conto del miglior risultato economico registrato nell'anno di riferimento, depurando i costi della quota eccedente rispetto a quella che sarebbe stata necessaria a garantire l'equilibrio. Resta in ogni caso fermo per le Regioni l'obiettivo di adeguarsi alla percentuale di allocazione delle risorse stabilite in sede di programmazione sanitaria nazionale, come indicato al comma 3 (che fa riferimento al 5, al 51 e al 44 per cento); viene ribadito che resta fissa la quota per l'assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera. Direi che questi sono i punti salienti.

È importante rilevare che in fase di prima applicazione restano ferme le vigenti disposizioni in materia di riparto delle somme destinate al rispetto degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ad altre attività sanitarie a destinazione vincolate (quindi le quote vincolate, i 1.420 milioni, re-

stano), nonché al finanziamento della mobilità sanitaria; restano altresì ferme le ulteriori disposizioni.

Terminerei qui la mia esposizione invitando i senatori a procedere con le domande, a partire dall'inizio, in modo ordinato articolo per articolo.

PRESIDENTE. Se il dottor Palumbo e il dottor Moirano non intendono aggiungere altre considerazioni, possiamo procedere con le domande. Colgo l'occasione per salutare nuovamente il senatore Astore, che con grande piacere di tutti torna a essere componente effettivo della nostra Commissione.

ASTORE (*Misto*). Signor Ministro, le dirò quali sono a mio parere i punti critici dello schema di decreto legislativo che vanno riscritti. Premetto che secondo me questa è una delle più grandi riforme dello Stato repubblicano; pertanto va fatta, ma nel rispetto delle regole e non ricorrendo alle solite furbizie italiane. Lo dico in maniera chiara. Mi sono confrontato con il ministro Calderoli tante volte e dico che più si stabiliscono regole e più il federalismo è serio.

In primo luogo, non condivido l'idea di rinviare numerose decisioni alla Conferenza Stato-Regioni: finirà che i leoni si accapiglieranno e i deboli andranno sotto al tavolo. Mi chiedo che tipo di federalismo sia questo. Se la ripartizione del fondo sanitario nazionale viene decisa dalla Conferenza Stato-Regioni, bisogna arrivare in quella sede con le regole. Non possiamo rinviare così alla Conferenza Stato-Regioni. Questo è il primo punto da rivedere.

Noi politici seduti intorno ad un tavolo facciamo le solite divisioni dei pani e dei pesci. Poiché si tratta di una riforma seria, signor Ministro, io direi che le regole dovrebbero essere scritte da organismi terzi. Quando si parla di popolazione pesata, io credo che esistano degli organismi terzi seri cui rivolgersi per ottenere una reale pesatura. Lo spostamento reale tra la Campania e il Molise, ad esempio, o tra la Calabria e la Lombardia, solo in base alla popolazione pesata, è enorme.

Lo Stato potrebbe rivolgersi all'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) o ad altri organismi terzi per fissare le regole. Devo dire la verità alla mia età: io credo che questa sia una grande riforma, ma non è una riforma della Lega. Culturalmente noi dobbiamo recuperare un *gap*. Il nostro era stato concepito come uno Stato repubblicano e delle autonomie; il fatto è che noi non siamo stati in grado di realizzarlo. Abbiamo realizzato nuovi centralismi con le Regioni, e questa è una nostra colpa.

Per quanto riguarda il costo *standard*, signor Ministro, vorrei rivolgere una domanda ai validissimi tecnici che la accompagnano. Perché nel trasferimento del costo *standard* al fabbisogno si considera solo la popolazione pesata? Io, come altri in questa Commissione, ho studiato la fase preparatoria. Il fondo perequativo regionale per i Comuni è regolamentato dall'articolo 13, comma 1, lettera *d*), della legge n. 42 del 2009 e deve tener conto di tanti parametri, tra cui la densità abitativa o

l'altitudine territoriale. Perché lo Stato nel fondo perequativo per le Regioni non ne deve tener conto (articolo 9 della citata legge)?

Nello schema di decreto si recupera il concetto di popolazione pesata: è giustissimo, lei lo sa; è inutile dire che la popolazione pesata cambia il fabbisogno. Caro Ministro, se vogliamo realizzare il federalismo, dobbiamo stabilire le regole, in modo che gli amministratori che non le applicano – penso ai tanto bistrattati amministratori del Sud, a volte erroneamente – vengano penalizzati. Credo sia un errore serio trasferire furbizie in questo schema di decreto, decidendo che determinati aspetti verranno affrontati in seguito; è un errore che non ci dobbiamo assolutamente permettere di fare. Ripeto: regole, regole, regole. Dopodiché, faremo quello che è nostro dovere: le applicheremo e le rispetteremo.

Dobbiamo cambiare registro. Alla regione Molise la settimana scorsa sono state dette le stesse cose che le erano state dette due mesi fa. Un Governo serio applica una regola e la fa rispettare. Io ad esempio ero contrario – lei lo ricorderà bene – alla nomina del commissario a presidente di Regione; avevo presentato anche un emendamento in merito, insieme alla Lega, che però non ha avuto seguito. O valgono certe regole o, altrimenti, non costruiremo mai una nuova Italia.

BOSONE (PD). Signor Presidente, ringrazio anzitutto il Ministro per questo importante incontro. Mi limiterò a chiedere qualche ulteriore elemento di chiarimento e ad esprimere qualche valutazione, senza entrare nel merito di un giudizio strettamente politico.

Mi riferisco prima di tutto al discorso del fabbisogno *standard* nazionale. Nel momento in cui il fabbisogno *standard* nazionale è vincolato al quadro macroeconomico complessivo e ai vincoli di finanza pubblica – pur capendone chiaramente l'esigenza, alla luce anche della revisione del Patto di stabilità avvenuta nella giornata di ieri in sede di Comunità europea – è chiaro che innanzitutto si stabilisce un fatto: c'è un *budget* che non nasce dai bisogni reali della popolazione che di volta in volta si vengono a creare, ma che è prima di tutto un fatto economico, cioè l'assegnazione di un fatto economico. Questo è il punto fondamentale di riferimento, che può anche cambiare (non penso in meglio; probabilmente nei prossimi anni cambierà in peggio).

Si tratta di un dato che, a mio avviso, dobbiamo tutti insieme tenere in considerazione, come operatori della sanità, e che può rappresentare un limite rispetto alla valutazione del federalismo sanitario (se parte da un macrodato strettamente centrale e nazionale, che è solo economico).

All'articolo 22 si fa riferimento al fatto che i macrolivelli di assistenza sono definiti in base al DPCM del 29 novembre 2001. In sede di patto per la salute, con le Regioni si era parlato di una revisione dei livelli essenziali di assistenza; ne avevamo parlato anche in questa Commissione. Vorrei sapere per quale motivo si fa riferimento ai livelli essenziali di assistenza del 2001 e non invece ad un elenco rinnovato in base ad un accordo tra Stato e Regioni. È chiaro che si rischia di far riferimento ad un

dato che risale a dieci anni fa, in termini di esigenza del sistema sanitario nazionale e in termini di livelli di prestazioni.

Un altro dato che vorrei evidenziare non riguarda direttamente la sanità: stiamo parlando di dati che attengono al sistema complessivo con cui è stato creato il federalismo fiscale, della sovrapposizione tra fabbisogno e spesa. Viene stabilita per legge, nel decreto generale sul federalismo, la sovrapposizione tra fabbisogno *standard* nazionale e spesa *standard* nazionale e le conseguenze ricadono ovviamente anche sulla sanità. Tant'è vero che, nell'ambito della definizione dei costi *standard*, non si può far altro che riferimento ad una quota capitaria pesata per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza che sono stati scelti.

Noi pensavamo che il fabbisogno si riferisse, anche in questo caso, non a un dato strettamente economico, cioè ad un *budget*, ma a un dato prestazionale. Si tratta di capire, per ogni Regione, qual è il fabbisogno in termini di quantità e di qualità di prestazioni per garantire un buon servizio sanitario regionale, con riferimento non ai LEA del 2001, ma a quelli del 2009 o del 2010. Questa sovrapposizione, a mio avviso, non è corretta; essa è probabilmente dovuta, come si legge nella relazione tecnica, all'impossibilità di andare più a fondo nel conto analitico delle Regioni, per stabilire un livello di costo *standard* che vada oltre l'individuazione dei tre macrolivelli di assistenza. Ci impedisce anche di stabilire dei parametri più cogenti e più vicini al servizio.

Secondo me l'idea di costo *standard* dovrebbe corrispondere non al costo *standard* di un macrolivello di assistenza per quota capitaria, ma il più possibile al costo *standard* di una prestazione sanitaria, corrispondente ad un livello essenziale di assistenza. È chiaro che la spesa dovrebbe essere la moltiplicazione del fabbisogno per il costo *standard* e non di per sé la spesa *standard*.

Si tratta, quindi, di un problema di principio e di un grande limite di questo schema di decreto che riguarda – ripeto – non solo la sanità, ma anche gli altri livelli di prestazione e gli altri servizi erogati dalle Regioni.

Scusate se mi sono dilungato, ma ritengo necessarie queste precisazioni per una maggiore comprensione dello schema di decreto da parte nostra e, alla fine, anche per una nostra valutazione politica più appropriata.

COSENTINO (PD). Signor Ministro, le rivolgo due brevi domande tecniche.

Vorrei sapere – se intendo bene – che il costo *standard* è computato al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale. Faccio l'esempio della regione Lombardia: tra i propri costi rientrano quelli dei cittadini lombardi che si sono curati fuori e non quelli dei cittadini calabresi che si sono curati in Lombardia?

FAZIO, ministro della salute. Sì, giusto.

COSENTINO (PD). Il secondo punto riguarda l'istituzione del nuovo Sistema informativo sanitario: le chiedo, signor Ministro, se è possibile conoscere gli estremi della normativa istitutiva in modo da poterla citare.

Infine, una questione di ordine più generale. Sono personalmente convinto che la partita più difficile nel sistema sanitario italiano, in questo processo di grande cambiamento sia rappresentata dal sostegno che deve essere garantito alle Regioni, in particolare a quelle del Mezzogiorno, che si trovano in una situazione di forte *deficit*. Dette Regioni hanno il drammatico problema di avere compiuto un grande e positivo lavoro fino a questo momento, anche grazie al monitoraggio presso il tavolo tecnico con i dirigenti dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze. Tuttavia, si trovano in un passaggio difficile, nel senso che una parte del risanamento è avvenuto ed ora forse vi è la parte più complessa, ossia l'approvazione dei piani di ristrutturazione dei servizi e delle reti ospedaliere. Forse esiste attualmente – è una valutazione che premetto solo e non è oggetto della odierna discussione – una fragilità della struttura di sostegno. Mentre ci sono realtà che hanno registrato buoni risultati, altre risentono di difficoltà.

Reputo questo un grande problema di carattere generale. Se vogliamo provare a fare in modo che il sistema sanitario italiano superi le differenze di velocità tra il Nord e il Sud del Paese, bisogna che far compiere un ulteriore passo in avanti agli interventi nel Mezzogiorno sulla coerenza degli obiettivi e sulla qualità delle risposte e all'aiuto da dare in termini di *know how* e di competenze alle Regioni.

Tutto vorrei, tranne che una lunga fase di litigi tra le Regioni – il dottor Palumbo mi ha già sentito a Napoli su questo punto – sul meccanismo di riparto dei fondi, dal momento che lo schema di decreto opportunamente chiarisce che è già avvenuto un passaggio da una prima ipotesi (all'inizio della discussione sul federalismo) che prevedeva la determinazione dal basso del fabbisogno sulla base dei costi delle singole prestazioni. La soluzione trovata – al di là della formulazione più o meno capace di rappresentare i bisogni di salute - è di un riparto di un fondo deciso in sede nazionale, come è naturale che sia quando si parla del bilancio dello Stato. Ora le chiedo in quale misura cambia il riparto del fondo con i nuovi sistemi rispetto a quello attuale.

Mi corregga se sbaglio, Ministro. Nello schema di decreto sono previsti criteri con i quali avviene il meccanismo di cambiamento, i quali però lasciano sino a questo momento aperte due grandi variabili: qual è il parametro in base al quale stabilire in che modo i livelli essenziali di assistenza sono stati garantiti o meno e chi lo decide. In secondo luogo, una volta deciso quali sono le Regioni *benchmark*, chiedo come viene stabilita la quota cosiddetta pesata della popolazione che tanto incide nella definizione dei costi *standard*. Lo schema di decreto parla di vari fattori, ma non si capisce chi decide il peso e l'incidenza di detti fattori.

Ho letto – come credo tutti voi – gli studi di economisti che hanno compiuto alcuni esperimenti per pesare, per esempio, la quota della popolazione anziana. Si è scoperto che la regione Campania deve cedere non

solo rispetto alla spesa attuale ma anche rispetto al finanziamento attuale, cioè il costo *standard* entro cui già non rientra. La sua quota di finanziamento per quota capitaria deve cedere oltre 1 miliardo – e questo riguarda anche la regione Puglia – a favore di Regioni del centro Nord, come Emilia Romagna e Lombardia. Il rischio evidente che si corre è di creare un certo nervosismo tra i presidenti delle Regioni, i quali possono accusarvi di emanare un decreto in forza del quale commissioni tecniche determineranno – e non si sa come – gli indici tecnici che modificheranno il dato del costo *standard*; quest'ultimo non sarà più – come oggi accade – frutto di una intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni ma di una complicata e poco trasparente discussione sul valore da assegnare a detti parametri.

Mi piacerebbe, signor Ministro, avere una parola di attenzione a questa preoccupazione, che credo sia largamente condivisa in sede parlamentare da entrambe le componenti degli schieramenti parlamentari. Occorre anche tenere conto del fatto che, in linea di principio, nei Paesi di più consolidata tradizione federalista, assai più della nostra che tale non è, le decisioni attinenti ai criteri di riparto dei finanziamenti tra i *lander*, gli stati o le regioni, vengono assunte dal cosiddetto Senato delle regioni o comunque da un organo parlamentare. Penso al Senato degli Stati Uniti d'America, a quel Senato delle Regioni che dovrebbe nascere in Italia o al Bundesrat tedesco: è l'organo parlamentare a decidere – se non altro – i criteri del riparto.

Nel nostro Paese, invece, per l'indecisione sulle riforme da molti anni è in atto una trattativa con i governi regionali in sede di Conferenza Stato-Regioni per risolvere problemi che forse andrebbero risolti con la chiarezza dei principi e con quel patto tra i cittadini che il vero federalismo richiede. Se sono un cittadino campano, laziale o lombardo voglio sapere che la quota che viene assegnata alla mia Regione è esattamente quella che deve essere data, e non il frutto di una trattativa politica tra i governatori.

Da questo punto di vista mi domando se non sia il caso (vedremo poi la Commissione che cosa riterrà di fare) che anche il Governo, nel guidare l'intesa Stato-Regioni, senta l'esigenza – che in questa sede voglio sottolineare – di prevedere una certa trasparenza nell'adozione dei criteri. Forte di una certa esperienza, come molti altri colleghi, di quanto è successo in passato, penso che forse questa è l'occasione per cambiare un meccanismo secondo cui i rapporti di forza determinano i criteri di equità: ciò non è mai giusto.

Concludo chiedendo se è possibile avere – è una richiesta tecnica che rivolgo al Ministero – riferiti al periodo 1998-2008, ossia da quando è stato introdotto il sistema della quota capitaria, i dati in merito alle risorse *pro-capite* assegnate ad ogni Regione, in modo da potere valutare l'evoluzione del sistema di finanziamento alle Regioni.

CALABRÒ (Pdl). Signor Ministro, sarò rapido.

Devo confessare che ho incontrato una certa difficoltà nella lettura dello schema di decreto legislativo al nostro esame. Vorrei allora avere

conferma di una logica che alla fine mi è parso di cogliere. Mi esprimerò in termini molto semplici.

Lo Stato, in una situazione di concorrenza delle varie esigenze che deve garantire, decide qual è la quota di fabbisogno nazionale da destinare alla sanità. A tutte le Regioni vengono applicati i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento (*benchmark*). Mi domando quali sono le modalità con cui sono applicati detti valori.

Il comma 5 dell'articolo 22 stabilisce che le Regioni di riferimento vengono individuate sulla base di criteri improntati alla qualità dei servizi erogati, all'appropriatezza, all'efficienza e considerando il bilancio economico.

In primo luogo, come sottolineava il senatore Cosentino, non mi appare chiarissimo il modo in cui si individuano la qualità dei servizi erogati, l'efficienza e l'appropriatezza: mi sembra essenziale sottolinearlo, stante la sua rilevanza non solo dal punto di vista della salute, ma proprio anche dell'analisi dei costi che stiamo facendo.

Il secondo punto riguarda il valore di costo *standard* che, per ciascuno dei tre macrolivelli, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, è dato dalla media *pro capite* pesata del costo registrato dalle Regioni *benchmark*. Ritorna ancora la questione centrale relativa all'individuazione della Regione *benchmark*, il cui meccanismo è stabilito dal comma 7 dello stesso articolo: «Le Regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi d'età, considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario...».

Mi sembra di cogliere l'intenzione di un rinnovamento del sistema attuale e di una riconsiderazione di quali sono le esigenze, partendo dal fabbisogno nazionale e riportandolo a quello regionale. Tuttavia, il fabbisogno e il costo *standard* di ogni Regione vengono calcolati sulla base della Regione *benchmark*, che viene individuata a seguito di quanto è stato fatto fino ad oggi, cioè la pesatura per età; pertanto, le Regioni che hanno avuto più possibilità di rientrare in equilibrio economico, perché avevano un'entrata diversa e maggiore rispetto ad altre in cui la pesatura per età non era favorevole (questo vale per la Campania, come per il Molise e altre Regioni), oggi si trovano – come in passato – nell'impossibilità di essere considerate parametri di riferimento. Di fatto, quindi, il parametro di riferimento rimane il costo pesato per età.

Ho difficoltà a comprendere il sistema generale; colgo che si sta attuando un cambiamento e si vuole trovare un meccanismo diverso, il quale porta tuttavia ad un risultato già condizionato dall'individuazione del punto di riferimento, che deve essere scelto in modo da essere utile per le restanti Regioni.

Non so se sono stato chiaro; a me il documento era apparso confuso e spero che venga chiarito.

FAZIO, *ministro della salute*. Rispondo ai primi quattro interventi, altrimenti dovrò rispondere a tutte le domande insieme la prossima volta.

Innanzitutto, vorrei fare una considerazione di carattere generale, che dà conto dei commenti dei senatori Calabrò e Astore. Chiedere per quali ragioni si rinviino molte decisioni alla Conferenza Stato-Regioni equivale a domandare per quale motivo è stata approvata la riforma del Titolo V della Costituzione. Anche se questi quattro interventi sono stati svolti da senatori della Repubblica che non stanno rappresentando la propria Regione, per il contesto in cui evidentemente hanno sviluppato le proprie conoscenze su questo aspetto non hanno potuto esimersi dal rappresentare problematiche in qualche modo inerenti alla propria Regione. Questo tuttavia è normale e giusto.

La pesatura per età va male alla Campania, ma va bene alla Liguria e per questo è stata oggetto di baruffe e di rimodulazioni successive. Attualmente non tutto il fondo sanitario è pesato, ma solo metà, giacché nel corso del tempo la pesatura è stata molto attenuata; tuttavia, voi mi insegnate che ogni volta che la si modifica, le Regioni interessate si fanno sentire.

Per rispondere al senatore Astore, la scelta di rinviare molte decisioni alla Conferenza Stato-Regioni, oltre ad essere richiesta dalla Costituzione in questo momento, è stata una decisione pregressa e a mio avviso illuminata: perlomeno va tutto a finire in una camera di compensazione vera e non in una finta. Rispondendo alla domanda del senatore Cosentino, aggiungo che tale ruolo potrebbe essere svolto dal Senato delle Regioni, che potrebbe essere la reale camera di compensazione. Adesso lavoriamo in base alla legislazione vigente; il Senato delle Regioni, nell'ipotesi attuale del legislatore, potrebbe invece diventare la sede adeguata – e troverei giusto che fosse così – per dirimere le questioni e offrire la trasparenza che giustamente viene richiesta. Questa è dunque la cornice generale in cui inquadrare il problema.

Il punto che il dottor Palumbo sta cercando di districare con l'aiuto del responsabile politico del Dicastero (evidentemente a volte ci si trova a ragionare su macroregioni o macrosistemi) è proprio dove va tirata la linea. Con l'ultimo riparto si è arrivati a un punto di equilibrio a mio avviso difficilmente toccabile; i colpi di lapis all'ultimo riparto vanno comunque evitati.

Nessuno pretende di aver trovato la soluzione perfetta; vorrei ricordare che lo schema di decreto legislativo deve passare l'esame del Parlamento e dopo verranno predisposti i decreti attuativi; quindi deve essere compiuto un *iter*. In questo senso il provvedimento va considerato una cornice, che tende però proprio ad evitare i colpi di lapis, arrivando a definire il riparto in maniera predeterminata con delle regole. Devo tuttavia riconoscere che nell'ultimo riparto i colpi di lapis sono stati molto più modesti rispetto al passato – credo che tutti possano confermarlo – proprio per le limature alla pesatura della diagnostica ambulatoriale, dell'assistenza territoriale e ospedaliera effettuate dall'ufficio della programmazione.

Non posso nemmeno escludere che nel tempo si possa tirare la linea della pesatura a 75 anni invece che a 65, perché le condizioni cambiano: con la prevenzione oggi un sessantacinquenne ha meno malattie croniche, quindi esistono delle possibilità di procedere a tale cambiamento. Non sto dicendo che vogliamo farlo domani, ma di certo potrebbero cambiare nuovamente gli equilibri.

Secondo me non si può prescindere dal fatto che nel nostro Paese il 40 per cento dei ricoveri riguarda persone di età superiore ai 65 anni, che costituiscono il 20 per cento della popolazione; non possiamo non tenerne conto. Naturalmente ciò va fatto senza penalizzare le Regioni molto più giovani, soprattutto quelle della fascia costiera.

Senatore Astore, i problemi dell'altitudine o della densità abitativa di cui parlava esistono. Come diceva il mio collega, nessuno è perfetto. L'OMS fa delle bellissime cose, ma su questo non vorrei lo sfascio compiuto sull'influenza. Stiamo attenti e ragioniamo sulla base dei dati in nostro possesso; io sono sicuro che in futuro introdurre criteri quali disagio economico, altitudine e densità abitativa sia corretto.

ASTORE (*Misto*). Ma non conosco il peso.

CALABRÒ (*PdL*). Ci sono studi su questo.

FAZIO, *ministro della salute*. Vorrei che a questo riguardo rispondessero il dottor Palumbo e il dottor Moirano per i profili di loro competenza.

Per quanto attiene alla pesatura, ritengo che le competenze in essere presso il Ministero della salute, che assommano tutte quelle esistenti al mondo, siano sufficienti; tuttavia, se si ritiene di dare ulteriori indicazioni, credo che il Ministero sia sempre stato (e non dal momento del mio arrivo) apertissimo ad accettarle.

Se lei, senatore Astore, va a vedere com'è stata fatta la pesatura, noterà che è stata fatta con il bilancino dell'orologiaio, non con quello del droghiere: è stata fatta in maniera realmente accurata.

Quanto alla sua ultima domanda, senatore Astore, lei ha ragione e sarà nostro compito darle una risposta con i fatti quanto prima.

Per quanto riguarda il problema dei livelli essenziali di assistenza (LEA), senatore Bosone, è evidente che noi dobbiamo lavorare con quello che abbiamo. Personalmente mi auguro di avere dei LEA migliori, che sono quelli che abbiamo presentato al Ministero dell'economia.

BOSONE (*PD*). La mia domanda era volta a capire se erano ancora fermi...

FAZIO, *ministro della salute*. Sono al Ministero dell'economia; non ho ulteriori notizie su questo punto. Mi sembra che, grosso modo, abbiamo toccato i punti principali sollevati.

PALUMBO. In riferimento all'intervento del senatore Bosone, vorrei precisare una questione terminologica. A volte c'è confusione tra il termine costo e il termine spesa; ciò si rileva anche in alcuni passaggi della legge n. 42 del 2009. In realtà, il termine di riferimento è il costo, soprattutto perché in sanità ormai da anni usiamo una contabilità economico-patrimoniale, dove si parla di costi e non di spesa.

È chiaro che una spesa che superi di molto il costo *standard* (che in fondo è la spesa attesa) è una cattiva spesa, mentre una spesa che sia al di sotto del costo *standard* è una spesa efficiente, fatta salva la verifica della qualità della spesa.

Il termine fabbisogno è un termine ormai consolidato; esso era già presente nel decreto legislativo n. 56 del 2000. Già da anni non parliamo più di fondo sanitario nazionale, ma di disponibilità complessiva finanziaria determinata in base al fabbisogno finanziario delle singole Regioni. L'altra versione del fabbisogno, inteso come bisogno di salute e di prestazioni, rimane perfettamente in piedi ed è il cardine sul quale le Regioni costruiscono la loro politica di offerta. Tutta la parte del decreto legislativo n. 502 del 1992 (come modificato dal decreto legislativo n. 229 del 1999), secondo cui le Regioni annualmente determinano il fabbisogno sanitario e decidono quanti interventi chirurgici e quante prestazioni ambulatoriali dovranno effettuare (e in base a questo determinano i tetti di spesa per i soggetti pubblici e privati accreditati), rimane in piedi. Sono due espressioni uguali, ma – per così dire – è una coincidenza. Attenzione: questo fabbisogno non cancella l'altro; l'altro rimane ed è alla base della programmazione sanitaria regionale.

MOIRANO. In parte ha già risposto il dottor Palumbo alla domanda del senatore Bosone, che enfatizzava a mio parere il costo *standard* per la costruzione del fondo o comunque il finanziamento del fabbisogno. Noi crediamo, come Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che l'unico modo per costruire questo fondo sia una decisione di tipo politico, di macroeconomia, che non può basarsi sulla moltiplicazione della singola prestazione per un costo singolo, per lo meno per le prestazioni territoriali. Tutta la questione naturalmente ruota intorno alla ponderazione: un tema di particolare attualità.

Colgo l'occasione anche per dire che, come Agenzia, abbiamo redatto un documento su richiesta della Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome, che non riguarda i costi *standard* ma le modalità di riparto esclusivamente riferite agli anni 2011 e 2012, a prima del decreto sui costi *standard*. Come Agenzia, noi non ci siamo espressi su questo. Una cosa di cui siamo sicuri è che la costruzione dell'importo complessivo che ogni anno deve essere messo a disposizione da parte dello Stato comporta una decisione di tipo sostanzialmente macroeconomico. È molto difficile, in sanità, andarla a costruire partendo dalle singole prestazioni, perché in alcuni settori questo esercizio è assolutamente impossibile. Vorrei cogliere l'occasione per dire che, sebbene ci sia una notevole enfasi rispetto alla spesa storica, di fatto, da quando ci sono i piani di rien-

tro (dal 2005 in poi) sicuramente non possiamo più parlare di spesa storica; già oggi siamo in questo mondo.

PALUMBO. C'è un riferimento facile su questo punto: la differenza tra la dizione usata nella prima versione del decreto legislativo n. 502 del 1992 e quella usata a seguito delle modifiche apportate dal decreto legislativo n. 229 del 1999. Proprio questa mattina si è tenuto un convegno, organizzato dalla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, su questi stessi argomenti. Da parte di uno dei tecnici padri del decreto legislativo n. 229 è stato riconosciuto che lo schema di decreto legislativo in esame è perfettamente compatibile con tale decreto laddove quello, correggendo il decreto n. 502 (secondo il quale si doveva stabilire prima il *quantum* economico), stabilisce che si applicano in coerenza e contestualmente.

La dizione presente nello schema di decreto oggi al vostro esame è stata riconosciuta perfettamente leggibile alla luce dello spirito del decreto n. 229. D'altra parte è così: il fabbisogno, in sanità, è frutto di una stratificata concertazione tra Stato e Regioni. A partire dall'anno 2000 ci sono stati dei salti di finanziamento, nel 2001 e nel 2006. Si è ormai assestato un valore di riferimento sul quale, a questo punto, si agisce marginalmente. Se vogliamo aggiungere una vaccinazione, il Tesoro vuole sapere quanto costa. Ormai è molto spinta l'analisi della congruità complessiva.

BOSONE (PD). È una quota capitale *standardizzata*.

FAZIO, ministro della salute. Vorrei aggiungere un ultimo *flash*. Tutto ciò premesso, manca ancora qualcosa: il monitoraggio dei LEA. Ci stiamo attrezzando per il monitoraggio dei LEA, il dato al quale accennavano sia il senatore Bosone che il senatore Cosentino. Questo dato manca e, naturalmente, va implementato. Ne abbiamo già parlato alla conferenza degli assessori in commissione salute. Abbiamo già delle proposte ed un gruppo di lavoro che sta lavorando alle modalità di svolgimento del monitoraggio.

PALUMBO. Nelle disposizioni finali dello schema di decreto legislativo, c'è questa frase un po' sibillina: «Resta fermo quanto previsto dall'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56». Tale decreto fu emanato a garanzia dei LEA. Quando nacque la prima forma di federalismo fiscale, si decise di liberalizzare le risorse e di creare un sistema di controllo sui LEA. Questo principio è stato interamente salvato.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, signor Ministro, la mia domanda trova conferma nelle cose che sono state dette poco fa. Il punto è politico, al di là di quello che c'è scritto nello schema di decreto. Il punto politico è capire se si vuole fare come ha detto il ministro Sacconi in una recente intervista: federalismo vuol dire far di conto e bisogna guardare solo all'aspetto economico. Qui si fanno i calcoli più precisi possibili, ma alla fine

le risorse disponibili sono comunque ridotte, come mi sembra emerga anche dalla Decisione di finanza pubblica, di cui l'Aula dovrà terminare l'esame proprio oggi pomeriggio. Detto documento prevede che nei prossimi due anni ci sarà comunque una riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL.

Un'altra questione riguarda il possibile riequilibrio tra le Regioni, che si dovrebbe basare sulla riorganizzazione del sistema salute (non solo per far rientrare le Regioni in debito, ma anche per garantire la qualità del servizio). Se tutto l'equilibrio si basa sui costi *standard*, è chiaro che la guerra sarà all'ultimo sangue; se invece, quando si parla di federalismo fiscale, si parla anche di leve collegate ad un progetto politico per il sistema salute nel nostro Paese, probabilmente l'articolazione del sistema è tale che ci consente di recuperare anche quelle Regioni che oggi sono in difficoltà e che segnalano il più grosso divario in termini di qualità e di controllo della spesa.

Probabilmente ci sono anche altri strumenti. Mi domando se si vuole andare in quella direzione, al di là del decreto sui costi *standard*.

FOSSON (*UDC-SVP-Aut: UV-MAIE-IS-MRE*). Signor Ministro, l'altro giorno i presidenti delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome hanno elaborato un documento nel quale richiedono che le loro Regioni siano al di fuori del meccanismo dei costi *standard*.

Le chiedo che cosa ne pensa.

PRESIDENTE. Aggiungo anch'io una ultima domanda.

Nell'ambito delle macroaree sono state definite delle percentuali. Mi riferisco, in particolare, alla percentuale della prevenzione del 5 per cento che, non diversamente dal passato, molto spesso finisce per essere non completamente utilizzata o utilizzata per fini molto diversificati.

Chiedo se non valga la pena, in occasione di questo documento, vincolare quantomeno agli atti di prevenzione oggettiva (che devono essere comuni in tutte le Regioni) una parte di detto fondo. In particolare, mi riferisco alla politica vaccinale.

FAZIO, *ministro della salute*. Chiedo al dottor Palumbo di rispondere alla domanda della senatrice Bassoli.

Per quanto attiene al senatore Fosson, è una tradizione a parte quella delle Regioni a Statuto speciale. In questa audizione preferisco, più che esprimere giudizi, dare interpretazioni del testo. La ringrazio della considerazione, senatore Fosson, ma devo declinare il suo invito.

PALUMBO. In parte ha già risposto il Ministro, quando ha richiamato quella norma transitoria finale sugli obiettivi di piano. Quella è una norma finale transitoria. In realtà, come norma a regime, al comma 3 dell'articolo 2 dello schema di decreto legislativo si dice molto bene che restano ferme le disposizioni in materia di quota premiale e di relativa erogabilità in seguito alla verifica degli adempimenti in materia sanitaria, nonché le dispo-

sizioni in materia di realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario del Servizio sanitario nazionale.

In sostanza, sta venendo fuori che il fabbisogno comunque è determinato – poi si potrà migliorare, ma è interessante concettualmente – e una parte di esso viene riconosciuta solo in linea di principio: essa si traduce in risorse effettive se la Regione, tramite le verifiche annuali, attiva i processi di miglioramento gestionale e assistenziale e se, tramite la progettualità degli obiettivi di piano, mette in atto le azioni di frontiera, cioè quelle innovazioni continue di carattere organizzativo, di assorbimento di nuove esperienze, ponendo anche dei paletti.

Per esempio, classicamente allochiamo sempre negli obiettivi di piano circa 240 milioni per la prevenzione, che rappresentano l'ombrello protettivo, tra l'altro, per le politiche vaccinali. Questa previsione rimane e non era scontato; c'è stato un attimo che sembrava perso tutto. È passato il principio che una parte del fabbisogno è legata all'innovazione, al raggiungimento di obiettivi specifici: è una garanzia per tutti, che oltre tutto dà un senso anche al Piano sanitario nazionale, che rimane la guida. Le cose migliori del Paese sono fatte utilizzando detti fondi negli ultimi anni.

FAZIO, *ministro della salute*. Devo dire che sul punto ho assunto una posizione di intransigenza che poi è passata, ed è quella di cui ha parlato il dottor Palumbo.

Sul problema generale, senatrice Bassoli, due sono gli aspetti da rilevare: uno politico e l'altro di ottimizzazione delle risorse. Per semplicità, e vista anche la storia che li ha caratterizzati, lasciamo fuori il discorso dei nuovi LEA, che lei potrà reintrodurre quando vuole.

Se per semplicità lasciamo fuori il discorso dei nuovi LEA, noterà che abbiamo un problema politico, di politiche sanitarie, di politiche sanitarie a fronte di altre politiche, di politiche del *welfare* a fronte di altre politiche e un problema di ottimizzazione. Proviamo a tirarci fuori dall'Italia e a metterci in Europa. Dove siamo? Secondo me, siamo ai primissimi posti. Provate a considerare, da un punto di vista politico, l'aver un sistema universalistico con risorse dedicate, un livello essenziale di assistenza. È la prima volta che in Europa la qualità entra nella determinazione dell'allocazione delle risorse. Se esaminate il progetto del Governo inglese, vedrete che si augura di fare quanto noi già abbiamo deciso in Consiglio dei ministri. L'aumento delle cure primarie e il controllo della qualità rientrano nel progetto del Governo inglese che vuole utilizzare il NSIS a questo fine: questo è nel progetto, mentre noi l'abbiamo previsto in un disegno di legge che è all'esame del Parlamento.

Questa è la risposta che le posso dare. Il patto di stabilità è la cornice nella quale dobbiamo esaminarlo e nel suo ambito vedere chi opera in modo migliore rispetto a noi, ma proprio da un punto di vista del *welfare*. Credo che siano pochi.

PRESIDENTE. Ringrazio ancora una volta il Ministro e i dottori Palumbo e Moirano che l'hanno accompagnato in questo confronto che è stato molto utile.

Dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 16.10.