**DOCUMENTO PER IL RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

La prima questione da porre ad una seria legislatura regionale, intenzionata ad inquadrare bene la problematica sanitaria ed ad avere le idee chiare su cosa e come fare è relativa agli scopi del servizio sanitario pubblico.-

Quello, per intenderci, nato con la legge 833 del 1978 (poi integrata dal d. lvo 502/92) che ha reso l’assistenza sanitaria gratuita ed universale per tutti i cittadini italiani, senza alcuna distinzione di capacità reddituali o di classe sociale e finanziato integralmente dal prelievo fiscale, cioè dalle tasse che paghiamo.-

In questo quadro ciò che deve fare lo Stato è perciò garantire a tutti diagnosi, cure ed assistenza con la massima qualità ed efficienza possibile, utilizzando nel modo migliore le risorse date.-

E qui, se si vuole essere seri e governare senza demagogia, occorre ribaltare il teorema imperante secondo il quale il diritto alla salute sarebbe subordinato alle dotazioni finanziarie per cui, esaurite queste, cesserebbe la tutela che la Costituzione prevede per la salute dei cittadini.-

Occorre affermare esattamente il contrario. Un governo non può nascondersi dietro i cavilli di un avvocato o di un TAR. Deve assicurare la tutela della salute – sempre a tutti e per tutti i cosiddetti “livelli essenziali di assistenza” – utilizzando al meglio le (tante e sufficienti, come vedremo) risorse a disposizione.-

Dire che i soldi sono pochi e perciò razionare i servizi non è governare. Governare è razionalizzare, non razionare. Dunque i recenti decreti 25 – 26 – 27 e 30 del 2016 devono essere rivisti.

Ed allora, vediamo come si può fare.-

**Le quatto R: R**eti, **R**egole, **R**isorse, **R**isultati

**LA PRIMA: le Reti**

Il primo atto che un governo responsabile, deve porre in essere è la ricognizione delle reti esistenti (ospedaliere, territoriali, ambulatoriali, di laboratorio ecc.) e quindi la programmazione di quelle necessarie per il fabbisogno della popolazione calabrese.-

**LA SECONDA: le Regole**

Il sistema delle regole è per prima cosa connesso strettamente alle reti nel senso che occorre assolutamente che il governo regionale si assicuri che ogni struttura, di qualsiasi tipo, risponda agli standard di efficienza, qualità e sicurezza fissati dalle leggi vigenti sui requisiti minimi tecnologici, occupazionali ed organizzativi che devono avere e mantenere per poter essere autorizzate ed accreditate.-

**Il sistema di remunerazione**

Detto questo la cosa più pregnante che occorre segnalare, in chiusura di questo capitolo, dedicato alle regole è la assoluta necessità di remunerare tutti gli erogatori – siano essi pubblici o privati – allo stesso modo.

**La libera scelta**

L’ultima regola – che è la prima in ordine di importanza – è quella che sta a presidio della libertà di scelta. Ogni cittadino deve essere libero di scegliere il luogo ove curarsi ed il proprio medico. E questo diritto – costituzionalmente primario – non può essere soverchiato da esigenze di bilancio o da altre “non meglio definite” insopprimibili necessità di contenimento dei costi a carico dello Stato.-

**LA TERZA: le Risorse**

Per fare in modo che tutti i soldi destinati al servizio sanitario regionale siamo sufficienti per garantire un servizio serio ai cittadini bastano pochi, semplici azioni dettate banalmente dal buon senso e dalla conoscenza del settore:

**La separazione delle funzioni di programmazione e di erogazione**

Le Aziende sanitarie devono essere – come detto – distinte dalle Aziende Ospedaliere, dalle Case di cura, dagli ambulatori, dai laboratori, dalle RSA, insomma da tutte le strutture che erogano prestazioni. Esse devono attendere alla programmazione e poi ai controlli ed ai pagamenti delle prestazioni validate ed appropriate. E possono farlo credibilmente solo se sono terze rispetto agli erogatori.-

**La composizione del fondo**

In questo contesto le Aziende sanitarie devono essere dotate di un fondo pari alla quota pro-capite stabilita (dalla Regione) moltiplicata per il numero dei cittadini assistiti secondo il criterio dei costi standard e non della spesa storica.-

**I contratti**

Le prestazioni così rese, validate e controllate, dovranno essere remunerate secondo le tariffe stabilite e nell’ambito di volumi e tetti finanziari stabiliti in contratti a valenza triennale stipulati preventivamente con gli erogatori, tutti, pubblici e privati.-

**I budget e l’extrabudget**

Ogni azienda avrà dovuto fissare con ciascun erogatore, pubblico e privato, un budget minimo accantonando una quota complessiva (statisticamente facilmente individuabile) per remunerare i cosiddetti extrabudget e cioè quelle prestazioni rese dalle strutture in esubero rispetto al budget fissato e richieste dai cittadini per le regioni più diverse (capacità dei medici, specializzazioni particolari, emergenze stagionali, ricettività, gradimento dei pazienti ecc. ecc. recupero della emigrazione sanitaria, particolare attrattività, tempestività delle prestazioni) ed ai quali, per i motivi anzidetti, non può opporsi un rifiuto pena un vulnus evidente del diritto alla libera scelta [[1]](#footnote-1).-

**Emigrazione sanitaria e liste d’attesa**

Poiché anche le strutture private fanno parte del servizio pubblico e quindi il cittadino non paga niente, sarebbe sufficiente consentire l’erogazione di prestazioni extrabudget e remunerarle con tariffe ridotte (fino alla metà come propongono alcuni).-

Per fare questo, crediamo, sia fondamentale riconsiderare criticamente alcuni dati di prioritaria importanza:

**STRUTTURE OSPEDALIERE**

1. la distribuzione delle prestazioni sul territorio regionale mostra una prevalente concentrazione nelle strutture del nord (pubbliche 52,1% - private accreditate 44,3%) rispetto al sud (pubbliche 33,1% - private accreditate 30,1%). In questo contesto, è necessario un immediato ripritistino dell’offerta, secondo i nuovi standards a 3 pl/1000 ab per gli ospedali per acuti , e 0,7 pl/1000 abitanti per le post-acuzie.
2. **Capacità gestionale**

In Calabria mediamente il 73% delle prestazioni ospedaliere sono prodotte dall’offerta pubblica, il rimanente 27% dall’ospedalità privata; quando si analizzano indicatori di complessità, il peso medio delle prestazioni è stato mediamente maggiore nell’ospedalità privata ( anno 2013: 1,31 vs 1,04) con un trend temporale di incremento nella complessità maggiore nell’ospedalità privata rispetto alla pubblica (2009- 2013: pubblico +13% / 35% privato).

In tale scenario, la riorganizzazione delle rete deve tenere conto delle sopra riportate criticità, con riequilibrio dell’offerta in termini di offerta di sistema, offerta pubblica e privata , acuzie e post-acuzie senza il rischio di sforare il testo del 3 per mille anzi tenendoci sempre ben al dì sotto di tale soglia .

1. **La cronicità e la neuropsichiatria.**

Non si può poi sottovalutare l’importanza di una attenzione maggiore al settore della cronicità e del settore neuropsichiatrico.

Occorre ripensare ad una rete effettiva. In pochi anni (dal 2009 ad oggi) siamo passati dai 500 posti delle strutture accreditate a meno di 100 e quasi tutti in provincia di Cosenza.-

1. **Emergenza/Urgenza**

La tematica dell’emergenza/urgenza sino ad oggi è stata di esclusivo dominio delle strutture pubbliche se si esclude l’unico P.S. accreditato in dotazione ad una struttura privata ricadente nell’ASP di Cosenza. Già nel precedente progetto di ristrutturazione della rete (DPGR n. 18/2010 – DPGR 26/2012) era stato previsto l’apporto delle strutture private nella gestione dell’Urgenza attraverso l’attivazione dei Punti di Primo Intervento (P.P.I.).

E’ indispensabile, a nostro avviso, inserire tale argomento nel progetto di riorganizzazione delle reti.-

1. **Il CUP**

Così come non si può rimanere al palo nella implementazione di un CUP regionale vero ed efficace. I CUP attualmente esistenti non sono niente. Sono solo centri di prenotazione dei posti ospedalieri cui afferiscono i diversi CUP.

1. **Riabilitazione e post-acuzie**

Il settore deve avere regolamentazione a parte sia perché indicato come una priorità in tutti i programmi e sia perché il sistema di remunerazione a giornata di degenza e non DRG se sottoposto a tagli, comporterebbe una sostanziale e mascherata riduzione di posti letto. Anche i protocolli di accesso vanno esplicitamente chiariti e resi omogenei.-

**ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA OSPEDALIERA**

Il 24.02.2016 con il Decreto n.26 il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro della Regione Calabria ha inteso stabilire i tetti di spesa valevoli per l’anno 2016 per tutte le strutture territoriali che erogano servizi extra ospedalieri (RSA, Case Protette, centri diurni, servizi di riabilitazione, comunità per tossicodipendenti, ecc.).

**Tale determinazione taglia per oltre il 10% il numero di prestazioni erogabili**, e di conseguenza limita ulteriormente il diritto alla cura dei cittadini calabresi, già ampiamente al di sotto degli standard fissati dalla vigente normativa.

La Calabria infatti, ormai da tempo, si trova agli ultimi posti per l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Mentre quindi dalle verifiche dei tavoli ministeriali la Regione Calabria viene richiamata ad intervenire sul settore territoriale, aumentando l’offerta ed il numero di posti letto, di contro non solo non si implementa l’offerta per garantire i LEA, ma addirittura si restringe ulteriormente il diritto alla cura ed all’assistenza per i cittadini calabresi, come se il dettato dell’art.32 della Costituzione non avesse alcun valore in Calabria e per i calabresi.

Peraltro il Decreto 26 **non tiene neanche conto del DGR 489/2010** che in avvio del piano di rientro ha stabilito un importo per questo settore superiore di oltre 15 milioni annui (185 milioni contro i 168 milioni stabiliti dai Commissari).

Ma vi è di più! I Commissari riescono a smentire persino loro stessi nel momento in cui con proprio decreto n.76/2015 di riordino della rete territoriale hanno definito il fabbisogno regionale di posti letto nelle diverse tipologie di servizi, evidenziando già riguardo i posti esistenti delle carenze in diverse aree. Ed oggi, con il decreto 26, non solo non hanno previsto nulla per colmare le carenze, ma addirittura **tagliano ulteriormente le prestazioni erogabili, e con esse il diritto costituzionale alla cura di ogni cittadino calabrese**!

In altre parole, ai cittadini già esclusi dalla possibilità di essere assistiti, iscritti in lunghissime liste di attesa, si aggiungeranno anche gli anziani, i disabili ed i tossicodipendenti che dovranno essere dimessi a causa di questo ulteriore nuovo taglio. **Una macelleria sociale senza precedenti**!

Tutto ciò avrà, inevitabilmente, ricadute anche in termini occupazionali, in quanto (come previsto dallo stesso DCA n. 25/2016) gli erogatori procederanno alla rimodulazione del personale in relazione al limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal DCA n. 26/2016, **con conseguente licenziamento di oltre 700 operatori.**

Ma anche rispetto al pregresso purtroppo la struttura Commissariale mantiene un atteggiamento incomprensibile e dannoso per le casse della Regione. Infatti con atteggiamento più che discutibile **non ha riconosciuto l’efficacia del decreto n. 454/2015**, emanato in attuazione della sentenza Tar Calabria, e pubblicato sul Bur Calabria n. 75 del 9 novembre 2015, nella parte in cui riconosce gli adeguamenti ISTAT delle tariffe per gli erogatori a partire dal gennaio 2010.

E anziché definire bonariamente la delicata vertenza (originata, è bene rammentarlo, dall’inerzia della stessa Regione che non ha inteso adeguare le tariffe ai requisiti imposti dal regolamento 13/2009), hanno proposto un inutile ed infondato reclamo al TAR di Catanzaro che si concluderà con un **ulteriore aggravio di spese per i cittadini calabresi.**

Ma questo non è l’unico macigno che grava sulle spalle delle strutture erogatrici dei servizi territoriali. Alcune tipologie di prestazioni, infatti, hanno una parte della retta a carico del Fondo Sociale Regionale (RSA 30% Case Protette/A 50% Case Protette/D 60%). Eppure, da oltre 6 anni, il Fondo Sociale viene dotato in sede di bilancio previsionale, di una somma appena sufficiente a coprire 1/3 delle mensilità, con la conseguenza che gli enti erogatori sono costretti a fare sistematicamente ricorso all’Autorità Giudiziaria con conseguente condanna della Regione Calabria al pagamento del dovuto oltre che degli interessi moratori e delle spese legali. Un danno enorme per gli erogatori ma, anche, per la Regione Calabria che vede aumentare spaventosamente i propri costi. Per porre un limite questo Consiglio regionale con L.R. n. 11\2015 ha finalmente previsto le risorse necessarie per il 2015, invitando gli uffici competenti a trovare soluzioni transattive per gli anni pregressi.

Purtroppo però anche scelte politiche oculate in questa regione devono fare i conti con una burocrazia inconcludente. Ad oggi infatti non solo si continua a faticare per ottenere il dovuto, ma solo una struttura sulle centinaia operanti in Calabria è stata chiamata per provare a trovare una soluzione bonaria sul pregresso. Tutto il resto continua a gravare sui ruoli giudiziari e sulle casse della Regione Calabria!

**ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Nelle cosiddette regioni italiane virtuose, quelle dove la popolazione è assistita ed i conti sono in ordine, si erogano circa 18 prestazioni specialistiche in favore di ciascun residente.

Il motivo di ciò è che le analisi cliniche, le visite, le ecografie, le cure odontoiatriche, ecc., in una parola l’assistenza specialistica ambulatoriale, rappresenta l’unico vero strumento di prevenzione e/o diagnosi precoce delle patologie e, di conseguenza, di riduzione del consumo eccessivo di farmaci e del ricorso inappropriato ai ricoveri, ad un costo realmente molto contenuto.

In Calabria, il commissario Scura ha previsto 12.8 prestazioni specialistiche ad abitante con il decreto n. 14 del 2015, restando quindi ben al di sotto di quel livello virtuoso, ma in occasione della contrattazione effettiva per il 2015 con gli erogatori sia pubblici che privati accreditati, ha acquistato meno di 10 prestazioni ad abitante. Non solo… per l’anno 2016, col recente decreto n. 25, ha ulteriormente ridotto le risorse prelevando dalla assistenza specialistica privata accreditata ben 4 milioni di euro in favore dell’ospedalità, cioè dalla prevenzione ai ricoveri: l’opposto di una assennata politica sanitaria, l’opposto di quanto da lui stesso (apparentemente!) programmato, portando quindi le prestazioni disponibili ai calabresi a circa 9 ciascuno, la metà delle 18 disponibili per le popolazioni delle regioni virtuose.

Lo sforamento del budget dei privati non deriva quindi da un eccesso, ma dall’immotivato difetto delle risorse che andrebbero a questo livello di assistenza: lo si chiama “extrabudget” ma non lo è. Lo sforamento delle prestazioni in realtà non è tale e rientra nei limiti della programmazione regionale. Va quindi remunerato.

Le risorse per l’assistenza specialistica dovranno allora aumentare di almeno il 20% per raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano di Rientro stesso, così come formalmente stabilito dai commissari. L’incremento dovrà poi essere differenziato tra i territori provinciali, secondo le diverse situazioni di carenza dei territori al fine di garantire uguale trattamento a tutti i calabresi, attualmente vittime anche di varie sperequazioni storicizzate.

Il criterio di attribuzione dei budget ai vari erogatori dovrà essere unico per tutta la regione, slegato da quello storico ed ancorato alle reali dinamiche della domanda e della libertà di scelta tra pubblico e privato della popolazione, alla programmazione nazionale e regionale, alla qualità delle prestazioni. Da evitare certi arbitrii locali che danneggiano, in primis, il diritto dei cittadini ad avere le prestazioni sanitarie che gli spettano, poi gli erogatori discriminati subiscono danni economici a volte devastanti, con conseguenze dirette sui risultati aziendali e sui rapporti di lavoro.

Tutto ciò che regolamenta i rapporti degli erogatori con le ASP e la Regione deve essere frutto di una trattativa e possibilmente condiviso. Un tavolo tecnico permanente dovrà occuparsi di tutto quello che tali rapporti comporta: i termini contrattuali, la capacità prescrittiva dei medici delle strutture private, le regole ed i controlli sull’appropriatezza delle prestazioni, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. Il tavolo dovrà prevedere la presenza attiva e vincolante delle associazioni di categoria degli specialisti privati accreditati, finora totalmente esclusi da ogni confronto e costretti a subire situazioni illegittime e vessatorie con la minaccia della sospensione dell’accreditamento col SSN ed il conseguente fallimento aziendale.

Il futuro, infine, impone di avviare nell’assistenza specialistica ambulatoriale un processo che consenta la realizzazione di esperienze pubblico-privato ed in tal senso va rivista la rete dei laboratori e delle strutture specialistiche, oggetto del DCA 84 del 2015, impugnato dinanzi al TAR. E’ un decreto in ogni caso inapplicabile, in quanto incompleto ed inadeguato agli obiettivi reali: di tutela della salute pubblica, di tutela di un settore economico importante che conta direttamente oltre mille addetti, di assistenza su un territorio regionale spesso sguarnito anche dell’essenziale. Mantenere in vita le piccole e medie strutture ambulatoriali private delle periferie provinciali integrandole con gli scarsi servizi pubblici consentirebbe una riqualificazione dell’assistenza alla popolazione a costi realmente decrescenti.

Chiediamo quindi, con forza, che venga modificato il Decreto n 25/2016 anche dove prevede una riduzione della spesa derivante dal controverso Decreto ministeriale sulla appropriatezza prescrittiva, utilizzando eventuali economie con una ridistribuzione delle risorse nell’ambito delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con l’abbattimento delle liste di attesa, incentivando gli investimenti nel settore con il fine di diminuire la mobilità passiva verso altre regioni, eliminando la nota di credito mensile in caso superamento dei dodicesimi e prevedendola a fine anno in caso di superamento del budget contrattualizzato, introducendo più puntuali criteri per l’individuazione del budget alle singole strutture con la valutazione del numero dei settori specializzati e del personale impiegato, eliminando la discrezionalità spesso foriera di ingiustificati e ingiustificabili favoritismi; che venga modificato il decreto n 92/2015 nelle parti già censurate dal TAR di Catanzaro e quelle già riconosciute dal Dipartimento e dal Commissariato al Piano di Rientro ( compensazione tra prestazioni appartenenti alla stessa branca specialistica) con varie circolari; chiediamo che venga modificato il Decreto n 84/2015 perché palesemente inapplicabile così come è stato concepito, riportante una tabella con una classificazione delle strutture di laboratorio non presente nella Regione Calabria, perché non prevede una normativa chiara sulle prestazioni erogabili in service; che vengano risolte le controversie derivanti dalla ondivaga politica del Commissariato al Piano di Rientro manifestatasi con le contraddittorie e ritardate disposizioni contenute nei Decreti 85/2015 e 140/2015 nonché alle disposizioni ancora più discordanti emanate a seguito della pubblicazione e applicazione degli stessi decreti.

**LA QUARTA: i Risultati**

I risultati sono – dovrebbero essere – coerenti con gli scopi, in maniera tale da essere valutabili in termini oggettivi. Dunque nel medio/lungo termine si dovrebbe giungere 1) alla realizzazione di una efficace ed efficiente rete ospedaliera in grado di dare risposte a tutte le esigenze di diagnosi, cura ed assistenza dei cittadini calabresi, intendendo compresa in essa l’obbligo effettivo dei pronto soccorso o dei P.P.I. la rete della assistenza ambulatoriale, territoriale e di laboratorio, nonché la riabilitazione e la post-acuzie; conseguentemente 2) alla consistente riduzione della emigrazione sanitaria e delle liste d’attesa; 3) alla esposizione di bilanci redatti, da parte di aziende pubbliche e private, in maniera comprensibile e comunque secondo i canoni del codice civile; 4) alla individuazione degli sprechi e/o dei costi impropri e quindi alla riduzione (o cancellazione) dei primi nonché all’appostamento dei secondi in voci di bilancio diverse dal fondo sanitario; 5) al pagamento tempestivo, secondo le prescrizioni del d. lvo 502/92 di tutte le prestazioni richieste dai cittadini, senza ritardi (causa di danno erariale per interessi); 6) all’appostamento di risorse per incentivare le eccellenze e la ricerca.-

Cosa si vuol dire quindi, infine: che la dirigenza sanitaria ha un dovere che è quello di far funzionare, e bene, una macchina con le risorse a disposizione.-

Ed allora occorre in primo luogo intervenire a livello governativo e politico per stabilire quante e quali sono le risorse, senza depredarle con (o “riempirle di”, dipende dai punti di vista) spese improprie e sprechi.-

Poi occorre utilizzarle bene. Certo è semplice dire: questi sono i soldi, quando finiscono sospendiamo o rallentiamo i servizi. Ma questo non è governo e non fa rientrare l’emigrazione sanitaria, e non abbatte la lista d’attesa, e non garantisce sicurezza e neanche qualità. Se invece vogliamo insieme rendere coerente l’azione di governo con gli scopi del servizio sanitario occorre lavorare in maniera più complessa e articolata e non dire mai ai cittadini: non abbiamo i soldi per curarvi.-

Semplicemente perché non è vero.

1. [↑](#footnote-ref-1)