

PATTO DELLA SALUTE 2013 TAVOLO INVESTIMENTI IN SANITA'

Coordinamento: Regione Puglia

Stesura documento: Puglia-Veneto

Edilizia ospedaliera, finanziamenti, beni e servizi non sanitari.

Premesse

L'esperienza maturata dal 1990 ad oggi da parte di tutte le Regioni relativa all'art 20 della legge n. 67/1988 ha concorso in modo significativo alla evoluzione del carattere dei relativi programmi di investimento: da straordinari ad ordinari, da aggiuntivi ad essenziali, rispetto agli obiettivi strategici delle programmazioni sanitarie regionali, anche a causa della mancanza di un fondo per gli interventi di mantenimento delle strutture ospedaliere costante e continuo nel tempo diversi dal citato art.20.

E tuttavia una discussione sulla centralità degli investimenti in sanità assumendo come "postulato" l'assenza di maggiori risorse per gli investimenti delle Regioni e dei relativi SSR, è una discussione viziata alla base.

Le ultime manovre finanziarie, infatti, hanno avuto pesanti effetti su due piani di lavoro che rappresentano la trave portante del sistema e ne rappresentano un elemento peculiare per la sua sostenibilità:

- 1. Finanziamento del Servizio Sanitario nazionale;**
- 2. Investimenti per l'aggiornamento strutturale e tecnologico**

Nel corso della prima riunione del Tavolo interregionale si è sottolineata la necessità che i temi assegnati allo stesso siano parte integrante del lavoro più complessivo di stesura e condivisione del nuovo Patto per la Salute, perché i nuovi scenari della domanda e dell'assistenza, le nuove tecnologie a disposizione, i nuovi obiettivi di appropriatezza e di efficienza tecnica ed economica dei SSR richiedono programmazioni regionali che sviluppino parallelamente al piano organizzativo-gestionale e di potenziamento delle prestazioni sanitarie ospedaliere, specialistiche e sanitarie territoriali, anche il piano degli investimenti per:

- supportare l'obiettivo della riconversione delle strutture ospedaliere dismesse
- potenziare l'offerta, anche strutturale e tecnologica, della sanità territoriale e distrettuale
- accrescere la prossimità dell'offerta sanitaria di qualità rispetto ai luoghi di vita dei pazienti per rafforzare l'accesso a percorsi di presa in carico domiciliari senza rinunciare all'intensità assistenziale e all'offerta specialistica
- razionalizzare la spesa sia sul versante ospedaliero che su quello territoriale, in ottica di riduzione di specifiche voci di spesa corrente (es: le voci di affitto, ecc..) che di specifiche voci di spesa in conto capitale (es: manutenzione straordinaria di immobili vetusti)
- supportare l'esigenza di una riorganizzazione complessiva delle reti ospedaliere.

Questi due argomenti rappresentano pertanto la cornice di riferimento dell'azione-tecnico politica che sottende al nuovo Patto per la salute in quanto investono direttamente (o indirettamente) la capacità del Sistema Sanitario Nazionale di mantener fede ai principi di equità ed appropriatezza delle prestazioni nonché della sua unitarietà nella uniformità delle prestazioni erogate.

In particolare, per quanto attiene le politiche per gli investimenti in sanità, in termini di nuova infrastrutturazione, di riqualificazione, messa a norma e riconversione di immobili esistenti, nonché di dotazioni tecnologiche, è necessario ricostruire un quadro certo rispetto ai fabbisogni e agli obiettivi complessivi, in termini di:

- risorse disponibili
- tempi di attivazione delle stesse.

Contesto

Il patto per la salute per gli anni 2010 - 2012 si faceva carico di assicurare la continuità del programma nazionale di investimenti in edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 disponendo all'articolo 1, commi 8 e 9, quanto segue:

"8. Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale si conviene sull'opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria, elevandolo dagli attuali 23 miliardi di euro, ai sensi dell'articolo 2, comma 279 della legge 244/2007, a 24 miliardi di euro, destinando tale incremento prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità attraverso la sottoscrizione di accordi. Si conviene inoltre sulla possibilità di utilizzare, per gli interventi di edilizia sanitaria, anche le risorse FAS di competenza regionale, fermo restando l'inserimento di tali interventi nell'ambito dell'ordinaria programmazione concordata con lo Stato.

9. Lo Stato si impegna a garantire nel bilancio pluriennale 2010-2012 ai fini del finanziamento dell'edilizia sanitaria ex articolo 20 della legge 67/1988, in aggiunta alle risorse stanziare per il 2009 pari a 1.174 milioni di euro, 4.715 milioni di euro."

Risulta evidente come Governo e Regioni abbiano attribuito estrema rilevanza agli interventi di investimento in edilizia sanitaria, prevedendo espressamente:

- la messa a disposizione nel triennio di validità del patto della residua disponibilità sulle somme stanziare (art. 1, comma 9),

- l'impegno ad "ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria", integrandolo di un ulteriore miliardo di euro da destinare prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità (art. 1, comma 8).

Le disposizioni delle manovre di contenimento del fabbisogno, caratterizzate dalla logica dei cosiddetti "tagli lineari" hanno scoraggiato le Regioni ad assumere programmi strategici di riorganizzazione dei servizi sanitari, con particolare riferimento alle amministrazioni regionali che hanno operato nel quadro dei piani di rientro. Ovvero, per le Regioni, che comunque hanno definite programmi strategici per la riorganizzazione delle reti ospedaliere e sanitarie territoriali, non hanno consentito di definire un cronoprogramma certo per l'attuazione degli interventi necessary.

Il Ministero della Salute nel corso della prima riunione del Tavolo ha illustrato i dati relativi agli Accordi di Programma già validati dal proprio NVVIP e in attesa di sottoscrizione, a cui

devono aggiungersi le Regioni che hanno completamente utilizzato le risorse loro attribuite ex articolo 20 legge 67/88 (tra cui Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria ed Emilia Romagna, Toscana, Marche ed Umbria), e le Regioni che hanno in corso l'elaborazione dei rispettivi Programmi di investimento nell'ambito della capienza residua loro assegnata (tra cui Lazio, Sicilia, Puglia).

Il mancato finanziamento degli Accordi già validati e dei programmi in corso di elaborazione/istruttoria non consente nelle Regioni interessate:

- di accompagnare le rispettive programmazioni con un concreto piano di investimenti
- di attivare i nuovi cantieri
- di assicurare i necessari investimenti in nuove tecnologie e gli investimenti in manutenzione straordinaria.

Nella gran parte delle Regioni italiane la dinamica evolutiva dei programmi di investimento è condizionata sia dal blocco delle disponibilità residue ex articolo 20 che dall'azzeramento delle ulteriori nuove disponibilità statali; in tali Regioni i programmi di investimento sono ad oggi sostenuti solo a carico di risorse, regionali ed aziendali, con impieghi di bilancio, patrimoniali e di finanza di progetto, estremamente onerosi e critici.

Solo in alcune Regioni dell'Obiettivo Convergenza (tra cui la Puglia) è stato possibile nell'ultimo quinquennio utilizzare:

- quota parte delle risorse del PO FESR 2007-2013 per sostenere gli investimenti extraospedalieri, e in particolare rivolti alla riqualificazione del patrimonio immobiliare aziendale per la realizzazione di nuove strutture sanitarie territoriali e per l'acquisizione di nuove tecnologie per la diagnostica specialistica;
- quota parte del Fondo Sviluppo e Coesione (ex FAS) per realizzare alcuni grandi investimenti ospedalieri.

Ad un quadro di risorse finanziarie assolutamente incerto, si aggiunge che le procedure di ammissione a finanziamento a valere sui fondi per gli interventi che trovano capienza teorica nelle assegnazioni già fatte con precedenti Del. CIPE sono assai complesse e dai tempi assai variabili e incerti.

Priorità strategiche per il Patto per la Salute 2013-2015

Le linee strategiche per la programmazione degli investimenti in sanità sono individuate nelle seguenti:

- a) nuovi grandi progetti per le strutture ospedaliere di eccellenza e di riferimento regionale e aziendale, per accompagnare il processo di riorganizzazione delle reti ospedaliere;
- b) manutenzione straordinaria dei presidi esistenti per l'adeguamento alle vigenti normative in materia di antisismica e antincendio;
- c) grandi investimenti per la riconversione di strutture ospedaliere dismesse in nuove strutture della sanità territoriale;
- d) incremento delle dotazioni tecnologiche per il potenziamento della diagnostica specialistica e delle reti per la telemedicina;
- e) innovazione procedurale e normativa.

Con specifico riferimento alla necessità di introdurre significativi elementi di innovazione procedurale e normativa nello scenario nazionale di riferimento, si sottolineano due direttrici di azione:

- 1) la revisione radicale del percorso di accesso al sistema finanziario, in presenza delle vigenti difficoltà di alimentazione del flusso finanziario connesso ai riparti ex art. 20 l.n. 67/1988; una proposta avanzata al Tavolo è quella di introdurre nel quadro normativo la possibilità di finanziare i Programmi di investimento regionali, previa Intesa Stato-Regioni (si veda ad esempio l'esperienza maturata con gli investimenti per le strutture per l'AIDS), con accesso al finanziamento dopo l'avvio dei lavori sotto la responsabilità diretta delle Regioni, con la collaborazione della Cassa DD.PP. ovvero con anticipazione a valere sui Bilanci regionali ;
- 2) la revisione della normativa vigente che, nel prevedere adempimenti obbligatori per l'adeguamento rispetto alla prevenzione incendi e antisismica, non considera forti elementi di criticità connessi da un lato alla impossibilità di mettere a norma con investimenti congrui talune strutture, e dall'altro alla assenza di una sostenibile scansione temporale degli adempimenti, perché la norma entra in vigore in modo retroattivo anche se la tecnologia o il presidio viene brevettato oggi ed è stato costruito in un periodo precedente in cui la norma non era presente. In tal senso si segnala la necessità di introdurre, per le strutture esistenti, un provvedimento equivalente alla norma di sicurezza nei periodi in cui la stessa viene emanata.

Con riferimento alle risorse finanziarie da rendere disponibili per sostenere le priorità strategiche individuate, si segnala l'opportunità che l'intera filiera istituzionale coinvolta nella elaborazione del nuovo Patto per la Salute (MinSalute, MEF, Conferenza delle Regioni) si faccia parte attiva per assicurare al prossimo periodo di programmazione una adeguata dotazione finanziaria, che guardi:

- al rifinanziamento del fondo ex art. 20 l.n. 67/1988 per assicurare il concreto accesso alle risorse assegnate per le Regioni che hanno già Accordi validati e per le Regioni che stanno completando le rispettive progettazioni a valere sulle risorse già assegnate;
- al presidio dei tavoli nazionali impegnati nella allocazione delle somme dei Fondi Strutturali UE 2014-2020, perché, in coerenza con le indicazioni della Commissione UE¹, nell'ambito dell'Obiettivo tematico 9 siano allocate risorse certe a valere su:
 - a) FESR per gli investimenti in sanità territoriale, rivolti ad accrescere l'offerta di strutture e presidi territoriali e di tecnologie per la migliore accessibilità delle prestazioni sanitarie e per accrescere la capacità di presa in carico extraospedaliera di persone non autosufficienti e della popolazione anziana affetta da patologie croniche;
 - b) FSE per gli investimenti sul capitale umano in tutte le Regioni italiane, con specifico riferimento a borse di ricerca e a percorsi di formazione professionale e post-universitaria, nonché per la riqualificazione delle risorse umane dei SSR;
- alle finalizzazioni del Fondo Sviluppo e Coesione per il prossimo periodo di programmazione, che tra le priorità di opere da finanziare, devono contemplare anche l'edilizia sanitaria ospedaliera.

Acquisizione di Beni e servizi

A margine della discussione del Tavolo per gli investimenti sanitari, è stata posta la questione dei beni e servizi, riferita prettamente all'approvvigionamento tecnologico (acqua, luce e gas), che è connotata da due aspetti non correlati tra loro:

- il primo inerente l'imposizione fiscale, in quanto le strutture ospedaliere sono equiparate a quelle dell'industria, senza considerare la natura pubblica del bene, e dunque senza alcun

¹ *Social Investment Package, febbraio 2013.*

beneficio fiscale capace di incidere significativamente sulla spesa corrente connessa a queste voci di costo;

- il secondo relativo alla contrapposizione delle norme sulla spending review e gestione della spesa pubblica rispetto a quelle incentivanti nel coinvolgimento del capitale privato per ridurre i costi di gestione.

In relazione alla cogenza delle norme della spending review va avviata una riflessione tecnica sulla possibilità di recuperare risorse finanziarie introducendo tecnologie specifiche con risultati, non solo tecnicamente provati, ma anche finanziariamente efficaci e con specifiche responsabilità del proponente sulle soluzioni di risparmio energetico.