

# Armando Cusani NEWSLETTER

Comunicazione politica e attività amministrativa del Presidente alla Provincia di Latina  
Anno II - numero 40 | 30 luglio 2010 | Supplemento al Periodico di approfondimento politico  
Agorà - Registro Stampa del Tribunale di Latina n.877 del 9/3/2007



SPECIALE SANITÀ

## Manifesto per la Sanità

# OSSERVAZIONE ALL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA PROPOSTA DALLA GESTIONE COMMISSARIALE

Per intero il documento approvato dal Consiglio provinciale il 23 luglio



Dopo un serrato percorso di confronto politico tra maggioranza e opposizione durato diverse settimane il Consiglio provinciale, all'unanimità dei presenti, ha votato il documento **"Osservazioni all'organizzazione sanitaria proposta dalla gestione commissariale - manifesto per la sanità"**.

Un documento che indica con pragmatismo un cammino sulle cose da fare per giungere all'ottimizzazione dei servizi sanitari della provincia di Latina.

Un documento costruito su 40 pagine che rappresenta, senza ombra di dubbio, un

atto politico capace di offrire risposte serie e praticabili per una sanità moderna ed equa, dove l'esigenza di ospedalizzazione si affianca ad una deospedalizzazione costruita sul territorio, valorizzando sia quella pubblica che privata.

Un passaggio importante, poi, su cui poggia molto dell'impalcatura del licenziato documento, riguarda l'organizzazione sanitaria offerta dalle gestioni commissariali: un vero dramma nel dramma.

«Il Commissariamento è una misura straordinaria - afferma il presidente Cusani - che

si è di fatto sostituito al regime ordinario, nel Lazio una consuetudine ormai, che non trova precedenti.

In un confronto così serrato tra interessi, che non possono dirsi coincidenti ma al contrario diversi e contrapposti, la regione Lazio ha interesse ad essere rappresentata dal Presidente democraticamente eletto che operi scelte nell'interesse esclusivo del suo territorio, ma che la coincidenza dei ruoli ineludibilmente penalizza, sacrificandolo ad interessi che non possono essere considerati prioritari.

La salute è per i cittadini della regione un interesse costituzionalmente protetto che deve trovare coerenza nelle azioni e nelle scelte operate dalla Regione e dal suo Presidente senza quei compromessi dei quali il Commissario alla Sanità inevitabilmente deve considerare nella realizzazione della quadratura del cerchio.

Perché mentre per il Presidente della Regione il diritto alla salute è per i suoi cittadini un diritto irrinunciabile e per questo senza prezzo, per il Commissario alla Sanità, suo malgrado e siamo sufficientemente onesti per comprenderne le ragioni, la salute diviene un fattore eminentemente economico perseguibile secondo logiche esclusivamente aziendalistiche ove paradossalmente la tutela della vita umana diviene inconciliabile con la ristrettezza delle risorse. Ben si staglia quindi la definizione atecnica di Commissario del Budget piuttosto che della sanità, poiché è la gestione delle risorse, la loro distribuzione e il loro recupero la missione preponderante del Commissario, non

certamente la produzione di salute per i cittadini.

Riteniamo per tali ragioni che questo non possa soddisfare l'interesse della Regione ed invitiamo il Presidente della Giunta da spogliarsi da questa veste, inconciliabile con il bisogno di salute, al fine di poter realizzare compiutamente scevra da ogni condizionamento legato a logiche ragionieristiche gli interessi della Regione Lazio e dei suoi cittadini, su un tema che non tollera commistioni né accetta compromessi di sorta.

Da ciò - termina il presidente della provincia di Latina Armando Cusani - il recupero della responsabilità diretta della Regione nella gestione del deficit che conduca al superamento di una gestione commissariale inidonea ad assicurare il diritto di cui all'art.32 della Costituzione».

Nel ribadire con forza il totale dissenso alla decretazione commissariale a far data dal 2006 in tema di sanità, proposto dai commissari che ad oggi si sono succeduti, il Consiglio provinciale con l'approvazione

del documento si impegna a promuovere un'azione comune a sostegno delle ragioni del territorio attraverso: 1) la convocazione della Conferenza dei Sindaci; 2) la convocazione della Conferenza delle Istituzioni; 3) la convocazione di Consigli provinciali congiunti con la Provincia di Frosinone, Rieti e Viterbo.

L'audizione e il coinvolgimento di tutti gli operatori medici e paramedici, e di tutti gli stakeholder del sistema sanitario.

Si impegna, infine, laddove risultassero disattese tutte le istanze del documento, a perseguire anche giudizialmente e presso ogni sede opportuna gli interessi del territorio della provincia di Latina lesi e pesantemente penalizzati dalle scelte promananti dai Commissari ad acta per la sanità che si sono avvicendati e di cui ai decreti approvati e che non trovano, alla luce di quanto motivatamente espresso, alcuna condivisione da parte del Consiglio provinciale.

**Everardo Longarini**

Portavoce del Presidente Armando Cusani



## OSSERVAZIONE ALL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA PROPOSTA DALLA GESTIONE COMMISSARIALE

### MANIFESTO PER LA SANITÀ

#### INDICE DEGLI ARGOMENTI:

I. LA SANITÀ DOPO LA RIFORMA DEL TITOLO V

II. UN POSSIBILE APPROCCIO ALLA CLINICAL GOVERNANCE

III. L'ORGANIZZAZIONE, IL CONTROLLO, LA RESPONSABILIZZAZIONE

IV. SISTEMA DI REMUNERAZIONE

V. MOTIVI DELLA NON CONDIVISIONE

VI. CONCLUSIONI E PROPOSTE

VII. IMPEGNI DEL CONSIGLIO

## I. LA SANITÀ DOPO LA RIFORMA DEL TITOLO V

Il contesto nel quale la questione della valutazione dei servizi sanitari si colloca attualmente è un contesto mobile e turbolento, caratterizzato dal procedere di un processo di aziendalizzazione lungo e complesso e dal più recente ed incisivo trasferimento delle responsabilità dal centro alla periferia nell'ambito della devolution sanitaria.

La modifica del Titolo V, Parte II, della Costituzione intervenuta nel 2001 con la legge costituzionale n.3 ha fornito al potere regionale, tra le altre cose, ulteriori occasioni di crescita del proprio intervento in materia sanitaria. Invero, a seguito di tale riforma è stato profondamente modificato l'assetto della distribuzione delle competenze tra Stato e Regioni. L'attuale art. 117 Cost., contiene un elenco delle materie esclusive statali e assegna in via residuale al potere regionale le materie innominate, contemplando anche una serie di materie concorrenti disciplinate nei loro principi fondamentali dallo Stato e nel dettaglio dalle Regioni.

Con riguardo al tema della sanità, l'art. 117 contempla tra le materie attribuite alla competenza concorrente delle Regioni la "tutela della salute", a differenza del vecchio testo dello stesso articolo che limitava la competenza concorrente regionale al più ristretto ambito dell'"assistenza sanitaria ed ospedaliera". L'ambito di disciplina della potestà regionale si è dunque ampliato fino a comprendere tutti gli aspetti inerenti la garanzia del fondamentale diritto alla salute. In materia sanitaria, dove si rivela forse con più evidenza l'esigenza di conciliare il principio di uguaglianza e di parità di trattamento, da un lato, e le istanze di decentramento e di autonomia delle entità locali, dall'altro, la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (c.d. LEP) concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", materia di esclusiva competenza dello Stato, è fondamentale per garantire la tutela del diritto alla salute, così come sancito dall'art.32 della nostra Carta fondamentale, ed è proprio in virtù di questa competenza che lo Stato è legittimato ancora oggi, dopo la riforma costituzionale del 2001, a comprimere la libertà d'azione delle Regioni. La questione del finanziamento delle funzioni sanitarie, pertanto, va inquadrata certamente in quella più ampia del coordinamento della finanza pubblica e del cosiddetto "federalismo fiscale", costituendone anzi, in virtù della loro stretta correlazione, un sorta di "banco di prova".

Prima della riforma costituzionale del 2001, il legislatore statale ha cercato di introdurre meccanismi fiscali di tipo federale con la legge delega 13 maggio 1999, n.133, recante "Disposizioni in materia perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale", e con il successivo decreto legislativo di attuazione n.56/2000. Il suo tentativo però, è risultato vano e nemmeno con la modifica dell'art.119 Cost. è stato possibile ad oggi modificare l'assetto delle competenze sulla finanza pubblica, che continua a riservare al potere centrale un ruolo principe.

La devolution nei termini sopra cennati ha dunque attivato, o in qualche caso accelerato, alcuni processi di responsabilizzazione rispetto ai risultati dell'azione amministrativa ed alle metodologie di verifica, dando vita ad una nuova stagione di sviluppo delle pratiche di valutazione della qualità dei servizi.

Guardando al sistema nel suo complesso, trasversalmente e con riferimento ai contenuti ed alle finalità della valutazione, d'altra parte, dalla analisi emerge come negli anni più recenti abbiano visto un significativo trasferimento dell'impegno istituzionale in Sanità dagli obiettivi più tipicamente aziendalistici, propri della prima parte degli anni 90, ad obiettivi più strettamente e direttamente legati alla pratica clinica ed al suo governo.

Con il termine *clinical governance*, entrato ormai nell'uso comune per indicare l'obiettivo principe della gestione sanitaria e di conseguenza anche il principale punto di condensazione delle azioni valutative, si intende il complesso dei mezzi attraverso i quali il sistema sanitario assicura la disponibilità di cure cliniche di qualità, rendendo gli operatori responsabili dello stabilire, mantenere e monitorare standard di rendimento.

Attorno alla *clinical governance* sono cresciute negli ultimi anni le esperienze più significative di valutazione e si sono avviati importanti programmi di revisione organizzativa, di formazione degli operatori e di valutazione di impatto.

Sulla *clinical governance* è centrato anche il contenuto del recente Ddl del 3 giugno 2004 "Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale", che punta a riportare al centro delle scelte di governo delle aziende sanitarie gli obiettivi clinici, riservando a quelli economici e finanziari una posizione secondaria e di servizio. Un simile riequilibrio passa secondo l'impostazione del Ddl per la rivalutazione del ruolo degli operatori sanitari, ed in particolare dei medici dirigenti, nelle scelte strategiche della sanità, nella definizione dei percorsi diagnostici-terapeutici, nella valutazione dell'operato degli alti dirigenti.

Dal punto di vista della valutazione, ciò significa una maggiore attenzione alla dimensione dell'esito dell'attività svolta e una rivalutazione degli aspetti settoriali e delle competenze specifiche dell'intervento clinico rispetto agli aspetti generali ed alle competenze amministrative e finanziarie.

Queste radicali trasformazioni hanno interessato, ed altresì modificato, sia le modalità di erogazione dell'assistenza, sia i rapporti tra il cittadino e le istituzioni tanto da richiedere oggi, un ripensamento dell'organizzazione dell'attività complessivamente erogata dai servizi sanitari.

Il ritardo normativo e la scarsa diffusione delle politiche valutative avanzate si riversano nella arretratezza delle banche dati di riferimento e degli apparati di monitoraggio. Dall'analisi emerge come siamo ancora lontani in Italia dall'aver messo mano alla strumentazione di un sistema di indicatori completo, che comprenda cioè dati significativi di contesto. Indicatori definiti e descritti in numerosi documenti di programmazione nazionale e regionale (a partire dal Decreto del 12.12.2001), ma a tutt'oggi lacunosi ed incerti.

L'analisi dello stato di avanzamento di questo processo di evoluzione a livello regionale ha evidenziato i divari tra Regione e Regione, ma soprattutto la formalizzazione limitata quasi esclusivamente alla fase dell'accreditamento. Tutte le Regioni stanno procedendo in modo autonomo sulla strada delle procedure per l'accreditamento e la qualità delle strutture e dei servizi sanitari, introducendo rilevanti elementi di innovazione e di differenziazione rispetto ai modelli previsti dalla normativa quadro. E certamente vi è un grande interesse da parte delle Regioni a sviluppare e a diffondere la cultura di un miglioramento continuo dei propri sistemi sanitari, al fine di accrescere l'efficienza e la competitività dei sistemi regionali e garantire standard di qualità definiti.

Tuttavia appare di palese evidenza quanto il perseguimento dei nuovi obiettivi che la *clinical governance* affida alle regioni si scontri inevitabilmente con la esiguità delle risorse, assorbendo la spesa sanitaria la gran parte dei bilanci regionali, mediamente oltre il 70%, cui deve peraltro aggiungersi la incapacità della classe manageriale di organizzare il servizio attraverso la modellizzazione di sistemi valutabili, controllabili, trasparenti. Sicchè ogni tentativo di sperimentare forme regionalizzate di gestione del servizio trova

l'invalidabile limite nell'amministrare le risorse, la cui scarsità viene avvertita in maniera spasmodica sotto la spinta incessante del progresso tecnologico che crea quotidianamente nuove tecniche di cura ed apparecchiature, a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, ponendo allora la questione della distribuzione delle risorse, ovvero dell'operare delle scelte fra ipotesi possibili sempre all'ombra del bisogno primario di assicurare livelli essenziali di prestazioni.

L'organizzazione sanitaria che, come detto, mediamente assorbe il 70-80% dei bilanci regionali, è dunque materia oggi di competenza esclusiva delle regioni, ma lo Stato ha sino ad oggi continuato nei ripiani a piè di lista stile anni ottanta. Il decreto salva deficit di giugno 2007 e la finanziaria del 2008 hanno stanziato la cifra di 12,1 miliardi di euro a favore della Regione Lazio, Campania, Abruzzo Molise e Sicilia, a coprire i conti in rosso sulla Sanità. Nonostante questo la Asl n.1 di Napoli fatica a pagare gli stipendi dei suoi dipendenti. Ed ancora lo strumento del Commissariamento, introdotto nel 2005 avrebbe dovuto nelle intenzioni rappresentare una eccezione, divenendo ad oggi la regola per alcune regioni d'Italia: 4 le Regioni ancora Commissariate, tra cui il Lazio, mentre 8 sono impegnate in piani di rientro dai disavanzi.

Ma l'anomalia della Sanità in Italia dunque non va ricercata nella insufficienza delle risorse stanziato dallo Stato, piuttosto nella incapacità dei centri di responsabilità, centrali o decentrati, di gestire le risorse disponibili ove alto è ancora il peso della inefficienza sommersa ovvero implicita, che viene aggravata dalla oggettiva impossibilità di operare sistematiche comparazioni funzionali per la individuazione di modelli più efficienti; o anche la comparazione fra costi dei prodotti.

Si pensi che la stessa TAC a 64 slice costa 1.027.000 euro in Emilia Romagna e 1.397.000 euro nel Lazio, con una differenza pari al 36%. Od ancora, una siringa da 5ml in Sicilia costa 0,05 euro contro 0,03 euro in Toscana, quasi il doppio!

Non mancano poi ospedali dove i costi del personale superano del doppio il valore del servizio prodotto a favore dell'utenza.

Ciò determina una sostanziale disomogeneità dei livelli di assistenza sanitaria tra le regioni d'Italia. Di omogeneo dunque c'è solo che ove si riscontrano maggiori disavanzi, minore è la qualità e la sicurezza delle cure rese.

## STIMA DELLA INEFFICIENZA IMPLICITA DELL'OSPEDALITÀ PUBBLICA

REGIONI	VALORE PRODUZIONE A DRG	VALORE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	QUOTA AGGIUNTIVA PER ATTIVITÀ A FUNZIONE	VALORE %
Piemonte	1.361,6	340,4	204,2	39,4
Lombardia	2.683,5	785,5	402,5	19,4
Toscana	1.100,7	352,3	165,1	30,0
Marche	657,6	170,9	98,6	31,1
Puglia	1.130,7	226,1	169,6	24,9
Calabria	549,6	55,0	82,4	47,2

Dal quadro sopra offerto si evince quanto l'indicatore della inefficienza implicita dell'ospedalità pubblica nelle sei regioni considerate può variare di molto tra regione e regione, si passa infatti da una percentuale pari al 19,4% della Lombardia, al 47,2% della Calabria, rompendo tuttavia l'univocità dello svantaggio che di solito fa capo al mezzogiorno.

## II. UN POSSIBILE APPROCCIO ALLA CLINICAL GOVERNANCE

Che la soluzione alla necessità di risanamento della Sanità nella Regione Lazio consista nell'effettuare tagli, nell'eliminare le inefficienze, le in appropriatezze e le illegalità è una vera utopia! Ciò non significa accettare le criticità del sistema che vanno ad intaccare innanzi tutto la capacità di produrre salute.

Nel contesto tratteggiato dunque diviene allora ultroneo evidenziare quanto, l'approccio al tema Sanità o meglio alla *clinical governance* passi attraverso lo strumento della razionalizzazione dei costi e la rimodulazione della rete ospedaliera, che parta dall'analisi dei diversi contesti che caratterizzano la Regione Lazio e dal concetto - certamente lato e troppo spesso non esaustivo a comprendere la complessità degli elementi insiti alla definizione - di [livelli essenziali di assistenza](#) e sui quali è tuttavia improntato l'intero sistema sanitario nazionale.

Del resto non sfugge quanto qualsivoglia approccio al problema Sanità non possa prescindere da una disamina ed un affinamento degli strumenti di conoscenza e valutazione dei dati complessivi sul-

l'organizzazione e funzionamento dei servizi sanitari offerti a supporto alle politiche da mettere in campo.

Il problema di definire i livelli essenziali di assistenza, è il problema di sempre, un banco di prova sul quale si sono sperimentate soluzioni che colgono il segno senza mai dare risposte definitive, che passano da criteri basati sul costo/beneficio, al binomio patologia/trattamento, e sui quali influiscono quei valori fondamentali della dignità della persona e del bisogno di salute, ma evidentemente trattasi dello snodo attraverso il quale passa ineludibilmente ogni scelta che attenga all'universo Sanità nel suo complesso.

Allora in un sistema chiamato a contemperare diversi interessi spesso tra loro contrapposti, l'utilità sociale di un intervento necessita di confrontare l'uso alternativo delle risorse disponibili tra i vari bisogni soggettivi per rendere massima l'utilità globale.

Questo è il principio che deve uniformare le scelte regionali, le quali devono tenere conto delle aspettative e dei valori dei cittadini garantendo a ciascun attore uguali opportunità di essere protetto nella sua salute solamente sulla base dell'entità dei suoi bisogni sanitari.

Ne consegue che **NON POSSONO CONDIVIDERSI** scelte che non siano frutto di una valutazione approfondita del contesto sociale entro il quale vanno calate; della popolazione; del fabbisogno di salute di quest'ultima; dell'organizzazione sanitaria territoriale, tanto pubblica quanto privata, sulla quale poi ricercare criteri oggettivi e quantitativi per costruire un percorso di modellizzazione basato su giudizi di priorità.

In altre parole non riteniamo di poter avallare scelte che non siano il frutto di una **PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE** sulle quale devono poter convergere i consensi di tutti i rappresentanti territoriali, perché la sola partecipazione consapevole al problema è il quid pluris verso un percorso di accettazione delle scelte, anche dure ma che ob torto collo si deve avere il coraggio di operare. Dunque partecipare al processo formativo delle scelte per poterle capire e semmai condividerle.

**SOLO GARANTENDO UNA PROFICUA INTERAZIONE TRA CRITERI DEL DECISORE POLITICO, LE EVIDENZE DELL'OPERATORE SANITARIO (PUBBLICO O PRIVATO) ED IL CONSENSO DELL'UTENZA SI PUÒ PENSARE DI ARRIVARE AD UNA SOLUZIONE ACCETTABILE DEL PROBLEMA CHE DEVE DIVENIRE RICONTRANDONE L'INTERESSE GENERALE SOSTENIBILE.**

SPESA OSPEDALIERA PUBBLICA E ACCREDITATA/SPESA SANITARIA TOTALE				SPESA OSPEDALIERA PUBBLICA E ACCREDITATA/PIL		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Italia	53,3	53,9	53,9	3,6	3,7	3,6
Germania	38,2	38,3	37,6	3,1	3,1	3,0
Francia	44,0	44,1	44,0	3,9	3,9	3,6

Spesa ospedaliera pubblica e accreditata in rapporto con la spesa sanitaria pubblica totale e al Pil

Questo è un dato maggiormente riscontrabile per la Regione Lazio i cui dati acclarano maggiori risorse rispetto ad altre Regioni pari al 5%, il che ci pone in un evidente contraddizione nel momento in cui si invocato a livello statale maggiori risorse.

Di certo, il fabbisogno di risorse è un bisogno primario sempre in crescita, viepiù sentito come una emergenza incessante in ragione del continuo progresso diagnostico e terapeutico, più avanzato e tecnologico, ma indiscutibilmente più costoso; dall'invecchiamento della popolazione con conseguente maggiore e diffusa disabilità. Questo ha dato slancio al sistema sanitario privatistico a supportare le sacche di deficienza del pubblico: non vi è chi non veda come all'ombra dello Stato sociale si sia sviluppato un mercato privato parallelo del quale si dice essere più efficiente, ma c'è da chiedersi se sia anche il più efficace.

È utile e non così scontato ricordare che il **FRUTTO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA NON È UN PRODOTTO VENDIBILE O VISIBILE, È INVECE UN BENE**: la salute individuale che non è apprezzabile dalla collettività, ma dal singolo individuo, anche se alla collettività torna utile.

Il servizio pubblico si rivolge all'intera comunità sociale e scandisce il ritmo della vita comune di tutta la popolazione e non può essere realizzato seguendo i criteri "privatistici" nel senso di "produttività" del servizio, ma deve improntarsi a criteri di efficacia, di raggiungimento degli obiettivi sociali e di corretto uso delle risorse messe a disposizione.

Al contrario, una impresa privata ha una finalità eminentemente

D'altro canto, l'epoca delle grandi risorse è finita, ma la domanda di beni e servizi in Sanità è in aumento, mentre di contro gli amministratori pretendono tagli, restrizioni, controllo agli sprechi: insomma le spese vanno razionalizzate e, in particolare, a un minor aumento di spesa, si pretende anche un miglioramento della qualità e quantità dei servizi.

Ma deve essere chiaro un passaggio:

**LE RISORSE VANNO SÌ RAZIONALIZZATE  
MA NON RAZIONATE**

**ESSENDO QUESTI DUE APPROCCI MOLTO DIVERSI TRA LORO.**

Nella morsa dei contenimenti della spesa, il risanamento passa inevitabilmente attraverso continui e progressivi tagli sul comparto sanitario, ciononostante, l'analisi del periodo che va dal 2000 al 2008 evidenzia un aumento della disponibilità delle risorse messe a disposizione dallo Stato a sfatare una convinzione sulla bocca di tutti tanto degli addetti ai lavori quanto del cittadino comune.

La spesa sanitaria pubblica totale passa dai 70.173 del 2000 ad 86.594 del 2008 con un trend di crescita percentuale in diminuzione certamente (+1,1 nel 2006, +1,7 nel 2007, 0,1 nel 2008) ma significativo di un incremento piuttosto che una riduzione di risorse come generalmente si è indotti a pensare.

economica, legittimamente mirata al guadagno e ciò si scontra con la finalità della tutela della salute che in uno Stato civile va garantita a tutti. Il servizio pubblico non mira e non può mirare ad alcun guadagno, ma deve fornire il proprio servizio in modo imparziale e nell'interesse della collettività sicché il punto fermo in Sanità è che il contenimento dei costi non deve peggiorare il livello qualitativo che, al contrario, andrebbe monitorato prioritariamente e correlato con la disponibilità delle risorse. Un attento monitoraggio dovrebbe concentrarsi sulla eliminazione degli sprechi, delle inefficienze, dei ritardi e delle metodologie inappropriate.

La Sanità ha grossi costi, ma quanto è in realtà speso per la salute e quanto invece è sperperato dal sistema che ruota intorno alla salute?

Più che a una razionalizzazione, si mira nei contenimenti delle spesa pubblica al razionamento delle risorse senza che si tengano in considerazione gli elementi fondamentali che costituiscono la voce Sanità.

In questi momenti si fa un gran parlare di controllo della domanda, ma è evidente che il tale concetto urta contro insuperabili ostacoli etici e deontologici che nessun potrebbe mai avallare. Non va dimenticato che la spesa programmata deve rispettare dei paletti di cui alcuni etici, insormontabili: al posto letto del paziente, non si può pretermettere la necessità di risparmiare, non si può rischiare la vita di un paziente per non sfondare un budget assegnato e, infine, non si può non tenere conto di terapie innovative, ma estremamente efficaci seppur costose.

In Sanità dunque si può parlare di costi /benefici?

Il costo per la salute deve sempre produrre un beneficio?

## NELLA SOCIALITÀ LA SALUTE NON HA PREZZO, TUTTAVIA È INNEGABILE CHE PER GLI AMMINISTRATORI LA SALUTE HA DEI COSTI.

Tuttavia la spesa sanitaria non deve realizzare il maggior beneficio al minor costo, **DEVE INVECE REALIZZARE BENEFICI ANCHE SOLO PROBABILI AL COSTO CHE RISULTA INDISPENSABILE O ALMENO IN FUNZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI.**

Da qui la importanza dei dati, delle caratteristiche della popolazione, della trasparenza dei bilanci, della loro oggettiva comparazione, del strutture sul territorio, della consistenza del supporto dei servizi sociali, dei dati epidemiologici a determinare la distribuzione equa delle risorse e delle responsabilità a tutti gli attori del sistema a partire da quello più prossimo all'utenza: il medico, il quale dovrà rivendicare la propria autonomia senza dimenticare il suo ruolo di strumento per il perseguimento del benessere della collettività operando secondo scienza e coscienza, una medicina umana, competendo sul meglio, evitando mere valutazioni aberranti della produttività basata solo sugli indici numerici delle prestazioni, dei ricoveri, delle procedure, ma evidenziando ciò che invece non va mai trascurato, oltre ovviamente la buona riuscita della prestazione, la soddisfazione del paziente secondo quanto ricorda Ippocrate (Medico, "padre" della Medicina, 460-377 a.C.). secondo il quale **"La medicina è fatta di tre cose: la malattia, il paziente e il medico; quest'ultimo è il servo dell'arte"**.

Ma anche accettando il modello aziendalista della organizzazione sanitaria, sarebbe necessario chiedersi quali siano gli obiettivi generali che lo stato vuole perseguire mediante l'operatività del sistema sanitario nazionale. È necessario cioè chiarire alla fine quale debba essere la strategia di investimento: consumare assistenza o produrre salute?

Una visione troppo aziendalista ha focalizzato l'attenzione su investimenti volti essenzialmente ad una offerta economicamente razionale della assistenza ed ha progressivamente rimosso il vero obiettivo dell'intervento dello Stato, così come era stato delineato del modello solidaristico, cioè la promozione della salute come diritto primario di tutti i cittadini. Ma negando che la finalità dell'intervento dello Stato sia la tutela della salute, si è finito per dimenticare che la promozione della salute, cioè la sua produzione, è di gran lunga più vantaggiosa dal punto di vista economico di qualunque obiettivo volto alla regolazione del sistema di assistenza al fine di controllarne il consumo.

I guadagni derivanti dalla promozione della salute di una popolazione non sono solo umani, ma anche economici, se solo si superasse una visione ragionieristica della sanità. Ma questo comporterebbe ridefinire gli obiettivi dell'intervento dello Stato in sanità, identificando i fattori che determinano la salute in una determinata popolazione per agire su di essi: l'istruzione, l'ambiente, la politica dei trasporti, la casa, il lavoro, e fornire incentivi per formare una sinergia di interessi atti a promuovere la salute e sostenere la qualità della vita.

Questa la via che si propone, l'unica sulla quale operare scelte consapevoli e ponderate.

Anche in Italia, l'affermarsi di questo nuovo modello interpretativo del contratto sociale ha comportato una radicale modificazione del concetto di tutela della salute da parte dello Stato. In quanto condizione necessaria per il pieno sviluppo delle libertà fondamentali, la salute diviene diritto primario della persona ed in quanto tale deve essere garantita e tutelata dallo stato. La salute diviene un valore in

sé, collegabile, ma non subordinabile ad interessi esterni come i costi, il tornaconto ed il suo raggiungimento diviene obiettivo giuridico tutelato dalla stessa Costituzione repubblicana (Art.32).

La forza delle cose, al di là dei mille interessi contrapposti, sta faticosamente indirizzando la Sanità verso la realizzazione di strutture organizzative più adatte a permettere il raggiungimento dell'obiettivo finale che resta la tutela della salute di tutti i cittadini.

È anche vero che a diciotto anni dall'ultima riforma del sistema, sono ancora in atto tentativi di riorganizzazione, senza aver tuttavia individuato dei punti fermi, degli elementi di certezza da cui procedere con interventi razionali e quindi efficaci. Dalla lettura dei numerosi testi che sono stati prodotti dalla discussione accademica, si ricavano teorie dell'organizzazione che hanno in comune una apparente limpidezza e facilità di realizzazione, tanto che si può rimanere meravigliati dalla faticosità e dalla lentezza che, al contrario, si riscontrano nei tentativi di porle in pratica.

Forse la risposta è nel fatto che tutte le teorie organizzative sono in realtà il prodotto di procedimenti induttivi, cioè dei tentativi di generalizzazione di modelli effettivamente osservati sul campo, nel mercato.

Allora appropriata al contesto del quale si discute, la parafrasi di una nota frase di Gramsci, che ben si applica a situazioni come quella che abbiamo descritto per le quali **"il pessimismo della ragione"** porterebbe a prognosi negative, che debbono tuttavia essere corrette in positivo dall'**"ottimismo della volontà"**.

Una volontà che oggi manifestiamo con il presente documento, che ci vede duramente critici verso una proposta che non condivide nessuno dei, pur ovvi, pensieri che sinora abbiamo espresso, ma che sono la base imprescindibile dalla quale partire: quale modello di Sanità ci si propone? Aziendalistico ove le risorse vengono razionate piuttosto che razionalizzate? Umanistico a salvaguardare il diritto fondamentale della salute a tutti equamente? E l'equità a quale concetto di LEA è ispirato? Come viene determinata questo valore di livello di essenziale di assistenza per il cittadino della Provincia di Latina, di Frosinone o di Roma? Queste sono le domande alle quali il Commissario di Governo deve poter rispondere con i decreti adottati. Non si può accettare nessun taglio indiscriminato se non prima aver chiarito la opportunità, la appropriatezza di quel taglio, consapevoli che la riduzione dei posti letto od un accorpamento tra aree omogenee non cambia la sostanza, laddove restano intaccati i livelli essenziali di assistenza. È questo che il Commissario deve garantire ai cittadini di questa Provincia, non il posto letto *tout court* quale principio se a fronte di più posti letto non ho servizi, prestazioni e risorse appropriate.

Ebbene, fanno con decisione il loro ingresso, nell'ambito della gestione della riduzione ed erogazione di un servizio pubblico di grande peso sociale come la sanità, principi quali "efficienza", "efficacia", "economicità", "qualità".

Consapevoli della necessità di tagliare la spesa, si insiste affinché questa venga piuttosto riquilibrata, responsabilizzando gli attori del settore sui risultati, focalizzando l'attenzione sui costi, impostando un sistema di pianificazione e programmazione a livello regionale che sia capace di perseguire la tutela pubblica della salute, non ad ogni costo, ma compatibilmente alle risorse disponibili tuttavia salvaguardando livelli essenziali accettabili senza discriminazione tra territori.

Valga la pena a tal proposito richiamare un esempio che meglio sintetizza il concetto poc'anzi espresso: dal decreto regionale si evince la necessità di accorpamenti in macroaree, delle quali si avversa non la opportunità che muove questa soluzione, quanto piuttosto la scelta della determinazione degli ambiti delle macroaree.

ASL	POPOLAZIONE	PRESTAZIONI EROGATE	VALORI DI PRODUZIONE	+ PERDITA EFFETTIVA
ROMA D	560.600	841.895	1.017.232.406,73	100.339.473,00
LATINA	545.217	470.155	849.757.309,42	57.490.394,28
FROSINONE	496.917	221.941	846.265.870,43	3.471.571,48

Le quattro macroaree sanitarie del nuovo piano regionale, prevedendo l'inglobamento della ASL di Latina con lo Spallanzani ed il San Camillo, determinerà per la Provincia di Latina non solo in una riduzione di posti letto ma altresì minori prestazioni rese, con conseguente aumento del debito sanitario della Provincia pontina, rendendo la nostra sanità sempre più dipendente da Roma.

A ben vedere dalla tabella sopra riportata si evincono i dati della popolazione e le prestazioni erogate in un confronto tra Latina, RomaD e Frosinone realtà per numeri molto vicine dai quali è prospettabile la ipotesi alternativa di una macroarea Latina Frosinone piuttosto che quella prevista di per Latina inserita nella Macroarea 3 (insieme al San Camillo Roma, Spallanzani, San Raffaele) che vedrebbe penalizzato il territorio pontino i cui livelli essenziali di assistenza, scenderebbero senza alcuna speranza od ambizione di soddisfare l'utenza.

Allora perché non ipotizzare una macroarea che vede aggregate l'area Latina con Frosinone, ove la omogeneità tra dati non andreb-

be a detrimento di alcuna delle aree considerate?

Del resto apprendiamo dal testo del decreto quanto la suddivisione delle aree proposta abbia seguito un criterio di individuazione avente come variabili principali:

- LA DISLOCAZIONE DELLA POPOLAZIONE SUL TERRITORIO;
- LA VIABILITÀ,
- L'OFFERTA ATTUALE;

Ebbene, non è necessario richiamare il dettaglio dei numeri relativi ai criteri enunciati per comprendere la distanza tra Latina e Roma, riscontrando al contrario una omogeneità delle variabili tra Latina e Frosinone.

È dunque lecito chiedersi quale percorso logico ha mosso la determinazione della macroarea ipotizzata per la Provincia di Latina.

Noi, pur sforzandoci, non né abbiamo rinvenuta alcuna sensata se non quella dettata dalla malcelata necessità di sfruttare i contenuti indici della Provincia di Latina per compensare gli esuberanti riscontrati dalla azienda Roma- D (od altra della Capitale).

STRUTTURE	POPOLAZIONE	VALORE DI PRODUZIONE	VALORE PRO CAPITE
ASL ROMA	4.110.162	7.716.181.051	1.877
ROMA		10.021.707.112	2.438
AREE PROVINCIALI	1.516.793	2.689.426.797	1.773
LATINA	545.217		1.664
ROMA D	560.600		1.993
FROSINONE	496.917		1.710

### III. L'ORGANIZZAZIONE, IL CONTROLLO, LA RESPONSABILIZZAZIONE

Alla luce di quanto sopra evidenziato la "nuova sanità" deve costruttivamente appropriarsi di pratiche e principi di economia aziendale, applicandoli alla propria peculiare natura, ai particolari fini istituzionali cui è preposta, agli specifici assetti organizzativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Se si vogliono rispettare i principi sinora rappresentati, si dovranno utilizzare degli strumenti di controllo di gestione, mezzi a disposizione del management che hanno dimostrato un indiscusso valore nell'ambito della gestione delle aziende private, e che adesso diventano indispensabili anche per le aziende sanitarie.

L'introduzione di una contabilità dei costi è oggi un obbligo di legge per le strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari, è opportuno, pertanto, descrivere le logiche, gli scopi, le impostazioni di tale metodologia, così come si sono consolidate in economia aziendale, e, nel contempo, passo per passo, individuare le condizioni, le particolarità, le difficoltà da fronteggiare per un adattamento coerente alla realtà delle aziende sanitarie.

La tappa successiva nell'iter logico di impianto di un sistema di controllo di gestione è rappresentato dall'introduzione di un completo

sistema budgettario, operazione per la quale la maggior parte delle aziende sanitarie non si è ancora adoperata con serietà e tempestività. Questo il solo ambito per operare aziendalisticamente, ove resta accettabile un taglio alle retribuzioni del *management* piuttosto che ai livelli essenziali di assistenza; questo approccio deve invece lasciare il posto a logiche calmierate dal senso del valore del bene salute, temperato da principi etici irrinunciabili, laddove occorre individuare, circoscrivere, perseguire i livelli essenziali di assistenza destinati a soddisfare tale diritto.

### IV. SISTEMA DI REMUNERAZIONE

Nodo focale della riforma del Servizio Sanitario Nazionale è l'abbandono del vecchio sistema di finanziamento delle strutture erogatrici per mezzo del rimborso delle spese sostenute "a piè di lista". Ai fini di contenere la spesa e creare un mercato competitivo del "prodotto sanitario" si è introdotto un sistema di finanziamento basato sulla singola prestazione effettivamente erogata, da remunerare in base ad una gamma di tariffe prestabilite dalle Regioni. Per supportare questo nuovo metodo si è accolto un sistema di classificazione delle prestazioni sanitarie proveniente dagli Stati Uniti, il sistema dei DRGs.

### TARIFE NAZIONALI dei RICOVERI OSPEDALIERI

- **DM 14.12.1994 tariffe massime** per i ricoveri ospedalieri con riferimento alla versione 10' dei DRG
- **DM 30.06.1997 aggiornamento tariffe massime**, specificando che le regioni possono articolare i propri tariffari in funzione delle diverse tipologie di erogatori, individuate sulla base della complessità della casistica trattata e della complessità funzionale ed organizzativa, nonché in funzione dei volumi di prestazioni erogate
- **DM 21.11.2005 adozione della versione 19' dei DRG**, con decorrenza 1 gennaio 2006
- **DM 12.09.2006 (ai sensi della finanziaria 2005), tariffe massime** (con riferimento alla versione 10' dei DRG), stabilisce che "gli importi tariffari stabiliti con provvedimenti regionali e superiori alle tariffe massime ... restano a carico dei bilanci regionali per la parte eccedente le tariffe"
- **DM 18.12.2008 adozione della versione 24' dei DRG** e indicazione dei corrispondenti pesi relativi italiani, con decorrenza 1 gennaio 2009 (correlata alla ICD-9-CM 2007; 15 DRG modificati, 56 aggiunti, 24 eliminati; il numero di DRG passa da 506 a 538 l'intervallo dei codici passa da 1-523 a 1-538)

I sistemi di finanziamento degli erogatori, [basati su di un sistema di classificazioni delle prestazioni](#), sono entrati a far parte degli strumenti del Servizio sanitario nazionale italiano nella prima metà

degli anni Novanta: oggi possiamo apprezzare come essi abbiano rappresentato per gli operatori sanitari l'elemento forse più tangibile della riforma del servizio sanitario pubblico, condizionandone e modificandone l'operato.

L'introduzione dei DRG quale base per la remunerazione degli ospedali è la conseguenza di una tesi, comune alla larga maggioranza delle riforme dei sistemi sanitari avvenute negli anni Novanta, fondata sull'idea di poter incentivare una maggiore efficienza sviluppando elementi di competizione nei mercati dell'assistenza sanitaria.

**Il sistema dei *Diagnosis Related Groups* (DRG, Raggruppamenti omogenei di diagnosi) che offre una scala di tipo nominale (o per attributo) a più classi che consente di distinguere gli individui appartenenti a classi differenti senza avere la possibilità di ordinarli in modo naturale; sono un modello clinico di tipo categorico - sviluppato da panel di clinici e verificato sulla base di ampie base di dati - che permette la individuazione di categorie o tipologie di pazienti.**

Si fa comunemente riferimento a tale sistema definendolo come sistema di concorrenza amministrata, a significare come la competizione si dipani in un contesto fortemente regolato, ove il settore pubblico si riserva di indirizzare il mercato con vari strumenti, fra i quali assume un'importanza notevole quello tariffario.

Il successo di tale strumento, basato su raggruppamenti delle prestazioni, è testimoniato dal fatto che l'utilizzo dei DRG si è sempre più esteso: da ultimo è stato introdotto in Germania e Francia, sebbene con finalità diverse.



A un'analisi più attenta, risulta come questo successo a livello internazionale sia da attribuirsi tanto agli effetti positivi che induce sull'efficienza del sistema ospedaliero, quanto alla non significatività degli effetti avversi, pur teoricamente possibili, provocati sulla qualità delle prestazioni.

L'applicazione dello strumento in Italia e i suoi effetti derivati sembrano però in qualche modo peculiari. Si è infatti riscontrato che gli indubbi effetti sulla produttività (minore degenza media e maggiore tasso di occupazione) hanno stentato a tramutarsi in miglioramenti dell'efficienza (per esempio riduzione dei costi per caso trattato o, possibilmente, deospedalizzazione dei casi indirizzabili a forme di assistenza a minore intensità medica). La causa principale è da ricercarsi nella natura della cosiddetta funzione di produzione di larga parte degli ospedali italiani: trattandosi in parte di ospedali

pubblici, essi risultano caratterizzati da elevati costi fissi e rigidità dei fattori produttivi. **Questo implica che per il management ospedaliero (pubblico) è più facile agire sul versante dei ricavi (come detto, aumentando la produttività), che sui costi.**

Per porre un freno a tale meccanismo, complessivamente diseconomico, il legislatore regionale (seguito a fine anni Novanta da quello nazionale) ha radicalmente emendato il meccanismo tariffario, accompagnandolo con la pratica dei tetti di spesa (o di volume): si salvaguarda così l'equilibrio finanziario del sistema, ma gli originali obiettivi di stimolo alla competizione, in larga misura, vengono meno; con la finanziarizzazione delle politiche di remunerazione degli erogatori si aggravano, tra l'altro, i rischi sul versante della qualità, peraltro non valutabili in assenza di un sistema di qualità organico e diffuso.

### I SISTEMI REGIONALI DI FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

FISSATO IL COMPLESSIVO VOLUME DI RISORSE DESTINATE AL FINANZIAMENTO DEGLI OSPEDALI IN RELAZIONE AI LIVELLI PROGRAMMATI DI ATTIVITÀ, LE REGIONI HANNO ARTICOLATO I PROPRI SISTEMI DI FINANZIAMENTO TRA

**FUNZIONI ASSISTENZIALI**

**E**

**REMUNERAZIONE TARIFFARIA**

IL VOLUME COMPLESSIVO DI TALI RISORSE DOVREBBE ESSERE IN GRADO DI ASSICURARE L'ADEGUATO FINANZIAMENTO DEGLI EROGATORI, IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI PROGRAMMATI

Il sistema di classificazione delle prestazioni e il connesso sistema tariffario hanno quindi oggi perso il ruolo originario di remunerazione degli ospedali: almeno nel caso di quelli pubblici, **si realizza un finanziamento a budget**, spesso integrato ex-post, che si scosta di poco da un sistema di pagamento a piè di lista.

Il sistema dei Diagnosis Related Groups (DRG, Raggruppamenti omogenei di diagnosi) che offre una scala di tipo nominale (o per attributo) a più classi che consente di distinguere gli individui appartenenti a classi differenti senza avere la possibilità di ordinarli in modo naturale; sono un modello clinico di tipo categorico - sviluppato da panel di clinici e verificato sulla base di ampie base di dati - che permette la individuazione di categorie o tipologie di pazienti.

Si fa comunemente riferimento a tale sistema definendolo come sistema di concorrenza amministrata, a significare come la competizione si dipani in un contesto fortemente regolato, ove il settore pubblico si riserva di indirizzare il mercato con vari strumenti, fra i quali assume un'importanza notevole quello tariffario.

Il successo di tale strumento, basato su raggruppamenti delle prestazioni, è testimoniato dal fatto che l'utilizzo dei DRG si è sempre più

esteso: da ultimo è stato introdotto in Germania e Francia, sebbene con finalità diverse.

### IL FINANZIAMENTO A FUNZIONE È APPROPRIATO E DA UTILIZZARE QUANDO SI RIFERISCE A:

- servizi/funzioni che hanno valenza regionale, in cui le prestazioni sono relativamente poco frequenti e richiedono elevato know-how professionale e tecnologie sofisticate (e quindi l'offerta deve essere localizzata in pochi centri - ad es. trapianti e medicina rigenerativa, sangue, centri di riferimento sovra-aziendali)
- funzioni complesse che richiedono un impiego di volumi di risorse indipendenti dalla domanda (tipici i servizi di attesa: sistema di emergenza, 118 e trasporto neonatale; sangue)
- progetti specifici (es. abbattimento liste di attesa)
- vi sono specificità aziendali che comportano costi particolari non considerati nella determinazione della tariffa (es. costi per didattica e ricerca dei Policlinici e delle Aziende Ospedaliere Universitarie; erogazione farmaci a carico della Regione)

Accettando quindi questa nuova natura dello strumento, dobbiamo prendere atto che affinché il sistema generi incentivi non distorsivi, diviene fondamentale che il processo assistenziale di riferimento, sul quale è valutato l'assorbimento di risorse, sia assolutamente accompagnato da **POLITICHE SULL'APPROPRIATEZZA** delle prestazioni che sappia generare performance accettabili sulla base della buona pratica clinica.

L'auspicio è quello di riuscire ad introdurre ed applicare un meccanismo che valuta e in prospettiva premia l'efficacia clinica in fase di remunerazione, e poi anche a testarne la significatività statistica, è un miglioramento strategicamente fondamentale in un contesto di regolazione dei mercati ospedalieri, in presenza di una forte presenza pubblica con ciò integrando in un solo strumento il controllo sull'efficienza e quello sull'efficacia dell'assistenza, aprendo enormi possibilità anche in termini di accreditamento delle strutture e quindi di regolazione dei rapporti fra settore pubblico e privato.



Fra i risultati secondari, emerge inoltre una strategia importante per dare un contenuto significativo al concetto di LEA. La capacità di accreditare le strutture e i relativi finanziamenti, in funzione delle risorse non solo assorbite ma anche capaci di produrre valore, apre infatti la strada a valutazioni sull'efficacia della spesa, che sembrano il modo più corretto, se non l'unico, di monitorare il rispetto dei LEA.

L'attuale meccanismo di monitoraggio, che si limita a registrare l'entità della spesa, indipendentemente dai risultati, o l'erogazione delle prestazioni, indipendentemente dalla loro appropriatezza, è infatti fonte di equivoci e di distorsioni del sistema.

Entro gli ampi ambiti di attività indicati dalla norma nazionale le REGIONI INDIVIDUANO DISCREZIONALMENTE, secondo i propri obiettivi di programmazione (anche allo scopo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse), le FUNZIONI ASSISTENZIALI, per le quali prevedere un FINANZIAMENTO FORFETARIO, non basato su tariffe.

(È il caso dell'Emilia Romagna che investe finanziando prestazioni complesse, non ricomprese nei DRG poiché ritenute nel lungo periodo un modo per evitare l'inappropriatezza delle prestazioni che andrebbero a sostituire la prestazione complessa e perseguire una maggiore prevenzione; al contrario il Lazio che non riconosce finanziamenti forfetari)

Questa la direzione verso la quale muovere le scelte commissariali piuttosto che il ricorso alla solita e sin troppo facile politica del taglio. Infatti un sistema di finanziamento delle strutture che non paghi l'inefficienza, certamente fornisce un contributo importante alla concreta esigibilità del diritto alla tutela della salute.

## V. I MOTIVI DELLA NON CONDIVISIONE

Ebbene fatte queste necessarie seppur troppo brevi premesse, non si ravvisa nelle attuali scelte regionali alcuna interazione, alcuna partecipazione sulla quale operare una modellizzazione di uno schema organizzativo capace di sintetizzare gli interessi inevitabilmente contrapposti, così come più volte enunciato dal Commissario,

piuttosto vi si rinviene la mera logica della del **razionare** risorse, e **non razionalizzare**, il bisogno di operare tagli ed accorpamenti in macroaree secondo schemi irrazionali abbandonati al caso e non frutto di conseguenze della disamina dei dati offerti dal contesto, che non tengono conto di nessuna delle componenti sopra enunciate, che non tengono conto dei diversi ambiti sociali sui quali queste scelte ricadranno, né del bisogno di salute che il nostro ordinamento sussume nell'alveo dei diritti costituzionalmente protetti.

Peraltro questa ferma avversione alle scelte operate per il tramite della decretazione commissariale non è frutto di una posizione insensata e superficiale a tutelare le posizioni del territorio del quale siamo rappresentanti stretti ad un campanilismo infantile ed in questo contesto defatigante e meramente tuzioristico!

Muove la nostra protesta la consapevolezza che la riduzione del posto letto non sia *sic et simpliciter* una inaccettabile rinuncia. Invero non è il posto letto a rendere soddisfacente per il cittadino il servizio sanitario reso, quanto piuttosto il livello essenziale delle prestazioni rese, la qualità di queste ultime, la loro efficacia. Pertanto lo vogliamo ribadire ancora una volta che si è ben consci che un piano di rientro debba constare irrimediabilmente di tagli ma saranno accettabili solo allorché motivati da concrete consistenze a dimostrarne la utilità rispetto a scelte tutte ugualmente praticabili.

Ed invece, l'impostazione promanante da questi decreti, segna una continuità con il passato, piuttosto che prenderne le distanze, allorché il precedente Commissario, nel tentativo di ripianare il deficit sanitario regionale, da un lato, puntava sui tagli, che in linea prioritaria in Provincia di Latina hanno significato tagli consistenti alla sanità privata accreditata (vedi le case di cura con meno di 90 posti letto) così conclusivamente decretando sul territorio: la riconversione in RSA ed Hospice della Clinica San Marco e di Villa Azzurra; la chiusura dell'Ospedale di Priverno e Minturno; la trasformazione in RSA di quello di Gaeta e Sezze non curante del fatto, di non poco conto, che questi presidi soddisfano l'offerta di sanità in territori decentrati della Provincia ad evitare il decongestionamento delle strutture di Formia e Latina già oberate; ed ancora il depotenziamento di quello di Fondi.

	TETTO 2009	BUDGET 2010	%ABB
ICOT	24.817,204	22.681.043	-8,61
CITTÀ DI APRILIA	10.975.461	9.206.156	-12,12
CASA DEL SOLE	9.531.644	7.942.889	-16,67

Dalla tabella sopra riportata emerge chiaramente quanto il taglio alla sanità privata in Provincia di Latina sia stato devastante. Le tre principali Case di Cura pontine subiscono una riduzione complessiva del budget pari a 5,5 milioni di euro (2,2 milioni l'Icot; 1,7 milioni la Città di Aprilia; 1,6 la Casa del Sole).

Si penalizza fortemente il Comune di Aprilia, che dopo il Capoluogo rappresenta il secondo Comune pontino, che con la struttura Città di Aprilia è chiamato a supportare il territorio del Nord della Provincia. D'altro lato, ulteriore taglio alla Casa del Sole che invece è chiamato a coprire il Sud della Provincia.

I tagli indicati in tabella per le tre strutture sono eloquenti e dimostrano il depotenziamento dell'offerta privata in danno di tutta la Provincia dal Nord sino al Sud, senza nemmeno salvare il Capoluogo ove l'ICOT ha negli ultimi anni dovuto fronteggiare una riduzione del budget pari a 12 milioni di euro.

Del resto i numeri parlano chiaro. Stando ad una analisi dell'Aiop sui budget del 2009, per tipo di soggetto erogatore ed il relativo costo per posto letto, si ha che tra i soggetti erogatori privati accreditati, le case di cura hanno un costo più basso per posto letto pari a 244,75 euro. Di contro le strutture pubbliche prive di budget, hanno un costo di 1.207,11 euro. Nel mezzo ci sono gli IRCCS privati con 330,33 euro, i policlinici universitari privati 690,09 euro.

A fronte di tali pesantissimi tagli, devastanti per la offerta sanitaria pontina, il Commissario istituiva di una struttura amministrativa, una sovrastruttura di supporto alla Direzione generale, che in sostanza operava una duplicazione della organizzazione territoriale ed ospedaliera; senza dimenticare ancora, il proliferare di dipartimenti e strutture complesse a spese di strutture ospedaliere semplici e distrettuali cioè quelle articolazioni interne delle strutture complesse fondamentali per la erogazione di qualità e ad alto contenuto specialistico.

Scelte anche allora non condivise verso le quali, parimenti, si sono levate le nostre motivate critiche. Sul versante della sanità pubblica invece l'unica manovra realizzata nella Capitale è stata la chiusura del San Giacomo. Tuttavia già allora era evidente che il solo taglio al privato non avrebbe sortito effetti decisivi sulla manovra di rientro.

Perseverando sulla via della politica dei tagli, il nuovo Commissario approva una serie di decreti che disattendono le aspettative di riforma del sistema regionale preannunciato alla vigilia elettorale avvallando una serie di tagli (4% sul budget degli acuti e delle lungodegenze; 10% su quello della riabilitazione; ed altri ancora su strutture che vedono compromessa la loro capacità di rimanere nel sistema).

**In particolare in Provincia di Latina, si registra una riduzione del budget dei privati dal 2006 al 2009 di quasi 35 milioni di euro, pari al 10% del suo valore mentre d'altro canto il fondo sanitario regionale è cresciuto in cinque anni del 23,92%.**

Non si tiene conto evidentemente della incidenza della produzione di servizio che garantisce il privato nella Provincia, il quale ben integrato nel sistema soddisfa la domanda di sanità.

Al di là della chiarezza dei numeri che testimonia la fondatezza dei rilievi argomentati, va sottolineato come la gestione commissariale nel suo complesso abbia offerto un piano tutto incentrato sulla politica dei tagli dei posti letto come unico mezzo di risparmio, e non solo non si è conseguito l'auspicato risanamento del bilancio ma si è ulteriormente abbassato il rapporto tra popolazione e posti letto in Provincia di Latina (oggi al 2,8 per mille, ovvero il 10% sotto la soglia fissata e ben lontano da quel 3,3 per mille che è la media nazionale). Senza dimenticare le carenze più gravi riscontrabili nei **posti letto disponibili per le degenze di lunga durata e per le riabilitazioni**, decisamente irrisorie per la popolazione della Provincia di Latina.

Per non parlare poi delle **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)**, in relazione alla popolazione di ultra 74 anni dovremmo avere circa 1000 posti letto in più dei 180 disponibili per tutta la Provincia.

Per tali ragioni si ritiene la politica dei tagli una estrema ratio praticabile dopo aver razionalizzato l'assistenza offerta con una attenzione per i tempi di degenza, eliminando i tempi morti e le sacche di inefficienza.

Ma ciò che desta maggiore perplessità delle scelte regionali è la realizzazione delle **NUOVE MACROAREE** che utilizzano i bassi indici della Provincia di Latina per compensare gli esuberanti riscontrati dalla Capitale il che renderà la sanità provinciale sempre più legata a logiche più confacenti alla città di Roma, allontanando ogni possibilità di far confluire flussi finanziari sulle nostre strutture. Il sistema sanitario pontino dunque viene totalmente decapitato e mortificato.

Inevitabile quindi la non condivisione di un approccio tanto approssimativo a penalizzare le realtà regionali minori rispetto alla Capitale, verso i quali si mostrano aperture e sensibilità maggiori.

Tuttavia nell'argomentare questa nostra critica, assolutamente lontana da interessi meramente campanilistici, ma fondata sul dato fattuale emerso dai numeri, dai dati statistici, non intendiamo sottrarci al confronto ed alla disponibilità ad indicare scelte ovvero strade diverse, più eque, **ove l'equità non deve essere sinonimo di uguaglianza**, ma ove -scendendo nel particolare- una prestazione sanitaria in luoghi diversi ed a gruppi di soggetti differentemente caratterizzati, può risultare qui essenziale ed altrove superflua; in altre parole, ove l'offerta sanitaria possa essere equamente distribuita in considerazione della soggettività dei territori e delle caratteristiche

della popolazione.

A tal proposito un approccio serio al problema deve partire dalla:

- **valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza;**
- **rilevazione e l'analisi dei costi;**
- **formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari;**
- **l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza.**

Si ritiene pertanto imprescindibile procedere attraverso la forma del confronto, continuo e costante, tra Regione e Province laziali, quale strumento più idoneo alla impostazione del problema ed alla individuazione di scelte che razionalizzino il sistema dal punto di vista della efficacia, della risposta al fabbisogno di salute e dei costi laddove però non improntate unicamente su tagli indiscriminati, accorpamenti ed ove la partecipazione sia strumento per il superamento dell'ostracismo e la diffidenza ad operazioni di taglio e contenimento.

La individuazione delle macro-aree è un passaggio fondamentale certamente, ma non può penalizzare gli ambiti sanitari minori, più virtuosi, la cui virtuosità è chiamata a compensare l'inappropriatezza altrove perseverata.

## VI. CONCLUSIONI E PROPOSTE

**P**er tirare le fila di un discorso, che non può e non deve -attesa la pregnanza del problema- rappresentare un puro esercizio dialettico, devono trarsi da quanto detto i punti essenziali e per questa Provincia, ineludibili verso un percorso che vogliamo condiviso, al fine di assicurare al nostro territorio quel diritto alla salute che la decretazione commissariale, al pari di quella che l'ha preceduta, non assicura ai nostri cittadini per le ragioni che abbiamo ampiamente illustrato.

Orbene a voler sintetizzare la situazione:

### SUPERAMENTO GESTIONE COMMISSARIALE

La Regione Lazio deve poter superare questa ormai consolidata gestione commissariale attraverso il superamento della fase di rientro sulla quale deve convergere la partecipazione di tutti gli attori del sistema, al fine di tornare ad una fase ordinaria che possa costruire attraverso misure strategiche la costruzione di modelli che non solo producano salute ma che operino in termini di prevenzione sui fattori di rischio. La prevenzione infatti è un investimento costoso sul quale al momento la situazione deficitaria non ci permette di investire ma è uno dei fattori che possono condurre nel lungo termine i risultati più efficaci e duraturi.

### L'ABBATTIMENTO NON FA L'APPROPRIATEZZA

Il mero abbattimento ed i tagli paventati come misura caratterizzante del piano di rientro non fa l'appropriatezza delle prestazioni sicché non equivale ad economie ma segna invece un declino dei livelli essenziali di assistenza a determinare la diffusione della percezione di una cattiva sanità. Le politiche del ragioniere proprie al Commissario piuttosto che al Presidente della Regione potranno essere indirizzate verso l'organizzazione sanitaria entro la quale operare tagli, combattere inefficienze, attuare politiche del personale, perseguire economie negli acquisti; risulta invece inappropriata laddove applicata sulle prestazioni, sulle remunerazioni di queste ultime, sul non riconoscimento delle prestazioni complesse.

### LOTTA ALL'INAPPROPRIATEZZA

Stando al sistema delineato dai decreti in vigore la dilatazione della spesa sanitaria in questi anni è in parte dovuta ad un'eccessiva offerta di prestazioni, spesso inappropriate dal punto di vista clinico e/o organizzativo. Ne consegue l'impegno per l'eliminazione radicale di situazioni di assistenza che esprimono livelli di qualità

inadeguati e per far fronte al disavanzo economico tramite modifiche virtuose della spesa sanitaria e più moderni ed efficienti modelli organizzativi.

Una programmazione che può tuttavia condividersi nei suoi principi, ma che va affiancato da una conseguente politica di azioni ed investimenti e che dovrà, a nostro giudizio, contenere anche un quadro di riordino della rete ospedaliera in grado di perseguire "nuovo modello Lazio" unico nel suo genere in quanto deve poter sfruttare "le peculiarità" di un territorio caratterizzato da una forte presenza di centri di ricerca universitari, di strutture pubbliche e private ma soprattutto su caratteristiche che appartengono solo al Lazio. Per quanto detto

### SI IMPEGNA IL CONSIGLIO PROVINCIALE

A farsi promotore presso il Commissario affinché in un'ottica di leale collaborazione e condivisione degli obiettivi comuni possa realizzare interventi di trasformazione dell'assistenza sanitaria tesi all'evoluzione del sistema ed al contempo al recupero di efficienza sulla scorta delle seguenti:

#### LINEE DI PRINCIPIO:

#### • MODELLO DI BILANCIO PRIVATISTICO

la promozione presso le aziende ospedaliere pubbliche della coerenza del principio del **bilancio in pareggio** a contenere **privatistiche e meccanismi di responsabilizzazione del management a sollecitare il rispetto dei budget**. Del resto in questi termini si è altresì recentemente espresso il Presidente dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, nella recente relazione annuale (15 giugno 2010): "Nuovi assetti regolatori sarebbero necessari per la sanità, oggetto di una nostra indagine conoscitiva.... In un sistema basato su pagamenti per le singole prestazioni fornite è essenziale, dal nostro punto di vista, che anche le aziende ospedaliere pubbliche adottino integralmente e senza gli adattamenti oggi consentiti il modello di bilancio imposto dal codice civile a privati. **È una condizione imprescindibile, anche se non l'unica, affinché possa svilupparsi competizione tra i grandi ospedali e i centri privati di eccellenza che erogano prestazioni sanitarie.** Altra questione concerne la qualità della spesa. Le nostre istruttorie hanno dimostrato l'esistenza di contesti collusivi, causa di oneri impropri a carico della collettività. La sanità non può essere considerata l'albero della cuccagna". Si tratta in altre parole di individuare nuovi e puntuali strumenti di verifica che consentano di superare i deficit informativi esistenti e attivare meccanismi di certificazione. La legge n.42 del 2009 ha introdotto principi e criteri innovativi che possono essere attuati con l'aspettativa di ottimizzare i costi in rapporto alla qualità delle prestazioni/servizi da rendere ai cittadini, nonché di favorire la crescita della classe dirigente, attraverso la sua diretta responsabilizzazione di risultato.

Questo potrà incidere sulla gestione della spesa della salute tormentata dai debiti pregressi per decine di miliardi in genere emersi per autodenuncia delle Regioni e non già perché rilevati da organismi di controllo o monitoraggio. Un deficit così rilevante deriva dall'incapacità del sistema attuale a governare la spesa e dotarsi di una contabilità severa, ma soprattutto, di un inefficace sistema dei controlli, la cui assenza ha consentito per anni il perdurare di un tale stato di cose. In sintesi, nella sanità è dato registrare - una contabilità trascurata, spesso scarsamente incidente e un sistema di monitoraggio e controllo pressochè inesistente.

#### • DISTRIBUZIONE DEL FONDO REGIONALE

La distribuzione delle risorse del **FONDO REGIONALE UNIFORMATA PER CRITERI OMOGENEI SU BASE PROVINCIALE**, secondo le logiche che abbiamo evidenziato sanzionando inefficienze e forme di inappropriata;

#### • VALORIZZAZIONE MEDICINA TERRITORIALE

La valorizzazione della **MEDICINA TERRITORIALE**, della medicina di base: organizzazione del territorio più vicina alla richiesta di salute dell'utenza, nella sua funzione di **elemento di giunzione del sistema**, quale risposta meno costosa e più efficiente che sia in grado di accompagnare il paziente in entrata presso i presidi ospedalieri, in uscita agevolando il recupero, assicurando un agevolato accesso alle strutture tenute al recupero ed al reinserimento.

#### • INTEGRAZIONE DEL SOCIALE

La collocazione del "sociale" la cui integrazione con i servizi sanitari passa attraverso l'adozione di progettualità comuni che non si fermino all'assistenza domiciliare e ai servizi alla persona, pure importanti, soprattutto perché ancora molto poco si è fatto. L'investimento nel sociale è a nostro avviso la vera scommessa del futuro. Si vincerà allorché le analisi statistiche epidemiologiche espressione di una effettiva analisi dei bisogni, in grado cioè di tracciare le mappe di rischio socio-sanitario, integreranno e influenzeranno in un circolo virtuoso le azioni di governo locale verso la prevenzione primaria che costituisce poi la *mission* delle aziende sanitarie, chiamate ad adottare interventi di **PREVENZIONE PRIMARIA** che agiscano a monte del processo di deterioramento dello stato di salute; in pratica, conservare una popolazione sana agendo su stili di vita, sulla salubrità dell'aria, suolo, acqua e ambienti di lavoro consente di perseguire significative economie certamente nel lungo termine più apprezzabili rispetto al taglio dei posti letto, ma certamente in grado di lavorare per il futuro piuttosto che continuare ad operare solo nell'ottica del risanamento immediato e dell'emergenza dettato dalla logica commissariale. D'altra parte l'aumento di servizi sanitari indotti dalle strutture in un mercato che spinge al consumo, non garantisce un miglioramento delle condizioni di salute che è invece garantito da un maggiore investimento in prevenzione primaria. Da queste sinergie ci possiamo aspettare per esempio una riduzione degli incidenti della strada perché la pianificazione sul come prevenirli è fatta prima ancora di costruire le strade; così come ci possiamo aspettare una riduzione delle neoplasie da esposizione ad agenti inquinanti, se si lavora sui fattori eziologici che le influenzano. **È questa la strada per passare, come si dice dalla SANITA' alla SALUTE.**

#### • VALORIZZAZIONE DEL VOLONTARIATO E DELLA ASSISTENZA DOMICILIARE

Gioca un ruolo rilevante, ma poco valorizzata e non supportata da un suo potenziamento, nell'offerta sanitaria il VOLONTARIATO e soprattutto l'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA dei pazienti malati terminali.

#### • FISCALITÀ PIÙ EQUA

La ponderazione del sistema regionale fiscale, che vede oggi tutta la Regione impegnata al massimo per sostenere il rientro ma che spesso non appare equa, laddove preleva massivamente presso i privati attraverso l'IRAP, risorse per sostenere la spesa sanitaria ed i percorsi di rientro, ma che poi nelle scelte organizzative taglia e riduce, producendo asserite economie proprio sui quei privati che tanto contribuiscono alla determinazione delle risorse

#### SI SOLLECITA ALTRESÌ LA REGIONE LAZIO AFFINCHÈ:

1. Si possa costruire un **confronto continuo e costante** in ordine ad ogni scelta che sul tema intende perseguirsi;
2. A definire di concerto con le Province laziali un **Piano sanitario regionale**:  
che raccolga e persegua le linee direttrici poc'anzi tracciate gli ulteriori:

#### OBIETTIVI

- l'istituzione concreta dei **PRESIDI TERRITORIALI DI PROSSIMITÀ**

(Ptp), strutture con funzioni assistenziali, intermedie tra il ricovero ospedaliero e le risposte assistenziali domiciliari;

- la **RIDUZIONE DELLE STRUTTURE AMMINISTRATIVE**: attualmente infatti si registrano 20 strutture tra Asl ed altri presidi, di cui 16 solo nella Capitale;
- il **POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE** e l'integrazione di essa nella rete dei servizi territoriali;
- la promozione di **NUOVE REGOLE ANCHE PER L'ACCREDITAMENTO** e più spazio e responsabilità per i medici di medicina generale e per gli infermieri,
- la **PROMOZIONE DELLA DEMEDICALIZZAZIONE** delle risposte a problemi di altra natura, tipicamente sociali, attraverso un'azione di potenziamento delle attività di assistenza sociale e, soprattutto, attivando meccanismi precisi e cogenti di integrazione sociosanitaria. Occorre quindi trasferire al territorio molte prestazioni e potenziare e riqualificare i servizi distrettuali e il sistema delle cure primarie; migliorare l'organizzazione, l'efficacia e il prestigio delle attività di assistenza nel territorio che consente di rispondere alle aspettative dei cittadini, riducendone disagio e disorientamento, e di garantire l'economicità del sistema;
- il perseguimento della **RIDUZIONE DEI TEMPI DI DEGENZA OSPEDALIERA** da circoscrivere al tempo strettamente necessario ad assicurare le cure e delle **LISTE DI ATTESA**;
- la promozione di **UNA STANDARDIZZAZIONE ED OMOGENEIZZAZIONE DEI COSTI** allineata a quelli praticati dalle altre regioni italiane.
- La **DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE REGIONALI**. Le tariffe infatti dovrebbero essere determinate nel rispetto delle risorse disponibili (*cioè della quota del fondo sanitario che ciascuna regione ha destinato alla remunerazione tariffaria*), con l'obiettivo di:
  1. Remunerare adeguatamente gli erogatori pubblici e privati;
  2. Garantire ottimizzazione ed equità nell'allocazione delle risorse;
  3. Concorrere a perseguire gli obiettivi della programmazione sanitaria in relazione a volumi, tipologia di prestazioni e setting assistenziali;
  4. Assicurare l'erogazione dei LEA
- L'individuazione di soluzioni contenitive della spesa come ad esempio assicurare alle strutture pubbliche il **SOSTEGNO DELLA SOLA FUNZIONE SVOLTA E NON ANCHE LA REMUNERAZIONE DELLE ATTIVITÀ**;
- La individuazione di **SISTEMI DI REMUNERAZIONE** perseguendo obiettivi di appropriatezza che tengano altresì conto delle variazioni della pratica medica;
- La definizione in termini di **QUALITÀ, EFFICIENZA, EFFICACIA** dei costi che le tariffe devono remunerare;
- La **RIDEFINIZIONE DELLE MACROAREE** almeno nella parte che interessa la Provincia di Latina gravemente penalizzata da un accorpamento del quale non si sono comprese le ragioni ed i presupposti, attesa la diversità tra le realtà considerate tanto distanti per caratteristiche morfologiche, popolazione e strutture esistenti al bacino romano chiamato ad inglobarla. Una diversa circoscrizione di area che tenga conto delle caratteristiche Provinciali (ad esempio con Frosinone come pure ipotizzato) eviterebbe una centralizzazione in

favore della Capitale, che penalizzerebbe i risultati sinora raggiunti, l'organizzazione ed i servizi ad oggi garantiti sul territorio.

- Valorizzazione attraverso il riconoscimento delle risorse, **IL SETTORE PRIVATO** laddove, come nella Provincia di Latina, questo è di supporto al servizio offerto dal settore pubblico deficitario, nella risposta al bisogno di sanità. In tal senso non si condividono i tagli alla sanità privata (una riduzione del 5% delle risorse) pesata su un servizio risultato ben integrato con il pubblico, a discapito del servizio reso sul territorio e dei livelli occupazionali chiamato tuttavia a contribuire come già evidenziato attraverso l'imposizione dell'Irap che non pesa invece sul pubblico;
- rivedere il **RAPPORTO CON L'UNIVERSITÀ PONTINA** ad oggi proficuo per quanto concerne la didattica e la ricerca scientifica, ma tuttavia, la percezione sul territorio del servizio assistenziale reso non sembra aver prodotto i risultati attesi. Tutti sappiamo come la comune esigenza della Università romana la Sapienza e della Asl pontina hanno portato al loro incontro. Da una parte l'Università aveva la necessità di de-localizzare i posti letto sul territorio pontino, per de-congestionare le strutture romane; dall'altra, parte la Asl aveva la necessità di utilizzare al meglio le due strutture ospedaliere nuove di Terracina e Fondi ed al contempo Latina. Oggi bisogna verificare se vi sia stata una equilibrata e funzionale fusione dell'Università nel tessuto aziendale territoriale della Provincia. Bisogna chiedersi se vi è stata una equa distribuzione ed assegnazione delle risorse tra le due entità, o se viceversa non si sono creati squilibri anche nelle distribuzioni delle funzioni nelle strutture dell'Azienda.

In un contesto di riorganizzazione del sistema sanitario regionale che coinvolge la nostra Provincia non si può accettare il depotenziamento dell'offerta sanitaria territoriale attualmente offerta, ma al contrario se ne sollecita un maggiore investimento a comprendere l'area sud della Provincia attraverso la realizzazione di un **nuovo Ospedale del Golfo** e per l'area nord attraverso la realizzazione di un **nuovo Ospedale di Latina**. D'altro canto a fronte della dismissione già decretata di talune strutture sul territorio (si cita ad esempio la struttura di Cori) si ritiene opportuna una loro riconvenzione, ovvero, una eventuale cessione al Comune, onde operare economie nella loro gestione seppur ridotta al minimo, e che attualmente impone comunque voci di spesa del tutto inutili. In questa direzione propositiva si ipotizza l'utilizzo dell'Ospedale di Sezze quale padiglione dell'Ospedale di Latina, atteso quanto il territorio lepino sia carente della offerta sanitaria.

Questo nell'ottica di offrire risposte efficaci, una sanità moderna ed equa su tutto il territorio nel senso sopra indicato, ove la esigenza di ospedalizzazione sia affiancata da una deospedalizzazione costruita sul territorio, valorizzata tanto essa sia pubblica o privata. Infine, ma per questo meno rilevante degli spunti sinora forniti, un'ultima considerazione e/o sollecitazione affinché il territorio laziale possa recuperare la rappresentatività che merita, che gli è necessaria in un confronto di così grande rilievo per la Regione, una rappresentatività piena e forte persa nella sussunzione nella medesima persona della Presidenza della Regione e del Commissario alla Sanità.

Il Commissariamento è una misura straordinaria, che si è di fatto sostituito al regime ordinario, nel Lazio una consuetudine ormai, che non trova precedenti. In un confronto così serrato tra interessi, che non possono dirsi coincidenti ma al contrario diversi e contrapposti, la Regione Lazio ha interesse ad essere rappresentata dal Presidente democraticamente eletto che operi scelte nell'interesse esclusivo del suo territorio, ma che la coincidenza dei ruoli ineludibilmente penalizza, sacrificandolo ad interessi che non possono essere considerati prioritari.

La salute è per i cittadini della Regione un interesse costituzionalmente protetto che deve trovare coerenza nelle azioni e nelle scelte operate dalla Regione e dal suo Presidente senza quei compromessi dei quali il Commissario alla Sanità inevitabilmente deve considerare nella realizzazione della quadratura del cerchio. Perché mentre per il Presidente della Regione il diritto alla salute è per i suoi cittadini un diritto irrinunciabile e per questo senza prezzo, per il Commissario alla Sanità, suo malgrado e siamo sufficientemente onesti per comprenderne le ragioni, la salute diviene un fattore eminentemente economico perseguibile secondo logiche esclusivamente aziendalistiche ove paradossalmente la tutela della vita umana diviene inconciliabile con la ristrettezza delle risorse. Ben si staglia quindi la definizione atecnica di Commissario del Budget piuttosto che della sanità, poiché è la gestione delle risorse, la loro distribuzione ed il loro recupero la missione preponderante del Commissario, non certamente la produzione di salute per i cittadini. Riteniamo per tali ragioni che questo non possa soddisfare l'interesse della Regione ed invitiamo il Presidente della Giunta da spogliarsi da questa veste, inconciliabile con il bisogno di salute, al fine di poter realizzare compiutamente scavra da ogni condizionamento legato a logiche ragionieristiche gli interessi della Regione Lazio e dei suoi cittadini, su un tema che non tollera commistioni né accetta compromessi di sorta. Da ciò il recupero della responsabilità diretta della Regione nella gestione del deficit che conduca al superamento di un gestione commissariale inidonea ad assicurare il diritto di cui all'art.32 della Cost.

### QUESTO CONSENSO

- Nel **ribadire con forza il totale dissenso** alla decretazione commissaria a far data dal 2006 in tema di Sanità e proposto dai Commissari che ad oggi si sono succeduti;
- avendo con il presente documento offerto ogni ampia disponibilità ad un percorso condiviso che possa portare il Commissario ad un ripensamento delle scelte operate;
- ferma la disponibilità ad un confronto per offrire chiarimenti ed approfondimenti delle proposte tutte motivate, argomentate ed illustrate nel presente documento.

### SI IMPEGNA

A promuovere un'azione comune a sostegno delle ragioni del territorio attraverso:

- la convocazione della **Conferenza dei Sindaci**;
- la convocazione della **Conferenza delle Istituzioni**;
- la convocazione di **Consigli Provinciali congiunti con la Provincia di Frosinone, Rieti e Viterbo**;
- l'audizione ed il coinvolgimento di tutti gli operatori medici e paramedici, e di tutti gli stakeholder del sistema sanitario.

Si impegna, infine, laddove risultassero disattese tutte le istanze di cui al presente documento, a perseguire anche giudizialmente e presso ogni sede opportuna gli interessi del territorio della Provincia di Latina lesi e pesantemente penalizzati dalle scelte promananti dai Commissari ad acta per la Sanità che si sono avvicendati e di cui ai decreti approvati e che non trovano, alla luce di quanto motivatamente espresso, alcuna condivisione da parte di questo Consenso.



Provincia di Latina



**Il cittadino, prima di tutto.**