L'Amico del Popolo
28 GENNAIO 2012 - N. 4

Sanità, le ipotesi al vaglio per dare più soldi alla montagna

Criterio di riferimento	Modalità	Pro	Contro
DECRETO LEGISLATIVO SUL FEDERALISMO SANITARIO 2011			
Costi standard	Il valore del costo standard è dato per ciascun dei 3 macrolivelli di assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) dalla media pro-capite pesata per classi d'età	Ricerca dell'efficienza, dell'appropriatezza e alla lunga controllo di gestione	Non tiene conto di nessuna particolare condizione territoriale
SCHEMA DEL PIANO SOCIO-SANITARIO VENETO 2012-14			
Livelli essenziali di assistenza (LEA)	Il riparto delle risorse destinate al finanziamento dei LEA avviene in base alla popolazione assistita pesata per classi d'età	La pesatura per classi dì età il Veneto *finora* la effettua su una griglia più ampia di quella stabilita in ambito nazionale	L'indicazione non è oggetto di una norma specifica Manca il riferimento all'assistenza distrettuale (o territoriale)
EMENDAMENTO BOND-PADRIN (PDL)			
Finanziamento aggiuntivo per la montagna e la città di Venezia	Per la provincia di Belluno e la città di Venezia, data la specificità della prima e l'unicità della seconda, si prevedono modalità di finanziamento a funzione dedicate, al fine di garantire ai cittadini pari opportunità di accesso ai servizi socio-sanitari	Si riconoscono i principi delle «pari opportunità» e della «specificità»	Di solito il finanziamento «a funzione» copre i costi di attività particolari, non tutta la spesa ospedaliera e non si applica all'assistenza distrettuale (o territoriale) Si tratta di modalità di finanziamento su base negoziale tra Regione e Ulss
COMITATI PRO-OSPEDALI			
Differenziale montagna	Nelle aree di montagna, la Giunta regionale assegna alle Aziende ULSS operanti nei Comuni interessati finanziamenti regionali aggiuntivi a copertura dei maggiori costi strutturali. A tale scopo, le quote di finanziamento pro-capite sono incrementate del 25 per cento	Meccanismo secco e semplice da applicare	Ipotesi contrastata da molte parti politiche perché non pienamente dimostrabile Il report conclusivo della Commissione ministeriale sui problemi della sanità in montagna nel 2001 segnalava che, prendendo in considerazione sia la spesa ospedaliera sia quella territoriale, «la sanità in montagna comporta costi strutturali superiori alla media nazionale» e che «l'incidenza di tale surplus possa essere nell'ordine del *15-20 per cento*»
EMENDAMENTI PD			
Varie ipotesi allo studio (alla ricerca di un'intesa bipartisan)	Il sottofinanziamento della sanità di montagna può essere colmato in tre modi: ▪ una percentuale aggiuntiva stabilita per legge ▪ il finanziamento effettivo dei maggiori costi fissi sostenuti alla luce della rete d'offerta programmata ▪ la parametrazione dei costi standard tenendo conto delle particolari situazioni territoriali	Dal punto di vista del metodo, ricerca di una soluzione condivisa	La percentuale è politicamente contrastata Il finanziamento dei maggiori costi è un dato per il quale oggi mancano molti riferimenti su cui costruirlo La parametrazione costituisce una innovazione che richiede studi mirati (in pratica cosa si aggiunge allo "standard")

Giovedì 2 e venerdì 3 febbraio la commissione Sanità del Consiglio regionale continuerà a esaminare la bozza del nuovo Piano socio-sanitario veneto. Fra i nodi da sciogliere, l'organizzazione e il finanziamento della sanità di montagna (che comprende la spesa ospedaliera, quella sul territorio, le attività di prevenzione). Per conoscere da vicino i temi in discussione, per poter intervenire nel merito con efficacia, può tornare utile anche questa tabella la quale punta i riflettori sui criteri e le modalità su cui si ragiona per reperire le necessarie risorse finanziarie. L'auspicio è che la formula adottata tenga conto delle situazioni effettive e di tutto il comparto socio-sanitario della provincia di Belluno. Dovrà essere duratura e mostrarsi pertanto solida.