

## Il “de profundis” del budget in medicina generale

*Sembra proprio che l'idea di esportare sul territorio la prassi del budget sia arrivata al capolinea. Una sentenza del TAR della Campania ha sancito il definitivo diniego di questo strumento che ha animato il dibattito tra gli addetti ai lavori sulla gestione della sanità territoriale per almeno un decennio*

**I**l budget di consumo, secondo i suoi estimatori, doveva appropinquare alle cure primarie al fine di stabilire un tetto alle prestazioni consumate dal Mmg, ovvero le prescrizioni di farmaci, accertamenti diagnostici, specialistica ambulatoriale e cure riabilitative.

Molte variabili tuttavia possono influenzare il consumo individuale, e quindi anche il livello predefinito di incremento/decremento delle prescrizioni rispetto ad un periodo precedente, preso come riferimento. Alcune influiscono su tutta la popolazione medica, altre sono parzialmente controllate dal singolo prescrittore mentre altre sfuggono in parte o del tutto dal suo raggio d'azione e di responsabilità, in quanto collegate a fattori:

- demografici relativi alla popolazione assistita in carico e a sue variazioni quali/quantitative nel tempo;
- epidemiologici legati alla variabilità degli eventi clinici, in particolare dei pazienti con malattie rare/costose e/o epidemie;
- organizzativi correlati all'attribuibilità delle prestazioni e alla tipologia delle prescrizioni “indotte” (per esempio il ruolo del Pronto soccorso nel regolare l'accesso alla degenza);
- normativi: modificazioni dei regimi di prescrivibilità dei farmaci o ingresso di nuove molecole nel Piano Terapeutico Nazionale, ecc.

Questi nodi teorici e pratici sono stati riconosciuti dagli stessi economisti sanitari che avevano sponsorizzato, sul finire degli anni No-

vanta, le prime esperienze di introduzione del budget in medicina generale poi abbandonate per gli esiti empirici deludenti. Un ostacolo su tutti appare insuperabile: il servizio sanitario si è evoluto in complessità e dimensioni passando da un assetto centrato sul prescrittore unico ad una rete di decisori, articolata su tre livelli, caratterizzata da deboli relazioni causa-effetto. Come sottolinea l'epidemiologo **Francesco Taroni** “i processi di produzione e distribuzione dei servizi sanitari si svolgono attraverso reti di relazioni complesse e scarsamente gerarchizzabili fra organizzazioni e professioni diverse, in cui nessuno dei numerosi attori può esercitare la funzione di comando e controllo e, parallelamente, non esiste un unico soggetto cui imputare responsabilità complessive”.

Infine da un punto di vista strettamente economico/finanziario in sanità si scontrano due opposte modelli di budget come tetto di spesa:

- da un lato la logica dei produttori privati (ospedalità e poliambulatori convenzionati, industria farmaceutica, ecc.) ispirata all'obiettivo di incrementare le prestazioni oltre una % minima rispetto all'anno precedente;
- dall'altro gli amministratori pubblici motivati da un obiettivo antitetico al precedente, ovvero influenzare i prescrittori affinché i consumi siano contenuti entro una certa % massima di incremento annuo o addirittura ridotti, come si proponeva la Delibera della Regione Campania poi bocciata dal TAR.

### ■ La delibera della Campania

Nonostante questi limiti teorici e i problemi pratici incontrati sul campo la Giunta Regionale della Campania emanava alla fine del 2005 - piuttosto sbrigativamente e senza la consultazione delle associazioni di categoria - la delibera n. 1843 che prevedeva per l'anno successivo, come strumento di contenimento della spesa sanitaria, la determinazione di un “budget” da applicare a livello di distretto ai singoli prescrittori per l'assistenza farmaceutica, specialistica e riabilitativa. La delibera introduceva in sostanza un tetto individuale di consumi, sotto forma di un numero massimo di ricette assegnabili a ciascun medico per le prescrizioni relative all'anno 2006.

### ■ Il ricorso dei medici

Un gruppo di medici, aderenti a una cooperativa napoletana, impugnava la Delibera presso il TAR della Campania in quanto l'introduzione del budget in MG avrebbe violato numerose norme, tra le quali il diritto alla salute dei cittadini, il principio del libera esercizio della professione medica, le disposizioni sugli interventi di contenimento della spesa sanitaria, la regolamentazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, ecc.

Inoltre i ricorrenti ravvisavano nella Delibera due contraddittorietà di fondo, in quanto le note applicative del budget raccomandavano ai medici di non intaccare i livelli essenziali di assistenza e in quanto la deter-

minazione del tetto di consumi prevedeva un livello inferiore alla spesa dell'anno precedente, nonostante il maggior finanziamento per il 2006.

Le argomentazioni con le quali il Tribunale amministrativo ha bocciato la delibera, sebbene non facciano riferimento alle motivazioni dei ricorrenti, non lasciano spazio a dubbi interpretativi e sottolineano in modo esplicito la differenza tra medicina generale e strutture sanitarie, a cui si possono applicare i tetti di prestazioni ipotizzati dalla delibera.

Con il pronunciamento del TAR della Campania si è finalmente accantonato, anche da un punto di vista giuridico formale, un concetto che si è tentato pervicacemente di "trapiantare" nell'organismo delle cure primarie, nonostante una incompatibilità di fondo rispetto al tessuto organizzativo di queste cure e ai chiari segni di rigetto presentatisi sin dalle prime sperimentazioni.

### **La sentenza del TAR della Campania**

La disposizione richiamata (riforma sanitaria ter del 1999) dispone che la materia deve essere trattata e regolata dagli accordi collettivi nazionali. Non risulta che un meccanismo di contenimento della spesa, così come attuato negli atti impugnati, con la predeterminazione del numero massimo di ricette assegnabili a ciascun medico, sia attualmente contemplato dall'accordo collettivo nazionale vigente (omissis).

E neppure l'introduzione dei suddetti budget può essere compresa nell'ambito applicativo dei tetti di spesa previsti per i soggetti accreditati con il sistema sanitario regionale.

I tetti di spesa rappresentano infatti la quantità delle prestazioni che l'amministrazione intende acquistare, sulla base normalmente di accordi contrattuali, dalle strutture e dai professionisti privati accreditati. La fissazione dei tetti non esclude che la singola prestazione sia erogata da un'altra struttura, pubblica o privata, accreditata.

È evidente che se invece la limitazione viene a incidere sulla prescrizione terapeutica da parte del medico curante, rischia di essere di fatto inibita in assoluto l'erogazione, in favore dell'assistito, della prestazione sanitaria a carico del sistema sanitario regionale.

Tale meccanismo viene a intaccare direttamente la fruizione, da parte del cittadino, di una prestazione sanitaria necessaria o utile per la sua salute (fino a prova contraria) secondo quanto il medico di fiducia ritiene di dover prescrivere, secondo scienza e coscienza, in base a determinazioni diagnostiche e scelte terapeutiche appropriate (fino a prova contraria).

Infatti, a seconda che il medico si trovi ad aver superato il proprio massimale, l'erogazione di una prestazione, sia pure indispensabile e urgente per la tutela della salute, risulterà subordinata a un vincolo esogeno, imposto al professionista prescrittore, che prescinde del tutto dalle condizioni del paziente e dai protocolli elaborati dalla pratica medica.