

Ssn: si allarga la forbice tra finanziamento e spesa

Sette, ma forse anche dieci sono i miliardi di euro che potrebbero mancare presto nelle casse del Ssn. A ciò vanno aggiunte le eco delle polemiche seguite alla diffusione da parte della Corte dei Conti degli ultimi dati sulle truffe in sanità. Per gli esperti del settore se non si aprirà una nuova stagione di controlli più efficaci la crisi finanziaria rischia di mordere sempre più a fondo i diritti di tutti, medici e pazienti.

Monica Di Sisto

I Governatori, che si sono appena messi d'accordo sull'entità del riparto del Fondo sanitario nazionale, hanno lanciato l'allarme sulla sua futura - ma certa - sottostima. Stando ai loro calcoli stiamo parlando di 7 miliardi, ma se si prendono in esame quelli del Centro studi sanitari dell'Università di Tor Vergata di Roma - che ha di recente pubblicato il suo VI Rapporto sulla sanità italiana - potremmo in realtà parlare di ben 10 miliardi. Il ministro per il Welfare **Maurizio Sacconi** ha invocato "misure draconiane" per chi non si riallinea e risulta ancora fuori dagli obiettivi previsti dal Patto di stabilità. Senza contare che il Patto stesso è in scadenza, e che il nuovo accordo tra lo Stato centrale e le Regioni si presenta al rinnovo ancora tutto da definire.

Un 2009 da 103 miliardi

Il Fondo sanitario nazionale che le Regioni sono riuscite da poco a ripartirsi per l'anno in corso vale 103,7 miliardi di euro, di cui 101,5 miliardi destinati ai Livelli essenziali d'assistenza e il resto è per spese vincolate, con un'entrata prevista di cassa a livello locale di circa 91 miliardi, escluse le entrate proprie, che risultano vincolate alla spesa corrente, e la quota destinata alle Regioni a statuto speciale, anch'essa già definita.

Abruzzo, Liguria, Molise, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna hanno beneficiato della redistribuzione

riparto della quota accantonata, grazie a un calcolo che ha portato nelle loro casse circa 30-40 milioni di euro aggiuntivi rispetto a quanto originariamente previsto dal ministero della Salute e che è stato compiuto in base alla considerazione del numero degli abitanti e della composizione anagrafica della popolazione assistita in ciascun territorio. La quota capitaria più bassa (quella della Campania che vale circa 60-70 euro in meno della media nazionale) nel riparto 2009 elaborato dal ministero, è la quota di riferimento per quantificare il "valore" dei nuovi residenti (soprattutto extracomunitari). La differenza tra questa e la quota capitaria delle singole Regioni per il numero di popolazione in più, calcolata in ognuna, ha costituito il fondo per il riequilibrio. In merito va precisato che i territori del Sud hanno registrato il minor aumento di residenti e quindi il minor numero di entrate aggiuntive nel gettito e la maggior quantità di uscite previste proprio a causa dei piani di rientro del loro debito pregresso. Infine 184 milioni in più sarebbero stati previsti per il rinnovo delle convenzioni. "È stata una discussione impegnativa e difficile, ma alla fine le Regioni unite sono riuscite a trovare un accordo. È stata un'operazione di dare e avere alla luce della solidarietà e della coesione", ha spiegato con un misto tra orgoglio e sollievo l'assessore lombardo al Bilancio, **Romano Colozzi**.

Ma il collega e presidente dei go-

vernatori **Vasco Errani** non si culla sugli allori: "Ancora una volta le Regioni hanno dato dimostrazione della capacità di affrontare problemi - ha commentato - che diventano sempre più seri. L'intesa raggiunta è stata impegnativa anche perché l'aumento della popolazione ha posto una serie di problemi. Dovremo porre la questione oggettiva relativa al rapporto tra i piani di rientro e l'aumento della popolazione. E questa è una criticità che dovrà essere affrontata con il Governo: cambiando il numero degli abitanti le quote di accesso variano e cambiano quindi anche i numeri del fondo per i piani".

Le Regioni chiedono a una voce al Governo di rivedere o la tempistica dei piani (dando più tempo per la loro chiusura) o l'entità dei deficit scritti nei piani di rientro, considerando che le Regioni "colpite" non hanno le risorse previste né il modo per far fronte al deficit. La cifra che mancherebbe all'appello solo rispetto al passato tra Liguria, Sicilia, Molise e Puglia sarebbe di circa 250 milioni. Il futuro che Errani ha prefigurato nelle dichiarazioni a caldo, per questo, è tutt'altro che roseo anche rispetto ai nuovi finanziamenti: "Questo è l'ultimo anno di applicazione del Patto per la Salute 2007-2009 - ha aggiunto -. Ora bisogna attivare presto il tavolo per il nuovo patto, ma abbiamo sempre detto che per il 2010 siamo di fronte a una sottostima grave del Fondo sanitario nazionale mancano all'appello 7 miliardi di euro".

Le incognite per l'anno che verrà

La spesa sanitaria italiana continua a crescere e più rapidamente del prodotto interno lordo (Pil). "Al punto che nel 2010 la forbice tra finanziamento statale e spesa rischia di aprire una voragine da 10 miliardi". È invece il risultato dell'analisi degli economisti del Ceis, il centro per gli studi economici e finanziari della facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata della capitale, che hanno presentato di recente il loro VI Rapporto sanità.

La spaventosa differenza tra finanziamento e spesa per il Ssn "dovrebbe essere colmato dalle Regioni con recuperi di efficienza, o inasprendo la compartecipazione dei cittadini. O tagliando i servizi". In realtà, stando alle analisi impietose degli esperti, tali soluzioni sarebbero un ulteriore aggravio per i cittadini "già oggi i cittadini pagano di tasca propria un gran numero di prestazioni sanitarie, che influiscono pesantemente sulla gestione economica delle famiglie. Sono 349.180 le famiglie - prosegue il Rapporto - che nel 2006 si sono impoverite per le spese sanitarie impervite di cui si sono dovute far carico. Un numero pari all'1.5% del totale e a cui se ne aggiungono 861.383 (il 3.7%) che hanno dovuto fare i conti con 'spese catastrofiche' che hanno prosciugato le proprie risorse". In questo quadro il richiamo degli economisti è, ancora una volta, alle possibili conseguenze nefaste di un federalismo che non pensi a un "ridimensionamento ben calibrato del modello di compartecipazione". Altrimenti, ammoniscono, "si rischia di inasprire le differenze già evidenti tra servizi sanitari regionali".

"Parlare di equità e uniformità - prosegue il Rapporto Ceis 2008 - è difficile anche allo stato attuale: a partire dalla spesa sanitaria le Regioni registrano dati fortemente diversificati, che confermano la netta divisione nel Paese tra Nord e Sud. Se la media nazionale pro capite è di 1.744 euro - continua il documento - Trentino Alto Adige, Lazio

e Valle d'Aosta hanno una spesa superiore a 1.970 euro, mentre in Basilicata e Calabria la cifra scende sotto i 1.600". Nel periodo 2000-2006, hanno spiegato dal Ceis "circa i due terzi delle Regioni sono intervenute riducendo sia la percentuale di strutture che quella dei posti letto. Casi estremi il Veneto (-42.1% delle strutture e -15.4% dei posti letto) e Friuli Venezia Giulia (-8.3% e -21.1% rispettivamente). In controtendenza il Molise, con un +22.2% di strutture e +16.6% di posti letto".

Il documento, secondo quanto spiegato da **Federico Spandonaro**, docente di Economia all'Università di Tor Vergata di Roma, "delinea luci e ombre. Non c'è - dice - l'auspicabile riduzione dell'impoverimento e delle spese catastrofiche per le famiglie. L'imminente crisi si rifletterà negativamente sul sistema sanitario con conseguenze sulle famiglie fragili. Di contro si fanno passi in avanti sul federalismo e speriamo che le Regioni con i conti in rosso riescano a rientrare dal deficit. E per fortuna continua la riduzione delle strutture sanitarie marginali e dei posti letto, seppure in maniera disomogenea".

La realtà e i sogni

Come dovrebbero essere ripartite le risorse della sanità italiana? Secondo il ministro del Welfare Maurizio Sacconi, se si riuscissero ad imporre "misure draconiane" sulle Regioni inefficienti si potrebbero recuperare risorse sufficienti per far andare a regime il sistema. Il tutto, però, a patto che venissero ridistribuite "per il 60% alla medicina del territorio, il 40% a quella ospedaliera". Il modello, secondo Sacconi, lo abbiamo già davanti agli occhi, seppure con sfumature diverse: "e cioè la sanità delle Regioni virtuose: Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana". Sacconi ha ricordato come un punto di svolta sia stato "nel 1972 la chiusura degli ospedali generalisti e marginali. Da lì - assicura - è iniziato il percorso della buona sanità trevigiana che io conosco". Quello della chiusura dei piccoli e marginali

ospedali per potenziare la medicina del territorio, continua Sacconi, "è un processo inevitabile che servirà non per tagliare servizi e bisogni ai cittadini, bensì per liberare risorse mal impiegate e migliorare il servizio sanitario attraverso l'assistenza sul territorio, più vicina ai bisogni del cittadino, e la creazione di grandi ospedali altamente specializzati". Il ministro riconosce al precedente Governo di aver "saputo controllare la spesa farmaceutica convenzionata, meno quella ospedaliera. Ma, in questo modo - aggiunge - si tiene sotto controllo solo il 14% dell'intera spesa del Ssn". Il resto, secondo Sacconi, si ottiene misurando la spesa sui costi standard e non su quelli storici".

Se molte delle Regioni che più pesano sulle tasche dei contribuenti non riescono a "rientrare" delle loro esposizioni in sanità, però, non è solo colpa della domanda che cresce, ma anche di inefficienze e corruzione. La grave accusa è arrivata dalla Corte dei Conti che, alla presenza del Presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano**, ha inaugurato l'anno giudiziario 2009 accusando la pubblica amministrazione di essere spazio da "controlli deboli e corruzione senza freni". Solo nel 2008 la Corte dei Conti ha avviato citazioni in giudizio per danno erariale per 1,7 miliardi e incassato 561 sentenze di condanna di primo grado. Le denunce riguardano personale (16% del totale), frodi comunitarie (10.6%), corruzione, tangenti e concussione (8.6%), contributi e finanziamenti illegittimi (8%), appalti e contratti (7.6%), danni al patrimonio (7.5%), mancata riscossione di entrate (4.4%). Nonostante siano addirittura triplicate tra il 2004 e il 2008 le condanne per danno erariale, esse hanno tuttavia fatto incassare allo Stato solo 34 milioni a fronte di 220 milioni di danni accertati. In questo ambito, però, tutto lo Stivale si assomiglia, avvertono i magistrati dei conti pubblici. E se non si aprirà una nuova stagione di controlli più efficaci "a monte" la crisi rischia di mordere sempre più a fondo i diritti di tutti.

Assistenza h. 24: pace fatta con i Mmg?

Se ne vocifera ormai da qualche anno, ma dovrebbe quasi tagliare il traguardo l'azione di ridimensionamento dei tempi d'attesa al Pronto soccorso che gli ultimi Governi si sono passati come un testimone scomodo. Il sottosegretario al Welfare **Ferruccio Fazio**, infatti, intervenendo alla presentazione del VIII Rapporto sulle politiche della cronicità stilato dall'associazione Cittadinanzattiva ha annunciato il varo di un progetto con le associazioni di medicina generale per un'assistenza sul territorio h. 24. "Gruppi di 10-12 medici - ha anticipato il sottosegretario - avranno una funzione di prima assistenza e Pronto soccorso, per garantire ai cittadini visite e diagnosi e contribuire così a eliminare il 40% dei codici bianchi e verdi che intasano i Pronto soccorso del nostro Paese. Si tratta di una sperimentazione - ha avvertito Fazio - che partirà con diversi progetti in varie Regioni, e ci permetterà di capire quale sia la tipologia più utile in base alle caratteristiche del territorio". L'obiettivo del Governo, con questa azione, sarebbe dunque quello di disegnare un percorso per il cittadino che si ammala "a partire dal Mmg, per arrivare in ospedale e poi uscirne il prima possibile". Questo annuncio conferma la volontà del Governo di dare per "incassata" la preintesa sul rinnovo della convenzione per la medicina generale e di procedere speditamente all'implementazione di tutte le sue novità più impattanti, a cominciare da quella generalizzazione delle aggregazioni che dovrebbe permettere, almeno negli obiettivi dell'esecutivo, un protagonismo effettivo della medicina generale nei servizi sul territorio, a partire dal Pronto soccorso. Se non è difficile immaginare chi tra le organizzazioni professionali e sindacali parteciperà con maggiore convinzione alla sperimentazione annunciata, le polemiche sull'imminente rinnovo convenzionale non si placano, e invocano l'intervento di **Giulio Tremonti** per dissipare le nubi

più fosche, ponendo rimedio alle successive difficoltà che si vanno evidenziando mano a mano che i conteggi sui potenziali aumenti si fanno più accurati. Lo Smi, infatti, ha inviato una lettera al titolare del dicastero dell'Economia e Finanze per segnalargli che la preintesa tra la Sisac e le organizzazioni sindacali "al di là delle significative irregolarità formali, altrimenti stigmatizzate, decurta del 50% gli incrementi economici a regime, devolvendo parte significativa del previsto 4.85% alla contribuzione previdenziale (1.50%) e al raddoppio del premio assicurativo (0.36%)".

■ Preaccordo e questione Enpam

Al di là di quelle che lo Smi stesso definisce "comprensibili ragioni" che hanno prodotto questa indicazione, "non si può non rilevare - secondo la rappresentanza che a tutt'oggi ha rifiutato di sottoscrivere il documento - che non pare adeguatamente motivata l'entità e la tempestività dell'incremento dell'1.5% relativo all'Enpam, oltretutto completamente a carico del medico, tanto meno il raddoppio del premio assicurativo senza una chiara contropartita sulle tutele".

Erano solo pochi anni fa quando l'esecutivo del tempo decise di allineare tempi e procedure del rinnovo degli accordi di lavoro dei diversi settori della sanità pubblica italiana, "per rispondere adeguatamente alla necessità di ridurre la forbice economica tra i professionisti - ricordano dal sindacato nella stessa missiva - alla urgenza di ridefinire organizzativamente i servizi sanitari sul territorio, dando omogeneità alle figure che vi operano. Per questa ragione la normativa vigente ha messo in parallelo temporalmente la durata dei contratti e prevede procedure omogenee per entrambe le aree, ancorché l'una tratti con l'Aran e l'altra con la Sisac". Eppure non è stato così nei fatti. "Già nella precedente contrattazione - come più volte lo Smi è tornato a sottolineare -

lo 0.7% di incremento economico aggiuntivo riconosciuto a tutto il pubblico impiego per il quadriennio 2001-2005 (lodo Fini), non venne esteso ai medici convenzionati che, peraltro, pur con analoghi incrementi, hanno rinnovato un quinquennio, non già un quadriennio. La sofferenza economica del settore è ancora più evidente se analizziamo i versamenti previdenziali contemplati dallo sciagurato preaccordo, nonché il raddoppio del premio assicurativo, il previsto incremento del 4.85%, si dimezza ad appena il 2.44%". Giova anche ricordare, secondo la rappresentanza, "che nell'area della dirigenza, la contribuzione previdenziale è ripartita in proporzione tra parte pubblica (più di 2/3) e professionista (meno di 1/3) e gli incrementi contrattuali sono previsti al netto dei versamenti contributivi di parte pubblica, che garantisce dunque sempre il rispetto della proporzione di cui sopra. Anche nell'area convenzionale il meccanismo di riparto dei contributi previdenziali, con valori percentuali pari alla metà, è pressoché sovrapponibile. Non si comprende quindi perché - conclude lo Smi - in questo caso tutto il carico previdenziale in incremento deve essere a carico del medico".

E il problema si pone con maggiore forza se, come ha spiegato anche lo Snam scendendo in piazza il 6 febbraio scorso contro lo stesso provvedimento, l'obbligo del medico di partecipare a nuove strutture organizzative complesse farebbe gravare sul Ssn per ogni struttura fino a 500 mila euro in più. "Ci preoccupiamo per i nostri pazienti - ha spiegato il presidente Snam **Mauro Martini** - che in breve, e senza essere stati informati, si troverebbero in una situazione analoga a quella britannica o spagnola, dove i grossi ambulatori organizzati hanno reso di fatto irraggiungibili i medici da parte degli assistiti, che devono attendere anche giorni per un appuntamento dal medico di fiducia". Quanto ai costi delle riorganizzazioni strutturali, Snam si pone una sola domanda: "Dove verranno trovati i fondi necessari?". Stando alle anticipazioni di Fazio, tuttavia, lo scopriremo molto presto.