

## Il sistema sanitario sui carboni ardenti

*Sotto la cenere dell'apparente quiete che ha accompagnato il Ssn fuori dalla pausa natalizia brilla più di qualche carbone ardente: una dotazione economica che c'è, ma una parte determinante della quale è affidata a ulteriori atti, già in ritardo. Una legge Finanziaria che doveva asciugare i mille rivoli delle regalie ad personam, ma che in realtà lascia aperto*

*più di uno spiraglio e rischia di colpire duramente il settore del farmaco, che si prepara a sostenere davvero il meccanismo del payback. Una tornata elettorale amministrativa che coinvolge Regioni ed Enti locali clou e che rivela la sanità come uno dei nervi più scoperti tra centro e periferia, ma anche tra amministratori e cittadini.*

Monica Di Sisto

**L**a legge Finanziaria (la legge 23 dicembre 2009, n. 191) è stata giudicata "ragionevole" anche dall'opposizione, soprattutto perché ha riconosciuto, nonostante le resistenze del ministro dell'Economia, che il Ssn ha bisogno di ulteriori investimenti e infatti gli ha garantito oltre sei miliardi in più nel triennio rispetto alle previsioni della legge di bilancio precedente. Nell'impostazione, pur semplificata, inoltre, è stata confermata la "cadenza" triennale, dunque più stabile, della programmazione dei finanziamenti che sostanziano il Patto per la Salute. Come e quanto, però, il Fondo sanitario nazionale (Fsn) dovrà essere rimpolpato nel prossimo futuro è materia tutta da chiarire, anche perché se una cosa è certa è che spetta alle singole Regioni coprire la differenza tra la quota che ricevono dal Fsn e la spesa reale.

Questo è un dato assai preoccupante per i Governatori, in particolare per quelli prossimi al rinnovo, perché la Legge Finanziaria in concreto stanziava solo una prima tranche delle risorse aggiuntive previste dal Patto per la Salute, rinviando a successivi provvedimenti legislativi, non meglio identificati, il compito di assicurare l'intero importo previsto dal Patto stesso. Ci troviamo così di fronte ad una realtà che vuole che degli oltre 106 miliardi di euro che costituiranno il Fsn in questo 2010, rispetto al miliardo e 600 milioni di aumento stabilito nell'accordo tra Stato e Regioni, la Finanziaria ne colloca in tabella pagamenti solo 584

milioni, rimandando il saldo rimanente a successivi provvedimenti. Per il 2011 la dotazione complessiva, almeno sulla carta, dovrebbe superare i 108 miliardi, ma anche in questo caso del miliardo e oltre 700 milioni di euro di aumento previsti dal Patto per la Salute, la legge Finanziaria ne stanziava solo 419, rimandando sempre a misure ulteriori il raggiungimento dell'intero obiettivo. Lo stesso, naturalmente, si prevede per il 2012.

### Lo spettro delle aliquote

Le Regioni, soprattutto quelle con forti deficit, i loro Governatori e i relativi schieramenti - anche se ancora abbastanza fluidi - che si presentano agli elettori per la conferma o l'avvicendamento, stanno esaminando finanziamenti e conti con una certa preoccupazione. Secondo i dati Censis contenuti nel *43esimo Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, per l'11.5% degli italiani nel 2009 "è molto aumentata" la spesa per farmaci, visite mediche, analisi, dentista, per il 27.5% è "abbastanza aumentata" e per l'8.3% è cresciuta anche se "poco" e a lamentarne maggiormente l'incremento sono coloro che nella Rapporto del Censis si sono autocollocati nelle fasce di reddito più basso. Il mix di paura e realtà potrebbe rivelarsi esplosivo se si ricorda che proprio per penalizzare/rifinanziare le Regioni commissariate inadempienti nel risanamento dei loro conti, si istituiscono maggiorazioni erariali (0.3% di addizionale Irpef e 0.15% Irap)

oltre i massimi. Se però si affievolisce l'incisività del commissariamento previsto dalla Costituzione (art. 120, c. 2) per rimediare alle incapacità degli organi delle Regioni a gestire la Sanità, a questa scelta, si contrappone l'inasprimento dei vincoli e delle misure economiche finanziarie per i piani di rientro delle Regioni in difficoltà.

Innanzitutto il disavanzo viene fissato al 5% di scostamento dal budget prefissato tra entrate ordinarie e spese, e non al 7% com'era in precedenza. Per evitare il piano di rientro, la Regione è tenuta, oltre all'aumento delle aliquote e al blocco automatico del *turn over* del personale sino al 31 dicembre del secondo anno successivo, a rispettare il divieto di spese non obbligatorie (per due anni). Per le Regioni con piano di rientro sono previsti, oltre all'obbligo di innalzamento dell'aliquota Irap e dell'addizionale Irpef, il blocco del *turn over* e delle spese non obbligatorie. Se gli obiettivi intermedi, però, risultano raggiunti, si prevede che la Regione possa ridurre (l'anno dopo) l'addizionale Irpef e l'aliquota Irap per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. Ed è anche prevista la possibilità - condizionata - di utilizzare le risorse dei FAS (Fondi aree sottoutilizzate) per coprire i debiti sanitari. Permangono in tale quadro problemi con lo sblocco effettivo, da parte del "centro", di questi fondi che al momento sono in gran parte inesigibili.

Le buone notizie, però, non mancano per le Regioni risultate a posto con i conti o sulla via di Damasco nell'ulti-

mo triennio: innanzitutto l'anticipazione del fondo sanitario sale dal 97% al 98%, eventualmente elevabile. Anche per il capitolo degli investimenti, è previsto un incremento che porta da 23 a 24 i miliardi il fondo (ex articolo 20 Legge 67/88) e sono stati incrementati di 2 miliardi nel biennio i fondi per l'edilizia sanitaria (con una conseguente disponibilità complessiva di 5,7 miliardi per investimenti).

### Lo "sgambetto" alla farmaceutica

È vero che con il decreto Milleproroghe (DI 191/2009) il Governo ha rinviato al 31 dicembre il meccanismo del *pay back* introdotto con la Finanziaria 2007, che consente alle imprese farmaceutiche di chiedere la sospensione del taglio generalizzato del 5% dei listini farmaceutici deliberata dall'Aifa il 27 settembre 2006 a fronte del versamento diretto nelle casse regionali del corrispondente importo. È vero pure che è stata prorogata anche la norma contenuta nella L. 99/2009 (*Sviluppo e internazionalizzazione delle imprese*) che ha esteso la misura anche ai farmaci registrati dopo il 2006, affidando come sempre all'Aifa la definizione dell'applicazione della misura. Ma è altresì vero che la legge Finanziaria ha fissato una nuova riduzione del

tetto della farmaceutica territoriale - sceso dal 13,6% al 13,3% - che ha reso più concreta per le imprese farmaceutiche la prospettiva di ripianare uno sbilancio eventuale della spesa farmaceutica territoriale con il meccanismo del budget, introdotto con il DI 159 del 2007 (L. n. 222/2007), finora mai applicato. Secondo questo meccanismo, infatti, l'Aifa attribuisce a ogni azienda titolare di Aic un budget annuale, calcolato distintamente per i medicinali equivalenti e per quelli coperti da brevetto: in caso di extratetto l'eccedenza è ripartita tra produttori, grossisti e farmacisti in rapporto alle quote che spettano a ciascuno e ciascuno è tenuto a versare direttamente alle Regioni che hanno fatto "sboom" in questo capitolo. **Sergio Dompé**, presidente di Farindustria, ha attaccato duramente questa scelta: "*Capisco la necessità di riorganizzarsi nelle Regioni in difficoltà. Ma le modalità scelte sono assolutamente inaccettabili: si bloccano fornitori non pagati anche da 700 giorni, che hanno azioni legali in corso e che così rischiano di fallire*". Facendo i conti in tasca al settore, i crediti che le farmaceutiche vantano a seguito di queste inadempienze pubbliche ammontano a circa un miliardo di euro rispetto al quale sono state avviate azioni legali per più di un terzo del suo valore.

## Dalle Regioni le linee di indirizzo per l'ACN

Uno tra i capitoli rispetto ai quali gli amministratori sono chiamati a navigare più a vista, però, interessa la medicina di famiglia. Li preoccupa, e dovrebbe preoccupare la categoria, il fatto che non siano previsti interventi per "sostenere" i processi di riorganizzazione, senza i quali le misure, anche le più rigorose, sono inutili. Infatti, l'esperienza delle Regioni più virtuose, al contrario di quelle con gravi disavanzi, dimostra che il vero risanamento non si ottiene con tagli indiscriminati, ma con una coraggiosa riorganizzazione dei servizi sanitari. Il decreto Milleproroghe, in questa direzione, dà un segnale abbastanza negativo perché il passaggio in cui si consente ai medici pubblici di continuare a fare intramoenia nel proprio studio fino al 31 gennaio 2011 nasconde nemmeno tanto bene il fatto che, nonostante l'introduzione di questa modalità di erogazione del servizio risalga all'ormai lontano 1999, buona parte delle aziende ospedaliere e delle Asl non abbiano individuato spazi adatti ad esercitarla all'interno delle proprie strutture. Se, dunque, anche le

Linee di indirizzo per l'Accordo collettivo nazionale (biennio economico 2008-2009 e quadriennio normativo 2006-2009) trasmesse dal Comitato di settore al Governo il 30 dicembre spingono l'acceleratore sulle aggregazioni non solo funzionali ma strutturali dei Mmg come volano per una crescita della medicina del territorio, dopo undici anni il pubblico ha dimostrato però di non saper far spazio nemmeno agli ospedalieri a ridosso delle stesse corsie nelle quali operano. La nuova casa comune interdisciplinare dove dovrebbe trovar sede il Mmg in viaggio verso la sanità del futuro, si rivelerà un vero campo-base per organizzarsi e ripartire, o piuttosto un miraggio destinato a svanire al prossimo volgere della bussola della politica?

### ■ Una spinta alla riorganizzazione della medicina generale

Detto ciò, resta il fatto che i Governatori (almeno quelli oggi in carica e al timone della Conferenza unificata) spingono verso una svolta ancora più decisa della medicina generale in direzione dell'interdisciplinarietà. Al punto tale da dare l'impressione chiara di voler piantare i paletti della nuova Convenzione prima della celebrazione delle elezioni amministrative prevista per il marzo prossimo. Se si tratterà di una manovra di autopromozione soprattutto per i Governatori uscenti, o una vera dimostrazione d'impegno, è troppo presto per capirlo. Tuttavia il fatto che il 30 dicembre scorso, il Comitato di settore abbia trasmesso al Governo e alla Sisac le "linee di indirizzo" per il rinnovo degli Accordi collettivi nazionali sul secondo biennio economico 2008-2009 sembra avvalorare la tesi della convinzione vera. Soprattutto perché, a fronte dagli incrementi già "dovuti" in busta paga, in linea con quanto già concesso ai dipendenti, per quanto riguarda la parte normativa il documento rende ancora più nitidi i contorni di quel cambiamento di impostazione strutturale alla medicina del territorio che si è (almeno sulla carta) provato a imprimere con le convenzioni del 29 luglio scorso. "È

necessario - chiariscono senza tentennamenti le linee tracciate - *che venga resa più coerente e funzionale al processo di riorganizzazione avviato, individuando chiaramente gli indirizzi e le priorità che, nel rispetto delle specificità dell'assetto organizzativo del sistema sanitario regionale, devono essere perseguiti a livello regionale*". Come raggiungere questo obiettivo? Scommettendo con decisioni sulle Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft) e sulle Unità complesse di cura primarie (Uccp).

I nuovi Acn dovranno indicare organizzazione e compiti di entrambe le forme, cercando però di facilitare sempre di più l'accesso dei cittadini ai servizi e di potenziare le funzioni di coordinamento e di monitoraggio. In quest'ottica, gli amministratori guardano come modello all'area dell'assistenza socio-sanitaria, che coinvolge professionisti sanitari, socio-sanitari e sociali, e che ha sviluppato, nella loro analisi *"una logica di integrazione di funzioni e professionalità, partendo dalla necessità di assicurare la presa in carico di specifici target, come, a esempio gli anziani non autosufficienti"*. Nuova parola d'ordine è *case management*, da garantire nell'ambito delle Uccp, *"attraverso la costruzione e la sperimentazione di strumenti di valutazione complessiva dei bisogni della persona fragile assistita a domicilio"*.

Queste modalità organizzative e le relative attività, andranno rendicontate e dovranno essere argomento di confronto e di discussione periodica con le direzioni dei distretti, Dipartimenti delle cure primarie e le direzioni sanitarie delle aziende sanitarie, al fine di descrivere e migliorare il percorso di ridefinizione delle cure primarie sul territorio.

Il compenso previsto per i Mmg, dunque, dovrà essere rivisto e rimodulato in questa ottica, *"con particolare riferimento alle Uccp sottolineano ancora dalle Regioni - per le quali si vogliono rendere coerenti le caratteristiche strutturali dello strumento finanziario e il profilo di attività che si intende sviluppare, prevedendo una articolazione in due componenti (onorario professionale e remunerazione dei fattori produttivi)"*.

In questa fase, dunque, si propone una maggiorazione della quota capi-

taria per anziani e bambini nella fascia di età da 0 a 6 anni, e portatori di patologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, soggetti affetti da ipertensione arteriosa con danno d'organo, demenze, ecc) *"delegando al livello regionale le modalità di individuazione dei soggetti, l'identificazione dei percorsi e il sistema di monitoraggio e verifica"*.

### ■ Quattro traguardi vincolanti

Fatto salvo il rapporto di fiducia che, anche in questa accelerazione, per le Regioni deve restare l'elemento caratterizzante della relazione tra l'assistito e il medico curante e tenuto conto del valore della capillarità territoriale della medicina di famiglia, nel nuovo contesto si pongono però quattro traguardi vincolanti e irrinunciabili:

1. apertura giornaliera, per almeno 12 ore, di una sede di riferimento presso la quale opereranno, a turno, tutti i professionisti delle Uccp con possibilità di accesso in tempo reale ai dati clinici di tutti gli assistiti di quella Uccp;
2. individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la medesima sede centrale;
3. potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale grazie a una più funzionale divisione del lavoro dei professionisti, con individuazione di personale infermieristico dedicato;
4. sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi rivolti ai casi più complessi.

Quattro contenitori ampi e impegnativi che non dovranno essere riempiti solo dalle buone intenzioni di medici disposti al cambiamento, ma da amministrazioni disposte a sostenerlo con tutti i mezzi necessari.

Fondi, energie e uniformità sul territorio sono i *must* che ci permettiamo di suggerire ai decisori come complemento necessario e precedente alle indicazioni normative appena pubblicate. Saranno in grado di declinarli (e assicurarli) a ridosso delle elezioni in modo altrettanto chiaro e univoco rispetto all'impostazione (tentata) del nuovo corso?