

Accelerazione su costi standard e federalismo fiscale

Con un colpo a sorpresa l'introduzione dei costi standard per tutte le Regioni, nella ripartizione delle risorse destinate alla sanità, è stata affidata dal Governo al decreto sul Federalismo fiscale, recentemente approvato dal Consiglio dei Ministri. Una scappatoia,

si mormora nei corridoi dei Palazzi romani, nata per proteggere l'iniziativa e portarla rapidamente in porto. Una decisione forte a cui le Regioni non hanno fatto mancare sin da subito i propri commenti fatti di dubbi e distinguo non sempre positivi.

Monica Di Sisto

È stato approvato il 7 ottobre il Decreto legislativo in materia di: "Autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle province nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario". In un colpo solo il Governo ha unificato i decreti sul fisco regionale e sui costi standard sanitari, attuativi del federalismo fiscale. Il *primus inter pares* dei governatori **Vasco Errani** ha chiamato questa scelta "corsa a bruciare i tempi, incomprendibile e che rischia di fare solo danni", mentre il premier **Silvio Berlusconi** in persona si è affrettato a spiegare in conferenza stampa che il provvedimento è necessario per colpire gli sprechi garantendo "servizi pubblici e costi uguali dal Nord al Sud". A differenza di Vasco Errani, il governatore della Campania, **Stefano Caldoro** fa sapere di accogliere ben volentieri la sfida e all'iniziativa plaude il governatore del Veneto **Luca Zaia**: l'asse Nord-Sud è servito. Ma tra la versione annunciata alle Regioni e quella "riunificata" che affronta l'iter parlamentare troviamo alcune differenze non da poco, destinate comunque a far discutere e a far temere un effetto zavorra sul percorso verso il federalismo fiscale.

■ Come cambiano le tasse italiane

La partita dei costi della sanità, con l'ultima mossa del Governo, va inquadrata nella partita più generale del cambiamento del sistema Italia di raccolta delle tasse. A partire dall'anno 2012, infatti, se il decreto

sul federalismo fiscale sarà approvato in via definitiva, tutti i trasferimenti statali di parte corrente alle Regioni a statuto ordinario e destinati all'esercizio delle competenze regionali sono soppressi. Competenze non di poco conto perché tra di esse, con particolare evidenza, troviamo la sanità, l'assistenza sociale, l'istruzione scolastica e il trasporto pubblico locale. Un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri *ad hoc*, adottato entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto sul federalismo fiscale - su proposta del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro per le riforme per il federalismo e con il Ministro per i rapporti con le Regioni, sentita la Conferenza Unificata - dovrà elencare con precisione quali saranno i trasferimenti soppressi.

Come potranno le Regioni far fronte, dunque, alla copertura delle proprie competenze? Stando sempre al testo proposto, le principali fonti dovrebbero essere una compartecipazione all'Iva, l'addizionale Irpef, ma ridefinita visto che parte ne dovrà essere destinata ai Comuni per le loro specifiche funzioni, l'Irap fino alla data della sua sostituzione con altri tributi ed entrate proprie. Le Regioni, dal momento in cui entreranno in possesso di queste fonti autonome e comunque non oltre il 1° gennaio 2014, non potranno più contare su alcune fonti di finanziamento fino ad oggi molto preziose come: la tassa per l'abilitazione all'esercizio professionale, l'imposta

regionale sulle concessioni statali dei beni del demanio marittimo, l'imposta regionale sulle concessioni statali per l'occupazione e l'uso dei beni del patrimonio indisponibile, la tassa per l'occupazione di spazi ed aree pubbliche regionali, le tasse sulle concessioni regionali, l'addizionale regionale sui canoni statali per le utenze di acqua pubblica.

■ Una novità: il fondo di perequazione

Sempre stando al decreto proposto dal Governo, l'unità nazionale dei conti dovrebbe essere garantita da un'innovazione abbastanza importante: si tratta dell'istituzione, a partire dal 2014, di un fondo perequativo nazionale, alimentato dal gettito prodotto da una compartecipazione al gettito dell'Iva determinata in modo tale da garantire in ogni Regione il finanziamento integrale delle spese essenziali a cui si è già accennato. Nel primo anno di funzionamento del fondo perequativo le spese sono computate anche in base ai valori di spesa storica. Nei quattro anni successivi esse dovranno gradualmente convergere verso i costi standard. Questi, secondo il testo della proposta, per il settore sanitario, dovranno coincidere con il tanto controverso fabbisogno sanitario standard. Certo, le modalità della convergenza dovranno essere stabilite con un altro decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del

Ministro per i Rapporti con le Regioni, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. Però il tema della spesa storica è quello che senza dubbio ha creato e crea i maggiori problemi alla maggior parte delle autonomie italiane. Anche il governatore della Campania, Stefano Caldoro, tra i primi ad accettare la sfida del federalismo fiscale, ha infatti specificato in un'intervista che la misura del virtuosismo regionale non può essere definito in termini di spesa storica. "Vanno premiate le *performance* - ha sottolineato - i miglioramenti sui singoli comportamenti virtuosi. Se hai capacità di cambiamento, le performance possono essere valutate nel breve termine. Per tutti, anche per noi".

■ Un nodo ancora da sciogliere: i costi standard

Il tema, però, rimasto più scottante sul tappeto è quello della definizione dei costi standard. Si perché, stando al nuovo decreto, per definire il fabbisogno si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della Salute. Dei fondi disponibili, il 5% dovrà essere destinato per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, il 51% per l'assistenza distrettuale e il 44% per l'assistenza ospedaliera. A decorrere dal 2018 tutte le Regioni dovranno rispettare i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento definiti come *benchmark*. Saranno tre le Regioni-riferimento scelte nel 2013 in una rosa di cinque che avranno garantito a partire dal 2011 l'erogazione dei Lea (livelli essenziali di assistenza) "in condizione di equilibrio economico", che saranno in regola ai tavoli di verifica sui conti col Governo e che rispetteranno i criteri di "qualità, appropriatezza ed efficienza" che arriveranno con un prossimo decreto concordato da Governo e Regioni al quale sta lavorando il Ministero della Salute. Nelle tre Regioni scelte come

modello dovrà esserci in ogni caso la migliore e se non ce ne saranno 5 in regola, il *benchmark* terrà conto del "miglior risultato economico" realizzato "depurando i costi della quota eccedente rispetto a quella che sarebbe stata necessaria a garantire l'equilibrio". Il calcolo dei fabbisogni, però, hanno garantito degli emendamenti presentati in Consiglio dei Ministri da **Raffaele Fitto**, ministro degli Affari Regionali, verrà effettuato non solo in base alla "popolazione pesata" per età nelle Regioni, ma anche secondo indici di povertà (deprivazione) o di disoccupazione. Questa scelta rappresenta una formalizzazione dell'auspicio della vigilia che tra le tre Regioni che dovranno rappresentare il modello nel rapporto tra qualità dei servizi e spesa sanitaria nell'ambito del decreto "fosse possibile che ce ne fosse anche una del meridione", come aveva anticipato il ministro della Salute **Ferruccio Fazio**.

"Credo - aveva aggiunto nel corso della conferenza stampa il ministro della Semplificazione **Roberto Calderoli** - che ragionevolmente potrebbero essere rappresentati da una Regione del Nord, una del Centro e una del Sud". Ad oggi, con dati 2009 non definitivi, nella rosa delle Regioni di riferimento troveremmo Lombardia, Toscana, Marche, Emilia e forse la Basilicata. Ma già il fatto che la scelta sia, secondo il decreto, affidata alla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque migliori - di cui solo la prima dovrà essere obbligatoriamente tra le Regioni modello - è l'ulteriore conferma del fatto che c'è la volontà politica di ritagliare uno spazio per una Regione meridionale, bisogna solo capire se nella scelta avranno un peso le *performance* (come chiede Caldoro) o la mera contabilità.

■ Le reazioni: sussurri e grida

Nell'ambito della professione, le critiche più dure a questa scelta sono arrivate dal segretario nazionale dell'Anaa Assomed, **Costantino Troise**. Nonostante il federalismo fiscale sia salutato come la soluzione di tutti i mali che affliggono la sanità italiana, secondo Troise, rischia

invece di sferrare il colpo definitivo al Servizio sanitario nazionale unico, solidaristico e universale e di sancire definitivamente la frattura dell'Italia in due parti: una con la sanità efficiente e produttiva, l'altra con una sanità povera di efficacia e di sicurezza. "Dopo la legge 133/2008 con la quale si è ridotto il finanziamento del Ssn per il triennio successivo ben al di sotto del fabbisogno - ha elencato Troise -; dopo il patto della salute 2010-2012, con il quale si sono tagliati 10.000 posti letto e si sono ridotte le consistenze organiche del personale del Ssn; dopo la manovra economica del luglio 2010 con la quale si sono tagliati 8,5 miliardi alle Regioni in due anni con una restrizione dell'offerta dei servizi socio-sanitari con le inevitabili ricadute sul Ssn, oggi il federalismo sanitario con la sua parola magica costo standard rappresenta l'ultimo atto di una strategia mirata allo smantellamento del servizio sanitario nazionale e pubblico".

In Italia, insomma, dove la spesa sanitaria e la sua dinamica di crescita sono inferiori alla media dei Paesi OCSE, dove i posti letto, il numero degli ospedali e le giornate di degenza sono inferiori a quelle dei maggiori paesi europei (Francia e Germania su tutti), secondo Troise "il ripetersi di manovre economiche, di provvedimenti legislativi e del mantra del costo standard, letti nella loro naturale evoluzione, rivelano il vero obiettivo che è quello di abbandonare la sanità del Sud al proprio destino".

Quello che è singolare e che non è sfuggito al presidente della Commissione d'inchiesta parlamentare sul Ssn, il senatore **Ignazio Marino** è che in realtà, rispetto alle precedenti versioni del decreto, risulti rischioso definire i costi prima dei Lea sociali e sanitari, perché si lasciano aperte versioni regionali e localissime rispetto a ciò che del diritto alla salute debba essere garantito a tutti i cittadini italiani e cosa possa diventare tranquillamente un livello aggiuntivo, da Bolzano fino a Catania. Ma il Governo, in proposito, non si pronuncia.

Medicina generale al centro della bozza del nuovo PSN

Seguire la traccia del nuovo federalismo che si arricchisce della fiscalità, dei costi standard e dei Lea, tutti ancora da ridisegnare, ci porta a raggiungere la prima bozza del nuovo Piano Sanitario Nazionale (Psn) che il Governo ha recentemente elaborato e che ha già cominciato a far discutere la categoria ancor prima di essere confermato nella sua struttura definitiva. Il documento, infatti, parte ambiziosamente ricordando all'Italia i suoi impegni internazionali, quella Carta di Tallin - nata per condividere, pur in presenza di differenziazioni, i principi fondamentali alla base del concetto stesso di sistema sanitario - che il nostro Paese ha sottoscritto insieme a tutti gli altri Paesi membri dell'OMS e che ci obbligherebbe, almeno politicamente, a *"rendere il proprio sistema sanitario nazionale più rispondente alle esigenze, alle preferenze e alle aspettative della popolazione, riconoscendone i diritti e le responsabilità riguardo alla propria salute, coinvolgendo i diversi portatori di interesse nello sviluppo delle politiche e nella loro realizzazione"*. Resta ancora da capire esattamente come e proprio su questo punto politica e professione - in particolare per la MG - sono a confronto.

Un passo avanti verso l'equità federalista

Il Piano sanitario chiarisce che l'esecutivo ha ben presente che è la Sanità il primo vero banco di prova del federalismo fiscale e di applicazione dei LEP (Livelli essenziali di prestazioni), *"anche in considerazione della specifica esperienza maturata nel tempo in materia nella gestione della sanità (definizione, quantificazione e verifica dei Lea, procedure per controllo, monitoraggio della spesa e meccanismi sanzionatori)"*. L'introduzione del costo standard, quale parametro per calcolare il fabbisogno sanitario del Ssn, secondo il Governo *"consentirà il superamento*

delle differenze che oggi ci sono tra le diverse Regioni, evitando sprechi e rendendo uniformi le erogazioni dei servizi sanitari"

Una loro valutazione - si sottolinea - è stata operata solo in termini marginali in occasione della modifica dei Lea dettata dall'esigenza di introdurre nuove prestazioni nell'ambito dei Livelli essenziali d'assistenza per le quali si è reso necessario valutare l'impatto finanziario aggiuntivo".

Lasciando aperto questo problema, la bozza del nuovo Psn assicura che *"dal momento che verrà elaborato il costo standard, parametrato sulle Regioni più performanti, dal punto di vista sia di un efficiente profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza sia di efficienza economica (in quanto in equilibrio economico), la razionalizzazione della spesa sarà funzionale a ricondurre la maggiore spesa sanitaria effettivamente sostenuta, rispetto a quella programmata, dalle sole Regioni inefficienti e/o inappropriate che attualmente risultano essere in disavanzo"*. Ma su come garantire i Livelli essenziali, al centro di numerosi tavoli tecnici che il Psn pure elenca, non si esprime ancora la parola finale.

MG: rassicurante sponda

Il modello tecnologico-scientifico della medicina moderna, sottolinea questa versione del Psn, si *"caratterizza per la inevitabile frammentazione e parcellizzazione del sapere e dell'agire specialistico. In tale contesto invece la medicina generale si pone come disciplina autonoma in grado di garantire e mantenere nel tempo una visione integrata ed olistica dei problemi, centrata sulla persona e sul processo di cura, non soltanto sulla malattia"*. Continuando su questo registro la bozza del nuovo Psn ribadisce che La professione del medico di medicina generale (Mmg) prevede quin-

di funzioni, attività e compiti definiti non solo da conoscenze scientifiche, ma anche da abilità e capacità relazionali peculiari e specifiche che derivano dalle caratteristiche della disciplina, *"che pone il medico di medicina generale come attore fondamentale del governo della domanda e dei successivi percorsi sanitari"*.

Nell'ultimo decennio, procedendo in questa direzione, il documento descrive come si sta portando avanti una profonda reingegnerizzazione delle cure primarie, che ha visto realizzarsi, *"anche se non ancora compiutamente su tutto il territorio nazionale, il passaggio dell'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazioni di percorsi condivisi tra gli operatori"*. Per quanto però essi siano già presenti in vari accordi convenzionali, continua la bozza del nuovo Psn *"la loro concreta realizzazione è ancora disomogenea e va pertanto ulteriormente diffusa"*.

A questo proposito si ricorda come l'ultimo Accordo collettivo nazionale per la MG ha previsto esplicitamente che i Mmg debbano operare in aggregazioni funzionali territoriali e, nell'ambito degli accordi regionali, anche di unità complesse delle cure primarie, costituite dall'aggregazione di medici di medicina generale, medici del distretto, specialisti ambulatoriali e delle varie professionalità clinico-sanitarie, in strutture polivalenti e poli-funzionali. Questi obiettivi, ribadisce il testo *"si realizzano grazie alla disponibilità di sistemi informativi, infrastrutture di comunicazione e servizi applicativi che permettano l'interconnessione e la condivisione efficiente e sicura delle informazioni cliniche tra gli operatori delle cure primarie, nonché tra questi e le strutture sia territoriali che ospedaliere"*.

Ma anche in questo caso il documento non indica tempi, né ulteriori passaggi né meccanismi, né per-

corsi che possano rendere questa tensione, ancora non espressa in modo uniforme sul territorio nazionale, una realtà per tutti.

■ Il richiamo della Fimmg

È proprio in questo ribadire senza delinearne, scegliere senza applicare, che **Giacomo Milillo**, segretario della Fimmg al suo secondo mandato ha individuato nella sua relazione di rielezione il principale punto debole della visione strategica del Paese rispetto alle cure primarie. “Già lo scorso anno - ha ricordato Milillo - affermammo, argomentando diffusamente, che la mancata realizzazione dell’Assistenza Primaria diventa esiziale per la sostenibilità dell’intero sistema sanitario italiano e comporterà il venir meno di una parte significativa di un *Welfare Social System* che si qualifica per l’ambito delle garanzie che vuole assicurare ai cittadini”. Perché il medico di medicina generale possa abbandonare l’atteggiamento solista e impegnarsi in un vero lavoro di squadra, ha chiarito Milillo, “è necessario rimuovere la concorrenza sulle scelte, ristrutturare il compenso in mo-

do da distinguere l’onorario del professionista dal finanziamento dei fattori di produzione, dare piena e continuativa occupazione al medico in tutta la sua vita professionale, eliminando la distinzione in settori e introducendo l’accesso unico alla convenzione, aiutando il medico a sviluppare una adeguata rendicontazione delle attività svolte e facilitando la sua partecipazione alle attività di programmazione e gestione dell’assistenza”.

■ Ma tra il dire e il fare c’è di mezzo...

Nelle Regioni commissariate la necessità di ristrutturazione del Servizio Sanitario è resa cogente dai Piani di rientro. “Insomma - ha concluso Milillo - deve crearsi quell’Assistenza Primaria di cui si è tanto parlato negli ultimi anni, con ricadute concrete molto limitate”. Queste Regioni chiedono ai medici di medicina generale la massima collaborazione per recuperare il tempo perduto, ma trovano medici diffidenti e spaventati da richieste che non possono soddisfare in tempi brevi perché non sono in possesso degli strumenti orga-

nizzativi necessari. “Non si illudano le Regioni che basti raggruppare i medici in ospedali dismessi, collocando nella stessa sede anche altre professionalità per realizzare un’Assistenza Primaria efficace ed efficiente. È necessario riempire questi contenitori di professionisti mettendoli nella condizione di lavorare insieme, di definire e rispettare i ruoli di ciascuno e quelli delle altre professionalità”.

Il blocco delle Convenzioni operato con la manovra congela, in realtà, per ben due anni, ogni speranza d’innovazione. L’appello finale di Milillo si è rivolto alle Regioni (dunque alla Sisac) e al ministro per la Sanità Ferruccio Fazio, perché si affronti fin da subito il disagio dei Mmg con un disegno di legge apposito che, nel frattempo, ristrutturi la Convenzione dai suoi fondamenti nelle direzioni indicate. Il ministro contropropone un tavolo, l’ennesimo, dove si affronti il problema insieme alle Regioni. Ma con la legislatura in bilico, come dimostra la scelta fatta sul federalismo fiscale, forse il decreto d’urgenza sarebbe l’unica soluzione viabile, l’unica dimostrazione di vera volontà risolutrice.