

©Fabio Pammolli (Direttore CeRM)

CHE FINE HA FATTO IL FEDERALISMO IN SANITÀ? E CHI SE NE STA OCCUPANDO?

Dopo anni di dibattito e anche qualche tentativo non riuscito, la Legge 42-2009 sul federalismo fiscale, assieme alla scia attuativa che da questa era partita con il Decreto 62-2011, avevano fissato due riferimenti precisi per la *governance* della sanità.

Primo: l'impostazione *top-down*, con le risorse dedicabili ai Sistemi Sanitari Regionali identificate a partire dal vincolo di bilancio della Pubblica Amministrazione.

Secondo: gli *standard* di spesa corrente che, appurata l'impraticabilità di *standard* definiti a livello micro per capitoli di spesa o per aree terapeutiche, dovevano rimanere ad un livello aggregato, e risultare dall'applicazione alla demografia regionale dei profili di spesa *pro-capite* per fasce di età delle tre o cinque Regioni più efficienti.

Su questi due caposaldi, avrebbero dovuto approfondirsi e svilupparsi tutti gli altri aspetti istituzionali e operativi della *governance*. Per citare i più importanti: il disegno delle traiettorie di convergenza delle Regioni, dalla spesa storica sino a un livello di spesa allineato al finanziamento *standard*; la piena responsabilizzazione fiscale delle Regioni nel ripiano degli sforamenti; la decadenza dal mandato per i politici e gli amministratori delle Regioni inadempienti; le modalità per accompagnare la transizione con interventi di perequazione delle dotazioni infrastrutturali e strumentali; le modalità con cui favorire l'integrazione tra prestazioni sanitarie e prestazioni assistenziali a carico dei Comuni, eventualmente all'interno di un unico quadro di finanziamento.

A latere di questi completamenti, ma come punti non meno importanti per la sanità e il *welfare*, rimanevano da completare il passaggio a prestazioni universali ma selettive nel reddito (l'universalismo selettivo richiamato nel Libro Bianco sul Welfare), e la riforma della distribuzione al dettaglio dei farmaci.

L'urgenza di consolidare i conti pubblici hanno, apparentemente, indotto a cambiare l'ordine delle priorità.

Nonostante l'avvento di un governo tecnico, è proprio la parte più tecnica della riforma della sanità a non aver trovato esecuzione.

Se, almeno in parte, questa interruzione dei lavori era prevedibile (in tutti i Paesi la politica economica è stata profondamente influenzata dalla crisi), dall'altro lato era, ed è ancora importante evitare che sul federalismo sanitario si abbia una vera e propria marcia indietro, un'inversione d'impostazione che sarebbe inevitabilmente destinata a produrre effetti negativi. Se non si presta la giusta attenzione a questo snodo, il rischio è di amplificare la persistenza della crisi permettendo che essa influenzi aspetti strutturali.

Se si passano in rassegna i due interventi di *policy* assunti dalla fine del 2011 a oggi in materia sanitaria, l'impressione è che l'obiettivo di non fare "marcia indietro", alterando il meno possibile il solco lungo il quale le riforme erano state avviate, sia stato disatteso.

Il primo provvedimento è il decreto sulla *spending review* nella parte riguardante la sanità, uno dei primi atti del governo "Monti". L'impostazione è molto diversa rispetto a quella avviata con la Legge n. 42-2009. Come è stata prassi dalla fine degli Novanta - da quanto è divenuto chiaro che la spesa sanitaria non poteva esser rifinanziata a piè di lista *ad infinitum* - il decreto riporta in auge i tetti di spesa a livello di capitoli di bilancio. Un impianto, questo, che tuttavia aveva già ampiamente mostrato, nel corso del tempo, punti di debolezza e distorsioni. Questo è avvenuto per la farmaceutica, con la rimodulazione dei tetti per la territoriale e l'ospedaliera; per i contratti di fornitura di beni e servizi, assoggettati ad un taglio lineare del 5% per tutto il 2012; per i dispositivi medici, con la possibilità di revisione/rescissione dei contratti di fornitura in presenza di elevati scostamenti dei prezzi unitari rispetto al valor medio individuato dal Ministero; per i posti letto ordinari accreditati, da far convergere a un livello non superiore al 3,7 per mille in ogni Regione; per la revisione delle tariffe massime di remunerazione dei *Drg*, come se mai tali tariffe avessero svolto un effettivo ruolo di *governance* e non fossero state solo dei riferimenti contabili senza radici nei costi standard.

Una misura, quella richiamata, che non presenta nessun raccordo con la Legge 42-2009 e con il Decreto 62-2001, salvo una proroga dei termini entro cui definire operativamente i fabbisogni *standard*. Soprattutto, nessun passo concreto verso *l'universalismo selettivo*, che pure è una leva di *policy* a efficacia immediata nel raccordare finanziamento e spesa quando le risorse sono scarse, salvaguardando le situazioni meritevoli di tutela specifica. Progressi verso la selettività sarebbero stati perfettamente in linea con la riforma federalista, e anzi per molti versi anche una premessa al suo completamento. La leva fiscale regionale, essenziale per sensibilizzare i governanti e cittadini all'efficienza, si sblocca nel 2013 solo per il gruppo delle Regioni con

disavanzi più ampi, ma anche per queste rimane limitata nell'importo (non può scattare automaticamente per il ripiano integrale del disavanzo).

L'unica novità di rilievo sul piano regolatorio è la prescrizione, in alcuni casi, dei farmaci *off-patent* per principio attivo. Un intervento, questo, che appare, di fatto, come compensazione per il mancato riordino della distribuzione al dettaglio. Su questo fronte, infatti, sono stati compiuti solo piccoli passi, con la promessa (a dire il vero già ripetuta più volte negli ultimi anni) di un nuovo criterio di remunerazione per la commercializzazione dei farmaci "A" dal 2013. Eppure l'avvio di un processo di graduale superamento della pianta organica nell'arco di cinque-sette anni, sarebbe stato coerente con l'impianto della riforma federalista, avrebbe preparato la strada alla riforma della remunerazione, e avrebbe generato effetti di efficientamento (miglior funzionamento del *reference pricing* in fascia "A" e delle liste di trasparenza in fascia "C-Op").

Nei giorni scorsi, alle misure introdotte dalla *spending review* si sono aggiunte quelle del cosiddetto Decreto "Balduzzi". Se le prime hanno segnato una discontinuità rispetto al processo normativo avviato, le seconde hanno l'aspetto di un "*fine tuning*", che avrebbe bisogno, come tutti i "*fine tuning*", di una struttura sottostante già assestata e funzionante. In sé, le misure contenute nei quattro Capi in cui è ripartito il decreto affrontano dei punti importanti. Continua a pesare, tuttavia, il silenzio del Legislatore sull'impalcatura di riferimento, e in particolare sui rapporti finanziari tra Stato, Regioni e Enti Locali.

Il Capo I introduce norme che si propongono di assicurare il rispetto di regole meritocratiche nella dirigenza del Ssn. Su questo terreno, si è scelto di disciplinare i concorsi di accesso. Opportuno sarà verificare le modalità di una maggiore e più sistematica accessibilità delle informazioni sui risultati conseguiti. Si ritoccano inoltre le regole per lo svolgimento dell'*intramoenia* e quelle per la mobilità dei professionisti tra strutture del Ssn. La novità più importante, però, riguarda la possibilità per alcuni professionisti - medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali, etc. - di offrire, in forma singola o associata, attività assistenziale 24h per tutti i giorni della settimana. L'attivazione del servizio non è obbligatoria; i contenuti devono essere ancora specificati; così come deve essere definita la modalità di remunerazione da parte dei Ssr. Troppi punti in sospeso perché si possa cogliere un passo avanti nel raccordo tra ospedale e territorio, nella prevenzione e nell'integrazione socio-sanitaria. Più concreto sarebbe stato rivedere l'assetto normativo riguardante i medici di

famiglia e i pediatri, due categorie per le quali va superato il contingentamento numerico (i termini del problema rispecchiano, per molti versi, quelli della pianta organica per le farmacie).

Il Capo II si dedica a misure per la salvaguardia e l'incentivazione di abitudini di vita salutari, mentre il Capo IV alla razionalizzazione di alcuni Enti con funzioni sanitarie (Agea, Inmp, Onaosi, Irrcs).

Il Capo III riguarda la farmaceutica. Qui, oltre alle norme per rafforzare la sicurezza nella preparazione e nella commercializzazione e a una nuova revisione del prontuario -che in assenza di una rivisitazione organica degli schemi di compartecipazione alla spesa assume il significato di misura disegnata per il contenimento della spesa di breve periodo, si affronta (questo è un passaggio importante, su cui CERM molto ha insistito nel corso del tempo) il problema della proliferazione e dei ritardi dei prontuari territoriali. I farmaci a elevata innovatività terapeutica, così come riconosciuta dall'Aifa, dovranno diventare subito disponibili negli ospedali, indipendentemente dalle trafilie burocratiche. Non è la risoluzione completa del problema, ma almeno il Legislatore lancia un chiaro segnale e ne riconosce l'esistenza. Le farmacie ospedaliere potranno predisporre *packaging ad hoc* per ottimizzare i cicli terapeutici sia ospedalizzati che a domicilio. Ancora nessuna novità di rilievo sul fronte della riforma della distribuzione al dettaglio, neppure nella direzione di un completamento del modello della farmacia "dei servizi" che in altre realtà (come la Francia) ha assunto un ruolo importante nella territorializzazione delle prestazioni e nell'attività di prevenzione.

Da almeno un anno il cantiere del federalismo sanitario è fermo, fermo a metà strada.

Il Legislatore sembra passato a occuparsi di "ordinaria amministrazione", lasciando in sospeso aspetti strutturali, sia istituzionali che di strumentazione, dai quali non si può prescindere.

Ecco perché vanno riportate in primo piano due domande: Che fine ha fatto il federalismo sanitario? Chi se ne sta occupando?

©® CeRM 2012

E-mail: [**cermlab@cermlab.it**](mailto:cermlab@cermlab.it)
Web: [**www.cermlab.it**](http://www.cermlab.it)