

IL SERVIZIO SANITARIO IN ITALIA: SULL'ORLO DEL PRECIPIZIO?

Stefania Gabriele

1. Introduzione. – 2. L'oscillazione del pendolo tra differenziazione e centralismo. - 3. Le politiche delle Regioni in campo sanitario. - 4. Le manovre di finanza pubblica. - 5. Conclusioni.

1. Introduzione.

L'anno appena trascorso si è chiuso con l'allarme lanciato dalle Regioni sul calo delle risorse allocate alla sanità, che metterebbe in discussione il principio costituzionale della tutela della salute e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ⁽¹⁾. Intanto, il Governo dimissionario ha gettato sul tavolo una proposta di aggiornamento dei LEA, dando inizio ad un *iter* di approvazione che comprende l'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. Ma le Regioni sembrano temere ripercussioni sulla sostenibilità, indicano rischi di velleitarismo e sottolineano la difficoltà di arrivare ad un nuovo Patto per la salute se non viene affrontata la questione della coerenza tra LEA e finanziamenti e se non si realizza una ripresa del dialogo e delle relazioni istituzionali ⁽²⁾.

Sembra insomma non scontata la continuazione del processo di negoziazione intergovernativa, che pure finora ha portato buoni frutti – anche se di lenta maturazione –, almeno dal punto di vista della responsabilizzazione finanziaria delle Regioni. Patti e intese, piani di rientro, ristrutturazioni e riorganizzazione delle reti e dei rapporti pubblico/privato hanno dominato la scena negli ultimi anni. Nella fase di rafforzamento delle relazioni istituzionali sembra essersi intensificata anche l'attività regolativa delle Regioni, vuoi come frutto autonomo di uno sforzo identitario, vuoi come prodotto eterodiretto dei piani di rientro e delle intese in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Tuttavia il governo del processo di decentramento si è andato trasformando in un sistema di guida a doppi comandi, in cui il centro può sempre riprendere in mano volante, acceleratore e freno. Se in passato il sistema è stato sostanzialmente

⁽¹⁾ Comunicato stampa Regioni: Preoccupazione per effetti legge di stabilità su sanità e trasporto pubblico locale. Richiesto incontro urgente al Presidente del Consiglio, 20 dicembre 2012, reperibile sul sito della Conferenza delle regioni e delle province autonome, all'indirizzo http://www.regioni.it/it/show-regioni_preoccupazione_per_effetti_legge_di_stabilit_su_sanit_e_trasporto_pubblico_locale_richiesto_incontro_urgente_al_presidente_del_consiglio/news.php?id=281275 .

⁽²⁾ Comunicato stampa Regioni: Sanità: Regioni, creare le condizioni per il nuovo Patto per la Salute 2013-2015, 13 dicembre 2012, http://www.regioni.it/it/show-sanit_regioni_creatore_le_condizioni_per_il_nuovo_patto_per_la_salute_2013-2015/news.php?id=280257 ; comunicato stampa di Errani, Evitare iniziative unilaterali, prima confronto con Monti su sostenibilità servizio sanitario nazionale, 30 dicembre 2012, reperibile sul sito della Conferenza delle regioni e delle province autonome, all'indirizzo http://www.regioni.it/it/show-sanit_errani_regioni_evitare_iniziative_unilaterali_prima_confronto_con_monti_su_sostenibilit_servizio_sanitario_nazionale/news.php?id=281811 .

accettato dalla periferia - anche se non tutte le Regioni hanno ottenuto la patente - nel 2012 si è determinato un parziale stallo nei rapporti intergovernativi e la situazione per il prossimo futuro non appare migliore. Infatti pende sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) la spada di Damocle dei tagli di spesa, per il triennio 2013-2015 di riferimento del nuovo Patto circa 30 miliardi complessivamente.

Di seguito, sinteticamente, si considera lo sviluppo delle relazioni intergovernative e si esaminano i principali interventi recenti nel campo della sanità attuati dalle Regioni e dal Governo (con particolare riferimento alle manovre di finanza pubblica dell'ultimo biennio), per fare il punto sulle politiche sanitarie in Italia negli anni della crisi e comprendere la natura delle sfide che il SSN si troverà ad affrontare.

2. L'oscillazione del pendolo tra differenziazione e centralismo.

A vent'anni dalla riforma del 1992-93, che ha favorito una notevole differenziazione nei Servizi Sanitari Regionali (SSR), e a più di dieci dalla Riforma costituzionale in senso federalista, si osserva un'abbondante attività delle Regioni in campo sanitario. Il Rapporto sulla legislazione tra Stato, Regioni e Unione Europea consente di monitorare gli interventi fino al 2011 ⁽³⁾.

Le politiche regionali appaiono molto differenziate se esaminate su un orizzonte temporale breve, come l'anno, meno se si estende tale orizzonte ⁽⁴⁾. Nel 2011, in particolare, sembra che l'eterogeneità dei provvedimenti sia aumentata rispetto all'anno precedente, tuttavia in parte questo sembra discendere dalle diverse scelte adottate sui tempi di realizzazione di alcuni interventi. Infatti due elementi spingono all'uniformità: da un lato i piani di rientro, dall'altro le intese/accordi Stato-Regioni.

La letteratura sul federalismo identifica tra i suoi possibili vantaggi la possibilità di sperimentare modelli di gestione che, se risultano efficienti, possono essere poi "importati" da altri enti territoriali ⁽⁵⁾. Nel nostro Paese alcuni meccanismi e strumenti di regolazione hanno dato buoni frutti nelle Regioni che per prime li hanno applicati - generalmente quelle più avanzate economicamente e con maggiori capacità di gestione, oltre che con maggiore desiderio di autonomia -, e poi sono stati "trasferiti" ad altre Regioni, un po' perché queste ultime ne hanno colto la validità, un po' per la pressione del Governo, che ha

⁽³⁾ ISSIRFA-CNR (a cura di), *Tendenze e problemi della legislazione regionale*, in *Camera dei deputati-Osservatorio sulla legislazione, Rapporto sulla legislazione tra Stato, Regioni e Unione europea*, Roma, anni vari.

⁽⁴⁾ S. GABRIELE (2012) *Tendenze della sanità regionale*, in *Camera dei deputati-Osservatorio sulla legislazione, Rapporto 2012 sulla legislazione tra Stato, Regioni e Unione europea*, Parte II, *Tendenze e problemi della legislazione regionale* (a cura dell'ISSIRFA-CNR), Roma, novembre, 2012.

⁽⁵⁾ G. FRANCE, *'Laboratori del federalismo' e miglioramento del servizio sanitario nazionale*, in ISSIRFA-CNR, *Quinto rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia*, Edizioni Giuffrè, Milano, luglio 2008.

usato varie forme di leva finanziaria ⁽⁶⁾ (incentivi e/o sanzioni) per forzare la riorganizzazione dei sistemi ⁽⁷⁾. In particolare i piani di rientro (legge finanziaria per il 2005 e successive modifiche), che vengono concordati con il Governo, comprendono molte misure che sono state già “collaudate” da alcune Regioni. Allo stesso tempo, in sede di Conferenza Stato-Regioni vengono adottati accordi e intese volte a perseguire obiettivi di miglioramento del servizio (ad esempio l’intesa sul Piano nazionale per la prevenzione, o su quello di governo delle liste d’attesa) e a realizzare gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano sanitario nazionale.

L’altra faccia della medaglia dell’attuale “federalismo sanitario”, tuttavia, è che le esigenze di contenimento della spesa, legate alle politiche di austerità ⁽⁸⁾, hanno determinato un rafforzamento del Governo nell’ambito dei rapporti interistituzionali. Trovano oggi fondamento serie perplessità sulla limitazione dell’autonomia regionale, soprattutto alla luce delle norme più recentemente introdotte (addirittura una sorta di possibile deroga ad atti legislativi regionali da parte del Consiglio dei ministri) ⁽⁹⁾, malgrado la sostanziale legittimazione della Corte costituzionale ⁽¹⁰⁾. La stessa applicazione della legge 42/2009 sul federalismo fiscale (d.l.gs. n. 68/2011, nella parte sulla determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario), che non sembra modificare significativamente il meccanismo di riparto delle risorse (ancora fortemente ancorato, di fatto, ad una quota *pro-capite* ponderata), prevede una determinazione del fabbisogno sanitario complessivo compatibile con i vincoli di finanza pubblica e gli obblighi assunti in sede comunitaria, sia pure in coerenza con i LEA: viene dunque adottato un approccio *top down*, che privilegia l’obiettivo di un saldo controllo della spesa.

⁽⁶⁾ G. FRANCE, *Diritto alla salute, devolution e contenimento della spesa: scelte difficili, scelte obbligate*, in ISSIRFA-CNR, *Terzo rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia*, Edizioni Giuffrè, Milano, ottobre 2005.

⁽⁷⁾ S. GABRIELE, N. VICECONTE (2011) *Tendenze della sanità regionale*, in *Camera dei deputati-Osservatorio sulla legislazione, Rapporto 2011 sulla legislazione tra Stato, Regioni e Unione europea*, Parte II, *Tendenze e problemi della legislazione regionale* (a cura dell’ISSIRFA-CNR), Roma, novembre, 2011

⁽⁸⁾ Imposte dalla partecipazione all’Unione monetaria europea adottate soprattutto in seguito alla crisi dei debiti sovrani.

⁽⁹⁾ Il d.l. n. 98/2011, convertito in l. n. 111/2011, prevede nuovi poteri sostitutivi statali: eventuali disposizioni legislative regionali incoerenti con l’attuazione dei piani di rientro (o programmi operativi) saranno segnalate al Consiglio regionale, che deve assumere le conseguenti determinazioni entro i successivi 60 giorni, trascorsi i quali interviene il Consiglio dei ministri, anche con misure normative. Il d.lgs. n. 149/2011 introduce, a partire dal 2014, una sorta di “fallimento politico” (considerato grave violazione di legge) del Presidente di Regione assoggettata a piano di rientro e commissariata, in caso di grave dissesto finanziario (riferito al disavanzo sanitario), con rimozione del Presidente, scioglimento del Consiglio, adozione di altre sanzioni, tra cui l’interdizione decennale del Presidente della Giunta.

⁽¹⁰⁾ Questi aspetti sono analizzati più approfonditamente in S. GABRIELE e N. VICECONTE (2013), *Sanità e tutela della salute*, in *Rapporto sulle Regioni in Italia 2012*, S. MANGIAMELI (a cura di), ISSIRFA, Milano, Gruppo24ore.

3. Le politiche delle Regioni in campo sanitario.

Proprio per la stretta “sorveglianza” cui sono costrette le attività di governo della spesa, sono gli interventi più direttamente rivolti ad obiettivi di tutela della salute che le Regioni riescono a differenziare in misura maggiore, sforzandosi di attuare politiche identitarie ⁽¹¹⁾. Ad esempio quelle che riguardano la scelta delle priorità sanitarie, alcune decisioni sull’organizzazione dei servizi, la qualificazione dell’offerta. Quest’ultima deve ovviamente garantire i LEA, ovvero lo *standard* nazionale, ma l’autonomia si può esprimere, nelle Regioni che se lo possono permettere, anche nella fornitura di prestazioni aggiuntive (a carico della Regione stessa).

Nel concreto ⁽¹²⁾, solo nelle Province autonome e in alcune Regioni senza piano di rientro sono stati rilevati nel 2011 provvedimenti relativi all’offerta di prestazioni aggiuntive, ad esempio nel campo dell’assistenza odontoiatrica. Alcune Regioni tuttavia hanno anche introdotto disposizioni volte a precisare le tipologie di tutela, i percorsi di cura e le forme di sostegno relative ad alcune fasce di popolazione (come gli immigrati) o ai portatori di talune patologie (ad esempio la celiachia). Diverse Regioni hanno definito misure di sostegno economico, contributo o rimborso per specifiche platee di soggetti, quali i malati di SLA, i portatori di handicap, le persone con sofferenza psichica o quelle che hanno subito trapianti (si può ricordare anche la fornitura di *voucher* per i prodotti della prima infanzia).

D’altro canto, non si deve dimenticare che la stessa erogazione dei LEA non è scontata, anzi alcune Regioni all’apposito monitoraggio ⁽¹³⁾ mostrano importanti carenze. In particolare, nel 2010 sei di esse (Molise, Lazio, Sicilia, Calabria, Campania e Puglia) erano in posizione critica (sei anche nel 2009 e tre nel 2008), mentre due (Abruzzo e Liguria) erano adempienti, ma con la necessità di un impegno particolare su alcuni indicatori (tre nel 2009).

In buona sostanza il pacchetto di servizi cui i cittadini hanno accesso (fisico ed economico) nelle singole Regioni, anche a prescindere dalle prestazioni extra-LEA e da alcuni interventi molto specifici di aiuto economico, non è del tutto uniforme, ma dipende da diversi fattori, quali l’organizzazione del SSN, le scelte sulla gestione, i livelli di compartecipazione, le risorse economiche e strutturali disponibili e i relativi limiti e carenze, la capacità manageriale.

Le Regioni, come sopra accennato, intervengono intensamente su questi aspetti. Onde riorganizzare il sistema erogativo, nel 2011 sono state attuate misure per il miglioramento della funzionalità del servizio o di una parte di esso (ad esempio strutturazione per area vasta, accorpamento delle ASL, organizzazione per distretti sanitari e socio-sanitari, rafforzamento dei presidi territoriali di assistenza, oltre a provvedimenti più specifici), per la sistemazione delle reti (rete

⁽¹¹⁾ Si veda S. GABRIELE, 2012, *cit.*

⁽¹²⁾ Le informazioni sui provvedimenti adottati dalle Regioni nel 2011 sono tratte da S. GABRIELE, 2012, *cit.* e, per il confronto con il 2010, anche da S. GABRIELE e N. VICECONTE, 2011, *cit.*

⁽¹³⁾ MINISTERO DELLA SALUTE, *Adempimento “mantenimento dell’erogazione dei LEA attraverso gli indicatori della griglia Lea, Metodologia e Risultati dell’anno 2010*, reperibile all’indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1829_allegato.pdf, 2012.



oncologica, sulle malattie rare, sui punti nascita, sulle cure palliative, per il servizio di emergenza/urgenza, oltre al riordino della rete ospedaliera, su cui si tornerà più oltre), per la gestione delle liste di attesa (in attuazione del Piano nazionale di governo dei tempi di attesa e delle linee guida nazionali), per l'impostazione di accordi, convenzioni e collaborazioni (con altre Regioni, istituzioni centrali o altri enti), per l'attuazione della formazione e la gestione del personale (inclusi i meccanismi per la responsabilizzazione della dirigenza).

Nell'ambito dell'attività di messa a punto della regolazione le Regioni nel 2011 si sono occupate molto della definizione o revisione dei requisiti minimi per l'autorizzazione e per l'accreditamento, operazione rivolta a selezionare le strutture affidabili, ma indirettamente anche a limitare le spese, contenendo il numero di erogatori e comunque attuando il primo passo per individuare i soggetti con cui stabilire accordi contrattuali. Non è stata trascurata la pianificazione dell'attività sanitaria e socio-sanitaria, sia di tipo generale (piani, linee di indirizzo, determinazioni in ordine alla gestione del servizio), sia di tipo più specifico, anche recependo gli indirizzi dettati da specifici accordi Stato-Regione⁽¹⁴⁾. Ulteriori iniziative si sono tradotte nell'adozione di specifici progetti (compresi quelli obiettivo a rilevanza nazionale per attuare il Piano Sanitario Nazionale). Infine, si devono ricordare i piani e programmi di investimento, con particolare riguardo a edilizia e opere pubbliche sanitarie e all'ammodernamento tecnologico, e gli interventi di costruzione, ristrutturazione, adeguamento e riqualificazione degli edifici e miglioramento delle dotazioni tecnologiche.

Nel 2011 si intravede una maggiore propensione ad attuare azioni di prevenzione⁽¹⁵⁾. Gli interventi più numerosi, in questo campo, sono stati probabilmente quelli relativi alla sicurezza delle acque e degli alimenti. Molte anche le iniziative per la predisposizione di campagne vaccinali, per la protezione dell'ambiente, per la promozione della salute (in particolare nei luoghi di lavoro e nelle scuole), per la prevenzione di determinate patologie, mentre alcuni provvedimenti hanno imposto il divieto o la limitazione di specifiche pratiche e altri sono stati rivolti alle attività ispettive, di *audit* e controllo. Inoltre sono stati realizzati alcuni interventi di riorganizzazione e si è operato per rafforzare gli elementi informativi necessari alla tutela della salute, raccolti attraverso *screening*, registri, sistemi di sorveglianza e farmacovigilanza, e per diffondere l'utilizzo delle tecnologie informatiche (si pensi al fascicolo sanitario elettronico). Si osservi che l'informatizzazione e il miglioramento dei flussi informativi sono mirati anche a tenere sotto controllo i dati contabili e a regolare l'accesso di esenti/non esenti (si pensi alla tessera sanitaria o carta dei servizi).

In sostanza, la crisi e le manovre di rientro dal debito non hanno bloccato l'attività regolatoria dei SSR, che anzi si è forse intensificata nel 2011. Tuttavia, gli interventi di riorganizzazione sono stati mirati anche a ridurre i costi, e molte misure sono state rivolte a rafforzare la capacità di governo della spesa, soprattutto nelle Regioni con squilibri di bilancio. Si può ricordare che circa metà delle Regioni ha sperimentato piani di rientro, ma due ne sono uscite; in cinque

⁽¹⁴⁾ In alcuni casi i provvedimenti regionali discendono anche da regolamenti europei (ad esempio nel campo della sicurezza e igiene degli alimenti e del controllo delle aziende alimentari).

⁽¹⁵⁾ Si veda S. GABRIELE, 2012, *cit.*



Regioni si sono avuti Commissari ad acta (affiancati da uno o due sub-commissari). Tra gli interventi più rilevanti impostati nel 2011 per riequilibrare i conti si possono ricordare: quelli adottati per regolare i rapporti con il settore privato (oltre ad autorizzazioni e accreditamenti, fissazione di massimali di spesa e *budget* complessivi, stipula di contratti); quelli rivolti alla razionalizzazione delle reti di offerta, con particolare riguardo al riordino degli ospedali (generalmente con riduzione e concentrazione dei posti letto); quelli per ridimensionare la spesa per acquisti di beni e servizi (attraverso revisione e centralizzazione delle procedure di acquisto, adozione di tetti di spesa, ripensamento dei sistemi di acquisizione dei farmaci ospedalieri); quelli per limitare l'organico e contenere la spesa di personale (il blocco del turn-over è obbligatorio qualora si verifichi un disavanzo sanitario non coperto ⁽¹⁶⁾, ma non è stato realizzato sempre con coerenza) ⁽¹⁷⁾; quelli per contenere la spesa farmaceutica (attraverso accordi con i distributori, volti anche a rafforzare il ruolo della distribuzione diretta, monitoraggio delle prescrizioni, diffusione della tessera sanitaria, regolamentazione delle farmacie, aumento delle compartecipazioni a carico dei cittadini) ⁽¹⁸⁾; quelli per potenziare i flussi informativi, anche utilizzando le moderne tecnologie informatiche; quelli per migliorare l'appropriatezza.

Le Regioni in equilibrio non hanno trascurato il governo della spesa, sia per mantenere l'evoluzione della stessa entro le misure programmate, e per adempiere al Patto per la salute del dicembre 2009, sia per adeguarsi alle successive manovre del Governo, che hanno richiesto un progressivo rafforzamento del rigore, come si vedrà tra poco. Le misure adottate sono caratterizzate da un maggior grado di eterogeneità rispetto al caso delle Regioni soggette al Piano di rientro, e comprendono operazioni di razionalizzazione anche abbastanza ampie, interventi di manutenzione o altri provvedimenti specifici, con particolare attenzione al controllo della spesa farmaceutica e al contenimento di quella per il personale. Nell'applicare le manovre di bilancio decise dal Governo, le Regioni più solide hanno cercato di adattarle alle proprie esigenze: in particolare, la compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini introdotta dalla legge 111/2011 (di conversione del decreto legge 98/2011) nella forma di un "ticket" di 10 euro in misura fissa sulla specialistica in diversi casi è stata rimodulata onde ridurne l'impopolarità e adeguarla a diversi criteri di equità ed efficienza.

Tuttavia la maggior parte delle misure di correzione della spesa già approvate dal Governo non ha ancora trovato applicazione. Nel prossimo paragrafo ci si sofferma appunto sulle manovre decise nello scorso biennio.

⁽¹⁶⁾ Si ricorda che il blocco può essere cancellato quando vengono superate le condizioni che ne avevano causato l'adozione, oppure, ma solo in parte (10%), per garantire i LEA, se le verifiche sui piani di rientro sono superate almeno parzialmente, e che la Regione può chiedere deroghe, a certe condizioni, per gli incarichi ai dirigenti medici di struttura complessa.

⁽¹⁷⁾ CORTE DEI CONTI (2012), *Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica*, maggio 2012 (2012).

⁽¹⁸⁾ Nel 2011 si è verificato un aumento del 34% della spesa farmaceutica a carico degli utenti - in Puglia addirittura del 122%, in Basilicata del 78%, in Campania, Emilia-Romagna e Umbria del 60-70% (dati del Ministero della salute riportati in Corte dei conti, 2012, cit.).

4. Le manovre di finanza pubblica.

Il “Patto per la salute 2010-2012”, sottoscritto in Conferenza Stato-Regioni il 3 dicembre 2009 e recepito dalla l. n. 191/2009, ha confermato, pur con qualche modifica ⁽¹⁹⁾, per il triennio 2010-2012 i meccanismi di controllo della spesa e dei disavanzi già in vigore. Inoltre ha previsto misure volte al contenimento della spesa, in particolare quella di personale e ospedaliera (misure su cui si tornerà tra poco).

Le manovre attuate in seguito hanno toccato il 2011 in misura limitata (1,4 miliardi), ma gli effetti riferiti al 2012 risultano più consistenti (3,5 miliardi) e negli anni successivi l’impatto più che raddoppia e poi triplica, fino ad arrivare ad 11 miliardi a regime (si veda la Tabella).

Le manovre sulla spesa sanitaria realizzate tra il 2010 e il 2012* (milioni di euro)					
	2011	2012	2013	2014	2015
Legge 122/2010 (decreto 78/2010)	1018	1732	1732	1732	1732
Legge 111/2011 (decreto 98/2011)	382	834	3334	6284	6284
Legge 135/2012 (decreto 95/2012)		900	1800	2000	2100
Legge di stabilità 2013			600	1000	1000
TOTALE	1400	3466	7466	11016	11116

* Il documento delle Regioni “Sanità: dalle Regioni un documento per la Commissione sui disavanzi sanitari” (http://www.regioni.it/home_art.php?id=541) ricorda inoltre che il Patto per la salute prevedeva risorse per l’indennità di vacanza contrattuale (466 miliardi l’anno), che non sono state stanziare.

In un primo tempo sono stati adottati soprattutto provvedimenti volti a contenere la spesa di personale e quella farmaceutica (sulle quali peraltro si era già intervenuti ampiamente negli anni passati). Poi è stata accresciuta la compartecipazione a carico dei cittadini sulla specialistica. Quindi le misure di risparmio sono state dirette al ridimensionamento del costo dei beni e servizi e delle prestazioni acquistate dal privato. Infine si è intervenuti ancora per la razionalizzazione della rete ospedaliera.

Più in dettaglio, considerando gli interventi principali, si può ricordare che è stato ulteriormente prorogato (fino al 2015) il tetto di spesa per il personale introdotto dalla legge finanziaria per il 2007 (pari alla spesa del 2004 ridotta dell’1,4%), già protrato dal Patto per la salute e dalla legge finanziaria per il

⁽¹⁹⁾ Si veda S. GABRIELE e N. VICECONTE (2013), *op.cit.* Va ricordato soprattutto che la soglia di squilibrio economico che implica l’obbligo automatico di predisporre il piano di rientro è stata ridotta al 5% e che per le Regioni inadempienti nel risanamento del *deficit* sono state previste ulteriori maggiorazioni di imposte e la decadenza dei direttori generali, sanitari e amministrativi delle Asl.



2010; sono stati congelati i trattamenti economici accessori ai livelli del 2010 per gli anni 2011-2013 (con possibile estensione al 2014), anche con riguardo al personale convenzionato (e comunque è prevista la rideterminazione automatica dei fondi per la contrattazione integrativa a seguito della cessazione del personale in servizio); sono stati bloccati i rinnovi contrattuali (e quelli delle convenzioni) per il triennio 2010-2012. Per quanto concerne la spesa farmaceutica, il tetto stabilito per quella territoriale, inizialmente pari al 14% del finanziamento ordinario al SSN ⁽²⁰⁾, è stato abbassato progressivamente (al 13,3% dal 2010, al 13,1% nel 2012 e all'11,35% dal 2013) e sono stati rivisti i criteri di ripartizione del ripiano tra le regioni. Inoltre sono stati introdotti un extra-sconto a carico delle farmacie (pari all'1,82% da maggio 2010, divenuto 2,25% dal luglio 2012) ⁽²¹⁾, e un rimborso a carico delle aziende farmaceutiche (1,83%, divenuto 4,1% dal luglio al dicembre 2012). E' stata poi prevista l'introduzione di un nuovo sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco a partire dalla metà del 2013 ⁽²²⁾. E' stata inoltre spostata una parte dei prodotti dalla farmaceutica ospedaliera a quella territoriale, in modo da ricondurla nell'ambito del meccanismo di ripiano; sono state avviate procedure per il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni ⁽²³⁾; è stato fissato un prezzo massimo di rimborso per i farmaci equivalenti (con la differenza posta a carico del cittadino); sono state previste nuove misure di compartecipazione e nuovi interventi sulla farmaceutica ospedaliera che dovrebbero entrare in vigore a partire dal 2014.

Infatti, con il decreto legge 98/2011, convertito in legge 111/2011, oltre a introdurre il *ticket* di 10 euro per ricetta su visite ed esami specialistici, sono stati pianificati 2,5 e 5,45 miliardi di risparmi rispettivamente per il 2013 e il 2014, che dovranno essere ottenuti attraverso misure da definire in accordo con le Regioni. In assenza di accordo sono previsti aumenti della compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni ⁽²⁴⁾ e tagli automatici sull'assistenza farmaceutica e sugli acquisti di beni e servizi, di dispositivi medici e di prestazioni. Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica il decreto, corretto

⁽²⁰⁾ Ridotto al 13,6% per il 2009 per contribuire alla copertura del costo degli interventi urgenti a seguito del sisma in Abruzzo. Si ricorda che è prevista l'attribuzione di un *budget* ad ogni azienda e viene richiesto il ripiano degli eventuali sforamenti ai produttori e alla distribuzione, attraverso riduzione dei prezzi o *pay back* (cioè versamenti in contanti).

⁽²¹⁾ Sono state anche modificate le quote di spettanza sul prezzo dei farmaci dei due livelli della distribuzione, grossisti e farmacie, a favore delle seconde.

⁽²²⁾ Il nuovo metodo avrebbe dovuto essere definito con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, sulla base di un accordo tra le associazioni di categoria maggiormente rappresentative e l'Agenzia italiana del farmaco, e in caso di mancato accordo si sarebbe dovuto provvedere comunque da parte del Ministero. Un accordo tra associazioni di categoria e AIFA è stato raggiunto nello scorso mese di ottobre, tuttavia il Ministero della salute non lo ha fatto proprio, proponendo un diverso schema di decreto.

⁽²³⁾ Anche attraverso la tessera sanitaria e con disposizioni volte a enfatizzare l'indicazione del principio attivo piuttosto che del marchio.

⁽²⁴⁾ Tuttavia la Corte costituzionale, con sentenza n. 187/2012, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 17, comma 1, lettera d), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, come convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, nella parte in cui prevede che le misure di compartecipazione siano introdotte con regolamento.



dal successivo decreto legge 95/2012, convertito in legge 135/2012, prevede un aumento al 3,5% del tetto della spesa ospedaliera ⁽²⁵⁾, ma anche per quest'ultima introduce un meccanismo di ripiano da parte delle aziende farmaceutiche, in misura pari al 50% (il rimanente 50% resta a carico delle regioni).

Per quanto concerne invece le acquisizioni di beni, servizi e prestazioni, con il decreto 98/2011 e poi con i provvedimenti relativi alla cosiddetta *spending review* (decreti legge 52/2012 e 95/2012) sono state introdotte norme sempre più stringenti. Tuttavia è stata ribadita la possibilità di ridefinire e rimodulare le misure di correzione, a parità di effetto sui saldi di bilancio, attraverso il Patto per la salute 2013-2015, che avrebbe dovuto essere stipulato entro il 15 novembre 2012 (legge 135/2012). I decreti prevedono i seguenti principali interventi: obbligo di rinegoziare i contratti ⁽²⁶⁾ in presenza di un prezzo superiore del 20% a quello di riferimento determinato dall'Osservatorio dei contratti pubblici ⁽²⁷⁾, o in alternativa di recedere, senza oneri, in deroga al codice civile; riduzione immediata del 5% nel 2012 e del 10% dal 2013 degli importi e connesse prestazioni di tutti i contratti di appalto e fornitura di beni e servizi (esclusi i farmaci) ⁽²⁸⁾; in aggiunta, riduzione in misura fissa dell'importo e dei volumi di tutti i singoli contratti e accordi vigenti nel 2012 per acquisti di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in modo da ridurre la spesa annua dello 0,5% nel 2012 rispetto al 2011, dell'1% nel 2013 e del 2% dal 2014; fissazione di un tetto alla spesa per i dispositivi medici (4,8% per il 2013 e 4,4% dal 2014), con eventuale sforamento a carico delle Regioni, qualora non siano in equilibrio finanziario; indicazione di una procedura d'urgenza per determinare le tariffe massime applicabili dalle Regioni per la remunerazione delle strutture accreditate che erogano servizi di assistenza ospedaliera e ambulatoriale ⁽²⁹⁾; definizione di regole e strumenti volti a favorire la centralizzazione e correttezza delle procedure di acquisto ⁽³⁰⁾. Non si dimentichi inoltre che le amministrazioni regionali commissariate sono sottoposte all'intervento del Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi, che ha il compito di definire l'ammontare di tale

⁽²⁵⁾ Precedentemente pari al 2,4% del finanziamento ordinario al netto della distribuzione diretta, con sforamento a carico della regione, a meno che questa non consegua l'equilibrio finanziario complessivo.

⁽²⁶⁾ Relativi anche a dispositivi medici, individuati dall'AGENAS, farmaci ospedalieri, prestazioni e servizi sanitari e non sanitari con impatto significativo sui costi del SSN.

⁽²⁷⁾ Tenendo anche conto delle eventuali convenzioni Consip e delle analisi effettuate dalle centrali regionali per gli acquisti.

⁽²⁸⁾ Salva la possibilità di adottare misure alternative per salvaguardare i LEA, purché sia garantito l'equilibrio economico-finanziario.

⁽²⁹⁾ Eventuali maggiori tariffe utilizzate a livello regionale restano a carico delle stesse, a meno che non siano in equilibrio economico-finanziario.

⁽³⁰⁾ Si è attribuito al MEF il compito di attivare un piano per centralizzare gli acquisti di beni e servizi da parte delle pubbliche amministrazioni, compresi gli enti del SSN, attraverso l'ampliamento dell'uso del sito per gli acquisti in rete e del sistema informatico di negoziazione, anche avvalendosi di Consip; è stato rafforzato il ruolo delle piattaforme telematiche anche delle centrali di committenza regionali; si è intervenuti sulle procedure per attuare gli acquisti, la cui regolarità viene considerata parte degli adempimenti richiesti alle Regioni ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo.

voce di spesa per le amministrazioni pubbliche, e ha responsabilità di supervisione, monitoraggio e coordinamento dell'attività di approvvigionamento di beni e servizi, tenendo anche conto dei processi di razionalizzazione in atto ⁽³¹⁾.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, lo standard di posti letto è stato ridotto ad un massimo del 3,7 per mille abitanti (rispetto al 4 indicato come obiettivo dal Patto per la salute) ⁽³²⁾, di cui 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza; è stato deciso che almeno la metà del taglio vada a colpire il settore pubblico.

Il decreto legge 95/2012, dall'ottimistico titolo "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", è stato presentato come un provvedimento che avrebbe toccato principalmente i ricavi dei fornitori delle prestazioni, costretti a subire revisioni dei contratti e un ridimensionamento del fatturato, ma la manovra incide anche sulle prestazioni previste nei contratti di fornitura di beni e servizi, nonché sui volumi delle prestazioni specialistiche e ospedaliere acquistate da privati accreditati, oltre a richiedere una riduzione dei posti letto (anche nel settore pubblico): appare dunque molto plausibile che ricontrattazioni e tagli finiranno per riguardare anche le quantità e i servizi forniti.

Per di più i provvedimenti, se da un lato delineano alcune impostazioni volte a migliorare, ad esempio, le procedure di acquisto, dall'altra richiedono tagli lineari, uniformi per tutti i tipi di contratto e tutte le regioni, che sembrano sconfessare il faticoso processo di miglioramento dell'efficienza che si sta svolgendo, in maniera non omogenea, nei territori. Il paracadute, rispetto a questo processo, dovrebbe essere rappresentato dalla possibilità di rivedere le misure con il Patto per la salute, ma i tempi limitati e i risparmi ingenti hanno reso difficile arrivare a gestire le misure di risparmio attraverso un processo condiviso. La scadenza della metà di novembre per il nuovo Patto per la salute è già stata sfiorata.

5. Conclusioni.

Come si è visto, le manovre di bilancio colpiranno il SSN con effetto ritardato. La scelta operata può apparire bizzarra, se si considera che non si tratta di una progressiva messa a regime di provvedimenti già avviati (come nel caso dei risparmi sulla spesa pensionistica), ma di un rinvio del momento di attuazione degli interventi. Evidentemente questa scelta suggerisce una qualche debolezza da parte del Governo, che probabilmente ha adottato la tattica del ritardo per vincere le resistenze che si sarebbero opposte ai tagli. In effetti, sulla difesa della spesa sanitaria si possono coalizzare gli interessi dei produttori privati di beni e servizi, del personale dipendente e convenzionato, delle Regioni, dei cittadini. L'elevata

⁽³¹⁾ Si possono ancora ricordare il divieto d'intraprendere o proseguire azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni sottoposte a piani di rientro, prorogato fino al 2013, e l'applicazione alla sanità di alcune norme sulla certificazione e compensazione dei crediti.

⁽³²⁾ Il quale a sua volta abbassava la soglia rispetto al precedente 4,5. Il Patto richiedeva anche una revisione dell'elenco dei DRG ad alto rischio di non appropriatezza.



sensibilità al tema di questi ultimi dipende dal fatto che la tutela della salute rappresenta un bisogno essenziale, e che la presenza in Italia di un servizio pubblico universale costituisce un importante elemento di contenimento della percezione di rischio sociale da parte degli individui, in assenza di altri servizi (quali reddito minimo garantito, ammortizzatori non categoriali) che al contrario sono stati sempre carenti. Tuttavia, è importante distinguere la difesa del SSN dalla garanzia e dal rafforzamento dei livelli di spesa a prescindere dall'efficienza e dall'efficacia della stessa, la tutela dei diritti da quella degli interessi particolari e categoriali. Se questa distinzione è ciò che, lentamente, in Italia si è cercato di operare con le pur snervanti negoziazioni intergovernative, i piani di rientro, il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, i tagli ulteriori oggi richiesti sembrano riflettere un'impostazione diversa, in quanto appaiono difficili da attuare "con invarianza dei servizi ai cittadini" e conservando costruttivi rapporti intergovernativi.

E' stato rilevato che, nella presente fase di *retrenchment* del *welfare*, il federalismo potrebbe svolgere un ruolo favorevole ai programmi sociali ⁽³³⁾ (mentre nella fase di espansione della spesa sociale esso tendeva probabilmente a limitarne la crescita): si vedrà prossimamente se sarà questa la chiave con cui interpretare la battaglia delle Regioni per la coerenza delle risorse con i livelli essenziali di assistenza e, più in generale, contro lo svuotamento delle relazioni intergovernative.

⁽³³⁾ Si veda ad esempio G. BONOLI (2005) *The politics of the new social policies: providing coverage against the new social risks in mature welfare states*, in *Policy and Politics* 33; H. OBINGER, FG CASTLES, S. LEIBFRIED (2005) *Introduction. Federalism and the welfare state*, in: H. OBINGER, FG. CASTLES, S. LEIBFRIED (a cura di), *Federalism and the Welfare State: New World and European Experiences*, Cambridge: Cambridge University Press.