



Nerina

Dirindin

Nella Legge di Bilancio compaiono misure condivisibili, novità promettenti, rinvii tradizionali, contenuti imbarazzanti, silenzi assordanti e molta conservazione. La legge non affronta il tema del personale sanitario, ignora (o quasi) il macigno del divario Nord-Sud nell'offerta di servizi, non interviene sul superticket. Un comma elimina il vincolo di destinazione alle risorse stanziato per l'assistenza sanitaria agli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale. Ma vi sono anche buone notizie: dopo tanti anni si registra la ripresa degli investimenti nell'edilizia sanitaria e nell'ammodernamento tecnologico e la nuova disciplina della *governance* della spesa farmaceutica.

---

**Che cosa ci si poteva aspettare dalla prima legge di Bilancio approvata dal Governo giallo-verde?** Difficile indicare quali cambiamenti avrebbero potuto essere considerati prioritari da entrambe le forze di governo e quali avrebbero potuto essere concretamente previsti in una situazione così delicata dal punto della finanza pubblica. Ancor più difficile immaginare quale attenzione il Governo avrebbe potuto riservare alle politiche per la salute, troppo complesse per essere utilizzate per creare consenso.

**Ugualmente difficile analizzare una legge che risente inevitabilmente della concitazione con la quale è stata scritta e approvata.** Fra i commi relativi al welfare compaiono misure condivisibili, novità promettenti, rinvii tradizionali, contenuti imbarazzanti, silenzi assordanti e molta conservazione. La legge non affronta il tema del personale sanitario, ignora (o quasi) il macigno del divario Nord-Sud nell'offerta di servizi, non interviene sul superticket né sulla gratuità dei contraccettivi (un tema caro al M5S). Un comma (il 487) si esercita nell'escludere gli extracomunitari dai destinatari della Carta della famiglia, una carta che non costa alle finanze pubbliche ma permette di accedere agli sconti riconosciuti alle famiglie numerose dagli esercizi commerciali o dagli erogatori di servizi.

Un altro comma (il 546) elimina il vincolo di destinazione alle risorse stanziato per l'assistenza sanitaria agli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale. Norme che hanno (probabilmente) un valore poco più che simbolico, ma che sottolineano la visione del nuovo governo: un welfare *divisivo*, nel senso che divide i destinatari delle politiche sulla base della loro provenienza geografica. Un pericolo, per un Paese ancora troppo diseguale al proprio interno.

### **Sulle politiche per la salute, la legge di bilancio contiene alcune buone notizie.**

**La prima buona notizia è la conferma per il 2019 del finanziamento per il Ssn, già previsto a legislazione vigente: 114.439 milioni di euro (comma 514) - Tabella 1.** A tale cifra va sommato il finanziamento aggiuntivo destinato alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi pari, rispettivamente, a 164 e 500 milioni a decorrere dal 2019, nonché le variazioni di minore entità previste dalla legge di Bilancio per il 2019[1]. Il finanziamento continua a risentire della decurtazione di 604 milioni a carico delle Regioni a statuto ordinario per effetto del mancato contributo alla finanza pubblica delle Regioni a statuto speciale (comma 394, della legge di stabilità per il 2017), una questione complessa ma che in tempi di regionalismo differenziato dovrebbe insegnarci quanto sia difficile ottenere solidarietà da chi è titolare di un trattamento privilegiato.

#### **Tabella 1.**

##### **Finanziamento del Fabbisogno nazionale standard cui concorre lo Stato (mln euro)**

	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
L.323/2016 (L.B. 2017)	113.000	114.000	115.000		
D.MEF-Salute 5/6/17- contributo RSO per RSS	-423	-604	-604		
L.172/2017 - sconto farmacie		9,2	9,2		
L. 205/2017 (L.B. 2018) - compens. dirigenza			30		
L. 205/2017 (L.B. 2018) - riduz FVG per OPG		-1,12	-1,12		
L. 4/2018- minori orfani crimini domestici		0,056	0,064		
L. 145/2018 (L.B. 2019)				2.000	3.500
<b>Totale</b>	<b>112.577</b>	<b>113.404</b>	<b>114.439</b>	<b>116.439</b>	<b>117.939</b>

<i>var. % su anno precedente</i>	-	+0,7	+0,9	+1,7	+1,3
<i>var % Pil su anno precedente</i>	+1.6	+1,0	+1,0		

**Per gli anni 2020 e 2021, l'incremento del finanziamento è subordinato alla stipula, entro fine gennaio 2019, di una intesa in Conferenza Stato-Regioni per il Patto per la salute 2019-2021** (comma 515 e 516). L'obiettivo è prevedere misure di programmazione, miglioramento della qualità delle cure ed efficientamento dei costi. Sono indicati in particolare interventi quali la revisione del sistema dei ticket, la valutazione dei fabbisogni del personale, la razionalizzazione delle reti ospedaliera e territoriale, l'implementazione dei sistemi informativi, l'ordinata programmazione del ricorso agli operatori privati accreditati<sup>[2]</sup> e la promozione della ricerca. Si tratta di aspetti cruciali per il futuro del Ssn, alcuni attesi addirittura da anni (come la revisione dei ticket), che difficilmente potranno essere affrontati in modo adeguato entro la fine di gennaio ma sui quali Governo e regioni dovranno impegnarsi seriamente se non vorranno ripetere gli insuccessi del passato.

**La seconda buona notizia è la ripresa degli investimenti (comma 555). Il programma di interventi in edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico (cosiddetto articolo 20 della l. 67/88) è ri-finanziato con ulteriori 4 miliardi di euro.** L'ultimo rifinanziamento risaliva al 2009. Come noto la carenza di risorse per gli investimenti costituisce un elemento di grande debolezza per la sanità pubblica: il degrado di molte strutture sanitarie, il mancato rispetto delle norme di sicurezza e l'obsolescenza di alcune dotazioni tecnologiche mettono a rischio la qualità dei servizi oltre che la credibilità delle istituzioni. La scommessa è che sia possibile avviare procedure in grado di consentire, in tempi ragionevoli e con criteri rigorosi, la progressiva riqualificazione dei servizi senza dover ricorrere ai costosi progetti di finanziamento privato. La normativa prevede che le nuove risorse siano destinate prioritariamente alle regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui fondi precedentemente messi a disposizione. Il criterio è assolutamente condivisibile, ma non va trascurata la necessità di prevedere specifiche modalità per sostenere le regioni che si sono dimostrate fino a oggi incapaci di utilizzare i fondi disponibili, pena l'aumento dei divari interregionali. Con un comma che replica la (discutibile) prassi di riservare quote di finanziamento a singoli destinatari, il comma 559 prevede che 25 milioni siano destinati al CNAO (Centro nazionale di adroterapia oncologica).

**La legge di bilancio per il 2019 interviene (e questa è la terza buona notizia) su**

**alcuni importanti aspetti della *governance* della spesa farmaceutica, relativi in particolare al sistema dei rimborsi (*pay-back*), dei tetti di spesa e della negoziazione dei prezzi dei farmaci** (commi 553, 554, 574-584). La nuova disciplina si propone di superare in via definitiva le difficoltà incontrate, dal 2013 ad oggi, dal Ministero e dall'Aifa che in molti casi non sono riusciti ad ottenere il ripiano degli sforamenti dei tetti di spesa, a carico delle aziende farmaceutiche, a causa di una serie di carenze che hanno alimentato infiniti contenziosi (debolezza della metodologia adottata, inadeguatezza dei dati disponibili, contestazione dei calcoli effettuati, conteggio della spesa per la distribuzione diretta, ecc.). Il nuovo modello punta sulla fatturazione elettronica e precisa gli elementi che consentono di concludere le procedure evitando le incertezze applicative e metodologiche del passato.

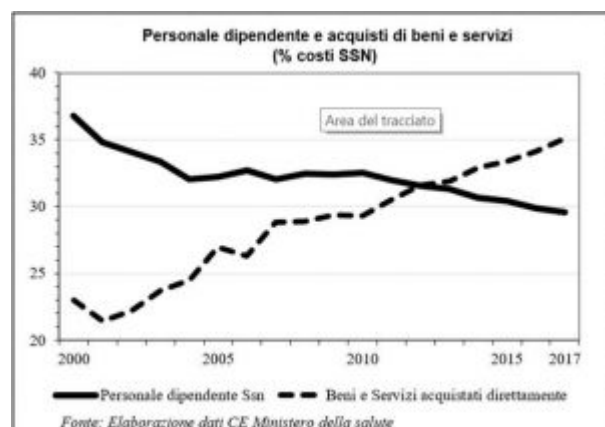
**A queste tre buone notizie se ne aggiunge un'altra: l'aumento del prelievo fiscale sul settore dei giochi** (videolotterie, new slot, giochi a distanza, scommesse, bingo, ecc.). Un provvedimento che dovrebbe dare un gettito di circa mezzo miliardo all'anno, ma soprattutto potrebbe contrastare la continua crescita del gioco (commi 1050 e 1051). È difficile prevedere l'effetto dell'aumento del prelievo e della contemporanea prevista riduzione del *pay-out* (ovvero della percentuale restituita in media ai giocatori sotto forma di premio) ma l'impegno del Governo sul gioco d'azzardo è fondamentale per avviare strategie volte a ridurre le situazioni di dipendenza che colpiscono soprattutto i soggetti più vulnerabili.

**Ma non mancano le cattive notizie.**

**La legge di Bilancio non interviene su uno degli aspetti più critici del sistema sanitario: il personale.** i molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale stanno indebolendo il servizio sanitario in tutte le regioni, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona. **La norma non allenta i vincoli sul personale** (tetto pari alla spesa relativa al 2004 diminuita dell'1,4%), **mette a rischio il rinnovo dei contratti** della dirigenza (atteso da dieci anni), non interviene sulla formazione e l'aggiornamento del personale, non prevede misure finalizzate a far fronte all'impovertimento dei fondi contrattuali necessari per premiare meriti professionali, disagi e innovazioni organizzativo-gestionali. L'unico intervento adottato, certamente importante, è quello volto a contrastare la carenza di professionalità mediche, attraverso l'aumento delle risorse per la formazione dei medici di medicina generale e dei medici specialisti. **Nessuna misura è per contro delineata per superare la carenza di professioni infermieristiche**, carenza registrata nel nostro paese ormai da molti anni, con conseguenti gravi rischi per l'offerta sanitaria. L'assenza di misure sul personale del Ssn

(ma non, ancora una volta, del personale del ministero e degli enti centrali) potrebbe essere motivata dalla necessità di una puntuale valutazione dei fabbisogni, tema inserito fra quelli da definire con il prossimo Patto per la Salute. Il rischio tuttavia è che in attesa di attente valutazioni del fabbisogno di personale il sistema continui a ricorrere alla esternalizzazione dei servizi, all'acquisizione di professionisti pagati a prestazione (o *a gettone*), all'impiego di personale precario, soluzioni che si sono spesso dimostrate più costose e meno adeguate dell'assunzione di personale. La **Figura 1** è sufficientemente eloquente delle dinamiche in atto ormai da troppo tempo: il personale dipendente è sempre più sostituito dall'acquisto di beni e servizi. **La spesa per i dipendenti passa dal 37% del 2000 al 30% del 2017**, mentre l'acquisto dall'esterno passa dal 23% al 25%[\[3\]](#).

**Figura 1. Personale dipendente e acquisti di beni e servizi (2000 e 2017).**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Sul personale si misurerà la volontà del Governo di contrastare concretamente gli attacchi alla sanità pubblica** e di tutelare il diritto all'assistenza in tutto il territorio nazionale, eliminando le differenze nelle dotazioni e nella capacità di garantire i livelli essenziali.

Nerina Dirindin, Università di Torino

## **Bibliografia**

1. La legge di Bilancio prevede 10 milioni all'anno per la formazione dei MMG (comma 518); 25 milioni all'anno per la compilazione e la trasmissione dei certificati di infortunio e malattie professionali (comma 526); 22,5 milioni (che diventano 45 nel 2020, 68,5 nel 2021, 91,8 nel 2022 e 100 milioni dal 2023) per i contratti di formazione specialistica dei medici (comma 521).
2. Mentre si auspica una "ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati", il comma 572 prevede una deroga alle norme sui limiti per l'acquisto di prestazioni specialistiche da soggetti privati da parte della regione Sardegna.
3. Le altre voci di costo, qui ignorate, sono la farmaceutica convenzionata, la medicina convenzionata (stabile) e l'assistenza erogata in regime di accreditamento (che passa dal 15% al 22%).