

di Luciano Fassari

Dpef 2010-2013

## Spesa sanitaria: rischio "boom" nel 2013

Con un tasso di crescita medio del 3,1 per cento annuo toccherà quota 127 miliardi di euro nel 2013. Ma federalismo fiscale e costi standard potrebbero mettere un freno

Sarà una crescita esponenziale quella che caratterizzerà la spesa sanitaria nel prossimo quadriennio secondo il Dpef 2010-2013. Il documento di programmazione economica e finanziaria ha infatti rilevato che, se nel 2008 la spesa si è attestata a 108,747 miliardi di euro, la previsione per il 2009 fa lievitare la cifra a 112,929 miliardi. Sarà di 114,710 miliardi nel 2010, e supererà i 118 nel 2011.

Trend di crescita confermato anche per gli anni 2012 (122,769 miliardi di euro) e 2013 (127,677 miliardi). Le cifre sono il risultato dell'applicazione, per il periodo 2010-2013, di un tasso di crescita medio del 3,1 per cento che tiene conto dei criteri previsti concernenti la spesa per il personale (che nel periodo si incrementa mediamente del 2,4 per cento), gli acquisti di beni e servizi (che registreranno una crescita media della 5,3 per cento) e le prestazioni fornite da produttori in regime di mercato (+ 3,6 per cento). La previsione sconta inoltre gli effetti delle misure di contenimento della spesa varate con le precedenti Leggi finanziarie nonché gli effetti delle manovre contenute nei Piani di rientro. Tuttavia, nonostante le non rosee previsioni, il Dpef precisa che "è intenzione del Governo assicurare il completamento del risanamento dei budget sanitari delle Regioni in disavanzo". E la vera partita per il controllo della spesa sanitaria, sempre secondo il Ministero dell'Economia, dovrebbe giocare con l'avvio del federalismo fiscale e l'individuazione dei costi standard dei servizi. Dal federalismo, infatti, dovrebbero arriva-

re "generose economie di spesa" generate "dalla diffusione sul territorio nazionale delle best practice osservate nella gestione dei servizi pubblici". Risparmi di cui, però, "prudenzialmente non si è tenuto conto nella definizione dello scenario programmatico". Questo potrebbe spiegare la differenza tra la previsione di spesa sanitaria del Dpef e l'attuale stanziamento previsto dall'art.79 della manovra economico finanziaria del luglio 2008, che fissava in 103.945 miliardi il finanziamento per il Ssn nel 2010 (- 10,7 mld rispetto al tendenziale) e in 106.265 miliardi per il 2011 (- 12 mld rispetto al tendenziale).

### Non solo Dpef

Quest'estate ha visto infatti la luce anche il Decreto legge 78/09, la cosiddetta Manovra d'estate, dove non mancano le novità anche per il capitolo sanità. In verità, molti provvedimenti hanno la natura della proroga per la stipula di accordi. Tuttavia altri rappresentano interventi di natura

programmatica al fine di rendere il SSN più equo e sostenibile. È contenuta nel testo la proroga al 15 settembre 2009 (dal 31 ottobre 2008) del termine per la stipula della specifica intesa tra Stato e Regioni (Province autonome), cui è subordinato il finanziamento integrativo al Ssn a carico del bilancio dello Stato,

### Spesa in salita ma "è intenzione del Governo assicurare il completamento del risanamento dei budget sanitari delle Regioni in disavanzo"

previo raggiungimento dei programmati obiettivi di riorganizzazione delle strutture sanitarie e di contenimento dei costi del relativo settore. Inoltre, l'intesa dovrà confermare, per il 2010 e 2011, le anticipazioni a titolo di premialità in favore delle regioni adempienti. Vi è pure lo spo-

stamento, sempre al 15 settembre 2009, del termine ultimo per la stipula dell'intesa, pena l'intervento del Welfare e dell'Economia, per la fissazione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, utili a garantire uniformità su tutto il territorio nazionale dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria. La

normativa prevede comunque, in caso di mancata intesa entro il termine sovra citato, il mantenimento nella misura del 7% dello standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale rispetto al finanziamento ordinario e alle entrate regionali, al cui raggiungimento scatta obbligatoriamente la sottoscrizione dei piani di rientro.

Si introducono anche nuovi adempimenti regionali. Gli Enti territoriali dovranno trasmettere entro il 30 settembre 2009, e comunque con cadenza annuale, un

provvedimento ricognitivo delle prestazioni aggiuntive rispetto ai Lea, con indicazione della specifica provenienza del finanziamento non a carico del Ssn e l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, previa fissazione di criteri con decreto del Welfare, sentite le Regioni, da emanarsi entro il 31 ottobre prossimo.

Viene istituito presso l'Economia, un fondo di 50 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2009, (alimentato da un contributo annuo fisso) a favore dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù.

Sarà istituito un fondo con dotazione pari a 800 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010 destinato a interventi relativi al settore sanitario. La sua definizione sarà definita da apposito decreto del Ministro del lavoro, salute e politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia, sentita la Conferenza Stato-regioni. Sempre a partire dal 2010 lo Stato ridurrà il finanziamento della spesa farmaceutica nell'ordine di 800 milioni di euro e in termini percentuali nella misura del 13,3 per cento a decorrere sempre dal 2010.

Ultima novità riguarda le Visite fiscali (articolo 17, commi 23 e 24). Saranno pagate dalle Usl, che avranno per questo fine un finanziamento ulteriore, considerato come gli accertamenti medico-legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia effettuati dalle aziende sanitarie locali su richiesta delle amministrazioni pubbliche interessate rientrano nei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale. Torna, poi, di 4 ore la reperibilità a casa del personale pubblico malato: dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 17 alle ore 19. **Y**

► oculista 30%, infermiere 23%). Gli specialisti, invece, interagiscono in media con altri 3,5 professionisti (almeno un infermiere nel 48% dei casi, diabetologi nel 34% e poi nefrologi, cardiologi e dietisti). Da evidenziare come dall'analisi emerga che gli specialisti non sono soliti contattare i mmg. La comunicazione avviene prevalentemente attraverso lettere portate dai pazienti o attraverso il telefono, ma tra specialisti vi è anche un 45% di scambi tra professionisti che avvengono faccia a faccia.

**BPCO.** L'indice sintetico medio di integrazione professionale per il percorso della BPCO è di 3,06 e, anche in questo caso, più elevato negli specialisti (3,65) che nei mmg (2,39). Tutti i mmg si relazionano in linea di massima con pneumologi e in misura molto minore con in-

fermieri (31%) e con cardiologi (23%). Comunicano tra di loro prevalentemente attraverso lettere portate dai pazienti, ma a differenza che nei casi di diabete, i mmg sono soliti indirizzare i pazienti verso la struttura e non verso uno specifico professionista, segno di una relazione professionale meno forte. Il 58% degli specialisti, in media, si relaziona con pneumologi, il 45% con l'infermiere, il 27% con il cardiologo e il 16% con il mmg. Anche in questo caso, la modalità più frequente di relazione è l'incontro fisico (46%).

**Tumore.** L'indice sintetico è di 3,17 (3,68 per gli specialisti e 2,69 per i mmg). Il 66% dei mmg si relaziona con un oncologo, il 61% con un infermiere, e circa il 20% con il palliativista e il chirurgo. In questo caso, i professionisti con cui

si relazionano i mmg lavorano principalmente nello stesso Distretto/Dipartimento aziendale, e comunicano tra loro prevalentemente attraverso telefono e incontro fisico, anche se il punto di riferimento verso il quale indirizzare il paziente resta la struttura e non il professionista. Anche gli specialisti si relazionano per il 63% dei casi con il mmg; il 42% con l'oncologo e il 40% con l'infermiere; il 27% con il palliativista, preferendo il telefono.

### La qualità delle cure secondo i pazienti

**Diabete.** L'indice sintetico di continuità delle cure percepita in pazienti affetti da Diabete con danno d'organo è medio alto, pari, lungo una scala da 1 a 5 a 3,52. In particolare, segna un indice di gradimento pari a 4,19 il livello di qualità

percepita nelle relazioni con i professionisti, mentre l'indice più basso (2,18) va alla continuità longitudinale, ossia il livello di frequenza della relazione e dello scambio informativo tra paziente e professionista. Il paziente medio affetto da Diabete con danno d'organo ha poco più di un contatto e mezzo al mese con personale sanitario, viene contattato dalla Ausl 2 volte all'anno, effettua in media 7 esami del sangue e viene visitato più di una volta al mese da medico e infermiere.

**BPCO.** L'indice sintetico di continuità delle cure percepita dai pazienti con insufficienza respiratoria grave connessa a BPCO è di 3,45. Il paziente ha in media un contatto e mezzo al mese con personale sanitario, viene contattato dalla Ausl due volte all'anno, effettua circa 6 esami del sangue all'anno e ri-

ceve visite da parte di medico o infermiere poco più di una volta al mese

Anche in questo caso, il valore più basso è dato dall'indice medio di continuità longitudinale (2,16) e il più alto da quello di qualità delle relazioni (4,12).

**Tumore.** L'indice sintetico è di 4,42, con valori superiori al 4 per tutte le voci. L'indice medio di continuità longitudinale, che nelle altre due patologie era il più critico, segna in questo caso addirittura un 5, cioè il massimo della scala.

Il paziente affetto da tumore ha in media poco più di 4 contatti al mese con personale sanitario, viene contattato dalla Ausl poco più di due volte all'anno, effettua circa 15 esami del sangue all'anno e riceve visite da parte di medico o infermiere poco meno di 3 volte al mese. **Y**