

Una più mirata focalizzazione degli interventi potrebbe attribuire maggiore efficacia alle misure assunte. Resta poi necessaria una più attenta verifica dei risultati ottenuti attraverso strumenti come gli iper ammortamenti, che non sembrano aver conseguito nel recente passato, gli esiti sperati in termini di accelerazione degli investimenti.

Le misure per il Servizio sanitario nazionale

18.

La legge di bilancio introduce misure di rilievo per il settore sanitario, intervenendo sui livelli di finanziamento del fabbisogno cui concorre lo Stato, sugli acquisti di farmaci innovativi e oncologici, sulle regole relative ai tetti di spesa farmaceutica e sui conseguenti regimi di *pay-back*, nonché sul processo di adeguamento delle strutture informative. Nel complesso le misure previste mirano a consentire una gestione migliore del servizio ma anche ad ottenere una maggiore appropriatezza prescrittiva e responsabilizzazione dei soggetti che operano nel settore.

Con l'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio scorso per gli anni 2017 e 2018 gli importi previsti erano rispettivamente pari a 113.063 milioni di euro e 114.998 di euro. Essi sono rideterminati rispettivamente in 113.000 milioni e 114.000 milioni di euro per il prossimo biennio ed in 115.000 milioni per l'anno 2019. Dal 2017 nell'ambito del livello del finanziamento del SSN sono ricomprese le risorse per la costituzione di un Fondo di 500 milioni di euro annui, per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi, nonché di un Fondo di pari importo per il concorso alle regioni del rimborso dei farmaci oncologici innovativi

Per superare le criticità per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale si prevede l'utilizzo dell'infrastruttura e dei dati delle prestazioni già esistenti nel Sistema Tessera Sanitaria evitando duplicazioni di spese per la realizzazione a livello regionale delle medesime infrastrutture e rendendo disponibile ai FSE e ai dossier farmaceutici regionali i dati relativi alle esenzioni dell'assistito, prescrizioni e prestazioni erogate di farmaceutica e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale, certificati di malattia telematici, prestazioni di assistenza protesica, termale e integrativa. Ciò consentirebbe un potenziamento delle informazioni ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in modo tempestivo e completo ma anche un efficientamento dell'impiego delle risorse evitando esami ripetuti e perseguendo l'appropriatezza nelle cure.

Per conseguire una maggiore efficienza ed efficacia dei servizi sanitari regionali si dispone l'aumento in via sperimentale per l'anno 2017 della quota premiale di un ulteriore 0,1 per cento, collegandone l'erogazione al raggiungimento degli obiettivi contenuti in un programma annuale di miglioramento e riqualificazione di determinate aree del servizio sanitario regionale, definito anche sulla base delle valutazioni operate dal Comitato per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in ordine all'erogazione dei LEA.

Si introduce poi un rafforzamento della disciplina dei Piani di rientro degli Enti del SSN, rendendo più stringente la selezione degli Enti: l'obbligo di predisporre un Piano di rientro scatta a fronte di uno scostamento del 5 per cento o pari a 5 milioni di euro in valore assoluto, rispetto allo scostamento del 10 per cento o di 10 milioni di euro ora previsto.

Viene quindi attuata una revisione dei meccanismi che regolano il sistema di gestione della spesa farmaceutica attraverso i tetti alla spesa territoriale (spesa convenzionata + distribuzione diretta e per conto di classe A) e ospedaliera. Essi sono rivisti al 7,96 per cento (del fabbisogno compressivo) per la spesa farmaceutica convenzionata territoriale (contro il precedente 11,3) e al 6,89 per cento

per spesa farmaceutica ospedaliera e a distribuzione diretta (contro il precedente 3,3 per cento). Il provvedimento mira a consentire una maggiore tracciabilità dei dati, utile anche al fine di ridurre i contenziosi con le aziende farmaceutiche in materia di *payback*, che nell'ultimo periodo hanno registrato un notevole aumento. In sostanza fermo restando il complessivo onere a carico del Servizio sanitario nazionale, risponde alle esigenze di un più efficace monitoraggio dei consumi e di tracciabilità dei medicinali nell'ambito della distribuzione finale.

Infine nell'ambito del finanziamento del SSN è prevista una specifica finalizzazione per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei vaccini previsti dal Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV) e per il concorso agli oneri derivanti dai processi di stabilizzazione e assunzione del personale. Nonché misure per armonizzare la disciplina delle procedure pubbliche di acquisto di farmaci biologici a brevetto scaduto

Nel 2017 il finanziamento non muta, quindi, in misura significativa gli importi previsti in base all'Intesa del febbraio scorso. Essi sono ridotti di soli 63 milioni. La correzione netta cresce a circa un miliardo per il 2018 e a poco meno di 3 miliardi a partire dal 2019.

Nell'accordo di febbraio scorso il riferimento al quadro macroeconomico del Def 2015 aveva portato a rivedere gli importi del finanziamento sanitario con ipotesi più favorevoli di quelle che si sono poi effettivamente realizzate. Ciò ha consentito di riassorbire con minor affanno i tagli operati con la finanziaria per il 2016 che le regioni hanno deciso di concentrare sulla sanità. Alla revisione della spesa per 2.352 milioni già considerata nel quadro del Def 2015, sono seguite le ulteriori riduzioni previste per il 2016 (per oltre 2 miliardi con corrispondente riduzione del fabbisogno sanitario nazionale standard) e la decisione, maturata in occasione dell'approvazione dell'Intesa Stato Regioni dello scorso 11 febbraio, di prevedere che, dei risparmi richiesti alle Regioni dalla legge di stabilità 2016, gravino sul settore sanitario 3.500 milioni (dei 3.980 milioni) nel 2017 e 5.000 milioni (sui 5.468 milioni) nel 2018.

Appare congrua la scelta del Governo di non operare nel 2017 una correzione del finanziamento, a ragione degli andamenti inferiori registrati in termini di crescita nominale del Pil, ma di vincolare tale somma ad una delle principali cause di crescita della spesa (i farmaci innovativi). Il ricorso a fondi potrebbe, tuttavia, come avvenuto in passato, esporre al rischio di un immobilizzo delle risorse. Per evitare tale possibilità dovrebbe essere valutata la opportunità di prevedere meccanismi compensativi tra i fondi a fronte di un diverso assorbimento delle risorse.

Il vincolo di destinazione di parte delle risorse e la revisione del sistema dei tetti per la spesa farmaceutica richiederà, tuttavia, un maggiore impegno nel controllo dell'appropriatezza nell'attività prescrittiva. Tale necessità è rafforzata dalla prevedibile riduzione dell'onere che era trasferito sulla filiera produttiva attraverso i meccanismi del *payback* e dalla sottoposizione di un'ulteriore quota del finanziamento al meccanismo premiale in base ad obiettivi attribuiti dal nuovo Comitato LEA.

Come è noto, il funzionamento dei meccanismi che regolano il *payback* è diverso nel caso dell'assistenza farmaceutica territoriale e in quella ospedaliera. Nel primo caso lo sfioramento rispetto al tetto previsto (l'11,35 per cento del finanziamento) è totalmente a carico degli operatori privati (aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti); nel secondo caso lo sfioramento del tetto (3,5 per cento del finanziamento) è per il 50 per cento a carico delle aziende farmaceutiche e per la restante quota delle regioni. Va inoltre osservato come nel caso del *payback* sulla farmaceutica convenzionata gli importi che derivano dalla procedura di ripiano sono assegnati per il 25 per cento alle regioni in proporzione allo sfioramento registrato e per il restante 75 per cento il base alle quote di accesso al finanziamento; mentre quelli relativi all'ospedaliera sono destinati in funzione dello sfondamento.

Con l'inclusione proposta dalla legge di bilancio della spesa per farmaci di classe A in distribuzione diretta tra quelli ospedalieri (nel 2015 oltre 4,4 miliardi circa un quarto della spesa complessiva) e non più tra quelli territoriali e la conseguente modifica delle quote previste per i tetti di spesa (da 11,35 a 7,96 per cento per la territoriale e da 3,5 a 6,89 per cento per l'ospedaliera) si ridimensiona l'onere per il *payback* per le imprese da un lato (oggetto di un forte confronto con i governi nazionale e regionali), mentre si rafforza il compito di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva delle strutture ospedaliere.

Coerenti con il percorso di efficientamento del comparto sono, infine, le disposizioni che mirano ad accelerare la messa a punto di strumenti in grado di gestire al meglio l'assistenza al cittadino (Fascicolo sanitario elettronico) e quelle dirette a rafforzare i meccanismi che portano alla definizione dei piani di rientro nei confronti di aziende con rilevanti squilibri finanziari strutturali.

La legge di stabilità 2016 ha disposto che le Regioni individuino le strutture di ricovero, con squilibri finanziari o difformità nella fornitura dei servizi, da sottoporre a piani di rientro. Le strutture di ricovero e cura (AO, AOU, IRCSS) che presentano uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore al 10 per cento (almeno 10 milioni di euro) e/o il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, devono presentare un piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure necessarie al conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati. Le regioni, una volta verificata l'adeguatezza delle misure previste, approvano il Piano (nel caso delle regioni in piano di rientro, verificandone la coerenza anche con i programmi operativi regionali) e dispongono che, per garantire l'equilibrio del SSR, la Gestione sanitaria accentrata iscriva nel proprio bilancio una quota di fondo sanitario regionale corrispondente alla somma degli scostamenti negativi di cui ai piani di rientro degli enti da corrispondere nel caso di verifica positiva del procedere del piano. Dal 2017, specifici Piani di rientro sono previsti anche nel caso di squilibri riconducibili alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, ovvero ad altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, individuati da leggi regionali.