

DI GIULIO BIGAGLI  
HBI - HEALTH BUSINESS  
IMPROVEMENT

# La devoluzione

**Una panoramica sugli ultimi sviluppi della legislazione in chiave federalista e qualche nota sulle misure adottate dalle Regioni per tenere sotto controllo la spesa farmaceutica**



**L**a recente approvazione della Legge 42 del 5 Maggio 2009 in materia di federalismo fiscale rappresenta senza dubbio un elemento di forte discontinuità nel processo di decentramento di alcuni poteri dal centro alla periferia, la cosiddetta *devolution*.

I principi fondamentali che hanno ispirato il federalismo fiscale sono essenzialmente due:

- ◆ da un lato, il coordinamento dei centri di spesa con i centri di prelievo;
- ◆ dall'altro, la sostituzione della spesa storica, basata sulla continuità dei livelli di spesa raggiunti l'anno precedente, con la spesa standard.

In entrambi i casi gli effetti rischiano di essere veramente notevoli, in positivo e in negativo, in quanto comporteranno automaticamente una maggiore responsabilità da parte degli enti nel gestire le risorse e la definizione di parametri di riferimento per la valutazione della spesa (costi standard). Questi ultimi in particolare, verranno definiti con riferimento alle Regioni o agli enti locali maggiormente virtuosi con effetti significativi per quelle realtà che non manifestano in partenza livelli di efficacia e di efficienza ottimali.

## VENTI MERCATI LOCALI?

La risposta a questa domanda è tutt'altro che scontata anche perché il Governo ha previsto una serie di provvedimenti che porteranno alla piena operatività del federalismo fiscale nell'arco di sette anni (due anni per l'attuazione delle disposizioni di legge e cinque anni di regime transitorio). Il federalismo fiscale introduce un sistema premiante (ma anche sanzionatorio) nei confronti degli enti che assicurano elevata qualità dei servizi e livello di pressione fiscale inferiore alla media degli altri enti del proprio livello di governo a parità di servizi offerti. Sono previsti anche meccanismi automatici sanzionatori degli organi di governo e amministrativi, nel caso di mancato rispetto degli equilibri e degli obiettivi economico-finanziari assegnati alla Regione e agli enti locali, con indivi-

# del sistema sanitario

duazione dei casi di ineleggibilità nei confronti degli amministratori responsabili degli enti locali per i quali sia stato dichiarato lo stato di dissesto finanziario. Infine, per le Regioni con minore capacità fiscale, viene previsto un fondo perequativo assegnato senza vincolo di destinazione che dovrà quindi agire da stabilizzatore. Quale sarà l'impatto per la spesa sanitaria? Nuovamente, la risposta non può essere univoca. Certo è che stante l'elevato impatto della spesa in ambito sanità sui bilanci degli enti locali, si potrebbe pensare che tale manovra acceleri ulteriormente il processo di forte evoluzione verso una migliore programmazione (e controllo) della spesa così come avvenuto negli ultimi cinque-dieci anni. Ma procediamo con ordine e ripercorriamo a tal proposito i principali passi che hanno caratterizzato l'evoluzione del sistema sanitario dalla sua nascita, fino ai giorni nostri, provando anche a ipotizzare i principali trend evolutivi nel breve-medio termine (figura 1). Dunque, il decennio immediatamente successivo alla sua nascita è stato caratterizzato da un pressoché inesistente interventismo (almeno come lo intendiamo oggi) degli enti regionali/locali in tema di sanità e controllo della spesa. Il finanziamento del fabbisogno finanziario avveniva attraverso il ricorso all'indebitamento pubblico e l'attività della pubblica amministrazione in materia di controllo e regolamentazione della spesa si potrebbe qualificare come di mera "amministrazione" del budget a disposizione. In sintesi, presenza di un potere centrale con basso livello di interventismo in termini di norme e regolamenti. I successivi anni Novanta hanno probabilmente il primo vero cambiamento del sistema nazionale (la prima riforma del sistema risale a quegli anni). Due elementi spinsero il Governo del tempo a intervenire in modo forte. Infatti: da un lato, la necessità di rispettare i parametri di Maastricht e, quindi, il forte interventismo per la riduzione del debito e del deficit attraverso la razionalizzazione delle spese dell'amministra-

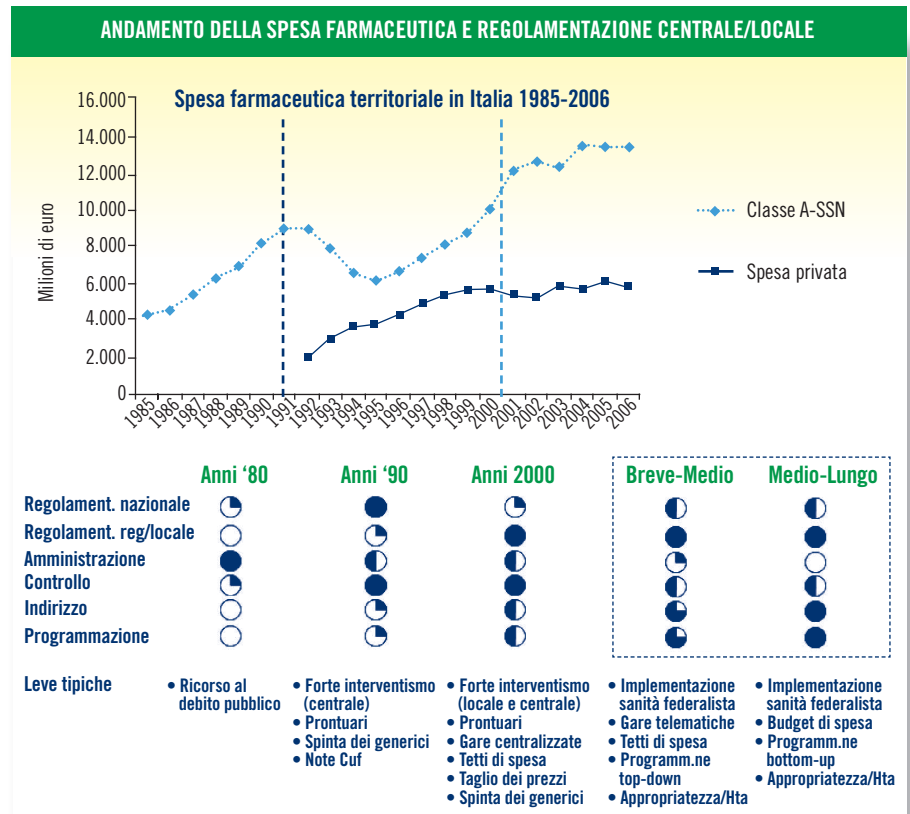


FIGURA 1

Fonte: Hbi - Health business improvement

zione (sanità *in primis*); dall'altro, lo scandalo Poggiolini che causò una forte perdita di fiducia da parte della popolazione. Quindi si assistette a un forte incremento della regolamentazione nazionale e alla diffusione di strumenti e leve per il controllo della spesa. In particolare tale interventismo si concentrò sui consumi di farmaci attraverso l'incentivazione all'uso dei generici, la diffusione delle Note Cuf (oggi Note Aifa) e l'istituzione dei prontuari terapeutici. Utilizzando una terminologia che oggi va particolarmente di moda, potremmo dire che gli anni Novanta si sono caratterizzati per la ricerca di una appropriatezza dei consumi. Gli anni Duemila poi si sono aperti con la seconda grande riforma del Servizio sanitario nazionale e con l'introduzione del federalismo sanitario

(*devolution*). Il contesto, come ricordiamo, si è caratterizzato quindi per un forte interventismo regionale/locale e un minore interventismo centrale. Le Regioni adottano differenti modelli di indirizzo e governo della sanità e, al contempo, si intensificano gli interventi per la riduzione e il contenimento della spesa. Si interviene decretando ripetuti tagli di prezzo dei farmaci, si istituiscono i tetti di spesa, si favorisce la prescrizione di farmaci generici, si introducono nuove modalità distributive dei medicinali (distribuzione diretta e in nome e per conto) e si diffondono modalità di acquisto attraverso gare in equivalenza terapeutica. Gli strumenti di controllo si intensificano e si rendono sempre più sofisticati. Si fa pressione sui prescrittori attraverso l'istituzione di bud-

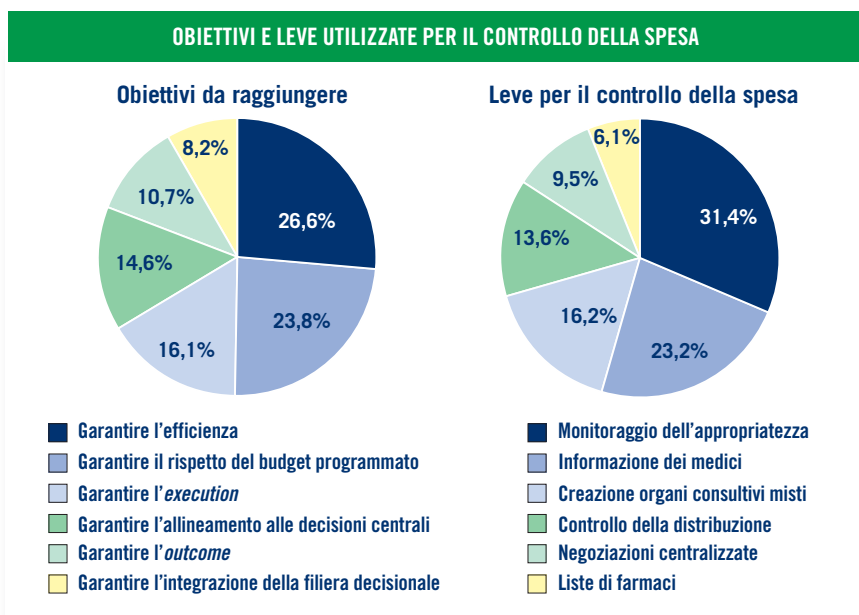


FIGURA 2

Fonte: Hbi - Health business improvement

get di spesa per paziente e incentivi a fronte di una riduzione o contenimento della spesa stessa. In altri termini quindi, gli anni Novanta si sono caratterizzati per la ricerca dell'appropriatezza della spesa. Per il prossimo breve-medio termine i se-

gnali più o meno forti che emergono sembrano evidenziare un'ulteriore accelerazione verso interventi di indirizzo e programmazione più che controllo della spesa. In altri termini, si è capito che intervenire *ex post* a ripianare un eventuale de-

bito rappresenta comunque una manovra non risolutiva dei problemi. Appare quindi più efficace agire a monte sulle determinanti della spesa, innovando le tecniche e intensificando l'utilizzo di strumenti di programmazione più che di controllo. Inoltre, diviene sempre più necessario porre l'attenzione sulla sostenibilità dell'innovazione in campo sanitario che comporta la necessità, per i sistemi sanitari, di risolvere un apparente paradosso: soddisfare una domanda di salute in forte incremento riducendo al contempo la spesa necessaria.

Un passo in avanti potrebbe essere fatto ricorrendo all'*Health technology assessment* (Hta), ovvero a sistemi di valutazione (oggettiva) delle tecnologie sanitarie che combinano analisi dei costi e dell'impatto sui budget con valutazioni del miglioramento in termini di livelli di salute e di qualità della vita. Quello che possiamo immaginarci quindi è un futuro di regolamentazione sempre più locale con ricerca sistematica dell'appropriatezza dei budget (azione al contempo su consumi e su prezzi), attraverso il ricorso ad approcci di pianificazione dal basso (*bottom-up*) che tengano conto delle specificità e dei bisogni di salute locali.

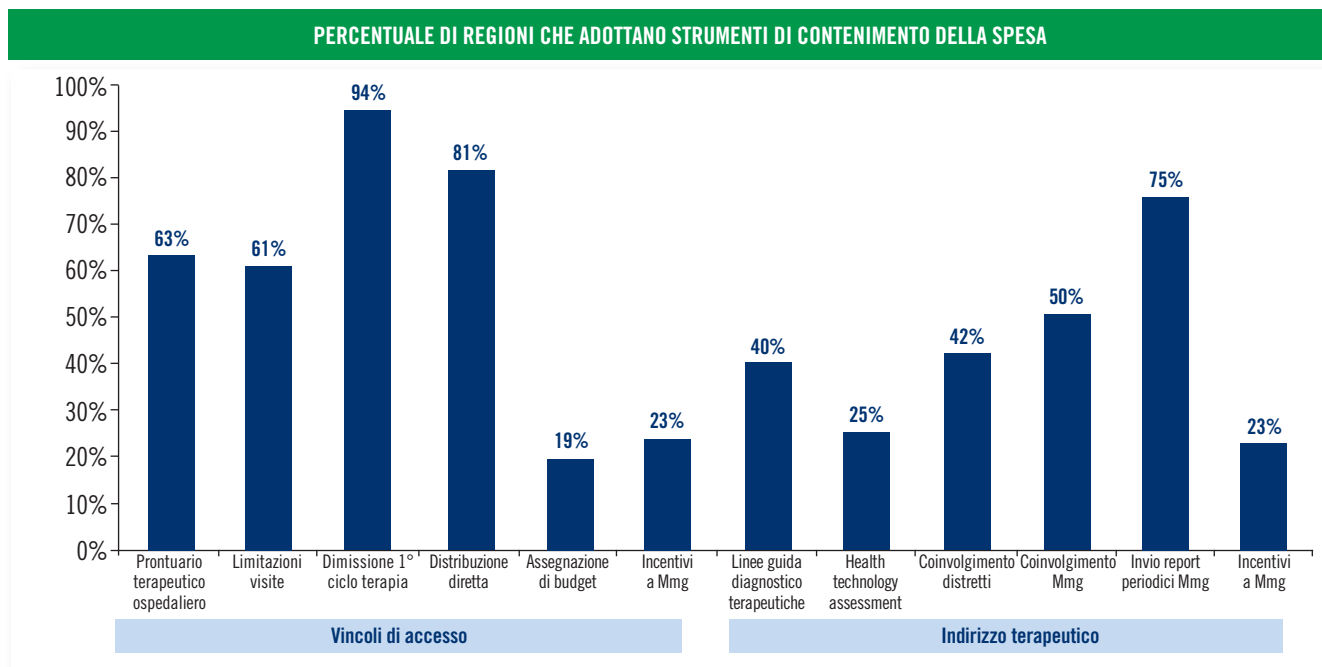


FIGURA 3

Fonte: Hbi - Health business improvement

### UNA ROAD MAP DI AZIONE UNIVOCA

Nel precedente paragrafo ci siamo soffermati a valutare l'evoluzione della spesa e, soprattutto, dei sistemi di indirizzo e controllo della stessa. Vediamo adesso nel dettaglio quali obiettivi e quali leve vengono utilizzati dai diversi sistemi sanitari locali per l'indirizzo e il controllo della spesa. Da una recente indagine di Hbi emerge come l'intento di migliorare il valore del sistema sanitario in termini di miglioramento della salute e contenimento dei costi per quanto forte e condizionale venga ancora declinato in modo fortemente eterogeneo, segno forse di una mancanza di condivisione di una *road-map* di azione univoca e in grado di generare allineamento (figura 2). Per la maggioranza del campione intervistato gli obiettivi principali rimangono ancora quelli di garantire l'efficienza del sistema e il rispetto del budget programmato ma è interessante notare come sia rilevante anche garantire l'*execution* delle decisioni, segno evidente di un persistente gap tra le figure responsabili del processo decisionale e di delibera e quelle responsabili della loro implementazione e attuazione. Per quanto riguarda le leve più comunemente adottate per il controllo della spesa, il monitoraggio dell'appropriatezza (soprattutto prescrittiva) e l'azione informativa sulla classe medica (i prescrittori), rappresentano quelle più frequenti. Anche in questo caso però va sottolineato il ricorso sempre più frequente a organi consultivi misti, segno di una evoluzione culturale verso approcci di valutazione multidisciplinari al fine di rendere strutturali e sistematici gli interventi di contenimento.

Dunque l'eterogeneità degli obiettivi e delle leve di controllo consente di trovare una possibile spiegazione al ricorso disomogeneo a tutta una serie di strumenti per l'indirizzo e il contenimento della spesa. In particolare con riferimento alla percentuale di Regioni che utilizzano strumenti di contenimento è interessante notare come sia più frequente il ricorso a vincoli di accesso piuttosto che a strumenti di indirizzo terapeutico (figura 3). Ciò è sintomatico del fatto che ancora non sono terminate le fasi di "sperimentazione" degli effetti dei vari strumenti e, quindi, non si è ancora indivi-

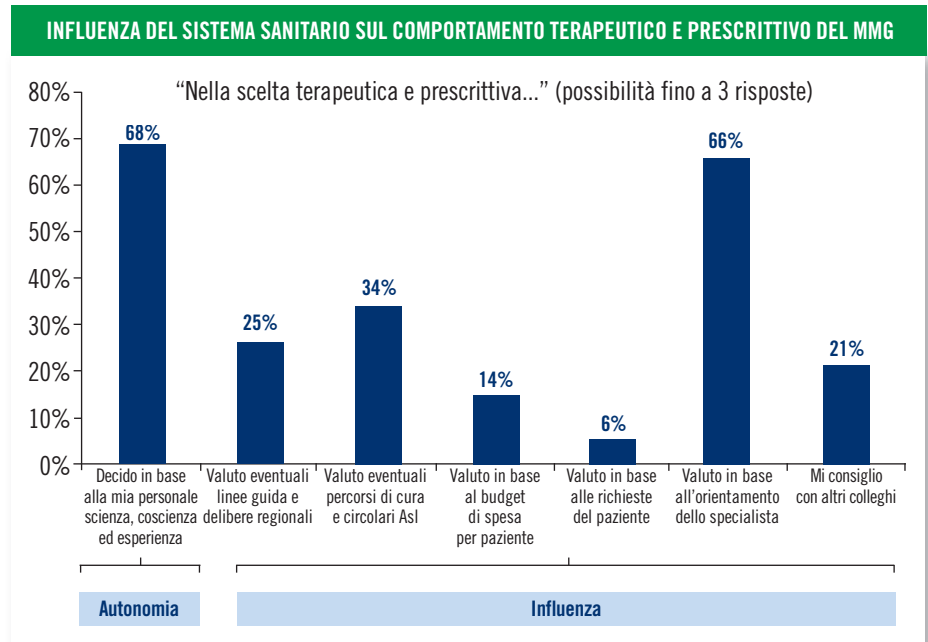


FIGURA 4

Fonte: Hbi - Health business improvement

duo uno strumento prevalente con elevata efficacia e sistematica affidabilità nel contenimento della spesa.

È interessante notare come siano solamente cinque le Regioni che hanno introdotto metodologie e strumenti innovativi quali l'*Health technology assessment*. Sembra invece molto diffuso (84 per cento dei casi) il ricorso alla distribuzione diretta, quale strumento per il contenimento della spesa per farmaci soprattutto (ma non solo) a elevato costo unitario o, ancora, l'utilizzo della dimissione dei pazienti con il primo ciclo di terapia (94 per cento dei casi). Ma qual è l'impatto dello scenario descritto in termini di influenza dei comportamenti prescrittivi dei Medici di medicina generale (Mmg)? L'indagine di Hbi recentemente conclusa su un campione di Mmg mostra risultati affatto trascurabili (figura 4). Infatti, alla domanda di quale fossero i *driver* nella scelta terapeutica e prescrittiva, il 68 per cento degli intervistati dichiara di far ricorso alla propria esperienza e conoscenza o, nel 66 per cento, di tenere in considerazione le indicazioni e l'orientamento terapeutico dello specialista.

C'è però una parte rilevante delle decisioni che vengono prese tenendo conto

di linee guida e delibere regionali (25 per cento dei casi) o ancora facendo riferimento a percorsi di cura o circolari della Asl di riferimento (34 per cento).

È infine interessante notare come una parte non residuale (14 per cento dei casi) tiene conto del budget di spesa per paziente che gli viene consigliato dalla Regione o dalla Asl di riferimento.

### IN CONCLUSIONE

L'evoluzione del nostro Paese verso un sistema maggiormente federalista sia per quanto attiene alla sanità pubblica sia, soprattutto, per ciò che attiene alla fiscalità comporta la nascita di modelli gestionali e organizzativi differenziati a livello locale che ricorrono in modo eterogeneo e, talvolta, indiscriminato a tutta una serie di strumenti per l'indirizzo e il controllo della spesa.

Gli effetti di tali interventi non sempre dimostrano un'efficacia strutturale e per tale motivo necessitano ancora di affinamento. L'evoluzione verso strumenti maggiormente innovativi quali l'*Health technology assessment* e il ricorso a tavoli di confronto multidisciplinari rappresentano probabilmente la migliore garanzia per l'effettiva sostenibilità del nostro sistema salute.