

LEGGI DI BILANCIO/ L'incremento del Fondo sanitario fattore-chiave per i rinnovi

Manovra, i contratti sul filo

In prima linea Convenzione e comparto - Dirigenza ancora in alto mare

Poche ma buone. Le partite da giocare per la sanità nella manovra 2018 si contano sulle dita di una mano, ma saranno decisive per il rilancio del Ssn. Contratti e Convenzione, edilizia sanitaria e superticket, cui aggiungere forse il parziale sblocco del turnover con la stabilizzazione dei precari: questo il menù delle richieste avanzate dalle Regioni e sostenute almeno formalmente dal ministero della Salute. E caldegiate, ovviamente, dai sindacati.

Al momento in cui si scrive, il condizionale è d'obbligo: di certo c'è soltanto il miliardo di aumento del Fondo sanitario nazionale, al lordo del contributo alla Finanza pubblica da 604 milioni di euro, che le Regioni a statuto ordinario sono chiamate a versare per quest'anno, al posto delle "speciali". L'incremento netto si tradurrebbe quindi in briciole, rispetto alle richieste. Le stime degli incrementi necessari sarebbero ben altre: almeno 600 milioni per portare a casa entro la Legislatura la nuova Convenzione per la Medicina generale e il contratto del comparto. Più altri 150-200 milioni per navviare le assunzioni nelle Regioni più in sofferenza. In questa lista, già impegnativa, si dovrebbero poi aggiungere altri 180 milioni di euro per far fron-

Nel Dl fiscale Cri, Bambino Gesù, Cnao e S. Lucia

La messa in liquidazione dell'Ente strumentale alla Croce Rossa Italiana, a far data dal 1° gennaio 2018. E risorse - 32,5 milioni di euro complessivi - finalizzate a integrare la riduzione tariffaria del Drg, in atto dal 2014, per tre ospedali di alta specialità: il pediatrico Bambino Gesù di Roma, la Fondazione Santa Lucia, tra le principali strutture riabilitative in Italia, e il Centro nazionale di adroterapia oncologica (Cnao) di Pavia. Questo lo scarno pacchetto di misure inserito nel decreto fiscale che accompagna la legge di Bilancio e che è andato all'esame del Consiglio dei ministri venerdì scorso.

In particolare, il decreto autorizza la spesa di 32,5 milioni da destinare ai tre ospedali, nell'ottica di «consentire la realizzazione di specifici obiettivi connessi all'attività di ricerca, assistenza e cura relativi al miglioramento dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza». Previo accantonamento della quota nel riparto Fsn 2017, da validare in Conferenza Stato-Regioni. Le risorse sono così assegnate: 9 milioni al Bambino Gesù, 11 milioni alla Fondazione Irccs Santa Lucia, 12,5 milioni al Cnao, la cui istituzione è stata voluta dal ministero della Salute nel 2000. L'adroterapia oncologica è prevista nei nuovi Livelli essenziali di

assistenza, ma proprio per l'alto costo delle prestazioni i governatori ne avevano richiesto l'inserimento graduale tra le cure Ssn.

La norma sull'associazione della Croce Rossa dispone che l'Ente strumentale individui innanzitutto i beni mobili e immobili da trasferire all'Associazione, in linea con il decreto 178 che nel 2012 aveva disciplinato la riorganizzazione della Cri. Poi, il dettaglio sulla liquidazione, affidata a organi che restano in carica per tre anni, con la possibilità di un'ulteriore proroga di due anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

te al rinnovo contrattuale della dirigenza medica. Che già si trova disallineata rispetto alle altre aree, in attesa com'è del varo da parte del Comitato di settore dell'Atto d'indirizzo, ancora al vaglio del Mef. Sotto la lente dei tecnici dell'Economia, la salvaguardia della Ria (retribuzione individuale di anzianità), l'inserimento dell'indennità di esclusività nel monte salari e la copertura assicurativa del medico, alla luce di quanto previsto dalla legge Gelli sulla responsabilità professionale e il rischio clinico.

Urgenze che rientrano nel pacchetto di richieste presentato dai sindacati in maniera unitaria fin da settembre, ma che difficilmente saranno soddisfatte, nonostante il clima pre elettorale, che farà della prossima legge di Bilancio, nel complesso, una manovra espansiva. Certo, nei limiti del possibile. Per il Fondo sanitario nazionale la coperta rischia di confermarsi corta, malgrado l'impegno dichiarato di **Beatrice Lorenzin**. Un recupero di risorse più che sufficiente potrebbe arrivare con i 750 milioni che si otterrebbero dal

«centesimo a sigaretta» proposto a più riprese dalla stessa ministra e condiviso anche dalle Regioni. Misura impopolare, però, che metterebbe a seno rischio il voto dei fumatori.

Quadratura del cerchio da trovare anche per le richieste di abrogazione del superticket - introdotto nel 2011 come provvedimento transitorio ma poi diventato una tassa strutturale a carico dei cittadini (900 milioni di euro l'introito per le casse pubbliche) - che devono fare i conti con la caccia a eventuali coperture. Il punto di

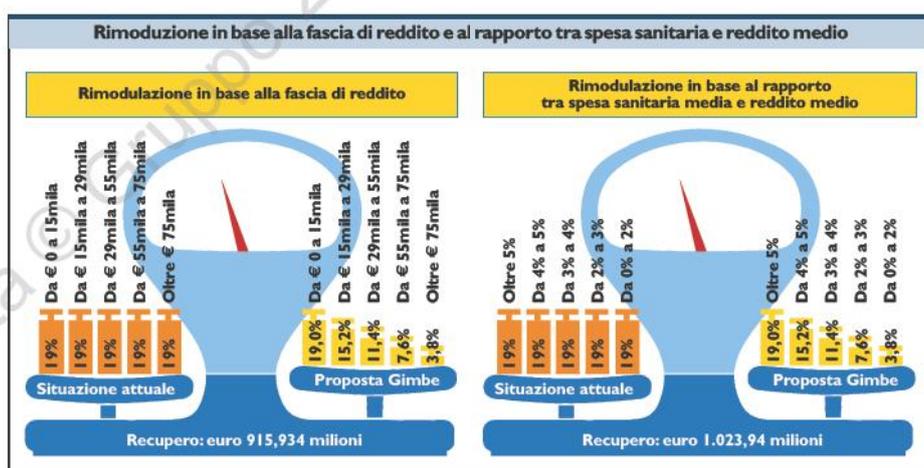
vista originario, avallato dalla maggioranza parlamentare, è quello di un'abolizione graduale del «balzello», ma andrebbe garantito alle Regioni un recupero di gettito su altri capitoli. È possibile che la soluzione si trovi in sede di proposte emendative al Ddl di Bilancio. Che dopo due anni di avvio dell'iter alla Camera, dovrebbe essere incardinato al Senato. Dove non mancano i caldeggiatori dell'abrogazione - sostenuta fin dalla prima ora dal gruppo Mdp-Articolo 1 - anche per step successivi a partire da metà 2018.

LA PROPOSTA DELLA FONDAZIONE GIMBE

Superticket, si «copre» rimodulando le detrazioni Irpef

Abolire il superticket sulle prestazioni specialistiche a costo zero per lo Stato, rimodulando il sistema delle detrazioni Irpef sulle spese sanitarie. È questa la proposta annunciata dalla Fondazione Gimbe, che porterà in audizione parlamentare per la legge di Bilancio 2018. «Il superticket va abolito innanzitutto perché nasceva come una tassa provvisoria con la finanziaria 2011 - spiega il presidente della Fondazione Gimbe Nino Cartabellotta - e poi è diventata strutturale. Il secondo motivo è che colpisce in prevalenza i redditi più bassi. E soprattutto le modalità di applicazione sono diverse da Regione a Regione e questo crea disparità tra i pazienti che si aggiungono alle già tante disuguaglianze regionali della sanità. Ma non è finita qui. Il superticket applicato alla specialistica determina per molte prestazioni uno spostamento verso il più concorrenziale mercato privato e si traduce in uno svantaggio per il Servizio sanitario nazionale, che perde anche la quota del ticket ordinario».

Il riordino mancato delle compartecipazioni. In effetti la questione del riordino del sistema delle compartecipazioni (oltre 2,8 mld complessivi di ticket nel 2016) è una «vecchia priorità» prevista dall'articolo 8 del Patto per la Salute 2014-2016 cui non si è mai dato seguito. Ora nel mirino della politica è



finito almeno il superticket, che nella risoluzione sulla nota di aggiornamento al Def la maggioranza ha chiesto al Governo di «rivedere gradualmente».

Eliminare l'iniquo balzello sarebbe «giusto» per varie ragioni, ma la coperta del Fondo sanitario nazionale è sempre più corta. I 114 miliardi previsti per il 2018 sono già stati decurtati di 604 milioni dal decreto sulla rideterminazione del fabbisogno sanitario nazionale e in pole position tra i nuovi capitoli di spesa ci sono già il rinnovo di contratti e convenzioni (fermi da otto anni) e lo sblocco del turnover, essenziali per ga-

rantire un'assistenza sanitaria adeguata. Quindi bisogna allargare la mente. Le risorse non ci sono, ma si possono trovare. Perché non eliminare una tassa iniqua intervenendo su una detrazione applicata secondo modalità inique?

Perché le detrazioni Irpef sono inique. «Attualmente la detrazione sull'Irpef non è equa - spiega Cartabellotta - perché offre le stesse agevolazioni fiscali a tutti i cittadini, indipendentemente dalla fascia di reddito, sulle prestazioni sanitarie previste dal Testo unico delle imposte sui redditi. Oggi tutti i contribuenti possono infatti de-

trarre dall'Irpef il 19% delle spese sanitarie sostenute per la parte eccedente una franchigia di 129,11 euro, che non viene applicata solo per alcune spese sostenute da persone con disabilità. Questo penalizza inevitabilmente le persone con redditi bassi, in particolare chi deve sostenere spese sanitarie elevate».

La doppia proposta di Gimbe. La proposta dalla Fondazione Gimbe prevede due strade alternative (si veda il grafico): «La prima, più semplice, prevede la rimodulazione della percentuale di detraibilità in base alla fascia di reddito,

permettendo un recupero di 915,93 milioni di euro; la seconda, più raffinata, aggancia la riduzione proporzionale al rapporto «spesa sanitaria media/«reddito medio», generando un recupero di 1,023 miliardi. Tenendo conto che le stime riguardano l'anno fiscale 2015 e che l'eventuale rimodulazione andrebbe a regime con l'anno fiscale 2018, le cifre previsionali, visto il trend in continuo aumento delle spese mediche portate in detrazione, sarebbero molto più elevate. Inoltre, con la seconda ipotesi, si eviterebbe il rischio di penalizzare per esempio un cittadino di reddito

medio-alto affetto da patologie croniche che lo costringono a sostenere una spesa sanitaria elevata».

La possibilità di far emergere un pezzo di sommerso. L'idea di fondo insomma è riportare a una governance nazionale tramite l'agenzia delle Entrate quello che oggi attraverso il superticket viene gestito dalle Regioni in modo frammentato. Colpo di spugna quindi sulla tassa-arlecchino, rimodulazione delle agevolazioni Irpef in base al reddito o al rapporto spesa sanitaria/reddito. «In questo secondo caso - continua Cartabellotta - la nostra proposta potrebbe aiutare anche a far emergere un pezzo di sommerso. Infatti, con la rimodulazione proposta, il cittadino sarebbe maggiormente spinto a richiedere le ricevute fiscali, dal momento che avrebbe bisogno di tutta la documentazione necessaria per non scendere di classe».

«Ovviamente se questa ipotesi fosse ritenuta interessante dalla politica - conclude Cartabellotta - andrebbero messe tutte le partite in fila: lo Stato dovrebbe anticipare l'equivalente del gettito del superticket che poi recupererebbe con le mancate detrazioni nell'anno fiscale successivo. Se il Governo volesse abolirlo domattina, è inevitabile un periodo di transizione».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA