

I compiti del governo

MANOVRA E SANITÀ, ECCO DOVE OCCORRE INTERVENIRE

di FRANCO REVIGLIO

NEL Dpef approvato dal governo la spesa sanitaria è indicata tra le principali componenti della spesa pubblica da riformare. Come e con quali effetti quantitativi sul bilancio pubblico resta ancora da definire. Le tematiche da affrontare sono complesse, perché la nostra spesa sanitaria, diversamente da quella previdenziale, è allineata alla media europea e perché l'offerta sanitaria provvede ad un bisogno essenziale "di cittadinanza" che la coscienza collettiva ritiene giustamente spettare al pubblico di soddisfare.

Diversi sono i motivi che giustificano una riforma: la spesa tende a crescere più velocemente del reddito grazie in primo luogo ai positivi sviluppi tecnologici della medicina, ma nello stesso tempo essa, che pure assicura un servizio complessivamente soddisfacente nonostante le eccessive liste di attesa e ricorrenti casi di "malasanità", è caratterizzata da ampie e diffuse inefficienze e sprechi che possono e devono essere rimossi, sia per provvedere alle crescenti esigenze di spesa indotte dal maggior costo dei nuovi trattamenti, sia per consentire una raggiungibile riduzione delle liste di attesa.

Gli sprechi e le inefficienze sono rivelati da molti indicatori, quali la grande differenziazione della spesa *pro capite* e della distribuzione dei posti letto nelle diverse aree del Paese e l'ampia diffusione di ingiustificabili diversità

nei prezzi degli acquisti, nonché nell'utilizzo delle attrezzature da parte degli ospedali.

Accanto a queste inefficienze si continua a registrare annualmente un forte scostamento della spesa effettiva rispetto a quella programmata, con un disavanzo rilevante che rappresenta la componente maggiore.

Una componente pari in media, negli ultimi anni, ad oltre un terzo dello scostamento dei nostri conti pubblici rispetto ai vincoli europei. Se si vuole rispettare il patto europeo di stabilità il problema del controllo della spesa sanitaria non può essere rinviato.

Negli ultimi anni il ripiano dei disavanzi sanitari, avvenuto per la maggior parte a carico della finanza statale, ha contribuito pesantemente alla formazione del debito pubblico. Nel periodo 1997-2005 per evitare che le operazioni di regolazione dei debiti pregressi, pari a ben 42 miliardi di euro, per la maggior parte imputabili ai debiti sanitari, portassero ad un aumento equivalente del debito pubblico, si sono dovute "inventare" operazioni straordinarie di pari entità.

Ma il problema dei debiti pregressi ancora da ripianare non è stato risolto, perché vi sono ingenti

debiti degli ospedali accesi nel passato che devono essere coperti, non si sa bene se dallo Stato o dalle Regioni, e che, sempre più spesso, sono coperti da innovative, e discutibili, operazioni di finanza creativa effettuate dalle Regioni. Nella sostanza queste operazioni rinviano al futuro un debito che inevitabilmente la collettività dovrà coprire.

Inoltre, nuovi debiti continuano ad essere generati nella gestione, spesso senza trovare copertura neppure formale.

Perché questi nuovi debiti? La risposta risiede nel federalismo dimezzato senza responsabilità con cui funziona il nostro Servizio Sanitario. Di fatto oggi le Regioni non rispondono dei disavanzi delle loro gestioni sanitarie per l'alibi che esse accampano di dovere soddisfare, con risorse insufficienti, livelli di prestazione decisi dallo Stato.

La risposta non può venire in modo salvifico né col taglio dell'offerta pubblica dei servizi, né da un generico allargamento del ricorso alla sanità privata. Occorre rompere il meccanismo perverso dell'irresponsabilità, affidando alle Regioni una piena autonomia di spesa assieme ad una più ampia disponibilità di entrate proprie evitando zone grigie e affidando all'intervento dello Stato il finanziamento perequativo necessario per garantire la doverosa solidarietà interregionale.