

Specchio Economico del 14/11/2009 ,

SANITÀ: I PIANI CHE NON RIENTRANO

articolo di CESARE CURSI responsabile Salute e Politiche Sociali del PDL, p N.11 -
NOVEMBRE 2009 p. 34

Gli auspici erano dei migliori. In verità la normativa, voluta dall'allora Governo Prodi ma trasversalmente condivisa da molte forze politiche tra cui il sottoscritto, relativa al rigido rispetto dei saldi di bilancio per le Regioni in deficit sanitario, non ha dato i frutti sperati. Va detto a chiare note che l'attuale legislazione, per quanto criticabile, ha il merito di rappresentare il primo evidente segnale di «federalismo» fiscale in base al quale gli sperperi, o meglio il malgoverno, di una Regione non possono ricadere sulle spalle dell'intera collettività. Proprio per questo il Patto per la Salute, stipulato nel 2006 con alcune Regioni che avevano pesantissimi disavanzi, nasceva su un principio corretto: quello di riequilibrare la finanza pubblica e sostenere in questo sforzo quelle Regioni che per troppi anni, o forse da sempre, avevano contato sull'idea che qualsiasi spesa, anche iniqua, in campo sanitario dovesse essere necessariamente rimborsata a pie' di lista dallo Stato. La realtà dei fatti e la crisi internazionale che contrae notevolmente le risorse a disposizioni dimostrano che questo non è più possibile. L'auspicata riforma del Servizio Sanitario nazionale ha oggi l'obiettivo di sostenere l'evoluzione del sistema verso standard di qualità e di equilibrio di bilancio per tutte le Regioni in un'ottica di sostenibilità dell'intero servizio socio-assistenziale. I vari «patti» tra Stato e Regioni che si sono succeduti, dal 2001 ad oggi, sono stati inesorabilmente disattesi e l'unico comun denominatore che li ha caratterizzati è stata la continua e pedissequa ricerca di risorse economiche da parte delle autonomie locali. Il che, obiettivamente, non ha ragion d'essere. I modelli socio-assistenziali di alcune Regioni quali Lombardia ed Emilia Romagna, solo per citarne due, hanno dimostrato che si può erogare ottima sanità con le risorse economiche attualmente a disposizione. Altri, come Sicilia e Campania che spendono circa il 10 per cento del loro prodotto interno in sanità, al contrario delle altre che spendono poco più del 5 per cento, risultano agli ultimi posti quanto a qualità dei servizi offerti. L'equazione quindi ormai asseverata è la seguente: chi meno spende garantisce eccellenti livelli essenziali di assistenza sanitaria, chi più spende spesso, per fortuna non sempre, fornisce i peggiori. Questo a dimostrazione del fatto che quello che si rende necessario non è lo stanziamento di risorse aggiuntive da parte dello Stato, ma la generale condivisione di modelli organizzativi sociosanitari moderni e al passo coi tempi. Né si può immaginare che l'azione dello Stato centrale possa sostanzarsi in ulteriori interventi spot, vedi il «fondino straordinario» del 2007, devoluto per due terzi al solo ripiano dei debiti del Lazio, poiché risulterebbe assurdo che alcune Regioni ritenute virtuose, grazie a enormi sacrifici di razionizzazione e di contenimento della spesa, tra l'altro assai impopolari dal punto dei vista dei consensi, si vedessero ulteriormente penalizzate per l'impegno di risorse comuni verso le Regioni inadempienti. In più c'è la vicenda dei sub-commissari. Con fin troppa benevolenza il Governo Berlusconi non solo ha consentito l'erogazione alle Regioni sottoposte ai Piani di rientro di acconti di risorse statali sulla sola «promessa» documentata di correttivi alla spesa ma, ad ausilio del commissario ad acta, ha istituito una figura intermedia quale appunto quella del sub-commissario. L'esperienza è limitata, ad oggi, al solo caso della Regione Lazio; a breve toccherà anche alla Campania e, fuor d'ogni metafora, non si può che ritenere un'esperienza quantomeno da rivedere. Si sono confusi, ad arte, il ruolo e il compito del sub-Commissario. La riserva costituzionale operata dalla riforma Bassanini del 2000 ha attribuito alle Regioni competenza quasi esclusiva in materia di sanità, e questo ha comportato nei fatti che l'azione di commissariamento prevista per quelle in disavanzo fosse «mitigata» dalla coincidenza della figura del presidente della Regione con quella del commissario ad acta. Così è successo in tutti i casi, ad eccezione dell'Abruzzo, al centro della

recente vicenda giudiziaria proprio in tema di sanità. E così nel Lazio, in maniera assai poco elegante, il necessario Piano di riorganizzazione della rete sanitaria regionale, che per forza di cose prevedeva tagli e sacrifici in ragione della voragine di bilancio causata da quasi cinque anni di governo di centro-sinistra, è stato totalmente «scaricato» sulle spalle del sub-commissario di Governo - così è stato ribattezzato per dare maggiore enfasi al mandato governativo -, il quale in verità non ha brillato per lungimiranza di fronte a un rischio ampiamente annunciato. Non conta il caso in sé, è la disciplina generale da ripensare. Così facendo si rischia di generare il dubbio nell'opinione pubblica di una gestione commissariale a due corde, in competizione tra loro, il che non corrisponde alla realtà. Il commissario ad acta è l'unico organo deputato al riequilibrio dei conti della sanità che, in maniera autonoma e sotto la propria responsabilità, adotta deliberazioni finalizzate al rientro del disavanzo sanitario. Il sub-commissario, gli Uffici regionali, l'Asp ecc. sono nient'altro che strumenti tecnici ausiliari della figura commissariale, e che da quest'ultima totalmente dipendono. Altra cosa è l'incisività della disciplina dei Piani di rientro, su cui permangono dubbi. Luci ed ombre ne hanno ad oggi caratterizzato la fase operativa, articolata temporalmente sul triennio 2007-2009 e finalizzata a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione anche sulla base della ricognizione delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione. Il Piano si configura come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni. Principalmente quelli riferiti al superamento dello standard dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione con conseguente impatto sulla spesa per il personale e per i beni e i servizi correlati alle prestazioni ospedaliere; ai consumi farmaceutici; al superamento del numero e del valore delle prestazioni acquistate da strutture private nonché al relativo sistema di remunerazione, oltre al controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medici. Inoltre, nel Piano sono disciplinate le procedure per la quantificazione definitiva del debito pregresso al 31 dicembre 2005 e per l'estinzione dello stesso. Per ogni fattore critico di spesa sono individuati gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato. L'insieme coordinato degli obiettivi delinea il progetto complessivo di risanamento che assume una manifestazione economico-finanziaria nei conti economici del settore sanitario regionale relativi al triennio in cui si sviluppa il piano. Le azioni di intervento, con riferimento ai singoli fattori di spesa, si sostanziano, in estrema sintesi, nella riorganizzazione della rete ospedaliera con riduzione di posti letto ospedalieri e incentivazione dei processi di deospedalizzazione, nell'introduzione della distribuzione diretta dei farmaci e dei meccanismi di rimborso dei prezzi correlati ai farmaci meno costosi, oltre a misure di contenimento delle spese per il personale quale il blocco delle assunzioni e del turn-over, e a meccanismi legati al contenimento di risorse economiche per acquisti centralizzati e monitoraggio degli stessi per evitare incrementi dei volumi di spesa. La disciplina relativa ai Piani di rientro, prevede, in via generale, anche l'incremento delle aliquote fiscali fino al livello massimo stabilito dalla legislazione vigente e, in caso di mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, l'incremento delle aliquote dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente e fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi; viceversa, nel caso in cui la Regione ottenga risultati migliori di quelli programmati, è stabilita la possibilità di ridurre le aliquote fiscali per un importo corrispondente. Sulla base di quanto previsto dai singoli accordi sui Piani di rientro e dalle risultanze delle verifiche trimestrali e annuali di ciascun piano, svolte congiuntamente dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per l'erogazione dei Lea, Livelli essenziali di assistenza, si è evidenziato che l'attuale disciplina ha indubbiamente contribuito al rallentamento della spesa sanitaria, tanto per le Regioni sottoposte ai Piani quanto per quelle extra-piano per la sola introduzione di sistemi oggettivi di verifica. Tuttavia in base a detti vincoli permangono dubbi sul rischio di estendere tale procedura anche ad altre Regioni, trasformando così una procedura straordinaria in una ordinaria. Criticità derivano anche in riferimento al contenimento strutturale di determinate aree di spesa, principalmente connesse al personale e all'acquisto di beni e di servizi, fortemente legate all'operazione di ristrutturazione della

rete ospedaliera e al potenziamento dei servizi territoriali; altre, in merito agli erogatori privati accreditati, principalmente per l'erogazione di prestazioni ospedaliere, connesse alla predetta ristrutturazione che prevede una rideterminazione dei posti letto negli standard nazionali. La vera scommessa per il rilancio delle politiche sanitarie regionali, prime fra tutte quelle in crisi, a parte il settore della spesa farmaceutica su cui c'è una situazione di equilibrio accettabile nelle varie Regioni, dovrà inesorabilmente contemperare tre esigenze: programmazione della spesa, che si lega anche alla questione dei costi standard del federalismo fiscale; razionalizzazione della rete ospedaliera, sotto il profilo del numero e della tipologia dei posti letto e dello sviluppo delle cure primarie; e, in ultimo, definizione dei budget assegnati agli erogatori privati, vera potenziale risorsa del sistema assistenziale, ovvero la capacità di definire di quanto privato c'è bisogno nel contesto di ciascuna Regione rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dai Livelli essenziali di assistenza.