

## Contenimento della spesa sanitaria: metodi ed efficacia

di Andrea Tardiola

*Come si governa il percorso di contenimento della spesa sanitaria? È la questione posta dalle misure del Governo contenute nel decreto legge 112 del 25 giugno 2008 che cercano di definire risparmi rispetto ai tendenziali di spesa sanitaria dei prossimi anni che il DPEF 2009-2013 prevede complessivamente in 3 miliardi a partire dal 2010, insieme alla previsione di una nuova intesa da perseguire entro il 31 luglio che condizionerà l'erogazione delle integrazioni rispetto al 2009 (1.262 miliardi nel 2010 e 3.582 nel 2011).*

Uno schema che, a prima vista, ricorda quello del Patto per la salute siglato nel settembre 2006<sup>(1)</sup>, in base al quale nel corso della passata legislatura sono state indirizzate da Governo e Regioni le politiche del settore. Tuttavia alcune differenze lasciano presupporre un differente approccio da parte del governo Berlusconi.

Il più evidente è legato alla cronologia degli eventi che, tuttavia, in questo contesto assume un valore discriminante: anche il Patto della salute costituì il primo passo del governo Prodi, ma l'intesa precedette la definizione dei saldi in legge finanziaria; in sostanza la finanziaria 2007 recepì e diede concretezza agli impegni stabiliti nel Patto. Il governo Berlusconi, al contrario, esordisce con un decreto legge che opera un primo taglio anche per il 2009, sebbene questo fosse l'ultimo anno della programmazione del Patto. A seguito del negoziato che ne è seguito con il tavolo delle Regioni le previsioni di risparmio sono state successivamente concentrate nel biennio 2010-2011. Questa differenza segnala un cambio di strategia ed un allontanamento dall'approccio consensuale seguito nel precedente ciclo di governo. È un aspetto rilevante. Tuttavia non facile da valutare, in quanto ambiguo. Tutto ciò accade, infatti, nello stesso momento in cui il dibattito sul federalismo fiscale è sempre più animato e il Governo dichiara di volerne fare un obiettivo essenziale del proprio programma. Per questa ragione, la stessa comparsa del Ministero della salute come dicastero autonomo avrebbe potuto considerarsi come uno spostamento del baricentro delle politiche sanitarie verso l'asse regionale, in continuità con la strategia pattizia perseguita negli anni recenti. Meno Ministero per minori velleità dirigiste, semmai integrazione orizzontale tra le politiche di welfare e verticale tra i livelli di governo. La scelta dei tagli con decreto legge lascia invece intendere una seconda strada: l'eliminazione del Ministero che per vocazione istituzionale difende le poste di bilancio destinate alla propria funzione. Il record dei 9 minuti di Consiglio dei Ministri per l'approvazione del disegno di legge sembra confermare questa ipotesi.

Queste osservazioni sul metodo da seguire per governare la spesa sanitaria hanno ricadute rilevanti in termini di valutazione sulla sua efficacia. Il settore sanitario appartiene a quel novero di politiche pubbliche che non risponde ai tagli operati ope legis. Esso rappresenta una complessa filiera composta da molteplici linee di produzione di servizi. Per questo le politiche di riduzione dei saldi di bilancio sono inefficaci, come pure quelle dei tagli trasversali alle spese; il fallimento di queste strade è già stato sperimentato dall'ultimo governo Berlusconi al tempo del cosiddetto metodo Gordon Brown, quando a dispetto dei tagli sia la spesa primaria dell'intero comparto pubblico sia del solo settore sanitario tornarono a crescere oltre soglie di allarme. La dimostrazione più evidente viene dalle Regioni in deficit sanitario: è l'organizzazione dei servizi che produce costi. Per questa ragione nessuna programmazione dei saldi può risolvere il problema, ma solo interventi di razionalizzazione dei processi e dell'organizzazione. Per questa ragione la strada dei piani di rientro sperimentati a seguito del Patto per la salute è quella obbligata, sebbene impegnativa. I Piani di rientro sono strumenti di programmazione dettagliata che mirano a correggere assetti e riordinare i fattori di spesa: dai sistemi di acquisto di beni e servizi al sistema di

accreditamento dei fornitori privati, dal riordino della rete ospedaliera alla riorganizzazione della spesa farmaceutica. Solo per citare alcune delle leve di cambiamento che possono essere prese in esame. Si tratta di strategie di medio periodo, che vanno sostenute con adeguati sistemi di incentivi e disincentivi, in un quadro di trasparenza totale che renda evidenti sia gli avanzamenti sia i ritardi. Una sfida non solo per le amministrazioni regionali, che sono naturalmente protagoniste del processo, ma anche del Governo, che dall'esperienza recente deve trarre insegnamenti: primo tra gli altri un maggiore rigore in sede di verifica dei piani. Se l'impegno delle Regioni cala, non si deve assistere a negoziati basati su strategie secondarie e parallele a quelle dei piani stessi, più funzionali alle convergenze tra maggioranze che alla verifica degli impegni presi. L'eterno rinvio dei sistemi sanzionatori o sostitutivi mina alla base la credibilità di questo approccio.

In ogni caso, che questa sia la strada da percorrere lo dimostra il successo ottenuto nella scorsa legislatura, che ha riportato la spesa sanitaria – cresciuta dal 2000 al 2006 in media il 7% l'anno – ad un tasso di crescita di poco superiore al 2%, stabilizzandola intorno al 7% del PIL nel prossimo triennio.

Tutto questo riporta al punto di partenza, cioè ai comportamenti istituzionali che fanno da cornice a tali processi. Nella scorsa legislatura il Governo e il Ministro della Salute hanno perseguito una strategia "ostinata" di governo condiviso della salute, che ha dato i suoi frutti nei termini di controllo della spesa, ma anche nel fondare una prassi concertativa nuova, che le Regioni hanno giudicato positivamente, tanto da proporre che trovasse formalizzazione nel disegno di legge in materia sanitaria collegato alla finanziaria 2008<sup>(2)</sup>. Una strategia faticosa, che paga nel medio periodo e chiama in causa un fattore in genere scarso nella prassi delle politiche pubbliche italiane: la perduranza temporale degli interventi. Per questo il primo ciclo del Patto per la salute, che si conclude nel 2009, avrebbe dovuto approfondire il lavoro di analisi dei fattori di spesa sanitaria, impostando il nuovo triennio su temi chiave come quello dell'appropriatezza e dell'esito degli interventi sanitari.

La rudezza dell'intervento del governo mette un'ipoteca su questo cammino e, nonostante la correzione di rotta sul 2009 (stralciato dalla previsione dei tagli nel testo inviato alle Camere), conferma la sensazione di una bassa capacità di mantenere gli impegni che – in quanto impegni istituzionali tra livelli di governo – non dovrebbero essere travolti dall'avvicendamento delle maggioranze. Specialmente se l'alternativa è l'illusione di scorciatoie ragionieristiche che hanno vita breve e non conseguono né risparmi reali né il cambiamento del Servizio sanitario nazionale.

1 Il Patto per la salute del 2006, perfezionando anche alcuni contenuti della precedente intesa Stato Regioni del marzo 2005, bilancia un finanziamento ex ante e su base triennale del Servizio sanitario nazionale (SSN) con l'obiettivo della sua stabilizzazione in percentuale sul PIL attraverso un pacchetto di misure di controllo delle spese e di vincoli di bilancio in capo alle Regioni (copertura di spese non programmate e automatismi fiscali a carico delle Regioni in caso di sfioramento dei tetti). Per le Regioni in deficit sanitario prevede un fondo transitorio triennale di sostegno, specificamente finalizzato e separato dal finanziamento ordinario, nonché condizionato all'adozione dei cosiddetti piani di rientro.

2 Il disegno di legge prevedeva la stabilizzazione del tavolo che si è riunito con scadenza quasi quindicinale presso il Ministero della salute, composto dal Ministro della salute e dagli assessori regionali, all'interno del quale è stato definito l'accordo sui principali provvedimenti della XV legislatura in materia sanitaria.

