



Dal superamento dell'emergenza finanziaria al risanamento

di **Federico Spandonaro**

Presidente Crea Sanità - Università Tor Vergata

Il tema del risanamento della spesa sanitaria non è certamente nuovo: anzi si potrebbe dire che il Ssn sia “nato” con un disavanzo “strutturale” che, in misura a volte maggiore e altre minore, si è trascinato sino ai nostri giorni. Le ragioni sono numerose e, almeno in origine, probabilmente riconducibili alle modalità stesse di costituzione del Ssn: nato subito dopo la chiusura delle mutue, da esse ha ereditato strutture e assetti, ma anche una situazione finanziaria compromessa.

Il contrasto alla formazione dei disavanzi è, di conseguenza, sempre stata una delle priorità della politica sanitaria nazionale: ma, a ben vedere, sono però cambiate nel tempo le modalità con cui è stato perseguito.

Negli anni '80 l'equilibrio di bilancio è stato perseguito tanto con norme di programmazione tese a raggiungere standard di efficienza (si ricordi per tutte la L. 595 del 1985), quanto facendo leva sulle compartecipazioni alla spesa. Gli anni '90 hanno, invece, visto una maggiore concentrazione degli sforzi sulla razionalizzazione della spesa: vanno in questo senso sia il D.lgs. 502 del 1992 (che introdusse il pagamento delle strutture ospedaliere a Drg, ma anche alla cosiddetta aziendalizzazione delle Usl), sia il successivo D.lgs. 229 del 1999.

Il vero cambiamento di quella fase storica risiede nel passaggio dalla logica della programmazione tipica degli anni '80, a quella degli incentivi degli anni '90; l'idea è rinvenibile in molte scelte del legislatore, peraltro condivisibili e comuni a tutte le riforme intervenute a livello internazionale nell'ultimo scorcio del XX

secolo: i sistemi complessi non possono essere efficacemente governati con atti di mera programmazione (dell'offerta), richiedendo piuttosto una regolazione che incentivi comportamenti virtuosi da parte di tutti gli attori coinvolti.

Per inciso, da questo punto di vista il D.lgs. 229 del 1999 poco aggiunse alla prima riforma, se non un crescente afflato sul tema della responsabilità finanziaria regionale.

Il tema della responsabilità assurge definitivamente a questione centrale della politica (economica) sanitaria quando si rende evidente il fallimento dell'esperimento voluto con il D.lgs. 502 del 1992: infatti, dopo una prima fase in cui i tassi di crescita della spesa sanitaria si contrassero significativamente, gli stessi ripresero a crescere, e con essi il disavanzo.

Discernere se si sia trattato di un fallimento del modello o piuttosto di una sua carente gestione è molto complesso: va però notato, a supporto della seconda tesi, che molte delle previsioni del D.lgs. 502 del 1992 sono, di fatto, rimaste inattuato o lo sono state in modo snaturato: un esempio è l'istituto dell'accreditamento, che non è mai stato applicato davvero alle strutture pubbliche (e male a quelle private), un altro l'aziendalizzazione che è rimasta incompiuta.

In ogni caso, il tema dei cosiddetti *soft constraint*, ovvero dei "vincoli istituzionali deboli" al ri-

spetto dell'equilibrio di bilancio, ha pesato significativamente nel dibattito che ha portato all'inaugurazione della "stagione" del federalismo istituzionale e fiscale, così che la responsabilizzazione, insieme alla autonomia, ha finito per rappresentarne un elemento fondante ed essenziale.

Sebbene non sia strettamente dimostrabile, è presumibile che proprio grazie al nuovo assetto federalista si sia potuti arrivare alla pratica dei Piani di rientro e ai commissariamenti, e con essi a una vera e propria svolta nella responsabilizzazione finanziaria delle Regioni.

Svolta sancita anche dalla Corte dei Conti, che in più riprese ha ribadito come gran parte del rientro del disavanzo, ridottosi di circa l'80% (anche se si è contemporaneamente concentrato sempre più in poche Regioni), sia attribuibile proprio alle Regioni in Piano di rientro (Figure 1 e 2).

Ovviamente non si è operato solo con i Piani di rientro: parallelamente varie altre indicazioni normative hanno operato nel senso della razionalizzazione, prima fra tutte la spending review, ma anche il reiterato blocco del turn over.

Si noti, però, che l'entrata in Piano di rientro è risultata essere una sanzione molto temuta, e quindi efficace: da questo punto di vista la possiamo considerare un politica sanitaria pienamente nel solco delle logiche di incentivazione di comportamenti politici e manageriali virtuosi.

Di contro, la spending review o il blocco del turn over, sono interventi più vicini alle logiche programmatiche degli anni '80. La spending review, in particolare, si pone l'obiettivo di fornire indicazioni sulle voci di spesa in cui si annidano sprechi, orientando il sistema verso l'ottenimento di una razionalizzazione dei costi: la novità è che, agli standard di offerta degli anni '80, si tenta di sostituire standard di costo.

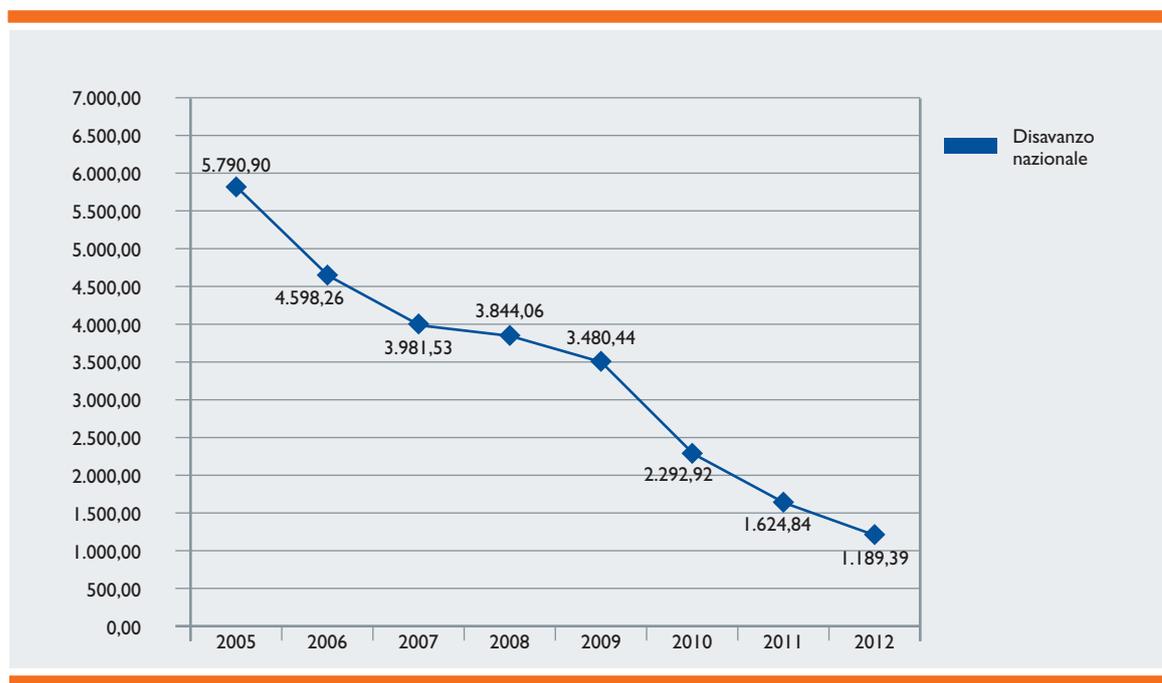
Il dibattito sui costi standard, partito all'inizio degli anni 2000 con l'aspettativa di poter elaborare il "costo efficiente" dell'erogazione dei Lea, si è rivelato molto complesso e, dopo quasi un decennio, ha trovato un primo punto "di atterraggio" nel D.lgs. 68/2011, che mira a definire un target prospettico di spesa efficiente, rinunciando però a gran parte delle originarie aspettative.

Si è resa, infatti, evidente l'insormontabile difficoltà di costruzione *bottom-up* di un costo standard oggettivo dell'assistenza sanitaria

(pubblica), a partire da quello della ormai iconica siringa, la cui variabilità di costo, non facendo più differenza che sia reale o forse leggendaria, rappresenta nei dibattiti la metafora degli sprechi in essere. Come detto, la soluzione trovata è nei fatti ben lontana dalle ambiziose aspettative originarie, essendo il frutto di una mediazione politica che, di fatto, ribalta l'approccio, da *bottom-up* a *top-down*, proponendo come soluzione un benchmarking sulla spesa pubblica totale pro capite pesata a livello regionale. Per inciso, si noti che si perde anche la possibilità di definire esplicitamente quale livello di spesa complessiva sia necessario per garantire i Lea, in quanto il fabbisogno finanziario, secondo il D.lgs. 68 del 2011, è comunque quello definito a priori nelle leggi di programmazione economica.

Entrando nel merito, l'elemento chiave di giudizio è rinvenibile nell'osservazione che l'approccio *top-down*, pur certamente condivisibile e

Figura 1 Disavanzo nazionale negli anni 2005-2012 (milioni di euro)



realistico, in quanto riduce il problema quantitativo della numerosità degli "oggetti" di indagine, si scontra con la complessità tipica della sanità: in primo luogo con la variabilità dei bisogni, la quale rende per lo più inconfrontabili le spese relative a popolazioni o strutture erogatrici diverse.

L'elemento di maggiore criticità dei costi standard, quindi, è il criterio di pesatura della spesa, frutto più di accordi politici che non di una scientifica (e statistica) valutazione dei differenziali di bisogno.

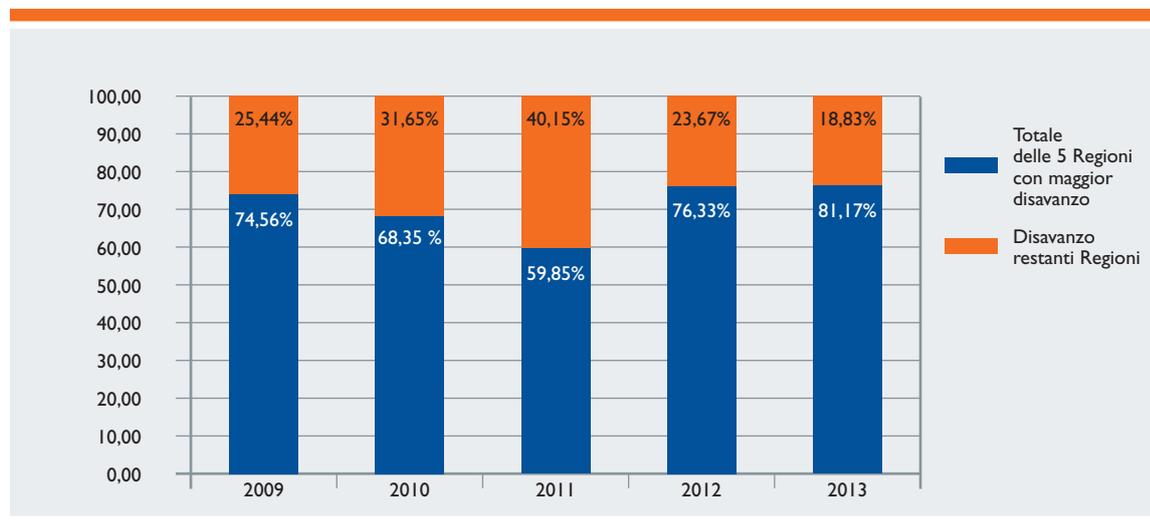
Della stessa problematicità è afflitta la spending review che, per rappresentare un fattore di reale incentivo all'efficienza, avrebbe dovuto operare in modo "chirurgico" su sacche di spreco ben individuate. Ma la carenza di confrontabilità produce indicazioni di revisione della spesa generali, e in qualche modo generiche, tanto da essere spesso tacciate di rappresentare "tagli lineari".

È sufficiente un semplice esercizio operabile sulla spesa per beni e servizi desumibile dai CE (conti economici delle Asl e AO) per confer-

mare la delicatezza e l'importanza della standardizzazione della spesa rispetto ai bisogni: ad esempio, ipotizzando la semplice convergenza di tutte le strutture meno "efficienti" verso un livello di spesa pro capite ritenuto ottimale (ad esempio, quello corrispondente a un certo percentile della distribuzione) effettivamente si ottengono ipotesi di risparmio significative, ma non appena si provi a standardizzare preventivamente la spesa per le caratteristiche della popolazione e/o delle attività svolta, ovvero si ipotizzi che non solo le strutture con costi maggiori li debbano ridurre, ma anche che quelle sotto la soglia prescelta li debbano aumentare, si può osservare come i suddetti risparmi si ridimensionino radicalmente.

In altri termini, mentre non c'è dubbio che la spending review dovrebbe rientrare nel Dna delle Aziende sanitarie e del relativo management, e quindi essere applicata in modo continuo e sistematico a livello locale, la sua applicazione centralistica appare fortemente discutibile, e sul suo successo è lecito porsi qualche dubbio.

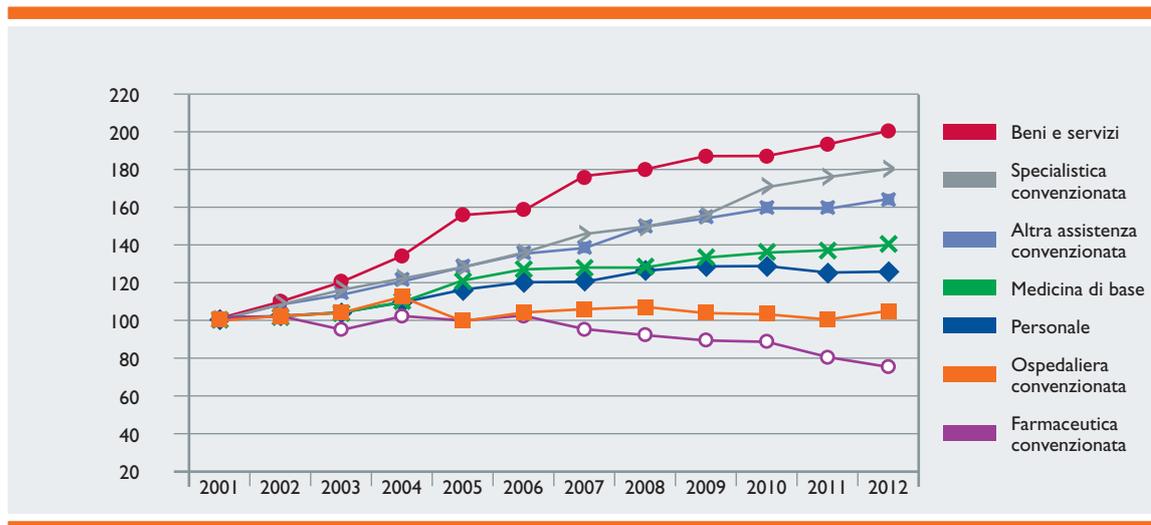
Figura 2 **Concentrazione del disavanzo - Quota delle 5 Regioni con maggior disavanzo. Percentuale anni 2009-2013**



Se non altro perché l'unica voce di spesa che si è davvero ridotta negli ultimi anni è quella farmaceutica, governata con tagli amministrativi dei prezzi, payback, etc.; segue, in termini di minor tasso di crescita, l'assistenza ospedaliera convenzionata, anch'essa frutto di interventi sulle strutture private (per onestà volute esplicitamente dalla spending review). Già decisamente meno efficace è stato l'intervento sull'assistenza specialistica convenzionata, dove peraltro, a fronte di ampi margini di inappropriatelyzza in campo diagnostico, va scontato un mancato aggiornamento

del nomenclatore. Sufficientemente virtuosa risulta invece la spesa per il personale, che è stata prima frenata e poi ridotta dal blocco del turn over. Infine, la voce di spesa che ha registrato il maggiore tasso di crescita è proprio quella dei beni e servizi, tanto che stimare quanto abbia potuto davvero incidere la revisione della spesa è davvero improbo, se non altro perché non si conosce quale sarebbe stato il trend in assenza degli interventi della spending review: di certo rimane la voce che, *prima facie*, è finanziariamente meno sotto controllo (Figura 3).

Figura 3 Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2001 = 100), anni 2001-2012



Per completezza va aggiunto che una parte della crescita dei beni e servizi può derivare da “travasi” da altre voci di costo: sia perché il blocco del turn over può essere in parte aggirato con contratti libero professionali, spostando oneri dalla voce personale a quella dei servizi, sia perché eventuali riduzioni di attività degli erogatori privati potrebbero, almeno in parte, incrementare le attività a gestione diretta delle Asl e quindi i relativi costi.

Per quanto sopra argomentato, la riproposizione, peraltro nei modi già sperimentati, del metodo di revisione della spesa sembra sostanzialmente giustificata da un assunto politico, ovvero con la convinzione che il processo di responsabilizzazione regionale si sia interrotto o almeno non si sia completato, richiedendo interventi centrali. Su questa tesi vanno, però, fatte alcune considerazioni di ordine sia macro che micro economico.

Figura 4 Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e Pil pro capite - Gap Italia vs. EU14. Percentuale anni 2002 e 2012

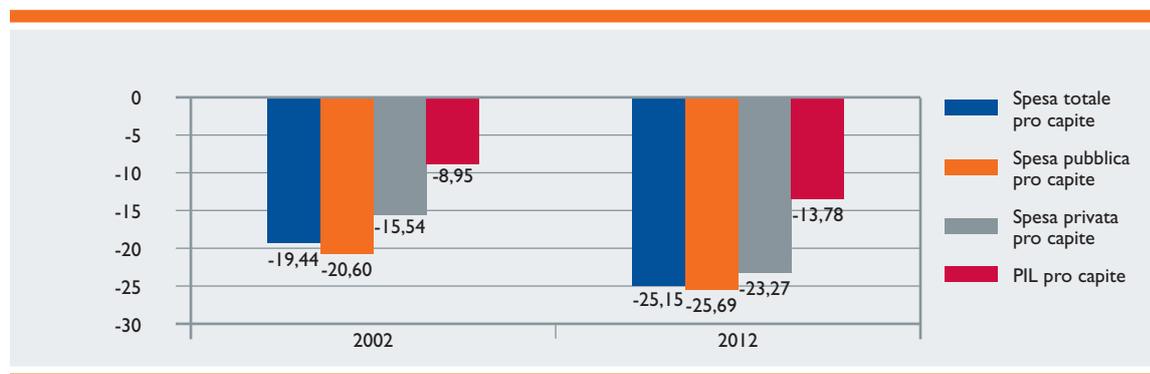


Tabella 1 Spesa sanitaria totale, pubblica, privata e Pil pro capite - Gap ripartizioni geografiche vs. EU14. Valori %, anni 2002 e 2012

Paesi	2002				2012			
	Spesa totale pro capite	Spesa pubblica pro capite	Spesa privata pro capite	PIL pro capite	Spesa totale pro capite	Spesa pubblica pro capite	Spesa privata pro capite	PIL pro capite
Gap Nord vs. EU14	-17,30	-21,44	-3,45	8,46	-20,11	-21,74	-14,37	4,06
Gap Centro vs. EU14	-18,42	-19,69	-14,17	-0,42	-22,31	-19,76	-31,28	-4,81
Gap Sud vs. EU14	-28,14	-24,28	-41,07	-40,56	-33,29	-27,14	-54,92	-42,14

Fonte: Elaborazione Crea Sanità su dati del Ministero della salute, Ocse 2014 e Istat

Dal primo punto di vista è ormai acclarato che la spesa sanitaria pro capite italiana, sia totale che pubblica, sia largamente inferiore alla media dei Paesi europei di paragonabile livello di sviluppo economico (Figura 4 e Tabella 1).

Questo farebbe (o dovrebbe far) propendere per una possibile incomprimibilità ulteriore della spesa, ponendo dubbi sulla utilità di ulteriori spending review governate centralmente (sebbene nelle Regioni con minore capacità di governo, l'imposizione dall'alto di tetti di spesa è spesso implicitamente gradita perché aiuta a superare le resistenze interne).

Contrariamente continua a prevalere, a livello politico e spesso anche accademico, l'idea della persistenza di ampie sacche di inefficienza generatrici di potenziali risparmi.

Una possibile mediazione delle diverse prospettive potrebbe basarsi sull'idea che la fortissima variabilità infra ed extra regionale sia effettivamente indizio di sprechi, compensati però da razionamenti, così che sia possibile aumentare l'efficienza del sistema, ma non comprimere ulteriormente la spesa senza razionare ulteriormente.

Adottando questa prospettiva, la spending review potrebbe aspirare a divenire una metodica utile a

guidare la riallocazione delle risorse, aumentando l'efficienza complessiva del sistema e migliorandone gli esiti (meno evidente è che possa portare a risparmi).

Dal punto di vista micro-economico, questa lettura implica anche il rischio che il risanamento finanziario, indubbiamente realizzatosi in alcune Regioni, e in particolare in quelle in Piano di rientro, sconti solo parzialmente una maggiore efficienza, nella misura in cui realizzata anche con incrementi dei suddetti razionamenti.

Il passaggio alla "fase 2" della revisione della spesa implica, allora, che si aggiunga alla misura del risanamento finanziario anche quella della valutazione dei livelli, quali-quantitativi, assistenziali erogati.

Questa è la mission del cosiddetto "monitoraggio Lea", sul quale, negli ultimi tempi, l'attenzione è fortemente aumentata, tanto che il relativo esito è diventato anche vincolante ai fini della determinazione dei costi standard.

Ci si allontana ulteriormente, quindi, dal disegno originario dei costi standard, e sebbene sia condivisibile che il rispetto dei Lea debba essere ritenuto condizione necessaria affinché la relativa spesa sia considerabile efficiente (ovvero la Regione possa entrare nel panel di quelle benchmark), questa integrazione dell'approccio fa saltare ogni residua possibilità di derivare dai costi standard anche il fabbisogno "ottimale".

In termini positivi e prospettici, le domande a cui dare una risposta riguardano quindi quali condizioni debbano realizzarsi affinché la spending review possa produrre benchmark utili a valutare l'efficienza delle strutture erogatrici e di committenza, utilizzabili per interventi mirati, abbandonando la logica dei cosiddetti tagli lineari. Occorre, inoltre, determinare come integrare le analisi finanziarie con l'individuazione e l'eliminazione delle possibilità di razionamento.

Sul primo punto è ragionevole pensare che si debba recuperare l'importanza strategica dei risultati contabili: ma è propedeutico che siano incrementati gli sforzi per garantirne omogeneità e credibilità. L'attuale flusso informativo dei CE non appare sufficiente e anche quello dei Livelli assistenziali, fondato su una logica di contabilità analitica, sembra scontare esagerate complessità, tanto da essere ancora ben lungi dall'essere considerato affidabile: probabilmente il flusso non potrà essere a regime in tempi brevi. Inoltre, la logica dei LA è quella della funzioni assistenziali, mentre ai fini di una revisione di spesa sarebbe necessario disporre di costi unitari per funzione economica (in altri termini il dato di maggiore interesse per una revisione di spesa dovrebbe essere quello relativo al costo medio di un pasto o delle pulizie, etc., piuttosto che quello complessivo dell'assistenza ospedaliera).

Da un punto di vista metodologico, la questione fondamentale ci pare sia se i dati utili per una revisione di spesa siano effettivamente desumibili (o almeno lo siano con uno "sforzo" ragionevole) dall'impianto contabile esistente. Un esempio può aiutare a chiarire il dubbio: se volessimo comparare i costi di lavanderia in una Azienda che gestisce in proprio il servizio e in una che lo affida all'esterno, nel primo caso dovremmo essere in grado di riassumere i costi del personale dedicato, quello dei beni e servizi acquistati, l'ammortamento e la manutenzione delle attrezzature e il costo, almeno figurativo, dei locali, tutte voci di costo probabilmente contenute nel corrispettivo dell'appalto del servizio (senza poi considerare le situazioni "miste" e il fatto che per molte voci di interesse non esiste neppure la possibilità di sommare i beni e i servizi specifici); ad oggi dai dati contabili non si riesce a enucleare gran parte delle voci sopra indicate. Quando poi lo fossero, rimane la que-

stione della standardizzazione, che richiede dati extracontabili: magari il semplice costo per giornata di degenza può essere ragionevole, ma in alcuni casi altre variabili andrebbero prese in considerazione.

Il banale esempio sopra riportato mostra in tutta la sua complessità la questione delle comparazioni e delle necessarie integrazioni fra dati contabili e extracontabili.

Per molti versi appare più praticabile la strada di valutare l'efficienza delle spesa *top-down* (quindi coerentemente con la scelta fatta per i cosiddetti costi standard), utilizzando i costi complessivi o comunque aggregati, sempre che si disponga di un set di parametri (condivisi) capaci di rendere omogenei i confronti: parametri tipicamente di bisogno nel caso delle Asl o di volume (quali-quantitativo) di attività per le AO.

Non mancano le tecniche statistiche per analisi di questo genere ed è anche disponibile larga parte dei dati necessari; il vero problema è culturale, sia perché implica abbandonare una logica sostanzialmente ragionieristica per adottarne una statistica, sia perché implicitamente si tornerebbe alle logiche di autonomia e responsabilità che erano alla base dell'idea di aziendalizzazione, che nel tempo sono retrocesse in favore di logiche molto più centraliste (sebbene dopo il 2000 a livello regionale).

Altrettanto interessante è la questione del monitoraggio dei razionamenti.

Su questo aspetto va immediatamente detto che a livello centrale è molto difficile poter monitorare i casi di non esigibilità dei diritti, che probabilmente rimangono affidati al contenzioso o alle semplici segnalazioni dei cittadini e delle loro associazioni di advocacy; l'attuale griglia Lea può analizzare alcuni elementi aggregati che, per quanto strategici, analizzano in media i comportamenti regionali. Sarebbe molto più interessante poter realizzare un monitoraggio a livello di Asl,

un po' come il Programma nazionale esiti fa a livello di aziende ospedaliere.

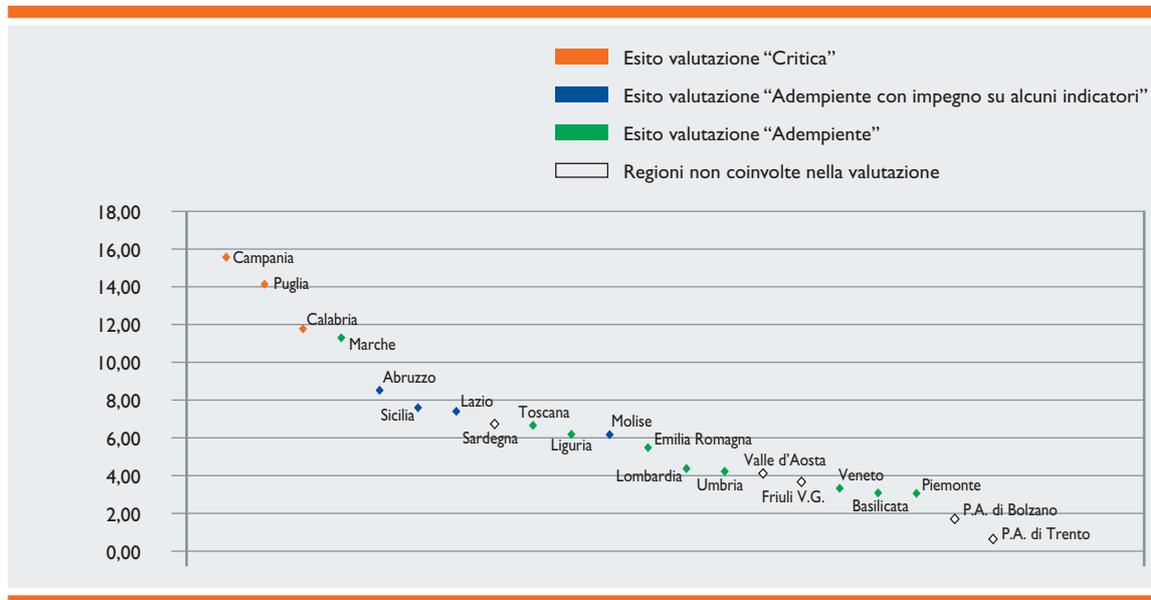
Inoltre, ai fini qui analizzati, la griglia Lea potrebbe evitare commistioni fra monitoraggio dei livelli di erogazione dei servizi ed efficienza degli stessi, essendo il secondo aspetto probabilmente meglio monitorato separatamente e in altre sedi. Ad esempio, da questo punto di vista inserire nel monitoraggio elementi che riguardano il livello di disavanzo appare ridondante e per certi versi fuorviante: è facile mostrare che una Regione potrebbe essere in pareggio, e quindi adempiente da questo punto di vista, grazie a un eccessivo trasferimento di oneri sui cittadini, che in qualche modo contraddice (si veda ad esempio la relazione fra punteggio Lea e quota di rinunce per ragioni economiche o livelli di impoverimento per spese sanitarie) l'assunto di partenza (Figure 5 e 6).

Probabilmente, con le dovute cautele, nella griglia Lea sarebbe piuttosto auspicabile un maggiore utilizzo di dati sull'impatto economico della sanità sulle famiglie, oltre che delle informazioni desumibili da processi di audit civico.

In conclusione, la questione della revisione della spesa, che pure accompagna il nostro sistema sanitario sin dalle sue origini, rimane densa di problematicità irrisolte: allo stesso tempo, la calante disponibilità di risorse rende sempre più urgente che sia affrontata e risolta.

Le problematiche connesse contengono certamente elementi di complessità tecnica, ma la soluzione è globalmente una questione eminentemente di cambiamento culturale: nel governo del sistema sanitario, pure da tutti riconosciuto come paradigma di complessità, si stenta ancora ad abbandonare una logica ragionieristica, che pur avendo il merito di avere comportato un significativo contenimento della spesa, non è in grado di dare risposte attendibili sulla reale efficienza del sistema.

Figura 5 Quota di popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici verso esito valutazione ministeriale adempimento “mantenimento erogazione Lea”, 2011



Specialmente ora che, dopo anni di sforzi, si è raggiunto un livello accettabile di rispetto dei vincoli di bilancio (con circoscritte eccezioni) e, quindi, si è ottenuto un (sostanziale) risanamento finanziario, sarebbe davvero urgente passare alla “fase 2”, ovvero quella del risanamento quali-quantitativo dei livelli di assistenza erogati.

Tenere insieme efficienza dei servizi e la loro efficacia richiede, da una parte, una maggiore integrazione fra dati contabili, tipici della revisione

della spesa e dati extra-contabili tipici dei monitoraggio Lea, e, dall'altra, un passaggio a logiche statistiche capaci di rendere omogenei e quindi confrontabili i dati. Richiede, infine, un ripensamento dei ruoli dei diversi livelli di governo: non c'è dubbio, anche da un punto di vista dell'assetto istituzionale, che il livello centrale debba essere garante di parametri di confronto e standardizzazione condivisi, mentre può essere davvero necessario riportare al livello locale, che gli è proprio, le logiche di revisione della spesa.

Figura 6 Quota di popolazione che si impoverisce a causa delle spese socio-sanitarie verso esito valutazione ministeriale adempimento "mantenimento erogazione Lea", 2011

