

Rapporto Cottarelli: dove e come tagliare nella sanità

Gilberto Turati

Nel Rapporto del commissario per la revisione della spesa, il capitolo “sanità” (110 miliardi) ha un’importanza particolare. Vediamo dove la spesa continua crescere, dove si è riuscito a risparmiare e tutto ciò (tanto) che è possibile ancora tagliare. Soprattutto, in che modo conviene farlo.

Anche la sanità – con i suoi oltre 110 miliardi di euro di spesa – è stata ovviamente oggetto di attenzione di uno dei **gruppi di lavoro del commissario Cottarelli**. Non c’è un vero e proprio testo; nelle slide che costituiscono il rapporto ci si concentra solo su alcune categorie specifiche di spesa: quella per beni e servizi non sanitari, per farmaci e dispositivi, per la diagnostica ambulatoriale e per le Aziende ospedaliere universitarie. Non c’è invece una riflessione più generale sulla spesa per l’intero Servizio sanitario nazionale; né si trovano quantificazioni esplicite dei possibili risparmi a livello nazionale con i relativi tempi di realizzazione.

Quando sale la spesa e quando si risparmia

Nello specifico, dal rapporto si scopre che la spesa per beni e servizi non sanitari è stimata in più di 9 miliardi di euro nel 2012. Rientrano nella categoria le spese per lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento, utenze elettricità, smaltimento rifiuti e utenze telefoniche, che valgono circa 4,5 miliardi, così come la copertura dei sinistri, che vale 1,1 miliardi. Nonostante l’introduzione di prezzi di riferimento, alcune componenti sono comunque cresciute: gli aumenti più consistenti si registrano, in particolare, per le utenze elettriche e il riscaldamento. I suggerimenti per ottenere risparmi non sono certo delle novità: si punta sul *benchmarking* fra strutture, attraverso indicatori meglio definiti sui prezzi di acquisto; su una maggiore centralizzazione degli acquisti; sulla razionalizzazione dei consumi energetici, che però richiede investimenti nel breve periodo per l’efficientamento degli impianti (un punto che richiama il problema dell’età avanzata di molte strutture ospedaliere).

Per quanto concerne la seconda componente considerata, la spesa per farmaci (pubblica e privata) e per dispositivi arriva a 30 miliardi di euro. Anche in questo caso, le proposte di razionalizzazione non sono nuove e – soprattutto – sono già state incluse nel Patto per la salute 2014-2016 (articoli 23, 24 e 26): si parla, per esempio, di sviluppare gli Osservatori prezzi e l’Health technology assessment, di un maggiore e più veloce ricorso ai farmaci generici, di regionalizzare le gare per gli acquisti. Qualche indicazione di possibili risparmi si trova invece nella sezione più eterogenea, dedicata all’appropriatezza, nella quale – dopo aver evidenziato come sia difficile con i dati nazionali valorizzare le prestazioni inappropriate – si presenta il caso di studio della Valle d’Aosta: sulla diagnostica ambulatoriale per immagini, il valore delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza è stimato nel 14 per cento circa della spesa. Non poco, soprattutto se si considera che accanto a queste possibili riduzioni della spesa, nella stessa regione, i risparmi già conseguiti sulle spese di noleggio e assistenza tecnica delle attrezzature per la diagnostica (tomografi, Tac, Pet) sono stati pari al 25 per cento tra il 2012 e il 2013.

Così si disbosca la giungla degli acquisti

Valutato nella sua interezza, il rapporto del gruppo di lavoro sulla sanità sembra quindi puntare molto sul tema degli acquisti, dove gli spazi per le razionalizzazioni e i risparmi sembrano effettivamente esserci. E dove peraltro si annida la corruzione, la forma peggiore di inefficienza della pubblica amministrazione. Bene quindi l’insistenza sull’individuazione di prezzi di riferimento e sulla costituzione di Osservatori prezzi: sono questi i “costi standard” (degli input) da

considerare, eventualmente per arrivare a definire un costo standard dei servizi, non certo la parodia della legge 68/2011, una foglia di fico per dire che nella sanità si è già superata la spesa storica.

Quello che manca è tuttavia una visione più “micro” del problema degli acquisti: come già **ricordato in un precedente intervento**, sono i direttori delle Aziende a fare gli acquisti, non le regioni o lo stato; e, fra le regioni e – all’interno di ciascuna di queste – fra le Aziende, l’eterogeneità in termini di risparmi *già* conseguiti sono marcate. Richiedere ancora a tutti gli stessi sforzi rischierebbe di essere un premio per i cattivi e/o – peggio – di originare l’*effettoratchet*, con i migliori direttori che limitano i risparmi sapendo poi che a loro verrebbe chiesto ancora di più. Per evitare questo tipo di problemi occorre non utilizzare la pratica dei tagli lineari, sia nel riparto tra le regioni, sia all’interno delle regioni stesse, dove alcune Aziende potrebbero essere considerate “più uguali” di altre. In ogni caso, nell’ottica del Documento di economia e finanza che il governo vara in questi giorni, i risparmi non saranno facili da portare a casa: sia perché – come detto – è richiesto il contributo di ciascuna singola Azienda (e il monitoraggio spetta a ciascuna regione), sia perché – sulla base dei dati Agenas – la variazione percentuale media annua della spesa sanitaria tra il 2008 e il 2010 è stata del 1,37 per cento e tra il 2010 e il 2013 del -0,28, con un calo in termini nominali. Segno che qualcuno ha già fatto la sua parte; e potrebbe essere molto complicato, per chi ha già fatto tanto, fare ancora di più.



Fonte:

Pubblicato su: The logo for SASSANIA, with the word "SASSANIA" in a bold, stylized font where the letters are interconnected. The "S" is yellow, "A" is red, and "N" is blue.