



[Home](#) > [Argomenti](#) > [Sanità](#) > Tutto (o quasi) già scritto nel patto per la salute

Tutto (o quasi) già scritto nel patto per la salute

12.02.16

Giulio Turati

Il manifesto del governo Renzi sulla sanità pubblica è contenuto nel patto per la salute per il 2014-2016. E l'agenda è certamente ricca di contenuti. Manca però una visione complessiva del servizio sanitario nazionale che guardi al futuro. Le scelte sulle risorse e i rapporti con le regioni.

Il patto del 2014

Il manifesto del governo Renzi delle cose da fare per migliorare la sanità pubblica italiana sta nel patto per la salute per gli anni 2014-2016, firmato nel luglio 2014 quando c'era ancora un ministro per gli Affari regionali. Il patto definisce una agenda certamente molto densa di contenuti (forse troppo), toccando più o meno tutte le questioni sul tappeto ormai da anni: le risorse economiche e le regole di riparto, l'ospedale e il territorio, il sistema di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, i piani di rientro, l'edilizia sanitaria, la sanità digitale, la valorizzazione delle risorse umane, l'Health Technology Assessment per farmaci e dispositivi medici. Non c'è invece nel patto una visione complessiva del servizio sanitario nazionale che guardi al futuro e che consenta di capire cosa davvero il governo voglia fare della sanità pubblica al di là dei proclami sull'universalismo.

Le risorse "ballerine"

Le risorse costituiscono un punto chiave nel rapporto dialettico tra Stato e regioni: le slide di Renzi dicono che i denari sono aumentati da 106,4 miliardi di euro agli attuali 111. Ma il finanziamento del Ssn era 106,9 miliardi nel 2011, sale a 108 nel 2012 per ridursi in termini nominali di circa 1 miliardo, da 108 a 107, nel 2013. Per il triennio successivo 2014-2016, nella versione originaria del patto si parla di 109 miliardi di euro per il 2014, 112 per il 2015 e 115 per il 2016; ma si dice anche che i soldi a disposizione del sistema sanitario nazionale possono cambiare per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica e per le variazioni del quadro macroeconomico. Le modifiche sono puntualmente arrivate, nonostante il barometro del Pil abbia offerto nel frattempo timidi segnali di miglioramento. La nuova, sofferta, intesa del luglio 2015 riporta il finanziamento per quell'anno da 112 a 109 miliardi e ridetermina il finanziamento 2016 a 113 miliardi. Il governo, però, ci ripensa ancora e con l'ultima legge di stabilità fissa, per il momento, il finanziamento 2016 a 111 miliardi di euro, di cui 800 milioni vincolati all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (aggiornamento per il quale era stata predisposta una bozza di Dpcm nel febbraio 2015 che è poi scomparsa dai radar). Tenendo conto di tutte le revisioni cumulate nel tempo (e delle previsioni di crescita), il finanziamento del Ssn è destinato a ridursi abbondantemente sotto il 7 per cento del Pil, un livello al quale il governo sembrava in passato voler stabilizzare la spesa e che ci identifica come uno dei paesi che spende meno in Europa per la tutela della salute. Di per sé non è un problema: è una scelta; solo sarebbe bene dire finalmente che non è il finanziamento dei Lea, ma solo quel che ci possiamo (vogliamo) permettere.

I rapporti Stato-regioni

Dopodiché, chiaramente, sono le regioni che decidono come spendere i soldi e come trasformarli in servizi ai cittadini, tanti o pochi, di buona o di cattiva qualità. E la retorica del governo per giustificare le variazioni rispetto alle cifre originarie del patto è che le regioni spendono male e sprecano risorse. C'è del vero in questa storia, come testimonia anche il recente dossier della guardia di finanza di cui hanno parlato i giornali. Il punto è come far sì che spendano meglio. Qui le proposte del governo sono molte (a partire da quelle del patto) ma, talvolta, contraddittorie. Il punto principale da chiarire è quale grado di autonomia il governo vuole lasciare alle regioni: la riforma costituzionale sembra portare a un assetto più centralizzato rispetto a quello attuale, ma restano ancora molti dubbi interpretativi. Se la soluzione ai mali regionali è il ri-accentramento, sarà il governo a decidere in futuro che fare dei piccoli ospedali o a realizzare la tanto agognata rete territoriale. L'esperienza del passato solleva però qualche perplessità sul fatto che l'accentramento possa annullare i differenziali di prestazioni e di spesa che si osservano oggi sul territorio.

Cosa resta da fare

Se invece l'autonomia regionale rimarrà, allora bisogna riconoscere che delle tante proposte del patto per migliorare i risultati, alcune hanno fatto passi avanti, molte altre no. Tra le prime: il patto prevedeva la revisione del sistema dei piani di rientro; ma con la legge di stabilità per il 2016 il governo ha fatto un passo in più nella giusta direzione, portando il piano di rientro a livello di ospedale: è lì che si genera la spesa ed è lì che bisogna cominciare a mettere le mani (**Sanità: il piano di rientro passa in corsia**). Bisogna vedere però se il governo avrà il coraggio politico di affrontare davvero le situazioni critiche, premiando chi ha già fatto tanto sul fronte della revisione della spesa. Tra le

cose per le quali ancora si è fatto poco, due meritano di essere citate: il ticket e i criteri di riparto fra le regioni. Il patto prevedeva la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, ma si è preferito evitare di toccare una materia elettoralmente calda. La compartecipazione dovrebbe servire a controllare la domanda inappropriata (**Sanità: un ticket più equo è possibile**); ma il governo ha deciso di agire sul fronte della responsabilizzazione dei medici con un apposito decreto nel dicembre 2015. A che serve ora il ticket per le prestazioni incluse nel decreto? Il patto prevedeva anche la revisione dei criteri di riparto mantenendo fermo il principio dei costi standard. Le regioni hanno giustamente issato il gran pavese per aver già ripartito le risorse 2016 (quelle del 2015 si sono divise a dicembre), ma i criteri sono rimasti gli stessi del passato, che niente hanno a che vedere coi costi standard. Standardizzare i costi degli output rischia di essere terribilmente complicato; standardizzare i costi degli input, con un sistema centralizzato di rilevazione dei prezzi e di controllo per chi spende di più potrebbe essere un primo passo, facile da fare. A quando una riflessione sul tema?

◀ 3

[Commenta](#)[Stampa](#)

In questo articolo si parla di: [governo renzi](#), [sanità](#)

BIO DELL'AUTORE

GILBERTO TURATI



Nel 1995 si laurea in Scienze Bancarie, Finanziarie e Assicurative presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Nel 1999 ottiene il M.Sc. in Economics presso la University of York nel Regno Unito e, successivamente, nel 2003, il Dottorato di Ricerca presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. E' stato ricercatore in Scienza delle Finanze (SECS-P/03) presso l'Università degli Studi di Torino dal 2002 al 2011; dall'ottobre 2011 è Professore Associato in Scienza delle Finanze sempre presso l'Università di Torino. E' autore di diverse pubblicazioni in campo nazionale e internazionale su tematiche legate principalmente alle industrie dei servizi di welfare, in particolare alla sanità. E' attualmente il Direttore del Master in Economia e Politica Sanitaria dell'Università di Torino e del Coripe Piemonte e membro dell'Organismo Interno di Valutazione della AO Ordine Mauriziano di Torino. E' anche membro del Board della European Public Choice Society per il term 2012-2015 .

[Altri articoli di Gilberto Turati](#)