



POLITICA E SANITÀ

Tagli in sanità, esperti divisi su rischi e opportunità

La spending review? Non è nient'altro che una manovra fatta di tagli lineari. No invece, è l'occasione da non perdere per chiudere finalmente i piccoli ospedali. L'operazione di riqualificazione della spesa pubblica messa in piedi dal Governo Monti (nella foto Palazzo Chigi) divide gli esperti. Due in particolare: **Angelo Lino Del Favero**, direttore generale delle Molinette di Torino e presidente di Federsanità Anci, e **Nerina Dirindin**, docente di Economia pubblica e Scienza delle finanze all'Università di Torino ed ex assessore alla Sanità della Sardegna. Nei giorni scorsi hanno scritto entrambi di spending review (il primo sul bollettino di Federsanità, la seconda sul periodico web di economia Lavoce.info) esprimendo considerazioni che non solo risultano divergenti, ma meritano anche di essere accostate perché alimentano le opinioni.

Partiamo da Dirindin: secondo la docente, «dietro lo slogan della spending review si cela una nuova manovra estiva fatta di tagli lineari», che rischia però di vanificare i risultati raggiunti finora. «La sanità» scrive «ha già fatto molto nella direzione della spending review» grazie a discipline di bilancio che impongono ai governi regionali di ripianare i deficit e ai commissariamenti. Lo conferma il fatto che negli ultimi sei anni (dal 2005 al 2011) la crescita della spesa sanitaria corrente è rimasta al di sotto di quella primaria della Pubblica amministrazione (+15 per cento contro +18 per cento nel periodo 2005-2011). In questo quadro, la spending review «impone gli stessi interventi in modo indistinto a tutte le Regioni, penalizzando quelle più avanzate e creando un alibi per quelle meno mature tecnicamente e politicamente». E in più «non interviene sulla qualità della spesa, rischiando di spostare semplicemente i costi dal bilancio pubblico alle tasche dei cittadini, in particolare dei più fragili».

Del Favero, invece, concentra l'attenzione sull'intervento riguardante i posti letto. Non c'è più il tetto che decretava la chiusura delle strutture più piccole, ma quella comunque è la direzione in cui si deve andare. «Sono almeno vent'anni che gli esperti di organizzazione sanitaria sostengono la necessità di chiudere i piccoli ospedali» scrive il presidente di Federsanità Anci. «Sorti qua e là nel Paese soprattutto per ragioni elettorali», sono «pericolosi e costosi» e «devono essere riconvertiti in poliambulatori e strutture di ricovero a bassa intensità, rispondendo così alla necessità di rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, ma rinviando le urgenze agli ospedali "veri"». Per Del Favero, «la sfida del futuro è nella rete: centri a elevata specializzazione, strutture di ricovero con alti standard tecnologici e poi la rete dei presidi, degli ambulatori, dei punti di primo soccorso». La spending review, di conseguenza, «è qualcosa di più di uno strumento di controllo sulla spesa, perché impone di riconsiderare il modo stesso con cui si arriva a spendere. Non si tratta solo di "tagliare", ma di compiere una profonda revisione dei processi di attività per arrivare ad avere migliori costi e migliori servizi». Il dibattito è aperto, come si suol dire.

Spesa farmaci e dispositivi, servizio Bilancio chiede chiarimenti

Nessuna obiezione sulle misure sanitarie della manovra ma qualche osservazione su aspetti che riguardano la spesa farmaceutica, i beni e servizi e il taglio dei posti letto. È quanto emerge dall'analisi del servizio Bilancio del Senato sulla spending review. Per cominciare, secondo il servizio Bilancio, andrebbero puntualizzati gli effetti sul livello della spesa farmaceutica ospedaliera che derivano dalle specialità medicinali di fascia A, dal pay back per l'ospedaliera, del rimborso da parte delle imprese alle Regioni per il superamento del tetto di spesa dei medicinali prodotti, dalle somme restituite dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, alle regioni per le procedure di rimborsabilità condizionata sottoscritte in sede di contrattazione del prezzo. Oltre a una maggiore precisione per quel che riguarda la spesa farmaceutica territoriale, il documento mette in guardia su beni e servizi dal rischio di scatenare «un cospicuo contenzioso a carico delle aziende sanitarie» e creare «problemi di approvvigionamento per alcune aziende sanitarie» se i fornitori dovessero preferire recedere dal contratto piuttosto che subire la decurtazione dei compensi, anche alla luce dei ritardi nei pagamenti. Inoltre, secondo il servizio bilancio andrebbero illustrati i motivi per cui gli effetti per il 2012 sono maggiori di quelli per il 2013 e 2014. Sul taglio dei posti letto la relazione ricorda che incide soltanto sulla quota di oneri variabili (e, fra l'altro, in misura meno che proporzionale).

Infine sul nuovo tetto per i dispositivi medici, oltre al fatto di giudicarlo forse «non sostanzialmente sostenibile, anche alla luce del progresso tecnico e della questione dell'aggiornamento del nomenclatore dei dispositivi medici», il servizio bilancio sottolinea che, a differenza di quanto accade per la spesa farmaceutica, l'eventuale sforamento resta a carico delle regioni: in questo settore non c'è pay back per le aziende produttrici.

Malpractice, il fabbisogno assicurativo annuo vale 1,6 miliardi

2,3 milioni di euro. A tanto ammonta la spesa assicurativa media per una struttura sanitaria, ponderata per i posti letto, con il Sud che presenta un valore di 1,7 milioni di euro contro un valore di 2,7 milioni di euro del Nord. Il dato emerge da una ricerca, condotta su un campione composto da 29 strutture singole e da 18 Asl (cui afferiscono 90 strutture), per un totale di 119 strutture sanitarie e presentata in occasione di un convegno promosso da Aiba (Associazione italiana brokers di assicurazioni e riassicurazioni), Consap (Concessionaria servizi assicurativi pubblici) e dal Dipartimento di Scienze statistiche dell'Università di Roma La Sapienza. La ricerca, contenuta nel volume "Sanità pubblica e Assicurazioni - Il Fair Price del rischio di Medical Malpractice", punta a determinare la parte di rischio che, per frequenza e costo medio, potrebbe essere finanziata mediante un contributo su base nazionale. Effettuando una proiezione sulle strutture sanitarie italiane censite dal ministero della Salute, la ricerca rileva che secondo un approccio di tipo Risk-Based, il fabbisogno assicurativo può essere stimato nell'ordine di 1,6 miliardi di euro. La pubblicazione sarà ora messa a disposizione delle istituzioni per creare un tavolo tecnico. L'auspicio dei promotori è quello di incoraggiare un intervento di natura legislativa, che, al pari degli altri paesi europei, possa finalmente regolamentare questo settore.