

ECONOMIA

WELFARE-1 / IL PUBBLICO

Alla SANITÀ i conti non tornano

I tagli di Tremonti incideranno sui budget per la salute: meno medici, meno prestazioni. E i disavanzi record di alcune regioni accendono un dubbio: possiamo ancora permetterci un Sistema sanitario nazionale?

DI DANIELA MINERVA
FOTO DI GIULIO SARCHIOLA

Quando un solo comparto spazza via il 75-80 per cento di un bilancio e quel bilancio viene tagliato di 8 miliardi e mezzo in due anni, è difficile credere al governo se dice che la sanità non verrà toccata dalla manovra. Soprattutto se all'articolo 14 di quella manovra si legge che le regioni dovranno ridurre i costi anche adottando «misure di contenimento della spesa sanitaria». Un mantra, ormai, ripetuto a ogni occasione che palesa la necessità di mettere in ordine i conti pubblici. Che incide sulla carne viva dei cittadini delle cinque regioni col deficit sanitario monstre (Lazio, Campania, Calabria, Molise e Abruzzo) chiamate a ripianare in gran fretta, il che significa tagliare posti letto e prestazioni senza avere nulla di alternativo da offrire. E che diventa materia bollente quando il ministro dell'Economia Giulio Tremonti annuncia che dopo l'estate sarà pronto il primo atto del federalismo: i costi standard della sanità, ovvero la definizione della spesa necessaria a mantenere gli italiani in salute partendo da quanto impiegano le regioni virtuose Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto, e dai costi standard si attende un risparmio di almeno 4 miliardi. Ma non serve attendere tanto: dalla stima fatta dalla Cna di Mestre sui probabili tagli che oggi le Regioni saranno chiamate a fare emerge che 878 milioni in due anni saranno sottratti all'assistenza sociale, con punte fino a 318 milioni in Lombardia tolti alla gestione di uno dei capitoli più seri della sanità: l'assistenza ai non autosufficienti, agli handicappati, agli anziani. E poi la sforbiciata ai camici bianchi che per questo sciopereranno il 19 luglio: 78 mila operatori in meno, di cui 15 mila sono medici, nei prossimi tre anni col

blocco del turn over non potrà che tradursi nella paralisi di molti ospedali e Asl. Insomma, se i conti dello Stato sono in disordine la sanità, che si porta via 112 miliardi nel 2010, deve mettersi a dieta. Ma perché?

Se è vero che spendiamo molto meno dell'Europa dei 15, che impiegano per questo comparto il 9,2 per cento del Pil a fronte del nostro 8,7, e meno persino della media Ocse (8,9); e se è vero, come indica l'Oms, che il nostro servizio pubblico è al secondo posto nel mondo per qualità nell'equità, per quale ragione, tra i mille capitoli di bilancio, è proprio la spesa sanitaria a dover essere ridotta? Insomma, dobbiamo forse accettare l'idea che siamo così malridotti da non poterci più permettere un Servizio sanitario nazionale universale?

Il tema è certamente politico giacché, come rileva l'economista dell'Università di Roma Tor Vergata, Federico Spandonaro, che cura ogni anno il "Rapporto Ceis Sanità", «la ragione prima del Ssn è l'equità. Quindi, dal momento che guardiamo al suo finanziamento, dobbiamo prima di tutto chiederci: vogliamo questo livello di equità o siamo disposti a rinunciare?». Ma una valutazione di questo genere non basta più. Perché messa nell'angolo da due dati di realtà: da un lato il fatto inoppugnabile che cinque regioni affossano i conti dell'intero sistema coi loro deficit, e lo standard nazionale con la pessima qualità delle prestazioni che forniscono; e dall'altro che il combinato disposto dell'enorme debito pubblico e dell'invecchiamento della popolazione pone un interrogativo inedito: il Ssn è un sistema efficiente? Utilizza bene i denari che spende?

Certo è un sistema del tutto particolare giacché ha a che fare con la materia più dolorosa, la malattia, l'invalidità e, eventualmente, il fine vita; e sicuramente ha un guardiano rigoroso, l'articolo 32 della Costituzione che fa della salute un diritto. Ma

ugualmente è un sistema economico e oggi gli si chiede di essere efficiente. E di spiegare perché, ad esempio, un parto in Campania costa più del doppio della media nazionale; o perché prima di operare un malato nel Lazio se lo tengono in ospedale in media 2,33 giorni a fare costosamente niente, mentre in Emilia Romagna ci sta meno di un giorno. O ancora come mai più del 30 per cento dei ricoveri in Campania non ha alcun senso clinico, mentre in Toscana questo genere di errore non supera l'8 per cento. Insomma, è sotto gli occhi di tutti che una buona quota del Ssn non funziona. E va raddrizzata. Partendo dal richiamo della Corte dei Conti che ha mostrato che, se tutti fossero virtuosi come le magnifiche quattro, il sistema costerebbe 2,3 miliardi in meno. «La Corte molto opportunamente indica dei capitoli di spreco. Sta alla politica decidere se si tratta di risparmiare 2,3 miliardi o di spenderli meglio», chiosa Spandonaro: «I confronti con gli altri paesi ci dicono che non è vero che spendiamo troppo. Ma le regioni del Sud e il Lazio, con il loro comportamento stanno mandando all'aria tutto». A dirlo è l'analisi dei disavanzi che mostra come su 3,4 miliardi di deficit dell'intero Ssn, 3,2 sono nel Centro-sud (vedi tabella in pagina). L'elenco però, sottolineano i tecnici, non stila una pagella dei buoni e dei cattivi, innanzitutto perché il finanziamento pro capite stabilito dal Fondo sanitario, pesato sulla base dell'età dei cittadini, non tiene conto dei profili epidemiologici legati al tessuto produttivo o ai tassi di urbanizzazione: di quanto colpiscono, ad esempio, malattie costose come il cancro, molto più diffuse in regioni come il Friuli Venezia Giulia e Lombardia e meno in aree come l'Umbria

o la Calabria, o quanto incidono le grandi aree metropolitane con le malattie dell'inquinamento. E infine a pesare è anche il modello del sistema economico-sanità: regioni come la Lombardia puntano tutto sulla concorrenza tra il pubblico e il privato convenzionato e lo scontano con qualche eccesso di spesa per ospedalizzazione (il privato convenzionato costa di più ed è più esposto a abusi di ricoveri e prestazioni), ma il grande spolvero dei celebri nosocomi lombardi attrae gente da tutt'Italia e con i malati arrivano i denari delle altre regioni: i cittadini non ne traggono vantaggio in salute ma il sistema sì. Insomma, non basta andare a vedere chi spende meno, bisogna scoprire chi spende meglio. Sul piatto, quindi, c'è un tema che intriga oggi più di ogni altro gli economisti sanitari: come definiamo un sistema sanitario efficiente?

Le valutazioni commissionate dal ministro Ferruccio Fazio alla Scuola Sant'Anna di Pisa vanno a vedere se gli ospedali spendono in maniera appropriata i denari che ricevono. E rilevano, ad esempio, quante volte si ricoverano persone inutilmente o quali regioni continuano a destinare più risorse agli ospedali e meno al territorio (scelta stigmatizzata come spendacciona e non salubre). Scrutando tutte le schede di dimissione ospedaliera d'Italia, la scuola di Sant'Anna ha fotografato il sistema delle inefficienze. E lo scatto è nitido: ci sono regioni molto valide come l'Emilia-Romagna, l'Umbria, il Veneto, la Lombardia, la Toscana, e altre che sprecano: palma d'oro al Lazio, ma anche Campania, Calabria, Molise.

Ma non basta, perché questo lavoro si limita agli ospedali. Per misurare l'efficienza dell'intero sistema bisogna mettere queste valutazioni insieme ai costi pro capite della sanità nelle diverse regioni e all'effettivo stato di salute delle popolazioni. Una faccenda dannatamente complessa.

Ci ha provato il Cerm di Pisa guidato da Fabio Pammolli, che elabora un complicato modello per tenere conto dei costi e della qualità del sistema (vedi tabella di pag. 110) per fare una classifica di efficienza delle regioni italiane. Con un risultato inquietante: «Le regioni più inefficienti sono anche quelle che appaiono meno in grado di fornire prestazioni di qualità ai loro cittadini», annota Pammolli, «sovraspesa e bassa di qualità vanno di pari passo».

Rendere il Ssn più efficiente, allora, non vuol dire renderlo meno equo. Anzi. È questo che ha spinto il ministero a fare di quattro regioni i pilastri su cui costruire il modello di spesa. Regioni con modelli molto diversi, magari con una diversa idea di equità e persino di sanità. Omologate da

alcune caratteristiche: la qualità dei servizi, e la loro efficienza economica. E soprattutto il fatto di essere il risultato di un cammino di riforme iniziato oltre vent'anni fa. Un tempo necessario a spostare, ad esempio, l'asse del sistema dagli ospedali ai mille presidi del territorio (medici di base, piccoli laboratori, assistenza domiciliare, eccetera). A mettere in pratica politiche di prevenzione (convincere, ad esempio, le donne a fare tutte la mammografia o chi ha più di 55 anni a controllarsi il colon). A centralizzare i servizi: perché in Friuli Venezia Giulia un laboratorio di analisi fornisce 600 mila prestazioni l'anno e in Sicilia ne fa meno di 85 mila?

Ci vuole tempo e carisma politico per fare una rivoluzione di questo genere. Niente a che vedere con i cosiddetti piani di rientro che oggi le regioni meno virtuose devono presentare in tutta fretta. E che, necessariamente, si trasformeranno in tagli ai servizi. «I piani di rientro presentati oggi non hanno obiettivi realistici. Non miglioreranno le performance dei sistemi», dice Gilberto Turati, economista dell'Università Cattolica di Milano. Agli addetti ai lavori appare chiaro come finirà questa storia: il federalismo sanitario e i costi standard, imposti all'improvviso su sistemi antiquati e spreconi, faranno macelleria nella maggior parte delle regioni del Sud. A meno che, come suggerisce Spandonaro: «Non ci sia un supporto tecnico molto robusto da parte delle regioni virtuose e una volontà politica ferrea di raddrizzare le cose, della quale molti dubitano». Perché è ovvio, ancorché tragico, che la risposta alla nostra domanda se ci possiamo ancora permettere un Ssn equo ha oggi un'unica risposta: una parte d'Italia sì, e una parte no. ■

Le più efficienti sono Lombardia, Emilia, Umbria, Veneto, Toscana, Lazio, Campania, Molise, Calabria, invece sprecano

CHI È IN ROSSO E CHI GUADAGNA

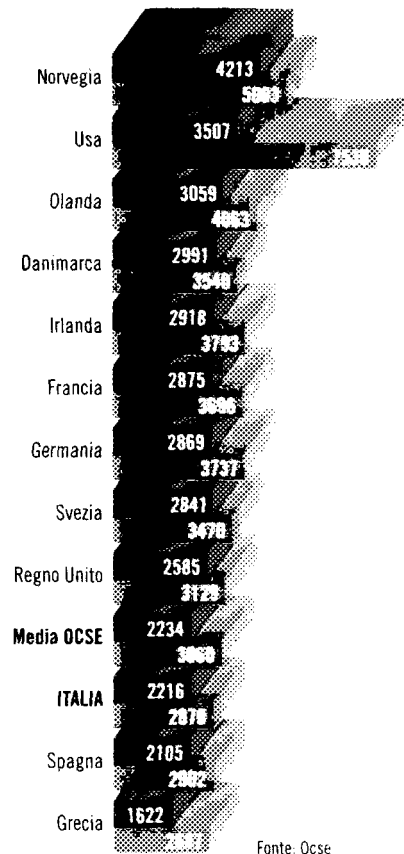
Regioni e Province autonome in milioni di euro	Risultato di esercizio 2006	Risultato di esercizio 2009
Piemonte	-7,174	17,261
Valle d'Aosta	-13,517	-16,887
Lombardia	-4,325	25,670
Provincia autonoma di Bolzano	25,272	13,550
Provincia autonoma di Trento	-14,072	-8,624
Veneto	71,385	-101,425
Friuli-Venezia Giulia	18,297	9,297
Liguria	-100,119	-99,553
Emilia-Romagna	-38,418	39,000
Toscana	-120,619	13,761
Umbria	-40,647	13,325
Marche	-38,953	14,959
Lazio	-1970,862	-1371,728
Abruzzo	-140,414	-48,907
Molise	-58,787	-72,294
Campania	-761,088	-725,099
Puglia	-169,904	-292,355
Basilicata	-22,100	-21,817
Calabria	-34,933	-222,378
Sicilia	-932,453	232,681
Sardegna	-129,928	-193,079

Fonte: ministero della Salute

Dove ci pensa lo Stato

La spesa sanitaria pro capite in alcuni dei 30 paesi Ocse (in dollari)

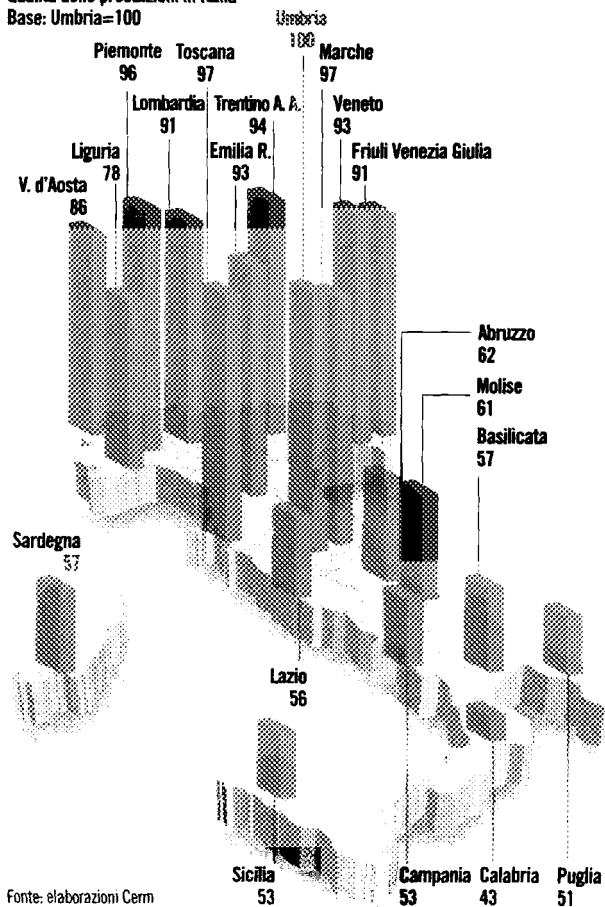
■ Quota spesa pubblica ■ Spesa totale



Fonte: Ocse

LA QUALITÀ NON ABITA AL SUD

Qualità delle prestazioni in Italia
Base: Umbria=100



Fonte: elaborazioni Cerm

I valori nel grafico si riferiscono a un "indicatore sintetico di qualità" dei diversi Ssr elaborato come modello dal Cerm, sulla base degli indicatori del Progetto Mattoni del ministero della Salute, dell'indagine Istat sulle famiglie, dei dati sulla mobilità interregionale, e dell'Atlante sanitario 2008