Tratto da SaluteInternazionale.info

DEF 2016. Quale strategia di politica sanitaria?

2016-04-28 09:04:02 Redazione SI

Nerina Dirindin e Enza Caruso

Preoccupa la mancanza di uno scenario di politica del personale, il principale fattore produttivo del sistema, senza il quale qualunque politica di "consolidamento dei risultati qualitativi raggiunti" (come afferma il Def) non è praticabile, dopo anni di vincoli alla spesa, blocco del turn over, blocco delle procedure contrattuali, blocco dei trattamenti accessori, riduzione delle risorse per la formazione specialistica dei medici, mancata attivazione dei corsi di specializzazione di alcune professioni non mediche, ricorso a lavoro precario, esternalizzazione di servizi anche sanitari.

Nel mese di aprile i riflettori della politica sono puntati sul Documento di Economia e Finanza[1]. Il Def è il principale strumento di programmazione economico-finanziaria attraverso il quale il Governo restituisce le "intenzioni" sulla politica di bilancio al Paese e all'Europa (per le conseguenti raccomandazioni), sottostanti alle principali variabili macroeconomiche e ai saldi di finanza pubblica in esso espressi. Quest'anno tuttavia c'è poco da discutere, principalmente perché il Def ci consegna uno scenario di assoluta incertezza (in primis sulla reale possibilità di continuare ad usufruire della clausola di flessibilità).

Quanto al quadro macroeconomico generale, i risultati della bassa crescita continuano a far rivedere verso il basso le previsioni del Pil, peggiorando il quadro tendenziale[2]. Il governo dichiara di rinviare il pareggio strutturale di bilancio (al 2019) e l'intenzione di sterilizzare le clausole di salvaguardia degli aumenti Iva e accise (15,133 mld nel 2017 e 19,571 mld nei due successivi) con misure correttive che indicativamente dovrebbero proseguire nel percorso di revisione della spesa.

Che cosa dice il DEF 2016 con riguardo al settore sanitario?

Il documento afferma che il Governo è impegnato – anche tramite l'azione delle strutture commissariali attivate nelle regioni in deficit – a mantenere e consolidare i risultati qualitativi raggiunti e a migliorare la razionalità della spesa.

Riguardo agli interventi *in itinere*, il documento cita quattro provvedimenti in via di definizione:

- l'adozione del provvedimento istitutivo dell'elenco nazionale di coloro che hanno i requisiti per la nomina a direttore generale delle aziende sanitarie;
- l'approvazione della nuova disciplina legislativa in materia di responsabilità professionale del personale sanitario;
- il completamento dell'attivazione del fascicolo sanitario elettronico;
- lo sviluppo delle azioni necessarie alla creazione dell'infrastruttura tecnologica per l'assegnazione

del Codice Unico Nazionale dell'Assistito (CUNA).

Azioni queste che dicono poco in termini di finanza sanitaria. Interessanti sono invece i risultati e le previsioni tendenziali di spesa a legislazione vigente (riportati nella **Tabella 1**).

Quanto ai risultati, la spesa sanitaria è tornata a crescere portandosi a 112,4 miliardi nel 2015, un valore prossimo a quello del 2010. Per la prima volta dal 2010 il risultato è superiore alle previsioni contenute nel Def dell'anno precedente (+1,12 mld) ed è imputabile principalmente al costo dei farmaci innovativi. Nel periodo 2010-2015 il settore ha registrato una crescita nominale negativa (media annua: -0,1%), a fronte dell'1% della restante parte della spesa primaria corrente e dello 0,4% del Pil.

Tabella 1. Spesa sanitaria nei documenti di finanza pubblica (mln di euro)

	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Spesa sanitaria DEF aprile 2014	111.474	113.703	116.149	118.680	121.316
Spesa sanitaria DEF aprile 2015	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709
Spesa sanitaria post Legge Stabilità 2016 °	111.028	111.289	111.646	113.815	116.056
Spesa sanitaria DEF 2016 (*)	**111.304**	**112.406**	**113.376**	**114.789**	**116.179**
% sul Pil	*6,9%*	*6,9%*	*6,8%*	*6,7%*	*6,6%*

Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica

° Il valore tiene conto delle misure espressamente previste per la sanità (e non anche degli interventi definiti nell'Intesa Stato Regioni dello scorso 11 febbraio 2016). Include gli incrementi del Fsn (borse specializzandi; revisione tariffe termali; malattie rare) ed estende la riduzione di spesa di 1.783 mln al 2017 e 2018

(*) La previsione comprende le misure di efficientamento a legislazione vigente e la quota taglio a carico delle regioni per 3,5 mld per il 2017 e 5 mld per il 2018 (comprensivi dei 1.783 mln esplicitamente previsti dalla LS2016)

I tendenziali di spesa riflettono invece fattori contrapposti regolati dall'ultima Legge di stabilità. Innanzitutto, scontano, per il 2016, la manovra di 1,783 miliardi e, per gli anni successivi, incorporano il contributo del settore sanitario alla complessiva manovra a carico delle Regioni. **Tale contributo, totalmente caricato sulla sanità (!), è stato definito in sede di Intesa Stato-Regioni lo scorso 11 febbraio in 3,5 miliardi per il 2017 ed in 5 miliardi a decorrere dal 2018**[3]. Le previsioni tengono inoltre conto di pressioni verso l'alto della spesa (che il Def riconduce ai maggiori costi dei farmaci innovativi e ai rinnovi contrattuali) e verso il basso (la riduzione delle inefficienze con le misure a legislazione vigente).

Ma dove arriveranno le consistenti economie di spesa richieste al Ssn?

Risulta difficile pensare che la *spending review* (diventata ormai sinonimo di centralizzazione degli acquisti), possa riuscire a produrre i risparmi auspicati, né tanto meno la lotta alla corruzione (i cui effetti difficilmente potranno valutarsi nel breve periodo, sempre che si eviti la logica del mero adempimento burocratico). La risposta è peraltro già contenuta nella legge di stabilità. Parte dei risparmi potranno provenire dai piani di rientro delle aziende ospedaliere, ospedaliere universitarie e IRCCS pubblici (di cui all'intesa sottoscritta in Conferenza il 21 aprile scorso) per i quali si stima un eccesso di spesa di circa 1,8 miliardi (e che comporteranno inevitabilmente interventi sul turn over e sugli organici). Al riguardo bisogna sottolineare che la spesa per il personale dipendente del Ssn ha cumulato nel periodo 2010-2015 un risparmio di circa il 6% con un'elevata variabilità tra le regioni (particolarmente sofferta nelle regioni in piani di rientro).

Sulla base di tali considerazioni per il 2016 si prevede una spesa pari a 113.376 milioni (non dissimile dalla vecchia previsione del Def 2015), con una crescita rispetto al 2015 dello 0,9%. Nel successivo triennio 2017-2019 la spesa continua a crescere ma a ritmi molto più contenuti del Pil, tanto che nel 2019 raggiunge una incidenza sul Pil del 6,5%, un valore di gran lunga inferiore a quello dei paesi europei con livello di sviluppo simile al nostro. Considerando tuttavia, come

sottolineato in premessa, che il Pil è ormai una variabile abbastanza aleatoria, per il 2017 i tendenziali aggiungono quasi 1 mld al programmatico post Legge di stabilità per allinearsi ad esso nel 2018. Di fatto, la crescita della spesa sanitaria nel 2015 e le sue proiezioni hanno completamente riassorbito l'ulteriore contributo chiesto alle regioni.

Il quadro prefigura una situazione di grave preoccupazione.

In primo luogo il dato relativo alla spesa del 2015 mostra chiaramente tutte le difficoltà che il Ssn sta incontrando nel continuare a comprimere la spesa. Difficoltà che non possono essere trascurate né censurate tenuto conto delle restrizioni cui il settore è già stato sopposto negli ultimi anni. Difficoltà rese ancora più complicate dalle recenti pratiche adottate nel processo di budgeting: da un lato, annunci di tagli di lungo periodo (senza specificare i dettagli), dall'altro restrizioni a breve (differendo la responsabilità a momenti successivi). Punti che delineano una chiara mancanza di visione strategica, non solo per il Ssn quanto piuttosto per l'intera economia.

In secondo luogo, va riconosciuto lo sforzo di prevedere una dinamica della spesa che sembra risentire solo in parte degli effetti dell'Intesa dello scorso febbraio, Intesa che farebbe ricadere sulla sanità pesanti restrizioni ma che rivela tutta la debolezza delle regioni nell'assumere in prima persona la responsabilità di un importante settore quale quello della tutela della salute (salvo poi rivendicare sistematicamente maggiore autonomia e maggiori competenze).

In terzo luogo, preoccupa la mancanza di uno scenario di politica del personale, il principale fattore produttivo del sistema, senza il quale qualunque politica di "consolidamento dei risultati qualitativi raggiunti" (come afferma il Def) non è praticabile, dopo anni di vincoli alla spesa, blocco del turn over, blocco delle procedure contrattuali, blocco dei trattamenti accessori, riduzione delle risorse per la formazione specialistica dei medici, mancata attivazione dei corsi di specializzazione di alcune professioni non mediche, ricorso a lavoro precario, esternalizzazione di servizi anche sanitari, ecc. La revisione dei fabbisogni e degli organici indicata nella Legge di stabilità insieme alle azioni dei piani di rientro aziendali potrebbe rilevarsi una bomba se non accompagnata da chiare linee di riallocazione delle risorse professionali all'interno delle strutture sanitarie e tra le stesse. In tal senso, i risparmi producibili, anziché essere reinvestiti sulle criticità del settore, potrebbero rischiare di volatizzarsi nell'assalto alle future manovre di finanza pubblica.

Motivo di preoccupazione è infine la mancata previsione di una ripresa degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie. Per due ragioni: primo perché il parco tecnologico e strutturale della sanità soffre in molte realtà non solo di vetustà ed obsolescenza ma anche di scarsa manutenzione ordinaria; secondo perché una politica di investimenti pubblici, ovviamente disegnata in modo da evitare le distorsioni che in passato si sono talvolta osservate, potrebbe produrre effetti positivi non solo sulle politiche per la salute ma anche sull'occupazione e sulla crescita dell'economia. Ma questa è un'altra questione, che meriterebbe ben altri approfondimenti.

In sintesi, nonostante le difficoltà che incontrano sempre più spesso i cittadini ad accedere ai servizi in molte realtà del nostro Paese, e nonostante il risveglio del timore arcaico (che, erroneamente, si riteneva superato) di non disporre dei soldi necessari per ricevere cure adeguate, il Def 2016 – insieme alla recente Intesa Stato Regioni – non ci consegnano un quadro di consapevolezza e impegno al superamento di tali criticità.

Nerina Dirindin, Senatore della Repubblica

Enza Caruso, Dipartimento di Economia – Università degli studi di Perugia

Bibliografia

1. Il Def viene presentato al Parlamento entro il 10 aprile di ogni anno e, una volta approvato, viene trasmesso al Consiglio dell'Unione Europea e alla Commissione europea entro il 30 aprile seguendo il timing del semestre europeo.
2. Rispetto alle previsioni della NaDef 2015 nel triennio il Pil si riduce di 0,6% nel 2016, 1% nel 2017 e 1,1% nel 2018.
3. Il riparto dei restanti 480 milioni di ulteriori economie di spesa associate al rafforzamento delle procedure di acquisto centralizzate è stato rinviato a successive intese.

- Facebook

- Twitter
- LinkedIn
-