

# Sanità, il Governo punta su un nuovo Patto con le Regioni

**A**zzerare il deficit delle Regioni entro il 2009 sostenendo quelle più in difficoltà con un fondo straordinario, contribuire alla riduzione della spesa tendenziale rispetto al Pil, introdurre forme di compartecipazione in tutte le Regioni, rafforzare il sistema di monitoraggio dei Lea, potenziare la medicina di base, sviluppare l'integrazione socio-sanitaria e liberare le risorse per sostenere l'attività di ricerca.

Sono queste le indicazioni per la sanità contenute nel Dpef 2007-2011 varato dal Consiglio dei Ministri il 7 luglio scorso.

Tre i concetti cardine indicati dal Ministro dell'Economia, Padoa Schioppa, per il risanamento strutturale dei conti pubblici: sviluppo, equilibrio ed equità.

Una strategia di risanamento che nelle intenzioni del Governo dovrebbe portare a risultati significativi già a partire dall'anno prossimo con l'inizio della discesa del debito pubblico e il ritorno del rapporto deficit-pil sotto il "tetto" del 3% indicato dall'Unione europea.

Il Dpef propone un quadro di fine legislatura che, nel 2011, prevede un sostanziale azzeramento del deficit (0,1% del Pil), il ritorno del debito sotto il livello del 100% del Pil (99,7%), la ricostituzione di un avanzo primario consistente (4,9% del Pil) e un tasso di crescita del prodotto interno lordo pari all'1,7%.

La prossima Finanziaria avrà intanto un impatto complessivo di 35 miliardi, di cui 20 destinati alla riduzione del deficit e 15 allo sviluppo.

Per il risanamento dei conti il Governo punta su un regime di tassazione più equo, e sulla riduzione delle inefficienze delle amministrazioni pubbliche. Ma anche sull'adozione di interventi strutturali "indispensabili" i quattro comparti che, da soli, rappresentano circa l'80 per cento della

spesa totale: pensioni, sanità, amministrazioni pubbliche e finanza degli enti decentrati.

Il Dpef non indica le "cifre" degli interventi. Ma per la sanità, le risorse dovranno essere tali che "anche il settore sanitario contribuisca a ridurre la spesa tendenziale rispetto al Pil". Una esigenza che secondo il Documento è comunque "compatibile con il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria".

La spesa sanitaria è stata valutata sulla base di un tasso di crescita media del 3,2% nel periodo 2007-2011.

L'incidenza della spesa sanitaria sul Pil, ricorda il Documento, è passata dal 5,7% del 2000 al 6,7% del 2005. Un incremento di spesa a cui hanno contribuito la spesa per dipendenti, gli acquisti di beni e servizi e le prestazioni acquistate direttamente sul mercato, ma anche, più in generale, l'invecchiamento della popolazione e il progresso della medicina.

Il Dpef elenca quindi una serie di "elementi di criticità" del sistema: l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e del pronto soccorso, le lunghe liste di attesa e l'esorbitante livello di spesa farmaceutica in alcune Regioni.

Le linee che si seguiranno saranno quelle del nuovo Patto tra Governo e regioni sul sistema sanitario: certezza delle risorse per il triennio 2007-2009; autonomia e responsabilità delle Regioni; rientro del disavanzo entro il 2009 prevedendo un fondo straordinario per sostenere questo percorso.

Quanto ai ticket, l'obiettivo di "migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e garantire sia la loro universalità sia l'esigenza che esse siano fruite dalle persone in effettiva necessità, - si legge nel Documento - suggerisce di non escludere forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini". Sarà inoltre rafforza-

to il sistema di monitoraggio sull'erogazione effettiva dei Lea e all'interno del finanziamento definito dal nuovo Patto "occorrerà liberare risorse per sostenere l'attività di ricerca e innovazione e attivare strumenti per il sostegno degli investimenti da parte delle strutture sanitarie nel campo delle nuove tecnologie".

Altri obiettivi indicati dal Dpef sono il rafforzamento dell'attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento della medicina di base prevedendo l'apertura di studi associati aperti 24 ore su 24 e lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti per i quali si prevede l'istituzione di un Fondo ad hoc in cui far confluire tutte le risorse già oggi impegnate nel settore.

Soddisfazione per i contenuti del Documento è stata espressa dal Ministro della Salute, Livia Turco. "Il Dpef - ha commentato in una nota - contiene le parole chiave auspiccate nel mio programma e miranti a mantenere e a rafforzare i livelli di assistenza sanitaria ai cittadini e questo - ha aggiunto - nel quadro di un necessario e imprescindibile recupero di efficienza nell'utilizzo delle risorse insieme al rilancio degli investimenti per l'ammodernamento tecnologico e strutturale del Ssn".

Il Dpef, ha spiegato ancora Turco, "conferma, infatti, le linee del nuovo Patto per il sistema sanitario illustrato nei giorni scorsi al Parlamento.

Particolarmente significativi - ha concluso il Ministro - la riorganizzazione e il potenziamento della rete della medicina territoriale nel quadro di una maggiore integrazione socio-sanitaria e l'istituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza, per rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni di assistenza di un sempre crescente numero di cittadini affetti da malattie croniche invalidanti".

## LA SANITÀ NEL DPEF 2007-2011

### Sistema sanitario nazionale

Tra il 2000 e il 2005 la spesa sanitaria delle Amministrazioni Pubbliche è cresciuta in termini reali a un tasso medio annuo di circa il 4 per cento. L'incidenza sul PIL è aumentata dal 5,7 per cento al 6,7 per cento. Hanno concorso a tali andamenti la spesa per dipendenti, gli acquisti di beni e servizi e la spesa per prestazioni acquistate direttamente sul mercato.

La dinamica della spesa sanitaria è determinata da due fattori di fondo: l'invecchiamento della popolazione e il progresso della medicina, che genera migliori cure ma anche un continuo aumento dei costi. Il sistema sanitario italiano si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali circa la tutela della salute della popolazione e la qualità complessiva delle prestazioni. Ciò nonostante esso presenta seri elementi di criticità: l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e del pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base e alla carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste di attesa; l'esorbitante livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni; l'insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, che ne spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate. Proprio la distribuzione dei disavanzi fra le diverse Regioni mostra che vi sono margini di miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. È dunque possibile mantenere e all'occorrenza rafforzare i livelli di assistenza sanitaria e allo stesso tempo ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica. Anzi, proprio la massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico - la spesa sanitaria è una forma essenziale di investimento nel capitale umano.

In giugno il Governo ha avviato, insieme con le Regioni, l'elaborazione di un Nuovo Patto per il sistema sanitario. Nelle sue linee generali esso si configura nei termini seguenti:

- **certezza delle risorse:** il Governo si impegna a definire le risorse destinate al Servizio sanitario su un arco pluriennale - inizialmente per il triennio 2007-2009 - in modo da rendere possibile alle Regioni una programmazione di medio periodo delle azioni necessarie a correggere le inappropriatezze e a riassorbire le inefficienze che minano il controllo della spesa e l'efficacia dei servizi ai cittadini;
- **autonomia e inderogabile responsabilità delle regioni:** le regioni opereranno in un regime di piena autonomia e inderogabile responsabilità di bilancio: se una Regione ottiene economie maggiori di quelle programmate, potrà utilizzare a sua discrezione le risorse così liberate, a condizione che i Livelli essenziali di assistenza (LEA) siano comunque garantiti; se non ottiene i guadagni di efficienza programmati dovrà finanziare le spese eccedenti con risorse proprie, anche mediante la conferma degli strumenti di automatismo fiscale;
- **rientro entro il 2009:** per le Regioni che presentano forti disavanzi viene stanziato, per gli esercizi dal 2007 al

2009, un fondo straordinario, di dimensione decrescente nel tempo, che, insieme con misure rafforzate di affiancamento, accompagna la manovra delle entrate proprie regionali con un finanziamento, strettamente condizionato, che sostenga un percorso di rientro in grado di portare entro il 2009, grazie soprattutto a una più efficiente gestione, all'azzeramento di tali disavanzi.

L'ammontare di risorse complessivamente messe a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2007-2009 dovrà essere tale che anche il settore sanitario contribuisca a ridurre la spesa tendenziale rispetto al PIL. È convinzione del Governo che questa esigenza sia compatibile con il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (Lea). Si interromperà così la spirale di aumento della spesa registrata in questi anni, garantendo peraltro al sistema le risorse necessarie a un suo più adeguato funzionamento. Il fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e garantire sia la loro universalità sia l'esigenza che esse siano fruite dalle persone in effettiva necessità suggerisce di non escludere forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini anche nelle Regioni che non hanno ancora adottato forme di responsabilizzazione individuale nei consumi sanitari.

Verrà rafforzato il sistema di monitoraggio circa l'erogazione effettiva dei Lea e le azioni per il miglioramento della qualità dei servizi e la riduzione dei loro costi. A questo scopo, verrà proseguita l'azione diretta ad assicurare principi contabili omogenei a livello nazionale. Verrà potenziato l'insieme di indicatori concordato con le Regioni per sorvegliare la realizzazione degli indirizzi programmati circa l'uso delle risorse, la qualità dell'output e la capacità organizzativa. Il livello centrale (sia ministeriale che del coordinamento interregionale) svolgerà così non solo una funzione di verifica ma anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni.

Entro il finanziamento definito dal Nuovo Patto, occorrerà liberare risorse per sostenere l'attività di ricerca e innovazione e attivare strumenti per il sostegno degli investimenti da parte delle strutture sanitarie nel campo delle nuove tecnologie. Con riferimento al riequilibrio della dotazione di apparecchiature nelle Regioni che presentano più gravi carenze, si potrà prevedere la rifinalizzazione, per le somme non utilizzate, del Fondo nazionale per il co-finanziamento degli investimenti in materia di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988.

Il miglioramento delle prestazioni richiede un significativo rafforzamento dell'attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento della medicina di base, lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria.

Per la medicina di base, si pongono almeno due problemi urgenti: mettere in rete i medici di base utilizzando la rete informativa in via di realizzazione mediante l'uso della tessera sanitaria, in modo da riportare sotto controllo la spesa farmaceutica; riorganizzare la medicina di base in studi medici associati, da dotare di attrezzature diagnostiche e a cui affidare una intensa azione di assistenza domiciliare, notturna e festiva, che consenta di decongestionare il pronto soccorso e diminuire il numero dei ricoveri impropri. Sempre rimanendo nei limiti del finanziamento sopra indi-

**LA SPESA CORRENTE PER LA SANITÀ (IN MILIONI DI EURO)**

Previsioni						
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
94.571	101.920	103.736	107.095	111.116	115.233	119.440

**SPESA SANITARIA CORRENTE DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE (IN MILIONI DI EURO)**

	Spesa complessiva								Altra spesa
	Val. assol.	In % del Pil	di cui:			di cui:			
			Personale	Beni e altri serv.	Prestazioni in natura	Medicina gen. conv.	Farmaceutica conv.	Altre prestazioni	
1992	49.364	6,1	19.050	9.783	19.094	2.805	6.777	9.511	575
1993	49.103	5,9	19.366	10.036	18.379	2.800	6.068	9.511	781
1994	49.099	5,6	19.811	10.397	17.565	2.866	5.047	9.652	869
1995	47.898	5,1	20.180	9.968	17.309	2.854	4.994	9.461	90
1996	51.706	5,2	21.854	10.546	18.603	3.161	5.468	9.974	301
1997	55.711	5,3	24.265	10.957	19.999	3.437	6.017	10.546	140
1998	57.569	5,3	22.736	11.988	21.169	3.485	6.628	11.056	1.483
1999	60.520	5,4	23.754	12.240	22.506	3.735	7.372	11.399	1.637
2000	67.574	5,7	26.285	12.988	26.334	4.019	8.743	13.572	1.868
2001	74.744	6,0	28.156	14.211	30.036	4.505	11.661	13.870	2.256
2002	79.106	6,1	29.367	15.598	31.263	4.613	11.723	14.927	2.790
2003	81.844	6,1	29.684	16.825	32.227	4.795	11.096	16.336	3.013
2004	89.971	6,5	32.417	18.733	35.317	5.010	11.988	18.319	3.403
2005	94.571	6,7	33.666	20.061	36.978	6.127	11.855	18.996	3.866

Fonte: Istat. Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale SESPROS96 e in accordo con il Sistema dei conti nazionali SEC95. Dati rivisti dal 2002 al 2005.

cato sarà prioritario a giudizio del Governo sviluppare l'integrazione socio-sanitaria, a partire dall'assistenza ai non autosufficienti per la quale occorre incentivare l'assistenza domiciliare integrata, che costituisce una forma di servizio più appropriata alle esigenze del cittadino non autosufficiente rispetto all'istituzionalizzazione in strutture residenziali, con l'importante corollario di una spesa per assistito notevolmente inferiore. L'assistenza domiciliare è un settore che ha visto in questi

anni emergere e diffondersi esperienze importanti di partenariato pubblico/privato. Esse andranno valorizzate con l'istituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza in cui far confluire tutte le risorse già oggi impegnate nel settore, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Il Fondo procederà al co-finanziamento degli interventi e le risorse a sua disposizione potranno gradualmente incrementarsi via via che le migliori pratiche andranno diffondendosi.

**SPESA SANITARIA PUBBLICA NEI PAESI UE 15 (IN PERCENTUALE DEL PIL)**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>PAESI A PREVALENTE SISTEMA ASSISTENZIALE PUBBLICO</b>										
Danimarca	6,5	6,5	6,3	6,4	6,3	6,1	6,3	6,5	6,6	6,6
Finlandia	5,4	5,5	5,2	5,0	5,0	4,9	5,1	5,4	5,6	5,7
Grecia	3,6	3,5	3,5	3,6	3,7	3,7	3,1	3,1	3,0	2,9
Irlanda	5,5	5,2	5,1	4,9	5,0	4,9	5,5	5,8	6,1	6,3
Italia	5,0	5,1	5,3	5,2	5,3	5,6	6,1	6,2	6,2	6,5
Portogallo	4,6	4,8	4,8	4,9	5,1	5,4	5,5	5,7	5,1	5,3
Spagna	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Svezia	6,0	6,2	6,0	6,1	6,1	6,1	6,4	6,7	6,9	6,7
Regno Unito	5,3	5,5	5,3	5,3	5,5	5,5	5,8	6,0	6,3	6,7
<b>PAESI A PREVALENTE SISTEMA MUTUALISTICO O DELLE ASSICURAZIONI SOCIALI</b>										
Austria	5,4	5,3	4,7	4,8	4,8	4,8	4,9	5,0	5,1	5,1
Belgio	5,8	6,1	5,8	5,9	6,0	6,0	6,2	6,2	6,6	...
Francia	5,6	5,7	5,6	5,6	5,6	5,7	6,1	6,4	6,9	7,0
Germania	6,1	6,2	6,0	6,0	6,0	6,0	6,1	6,2	6,3	5,9
Lussemburgo	4,4	4,8	4,5	4,2	4,0	3,6	4,0	4,2	4,3	4,5
Olanda	3,9	3,5	4,0	3,9	3,9	4,0	3,8	4,1	4,3	4,4

Fonte: Eurostat.