

Sanità
LA PROVA BILANCI**Con il federalismo.** Vanno posti vincoli sulla spesa ma anche sulla qualità delle prestazioni**La proposta.** In futuro la sanzione per chi non innova dovrebbe essere l'ineleggibilità

Sicilia sulla via del rientro

Tra 2007 e 2009 il disavanzo è migliorato dell'11,3 per cento

di **Carlo Trigilia**
ed **Emanuele Pavolini**

Nella prospettiva del federalismo la qualità delle prestazioni sanitarie dovrà essere garantita dalle regioni in condizioni di parità a tutti i cittadini italiani, indipendentemente dal reddito prodotto nelle diverse realtà regionali. Ma come funziona oggi la sanità nelle diverse regioni? Una ricerca della Fondazione Res ha cercato di stimare il funzionamento del settore, costruendo un indice che tiene conto sia dei costi che della qualità delle prestazioni (tra gli altri, l'appropriatezza delle cure, la prevenzione, il grado di soddisfazione dei cittadini etc).

Le distanze fra le regioni del Centro-Nord e quelle del Mezzogiorno sono forti; nell'ultimo quindicennio non si sono ridotte, anzi in molti casi sono cresciute proprio nel periodo in cui è stata data maggiore autonomia decisionale alle regioni. Da che cosa dipendono queste marcate differenze delle politiche sanitarie? Tra i motivi non è centrale la dotazione di risorse finanziarie: anche se la spesa sanitaria pubblica pro capite risulta in genere leg-

germente più bassa al Sud che al Centro-Nord, questa forbice non è tale da giustificare i differenziali di qualità. L'indice va puntato decisamente su altri due elementi: la più scarsa e instabile macchina burocratico-amministrativa del Sud Italia rispetto a quella del Centro-Nord; la maggiore commistione nel Mezzogiorno fra obiettivi sanitari (di cura) e obiettivi di creazione di impiego e di sviluppo di attività economiche (e, conseguentemente, di consenso elettorale).

Fino alla metà degli anni 2000, la sanità italiana è vissuta in una situazione paradossale: molti poteri di decisione erano stati trasferiti alle regioni, senza responsabilizzare queste ultime sotto il profilo della quantità e della qualità di tale spesa. Il risultato è stato una crescita forte dei deficit sanitari, senza ritorni in qualità, specie in realtà dove la deresponsabilizzazione favoriva la ricerca del consenso. Negli ultimi anni è però avvenuto un parziale cambiamento di rotta grazie ai cosiddetti "Piani di rientro della spesa sanitaria". Si tratta di atti di programmazione finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle regioni interessate da significativi

disavanzi di gestione. Prevedono anche l'introduzione di addizionali regionali o di altro genere per ripianare i deficit.

Nel triennio 2007-2009 otto regioni italiane sono state interessate da Piani di rientro: sei sono meridionali. Sotto questo profilo, lo studio della Fondazione Res ha messo in luce come tale nuova modalità di interazione fra stato e regioni si è rivelata, per ora, efficace in diversi casi, e in particolare in quello siciliano: uno dei peggiori in termini di performance nel periodo precedente. Dal 2007 al 2009 il disavanzo è migliorato dell'11,3% (si veda il grafico accanto). Anche altre regioni del Centro-Sud con forti deficit sembrano aver intrapreso una strada di maggiore responsabilizzazione della spesa (ad esempio, Lazio e Abruzzo hanno diminuito sensibilmente l'incidenza del deficit), ma non tutte (Campania e Molise non hanno fatto progressi significativi). Perché reazioni differenti?

Alla base dei risultati positivi sembrano esserci due fattori: un impegno politico della leadership regionale e un investimento coerente nella infrastruttura amministrativa per esercitare efficaci capacità di controllo e di pro-

grammazione. Quando questi due fattori si combinano, come sembra essere avvenuto in Sicilia i risultati migliorano, anche in tempi brevi. Ciò ha permesso di ridurre la spesa farmaceutica, di limitare i ricoveri non appropriati, di controllare efficacemente conti e prestazioni degli operatori privati convenzionati. L'esperienza dei Piani di rientro mostra che cambiare è possibile, anche in breve. La realizzazione del federalismo ne dovrebbe tenere conto in due direzioni: si potrebbero estendere maggiormente i vincoli posti alle regioni al raggiungimento di obiettivi non solo finanziari ma legati alla qualità delle prestazioni (come per esempio la riduzione dei partecesarei o dei ricoveri non appropriati); e si potrebbero spostare le sanzioni dai cittadini e dalle imprese delle regioni inefficienti - come accade oggi - agli amministratori che non innovano, in termini di non rieleggibilità o decadenza. L'esperienza dei Piani di rientro, come sistemi di vincoli per il Centro - che non può derogare per favorire regioni amiche - e le regioni che vengono controllate e sanzionate nell'uso dei fondi può insegnare molto, e non solo nella sanità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOPPIO FATTORE

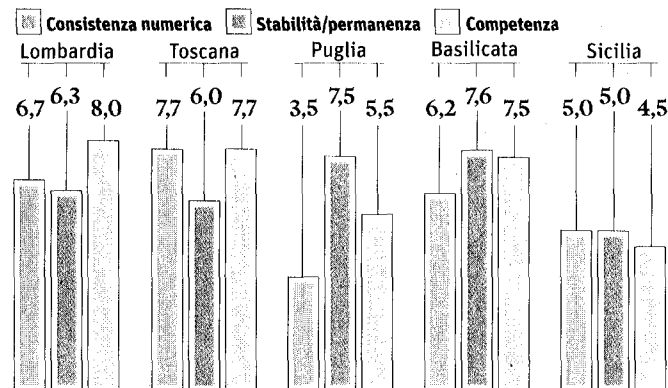
Alla base dei risultati positivi l'impegno politico della leadership regionale e la messa in efficienza della macchina amministrativa



Verso un lento cambiamento

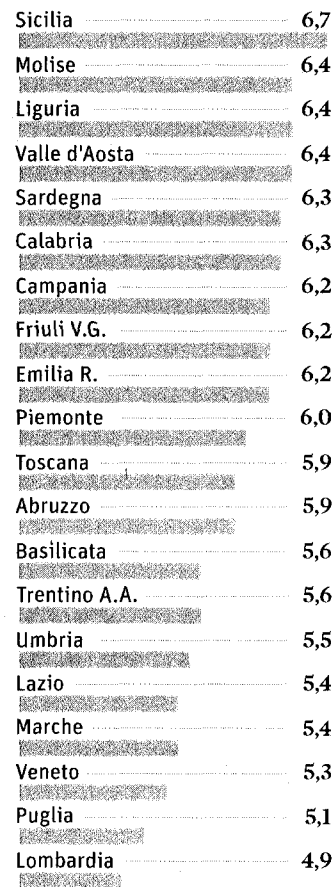
L'EFFICIENZA DEGLI ASSESSORATI

Caratteristiche della struttura degli assessorati alla salute: giudizi su consistenza numerica, stabilità nel ruolo e competenze. **Da 0 a 10**



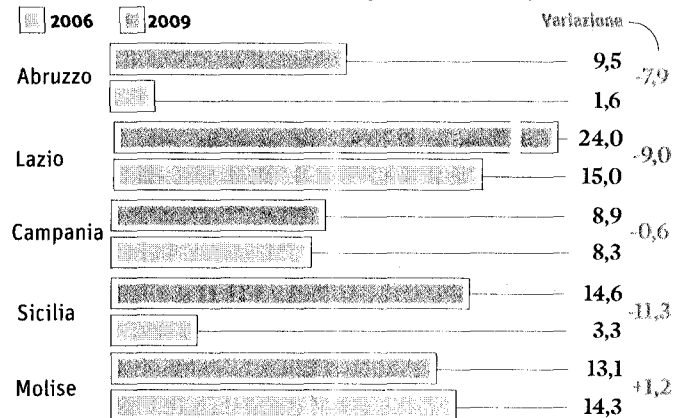
L'OCCUPAZIONE

L'incidenza dell'occupazione nel settore sanitario nelle regioni. **% sul totale degli occupati**



COM'È EVOLUTO IL DISAVANZO

Il disavanzo sanitario prima e durante l'introduzione dei piani di rientro. **% su finanziamento della spesa sanitaria regionale**



Fonte: Fondazione Res