Corte dei conti: spesa sanitaria ridotta, ora investire sul territorio

Data 06 giugno 2014
Categoria Professione

Nel rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica i giudici contabili raccomandano appropriatezza e ulteriore taglio dei posti letto per investire nel territorio.

"L'esercizio che si è chiuso ha confermato i buoni risultati di un sistema di gestione basato sul confronto tra diversi livelli di governo Ma ha anche reso evidente il limite con cui il comparto dovrà fare i conti nell'immediato futuro: ritrovare al suo interno le risorse per rispondere alle necessità di adeguamento delle prestazioni e di garanzia della qualità delle cure. Elementi che hanno fatto finora e dovranno fare nel prossimo futuro del sistema sanitario un fattore strategico del nostro sistema, garantendo una qualità dell'offerta che pone il nostro paese, almeno in questo campo, tra i primi posti nelle classifiche mondiali". Sono queste le conclusioni e allo stesso tempo e presupposti per migliorare espressi riguardo alla sanità dai giudici della Corte dei Conti nel Rapporto 2014 sul Coordinamento della Finanza Pubblica presentato oggi al Senato.

Se infatti è vero che nel 2013 si confermano i progressi, già evidenziati negli ultimi esercizi, nel contenimento dei costi per l'assistenza sanitaria (la spesa complessiva ha continuato a ridursi, pur se a ritmi inferiori allo scorso biennio. La spesa è stata di circa 2 miliardi inferiore alle attese, confermando la sua stabilizzazione in termini di prodotto al 7 per cento) e che il processo di riassorbimento dei disavanzi nelle regioni in squilibrio strutturale prosegue, "pur presentando quest'anno alcune incertezze", è anche vero che la scelta di non intaccare, almeno nel breve periodo, le risorse destinate alla sanità, ma di trovare all'interno del settore le risorse per affrontare i nuovi bisogni e le somme da destinare al finanziamento degli investimenti "non riduce l'impegno che si presenta per gli esercizi a venire" e che l'importanza e l'urgenza di accelerare gli interventi di riadeguamento delle strutture e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini "non può essere più, tuttavia, un alibi per un allungamento senza limiti del riassorbimento deglisquilibri".

Per i giudici contabili il riassorbimento degli squilibri richiede l'elaborazione di soluzioni organizzative e scelte gestionali, che non possono essere il portato solo della proposizione di un vincolo finanziario.

L'appropriatezza è, secondo la Corte dei Conti, "una scelta obbligata". E per i giudici contabili "un elemento cardine" di una strategia che punti a recuperare margini di manovra dal riassorbimento delle spese inappropriate è costituito dal processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere. "Mantenere strutture ospedaliere di piccole dimensioni e conseguente frammentazione e duplicazione dell'offerta ospedaliera – si legge nel Rapporto -, comporta sia problemi sul campo della sicurezza, sia limiti alla qualità dell'assistenza erogabile. La chiusura dei piccoli ospedali (al di sotto dei 60 posti letto ancora non completamente definito) e il raggiungimento dello standard di 3,7 posti letto per mille abitanti, nel corso del triennio potrebbe determinare una riduzione di oltre 7000 posti letto.

> Ciò consentirebbe il recupero delle risorse necessarie per potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare, fornendo in tal modo una risposta alla domanda posta dalla forte crescita di patologie croniche – degenerative dovute all'invecchiamento della popolazione".

In questo ambito, per la Corte dei Conti "concordare le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei nell'intero territorio nazionale, in termini sia di adeguatezza delle strutture, sia di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti serviti e al livello di complessità della struttura, rappresenta un passo importante verso il riassorbimento di inefficienze e inappropriatezze. Ciò richiederà una classificazione delle strutture ospedaliere secondo livelli gerarchici di complessità e bacini di utenza, standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina, mirati ad offrire una buona qualità delle prestazioni attraverso una concentrazione in un numero limitato di presidi cui affluisce un numero elevato di pazienti, previsione di standard generali di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento e standard specifici per l'alta specialità".

> Chiaro, secondo la Corte dei Conti, che la riorganizzazione della rete ospedaliera "dovrebbe accompagnarsi al potenziamento di strutture di degenza post acuta e di residenzialità, ad uno sviluppo dell'assistenza territoriale che agevoli la dimissione al fine di minimizzare la degenza non necessaria, favorendo contemporaneamente il reinserimento nell'ambiente di vita e il miglioramento della qualità dell'assistenza". Al contrario, "il ritardo nella definizione di una adeguata offerta di servizi rappresenta – secondo la Corte dei Conti -, in un rilevate numero di realtà territoriali, il nodo più problematico. Non si tratta solo di livelli di assistenza insoddisfacenti, ma anche di alimentare fenomeni di utilizzo inappropriato".

In questo quadro, per la Corte dei Conti "andranno ridefiniti, poi, interventi in grado di incidere sugli accessi non appropriati ai pronto soccorsi e alle prestazioni basate su apparecchiature, di indagine diagnostiche e ai relativi percorsi diagnostico – terapeutici. Le risorse che verranno risparmiate attraverso l'applicazione di tali misure oggetto del Patto

dovranno essere reinvestite ad invarianza del finanziamento annuale previsto".

Alcune possibilità sono offerte anche dalle compartecipazioni alla spesa, cioè i ticket, secondo i giudici contabili. Ma in che misura? "Sull'utilizzo del sistema di compartecipazione alla spesa come strumento per ottenere un uso più appropriato dei servizi sanitari sono state avanzate, da più parti, riserve. Certamente, sono le scelte del medico prescrittore a dover essere monitorate e controllate per ottenere un miglioramento nell'utilizzo delle risorse. Puntare sui medici di medicina generale per perseguire un miglioramento della appropriatezza rappresenta una scelta più efficiente rispetto all'affidarsi al paziente facendo leva sulla sua capacità di spesa", premettono i giudici contabili. Che aggiungono: "Inoltre il solo riferimento ai risultati economici non può in ogni caso consentire di valutare in che misura lo sforzo richiesto attraverso un crescente ricorso a sistemi di compartecipazione si sia tradotto in una diminuzione delle prestazioni richieste a ragione della crisi economica, o in fenomeni di razionamento dell'offerta e della domanda, o ancora in un trasferimento verso acquisti privati della popolazione non esente che avrebbe dovuto corrispondere in alcuni casi importi superiori al prezzo delle prestazioni".

Comunque, per la Corte dei Conti va considerato che, "in una fase come quella attuale di revisione dei confini entro cui estendere le prestazioni pubbliche, contare su di un sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e di esenzione può essere un elemento determinante". In particolare "prevedere una tariffa per alcune prestazioni, attraverso un riferimento determinante alla 'condizione economica' del nucleo familiare (garantendo tuttavia l'accessibilità delle prestazioni sanitarie, evitando che la quota di partecipazione richiesta costituisca un ostacolo alla fruizione o spinga gli assistiti anche per questioni di convenienza all'acquisto di prestazioni in regime privatistico) e procedere ad una attenta revisione delle ragioni di esenzione può rappresentare una soluzione utile, evitando di sovraccaricare il sistema fiscale e collegando parte del costo della fruizione all'effettivo accesso alle prestazioni".

Per limitare l'impatto di questi cambiamenti sui soggetti esenti per patologia o per invalidità, obbligati in virtù della loro condizione a usufruire con elevata frequenza alle prestazioni del SSN nelle diverse aree (farmaceutica, specialistica, day hospital, ecc.), nel rapporto si cita la possibilità di fissare un tetto massimo annuo di spesa da partecipazione, eventualmente articolato in funzione delle fasce di Reddito, al raggiungimento del quale le prestazioni sarebbero fornite gratuitamente. "Un passo fondamentale – sottolineano tuttavia i giudici contabili - è rappresentato dall'assunzione di un chiaro elemento di valutazione della condizione reddituale, con caratteristiche che riducano le differenze di trattamento a parità di condizioni di reddito La complessità nella gestione da parte del cittadino delle informazioni per valutare la situazione economica del nucleo familiare è alla base delle riserve avanzate sulla utilizzazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE). Pur recentemente aggiornato, esso presenta ancora elementi di criticità che ne rendono difficile l'utilizzo in ambito sanitario".

Per questo la possibilità di utilizzare, almeno in via transitoria, un indicatore più semplice, costruito su informazioni (composizione del nucleo familiare fiscale, redditi dichiarati a fini IRPEF) già presenti presso l'Amministrazione finanziaria consentirebbe, per la Corte dei Conti, di "mettere a disposizione dei medici prescrittori, nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, l'informazione relativa all'appartenenza di ogni assistito ad una classe di "reddito equivalente", cui potrebbero essere associati benefici in termini di partecipazione alla spesa sanitaria".

Su questa e su tutte le altre ipotesi di revisione dell'attuale sistema di compartecipazione "il nuovo Patto si dovrà pronunciare per far sì che le compartecipazioni possano contribuire a preservare un servizio sanitario di qualità, contemperando le esigenze di bilancio con la tutela degli accessi ai servizi", osservano i giudici contabili.

Secondo i quali un altro aspetto su cui il nuovo patto della salute dovrà dare risposte è come consentire il riavvio degli investimenti in sanità. "I nuovi scenari della domanda e dell'assistenza, le nuove tecnologie, gli obiettivi di appropriatezza e di efficienza tecnica ed economica delle strutture sanitarie richiedono, oltre ad una attenta ridefinizione degli assetti organizzativi, anche investimenti per la riconversione delle strutture ospedaliere dismesse, per potenziare l'offerta strutturale e tecnologica a livello territoriale e distrettuale", osservano infatti.

Le risorse da destinare a interventi attraverso Accordi di programma, ma di cui deve essere individuata copertura finanziaria (e compatibilità con gli obiettivi di finanza pubblica) ammontano, secondo i giudici contabili, a circa 5,079 miliardi, cui vanno aggiunti 850 milioni pregressi non ancora ripartiti. "Risorse che – si legge nel rapporto - andranno individuate anche ricorrendo a misure di cofinanziamento per l'edilizia sanitaria, attraverso i Programmi Operativi Nazionali e con l'inserimento di tali interventi e delle relative risorse nell'ambito dei Programmi Operativi Regionali (POR) del Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020. Vi è poi l'ipotesi – osservano i giudici contabili - di consentire, per il triennio 2014-2017, l'accesso ad una provvista finanziaria presso la Cassa Depositi e Prestiti, cui si dovrebbe far cenno nel nuovo Patto della salute. Tale soluzione, per garantire il rispetto dei vincoli di finanza pubblica, dovrebbe prevedere una copertura a carico delle Regioni. La sua praticabilità dovrà essere valutata in base ai margini ancora disponibili nei bilanci degli enti a fronte del forte impegno affrontato da alcune regioni con il ricorso ad anticipazioni per il pagamento dei debiti verso fornitori. Nel nuovo Patto sarà, altresì, previsto l'impegno per una revisione della normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazione degli ambienti specifica per il settore, cui adeguare le strutture sanitarie esistenti".

Infine la Corte dei Conti richiama l'attenzione sui costi standard e l'armonizzazione contabile, definendoli "due passaggi interconnessi". Secondo la Corte dei Conti, tuttavia, il primo anno di applicazione dei costi standard per il riparto "non ha cambiato in maniera sostanziale i risultati ottenuti con la procedura di definizione dei fabbisogni sanitari regionali vigente in passato. La popolazione pesata di ciascuna regione è rimasta l'elemento principale per la quantificazione dei fabbisogni sanitari regionali". Secondo i giudici contabili "per rendere effettivo il percorso di applicazione dei costi standard e dei fabbisogni standard in sanità, sarà necessario operare una revisione dei criteri di pesatura della quota

capitaria (attualmente basati sui consumi ospedalieri e di specialistica ambulatoriale per fascia di età della popolazione residente). Un eventuale passaggio a criteri basati anche sui consumi di altri ambiti assistenziali, nonché su indici di prevalenza delle malattie o indicatori socio-economici potrebbe produrre modifiche di maggior rilievo. Un passaggio per il quale è necessario disporre di adeguati flussi informativi (sull'assistenza domiciliare, sull'assistenza residenziale, sulla salute mentale e sulla dipendenza patologica e emergenza-urgenza) e di criteri di costruzione dei dati contabili affidabili eomogenei".

Dunque, sottolineano i giudici contabili, "una migliore metodologia di individuazione dei costi standard è, quindi, strettamente legata al processo di certificazione dei dati contabili nonché all'implementazione in ogni regione ed in ogni azienda sanitaria di sistemi di controllo di gestione e di contabilità analitica. Solo partendo da costi certi sarà possibile individuare costi standard attendibili".