

Le prestazioni del SSN alla prova delle tariffe massime.

Di tariffe non si può morire, ma neanche (come ora) fingere che non esistano

I complessi cambiamenti delle società avanzate in questi anni, l'adattamento dei vari sistemi di Welfare, combinati con la grave crisi delle finanze pubbliche dal 2008 in poi, hanno determinato nei governanti una maggiore consapevolezza dei rischi del proprio sistema paese.

In specifico i settori dell'intervento statale che più sono sotto osservazione, data anche l'entità delle spese, sono i servizi previdenziali e sanitari.

Sul versante pensionistico molto è stato fatto in anni recenti, con riforme dolorose e a lungo termine; a detta di molti il nostro sistema previdenziale, proiettato a venti/trent'anni, è in equilibrio fatte salve condizioni eccezionali di mutamento della compagine lavorativa (contribuenti pensionistici).

Su quello sanitario il rapporto Giarda ha influenzato il dibattito puntando l'attenzione del precedente Governo soprattutto sugli sprechi (o supposti tali), ingigantendoli ed inventandosi tagli lineari che hanno ribaltato gli effetti sui bilanci regionali.

Queste ultime amministrazioni, con lo stesso stile, hanno agito sulle partite ben note del costo del lavoro (turn over), dei beni e servizi e delle convenzioni con i privati, privilegiando l'aspetto delle decurtazioni preventive sommarie, scollegate con la realtà dei valori prodotti, o in alcuni casi puntando alla chiusura delle strutture (private) o alla loro riconversione in case della salute o altro (pubbliche).

E' evidente che di questo passo non si va da nessuna parte, se non all'impoverimento di uno dei pochi settori industriali che ha retto alla crisi o addirittura alla messa in discussione del sistema universalistico . Occorre premiare chi marcia al ritmo giusto, all'interno di un perimetro di efficienza e di lotta agli sprechi, a scapito di chi non sa gestire o, peggio, non vuole farlo.

Già, l'universalità del nostro martoriato SSN. Il suo ridimensionamento è cosa che nessuno mostra di volere, a parole, ma che ha in giro molti più sostenitori di quanto si crede !

Nel numero 31/32 del 16 settembre del Sole 24 Ore Sanità si è posta l'attenzione sull'uso improprio delle risorse che deriva dalla cattiva **progettazione ospedaliera** e sul recupero a cui si potrebbe arrivare progettando meglio l'utilizzo delle tecnologie e lo snodo critico dei percorsi dei malati e dei processi di cura.

La relazione sullo Stato Sanitario del Paese (RSSP - Ministero della Salute 2011) ha messo in evidenza come si stia ripensando **il ruolo dell'autorizzazione/accreditamento** alla luce di otto fattori tratti dai migliori manuali in vigore nelle diverse Regioni, criteri, appunto, mirati al miglioramento della capacità organizzativa, ma tendenti anche ad una razionalizzazione che sia presupposto di maggiore efficienza.

Il dibattito sui **costi standard** in sanità ha in queste settimane messo in luce come, sotto diversi profili, non si farà molta strada se si metterà mano solo a grandezze *macro* derivanti dai bilanci delle Regioni migliori, ma slegate dalla diversità degli innumerevoli aspetti che incidono nei vari territori sullo stato di salute della popolazione.

Come uscirne?

E' evidente che, al pari di tanti altri settori, il settore industriale della sanità pubblica (quello dove si eseguono le prestazioni dell'immenso catalogo dei servizi sanitari essenziali) si saprà risollevare solo tenendo le redini di una giungla composita, costituita da un mix di fattori e non da una sola medicina.

Quando si chiede più *territorio* e meno *ospedale* lo si deve fare non solo perché la nuova medicina pretende questo sforzo, ma sapendo con certezza se la propria Regione e la propria AUSL sono in grado, e come, fino a che punto di tensione, di sostenere questa tendenza .

Proseguendo nell' ipotesi, tenuto conto di queste "*biodiversità*" da zona a zona, come giungere ad una valutazione delle tante prestazioni che compongono il catalogo che sia in grado di far emergere gli sprechi di questo o quel comparto e spingerlo all'efficienza in tutte le sue componenti, o comunque determinarne il cambio di gestione in persone e cose?

C'è una cura per lo spreco che nasce dall'ingegneria dei processi e delle strutture (si vedano i lavori del Cluster sanità del Politecnico di Milano sulle ricadute sociali degli sprechi in campo economico e ambientale), un'altra che mira alle fondamenta del sistema dell'accreditamento pensandolo anche come l'oggetto delle ricadute della sfida europea sulla libera circolazione dei pazienti, e ne accentua i criteri di uniformità e di coerenza con lo standard dell'UE, un'altra ancora, più economicista, che punta al sodo usando le scure dei costi standard con effetti sul quadro macro della finanza pubblica, ma non sui probabili disavanzi che andranno a colpire le tasche dei cittadini

Proviamo a pensare a una forte scossa da abbinare ai tre filoni indicati, che vada ugualmente al sodo dei problemi, ma che possa avere una dinamica degli effetti più prossima alla gestione delle aziende sanitarie, scossa vista non a caso con sospetto proprio da quelle componenti politiche e sindacali meno attente, diciamo così, all'emergere ed alla cura degli sprechi.

Ci riferiamo al grande tema dei valori delle prestazioni e vogliamo con un esempio provare a calarli nei numeri del SSN.

Le conseguenze di tali valorizzazioni potranno essere le più diverse (cambio della guardia nella gestione, allontanamento dei dirigenti scorretti, taglio delle risorse a vantaggio di chi non spreca, fallimento se si tratta di privati, dati di ritorno per il confronto e la messa in opera di cambiamenti), ma è innegabile che costituiscono un sistema dal taglio microeconomico immediato, per questo abbinabile ai costi standard, su cui misurare la sostenibilità di tanti piccoli ospedali, di grandi aggregati polispecialistici, di piccoli e grandi studi medici, e così via di tutte le unità produttive del sistema.

Si tratta solo di costruire il sistema di valutazioni e di attribuirle in modo organico alle innumerevoli prestazioni essenziali, con un occhio alle differenze (non di natura proprietaria, ma di contesto organizzativo e demografico, non socio-politico) e uno all'onesta applicazione di un costo vero e reale ai fattori produttivi.

Tutto il contrario di quanto è stato fatto finora per stessa ammissione dei responsabili ministeriali e non, che hanno costruito le tariffe massime (non a caso già cassate tre volte in 18 anni della giurisprudenza).

Per avere un'idea degli effetti di una operazione come questa, se si vuole mirata alle tensioni verso l'efficienza, ma, perché no, anche per partecipare *“al gioco della caccia allo spreco”*, proviamo a calarne gli effetti sull'intera produzione ospedaliera del 2011 (dati Ministero Salute).

Il valore di questo comparto, pensato dalla programmazione e dalla tendenza al ribasso a vantaggio del “territorio”, su un fondo sanitario di 110 miliardi, è del 45 - 50%. Diciamo, al meglio dell'ottimismo, 45% : quasi 50 miliardi.

Fonti ministeriali (Direzione Generale Programmazione Sanitaria – Elaborazioni Banca Dati SDO – 2011) informano che il valore complessivo di tutta la produzione ospedaliera italiana pubblico-privato ammonta a 27,7 miliardi di euro, calcolato applicando con un margine di errore dell'1% a tutti i 10.757.733 ricoveri eseguiti in Italia i valori concordati tra Regioni per lo scambio di mobilità (TUC)

Questi valori sono appena più alti delle tariffe massime recentemente elaborate dal ministero nel 2011 e sono pertanto prudenziali.

Tra la spesa preventivata e a consuntivo e la produzione effettiva, a tariffe correnti, non c'è lo scarto di qualche punto, ma l'una è quasi il doppio dell'altra (50 contro 27,7, con uno scarto di 22,3 miliardi). Questo significa tre possibili cose (in alternativa tra loro) : o si è preventivato 16 milioni di ricoveri quando ne bastavano 10,7 milioni, però si è speso traendone 10 al costo di 16 milioni (vero in parte!); o le tariffe sono sotto stimate e quindi il loro vero valore

è più alto (anche questo vero in parte); o, come combinazione dei primi due, il gap di 22 miliardi nasconde al suo interno sia sottostima di tariffe che spreco (vero *in toto* per chi scrive) : proviamo a fare metà e metà e non saremo lontano dal vero, dando così un'idea del possibile recupero (in 5 anni?) e della sua entità a vantaggio del sistema e della sua universalità.

Questa può essere una scommessa che vale la pena di giocare.

Si dirà che non tutto è stato valorizzato, che mancano i valori delle prestazioni a funzione, dei PS e dei 118, la ricerca e l'insegnamento, e così via.

Ma lo scarto resta enorme e chissà quali sorprese troveremmo se identici calcoli fossero fatti sul versante del territorio, sulle prestazioni ambulatoriali e della prevenzione ad esempio (un altro 45% della spesa).

Non si tratta solo dei piccoli ospedali e delle case della salute o delle strutture intermedie, qui sono in gioco masse di spreco che nascondono, fino a prova contraria, possibilità di recupero gigantesche.

Il privato è remunerato solo a tariffa (e per una piccola parte a funzione). Bene o male regge sulle sue gambe.

Si pensino tariffe diverse per lo spessore delle varie funzioni, ma si pensi che con le tariffe attuali (che sommano i 27,7 miliardi di prima) il privato ed pubblico, in alcune Regioni, fanno interventi di neurochirurgia e cardiocirurgia di tutto rispetto.

Si metta mano a tariffe vere, suddivise per fasce che non premiano lo spreco (in alcune Regioni le fasce incentivano il costo del personale, sono più alte tanti più dipendenti risultano in carico....), ma l'intensità assistenziale resa e la sua qualità.

Quando il totale della valorizzazione teorica si avvicinerà al valore prodotto, con il limite del 45% (o il minor limite che si vorrà prevedere) del fondo, non perché avremo sprecato di più, ma perché a parità di risorse avremo prodotto meglio e senza attese, premiando i migliori di ogni campo nel rispetto dell'appropriatezza, forse allora avremo fatto emergere una maggiore efficienza di tale riguardo da poter pensare con più tranquillità alle sorti del nostro sistema sanitario. E, se si vuole, così facendo destinare quanto residua a mantenere in vita (nuova vita) il nostro scassato, ma prezioso, sistema universale.

Avv. Alberto Breschi
Giurista sanitario e consulente AIOP Emilia Romagna