

Esempi esteri utili a Giarda per limare la spesa sanitaria

Dei 295 miliardi di spesa pubblica considerata aggredibile dal ministro Piero Giarda, emerge la preponderanza in termini assoluti e relativi della spesa sanita-

DI LUCIO SCUDIERO*

ria, che pesa sul totale di questa stima per 97,6 miliardi, il 33,1 per cento. Il revisore che volesse seriamente affondare la lama nel ventre molle della spesa ha un'indicazione chiara: nella spesa sanitaria italiana ci sono margini non trascurabili per aumentare l'efficienza. Come fare?

Un viaggio in Spagna, a Valencia per la precisione, potrebbe tornare utile. Lì hanno trovato la chiave di volta della coesistenza efficiente tra pubblico e privato nel settore sanitario, sviluppando un modello di gestione del servizio definito come "manager integrato". L'esperimento, iniziato alla fine degli anni Novanta in un distretto della comunità autonoma valenciana, è stato esteso ad altri quattro, coprendo una popolazione di 840 mila residenti su cinque milioni complessivi. E comincia a mietere successi anche fuori dai confini valenciani: nella comunità di Madrid, per esempio.

Si tratta, in estrema sintesi, di un sistema di erogazione indiretta dei servizi sanitari - sviluppatosi nel solco del modello Beveridge, quello cioè che finanzia la sanità con la fiscalità generale - in base al quale la gestione dell'intera catena di valore di tali servizi è affidata dal governo locale ad un provider privato, che assume il peso e il rischio della gestione economica e degli investimenti richiesti per la rete sanitaria locale. Quando, nel 1997, la comunità valenciana contrattò il primo accordo di servizio nel distretto di Alzira (230 mila abitanti), quell'area della regione non aveva un ospedale. Due anni dopo i valenciani si sarebbero curati in una struttura all'avanguardia, costruita coi soldi pubblici e l'efficienza di un privato. Il successo di quella prima sperimentazione ha poi garantito la sua ripetizione dentro la regione. Il governo locale mette a gara l'intera gestione dei servizi sanitari di un dato distretto. L'aggiudicatario - e si tratta di aziende ultra specializzate il cui core business è appunto la gestione ed erogazione di servizi sanitari su ampia scala - si impegna alla realizzazione di una serie di investimenti e prestazioni entro il periodo di vigenza della concessione, che è di 15 anni. In cambio, l'autorità pubblica paga un premio capitaro, a mo' di assicurazione, per ciascun residente del dipartimento. Il valore di questo premio incorpora un margine di efficienza del 20 per cento rispetto al medesimo premio pagato nei distretti che non vengono concessi in gestione al privato. L'ultima volta, la comunità valenciana ha negoziato con il contractor privato un premio del valore di 570 euro pro capite. Questa soluzione presuppone che la spesa pubblica sanitaria sia predefinita, e ha ricadute positive anche in termini di rischio manageriale, che è spostato sull'intermediario titolare della concessione.

Con l'Istituto Bruno Leoni abbiamo simulato l'importazione del sistema valenciano in una regione italiana, l'Umbria, comparabile sul piano demografico ai cinque dipartimenti spagnoli in concessione. In Umbria la regione spende 1,37 miliardi

per assicurare ai suoi 873 mila abitanti le medesime prestazioni che a Valencia costerebbero circa 497 milioni di euro, cioè il 63 per cento in meno. Volendo scontare lo "spread" italo spagnolo sui costi dei trattamenti, delle strutture, del personale, ecc. potremmo perfino raddoppiare la quota capitararia umbra, portandola a 1.040 euro. Si risparmierebbe comunque il 27 per cento dell'attuale spesa. Moltiplicato il risparmio per 20 regioni il bilancio pubblico italiano recupererebbe 26 dei 97 miliardi di spesa sanitaria considerata aggredibile da Giarda. Aggrediamo?

*Associazione Libertiamo

