

# La trasparenza cura la sanità

## Bilanci redatti con regole nuove e omogenee, resi pubblici su Internet

di **Silvio Boccalatte**  
e **Alberto Mingardi**

**L'**allarme sui conti della sanità è ormai un genere letterario. Vi sono fattori di lungo periodo (l'innovazione scientifica e lo sviluppo tecnologico, gli andamenti demografici) che rendono sempre più complesso governare la spesa sanitaria. In questi primi due mesi del 2010, sono già circolate le stime più pessimistiche, rispetto ai deficit di alcune regioni, in una sorta di anticipo della campagna elettorale.

È comprensibile che sia così, e anzi un dibattito pubblico più franco su questi temi sarebbe senz'altro utile. In attesa del federalismo fiscale, il nostro sistema appare basato su una "regionalizzazione delle uscite", che impegna buona parte del bilancio regionale (oltre il 70%) facendo dei governi locali delle grandi Asl. Quando anche in alcune delle regioni più virtuose (si pensi al maxi-deficit dell'Ausl di Forlì in Emilia Romagna) mostrano qualche segno di difficoltà, forse è venuto il momento di ripensare il sistema.

Mai come nella sanità, a problemi macro corrispondono comportamenti micro. La sostenibilità del sistema non può che reggersi su una catena di complessi equilibri. In prospettiva, una questione cruciale è in che misura un servizio "pubblico" potrà venire fornito da operatori privati. L'obiettivo di garantire servizi pubblici facendo perno su libertà di scelta e concorrenza oggi non appare più un'eccezionalità, come era quando cominciarono a circolare proposte quale quella del "buono scuola".

L'esperienza degli altri paesi insegna che lo stato può limitarsi a definire in modo appropriato le condizioni di contesto e gli standard di qualità, lasciando libero spazio alla competizione fra erogatori del servizio. Julian Le Grand, uno studioso del servizio sanitario nazionale inglese (probabilmente il più dirigista d'Europa), ha usato l'immagine «dell'altra mano invisibile»: che opera in contesti intrinsecamente diversi da quelli di mercato, ma cercando di assorbirne la razionalità.

Rispetto alla sanità, l'esperienza di una delle regioni più virtuose, la Lombardia, in cui gli ospedali di diritto privato erogano il 31,3% del valore delle prestazioni ospedaliere e con una complessità dei casi (indice di *case-mix*) più elevata degli ospedali pubblici, conferma la bontà di questa tesi.

Perché esperimenti competitivi funzionino, però, devono essere soddisfatti alcu-

ni requisiti di base. Prima di ogni altra cosa, serve più trasparenza: serve ai pazienti, ma soprattutto e subito anche ai decisori e ai regolatori del servizio.

L'opacità rispetto al modo in cui i quattrini dei contribuenti vengono spesi, per rispondere ai loro bisogni di salute, è particolarmente odiosa - ma potrebbe essere facilmente dissipata, con una riforma che le diverse regioni potrebbero attuare in modo semplice e lineare.

Attualmente la legge statale prevede che i bilanci delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere siano redatti in conformità a disposizioni regionali che devono essere improntate ai "principi" del Codice civile.

Si badi: i principi, e non le disposizioni. Per questo, nei fatti, molte regioni non hanno disciplinato sul punto, lasciando totale libertà alla creatività delle Aziende sanitarie.

È necessario porre in essere a livello regionale una normativa sul bilancio delle Aziende unità sanitarie locale e Azienda ospedaliera (quindi non solo uno schema di bilancio) che riproduca esattamente i dettami del Codice civile, distinguendo specificamente:

❶ I "ricavi", i "proventi veri", cioè il denaro derivante come corrispettivo (anche parziale) dalle prestazioni di servizi sanitari. Questa voce dovrebbe essere inserita nel conto economico come *species* del noto *genus* "valore della produzione".

❷ I "ricavi figurativi": valori determinati attribuendo le tariffe Drg alle prestazioni erogate, ma che non rappresentano "denaro in cassa". Questa voce dovrebbe essere introdotta in calce al conto economico (quindi anche dopo l'esposizione dei costi della produzione), come prima *species* di un nuovo *genus* che potrebbe essere chiamato "fattori pubblicistici di riequilibrio";

❸ I "contributi in conto esercizio": cioè il denaro pubblico introdotto nel processo produttivo dalla regione al solo scopo di coprire i costi. Siccome nel bilancio delle Aziende sanitarie il significato dei contributi in conto esercizio è molto diverso rispetto a quello che acquista nelle imprese private, questa voce non dovrebbe essere inserita nel valore della produzione, ma dovrebbe essere ridenominata "contributi pubblici in conto riequilibrio" ed essere inserita come *genus* nella *species* dei "fattori pubblicistici di riequilibrio".

Bilanci siffatti andrebbero resi pubblici su Internet, e nelle forme adeguate. In questo modo, si fornirebbero dati omogenei per tutte le Aziende sanitarie.

Dall'analisi dei bilanci risulterebbe il numero di utenti e/o di territorio, sono più efficienti perché necessitano di minori «fattori pubblicistici di riequilibrio». Ma soprattutto, sarebbe possibile valutare in dettaglio la performance delle singole Aziende sanitarie, mettendoli in condizione di verificare in tempo reale dove sono i comportamenti virtuosi e quelli viziosi.

Si tratta, in buona sostanza, di applicare al pubblico il rigore che giustamente pretendiamo dal privato, per poter poi riflettere serenamente sulla direzione che deve prendere l'evoluzione del nostro sistema sanitario. Sarebbe una riforma di buon senso. La trasparenza, quando si discute di denaro pubblico, non è mai in eccesso.

*Silvio Boccalatte è fellow dell'Istituto Bruno Leoni  
Alberto Mingardi è direttore generale dello stesso Istituto*

### SERVIZI ESSENZIALI

L'esperienza delle regioni più attente mostra come sia possibile ottenere buoni risultati senza infierire sulle tasche dei contribuenti