

CAPITOLO 2

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, LA REGOLAZIONE E LA RIFORMA MULTIPILASTRO

di Fabio Pammolli, Nicola C. Salerno
e Giuseppe Turchetti

2.1 ALLA BASE DELL'ORGANIZZAZIONE DEL S.S.N.: LA DEFINIZIONE DEI LEA E LA REGOLAZIONE

Sinora i rapporti Stato-Regioni per il governo del S.S.N. hanno riguardato principalmente due punti:

- il dimensionamento del Fondo Sanitario Nazionale dedicato al finanziamento dei LEA;
- e la sua ripartizione interregionale.

Il Decreto 56/2000 ha abolito il FSN (fondo sanitario nazionale) di vecchia accezione (posta contabile esogena del bilancio dello Stato) e lo ha sostituito con i gettiti devoluti o compartecipati di alcune imposte (IRAP, IVA ed altre minori), in maniera tale da creare un endogeno proporzionamento con il totale delle risorse spendibili. Il decreto è però rimasto sostanzialmente inapplicato, con lunghe contrattazioni e ricontrattazioni Stato-Regioni sull'ammontare del FSN (chiuso anche a distanza di qualche anno)¹.

Anche per quanto riguarda la ripartizione interregionale del fondo, non si è mai addivenuti a procedure di confronto e di decisione codificate, trasparenti ed istituzionalizzate. Eppure, le fondamenta della redistribuzione interregionale sono nella Costituzione vigente (art. 119), che stabilisce che *“la legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante”*, in modo tale che *“[Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni siano in grado di finanziare] integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite”*, rientrando in queste ultime i LEA sanitari.

¹ A tal punto che la voce *“integrazioni ulteriori da parte dello Stato”*, che il Decreto 56/2000 aveva pensato per fronteggiare situazioni di urgenza, è diventata invece componente costante e significativa.

La Costituzione, quindi, stabilisce un principio generale di attenuazione dei differenziali di gettito *pro-capite* al fine di permettere a tutte le Regioni (e agli altri Enti Locali) di finanziare, in equilibrio di bilancio, le funzioni di loro competenza.

Il Decreto 56/2000, precedente l'ultima revisione costituzionale (2001), aveva già individuato una formulazione parametrica per il riparto del FSN, che implicitamente creava dei flussi redistributivi tra Regioni². Rispetto alla successiva formulazione dell'art. 119 della Costituzione, sia giuristi che economisti si sono spesso divisi:

- per alcuni il 56/2000 era una interpretazione/applicazione del dettato costituzionale (anche se precedente allo stesso);
- per altri il decreto adottava un punto di vista diverso da quello inteso dal Legislatore costituzionale; laddove quest'ultimo richiedeva un fondo perequativo onnicomprensivo con la funzione espressa di riequilibrare il gettito *pro-capite*, il decreto si riferiva in maniera specifica alla sanità³ e adottava uno schema molto più complesso.

Secondo alcuni, rimanere più fedeli alla lettera costituzionale avrebbe reso operativo un sistema più semplice e chiaro, il riequilibrio del gettito *pro-capite*, lasciando poi alle Regioni il compito di rendere effettivi i LEA, fronteggiando ciascuna il proprio vincolo di bilancio. Secondo altri, mantenere una parametrizzazione *ad hoc* sulle variabili sanitarie avrebbe permesso flussi distributivi maggiormente attagliati sulle necessità di spesa nel comparto più importante dell'attività regionale; avrebbe, in questo modo, perseguito in maniera più forte l'obiettivo di LEA omogenei sul territorio nazionale.

A distanza di qualche anno dalla comparsa del decreto, la diatriba appare, in realtà, infondata; e non solo perché l'art. 119 richiede perequazione del gettito fiscale sufficiente a permettere di attivare dappertutto i LEA (sanitari ed *extra* sanitari), ma anche perché il Decreto 56/2000 non è riuscito ad andare oltre l'enunciazione del principio costituzionale, dimostrandosi inadeguato e inapplicabile.

La ragione è che qualunque tipo di parametrizzazione per la ripartizione del FSN, più o meno complesso esso sia, non risolve il vero pro-

² Rispetto all'assegnazione integrale a ciascuna Regione dei gettiti devoluti/compartecipati maturati sul loro territorio.

³ Come è più volte emerso nei dibattiti, era nelle intenzioni del Legislatore l'estensione del Decreto 56/2000 anche alle altre funzioni rientranti nelle responsabilità delle Regioni e degli Enti Locali. Il progetto è rimasto incompiuto, anche perché lo stesso decreto ha evidenziato delle debolezze ed è rimasto inapplicato.

blema alla radice, in un sistema federalista come anche in uno centralizzato⁴, del finanziamento della sanità: il riferimento ad un *benchmark* dei consumi di prestazioni che sia adeguato sul piano terapeutico ed efficiente sul piano dei costi⁵. Questo problema, inoltre, non riguarda soltanto la ripartizione, ma anche lo stesso dimensionamento complessivo delle risorse a finanziamento dei LEA su scala nazionale, perché i due aspetti sono complementari⁶.

Senza il riferimento a *benchmark*, non si è in grado di distinguere la spesa ammissibile dalla sovraspesa, e quindi la spesa che deve trovare finanziamento nel sistema di riparto del FSN da quella che ogni Regione deve fronteggiare da sola, perché riconducibile a sovraconsumi o alla mancata selezione delle prestazioni equivalenti più economiche. È questa l'origine della cosiddetta "sofficità" dei bilanci delle Regioni⁷, il fenomeno che negli ultimi anni ha causato una continua rincorsa dei finanziamenti statali alla spesa effettiva a consuntivo.

Si impongono due domande:

- esistono alternative al ricorso a *benchmark*?
- in caso negativo, come concretamente si individua il *benchmark*?

Non sembrano esistere alternative percorribili sul piano di *policy*; in mancanza di *benchmark*: (1) o ci si trova costretti ad assecondare le tendenze di consumi e spese con finanziamenti crescenti (come si è detto, è

⁴ *Mutatis mutandis*, si ripresentano gli stessi problemi. Una allocazione dei fondi deve comunque avvenire tra centro (finanziatore) e periferia (erogatrice di prestazioni) in un sistema centralizzato. La differenza consiste nel fatto che il federalismo dà spazio all'autonomia regionale e contemporaneamente un diretto risalto politico alle scelte compiute in virtù di questa autonomia: i risultati, positivi e negativi, sono espressamente riconducibili al decisore politico e quindi all'elettorato che l'ha votato; di conseguenza, anche gli eventuali interventi correttivi.

⁵ Con questo stesso problema si è scontrato il disegno di legge attuativo dell'articolo 119 della Costituzione (Atto Camera n. 3.100/2007) presentato durante la XIV Legislatura. Sul punto si confronti Pammolli e Salerno (2008).

⁶ Qui si coglie la necessità di coerenza tra scelta dei LEA e punti percentuali di PIL da dedicare al loro finanziamento, che ancora latita in Italia, dal momento che nel 2001 (con Decreto del Presidente della Repubblica) è stata catalogata come LEA la quasi totalità delle prestazioni che il S.S.N. allora svolgeva (con atto meramente ricognitivo). Senza il riferimento a un *benchmark* di consumo adeguato sul piano terapeutico ed efficiente sul piano dei costi, in quale modo si riesce a saldare la scelta dei LEA con la destinazione di sufficienti risorse economiche per il loro finanziamento?

⁷ Al centro di numerosi contributi del CERM – *Competitività, Regolazione, Mercati* (www.cermlab.it).

quello che è successo in Italia dal 2000); (2) oppure, altro non si può fare che individuare livelli di finanziamenti regionali (e connessi flussi redistributivi) politicamente accettabili ed economicamente sostenibili⁸, ma senza una connessione specifica con i LEA, lasciando quindi alle Regioni il compito di essere ciascuna *faber fortunae suae*.

La prima soluzione non è percorribile, perché, pur in nome di diritti universali esplicitamente tutelati dalla Costituzione, ignora completamente le compatibilità economiche, compromettendo a lungo andare le funzioni del S.S.N.

La seconda soluzione corrisponde a una interpretazione minimale del dettato costituzionale, in cui avviene sì redistribuzione tra Regioni, ma senza una calibrazione *ad hoc* sugli obiettivi economici, politici e sociali; in tal caso, ogni Regione deve darsi il governo migliore per raggiungere i più elevati livelli di qualità della cittadinanza, alla luce delle risorse di cui effettivamente dispone. Questa soluzione equivarrebbe ad avviare una sorta di *catching-up* tra Regioni, in cui quelle meno sviluppate sotto il profilo economico e della *governance*, poste di fronte a vincoli di bilancio stringenti e autoresponsabilizzate nelle scelte, si organizzano per colmare gradualmente il divario.

Quest'ultima soluzione è preferibile alla prima, perché è finanziariamente sostenibile e quindi realizzabile, ma, come si è detto, si fonda su una *diminutio* del concetto dei LEA, che nell'immediato potrebbero non trovare perfetta omogenea attuazione su scala nazionale (ma è così adesso? ma sarà mai così?), divenendo obiettivi di medio-lungo periodo per i quali la politica e l'amministrazione regionale devono adoperarsi. Della triade da cui si è partiti in apertura del capitolo – *LEA universali, sostenibilità economico-finanziaria, autonomia delle Regioni* – questa soluzione, quindi, predilige il secondo e terzo elemento, richiedendo margini di flessibilità (o semplicemente richiamando al realismo) per quanto riguarda le aspirazioni sul primo.

Né si può ritenere il commissariamento delle Regioni, paventato nelle ultime leggi finanziarie, una via per risolvere o il problema della "sofficità" dei bilanci (nel caso dell'alternativa (1)) o il problema della non sufficiente implementazione dei LEA (nel caso dell'alternativa (2)): che cosa dovrebbero fare i commissari? e, soprattutto, per quanto tempo dovrebbero rimanere in carica prima che venga ristabilita la gestione ordinaria del sistema sanitario e della politica/amministrazione regionale? Al di là della "minaccia" di esautorare politici/amministratori re-

⁸ Per esempio, tali da ridurre di una data percentuale le differenze interregionali nel gettito *pro-capite*.

gionali, rimane il problema di identificare la migliore *agenda* di politica economica per perseguire i tre punti cardine precedentemente indicati (che essa debba essere perseguita dai commissari o dai governanti che li precedono e seguono)⁹.

Se, in conclusione, non esistono alternative valide e soddisfacenti al *benchmark*, quale *benchmark* adottare e come trasformarlo in parametro di *policy*?

Se sul piano teorico appare evidente la necessità di far riferimento a un *benchmark* di consumo sanitario adeguato ed efficiente, la sua scelta e la sua traduzione in *policy* rimangono complesse.

Quale è il consumo terapeuticamente adeguato delle diverse prestazioni sanitarie, al variare delle caratteristiche economiche, sociali, demografiche regionali? Se è una operazione di contabilità regolatoria difficile quella di individuare un *costo standard* per ciascun *DRG*¹⁰, ancor più ardua e soggetta ad *alea* è la determinazione di un consumo *standard pro-capite* (o *pro-capite* all'interno di fasce di età-sesso).

È vero che i correnti modelli microfondati¹¹ di previsione/proiezione della spesa adottano proprio questa prospettiva, cioè determinano, sulla base della contabilità sanitaria più recente, un consumo medio per fascia di età/sesso che poi, aggiornato anno per anno secondo un determinato tasso di crescita¹², è moltiplicato per la numerosità futura della stessa fascia età-sesso. Tuttavia, essi adottano l'ipotesi di costanza del quadro normativo-regolamentare e, quindi, non si confrontano con la necessità di stabilire se il consumo dell'anno base è adeguato ed effi-

⁹ Per una sintetica argomentazione dell'insufficienza degli aumenti delle aliquote regionali di IRE ed IRAP (le prime mosse richieste ad un eventuale commissario *ad acta*) a creare le basi della sanità federalista, si confrontino due Editoriali del CERM: *Sanità tra Stato e Regioni: è ora di parlarne realmente* e *Un Patto a spaccare*.

¹⁰ L'imputazione dei costi fissi dipende dal volume delle prestazioni (che, per non creare distorsioni, nel calcolo dovrebbe essere considerato al suo livello terapeuticamente adeguato); i costi fissi possono variare significativamente da Regione a Regione (per caratteristiche del territorio, dislocazione della popolazione, altri elementi che rendono necessari strutture/strumenti diversi); all'interno del singolo *DRG*, il peso delle varie prestazioni varia da Regione a Regione e può variare anche nel tempo; ecc.. Si confronti il Decreto del Ministro della Sanità del 15 Aprile 1994 ("Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera").

¹¹ OECD, *Working Group on Ageing* di ECOFIN, Ragioneria Generale dello Stato.

¹² A seconda dei casi, il tasso di crescita può essere quello del PIL *pro-capite* o del PIL per lavoratore attivo, concentrando l'attenzione sull'impatto demografico, oppure un tasso più elevato inglobante *driver extra* demografici, come un'elasticità della domanda superiore all'unità, il progresso tecnologico, fattori di *cost-pressure* lato offerta, oppure evoluzioni autonome della domanda.

ciente. Operano una estrapolazione delle tendenze correnti per verificare, *ceteribus paribus*, come si ripropongono in futuro le compatibilità macroeconomiche di spesa.

Il problema di fondo resta sempre, quindi, quello di individuare il consumo *pro-capite* adeguato ed efficiente. Se se ne fosse in grado, si avrebbe un riferimento valido sia per dimensionare anno per anno il FSN nazionale sia per ripartirlo tra le Regioni. Inoltre, si potrebbe assegnare una valenza aggiuntiva ai modelli di previsione/proiezione: quella di strumenti per anticipare l'andamento nel tempo del FSN (coerentemente con i consumi delle prestazioni rientranti nei LEA) e le variazioni tra le sue quote regionali¹³.

Qualunque parametrizzazione che cerchi di definire il *benchmark* sulla base dei consumi storici è insufficiente, perché fallirebbe proprio nella necessità di definire *standard* di adeguatezza/efficienza non realizzati nel passato.

Per questo stesso motivo, anche un *benchmarking* tra Regioni troppo semplicistico (per esempio sul consumo *pro-capite* medio per fascia di età-sesso) risulterebbe insufficiente, perché, oltre che non offrire un vero e proprio riferimento di adeguatezza/efficienza¹⁴, trascurerebbe del tutto le diversità strutturali (ivi inclusa la dotazione di capitale fisico di partenza). Equivarrebbe a effettuare, per altra via, una perequazione delle risorse non direttamente calibrata sui costi dei LEA, come quella fattibile operando direttamente sul gettito *pro-capite* (le due soluzioni sarebbero equivalenti a meno di adeguamenti dei valori dei parametri). Si tratterebbe, quindi, di una soluzione percorribile sul piano di *policy*,

¹³ I modelli rimarrebbero sempre da utilizzare *cum granu salis* (sono tante le ipotesi micro e macro su cui si fondano), ma diverrebbero di maggior supporto alle scelte di *policy*. Sinora, in effetti, la modellistica dedicata alla previsione/proiezione della spesa sanitaria ha sofferto, almeno in Italia, di una certa lontananza dalle scelte di politica economica. Basti vedere (*cf.* Quaderno CERM n. 2-06) come la spesa dell'anno base assunta nei modelli di ECOFIN e di RGS sia aumentata, nel passaggio da un esercizio di proiezione all'altro, in proporzioni nettamente superiori sia rispetto alle previsioni/proiezioni formulate in precedenza per lo stesso anno, sia rispetto all'incremento dell'incidenza della spesa sul PIL atteso nel lungo periodo. Applicati ad un sistema in cui è così difficile individuare e mantenere *standard* di adeguatezza ed efficienza nei consumi, i modelli di previsione/proiezione vedono inevitabilmente ridimensionata la loro utilità sul piano di *policy*. Sarebbe opportuno, invece, ridurre la distanza che adesso esiste tra questi strumenti e le scelte riguardanti la definizione dei LEA, il dimensionamento del FSN e la sua ripartizione regionale.

¹⁴ Il riferimento rimarrebbe relativo. Il *benchmarking* interno è sicuramente uno strumento di governo utile, ma non può essere assunto come unico riferimento per la ripartizione del FSN.

ma che sottintende una accezione diminuita del concetto dei LEA e la necessità che poi le Regioni si attivino per fare *catching up*. Se non è ipotizzabile un *benchmarking* basato su meri confronti di variabili/statistiche *pro-capite*, anche ricorrere a metodi più articolati per promuovere *yardstick competition* tra le Regioni rimane un obiettivo tecnicamente arduo e aperto anche a opinabilità politica¹⁵.

Ancor più insufficiente sarebbe qualunque tipo di *benchmarking* internazionale, perché avrebbe natura esogena. Il riferimento ai *Partner UE* o al gruppo dell'OECD è utile a livello aggregato, per confrontare l'incidenza della spesa sul PIL, la combinazione di componenti pubbliche e private nel finanziamento e nell'erogazione, gli aspetti organizzativi salienti ivi inclusi quelli relativi alla *governance* federalista (le *best practice*), ma non può divenire lo strumento per l'allocazione delle risorse tra Regioni, che deve necessariamente adottare criteri più articolati e radicati nel contesto, se si vuol mantenere la solidarietà interregionale.

Probabilmente, qualunque tentativo di soddisfare i tre cardini elencati in apertura – *LEA universali, sostenibilità economico-finanziaria, autonomia delle Regioni* – tramite una regola fissa per la scelta dell'ammontare del FSN e per la sua ripartizione interregionale è destinato a risultare insufficiente e a fallire¹⁶. La ragione è che ci sono da coordinare e amalgamare due sfere complesse di diritti e vincoli, quella politica (i LEA da subito omogenei su tutto il territorio nazionale e l'autonomia regionale) e quella economica (la sostenibilità finanziaria e la piena responsabilizzazione delle Regioni):

- la prima richiede flessibilità, non solo nel periodo di transizione (durante il quale i divari di efficienza/efficacia di *governance* rimarranno evidenti¹⁷), ma anche a regime, perché la programmazione perfetta di un sistema complesso come quello sanitario è una chimera; si pensi, per fare qualche esempio, alla necessità di gestire il fenomeno migratorio, o alla rilevanza della diversa dotazione infrastrutturale e tecnologica, che può rendere necessario che le prestazioni per i residenti di una Regione vengano fornite in sedi esterne alla stessa¹⁸;

¹⁵ Sul punto, si confronti Pammolli-Salerno (2008).

¹⁶ È, questo, uno dei principali motivi del fallimento del D.Lgs. 56/2000, che ha tentato una parametrizzazione quasi totale del finanziamento federalista alla sanità (un approccio di natura meccanicistica).

¹⁷ Sarebbe irrealistico pretendere l'azzeramento istantaneo.

¹⁸ Si consideri che, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni ad alto contenuto scientifico-tecnologico che traggono profitto dal contatto con centri di ricerca pubblici e privati e strutture universitarie, l'obiettivo della loro omogenea attivazione su tutto il territorio diviene facilmente irrealizzabile, mentre si rivela più realistico individuare delle *common resource* in condivisione tra Regioni.

- la seconda richiede, invece, rigore, rispetto dei programmi di spesa, allocazione efficiente delle risorse, adeguatezza dei consumi, monitoraggio anche attraverso l'adozione in un moderno sistema di contabilità.

Sono due sfere che evidenziano necessità diverse (flessibilità *vs.* rigidità, capacità di tener conto delle contingenze *vs.* standardizzazione) e contrastanti: appare velleitario, quindi, tentare di soddisfarle con una formula parametrica, semplice, valida *once and for all*. Anche quando la formula contempli (come il D.Lgs. 56/2000) interventi straordinari a carico del bilancio dello Stato senza predefinirne le regole e le modalità di erogazione (per guadagnare flessibilità), in realtà essa non offre una soluzione, ma riconosce la sua insufficienza e, aprendo a finanziamenti contingenti e non parametrati *ex-ante*, entra in contraddizione con se stessa¹⁹.

Come si risolve il problema di coordinare flessibilità e rigore, che è lo "scoglio" da superare per proporre *enforceable benchmark*?

In questo capitolo si propone che questo avvenga chiedendo alle Regioni di adottare una comune base regolatoria, che promuova dovunque il consumo *cost-effective* e costituisca il riferimento per:

- dimensionare il FSN e i flussi perequativi interregionali;
- valutare la sostenibilità finanziaria e sociale del sistema sanitario regionale, offrendo leve di intervento condivise, in caso di squilibri.

Si ritiene necessario un cambiamento di metodologia: non un *benchmark* "puntuale", ma una pratica di governo e di gestione del sistema.

Prima del Decreto 56/2000, l'ammontare del FSN veniva scelto considerando il costo storico; e con esso questo approccio non è cambiato nella sua sostanza, perché la misura del gettito devoluto o partecipato dedicato alla sanità è stata definita a partire dal livello di incidenza sul PIL cui si intendeva stabilizzare il finanziamento statale (l'obiettivo del 6%²⁰). Sia prima che dopo è mancato il riferimento alle "microfon-

¹⁹ Il Decreto 56/2000 è rimasto sinora "silente"; ma, se lo si volesse vedere come funzionante, si dovrebbe convenire che la componente di finanziamento straordinaria è stata quella più utilizzata (dal momento che la parametrizzazione è risultata completamente stravolta dal *bargaining* Stato-Regioni sull'ammontare del FSN e sulla sua ripartizione territoriale).

²⁰ Come risultato delle risorse del bilancio dello Stato e delle entrate proprie delle Regioni "quantificate nella misura corrispondente all'importo considerato per la determinazione della copertura del fabbisogno finanziario del 2001" (Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001).

dazioni” della spesa; con la differenza che prima si accomodava *tout court* la domanda di prestazioni, successivamente si è tentato di controllare la dinamica imponendo un *cap* al finanziamento che, però, in mancanza di strumenti di qualificazione della domanda, è stato periodicamente forato (la ragione stessa del fallimento del Decreto 56/2000)²¹.

Sino ad oggi, in altri termini, le previsioni di spesa per i LEA (cui commisurare i finanziamenti) sono state formulate esogenamente: una pratica di governo e gestione che, a rigor di logica, dovrebbe essere giudicata in contrasto con il dettato costituzionale, nella misura in cui essa non arriva a porsi il problema di rendere effettivi i LEA destinandovi adeguate risorse. Il cambio di metodologia dovrebbe consistere proprio in questo: adottare una logica endogena, l’unica realmente affidabile e praticabile di fronte alla complessità del sistema sanitario e alla rilevanza politica e sociale delle sue prestazioni.

È qui che sorge l’esigenza di uno schema regolatorio comune alle Regioni, che offra la garanzia che dappertutto il consumo sanitario riceva idonei incentivi alla *cost-effectiveness*. Se si costruissero queste fondamenta di efficienza/efficacia condivise da tutte le Regioni, allora diverrebbe più agevole condurre e finalizzare il confronto politico Stato-Regioni e Regione-Regioni, per adeguare anno dopo anno i finanziamenti e i flussi perequativi alle prestazioni erogate come LEA. La regolamentazione condivisa costituirebbe il “linguaggio” comune delle Regioni e funzionerebbe da “cerniera” tra sfera economica e sfera politica (Pammolli e Salerno, 2006). In questo scritto, il riferimento va, in particolare, allo strumento del *copayment* (e del *reference pricing*, con riferimento specifico al comparto farmaceutico); ma la stessa *ratio* potrebbe applicarsi alle regole contabili, alla piena responsabilizzazione finanziaria di fronte a disavanzi, alla responsabilizzazione individuale degli amministratori, alla diffusione di statistiche certificate e di informazioni per permettere ai cittadini di valutare e scegliere col voto.

2.2 LA RESPONSABILIZZAZIONE INDIVIDUALE: LA COMPARTICIPAZIONE AI COSTI

Se si approfondisce il tema della compartecipazione, emergono argomenti rilevanti per il caso italiano. Nella maggior parte dei Paesi OECD (OECD, 2004) la responsabilizzazione del consumo attraverso il *copay* avviene lungo tutta la filiera sanitaria, dai farmaci, al medico di base, alla diagnostica specialistica, al ricovero. In molti casi è adottata una vera

²¹ È il problema cosiddetto dei “bilanci soffici”, già richiamato.

e propria declinazione del *copayment*, per tenere conto della tipologia di prestazione e delle caratteristiche economico-sanitarie soggettive.

Sono esplicativi i due esempi della Francia e della Germania:

- la Francia applica un *copayment* del 30% sulle prestazioni dei medici di base e su quelle specialistiche e diagnostiche, oltre ad un *copay* a schema misto fisso-percentuale su quelle in regime di ricovero; inoltre, la quasi totalità dei farmaci²² è rimborsabile, ma con un'aliquota di *copay* del 35 per cento che si azzera su alcuni prodotti di particolare importanza e sale al 65 sui *comfort drugs*;
- la Germania applica una *fee* fissa sulle prestazioni dei medici di base e su quelle specialistiche e diagnostiche, oltre a una *fee* fissa per giorno di ospedalizzazione con un tetto massimo di spesa a carico del paziente; inoltre, la maggior parte dei farmaci²³ è rimborsabile, previo *copay* del 10 per cento all'interno di una soglia assoluta minima e massima.

In Italia, le prestazioni sanitarie pubbliche sono quasi completamente gratuite, eccezion fatta per la gran parte delle visite specialistiche e diagnostiche non in regime di ricovero, in molte Regioni per i "codici bianchi" e, in alcuni casi, anche per i "codici azzurri" di pronto soccorso, e per i *ticket* sui farmaci nelle poche Regioni che li hanno adottati²⁴. La cornice normativa è complicata dal processo di trasformazione federalista, con le scelte di regolazione demandate alle Regioni, ma senza un coordinamento di base. Per inciso, la forte dinamica della spesa sanitaria (in percentuale sul PIL), registrata dal 2000 ad oggi, coincide con l'avvio della trasformazione federalista, che non ha ancora prodotto un vero e proprio modello di *governance*.

La quasi completa gratuità delle prestazioni, aggravata dal precario contesto istituzionale e normativo, rientra tra i motivi alla base della crescita della spesa sanitaria pubblica osservata dal 2000, che ha portato l'incidenza sul PIL dal 6,1% del 2002, al 6,8 nel 2005 e al 6,7 del 2006 (Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, 2006²⁵), con la

²² Sia con che senza obbligo di prescrizione. In Italia il perimetro di rimborsabilità è più ristretto (la fascia "A" comprende un sottoinsieme dei farmaci con obbligo di prescrizione).

²³ Sia con che senza obbligo di prescrizione.

²⁴ Solo dieci Regioni hanno *ticket* sui farmaci territoriali e non in forma percentuale del prezzo. Per i codici di pronto soccorso, le Regioni stanno compiendo scelte diverse, e indirizzi diversi si stanno affermando anche per quanto riguarda le prestazioni in ricovero diurno.

²⁵ Se si sposta all'indietro l'anno di partenza, l'entità della crescita risulta ancor più marcata. Nel 1999, l'incidenza sul PIL era del 5,7%.

quota a carico dello Stato passata dal 6,0% (Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001) a poco più del 6,1% nel 2006²⁶, ma con cospicui disavanzi delle Regioni: 2.323 milioni nel 2003, 5.790 milioni nel 2004, 5.725 milioni nel 2005, 4.173 milioni nel 2006, più una sanatoria 2001-2004 in conto alle Regioni per 11.676 milioni di euro²⁷. Tendenze che fanno passare in secondo piano l'impatto atteso al 2050 per il solo effetto dell'invecchiamento della popolazione²⁸.

Ma sono anche altri tre aspetti (meno ovvi) da porre in connessione con la gratuità in un contesto di scarsa responsabilizzazione:

- tra il 1990 e il 2003²⁹, la spesa sanitaria privata italiana è aumentata di 0,4 punti percentuali di PIL mentre quella pubblica è rimasta sostanzialmente invariata; raro caso tra i *Partner* UE in cui le due voci di spesa non si sono coevolute³⁰;
- all'invarianza rispetto al 1990 si contrappone la forte crescita dal 2000 ad oggi di cui si è detto; e, se è vero che quest'ultima ha recuperato la precedente compressione coincisa con il riassetto delle

²⁶ La Finanziaria per il 2005 aveva programmato anche la spesa a carico dello Stato per il 2006 (89.960 milioni di euro) e per il 2007 (91.759 milioni). Le successive leggi finanziarie hanno rivisto al rialzo gli importi: la Finanziaria-2006 ha stanziato 91.173 milioni di euro per il 2006; la Finanziaria-2007 (ricependo il "Patto per la Salute") ha incrementato significativamente la spesa sanitaria a carico dello Stato prevedendo 96.040 milioni di euro per il 2007, a 99.082 per il 2008 e 102.285 per il 2009. La Legge Finanziaria per il 2008 aumenta le risorse per il 2008 a 101.457 milioni di Euro. Per spesa sanitaria a carico dello Stato si deve intendere quella corrispondente alle (coperta dalle) fonti di finanziamento previste dal D.Lgs. 56/2000.

²⁷ Meriterebbe approfondimenti la discrepanza, pur contenuta, di valori di spesa (costi) e finanziamento (ricavi) del S.S.N. rilevabile tra la RGSEP e i dati della Corte dei Conti. Sul punto, *cfr.* le elaborazioni in "Finanza Locale Monitor" del Servizio Studi di Intesa-Sanpaolo (luglio 2007) che, tra l'altro, riporta di un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL pari al 6,8% alla fine del 2006.

²⁸ Si confrontino: *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, Rapporto preparato dal Comitato di Politica Economica e dalla Commissione Europea (DG-ECFIN), n. 1-2006; *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?*, Economic Department WP n. 477, ECO/WKP(2006)5; *Public Finances in EMU - 2007*, a cura della Commissione Europea; Quaderno CERM n. 2-06.

²⁹ Si confronti OECD, *Health Data - 2007*. L'incremento 1990-2004 sarebbe ancora più alto, di 0,6 punti percentuali. Si preferisce far riferimento al 2003, perché solo per alcuni Paesi è disponibile il dato al 2004. Le argomentazioni che seguono rimarrebbero identiche (anzi, troverebbero maggior conferma).

³⁰ Nello stesso arco di tempo, negli USA la spesa pubblica è aumentata di 1,9 punti percentuali di PIL a fronte degli 1,1 della spesa privata.

- finanze pubbliche della metà degli anni Novanta, è anche vero che si sta producendo non come risultato di scelte programmate e consapevoli, ma come una vera e propria “deriva” che procede a tassi non sostenibili in futuro senza certezza che ne scaturiscano effettivi benefici reali per i cittadini (Pammolli e Salerno, 2006b);
- inoltre, sempre confrontando il 1990 e il 2003, la spesa farmaceutica privata italiana è aumentata di 0,3 punti percentuali di PIL, mentre quella pubblica è diminuita di 0,2; ancor più raro caso tra i *Partner UE* in cui il lato privato ha (più che) compensato quello pubblico³¹.

Come è possibile che un sistema gratuito e universale come il nostro stia producendo questi risultati? Oltre l’83% della spesa privata, poi, è costituita da pagamenti *out of pocket* dei cittadini, a valere direttamente sui loro redditi disponibili e quindi con un inevitabile impatto distributivo³².

C’è qualcosa che non funziona nel nostro universalismo sanitario: da un lato tendenze macrofinanziarie della spesa pubblica non sostenibili, dall’altro la levitazione della spesa privata senza adeguati “filtri” per tener conto delle condizioni soggettive. Sono dati che parlano di una eterogeneità dei fini, in atto e soprattutto prospettica: se non si interviene, il rischio è quello di una divaricazione tra affermazioni di principio e aspirazioni da un lato e, dall’altro, capacità di fornire le prestazioni. Uno scollamento tra Costituzione formale e Costituzione reale.

L’Italia è ferma a una concezione di universalismo che appare non più attuale, vincolata alla gratuità “a tutti i costi” e all’assestamento delle richieste di prestazioni; un presupposto che rende arduo confrontarsi con il continuo aumento della domanda, con l’invecchiamento della popolazione e con le prospettive che scienza e tecnologia continuamente aprono. Di fronte a queste sfide/opportunità sarà sempre più necessario coordinare la spesa con le possibilità di spesa e, all’interno della spesa, promuovere l’adeguatezza del consumo e seguire degli ordini di priorità per il finanziamento pubblico. A questo scopo, la compartecipazione al costo, articolata per tipologia di prestazione e graduata in base alle caratteristiche economiche e sanitarie soggettive, è uno

³¹ Nello stesso arco di tempo, negli USA la spesa pubblica è cresciuta di 0,3 punti percentuali di PIL.

³² Si confronti OECD, *Health Data - 2007*. Quella italiana è la terza percentuale più alta nel 2003 (dopo Danimarca e Grecia) e con il maggior incremento (quasi 10 punti percentuali) tra il 1990 e il 2003. Il confronto non cambia se il raffronto avviene al 2004, limitatamente ai paesi per i quali il dato per questo anno è disponibile.

strumento adatto ad introdurre quei principi di responsabilizzazione individuale e di selezione.

Utilizzato *cum granu salis*, il *copayment* può favorire sia la coesione territoriale, migliorando l'affidabilità reciproca tra le Regioni ai fini dell'allocazione delle risorse e del controllo della spesa, sia la coesione sociale, mantenendo l'accesso alle prestazioni sanitarie non condizionato dal reddito/patrimonio. Non è la fine dell'universalismo e delle conquiste *welfariste* del Novecento; è la loro riproposizione e il loro consolidamento per gli anni a venire³³.

2.3 I TERMINI DEL DIBATTITO SUL COPAYMENT³⁴

La letteratura economica rileva il contributo essenziale della compartecipazione ai fini dell'attenuazione o della rimozione di alcune delle imperfezioni che contraddistinguono il mercato sanitario-farmaceutico. I pazienti, interamente protetti dal rischio di dover sopportare i costi della prestazione sanitario-farmacologica, tendono a ricorrere a quest'ultima in eccesso, poiché la scelta sulle quantità da consumare prescinde completamente dalla valutazione dei costi e dei benefici che essa richiederebbe (Pauly, 1968).

Comportamenti di questo tipo, noti in letteratura come fenomeni di azzardo morale, riducono il benessere sociale complessivo (Cremer *et al.*, 2007), in quanto dirottano risorse scarse per finanziare il ricorso a prestazioni sanitarie in eccesso rispetto al livello ottimale (dove la condizione di ottimalità è garantita da una valutazione, appunto, dei benefici e dei costi marginali) a scapito, ad esempio, dell'ampliamento del perimetro di rimborsabilità o del riconoscimento di un profilo di remunerazione adeguato per i farmaci e le altre tecnologie innovative, in quest'ultimo caso con conseguenze negative sugli incentivi ad investire in R&S da parte delle imprese.

³³ Sul punto, si suggerisce la lettura della relazione conclusiva della Commissione "Onofri" del 1998, dove l'importanza di rinnovare l'universalismo ricorrendo a strumenti di selettività è ampiamente sottolineata e argomentata. Si confronti anche L. Guerzoni (2008), *La riforma del welfare. Dieci anni dopo la Commissione 'Onofri'*, disponibile in formato elettronico e in corso di pubblicazione cartacea (<http://www.fondazionegorrieri.it>).

³⁴ Per una *review* della letteratura teorica ed empirica, sia pure riferita al comparto farmaceutico e non al complesso delle prestazioni sanitarie, si confronti Pamolli, Ogialoro, Salerno (2004).

Gran parte dell'evidenza empirica è concorde nel ritenere che l'applicazione del *copayment* riduce le quantità consumate (si vedano, a questo proposito, le *survey* più recenti della letteratura di Gibson *et al.*, 2005 e Lexchin *et al.*, 2004). Jönsson *et al.* (1995) mostrano, ad esempio, come in alcuni casi vi siano ampi margini per una razionalizzazione dei consumi, che scaturisce da un ricorso medio alle terapie farmacologiche eccessivo rispetto alle indicazioni dei medici (soprattutto da parte dei pazienti più anziani), oppure a causa del mancato utilizzo di farmaci acquistati.

L'impatto del *cost sharing* sulla domanda di prestazioni dipende in maniera cruciale dall'elasticità della domanda (in quantità) al *copay*. Quest'ultima è funzione di diversi elementi, tra i quali (Rubin e Mendelson, 1996):

- il livello e la tipologia di *cost sharing*;
- il tipo di prodotto;
- le necessità terapeutiche, e quindi le patologie da curare;
- il reddito del paziente;
- altre condizioni soggettive del paziente (tra cui, età, sesso, condizioni socioeconomiche);
- il contesto istituzionale e normativo di riferimento.

Questi aspetti possono mutare in maniera considerevole la sensibilità della domanda alla compartecipazione. Per esempio, la *review* di studi empirici svolta da Gibson *et al.* (2005) sul comparto farmaceutico rileva un'elasticità che oscilla tra -0,1 e -0,4 (cioè, un aumento del 10% del *copay* comporta una riduzione dell'1-4% le quantità consumate). Lexchin *et al.* (2004) precisano che la sensibilità della domanda a forme di compartecipazione cresce se si restringe il campo di analisi su fasce di popolazione più vulnerabili, sia per reddito che per condizioni di salute. In particolare, nel caso di individui meno abbienti e soggetti a patologie croniche, un aumento del *copay* del 10% comporta una riduzione delle quantità consumate che varia dal 3,4 al 5%, mentre negli altri casi dell'1-2%. Per i primi, l'effetto di reddito rafforza significativamente l'effetto di sostituzione.

In altre parole, anche se non si arriva a conclusioni univoche su un possibile effetto negativo della compartecipazione sull'aderenza alle indicazioni terapeutiche dei medici³⁵, è possibile che, almeno sul piano teorico, si riduca non solo il consumo discrezionale e inopportuno delle

³⁵ Si confronti il Quaderno CERM n. 3-2004.

prestazioni, ma anche quello essenziale (Grootendorst, 1995; Tamblyn *et al.*, 2001). In quest'ultimo caso il rischio è di ingenerare anche dei controeffetti non previsti sulla spesa sanitaria complessiva, derivanti dal ricorso futuro ad altre prestazioni sanitarie a causa del deterioramento/aggravamento delle condizioni di salute dei pazienti che discende da una contrazione del ricorso ottimale alle prestazioni quando queste possono intervenire nel momento più tempestivo (Soumerai *et al.*, 1997). Anche se l'evidenza empirica disponibile non è risolutiva sul tema, gran parte degli studi finora svolti mettono in evidenza che tale rischio è particolarmente elevato per le fasce di popolazione più deboli.

La questione è rilevante non solo sotto il profilo equitativo, ma anche dal punto di vista delle dinamiche future di spesa, soprattutto in Paesi come l'Italia, in cui l'andamento della spesa sanitaria pubblica pone problemi di sostenibilità sia nell'immediato che, a maggior ragione, nel medio-lungo periodo. Ne discende che l'argomento deve essere affrontato su un piano di *policy*, più pragmatico rispetto a quello su cui il dibattito si è finora concentrato.

Se il timore di effetti distorsivi sulla salute e, in ultima analisi, sulle dinamiche di spesa di medio-lungo periodo, esiste per il *copay*, che cosa si dovrebbe paventare come conseguenza della crescita della spesa sanitaria privata di natura *out of pocket* che si determinerebbe per effetto dell'assottigliamento del perimetro dei LEA? Eppure è quello che, a causa delle dinamiche non controllate di spesa/consumo, sta avvenendo sia nel complesso della sanità che nel comparto specifico della farmaceutica. Come si è visto, l'Italia è uno dei Paesi OECD che negli ultimi dieci anni mostra la più accentuata crescita (in percentuale del PIL) della componente privata, quasi integralmente costituita da pagamenti diretti a valere sui redditi disponibili dei cittadini.

È il risultato di una *governance* che non riesce a responsabilizzare i singoli e ad essere selettiva. Come si è già detto, mentre nella farmaceutica la spesa privata appare in diretta sostituzione, perché la sua crescita si sta verificando contemporaneamente a una compressione di eguale ordine di grandezza di quella pubblica (quest'ultima utilizzata come "volano" per calmierare la spesa sanitaria totale³⁶), nella spesa sanitaria complessiva la levitazione della componente privata sta avvenendo mentre quella pubblica si è per adesso attestata alla stessa incidenza sul PIL dell'inizio

³⁶ Tramite abbattimenti dei prezzi dei farmaci rimborsati, revisioni restrittive del Prontuario Farmaceutico Nazionale con cadenza anche annuale, applicazione del *pay-back* (a partire dalla Finanziaria-2008) per rendere vincolante la programmazione di spesa.

degli anni Novanta, dopo avere assunto tassi di crescita annuali che, dal 2000 ad oggi, sono insostenibili se continuati nel futuro.

C'è evidenza di uno spostamento della domanda al di fuori dell'alveo del S.S.N. sia per le prestazioni per cui il lato del finanziamento pubblico viene esplicitamente compreso (come la farmaceutica), sia per quelle per cui è in espansione (la sanità in generale). Se per la farmaceutica l'effetto di sostituzione tra pubblico e privato è "obbligato", nella misura in cui si assiste a un restringimento sempre maggiore del Prontuario Farmaceutico Nazionale (in Italia la fascia dei farmaci rimborsabili è più ristretta che nei principali *Partner UE*³⁷) che "scarica" completamente sui cittadini le inefficienze di *governance*, nel caso delle altre prestazioni sanitarie lo spostamento della domanda verso il settore privato sembra ad oggi avere natura "discrezionale", nel senso che non appare in diretta compensazione di riduzioni di impegno del pubblico (soprattutto negli anni dal 2000 ad oggi).

In quest'ultimo caso, per spiegare lo spostamento della domanda verso prestazioni di erogatori privati, bisogna con ogni probabilità chiamare in causa fattori che aumentano la costo-efficacia dei servizi pubblici, e ne rendono conveniente la sostituzione anche se gratuiti o pressoché gratuiti per il cittadino: dal sovraffollamento delle strutture erogatrici delle prestazioni (le liste d'attesa), agli *standard* qualitativi reali/percepiti bassi (a parità di finanziamenti, il consumo inefficiente sottrae risorse per migliorare i livelli qualitativi delle prestazioni esistenti e per introdurre prestazioni innovative nell'ambito del S.S.N.³⁸), alla difficile disponibilità dei servizi accessori. Tali possibilità di scelta possono essere, però, concretamente realizzate solo da categorie di pazienti/cittadini in grado di sostenere i costi di prestazioni erogate privatamente. Sicuramente una zona grigia del nostro universalismo, che potrebbe espandersi sin dai prossimi anni.

Ne discende che una situazione di questo genere rende urgente una razionalizzazione dell'accesso alle prestazioni pubbliche, non solo per finalità di stabilizzazione della spesa (l'incidenza sul PIL non può aumentare *ad infinitum*), ma anche per ragioni di natura equitativa, poiché le fasce di popolazione più deboli rimangono quelle maggiormente esposte ai rischi per la salute e alle mancanze della *governance* del sistema pubblico, in quanto impossibilitate o limitate nelle alternative (ad

³⁷ Le difficoltà nel controllo della spesa, inoltre, possono essere causa di ritardi nell'ammissione in commercio in fascia "A". Sul punto, si confronti Pammolli F, M. Riccaboni, N. C. Salerno (2007)

³⁸ Si rimane "immobilizzati" dai sovraconsumi di beni e servizi esistenti, con difficoltà a migliorare nella qualità e nella innovatività.

oggi non si è in grado di quantificare *ex-ante* quale distribuzione per fasce di reddito potrà avere la levitazione della spesa privata nelle prossime decadi, e anche ricostruzioni a consuntivo anno per anno offrono visioni parziali).

Se la dinamica di spesa registrata negli ultimi sei-sette anni dovesse continuare, si porrà (in realtà già esiste) un problema di raccordo del perimetro dei LEA con le risorse annualmente destinabili al loro finanziamento (un *target* macroeconomico a livello Paese), e sarà necessario rivedere in senso restrittivo i LEA per mantenere la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario.

In un recente lavoro, il CERM (Competitività, Regolazione, Mercati) stima che, per stabilizzare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica ai livelli correnti, il *coverage* pubblico (la quota della spesa totale finanziata con risorse pubbliche) dovrà continuamente ridursi dall'attuale 74,7 per cento, al 68,4 del 2015, al 63,2 del 2025, al 51,7 del 2050. Questo stesso *trade-off* tra stabilizzazione e *coverage* si ripropone, con gli stessi ordini di grandezza, per tutti i *Partner UE*³⁹.

La domanda che ci si deve porre, quindi, è la seguente: è preferibile procedere a un assottigliamento dell'elenco dei LEA, che ha un effetto distributivo non definibile *ex-ante* (in quali fasce di reddito maggiormente si concentrano oggi e si concentreranno in futuro le richieste di prestazioni appartenenti a quei LEA?; e poi, di per sé, un minor numero di prestazioni rivolte alla cittadinanza e finanziate a ripartizione implica minor coesione sociale), oppure è preferibile ricercare la sostenibilità finanziaria (anche) attraverso uno schema di *copayment* che, tramite abbattimenti ed esenzioni, permetta di definire *ex-ante*, in fase di programmazione di *policy*, l'impatto distributivo sui cittadini?

Dal punto di vista del tasso di aderenza alla terapia, si deve temere di più una politica di continuo spostamento al di fuori del S.S.N. di alcune prestazioni (che diverrebbero a totale carico del privato), oppure l'adozione di un *copay* graduato per condizioni soggettive, in modo tale da trasmettere stimoli autoresponsabilizzanti, contenendo però gli effetti distorsivi (l'universalismo selettivo)?

La risposta a questa domanda lascia intendere come la possibile ricaduta sul tasso di adesione alla terapia non debba essere intesa come una "bocciatura" assoluta del *copayment*; piuttosto, essa è uno degli effetti dell'impianto regolatorio di cui tenere conto, e che può essere minimizzato o controllato con un adeguato disegno dello strumento:

³⁹ Si confronti "La sanità in Italia", cit.

- gradazione per condizioni soggettive;
- eventuale differenziazione per prestazioni o gruppi di prestazioni;
- diffusione di informazione sanitaria e, in particolare, di sensibilizzazione sulle trasformazioni del S.S.N. e sul rinnovato spirito dell'universalismo;
- minimizzazione della componente *out of pocket* con sviluppo dei pilastri privati organizzati e sostenuti dalla fiscalità agevolata.

Con specifico riferimento alle prestazioni farmaceutiche, gli stimoli autoresponsabilizzanti possono essere incoraggiati da uno schema di compartecipazione che sia proporzionale al prezzo, poiché esso permette di ripristinare, seppure parzialmente, valutazioni di costo-beneficio da parte del fruitore. A differenza della compartecipazione in somma fissa, uno schema proporzionale al prezzo collega la decisione riguardante le quantità da acquistare con il relativo prezzo, e quindi può incoraggiare lo spostamento della domanda verso i farmaci equivalenti più economici. La proporzionalità del *copay*, infatti, trasmette al paziente i differenziali di prezzo esistenti tra i vari prodotti che, al contrario, non vengono rivelati dalla compartecipazione in somma fissa.

Queste considerazioni sono avvalorate anche da quel filone di studi che approfondisce i differenti effetti degli schemi di compartecipazione in ambito farmaceutico. Tra questi, Jönsson *et al.* (1995) costruiscono degli esercizi di simulazione confrontando diverse opzioni di riforma del sistema pubblico di assistenza farmaceutica in Svezia, dove recentemente è stato introdotto un *copay* proporzionale al prezzo abbinato a un sistema di franchigie. Gli autori di questo lavoro riscontrano maggiori possibilità di ottenere risparmi di spesa da un *copay* proporzionale al prezzo, grazie alle immediate visibilità e confrontabilità in valore assoluto dei costi trasferiti al fruitore.

Più in generale, anche la *survey* della letteratura condotta da Gibson *et al.* (2005) conferma gli effetti di sostituzione verso i farmaci più economici, indotti da schemi di compartecipazione proporzionali. La stessa *survey* evidenzia anche gli effetti *pro* concorrenziali trasmessi ai produttori che, fronteggiando una domanda resa sensibile al prezzo, sono stimolati ad interagire à la Bertrand.

Mentre la proporzionalità al prezzo è più agevolmente ipotizzabile per il comparto farmaceutico, la stessa è più difficile da applicare alla totalità delle prestazioni sanitarie, sia per motivi di elevato costo medio di queste ultime, sia perché queste ultime condividono strutture e costi fissi la cui ripartizione unitaria richiederebbe una contabilità regolato-

ria complessa e anche dispendiosa⁴⁰. Tali problematiche, tuttavia, potrebbero trovare superamento o fissando l'aliquota di compartecipazione a livelli compatibili con gli elevati valori assoluti dei costi delle singole prestazioni oppure ricorrendo a compartecipazioni *à forfait* che, graduate per condizioni economico-sanitarie soggettive, sarebbero comunque in grado di responsabilizzare il cittadino fornendogli la chiara informazione della scarsità e della preziosità delle risorse che la società gli mette a disposizione attraverso il sistema sanitario pubblico.

In conclusione, uno schema di compartecipazione può andare oltre la finalità di trasferire una parte dei costi sanitari sui pazienti/cittadini; esso, infatti, da un lato non è uno strumento cui rivolgersi per finalità fiscali, dall'altro, modulato a seconda delle condizioni economico-sanitarie soggettive, potrebbe essere in grado di ridurre le inefficienze che scaturiscono da una scelta di consumo che altrimenti tende a rimanere completamente "isolata" da valutazioni di costo-beneficio. Ripristinare le condizioni che garantiscono un livello adeguato di sensibilità della domanda al prezzo/costo delle prestazioni sanitarie, aiuta a correggere le inefficienze che scaturiscono sul piano delle quantità domandate, della scelta delle terapie, nonché dell'aderenza alle stesse. Infine, la sensibilizzazione al prezzo/costo può trasferirsi anche sul medico di base, che svolgendo una funzione di *gate-keeping* sull'accesso alle prestazioni, è stimolato a tenere in maggiore considerazione la *cost-effectiveness* da pazienti consapevoli di concorrere al pagamento.

2.4 È SUFFICIENTE L'“EFFICIENTAMENTO” DEL S.S.N.? LE RAGIONI PER RINNOVARE LE BASI DELL'UNIVERSALISMO

Ma se è necessario interrogarsi a fondo sui vantaggi del superamento della gratuità totale e indiscriminata, bisogna anche chiedersi se si può affidare alla sola azione di “efficientamento” della sanità la risoluzione di tutti i problemi, attuali e prospettici.

La completa gratuità non è garanzia di adeguatezza delle prestazio-

⁴⁰ V'è da dire, inoltre, che, mentre per il comparto farmaceutico la proporzionalità è importante per stimolare il ricorso agli equivalenti più economici, nel caso di prestazioni sanitarie in senso lato (per esempio le ospedaliere), la sostituibilità tra tipologie terapeutiche rimane più limitata e, soprattutto, al di là della capacità di valutazione del singolo fruitore (che invece, laddove bene informato, può familiarizzarsi con il ricorso alle copie economiche, sempre sotto la sorveglianza del medico prescrittore e del farmacista abilitato alla commercializzazione).

ni, né sotto il profilo del corretto consumo individuale, né sotto il profilo delle disponibilità di risorse sufficienti a rendere indipendente, quando necessario, l'accesso alle prestazioni dai redditi individuali. Questo limite diviene tanto più cogente nei periodi in cui le condizioni di finanza pubblica richiedono uno stretto controllo degli stanziamenti di bilancio, come in Italia dall'inizio degli anni Novanta: in mancanza di criteri di selezione delle priorità, sia l'obiettivo della sostenibilità finanziaria che quello dell'equità sono difficilmente perseguibili e spesso cadono in contrasto.

Se poi si guarda alle proiezioni di lungo termine (ECOFIN, OECD, CERM), i molteplici *driver* che agiscono sulla spesa sanitaria (invecchiamento, tecnologia, crescita del reddito e del benessere) possono arrivare, in potenza, a far raddoppiare o più che raddoppiare l'incidenza sul PIL al 2050, in Italia come nella generalità dei Paesi ad economia e *welfare* sviluppati. Di fronte a queste pressioni, raggiungere e mantenere alti livelli di *cost-effectiveness* non può, di per sé, rappresentare una soluzione definitiva. Quella sanitaria è l'unica voce di spesa che non ha, per definizione, livelli predefiniti di saturazione, soprattutto sui tempi medio-lunghi sui quali esplicano appieno i loro effetti l'allungamento della vita umana, l'innovazione tecnologica e l'innalzamento del livello minimo di benessere.

È necessario anche intervenire sullo schema di finanziamento, oggi quasi esclusivamente basato sulla ripartizione (il *pay-as-you-go*). Per evitare che il crescente carico finanziario sulle sempre meno numerose generazioni attive comprometta l'occupazione, gli investimenti, la produttività e, in ultima analisi, rallenti quella produzione di risorse che è indispensabile per realizzare qualunque finalità redistributiva e di coesione sociale (ivi incluse quelle che ispirano i sistemi sanitari universali come quello italiano)⁴¹.

L'Italia può sostenere che la gratuità del suo sistema sanitario ha sinora assolto adeguatamente le funzioni redistributive-equitative di cui doveva essere strumento? E, soprattutto, può affermare che il sistema è pronto a confermare queste funzioni negli anni a venire? L'invarianza dell'incidenza sul PIL della spesa pubblica dal 1990 ad oggi (anni in cui la media UE-15 è aumentata tra gli 8 e i 10 decimi di punto percentuale) e la contestuale dilatazione della spesa privata lasciano sollevare dubbi, che si aggravano se si guarda allo spaccato della spesa per fonti di finanziamento e, soprattutto, se si proiettano le tendenze in atto nelle prossime decadi.

⁴¹ Per una discussione approfondita, si confronti F. Pammolli *et al.* (2008).

Nel 2003⁴², la gran parte (oltre l'83%) della spesa privata sanitaria assume la forma, in Italia, di pagamenti diretti a valere sui redditi disponibili dei cittadini. Questo dato si confronta con il 42,2 della Francia, il 47,9 della Germania, l'82 della Spagna, il 25,3 degli USA e una media UE-15 di circa il 67%.

La posizione dell'Italia si inverte se si guarda al dato su fondi sanitari e assicurazioni sanitarie: il 3,8%, contro una media UE-15 del 22 e valori molto più elevati per Francia, Germania e Stati Uniti. Il residuo di spesa, coperto da associazioni assistenziali e volontaristiche sia laiche che religiose, vede l'Italia al di sopra della media UE-15 e significativamente al di sopra di Francia, Spagna e USA. Per il Regno Unito non sono disponibili dati al 2003, ma nel 1990 la componente di fondi e assicurazioni era nettamente superiore a quella italiana, nonostante la lunga tradizione storico-politica del NHS che fonda le sue origini nell'universalismo à la Beveridge⁴³.

Un ulteriore elemento emerge se si confrontano le tendenze: tra il 1990 e il 2003 la quota di *out of pocket* italiana aumenta di oltre 10 punti percentuali, laddove è in calo per Francia, Spagna e Stati Uniti e pressoché stabile nella media UE-15. L'opposto accade per la componente di fondi e assicurazioni, con l'Italia che mostra l'incremento minore (solo 0,8 punti percentuali) dopo la Spagna, contro valori ben più significativi di Francia (6,6), Germania (9,8), Stati Uniti (9,4) e della media UE-15 (1,5).

I dati appena esposti rivelano una criticità in più dell'assetto italiano: nonostante la quasi completa gratuità, non solo la spesa privata è aumentata (unico caso assieme alla Spagna in cui le due voci pubblica e privata non coevolvono), ma si sta scaricando sempre di più in pagamenti diretti dei cittadini. Una vera e propria eterogenesi dei fini, dal momento che in queste condizioni la partecipazione del privato:

- avviene al di fuori di qualunque progettato organico schema di gra-

⁴² È l'anno in cui è possibile effettuare il maggior numero di comparazioni, alla luce dei dati disponibili. Per alcuni Paesi è disponibile anche il dato del 2004, e le considerazioni che si stanno svolgendo vi trovano ancor maggior conferma.

⁴³ Con finanziamento ricercato principalmente nella fiscalità generale o nella compartecipazione dei privati "filtrata" in base a caratteristiche soggettive economico-sanitarie (la cosiddetta redistribuzione *in-kind*). "A founding principle of the NHS was [is] equal treatment for equal health need irrespective of ability to pay".

284 LA SANITÀ IN ITALIA

Tabella 2.1 Fonti di finanziamento private - % della spesa privata

% spesa sanitaria privata	1990			2003		
	spesa out of pocket	spesa istituzionalizzata		spesa out of pocket	spesa istituzionalizzata	
		fondi sanitari e assicurazioni	associazioni assistenziali (laiche / religiose)		fondi sanitari e assicurazioni	associazioni assistenziali (laiche / religiose)
Francia	48,7	46,9	4,4	42,2	53,5	4,3
Germania	46,8	30,4	22,8	47,9	40,2	11,9
Italia	73,0	3,0	24,0	83,3	3,8	12,9
Spagna¹	83,1	17,4	0,0	82,0	14,9	3,1
UK	64,0	19,9	16,1	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
USA	33,0	56,6	10,4	25,3	66,0	8,7
UE-15²	68,3	20,5	11,2	66,9	22,0	11,1

¹ al 2000² media sui dati disponibili (11/15 nel 2003)

Fonte: OECD, Health Data - 2007

dazione per condizione economico-sanitaria, con conseguenze redistributive in linea teorica incontrollabili;

- avviene al di fuori di una logica di prevenzione/assicurazione, colpendo *in toto* (per l'intero ammontare) i soggetti che si trovano a fronteggiare esigenze sanitarie;
- avviene gravando di volta in volta redditi già prodotti, senza istaurare quella connessione tra risparmio di lungo termine, mercati finanziari e investimenti produttivi che è la *ratio* fondante della diversificazione multipilastro, la via per bilanciare il finanziamento *pay-as-you-go* con iniezioni di capitalizzazione, e di fronteggiare la domanda sanitaria crescente con la creazione/accumulazione di risorse per il suo soddisfacimento.

Le considerazioni sinteticamente esposte sin qui lasciano intendere come la difesa "acritica" sia della totale gratuità del sistema sanitario, sia del "monopolio" pubblico nel finanziamento, debbano lasciare il passo a visioni più articolate. In caso contrario, il rischio è quello di "accontentarsi" di una idealistica enunciazione di principio, senza affrontare i tanti problemi, politici ed economici, della sua realizzazione e del suo mantenimento nel tempo.

2.5 LA NORMATIVA ITALIANA SUI PILASTRI PRIVATI: STATO DELL'ARTE E TENDENZE EVOLUTIVE

Per coordinare stabilmente sostenibilità della spesa, adeguatezza delle prestazioni ed equità, e salvaguardare i principi fondanti del nostro S.S.N., si avanza la proposta di favorire lo sviluppo dei pilastri privati complementari, sia collettivi che individuali.

L'importanza dei pilastri privati è stata rimarcata anche nella prima relazione che il Governatore Draghi ha tenuto dopo il suo insediamento, dove li si indica come strumenti indispensabili per incentivare e organizzare il risparmio di lungo termine per finalità meritorie, garantendogli una fiscalità agevolata.

Si è visto che l'Italia è ai vertici della classifica OECD per incremento dell'incidenza sul PIL della spesa sanitaria e farmaceutica privata e, a differenza dei maggiori *Partner*, la quasi totalità della spesa ha la forma di pagamenti diretti dei cittadini a valere sui loro redditi disponibili, con effetti distributivi potenzialmente incontrollabili.

Nonostante le tante similitudini macroeconomiche con il capitolo della spesa pensionistica (in particolare, per quanto riguarda il finanziamento a ripartizione), se si guarda al peso che nel dibattito e negli interventi legislativi è stato dato, negli ultimi anni, ai pilastri privati in sanità, rispetto a quelli pensionistici, ci si accorge della diversa attenzione. Per le pensioni, anche se il livello di sviluppo dei pilastri è ancora insufficiente e l'inquadramento organizzativo e fiscale non può dirsi completato⁴⁴, si è arrivati nel 2005 alla "Disciplina delle forme pensionistiche complementari", il D.Lgs. 252 che, pur con alcuni limiti dovuti all'attività di riforma ancora in corso, aspira alla forma di un testo unico. In particolare, dal 1993 (anno in cui il Legislatore ha creato i fondi pensione di diritto italiano con il D.Lgs. 124), diversi sono stati gli interventi che si sono succeduti e lo stesso smobilizzo del TFR (trattamento di fine rapporto) – con il connesso problema delle compensazioni alle imprese – si è posto in relazione allo sviluppo dei pilastri privati pensionistici. Anche i progressi nel controllo istituzionale e nella regolazione della gestione/diversificazione del portafoglio si sono mossi soprattutto dalle esigenze dello sviluppo dei pilastri pensioni-

⁴⁴ In particolare, l'impianto fiscale riformato nel 2005 presenta numerose criticità, e tra queste la marcata regressività, nella fase di contribuzione ma soprattutto in quella di accesso ai benefici. Per una sintesi incisiva, si confronti "*Quel vantaggio molto fiscale*", di R. Cesari, G. Grande e F. Panetta, su www.lavoce.info.

stici, con la creazione oltretutto di una autorità dedicata ai fondi pensione (la COVIP)⁴⁷.

Per la sanità, il tema è affrontato in maniera molto più frammentata e anche con minor risalto informativo. La Legge 13 maggio 1999, n. 133, all'art. 10 (non a caso intitolato "*Disposizioni in materia di federalismo fiscale*" a sottolineare, implicitamente, il collegamento tra *governance* della sanità e trasformazione federalista), delegava il Governo a rivedere il regime fiscale "*dei contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati a enti o casse*", al fine di garantire una agevolazione a favore dei fondi integrativi del S.S.N. rispetto ai fondi non rispondenti a questa caratteristica. Per fondo integrativo del S.S.N., si deve intendere quello che si pone in logica complementarietà con il S.S.N., coprendo o le prestazioni non erogate dal S.S.N. (gli *extra* LEA) o le partecipazioni ai costi dei LEA (art. 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502).

La delega è stata raccolta dal D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 41 che, bene interpretandone la sostanza, prevede soglie di deducibilità annuali dal reddito assoggettato ad imposizione personale crescenti nel tempo sino a stabilizzarsi a 2.066 Euro dal 2008 in poi per i cosiddetti fondi "doc" (complementari al S.S.N.), e decrescenti sino a stabilizzarsi a 1.808 Euro dal 2008 in poi per i fondi "non doc" (non necessariamente complementari, come la maggior parte delle casse aziendali preesistenti). In questo modo veniva avviato, con l'incentivo fiscale, un processo di convergenza verso gli strumenti complementari al SSN, rispondente – sia pure con aspetti migliorabili – a quel disegno di sistema invocato nel precedente paragrafo⁴⁸.

Dalla data del D.Lgs. 41/2000, nessun fondo "doc" ha visto luce, e le leggi finanziarie che si sono succedute hanno costantemente confermato, in deroga al 41/2000, una soglia di deducibilità annuale di 3.615,20 Euro per i fondi "non doc", per evitare penalizzazioni dei cittadini a causa della lentezza del Legislatore.

Le ragioni del mancato decollo sono diverse:

- è mancata la decretazione attuativa (richiesta dal comma 8 dell'art. 9 del D.Lgs. 502/1992)⁴⁹;

⁴⁷ Si confronti la procedura di consultazione pubblica per il varo della nuova disciplina sui limiti agli investimenti e sui casi di conflitto di interessi per i fondi pensione (<http://www.dt.tesoro.it>).

⁴⁸ Si confronti articolo 10 ("*Oneri deducibili*") del "*Testo unico delle imposte sui redditi*".

⁴⁹ Si confronti il documento di audizione dell'ANIA di fronte alle Commissioni V della Camera dei Deputati e V del Senato della Repubblica, riguardo il DPEF 2007-2011, <http://www.ania.it>.

- la stessa definizione operativa dei LEA e delle compartecipazioni del privato cittadino ai loro costi, necessaria per stabilire la sfera di complementarietà, è rimasta elusa nelle difficoltà sorte con l'avvio della transizione federalista (a poco meno di un anno di distanza dal D.Lgs. 41/2000);
- con la decretazione attuativa, è mancata anche una riflessione sulla possibile differenziazione tra fondi che stipulano per conto degli iscritti polizze assicurative contro i rischi sanitari (generalmente polizze collettive), e fondi che finanziano le prestazioni degli iscritti attraverso il montante dei loro contributi gestiti sul mercato da operatori specializzati (il modello dei fondi pensione).

La Legge Finanziaria per il 2008 tenta, al comma 197 dell'art. 1, di far compiere un passo avanti alla normativa innalzando la soglia di deducibilità fiscale dei fondi "doc" a 3.615,20 euro e chiamando il Ministero della Salute ad emanare, entro sessanta giorni dall'approvazione della manovra, un decreto che specifichi in termini operativi gli ambiti di intervento propri dei fondi "doc".

Tale decreto, sopraggiunto a fine marzo 2008, individua per i fondi "doc" i seguenti ambiti di intervento: le prestazioni extra LEA, la quota a carico degli assistiti del costo di prestazioni rientranti nei LEA, le prestazioni socio-sanitarie per la quota che rimane a carico degli assistiti, le cure termali non a carico del S.S.N., medicina non convenzionale, la assistenza odontoiatrica sia per la quota pagata dall'assistito relativa a prestazioni ricomprese nei LEA sia per le prestazioni non rientranti nei LEA, l'assistenza ai non autosufficienti.

Il decreto introduce importanti innovazioni di ordine fiscale. I fondi "doc" hanno da subito accesso alla deducibilità dei contributi dal reddito imponibile ai fini IRPEF con un limite massimo pari a 3.615,20 euro annui. I fondi sanitari integrativi già esistenti (*ex art. 9 del D.Lgs. 502/1992*), le società di mutuo soccorso e le casse previdenziali che offrono anche copertura sanitaria, sino a tutto il 2009 hanno accesso alla stessa deducibilità dei fondi "doc", mentre dal 2010 questa equiparazione del trattamento fiscale agevolato è subordinata al requisito che almeno il 20% delle prestazioni erogate in ogni anno riguardi cure per la non autosufficienza e assistenza odontoiatrica fuori dai livelli essenziali.

Il Decreto del Ministero della Salute avvia un processo di semplificazione e di graduale convergenza tra i diversi strumenti che appare positivo. Tuttavia, rimangono aperti alcuni snodi indispensabili per la piena operatività dei fondi. Da un lato mancano ancora i regolamenti che disciplinino le modalità di costituzione, di scioglimento e di governance dei fondi "doc", dall'altro non è ancora chiaro come potrà essere realiz-

zato il calcolo del requisito del 20% e anche l' "Anagrafe dei Fondi", da attivarsi presso il Ministero della Salute, necessita ancora di decretazione attuativa.

Più in generale, rimane ancora aperto un problema comune a tutte le forme di copertura sanitaria complementare, ovvero la definizione operativa dei LEA effettivamente erogabili dal S.S.N. in condizioni di sostenibilità finanziaria. Il decreto originario di definizione dei LEA, il D.P.C.M. 29 Novembre 2001 (G.U. dell'8 febbraio 2002, n. 33), ha compiuto una mera ricognizione di quanto a quella data il S.S.N. già garantiva, senza operare una vera selezione delle prestazioni secondo un ordine di priorità, come richiesto dal dettato costituzionale che inserisce nei LEA prestazioni di natura essenziale ai fini del riconoscimento dei diritti di cittadinanza. Più recentemente è intervenuto un altro D.P.C.M. (in data 23 aprile 2008) di aggiornamento dei LEA che, invece di adottare la prospettiva delle prestazioni essenziali e dell'universalismo selettivo, ha ampliato ulteriormente il perimetro delle prestazioni che il S.S.N. dovrebbe garantire ai cittadini. Alcune nuove prestazioni contemplate sono di sicuro rilievo e non se ne discute l'importanza ai fini della salvaguardia della salute; il punto è un altro, e consiste nel fatto che si continua nella prospettiva della onnicomprensività dei LEA e della loro gratuità assoluta ed indistinta. Al fine di rendere realmente operativi i fondi sanitari integrativi e produttivo il rapporto tra pubblico e privato nel finanziamento della spesa sanitaria, non sono più differibili due scelte di fondo: la prima riguarda l'individuazione chiara delle prestazioni classificate LEA e quelle extra LEA, la seconda, contestuale alla prima, attiene a una revisione in senso restrittivo del perimetro dei LEA senza la quale si rischia, da un lato, di non dare risposta alle difficoltà della finanza pubblica, dall'altro, di non dare dimensione sufficiente agli ambiti operativi del pilastro privato.

2.6 IL FONDO WELFARE: UNA IPOTESI DI INTEGRAZIONE TRA PRESTAZIONI PENSIONISTICHE, ASSISTENZIALI E SANITARIE

Con una prospettiva di più lungo respiro, crediamo sia utile riflettere su possibili evoluzioni delle prestazioni alla base del nostro sistema di welfare.

Se si analizzano più approfonditamente sia le finalità dei pilastri privati pensionistici e sanitari (i *second pillar* basati sui fondi e i *third pillar* basati sulle assicurazioni individuali), sia le differenze e le disomogeneità esistenti nell'attuale quadro normativo, infatti, emergono alcuni elementi che suggeriscono di riflettere sulla possibilità di una conver-

genza dello strumento pensionistico, di quello assistenziale e di quello sanitario, soprattutto per quanto riguarda i fondi, che della semplificazione e della standardizzazione fanno leve importanti nell'abbattimento dei costi. Se questa strada si rivelasse praticabile, i fondi sanitari integrativi potrebbero mutuare l'assetto organizzativo dei fondi pensione o, meglio, le tre prestazioni, la pensionistica, la sanitaria e la socio-sanitaria, potrebbero far capo ad uno stesso soggetto giuridico identificabile come fondo *welfare*⁵⁰.

La normativa vigente permette già o non impedisce (a seconda dei casi) che il fondo pensione persegua finalità sanitarie tramite lo smobilizzo di una percentuale prefissata del capitale in maturazione, l'inserimento nel patrimonio del fondo di una polizza sanitaria coprente la collettività dei partecipanti da eventi in corso vita lavorativa, l'acquisto, attraverso il capitale maturato a scadenza, di una polizza *long-term care* coprente la collettività dal rischio di non autosufficienza⁵¹. Affinché non rimangano obbligatoriamente fermi al modello con assicurazione collettiva, anche per i fondi sanitari, come per i fondi pensione, la normativa secondaria di attuazione potrà prevedere il disegno di una *governance* (organi statutari, modalità di contribuzione, di gestione del patrimonio, ecc.) e, in particolare, specificare i criteri di affidamento dei contributi degli iscritti ad intermediari finanziari professionali, per la massimizzazione della loro accumulazione finalizzata al finanziamento delle prestazioni sanitarie di volta in volta richieste. È qui che sorgerebbe quella connessione diretta tra risparmio di lungo termine, mercato dei capitali e crescita, che costituisce una delle finalità del riequilibrio tra componenti pubbliche e private nel finanziamento delle prestazioni sanitarie (così come delle pensionistiche). Inoltre, non si può trascurare che sia i fondi sanitari che i fondi pensione fanno appello (i primi virtualmente, i secondi già di fatto), "contendendosi", alle stesse fonti di finanziamento: i contributi dei lavoratori dipendenti e delle imprese *sponsor*, i contributi del cittadino indipendentemente dal rapporto di lavoro dipendente, gli accantonamenti futuri del TFR smobilizzato.

Alla luce degli argomenti richiamati, potrebbe rivelarsi utile la creazione di quel soggetto giuridico, il fondo *welfare*, in grado di perseguire nel contempo le finalità pensionistiche, sanitarie e socio-sanitarie.

Su questo strumento, che potrebbe aprire prospettive interessanti sia sul piano della gestione finanziaria che sul piano della convergenza delle visioni politiche sul futuro del *welfare system* e sulla trasformatio-

⁵⁰ Si confronti F. Pammolli e N. C. Salerno (2004).

⁵¹ Si confronti D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 nella banca dati legislativa del CERP, <http://cerp.unito.it/dataandlaws/italianlaws>.

ne multi-pilastro, è utile che il dibattito si approfondisca e, soprattutto, giunga in tempi rapidi a prospettare soluzioni organiche, capaci di dare risposta nel tempo alle sfide di una società che cambia e all'impatto sulla spesa per il *welfare* derivanti dell'invecchiamento e dal progresso scientifico e tecnologico.

2.7 UNA RIFLESSIONE CONCLUSIVA SU UNA ULTERIORE EVOLUZIONE DEL SISTEMA

Questo scritto si sofferma sul lato del finanziamento, ma lo sviluppo del canale istituzionale privato (fondi e assicurazioni) potrebbe aprire prospettive molto importanti per quanto riguarda lo sviluppo di erogatori di prestazioni affidabili e di qualità, complementari o anche alternativi all'erogatore pubblico. Infatti, fondi e assicurazioni sarebbero in posizione di maggior forza, rispetto al singolo, da un duplice punto di vista: (1) avrebbero a disposizione una mole di dati e informazioni per selezionare gli erogatori migliori (si potrebbe avviare anche un loro *ranking* sulla base delle caratteristiche delle prestazioni ricevute dagli iscritti/assicurati, anche a partire dalle valutazioni rilasciate direttamente da questi ultimi); (2) costituirebbero una controparte contrattuale in grado di ottenere condizioni migliori, in termini di varietà/combinazione di prestazioni e di costi⁵².

Certamente questa ulteriore evoluzione del sistema potrebbe, contestualmente a una selezione delle *best practices* tra *providers* – realizzata anche grazie alla presenza di assicurazioni e fondi sanitari che agirebbero da selettori degli erogatori e canalizzatori della domanda –, concorrere a risolvere l'antico difficile rapporto tra sfera professionale/gestionale e sfera della politica, promuovendo la responsabilità individuale di tutti gli operatori attivi nel sistema sanitario, siano essi amministratori o operatori sanitari.

⁵² Questo ruolo di selezione dell'erogatore migliore, indirizzo della domanda e promozione di concorrenza virtuosa ha trovato già alcune realizzazioni in altri Paesi. Ovviamente, i progressi in questa direzione devono esser accompagnati dalla costruzione di una attenta cornice normativa e regolamentare per la costante verifica dei comportamenti e degli *standard*. È da valutare, tra l'altro, la possibilità di coniugare le valutazioni che il S.S.N. compie ai fini dell'accreditamento degli erogatori privati con quelle che il finanziatore privato (fondi e assicurazioni) è chiamato a compiere per individuare l'erogatore su cui indirizzare il proprio iscritto/assicurato. Su questi punti è necessario approfondire il dibattito in tempi stretti, prima che la trasformazione multipilastro entri nel vivo e, soprattutto, coordinando da subito queste scelte con le riforme riguardanti la governance del S.S.N. nel nuovo scenario federalista.

BIBLIOGRAFIA

- J. Cremer, J-M Lozachmeur, Wright S., *Protecting Equity While Improving Efficiency: Some Possibilities for Expanding The Role of Competition and Choice in Health Care Delivery*, in *The Cox Report on Financing Sustainable Health Care in Europe*, Ministère de la Santé, Luxembourg.
- T.B. Gibson, R.J. Ozminkowski, R.Z. Goetzel (2005), *The effects of prescription drug cost sharing: a review of the evidence*, in *American Journal of Managed Care*, 11, 11, pp. 730-740.
- P.V. Grootendorst (1995), *A comparison of alternative models of prescription drug utilization*, *Health Economics*, 4, 3, 183-198.
- J. Lexchin, P. Grootendorst (2004), *Effects of Prescription Drug User Fees on Drug and Health Services Use And on Health Status in Vulnerable Populations: A Systematic Review of the Evidence*, *International Journal of Health Services*, 34, 1, 101-122.
- B. Jönsson, U.G. Gerdtham (1995), *Cost sharing for Pharmaceuticals: the Swedish Reimbursement System*, *The Pharmaceutical Partners for Better Healthcare*, 1995.
- OECD (2004), *Towards high performing health systems*.
- F. Pammolli, C. Oglialoro, N. C. Salerno (2004), *Strumenti di regolazione del mercato farmaceutico: un'analisi ragionata*, Quaderno CERM n. 3-2004.
- F. Pammolli, N. C. Salerno (2004), *Fondi pensione e fondi sanitari: prove tecniche di convergenza*, Nota CERM n. 1-04.
- F. Pammolli, N. C. Salerno (2006a), *Il copay concordato tra Stato e Regioni e il principio di mutuo riconoscimento tra Regioni*, Nota CERM n. 11-2006.
- F. Pammolli, N. C. Salerno (2006b), *Spesa sanitaria, demografia, Istituzioni*, in *Un welfare anziano – Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?*, a cura di Madia M., ed. Arel – Il Mulino.
- F. Pammolli, N. C. Salerno (2008), *La sanità in Italia*, in pubblicazione per i tipi della collana Arel – Il Mulino.
- F. Pammolli et al. (2008), *Long term trends of health care expenditure, welfare system structure, public finances in EU*, mimeo.
- M.V. Pauly (1968), *The economics of moral hazard: comment*, *American Economic Review*, 58, 3, 531-537.
- R.J. Rubin, D.N. Mendelson (1996), *A Framework for Cost sharing Policy Analysis*, *Pharmacoeconomics*, 10, 2, 56-67.
- S. B. Soumerai, D. Ross-Degnan, D. D. Fortess, B. L. Walser (1997), *Determinants of change in medicaid pharmaceutical cost-sharing: does evidence affect policy?* *Millbank Quarterly*, 75,1, 11-34.
- S. Soumerai, *Il settore farmaceutico tra barriere alla concorrenza e regolazione*

sul lato del consumo, in Politiche di liberalizzazione e concorrenza in Italia. Proposte di riforma e linee di intervento settoriali, a cura di F. Pammolli, C. Cambini, A. Giannaccari.

R. Tamblyn, R. Laprise, J.A. Hanky, M. Abrahamowicz *et al.* (2001), *Adverse events associated with prescription drug cost sharing among poor and elderly persons*, Journal of the American Medical Association, 24, pp. 1-14.

Turchetti G. (1999), *Il finanziamento della sanità. Le prospettive evolutive*, in G. Amato, Cassese S., G. Turchetti, R. Varaldo (a cura di), *Il governo della sanità*, Franco Angeli, Milano.