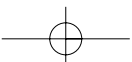
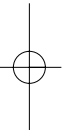
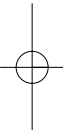


LA SANITÀ IN ITALIA
Qualità del servizio
e sostenibilità finanziaria



LA SANITÀ IN ITALIA

Qualità del servizio
e sostenibilità finanziaria

a cura di
Antonio Pedone

Prefazione di
Giampaolo Galli



Studio promosso dall'ANIA, Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici.
Le opinioni espresse nello studio sono degli Autori e non impegnano la responsabilità dell'ANIA.

ISBN: 978-88-324-

© 2008 Il Sole 24 ORE S.p.A.

Sede legale e amministrazione: via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano

Per informazioni: Servizio Clienti 02.3022.5680, 06.3022.5680

Fax 02.3022.5400 oppure 06.3022.5400

e-mail servizioclienti.libri@ilsole24ore.com

Prima edizione: settembre 2008

Tutti i diritti sono riservati.

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15 per cento di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941, n. 633. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail segreteria@aidro.org e sito *web* www.aidro.org

INDICE

Prefazione (<i>Giampaolo Galli</i>)	pag.	VII
Introduzione		
La Sanità in Italia: uno sguardo d'insieme (<i>Antonio Pedone</i>)....	»	1
PARTE I		
Una panoramica sul "sistema sanità" in Italia		
Capitolo 1 – Una breve descrizione del sistema sanitario in Italia, Francia, Germania e Olanda (<i>Carlo Savino</i>)	»	27
Capitolo 2 – L'infrastruttura sanitaria in Italia (<i>Giuseppe Turchetti</i>)	»	39
Capitolo 3 – La spesa sanitaria italiana, la sua composizione ed i confronti internazionali (<i>Vincenzo Atella e Federico Belotti</i>)	»	61
PARTE II		
Le dinamiche del deficit sanitario e della spesa regionale per la salute		
Capitolo 1 – La situazione debitoria sanitaria reale delle regioni, formazione dei deficit e loro copertura (<i>Silvia Fedeli</i>)	»	103
Capitolo 2 – Spesa sanitaria e deficit: un'analisi a livello regionale (<i>Vincenzo Atella, Lorenzo Carbonari e Felice Cinotti</i>).....	»	139
PARTE III		
Il ruolo degli intermediari privati: assicurazioni, casse e mutue		

VI LA SANITÀ IN ITALIA

Capitolo 1 – L'assicurazione nella sanità integrativa: i tipi e le forme collettive (*Aurelio Donato Candian, Paolo Magnani, Veronica Petrone e Lorenzo Venturini*)..... pag. 155

Capitolo 2 – I prodotti assicurativi per la copertura dei rischio malattia e infortuni disponibili nel mercato italiano (*Daniele Pace e Stefano Castrignanò*) » 185

PARTE IV

Possibili ambiti/modalità di integrazione pubblico/privato nel finanziamento della sanità

Capitolo 1 – Le prestazioni svolte in regime di intramoenia (*Giuseppe Turchetti*) » 225

Capitolo 2 – I livelli essenziali di assistenza, la regolazione e la riforma multipilastro (*Fabio Pammolli, Nicola C. Salerno e Giuseppe Turchetti*) » 263

Capitolo 3 – La non-autosufficienza: quale possibile contributo dal settore assicurativo? (*Giuseppe Turchetti*) » 293

PREFAZIONE

di Giampaolo Galli

In quasi tutti i paesi industriali, da vari decenni, si assiste ad un forte aumento della spesa sanitaria. Con riferimento all'aggregato dei paesi OCSE, tra il 1980 e il 2006, l'aumento è stato di oltre due punti percentuali del PIL, dal 6,6 all'8,9%. Negli ultimi anni vi è stata un'accelerazione: fra il 2000 e il 2006 l'incidenza sul PIL è aumentata di oltre un punto percentuale. Nello stesso periodo, la spesa sanitaria è cresciuta in media del 4,7% all'anno in termini reali.

I trend attuali dovrebbero continuare nei prossimi decenni: secondo una previsione dell'OCSE, entro il 2050 la spesa sanitaria pubblica, tenuto anche conto delle esigenze delle persone anziane non autosufficienti, potrebbe quasi raddoppiare rispetto ai livelli attuali.

Queste dinamiche hanno varie spiegazioni. Vi contribuisce l'invecchiamento della popolazione. Conta molto anche ciò che Arnold Kling¹ definisce "medicina premium": con l'innovazione tecnologica si ha accesso a cure sempre più efficaci, ma costose, ad alto contenuto di capitale e tecnologia. A ciò si aggiunge l'aumento considerevole del ricorso a specialisti e ad accertamenti diagnostici, volto ad escludere ogni possibile causa grave, ancorché improbabile, di sintomatologie in sé comuni o banali. I medici e le strutture assecondano questo approccio con protocolli più ampi, anche per finalità difensive.

In Italia, secondo i dati ufficiali, la spesa sanitaria pubblica, che non include l'assistenza, ha raggiunto nel 2008 il 7,0% del PIL. Era pari al 5,8 nel 2000. A questa forte crescita si sono associati profondi squilibri regionali nell'offerta di prestazioni sanitarie e nella situazione finanziaria delle singole regioni.

Appare evidente che, dal punto di vista della finanza pubblica, il problema della sanità è in Italia più grave di quello generato dalla cosiddetta "gobba pensionistica". Esso richiede una riflessione di ampiezza simile a quella avviata nel 1992 sul sistema pensionistico. Allora si

¹ Arnold Kling: *Crisis of abundance*, Cato Institute, 2006.

VIII LA SANITÀ IN ITALIA

trattava di “mettere in sicurezza” il sistema previdenziale e di minimizzare i “conflitti tra generazioni”.

Oggi occorre garantire un futuro al nostro sistema sanitario.

Gli obiettivi da perseguire sono molti e non sempre fra di loro facilmente conciliabili. Vanno eliminate le inefficienze e va contenuta la componente pubblica della spesa. Ma non va limitata l’offerta complessiva di servizi, sia perché occorre andare incontro ad esigenze crescenti della popolazione sia perché la sanità è uno dei motori dello sviluppo economico, dell’occupazione, della ricerca, degli investimenti nell’alta tecnologia. Vanno evitati gli sprechi, anche responsabilizzando i cittadini, ma non si può e non si deve mettere in discussione il carattere di universalità del servizio sanitario.

In Italia, come nella maggior parte dei paesi europei in cui la sanità è prevalentemente finanziata dal settore pubblico, il problema della crescita della spesa è stato affrontato principalmente ponendo dei tetti alle risorse disponibili, ossia in sostanza attraverso il razionamento.

Questa politica, pur per certi aspetti inevitabile, ha dei limiti e crea insoddisfazione crescente. Essa tende a manifestarsi in lunghe liste di attesa, soprattutto nella diagnostica e nelle visite specialistiche. Le persone che si aspettano di ricevere un servizio gratuito dalla struttura pubblica finiscono così per essere costrette a rivolgersi a strutture private e a finanziare una parte della spesa di “tasca propria”. Secondo studi recenti più di un milione di famiglie è costretto a spendere in un anno oltre il 40% del proprio reddito². Si tratta delle spese sanitarie cosiddette catastrofiche, che sono concentrate nel settore della disabilità e delle cure odontoiatriche.

Nel complesso, la spesa sanitaria privata si colloca attorno al 2% del PIL, un valore non anomalo rispetto alla generalità degli altri paesi europei. In Italia è però bassa la quota di questa spesa che è canalizzata attraverso forme di mutualità, siano esse assicurazioni, fondi o mutue. Ciò aiuta a comprendere perché vi sia un elevato grado di insoddisfazione tra i cittadini, nonostante che in molte comparazioni internazionali il sistema italiano occupi le prime posizioni, principalmente perché garantisce a tutti l’accesso ai servizi.

Non sono mancati negli ultimi anni interventi, anche profondi, sul sistema sanitario italiano. Riforme, diversi esperimenti nelle diverse regioni, tagli, sconfinamenti, piani di rientro, introduzione di ticket e loro eliminazione disegnano un quadro in continua evoluzione. È mancato, tuttavia, un dibattito sull’assetto complessivo del sistema.

² Si veda: M. Doglia e F. Spandonaro (2007), Distribuzione e cause dell’impoverimento e delle spese catastrofiche: le modifiche del quadro equitativo nel S.S.N., Rapporto CEIS - Sanità 2007, Università Tor Vergata.

La ricerca che qui si presenta è stata promossa dall'ANIA con l'ambizione di offrire spunti di riflessione in materia. Muove dalla convinzione che, per salvaguardare il principio universalistico su cui è fondato il nostro sistema sanitario, occorra riflettere su adeguati strumenti di controllo della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie e favorire forme di partnership pubblico-privato. In altri termini, sono necessarie delle scelte riguardo alla struttura del sistema: la ripartizione del servizio fra pubblico e privato, il grado di concorrenza che si riesce a generare nel pubblico attraverso i cosiddetti quasi-mercati, le modalità di determinazione delle tariffe, il ruolo delle assicurazioni.

* * *

Le imprese di assicurazione sono, ovviamente, interessate a contribuire alla riflessione sulla evoluzione del sistema sanitario. La scarsa diffusione delle forme di mutualità nella spesa privata emerge chiaramente dai dati sulla raccolta premi. Nei principali paesi europei il rapporto tra premi nel ramo malattia e PIL è molto superiore a quello italiano. In Germania è pari all'1,5%, in Francia allo 0,8, in Spagna allo 0,6 e nel Regno Unito allo 0,5. Da noi è pari allo 0,3%, meno di un terzo della media europea (1%).

Le imprese di assicurazione sanno però che si tratta di un mercato difficile, in quanto le decisioni regolamentari e i sistemi di incentivi, per la domanda e l'offerta di servizi, si intrecciano tra loro in modo molto spesso inefficiente. Non è un caso che il ramo malattia ha fatto registrare negli ultimi anni un risultato tecnico negativo, con disavanzi crescenti nel biennio 2006-7 nonostante un aumento dei premi per le coperture.

Secondo un'indagine Banca d'Italia riferita al 2006, solo il 6,4% delle famiglie possiede almeno una copertura sanitaria privata; la diffusione maggiore è al Nord (9,6% delle famiglie) e fra i lavoratori autonomi (15,3%). Al Sud, le famiglie assicurate sono solo lo 0,6%. Fra i lavoratori dipendenti, sono il 5,7. Secondo la stessa indagine, il premio medio per famiglia è pari a circa 890 euro annui.

È possibile che l'indagine della Banca d'Italia, che si svolge tramite un questionario rivolto ai capifamiglia, sottostimi un po' il fenomeno, ad esempio nei casi in cui la copertura è a carico del datore di lavoro e non del lavoratore. Secondo altre indagini³, sono circa 3,5 milioni gli assistiti presso circa 400 fondi e oltre 400 mila gli assistiti presso mutue e

³ Si veda: L. Bifone (2001), *I fondi sanitari integrativi*, Unisalute; G. Muraro e V. Rebba (2004), *I fondi sanitari integrativi in Italia - I risultati di una indagine empirica*, Università degli Studi di Padova.

X LA SANITÀ IN ITALIA

società di mutuo soccorso. Nel settore assicurativo sono censiti circa 900 mila assicurati con polizze collettive, che per la gran parte sono relative alla copertura di fondi e casse, e circa 1,5 milioni di assicurati con polizze individuali.

Rimane il fatto che in Italia le coperture private hanno sinora avuto uno sviluppo modesto. Le ragioni possono essere molteplici. Tre sembrano particolarmente rilevanti:

- La mutualità, quale principio portante dell'assicurazione in tutte le sue manifestazioni, è efficiente se viene utilizzata principalmente per coprire eventi acuti a bassa frequenza come ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici. Ma su tali eventi, fortunatamente, il Servizio sanitario nazionale è ancora abbastanza efficiente in gran parte delle regioni italiane e, a differenza di quanto accade in altri paesi europei, è completamente gratuito. La mutualità svolge un ruolo minore se il premio è utilizzato per coprire spese ricorrenti. In questi casi, un'assicurazione o un fondo possono essere utili come gruppi d'acquisto, per ottenere prezzi più vantaggiosi, o per definire percorsi razionali di prevenzione e cura, attraverso opportune convenzioni con strutture che erogano il servizio; ma non è certo questo il vantaggio comparato del servizio assicurativo. Secondo alcune stime, se si escludono le principali categorie di spese ricorrenti – farmaci, odontoiatria, occhiali – l'importanza delle coperture assicurative sul totale delle spese sanitarie private cresce notevolmente, sino a circa il 50%.
- Una seconda condizione per garantire efficienza alla mutualità è che venga risolto il problema della selezione avversa. Ciò avviene più facilmente quando le coperture riguardano collettività ampie e non selezionate di persone. È questo il motivo per cui è efficiente che la copertura sia offerta a tutti i dipendenti da un datore di lavoro o sia definita nei contratti nazionali di lavoro. In Italia sono relativamente poche le aziende che offrono coperture sanitarie ai dipendenti e solo di recente si è manifestato un interesse da parte dei sindacati ad affrontare la materia nella sede dei contratti collettivi di lavoro.
- Come si è detto sopra, una parte rilevante della spesa *out-of-pocket* è dovuta alla lunghezza delle liste di attesa. Si tratta dunque di esbor-si che le persone non si aspettavano di dover sostenere.

La dimensione e l'intensità del contributo che un pilastro integrativo dell'assistenza sanitaria può fornire dipende da numerosi fattori. Negli studi contenuti nel volume si sottolineano possibili aree di intervento,

tra le quali: lo sviluppo delle attività intramoenia, il ricorso a forme articolate di compartecipazione al costo, la ridefinizione e delimitazione del contenuto dei LEA, l'estensione della copertura a trattamenti oggi sostanzialmente esclusi quali le cure odontoiatriche o l'assistenza ai non autosufficienti.

In generale, ci sembrano possibili tre linee di riforma, tra loro non mutuamente esclusive, coerenti con gli obiettivi di responsabilizzare la domanda e di alleggerire le pressioni sul sistema pubblico, spostando verso il settore privato, profit e no profit, quantomeno una parte del finanziamento del servizio sanitario.

La prima linea di riforma potrebbe essere volta a sviluppare un "secondo pilastro sanitario".

Lo sviluppo del secondo pilastro sarebbe affidato principalmente alla contrattazione collettiva, alla quale sarebbe anche demandata la definizione delle prestazioni. In questa logica, è necessario garantire che la mutualità sia efficiente e che siano ridotti i rischi di selezione avversa. A tal fine è necessario trovare un equilibrio tra prestazioni integrative e sostitutive rispetto a quelle offerte dal S.S.N. e probabilmente abbandonare l'idea dei "Fondi doc" della Riforma Bindi, che avrebbero dovuto offrire soltanto prestazioni non coperte dai LEA.

Vanno in questa direzione la Finanziaria per il 2008 e il relativo decreto di attuazione – c.d. decreto Turco – sui fondi sanitari integrativi che prevedono la deducibilità dal reddito personale dei contributi pagati ai fondi fino a un tetto massimo di 3.615 euro a condizione che coprano le spese dentarie e le spese socio-assistenziali (in particolare *Long Term Care*) in un misura almeno pari al 20% dei costi totali. Il libro verde pubblicato nel luglio 2008 dal Ministero del Welfare propone di dare un forte impulso ai fondi negoziali di secondo pilastro⁴.

Un esempio in tal senso è offerto dal settore assicurativo che, nel 2007, si è dotato di un fondo bilaterale – gestito da datori di lavoro e organizzazioni sindacali –, volto ad assicurare i lavoratori contro il rischio LTC. Il contributo, pari allo 0,4% della retribuzione, è a carico dei datori di lavoro. Sono beneficiari tutti gli attuali dipendenti e i futuri pensionati del settore che in caso di non autosufficienza hanno diritto a una rendita vitalizia pari attualmente a un po' più di 1.000 euro mensili.

⁴ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: *"La vita buona nella società attiva: libro verde sul futuro del modello sociale"*, Roma, 25 luglio 2008.

XII LA SANITÀ IN ITALIA

Una seconda linea di riforma potrebbe essere volta a sviluppare un sistema di *co-payment*, consentendone la assicurabilità.

Un esempio di un paese che ha sviluppato questa linea di riforma è la Francia. In Francia, fondi e assicurazioni private hanno un ruolo rilevante essenzialmente perché una quota molta ampia dei cittadini sottoscrive una polizza con un costo relativamente basso che garantisce il rimborso del *co-payment*. Nel complesso queste coperture complementari rappresentano oltre il 10% della spesa sanitaria totale.

La struttura dei *co-payment* è differenziata in funzione delle prestazioni. I pazienti sono tenuti a pagare il 30% della spesa per le visite mediche, il 40% per le analisi, il 20% della spesa giornaliera per i ricoveri fino a 31 giorni. Sono però previste esenzioni in funzione dello stato di salute (patologia di lungo decorso o invalidanti); del tipo di trattamento (interventi chirurgici, trattamento dell'infertilità) e della categoria di pazienti (persone coinvolte in incidenti sul lavoro, donne in stato di gravidanza, bambini disabili).

È prevista, inoltre, una copertura gratuita per le famiglie con reddito al di sotto di una soglia minima e in funzione della numerosità del nucleo familiare. Tale soglia nel 2007 era pari a 7.045 euro per le famiglie composte da un solo individuo, 10.568 euro per quelle di due individui, 12.682 euro per tre individui.

Il sistema garantisce, ovviamente, una completa integrazione del finanziamento pubblico e di quello privato. D'altra parte, però, è possibile che il sistema non produca per i cittadini e per l'offerta dei servizi sanitari gli incentivi necessari per generare un contenimento della spesa sanitaria nel suo complesso.

Una terza e più radicale linea di riforma potrebbe essere volta a sviluppare un sistema di *managed competition* non solo fra strutture sanitarie, ma anche fra enti finanziatori.

Numerosi paesi, tra i quali Belgio, Svizzera, Germania, Spagna e Polonia, si stanno muovendo nella direzione di introdurre forme di *managed competition* fra enti finanziatori.

Il caso forse più interessante, e comunque più nitido ed agevole da comprendere, è quello olandese, anche perché il sistema è frutto di un preciso ed organico disegno riformatore, entrato in vigore nel gennaio del 2006 superando tutte le preesistenti eredità normative, ed è stato accuratamente descritto dal ministero del Welfare e in numerosi lavori scientifici⁵. Un sistema per molti versi simile a quello olandese lo si ri-

⁵ Le fonti ufficiali in lingua inglese sono sul sito del Ministero della Salute, del

trova in Svizzera, con caratteristiche e livelli di spesa assai diversi nei diversi cantoni. Proprio per questo motivo, il caso della Svizzera merita di essere ulteriormente approfondito nell'ottica del federalismo fiscale.

Le caratteristiche essenziali del sistema che le autorità olandesi definiscono "assicurazione sociale privata" possono essere così sintetizzate:

- Tutti i residenti sopra i diciotto anni di età sono tenuti ad acquistare presso un'assicurazione privata (profit o no profit) una polizza sanitaria che copre un pacchetto base di prestazioni definito dalla Stato.
- Le compagnie sono tenute ad offrire copertura a tutti, anche a un ferito che si presenta ad un pronto soccorso, e non possono differenziare i prezzi in base alla condizione dell'assicurato (età, stato di salute ecc.).
- Ogni assicuratore fissa liberamente la propria tariffa in concorrenza con gli altri assicuratori. Le uniche differenziazioni della tariffa possibili riguardano le province e la tipologia di pacchetti (ad esempio, con maggiore o minore libertà dell'assicurato di rivolgersi a strutture non convenzionate con l'assicuratore, senza esborsi aggiuntivi; con o senza franchigie, entro il limite di 500 euro). Nei primi due anni, il premio si è collocato mediamente attorno ai 1.050 euro. Lo Stato sovvenziona le persone a basso reddito con contributi conferiti direttamente alla compagnia scelta dall'assicurato.
- Le compagnie possono offrire coperture supplementari rispetto al pacchetto base.
- Un fondo, detto di equalizzazione del rischio, garantisce la stabilità e l'equità del sistema attraverso un sistema di compensazioni a favore delle compagnie che assumono i rischi più elevati (anziani, cronici, disabili ecc.). Il fondo è finanziato attraverso premi commisurati al reddito, compresi tra il 4 e il 7%, e riscossi dalle autorità tributarie. Il fondo riceve contributi dalla fiscalità generale esclusivamente per la copertura dei minori.
- Il sistema è calibrato in modo che circa la metà delle entrate che af-

Welfare e dello Sport (www.minvws.nl): si vedano in particolare i documenti: "Health Insurance in the Netherland" e "Risk Adjustment under the Health Insurance Act". Per valutazioni critiche della riforma, si vedano tra gli altri: Douven, R. et al., *Early experiences with the Dutch health care reform*, working paper, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (2007); Greb S. et al., *Health Insurance Reform in the Netherland*, CESifo Report 1/2007; Wynand van de Ven et al., *Universal Mandatory Health Insurance in the Netherland: a Model for the United States?*, Health Affairs, Volume 27, n. 3 (2008); de Jong, P.R. and Mosca, I., *Changes and Challenges of the New Health Care Reform in the Netherland*, Tilec Discussion Paper (2006-026).

XIV LA SANITÀ IN ITALIA

fluiscono complessivamente alle compagnie provenga dai premi corrisposti dagli assicurati.

Secondo i suoi promotori, il nuovo sistema dovrebbe garantire:

- Universalità e solidarietà, attraverso l'obbligo ad assicurare in capo alle compagnie e i contributi dello Stato legati al reddito.
- Qualità del servizio, poiché gli assicurati sono liberi di scegliere le assicurazioni e le strutture sanitarie, anche utilizzando indicatori della qualità del servizio predisposti dal ministero del Welfare.
- Efficienza, in quanto:
 - a) tanti "payors" in concorrenza tra di loro dovrebbero controllare i costi meglio di un'amministrazione pubblica;
 - b) si riducono i conflitti di interesse che caratterizzano un sistema interamente pubblico. L'idea è che la PA. non può al tempo stesso essere regolatore (per esempio fissando gli standard, le tariffe e i budget), produttore del servizio e controllore (dei requisiti per l'accreditamento dell'appropriatezza dell'attività). In un sistema siffatto, i controlli sono pro forma e viene garantita la sopravvivenza di tutte le strutture pubbliche, anche delle più inefficienti;
 - c) l'amministrazione (e la politica) è separata dalla gestione della sanità.

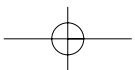
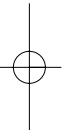
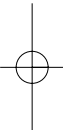
Dal punto di vista delle conseguenze della riforma sulla spesa sanitaria complessiva e sul bilancio pubblico, si sottolineano due punti:

- La maggiore efficienza del sistema e la responsabilizzazione dei cittadini, che pagano il premio assicurativo, dovrebbero portare ad un contenimento della dinamica della spesa complessiva.
- Il sistema è quasi interamente "*premium funded*", ossia finanziato attraverso le due tipologie di premi, quelli in cifra fissa corrisposti direttamente alle compagnie e quelli commisurati al reddito che transitano attraverso il fondo di equalizzazione. Le uniche componenti del sistema che non sono "*premium funded*" sono i sussidi ai redditi bassi e i contributi al fondo di equalizzazione per la copertura dei minori. Ciò significa che il sistema è chiuso e sostanzialmente non genera disequilibri nei conti della PA. In linea di principio, infatti, un eventuale aumento dei costi dei servizi sanitari non peserebbe sui conti pubblici, ma sui conti delle assicurazioni che sarebbero costrette a rispondere con gli strumenti standard di cui esse dispongono (aumento del premio, revisione delle convenzioni, *co-payment* ecc.). È evidente che qualunque aumento di costi su beni o servizi necessa-

ri e di larga diffusione, dal pane al petrolio alla sanità, non può non avere una dimensione politica. In un sistema privatizzato, cambiano però radicalmente le dinamiche politiche che impattano sul bilancio pubblico. Per esempio, l'introduzione di un *co-payment* da parte di una singola compagnia non incontrerebbe le stesse resistenze che esso incontra quando la decisione è affidata ad un'autorità politica. Cambiano anche le dinamiche politiche che portano alla definizione del pacchetto base, ciò che in Italia sono i LEA (livelli essenziali di assistenza). Oggi, ad una loro eventuale estensione si oppone quasi solo il Ministro dell'economia. Per qualunque altro attore politico istituzionale e per l'opinione pubblica, prevale l'interesse opposto, dato che l'onere è a carico del bilancio pubblico. In un sistema privatizzato, all'estensione dei LEA corrisponderebbe un aumento dei premi e l'opinione pubblica chiederebbe una valutazione attenta dei costi e dei benefici della misura.

Il caso olandese dimostra come, con un'accorta regolazione, si possa coniugare l'universalità del servizio con la concorrenza non solo, come già avviene in alcune regioni italiane, fra strutture sanitarie, ma anche fra enti finanziatori. È forse prematuro darne un giudizio e non sfuggono alcune possibili criticità. Vi è innanzitutto un possibile aumento dei costi amministrativi: il privato è certamente più efficiente nella minimizzazione dei costi, ma deve sostenere alcune spese aggiuntive, relative ad esempio alla commercializzazione del prodotto. Inoltre, l'assicurazione, a differenza dello Stato, non può ricorrere allo strumento del razionamento delle risorse, anche perché la prestazione assicurativa è un diritto contrattuale che l'assicurato può far valere in giudizio. Il razionamento non è certamente un bene, ma in taluni casi si è rivelato efficace, quantomeno in situazioni di emergenza. Va affrontato il problema di come garantire una effettiva concorrenza tra gli assicuratori, il che richiede che le regole del sistema, per quanto complesse, siano tali da non precludere la libertà di accesso ad assicuratori esteri o altri nuovi entranti. Vi è il rischio che una parte della popolazione evada l'obbligo assicurativo.

Una riforma sulle linee del modello olandese (o di quello svizzero) è forse difficilmente ipotizzabile in Italia. È però un utile punto di riferimento e potrebbe essere sperimentata in alcune regioni o per alcune tipologie di prestazioni, attraverso tappe intermedie che configurino un percorso di cambiamento possibile e dunque graduale e controllato.



INTRODUZIONE

La sanità in Italia: uno sguardo d'insieme di Antonio Pedone

1. Nel corso degli ultimi anni, nella maggior parte dei paesi industrializzati, i fenomeni connessi al processo di globalizzazione dei mercati, di invecchiamento della popolazione e di innovazione tecnologica hanno portato a una riconsiderazione dei tradizionali sistemi di *welfare* nazionali e, spesso, all'adozione di interventi di riforma, soprattutto nei settori della previdenza e della sanità. Anche in Italia si è ampiamente discusso di possibili riforme. Modifiche importanti, anche se non risolutive e spesso non pienamente coerenti, sono state introdotte soprattutto nel settore della previdenza.

Nell'affrontare le questioni della sanità, vanno tenuti presenti alcuni aspetti caratteristici della situazione italiana che possono aggravare i problemi comuni che tutti i paesi si trovano ad affrontare nel tentativo di contenere e migliorare la spesa sanitaria. Gli aspetti peculiari qui esaminati sono: l'eccezionale quota di spesa sanitaria privata "di tasca propria"; i profondi squilibri regionali nell'offerta di prestazioni sanitarie e nella situazione finanziaria delle singole regioni; la gravità degli squilibri complessivi di finanza pubblica e la difficile sostenibilità in prospettiva di un'espansione della spesa sanitaria.

Questi aspetti, data la particolare struttura istituzionale adottata in Italia nel settore della sanità, rendono più difficile risolvere il "trilemma" di fronte al quale si trova in Italia il finanziamento della spesa sanitaria nel dover conciliare i tre principi tutti costituzionalmente garantiti:

- dell'autonomia finanziaria di Regioni ed enti locali, che inevitabilmente comporta differenziazioni territoriali nella prestazione dei servizi;
- dell'uniformità nei livelli essenziali delle prestazioni, che richiede trasferimenti perequativi in presenza di differenze regionali rilevanti nelle capacità fiscali e nei fabbisogni;
- della stabilità e sostenibilità delle finanze pubbliche, secondo i criteri contenuti nella formulazione del nuovo Patto di Stabilità e Crescita europeo.

2 LA SANITÀ IN ITALIA

La presente ricerca si propone di fornire alcuni elementi di base per una discussione informata sulla situazione e le prospettive del sistema sanitario italiano e di formulare alcune proposte che consentano di preservare i principi su cui è basato, mettendolo in grado di meglio fronteggiare le conseguenze dei profondi mutamenti demografici, tecnologici e istituzionali in atto da tempo. In particolare, si intende esplorare il ruolo che le assicurazioni private possono svolgere per migliorare la tutela della salute sia incanalando e organizzando i già elevati flussi di spesa privata individuale sia accompagnando il settore pubblico nel finanziare l'espansione della spesa sanitaria che ha effetti rilevanti sul benessere dei cittadini e sulla crescita economica.

È generalmente riconosciuto che la spesa sanitaria italiana, pur non risultando molto elevata in termini di confronti internazionali, sembra ottenere risultati pari e in molti casi chiaramente migliori di quelli ottenuti da altri paesi con livelli di spesa notevolmente superiori. Ma ai buoni risultati ottenuti in termini di allungamento e miglioramento della vita media si accompagna una diffusa insoddisfazione per i servizi sanitari prestati. Tra i numerosi motivi che spiegano questa apparente contraddizione può esservi anche la quota della spesa sanitaria privata "di tasca propria", che in Italia ha un livello eccezionalmente elevato. Incanalare questi ingenti flussi di spesa privata secondo logiche di prevenzione/assicurazione può essere un obiettivo importante nell'ambito di una logica di cooperazione pubblico/privato nel settore della sanità.

Anche perché molti fattori di diversa natura spingono, sia dal lato della domanda sia dal lato dell'offerta, per un aumento delle risorse da destinare a servizi sanitari. Le proiezioni formulate in varie sedi circa il futuro andamento della spesa sanitaria pubblica indicano una forte crescita, che è già ripresa vigorosamente negli ultimi anni. Il finanziamento di questo consistente aumento della spesa sanitaria pubblica, nel rispetto dei vincoli di bilancio europei, incontra, nel caso dell'Italia, limiti specifici e piuttosto stretti.

Infatti, accanto ai problemi comuni alla maggior parte dei paesi industrializzati che si trovano a fronteggiare una situazione di crisi fiscale dello Stato sociale, nel caso italiano bisogna tener presente alcuni aspetti peculiari che caratterizzano la situazione italiana e che possono aggravare quei problemi. Tali aspetti sono: la già ricordata prevalenza, nell'ambito della spesa sanitaria privata, di quella costituita da esborsi "di tasca propria" rispetto a quella intermediata da fondi e assicurazioni; l'importanza degli squilibri territoriali nell'offerta di prestazioni sanitarie e nella disponibilità e utilizzo delle risorse; la gravità degli squilibri finanziari sia all'interno delle regioni sia a livello nazionale.

L'interazione di questi tre squilibri particolarmente rilevanti nel caso italiano può, in presenza di una forte e continua pressione dal lato della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, portare all'adozione di drastiche misure di intervento dirette a garantire la sostenibilità finanziaria del sistema. Potrebbe ripetersi, sia pur non nel breve termine ma nel medio-lungo termine, qualcosa di analogo a quanto accaduto nel caso del sistema pensionistico. Il prolungato rinvio dell'adeguamento dell'età pensionabile ai nuovi scenari demografici e dell'adozione di un modello a più pilastri ha portato a un cambiamento di regime implicante una rottura che ha penalizzato fortemente i "figli giovani" rispetto ai "padri anziani". Nel caso della sanità probabilmente si tratterebbe di un cambiamento di regime comportante una frattura che danneggerebbe in particolare i residenti in alcune regioni rispetto ad altri. Un tale esito può essere evitato, salvaguardando sostanzialmente i principi su cui è basato il nostro sistema sanitario nazionale, riconsiderando alcuni strumenti di controllo della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie e favorendo forme di collaborazione pubblico-privato.

2. La spesa sanitaria totale italiana, se confrontata a quella dei maggiori paesi industrializzati dell'area OCSE, non appare particolarmente elevata. Sia in percentuale del prodotto interno lordo sia pro-capite, la spesa sanitaria italiana si colloca a un livello vicino o solo lievemente superiore a quello di Spagna, Giappone e Regno Unito, ma notevolmente inferiore a quello di Francia e Germania e, ovviamente, degli Stati Uniti.

Pur non essendo particolarmente elevata in termini di standard internazionali comparabili, la spesa sanitaria italiana sembra ottenere risultati soddisfacenti e in molti casi chiaramente migliori di quelli ottenuti in altri paesi con livelli di spesa notevolmente superiori. Per esempio, in termini di allungamento della speranza di vita alla nascita o in termini di anni corretti per la qualità della vita (QALY). Pur con tutti i limiti che circondano la costruzione e la significatività degli indicatori utilizzati dalle agenzie internazionali per definire e misurare la qualità della vita, l'Italia mantiene una posizione molto buona nelle varie classifiche periodicamente stilate, pur non mancando carenze e squilibri evidenti.

Nonostante il riconoscimento anche internazionale dei risultati ottenuti, il grado di soddisfazione dei cittadini italiani nei confronti del S.S.N. appare particolarmente basso. Da numerose indagini emerge che un giudizio di adeguatezza viene espresso soltanto nei confronti della medicina di base, dei ricoveri ordinari e dell'assistenza farmaceutica, mentre giudizi fortemente negativi prevalgono quando si entra nella valutazione dei servizi territoriali e di quelli domiciliari integrati. Nel

4 LA SANITÀ IN ITALIA

complesso, il giudizio degli italiani nei confronti del sistema sanitario è inferiore a quello dei cittadini degli altri paesi (e superiore solo a quello di portoghesi e greci); inoltre, quasi la metà degli italiani (superati solo da greci e inglesi) ritiene che, per migliorare il sistema, occorrono cambiamenti radicali.

Questa apparente contraddizione tra i buoni risultati ottenuti in termini di allungamento e miglioramento della vita media da un lato, e la diffusa insoddisfazione per la prestazione dei servizi sanitari dall'altro, può essere spiegata in modi molto diversi. Tra le spiegazioni più frequentemente ricordate vi sono: il ruolo che le condizioni ambientali e gli stili di vita, al di là e oltre le prestazioni sanitarie, hanno sul raggiungimento dei buoni risultati; l'importanza e il rilievo particolare che nel settore sanitario assumono i singoli casi che comportano scelte o conseguenze tragiche, ancorché siano casi isolati e eccezionali; la presenza, accanto a comportamenti esemplari e a centri di eccellenza internazionale, di casi gravi di malasanita; l'interferenza politica non trasparente nella nomina di alcuni dirigenti responsabili trascurando criteri di professionalità; le difficoltà e complessità delle procedure dirette a riparare eventuali e rari errori, ma che possono influenzare in senso fortemente aggressivo o difensivo i comportamenti di pazienti e operatori del settore; la lunghezza di alcune liste di attesa e la conseguente costrizione a finanziarsi la spesa di tasca propria. Alle altre spiegazioni se ne può perciò aggiungere un'altra connessa alla composizione della spesa sanitaria complessiva e al carattere "sostitutivo" e di "tasca propria" della spesa sanitaria privata.

3. La quota di spesa sanitaria privata era pari, in Italia nel 1990, a poco più del 20% del totale, allo stesso livello circa di quella spagnola e inglese, e inferiore di tre punti a quella francese e tedesca e di ben quaranta punti a quella americana. Tra il 1990 e il 2005 è l'unica, insieme a quella spagnola, ad essersi accresciuta come quota della spesa sanitaria totale, mentre è diminuita in Francia e Germania e, in misura consistente, nel Regno Unito e anche negli Stati Uniti (Tabella 1.1).

Ma le caratteristiche che maggiormente differenziano la spesa privata italiana da quella degli altri maggiori paesi industrializzati sono due: il suo andamento apparentemente compensativo rispetto all'andamento della spesa pubblica; e l'essere costituita per la maggior parte da spesa diretta "di tasca propria" (*out-of-pocket*) e meno intermediata da forme mutualistiche o assicurative come accade in altri paesi.

Sul primo punto si può osservare che, tra il 1991 e il 1996, nel periodo cioè in cui si è concentrato lo sforzo di contenimento della spesa pubblica in vista dell'ingresso nell'Unione Monetaria Europea, la quota

di spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria corrente è diminuita di quasi dieci punti, e corrispondentemente è aumentata la quota di spesa privata. Ciò si è riflesso in una riduzione dell'incidenza della spesa pubblica sul PIL di circa un punto percentuale, parzialmente compensato da un aumento dell'incidenza della spesa sanitaria privata. Una volta esauritosi lo sforzo per l'ingresso nell'area euro, la spesa pubblica ha ripreso a crescere a tassi molto più elevati di quelli del quinquennio precedente, e, rispetto alla spesa sanitaria privata, ha visto aumentare di nuovo la sua quota sulla spesa totale e sul PIL. Questo carattere parzialmente "compensativo" della spesa sanitaria privata la fa sentire ai cittadini come imposta dal venir meno di prestazioni che dovrebbero essere assicurate dal sistema sanitario pubblico o da ritardi insopportabili nella loro erogazione. Questo secondo aspetto contribuisce a spiegare l'elevato livello e talvolta l'aumento (come quota del PIL) della spesa privata anche in presenza di un aumento della spesa pubblica insufficiente però ad assicurare una riduzione delle liste d'attesa o un miglioramento dei servizi erogati.

La sensazione di disagio è poi accentuata dal fatto che la spesa sanitaria privata è a carico diretto dei singoli cittadini e non è generalmente coperta da forme assicurative, come invece generalmente avviene nella maggior parte dei paesi. L'Italia è il paese in cui più basso è il finanziamento della spesa sanitaria con forme assicurative private, e in cui più alto è il finanziamento di tasca propria cui ci si sente costretti per le carenze del servizio pubblico.

La particolare composizione della spesa sanitaria privata italiana è confermata dalle tendenze (Tabella 1.1): tra il 1990 e il 2003 la quota di spesa di "tasca propria" italiana aumenta di oltre 10 punti percentuali, laddove è in calo per Francia, Spagna e Stati Uniti. L'opposto accade per la componente di spesa privata coperta da 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) e Stati Uniti (9,4).

Questi dati mostrano che, nonostante la quasi completa gratuità delle prestazioni del S.S.N., "solo la spesa privata è aumentata in sostituzione di quella pubblica (unico caso assieme alla Spagna in cui le due voci 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 gradazione 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 instaurare 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." (Pammolli, Salerno, Turchetti, 2008).

Incanalare questi flussi di spesa privata secondo logiche di prevenzione/assicurazione può essere un obiettivo importante nell'ambito di una logica di cooperazione pubblico-privato nel settore sanità, poiché è difficile pensare a un ridimensionamento in prospettiva di tale spesa, e probabilmente è da attendersi una sua espansione, tenuto conto delle spinte all'aumento della spesa sanitaria complessiva e delle difficoltà del bilancio pubblico a coprire da solo tale aumento in condizioni di sostenibilità finanziaria.

4. Una seconda caratteristica peculiare della situazione italiana è costituita dai profondi squilibri territoriali sia nell'infrastruttura e nell'organizzazione e erogazione di servizi sanitari, sia nel livello e composizione della spesa sanitaria e nelle misura e modalità del suo finanziamento e nel livello e persistenza dei disavanzi (e nella capacità di fronteggiarli).

La forte differenziazione dell'offerta pubblica in termini di numero e dimensione delle strutture erogatrici tra le diverse Regioni è dettagliatamente analizzata nello studio di Turchetti (2008c), nel quale si sottolinea come anche "la distribuzione degli istituti privati accreditati e non accreditati è significativamente diversa tra Regione e Regione". Anche l'offerta territoriale, tra ambulatori e laboratori e tra strutture residenziali e semiresidenziali distinti secondo la loro natura pubblica o privata, presenta rilevanti differenze tra le singole Regioni. Tali differenze, e la loro evoluzione, sono attribuibili all'influenza di fattori ambientali locali e a diversità nelle scelte organizzative e nelle capacità gestionali. Esse si riflettono nelle condizioni di accesso ai servizi da parte dei cittadini e nella loro domanda di mobilità.

Le differenze regionali nella dotazione di infrastrutture sono accompagnate, e in taluni casi accentuate, dalla distribuzione territoriale delle risorse professionali e tecnologiche impiegate, dando luogo, nel complesso, a una struttura dell'offerta sanitaria caratterizzata da una grande varietà e ricchezza, ma anche da profonde eterogeneità. Ciò, "all'in-

8 LA SANITÀ IN ITALIA

terno di un sistema non adeguatamente organizzato, induce un generale disorientamento nell'utente che si trova sostanzialmente (o troppo) da solo nella scelta dei servizi. Il cittadino non sempre è in grado di scegliere la struttura o la prestazione che meglio si adattano alle proprie esigenze, trovandosi così a correre il rischio di ricevere un numero di prestazioni superiore rispetto a quanto effettivamente necessario – generando (e spesso sostenendo in prima persona) una spesa più elevata e non appropriata – e alimentando strutture di cura non sempre efficienti, efficaci e qualitativamente adeguate. In questo scenario, un miglioramento dell'efficienza e della qualità delle prestazioni potrebbe essere indotto dall'intervento di un terzo finanziatore (fondo sanitario integrativo od operatore assicurativo)". (Turchetti 2008c).

Queste differenze regionali nelle strutture e nelle prestazioni sanitarie riflettono e si riflettono in rilevanti diversità nel livello e composizione della spesa sanitaria, nelle modalità del suo finanziamento e nella formazione dei disavanzi. Ricostruire il processo di formazione dei disavanzi sanitari da parte delle Regioni è essenziale per comprendere quale sia, e come avvenga, il contributo del disavanzo sanitario al disavanzo complessivo (indebitamento netto) delle Pubbliche Amministrazioni. Nella ricostruzione compiuta da Silvia Fedeli (2008), il quadro che emerge è "piuttosto desolante, a cominciare dalla stessa misurazione dei disavanzi regionali", per continuare coi meccanismi di finanziamento e i tentativi di controllo dei disavanzi adottati sia prima che dopo la riforma costituzionale del 2001.

5. In generale, la spesa sanitaria italiana, nonostante i progressi compiuti negli ultimi anni, anche sotto la spinta della Corte dei Conti, non presenta ancora quelle caratteristiche di trasparenza, prevedibilità, controllabilità e valutabilità richieste da un buon sistema di conti pubblici. Infatti, un sistema di bilancio pubblico funziona bene, cioè è in grado di svolgere in maniera soddisfacente le funzioni di informazione, controllo (giuridico, contabile, politico) e programmazione (economica e finanziaria) che gli vengono generalmente assegnate, quando le voci di bilancio sono:

- chiare e rese note tempestivamente secondo schemi significativi e omogenei, senza essere soggette a continue sostanziali revisioni anche a distanza di anni;
- fondate, nella fase di previsione sia di breve che di medio-lungo termine, su ipotesi e metodi di calcolo espliciti che consentono di distinguere gli andamenti tendenziali dagli effetti presumibili di interventi di policy;

- modificabili automaticamente o discrezionalmente quando tendono ad allontanarsi oltre una certa misura dai valori prefissati come obiettivo, evidenziando il loro grado di manovrabilità e controllabilità;
- classificate in modo da consentire una effettiva revisione della spesa per valutare a quali scopi sono destinate le risorse di bilancio e se tali scopi sono realizzati, e in che misura.

Le difficoltà di prevedere, controllare e valutare la spesa sanitaria sono comuni a tutti i paesi e legate alle caratteristiche peculiari sia della domanda sia dell'offerta di prestazioni sanitarie che tendono a perpetuare un profondo squilibrio tra fabbisogni percepiti e disponibilità di risorse finanziarie. Tra tali caratteristiche basterà ricordare che la domanda di prestazioni dirette a migliorare la salute e il benessere ha livelli di saturazione molto elevati, è elastica rispetto al reddito, e può essere largamente influenzata dai fornitori delle prestazioni, i quali godono di vantaggi informativi e persuasivi. Dal lato dell'offerta, si può ricordare che essa è caratterizzata da una struttura di costi crescenti per effetto sia della centralità e importanza del fattore lavoro nella prestazione dei servizi alla persona, sia del progresso scientifico e tecnologico che consente l'impiego di mezzi di indagine e di intervento spesso molto costosi ed estende la possibilità di suscitare e soddisfare nuova e maggiore domanda.

Le tensioni che ne derivano si riflettono in fabbisogni di finanziamento la cui copertura incontra crescenti difficoltà particolarmente in un sistema di ispirazione universalistica ma decentrato a livello regionale. In un tal caso, quale è quello italiano, diventa difficile soddisfare allo stesso tempo le esigenze derivanti dal rispetto dei principi dell'autonomia regionale (con le differenziazioni che ne conseguono), dell'uniformità di trattamento di tutti i cittadini per le prestazioni sanitarie essenziali, e del consolidamento nel breve termine e della sostenibilità nel medio termine delle finanze pubbliche.

6. Le esperienze di formazione e di copertura dei disavanzi sanitari testimoniano queste difficoltà. Conviene premettere che la stessa misura e attribuzione dei disavanzi sanitari sono operazioni rese complesse dalle caratteristiche delle informazioni disponibili e delle convenzioni contabili adottate nonché dalle diverse modalità di finanziamento della spesa sanitaria seguite nei vari periodi. Senza richiamare i numerosi aspetti messi in luce nell'opera di ricostruzione della formazione dei disavanzi sanitari regionali e della loro copertura (Fedeli 2008), ci si limita qui a sottolineare due punti rilevanti per le prospettive di controllo della spesa sanitaria pubblica.

10 LA SANITÀ IN ITALIA

Il primo punto riguarda la sistematica sottostima iniziale della spesa sanitaria, con la conseguente formazione di deficit regionali sommersi ripianati dal governo centrale negli esercizi successivi. Ciò fa sì che, pur trattandosi di uscite effettive, esse “non compaiono mai nel deficit, pur facendone parte integrante; al momento del ripiano, vanno a confluire nel debito pubblico della PA, senza mai essere state registrate nel bilancio e, in questo modo, di nuovo scompaiono”.

Le spiegazioni di tali comportamenti possono essere molteplici. Può esservi l'intenzione di tenere sotto pressione le Regioni per spingerle ad un uso più oculato delle risorse, ma una tale minaccia diviene credibile ed efficace solo se non si addivene, come è finora avvenuto, a un successivo completo ripiano dei disavanzi accumulati (Bordignon, Mapelli, Turati 2002). Oppure, si può consentire alla formazione di disavanzi sommersi anche rilevanti per motivi connessi a cicli elettorali, o per esercitare qualche forma di discrezionalità in sede di definizione dei tempi e delle modalità di ripiano dei debiti pregressi, o per “aggiustare” l'entità dei trasferimenti statali all'effettivo andamento della spesa sanitaria regionale che, per molte componenti, ha un andamento erratico e difficilmente prevedibile in misura esatta. Nella realtà può aver pesato anche la possibilità di abbellire i conti pubblici, finché è consentito che le spese statali per il ripiano dei debiti pregressi non incidano sull'indebitamento netto delle Pubbliche Amministrazioni (che è il parametro di riferimento per verificare il rispetto del rapporto deficit/PIL) ma soltanto sullo stock del debito pubblico, che però, con la riforma del 2005 del Patto di Stabilità e Crescita europeo, è divenuto ora un parametro di valutazione della politica di bilancio più importante che in passato.

La prosecuzione di questi comportamenti è avvenuta anche di recente quando, mutando il regime dei finanziamenti col ricorso anche ai tributi regionali, si è cercato di responsabilizzare i comportamenti di spesa delle regioni. Infatti, le profonde modifiche nei meccanismi di finanziamento introdotte nel corso degli ultimi anni, con il proposito di responsabilizzare i centri di spesa, non si sono rivelate pienamente efficaci, anche per la mancata definizione dei riflessi finanziari dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Le misure di contenimento della spesa sanitaria adottate in queste circostanze possono anzi, in alcuni casi, avere aggravato alcuni squilibri esistenti e reso difficile il perseguimento degli obiettivi di efficienza e di equità nella prestazione dei servizi sanitari.

Il secondo punto dell'analisi da sottolineare è proprio la persistenza di elevati disavanzi con una forte differenziazione tra le singole Regioni. Dai dati appare chiaro il progressivo aggravarsi della situazione fi-

nanziaria complessiva, con una forte concentrazione dei disavanzi soprattutto, ma non soltanto, in tre Regioni (Lazio, Campania e Sicilia).

I tentativi di riportare sotto controllo la dinamica della spesa sanitaria regionale accentuatasi nel corso degli ultimi due anni, fino a prevedere aumenti automatici dell'IRAP e dell'addizionale IRPEF in presenza di squilibri persistenti oltre i limiti concordati potranno avere un successo molto limitato sia per l'incompletezza del modello di finanziamento in vigore sia per la parziale efficacia delle sanzioni previste.

Nell'attuale modello di finanziamento, la determinazione dell'onere a carico dello Stato si basa sul fabbisogno finanziario del settore ricavato partendo dalla definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). A tale definizione non sembra oggi corrispondere una quantificazione precisa. A questo primo fattore di possibile scostamento tra risorse finanziarie e spesa effettiva, se ne possono aggiungere altri costituiti dal margine di errore nella previsione delle entrate regionali da IRAP e addizionale IRPEF, e dalle inefficienze specifiche "strutturali" nella gestione delle risorse da parte delle singole Regioni.

7. Le origini dei diversi squilibri finanziari regionali vanno ricercate nelle profonde differenze della composizione e dinamica delle varie voci di spesa e delle modifiche intervenute nella struttura dei finanziamenti. Le misurazioni contabili dei disavanzi regionali sono non solo incerte perché i conti sono sottoposti a rideterminazioni sostanziose ma sono anche inevitabilmente intrecciate con le loro modalità di copertura. Infatti, le differenze regionali nei disavanzi non sembrano riconducibili soltanto alle caratteristiche della popolazione o alle condizioni economiche locali. Gli squilibri tra spesa ed entrata sono riconducibili anche, o soprattutto, all'andamento della spesa sanitaria che, da oltre un decennio, è cresciuta uniformemente nelle regioni italiane riflettendo però posizioni iniziali molto diverse, a fronte di risorse finanziarie assegnate ancora largamente in base alla spesa storica (Caroppo Turati 2007, Fedeli 2008). Dalla Tabella 1.2, si può notare che gli scarti dal valore medio nazionale dell'ammontare della spesa sanitaria corrente pro-capite e del finanziamento corrente pro-capite differiscono notevolmente tra le varie aree del paese senza alcuna evidente relazione con il livello e l'andamento dei disavanzi regionali.

I tentativi di rientro dal deficit hanno portato all'adozione differenziata da parte delle singole regioni di interventi, spesso temporanei e non coordinati, diretti a tamponare alcune falle apparentemente più visibili mediante l'introduzione, e poi la modifica o il ritiro, di limiti e ticket (su prescrizioni, farmaci e pronto soccorso), introduzione di budget di spesa per i medici di base, convenzioni per la centralizzazione

12 LA SANITÀ IN ITALIA

Tabella 1.2 *Spesa corrente pro capite e finanziamento di parte corrente pro capite del S.S.N. (scarti dal valore medio nazionale)*

	1995		2005	
	<i>Spesa Corrente pro capite</i>	<i>Finanziamento pro capite</i>	<i>Spesa Corrente pro capite</i>	<i>Finanziamento pro capite</i>
PIEMONTE	-11	12	17	107
VALLE D'AOSTA	34	52	236	328
LOMBARDIA	28	28	-46	-13
P.A. BOLZANO	148	166	457	561
P.A. TRENTO	68	87	103	196
VENETO	24	43	-2	13
FRIULI V.G.	29	56	40	113
LIGURIA	119	68	214	141
E. ROMAGNA	135	79	68	96
TOSCANA	52	28	19	86
UMBRIA	23	64	0	63
MARCHE	46	25	-77	21
LAZIO	50	-15	198	-6
ABRUZZO	-80	-15	70	-11
MOLISE	-63	-39	235	48
CAMPANIA	-98	-66	-15	-155
PUGLIA	-58	-40	-187	-91
BASILICATA	-132	-68	-143	-46
CALABRIA	-119	-73	-214	-83
SICILIA	-93	-75	-62	-63
SARDEGNA	20	-38	-47	-92
Nord-Ovest	27	28	1	39
Nord-Est	73	65	53	87
Centro	48	10	88	32
Meridione	-89	-54	-85	-104
Isole	-66	-66	-58	-70
Media nazionale €	840	822	1618	1571

Fonte: Caroppo e Turati (2007), su dati Ministero della Salute

degli acquisti, aumento (quando è stato consentito) di tasse automobilistiche e addizionali a IRPEF e IRAP. La via dell'aumento dei tributi da parte delle regioni in disavanzo non sembra però né sufficiente né efficace. Sia che venga imposta in presenza di "sfondamenti" dei tetti concordati sia che venga richiesta come condizione per accedere a finanziamenti "eccezionali", l'accresciuta pressione tributaria dovrebbe in molti casi assumere livelli talmente elevati da avere effetti negativi sull'economia regionale e da suscitare fortissime resistenze politiche. Dai dati della Tabella 1.3 risulta chiaramente che, in particolare "nelle regioni dove il numero dei contribuenti risulta essere basso il deficit pro capite che deve essere riassorbito con un aumento di tassazione risulta essere molto elevato" (Atella 2008). Risulta anche, effettuando una simulazione sulla possibilità di riassorbire il deficit mediante un aumento dell'addizionale regionale all'IRPEF del 30%, che, con riferimento al 2006, la quota di deficit così eliminabile risultava in molte regioni inferiore al 20%.

Solo in presenza delle risorse addizionali stanziata a livello centrale per il 2007-2008, mentre alcune regioni possono non farvi ricorso e per altre regioni tale aumento genera risorse superiori al disavanzo previsto, vi sono ancora regioni per le quali tale consistente aumento basterebbe a coprire soltanto fino a una metà del deficit previsto, dovendo esse ricorrere a tagli di spesa per eventualmente assorbire il restante disavanzo.

D'altro canto, il contenimento della spesa non necessariamente comporta, in molte circostanze, una auspicabile e possibile razionalizzazione dei costi e un recupero di efficienza. Può anche, mancando una prospettiva di risorse certe e adeguate, portare, come è stato ricordato da più parti e come conferma l'esperienza, ad accantonare i problemi e a rinviare le soluzioni in materia di aspetti fondamentali per un miglioramento generalizzato e sostenibile del nostro sistema sanitario, quali la definizione dei LEA e del loro costo, la ristrutturazione della rete ospedaliera e gli investimenti in nuove tecnologie, lo sviluppo delle competenze professionali, e la formulazione di linee guida condivise e applicate circa l'appropriatezza delle prestazioni e lo sviluppo della prevenzione.

8. Le difficoltà incontrate dal finanziamento della spesa sanitaria e le misure per il suo contenimento adottate nel corso degli ultimi anni possono aggravare anziché ridurre alcuni squilibri esistenti rendendo più arduo il perseguimento degli obiettivi di efficienza e di equità nella prestazione dei servizi. Soprattutto se si tiene presente che le prospettive di crescita del fabbisogno sanitario e di sostenibilità del suo finanziamento divengono particolarmente preoccupanti in una prospettiva a me-

14 LA SANITÀ IN ITALIA

Tabella 1.3 Rapporto tra addizionale IRPEF e deficit pro-capite, e percentuale di deficit eliminabile con un aumento dell'addizionale IRPEF

	IRPEF			2008		Percentuale di deficit eliminabile con aumento addizionale IRPEF (30%)		
	Contribuenti effettivi (%)	Addizionale media per contribuente effettivo	Deficit per contribuente effettivo	Deficit per contribuente effettivo e IRPEF media (%)	2006	2007	2008	
Piemonte	61.6	260	30	11.69	32.8	100.0	100.0	
Valle d'Aosta	64.7	170	0	0.00	152.6	S*	S*	
Lombardia	61.7	260	128	49.23	88.6	100.0	100.0	
Trentino - Alto Adige	60.5	170	137	80.86	73.6	S*	S*	
Veneto	59.4	240	152	63.46	42.8	100.0	100.0	
Friuli-Venezia Giulia	63.1	170	66	38.92	26.3	100.0	100.0	
Liguria	61.0	170	343	201.58	40.2	100.0	100.0	
Emilia Romagna	64.8	170	181	106.71	20.2	100.0	100.0	
Toscana	59.8	160	150	93.73	38.8	100.0	100.0	
Umbria	56.7	180	187	103.97	87.9	S*	S*	
Marche	56.6	230	106	45.97	S*	S*	S*	
Lazio	53.2	190	635	334.23	10.9	54.4	50.0	
Abruzzo	49.2	150	411	274.00	15.4	83.0	77.1	
Molise	43.3	140	575	410.44	6.3	44.7	41.0	
Campania	35.5	150	698	465.57	11.5	100.0	100.0	
Puglia	42.0	210	77	36.45	S*	S*	S*	
Basilicata	41.4	140	40	28.88	S*	S*	S*	
Calabria	35.4	140	42	30.12	40.1	100.0	100.0	
Sicilia	37.4	140	310	221.58	28.7	100.0	100.0	
Sardegna	43.8	150	375	249.92	24.1	100.0	100.0	

* Il simbolo S indica che l'aumento dell'addizionale genera surplus.

Fonte: Atella (2008) su dati SOGEI e stime SANIMOD

dio-lungo termine. Le stime effettuate in varie sedi nazionali e internazionali indicano univocamente una forte crescita tendenziale della spesa per la sanità e l'assistenza ai non autosufficienti, pur fornendo indicazioni diverse circa la misura e il profilo temporale dell'aumento. Come si è ricordato, le forze che agiscono per una espansione della spesa sanitaria sono numerose e pervasive, anche se la loro influenza relativa varia nel tempo e nelle diverse circostanze locali. La stima quantitativa risente delle ipotesi di base e dei metodi utilizzati nella formulazione delle varie stime e perciò appare sempre opportuna un'analisi di sensibilità dei risultati. Senza entrare qui in dettaglio e senza cercare di fornire pesi precisi e appropriati, si può certamente affermare che tra i fattori di crescita della spesa sanitaria nel recente passato e nel prevedibile futuro sono da considerare: l'invecchiamento della popolazione, l'innovazione tecnologica, l'andamento della produttività e del costo del lavoro, l'aumento del reddito, le modalità di finanziamento e i costi amministrativi. A questi fattori di natura prevalentemente oggettiva e che possono essere definiti e misurati secondo una molteplicità di indicatori vanno aggiunti fattori di natura comportamentale, meno precisamente definibili e misurabili, da parte di tutti i soggetti operanti nel settore della sanità: dall'evoluzione (spontanea o indotta) della domanda verso forme di prestazioni dirette non solo alla cura delle malattie ma anche al perseguimento del benessere, all'orientamento delle politiche sanitarie verso la prevenzione e l'adozione di stili di vita salutari.

Le diversità nel considerare l'influenza di questi vari fattori sono molto ampie e importanti sotto l'aspetto sia dell'approfondimento analitico sia delle implicazioni di policy. Nel valutare gli effetti di questi fattori sull'andamento della spesa sanitaria si può infatti procedere estrapolando la situazione e le tendenze presenti (per esempio, in relazione all'invecchiamento della popolazione, utilizzando l'attuale struttura dei consumi sanitari per classi di età e sesso) oppure tenendo anche conto di modifiche connesse a variazioni comportamentali (legate, ad esempio, al livello e distribuzione del reddito), tecnologiche e negli orientamenti delle politiche pubbliche (in materia, per esempio, di facilitazione degli accessi e miglioramento della qualità delle prestazioni).

Per quanto riguarda l'invecchiamento della popolazione, l'Italia è tra i paesi che presentano i valori più elevati della vita media e dell'aumento e del livello degli indici di invecchiamento (rapporto tra popolazione ultrasessantacinquenne e popolazione fino a 14 anni) e di dipendenza (rapporto tra classi di età di popolazione non attiva e classi di attivi). L'indice di invecchiamento è passato da un valore inferiore al 39% nel 1960 al 59% nel 1980 fino a superare ora il 134%. Questo aumento eccezionalmente rapido dell'indice di invecchiamento evidenzia che, nel

caso italiano, esso è dovuto, oltre che a una riduzione del tasso di mortalità, soprattutto a un vero e proprio crollo del tasso di natalità.

Un'altra caratteristica della situazione italiana è costituita, anche in questo caso, dalla forte differenziazione regionale. Si può notare (Tabella 1.4) che tutte le regioni hanno avuto, tra il 1980 e il 2003, un forte aumento del valore dell'indice, ma, rispetto ad un aumento dell'indice medio italiano di circa 75 punti, si va da un aumento della regione Campania di 45 punti ad uno della regione Liguria di 128. Ancora più ampia e impressionante è la differenza tra i valori che l'indice assume attualmente: anche qui si va da un valore inferiore a 80 della Campania a un valore superiore a 241 della Liguria. In quanto l'invecchiamento influenza la spesa sanitaria, queste differenze possono indicare le diversità di fabbisogni attribuibili a questo fattore. Esse forniscono anche una indicazione della misura in cui l'influenza di questo fattore si è già manifestata e, in prospettiva, del margine di ulteriore espansione della spesa sanitaria nelle regioni dove questo fattore ha sinora manifestato meno la propria influenza.

La determinazione quantitativa degli effetti dell'invecchiamento sull'aumento della spesa sanitaria è oggetto di numerose qualificazioni e non può essere compiuta, con sufficiente attendibilità, senza prendere in considerazione anche l'influenza contemporanea degli altri fattori.

In ogni caso, le proiezioni circa il futuro andamento della spesa sanitaria formulate da tempo in varie sedi convergono nell'indicare un consistente aumento della spesa nel medio-lungo termine, pur differenziandosi nella dimensione e nel profilo temporale. Nella Tabella 1.5 sono riportate le proiezioni complessive della spesa pubblica per assistenza sanitaria e LTC formulate in sede OCSE. I dati mostrano che la spesa sanitaria pubblica totale italiana, tra il 2005 e il 2050, ha il più alto aumento tra tutti i paesi considerati, giungendo addirittura a raddoppiare in percentuale del PIL (dal 6,6 al 13,25) nel caso in cui non vi sia un effettivo contenimento dei costi. Questo eccezionale aumento è dovuto non tanto alla spesa per assistenza sanitaria in senso stretto quanto alla spesa per LTC che, partendo da un livello molto basso (superiore soltanto a quello della Spagna), tende addirittura a quintuplicarsi anche nel caso di contenimento dei costi. Un aumento più attenuato, ma pur sempre considerevole e corrispondente sostanzialmente a quello per la sola spesa sanitaria in senso stretto stimato in sede OCSE, è previsto dal governo italiano nell'aggiornamento del novembre 2007 del programma di stabilità dell'Italia (Tabella 1.6).

9. Il finanziamento di questo consistente aumento della spesa sanitaria nel rispetto dei vincoli di bilancio europei pone, nel caso dell'Italia, pro-

Tabella 1.4 Indice di invecchiamento della popolazione (M+F) (1980-2003)

	1980	1990	2000	2003	(b) - (a)	(c) - (b)	(d) - (c)	(d) - (a)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)
Piemonte	82,7	128,2	171,3	177,5	45,5	43,1	6,2	94,8
Valle d'Aosta	71,7	114,8	147,5	149,0	43,1	32,7	1,5	77,3
Lombardia	59,6	97,0	134,7	139,4	37,4	37,7	4,7	79,8
Trentino-Alto Adige	57,8	86,3	104,6	105,9	28,5	18,3	1,3	48,1
Veneto	58,4	99,2	133,8	135,7	40,8	34,6	1,9	77,3
Friuli-Venezia Giulia	93,6	154,4	188,3	185,9	60,8	33,9	-2,4	92,3
Liguria	113,2	192,3	238,2	241,6	79,1	45,9	3,4	128,4
Emilia Romagna	90,1	159,1	194,6	189,5	69,0	35,5	-5,1	99,4
Toscana	92,4	147,8	189,6	192,6	55,4	41,8	3,0	100,2
Umbria	82,3	132,0	182,0	186,4	49,7	50,0	4,4	104,1
Marche	76,9	121,4	165,6	169,7	44,5	44,2	4,1	92,8
Lazio	51,2	85,4	121,6	132,8	34,2	36,2	11,2	81,6
Abruzzo	66,0	96,4	139,3	150,6	30,4	42,9	11,3	84,6
Molise	71,0	97,4	142,7	152,0	26,4	45,3	9,3	81,0
Campania	34,5	48,1	71,6	79,8	13,6	23,5	8,2	45,3
Puglia	38,0	55,9	89,0	99,3	17,9	33,1	10,3	61,3
Basilicata	49,5	69,9	111,5	123,8	20,4	41,6	12,3	74,3
Calabria	44,2	60,6	95,6	107,1	16,4	35,0	11,5	62,9
Sicilia	47,9	64,3	90,8	102,1	16,4	26,5	11,3	54,2
Sardegna	41,7	63,4	107,6	120,8	21,7	44,2	13,2	79,1
Nord-Ovest	71,5	114,4	154,0	158,8	42,9	39,6	4,8	87,3
Nord-Est	72,9	123,4	156,5	155,9	50,5	33,1	-0,6	83,0
Nord	72,1	118,1	155,1	157,6	46,0	37,0	2,5	85,5
Centro	68,8	111,2	150,8	159,1	42,4	39,6	8,3	90,3
Meridione	40,6	57,6	87,8	97,5	17,0	30,2	9,7	56,9
Isole	46,3	64,1	94,2	106,0	17,8	30,1	11,8	59,7
Sud	42,4	59,6	89,8	100,1	17,2	30,2	10,3	57,7
ITALIA	59,0	90,0	125,8	133,8	31,0	35,8	8,0	74,8

Fonte: ISTAT

18 LA SANITÀ IN ITALIA

Tabella 1.5 Proiezioni complessive della spesa pubblica per assistenza sanitaria e LTC (in % del PIL)

	Assistenza sanitaria				LTC				Totale	
	2005 ¹		2050		2005 ¹		2050		2050	
	Senza contenimento costi	Con contenimento costi	Senza contenimento costi	Con contenimento costi	Senza contenimento costi	Con contenimento costi	Senza contenimento costi	Con contenimento costi	Senza contenimento costi	Con contenimento costi
Italia	6,0	9,7	9,7	7,9	0,6	3,5	2,8	6,6	13,2	10,7
Media OECD ²	5,7	9,6	7,7	7,7	1,1	3,3	2,4	6,7	12,8	10,1
Francia	7,0	10,6	8,7	8,7	1,1	2,8	2,0	8,1	13,4	10,8
Germania	7,8	11,4	9,6	9,6	1,0	2,9	2,2	8,8	14,3	11,8
Regno Unito	6,1	9,7	7,9	7,9	1,1	3,0	2,1	7,2	12,7	10,0
Spagna	5,5	9,6	7,8	7,8	0,2	2,6	1,9	5,6	12,1	9,6
Svezia	5,3	8,5	6,7	6,7	3,3	4,3	3,4	8,6	12,9	10,1
Giappone	6,0	10,3	8,5	8,5	0,9	3,1	2,4	6,9	13,4	10,9
Stati Uniti	6,3	9,7	7,9	7,9	0,9	2,7	1,8	7,2	12,4	9,7

Note: For a description of the scenarios see text.

¹ OECD estimates.

² Unweighted average.

Fonte: OECD, Future budget pressures arising from spending on health and long-term care, in Economic Outlook 79 (June 2006), p. 346

Tabella 1.6 Spesa pubblica per pensioni, sanità, assistenza agli anziani, istruzione e indennità di disoccupazione (2005-2050)¹

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa totale	-	25,9	46,2	45,8	45,5	45,8	46,2	46,5	46,1	45,2
di cui: Spesa age-related	26,2	25,9	25,9	26,3	26,7	27,6	28,5	29,1	29,0	28,5
Spesa pensionistica ²	14,0	14,0	13,9	14,1	14,4	15,0	15,5	15,7	15,3	14,5
di cui: Pensioni di vecchiaia e anzianità ²	13,7	13,7	13,6	13,9	14,2	14,8	15,4	15,6	15,1	14,4
di cui: Altre pensioni (invalidità e superstiti) ²	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
Spesa sanitaria ^{2,3}	6,7	6,8	7,0	7,2	7,4	7,7	8,0	8,2	8,5	8,6
Assistenza agli anziani ²	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3
Spesa per istruzione ^{2,4}	4,3	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,6	3,6	3,7	3,7
Spesa per indennità di disoccupazione ²	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Spese per interessi ²	4,6	4,7	4,1	3,0	2,1	1,2	0,4	-0,2	-0,8	-1,6
Entrate totali ²	-	-	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0
Ipotesi										
Tasso di crescita della produttività del lavoro	0,4	1,1	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Tasso di crescita del PIL reale	0,0	1,9	1,8	1,6	1,3	0,9	0,8	0,8	1,1	1,2
Tasso di partecipazione maschile (20-64)	79,2	81,7	83,1	82,9	82,9	83,2	83,7	84,1	84,6	84,4
Tasso di partecipazione femminile (20-64)	53,6	57,4	60,3	61,7	62,1	62,3	62,6	63,5	64,3	64,7
Tasso di partecipazione totale (20-64)	66,4	69,6	71,8	72,3	72,5	72,8	73,3	73,9	74,6	74,7
Tasso di disoccupazione	7,7	6,7	6,5	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4
Popolazione con 65 e oltre/totale popolazione	19,5	20,6	22,0	23,2	24,7	27,1	29,9	32,3	33,7	33,9
Indice di dipendenza degli anziani (65 e oltre/[20-64])	31,9	33,9	36,9	39,4	42,5	48,0	55,0	62,1	66,5	67,4

¹ Gli arrotondamenti alla prima cifra decimale possono determinare incongruenze fra i valori presentati in tabella.

² In percentuale del PIL.

³ Inclusiva della spesa sanitaria pubblica per assistenza agli anziani.

⁴ Non comprende la spesa per istruzione degli adulti (formazione continua).

Fonte: Ministero dell'Economia e Finanze (2007), Programma di stabilità dell'Italia, Aggiornamento novembre 2007

blemi specifici (accanto a quelli comuni agli Stati Membri dell'UME) derivanti da due caratteristiche proprie della nostra situazione di finanza pubblica. La prima è costituita dalla maggiore incidenza della spesa per interessi rispetto agli altri paesi europei: ciò significa che, a parità di saldo del bilancio pubblico e di pressione tributaria complessiva, l'ammontare di risorse disponibili per finanziare la spesa pubblica primaria, compresa quella sanitaria, è minore, e risulta più difficile "accomodare" un aumento della spesa sanitaria comprimendo altre voci di spesa.

La seconda caratteristica tipica della situazione di finanza pubblica italiana è data dal fatto di avere il più alto rapporto tra stock del debito pubblico e PIL. La continua discesa del valore di tale rapporto si è interrotta, dopo un decennio, nel 2005, per poi riprendere a decrescere lentamente nel corso degli ultimi due anni.

Una consistente riduzione del valore di tale rapporto, ancora troppo lontano da quello fissato come obiettivo del Trattato europeo, è auspicabile per numerosi motivi. In primo luogo, perché, in presenza e per effetto di un rallentamento della crescita, la discesa potrebbe, come nel 2005, interrompersi nuovamente, fornendo un pericoloso segnale della presenza di rischi di sostenibilità finanziaria. In secondo luogo, proprio la percezione di questi rischi, anche in assenza di una crescita del rapporto e in presenza di una riduzione ritenuta insufficiente, può provocare, soprattutto quando prevalga una situazione di instabilità sui mercati finanziari (come è accaduto recentemente), un ampliamento degli *spread* a danno dei titoli del debito pubblico italiano e un aumento del costo del debito, aggravando la prima caratteristica negativa della nostra finanza pubblica costituita dall'elevata incidenza della spesa per interessi.

Un ulteriore motivo per ridurre il rapporto debito/PIL, cercando di conseguire un persistente avanzo primario oltre che ricorrendo a operazioni straordinarie, è dato dal maggior rilievo che, con la riforma del Patto di stabilità e crescita del 2005, assumono, insieme alla fase congiunturale e al tasso di crescita potenziale dell'economia, le prospettive di sostenibilità delle finanze pubbliche a medio-lungo termine. Anche se gli indicatori di sostenibilità possono essere variamente formulati e interpretati, è indubbio che, in ogni caso, non possono prescindere dalla dinamica attuale e attesa del rapporto debito/PIL. I vincoli derivanti dal rispetto dei criteri riformulati nel nuovo Patto di stabilità e crescita potrebbero costituire un ostacolo alla possibilità di finanziare a carico del bilancio pubblico l'attesa espansione della spesa sanitaria, garantendo l'autonomia nella differenziazione regionale delle prestazioni sanitarie e, allo stesso tempo, un livello adeguato di prestazioni sanitarie uniformi sull'intero territorio nazionale.

Un contributo alla ricerca di soluzioni soddisfacenti per questo già ricordato “trilemma” potrebbe venire da forme di sistematica e regolata integrazione tra il sistema sanitario nazionale e l’azione coordinata di fondi integrativi, mutue e compagnie di assicurazione. Queste forme di assistenza sanitaria integrative contribuirebbero ad allentare quel trilemma favorendo, anche mediante la mobilitazione di nuove risorse, l’adeguamento quantitativo e qualitativo dell’offerta all’accresciuta e nuova domanda di servizi sanitari, rispettando i principi fondamentali del S.S.N. Tra l’altro, la costruzione di un solido secondo pilastro ridurrebbe la pressione sui conti pubblici e, in quanto utile a canalizzare in modo migliore la domanda di servizi sanitari finanziata oggi dalla spesa “di tasca propria”, consentirebbe un più efficace *pooling* del rischio e, se accompagnata da misure di incentivazione fiscale differenziate per il livello di reddito, risulterebbe meno regressiva della situazione presente.

La dimensione e l’intensità del contributo che un pilastro integrativo dell’assistenza sanitaria può fornire dipende da numerosi fattori. Negli studi contenuti in questo volume, si accenna ad alcuni di essi, sottolineando come la loro attuazione dipenda da orientamenti di politica sanitaria consapevole (dell’esistenza, gravità ed esigenze di allentare i vincoli del “trilemma”) in materie quali: lo sviluppo delle attività *intramoenia*, il ricorso a forme articolate di compartecipazione al costo, la ridefinizione e delimitazione del contenuto dei LEA, l’estensione della copertura a trattamenti oggi sostanzialmente esclusi quali le cure odontoiatriche o l’assistenza ai non autosufficienti.

Un primo punto riguarda lo sviluppo delle potenzialità di diffusione dell’*intramoenia* cercando di rimuovere alcune difficoltà che oggi la ostacolano. I vantaggi dell’*intramoenia* percepiti dai pazienti riguardano la possibilità di scelta del medico, la minore lunghezza dei tempi di attesa, la maggiore libertà nelle modalità di accesso alle prestazioni, la presenza di maggiore privacy e di strutture ricettive di migliore qualità. Se venissero rimossi o ridotti alcuni ostacoli che frenano la diffusione di tale attività, si aprirebbero interessanti potenzialità per un terzo finanziatore privato. In particolare, si potrebbero realizzare “coperture *ad hoc* per l’attività *intramoenia*, cioè polizze appositamente studiate per coprire o, meglio, compartecipare alla copertura delle spese relative alle prestazioni sanitarie erogate in regime di *intramoenia*, eventualmente adottando come unità di analisi non la singola prestazione, ma pacchetti di prestazioni o pacchetti diagnostici”.

Analoghi risultati potrebbero essere perseguiti qualora, sia per responsabilizzare gli utilizzatori sia per difficoltà di reperimento di finanziamenti a carico del bilancio pubblico, si adottassero forme di compartecipazione al costo articolate per tipologia di prestazione e graduate in

base alle caratteristiche economiche e sanitarie soggettive, come accade in molti altri sistemi sanitari europei. Si potrebbe allora pensare alla "realizzazione di coperture assicurative *ad hoc* per rimborsare le varie forme di *copayment*, cioè polizze appositamente studiate per coprire la quota di costo di alcune categorie di prestazioni sanitarie che rimane a carico del cittadino, e di fondi sanitari integrativi che rimborsano, con riferimento alle prestazioni erogate dal sistema sanitario nazionale, comprese nei LEA, la parte a carico dell'assistito". Ciò richiede particolare attenzione nel definire le condizioni e modalità di esenzione o riduzione della compartecipazione al pagamento al fine di consentire un effettivo miglioramento generalizzato nei tempi e nella quantità e qualità delle prestazioni.

Altrettanta attenzione va prestata all'esigenza di conciliare efficienza, equità e sostenibilità finanziaria qualora si intendano estendere al di là degli attuali limitatissimi livelli alcune prestazioni, soprattutto in materia di assistenza per i non autosufficienti (LTC), come sembra inevitabilmente richiedere il rapido processo di invecchiamento della popolazione prima richiamato. Al di là dei diversi possibili indicatori del grado di ridotta autosufficienza o di "dipendenza", dei tipi di assistenza che può richiedere o essere prestata (domiciliare, in case di cura, in case di riposo), dei tipi di benefici che possono essere forniti e delle diverse modalità attuative della copertura LTC, resta il fatto che, qualunque sia lo scenario adottato tra i tanti proposti e utilizzati per formulare proiezioni della spesa per LTC, la prospettiva è in ogni caso di un significativo continuo aumento più attenuato nel breve medio periodo e più accentuato nel medio lungo periodo. In assenza di un afflusso di nuove e maggiori risorse atte a fronteggiare l'aumento di spesa, è verosimile l'accentuarsi di sprequazioni nei trattamenti o di carenze qualitative. Va anche tenuto presente che, nel caso della LTC, analogamente e in maggior misura di quanto non accada per la sanità, ci si trova di fronte a una situazione caratterizzata da: una diffusa e talvolta elevata incidenza degli oneri di assistenza a carico della famiglia e dei bilanci privati; una profonda differenziazione geografica tra Regioni (e spesso tra Comuni) per quanto riguarda le prestazioni in materia; una ancora confusa ripartizione delle competenze in materia tra Stato, Regioni, Province e Comuni; una mancata definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) e delle loro modalità di finanziamento.

In queste condizioni, lo sviluppo di un secondo e terzo pilastro, al di là delle attuali dimensioni e caratteristiche, è un compito molto difficile ma necessario e urgente. Che sia necessario e urgente riteniamo risulti chiaro dalle ricerche raccolte in questo volume sulle prospettive di crescita della spesa sanitaria e sulle difficoltà del suo finanziamento a cari-

co del bilancio pubblico prima richiamate. Che sia difficile, lo dimostrano le vicende dei fondi sanitari integrativi e le caratteristiche e i limiti dei prodotti assicurativi presenti sul mercato. Senza ripercorrere le vicende dei FSI dettagliatamente descritte nel saggio di Candian, si può notare che il mancato avvio dei fondi DOC riflette, per il carattere delle limitazioni poste alla loro operatività, un'impostazione che ne limita necessariamente le possibilità di sviluppo. Analogamente, il quadro offerto da Pace circa i prodotti assicurativi disponibili mette in luce non soltanto le caratteristiche dell'offerta ma anche l'assenza di politiche dirette a incentivare la domanda.

La sensibilizzazione nei confronti dei problemi posti dall'espansione della spesa sanitaria e delle difficoltà di assicurarne il finanziamento a carico totale del bilancio pubblico, consentirà di elaborare proposte concrete e dettagliate dirette a rafforzare la presenza di un secondo e terzo pilastro utilizzando vari strumenti di intervento che consentano di canalizzare maggiori risorse verso la sanità salvaguardando, e possibilmente migliorando di fatto, l'efficienza e l'equità del sistema.

