

RAPPORTO DI RICERCA

LA SANITÀ IN ITALIA

*FEDERALISMO, REGOLAZIONE DEI MERCATI,
SOSTENIBILITÀ DELLE FINANZE PUBBLICHE*

F. PAMMOLLI* e N. C. SALERNO**

* *Università di Firenze, IMT – Alti Studi Lucca, CERM*

** *CERM*

SOMMARIO

L'analisi dei capitoli della spesa sanitaria e farmaceutica permette di porre in risalto tutti gli snodi irrisolti dell'attuale *governance* della spesa pubblica nel lento percorso di transizione federalista, soprattutto con riferimento alle prestazioni LEA le cui funzioni sono condivise tra livelli di governo o delegate dallo Stato ai sottolivelli di governo. L'analisi, infatti, trova una naturale estensione al complesso dei rapporti tra Stato, Regioni e Enti Locale e alla fiscalità federalista.

In tutti i Paesi ad economia e *welfare* sviluppati, la spesa sanitaria è, tra le voci del *welfare system*, quella che nelle prossime decadi farà registrare la crescita più intensa in termini di PIL e, soprattutto, più soggetta ad *alea* (per la presenza di fattori, lato offerta e lato domanda, il cui impatto è difficilmente quantificabile). Le più recenti proiezioni di ECOFIN, incentrate sulla dimensione demografica, descrivono per l'Italia un *range* di incremento dell'incidenza sul PIL al 2050 compreso tra 4,9 e 1,1 p.p.. L'OCSE, che dà maggior spazio ai *driver extra* demografici, riporta, invece, un intervallo di variazione compreso tra 9,4 e 1,8 p.p.. La possibilità che, senza interventi di *policy*, l'incidenza sul PIL al 2050 arrivi a più che raddoppiarsi è confermata dal differenziale positivo che storicamente i tassi di crescita della spesa hanno fatto registrare rispetto al tasso di crescita del PIL, e dalle difficoltà di programmazione che tutti i Programmi di Stabilità europei - in particolare quello italiano - stanno sperimentando (con incrementi inattesi di breve periodo di ordine di grandezza elevatissimi rispetto agli incrementi proiettati a cinquant'anni). La stabilizzazione della spesa pubblica sul PIL ai livelli correnti implica, di fronte a queste proiezioni di spesa, riduzioni significative della copertura pubblica, con conseguente implicito affidamento della domanda al finanziamento privato: per l'Italia, il *coverage* del SSN è proiettato in riduzione dall'attuale 75 per cento a poco più del 50 per cento nel 2050.

In questo quadro, è indispensabile disporre di una *governance* in grado di combinare, sulla base di scelte positive, l'obiettivo della stabilità finanziaria con quello dell'adeguatezza/equità delle prestazioni, per non subire passivamente i cambiamenti ma per condurli.

La trasformazione federalista è tutt'uno con la creazione di questa nuova *governance*, ma deve trovare un rapido completamento organico e coerente con il mantenimento della coesione sociale su scala nazionale. Sono molteplici i tasselli oggi mancanti e, attraverso la "lente" del capitolo sanitario-farmaceutico, è possibile riconoscerli:

- il coordinamento tra livelli di governo si sta impostando su un piano esclusivamente finanziario, fissando obiettivi di bilancio senza considerare le azioni di politica economica reale che li dovrebbero sostenere, e prevedendo rimedi anch'essi di natura solo finanziaria (aumento dell'imposizione locale, blocco degli stanziamenti dal bilancio dello Stato, etc.);
- in particolare, il riferimento va alle scelte in termini di regolazione per promuovere i comportamenti migliori di tutti i soggetti pubblici e privati;
- anche dopo i progressi segnati con la Finanziaria-2007, gli impegni presi dallo Stato con il Programma di Stabilità nazionale e quelli concertati con le Regioni e gli Enti Locali nel Patto di Stabilità interno appaiono ancora non sufficientemente allineati;
- nello specifico, manca del tutto una fase in cui programmi di *policy* dei sottolivelli di governo vengano discussi e approvati, per essere coerenti con i vincoli macrofinanziari definiti dallo Stato, e per alimentare manovre annuali consequenziali;
- in questa fase, latita il ruolo della Regione come secondo livello di governo politico, che dovrebbe preventivamente coordinare gli Enti Locali sottesi, presentando poi il consolidato allo Stato (mancano, primo esempio fra tutti, un bilancio e un DPEF consolidato a livello regionale);

- le Regioni dovrebbero auspicabilmente assumersi la responsabilità del saldo del bilancio consolidato regionale;
- anche gli strumenti tecnici a servizio della *governance* sono sottodimensionati, dalla qualità della contabilità essenziale per le valutazioni *ex-post* e *l'enforcing* (è significativo l'esempio delle ASL), alla disponibilità di dettagliate statistiche economico-sociali territoriali, al *benchmarking*, all'informazione ai cittadini.

Su queste basi, il Ddl interpretativo dell'articolo 119 della Costituzione - in fase di esame parlamentare - non sembra poter imprimere cambiamenti significativi. Il riferimento ai costi standard per impostare la fiscalità federalista rischia di rimanere inapplicabile, così come si sono dimostrate le standardizzazioni del Decreto Legislativo n. 56/00 (di fatto sempre sostanzialmente derogato), che per primo ha tentato (*ante* riforma della Costituzione del 2001) il disegno delle fiscalità federalista.

Sembra necessario un cambiamento di approccio: non l'indicazione di standard (costi & quantità ammissibili) cui le Regioni e gli Enti Locali devono attenersi e sui quali parametrare i flussi finanziari, ma un nuovo *modus governandi* centrato sul coordinamento delle scelte all'interno dei vincoli di bilancio, con *policy guideline* che devono poter avere anche contenuto cogente. Un sistema molto più vicino a quello che i *Partner* stanno costruendo per coordinare le finanze pubbliche in Europa che a quello del Patto interno così come attualmente impostato. Un esempio cui guardare potrebbe essere quello della Spagna che, non senza difficoltà e snodi irrisolti, ha comunque scelto una via al federalismo che tenta di coniugare autonomia e ricomposizione delle diversità nella cornice nazionale.

Per altro verso, il Ddl appare, invece, segnare una svolta, laddove, agli articoli 2 e 3, prevede: la necessità di adottare regole contabili e di bilancio di tutta la Pubblica Amministrazione standardizzate e coerenti con i criteri rilevanti ai fini del Patto UE; la necessità di una legge di coordinamento della fiscalità federalista che venga prima discussa tra Stato, Regioni e Enti Locali e poi inclusa nella legge finanziaria; il compito delle Regioni di coordinare gli Enti Locali sottesi ai fini del rispetto dei saldi programmatici; la rivalutazione del DPEF come documento di programmazione con valenza sostanziale, in cui far rientrare i programmi delle Regioni resi coerenti con i vincoli macrofinanziari nazionali. Si tratta, ora, di condurre alle logiche conseguenze questi presupposti.

Il modello *FarmaRegio*, che si presenta nella seconda parte del Rapporto, vorrebbe essere un esempio di quella strumentazione tecnica a supporto dell'interazione tra livelli di governo, sia per fare *benchmarking* e per individuare su quali correttivi sensibilizzare i *policy maker* regionali, sia per valutare l'impatto delle misure di regolazione e promuoverne le potenzialità. E se si sposa la prospettiva del rinnovo delle Istituzioni e degli strumenti, la relazione funzionale media che emerge come risultato di *FarmaRegio* potrebbe essere letta come una concretizzazione, per il LEA farmaceutico, dello standard del Ddl interpretativo del 119. I risultati del modello dimostrano:

- l'importanza delle politiche *pro* concorrenziali e della diffusione dell'informazione, di competenza dello Stato ma che certamente beneficiano della leale cooperazione delle Regioni e degli Enti Locali;
- l'importanza dello stretto coordinamento tra livelli di governo nell'applicazione degli strumenti di regolazione dei mercati (*copayment* e *reference pricing*), che altrimenti rischiano di provocare anche effetti opposti a quelli sperati (come flussi redistributivi non rispondenti ad una logica economico-sociale);
- l'opportunità di ripensare l'abbandono totale dei vincoli di destinazione delle risorse che, nella fase di avvio del federalismo in un Paese che necessita di cospicui flussi perequativi per rimanere coeso, possono rappresentare uno strumento migliore di tanti altri (commissariamento, penalizzazioni finanziarie, etc.) per combinare redistribuzione territoriale e realizzazione dei LEA.

Da ultimo, c'è un altro aspetto di estremo rilievo e che tocca la riorganizzazione federalista perché incide sul controllo strutturale della spesa sanitaria e sulla qualità della stessa, ma anche sullo sviluppo del sistema economico in generale. In tutti i Paesi ad economia e *welfare* avanzati, la spesa sanitaria privata (così come la sua componente farmaceutica) è in crescita già da un decennio e, come si è detto, le proiezioni al 2050 legano la stabilizzazione della spesa pubblica sul PIL a un più forte ruolo del finanziamento privato. All'interno di questo *trend*, l'Italia si distingue per una caratteristica strutturale: mentre altrove i pilastri privati organizzati e a capitalizzazione (fondi e assicurazioni) sono ampiamente diffusi, l'Italia appare polarizzata tra l'estremo della spesa *out of pocket* e quello dell'associazionismo laico o religioso. L'interessamento delle risorse private sta avvenendo o chiamando in causa direttamente i redditi disponibili, senza nessun "filtro" per tener conto delle condizioni economiche e sanitarie del singolo e della famiglia, oppure su una base volontaristica ed eventuale che non risponde a un disegno sistemico. È necessario riprendere le fila della normativa sui fondi sanitari, anche sfruttando le sinergie e le complementarietà con i fondi pensione. Qui si avanza la proposta di un fondo *welfare*, erogante sia prestazioni pensionistiche che sanitarie, supportato da una fiscalità di favore coerente con il principio della progressività del sistema impositivo.

15 Novembre 2007

<i>Sommario</i>	3
1. Introduzione	7
Parte I – dinamiche di spesa, vincoli macroeconomici, Istituzioni	
2. Le dinamiche della spesa sanitaria – l’Italia nel contesto internazionale	13
La spesa sanitaria tra Istituzioni, demografia, tecnologia	14
Le proiezioni di lungo termine di ECOFIN sull’impatto demografico	15
La sanità nelle proiezioni della spesa sociale italiana	19
Oltre la demografia: riferimenti per una sensitività “allargata”	20
Il difficile governo della sanità attraverso i Programmi di Stabilità UE	26
3. La governance della spesa sanitaria nella finanza pubblica federalista	29
La nascita del Servizio Sanitario Nazionale e le riforme degli anni Ottanta-Novanta	29
Il perché delle riforme sanitarie incompiute	30
L’apparente “cambio di rotta” del 56/00	31
La modifica della Costituzione nel mezzo di tanti problemi irrisolti	32
È davvero risolutivo il Ddl interpretativo dell’articolo 119 della costituzione?	33
Nuove Istituzioni e nuovi strumenti	35
Box 1 – Affinché il Patto non divida	39
Box 2 – L’importanza della base contabile: l’esempio delle ASL	40
Box 3 – Il coordinamento della politica economica nel Ddl di attuazione del 119	41
Box 4 – Tra soluzioni e criticità: un esempio dalla Spagna	42
Box 5 – Federalismo e regolazione	43
Box 6 – Top-down nella definizione dei vincoli macrofinanziari & bottom-up nel consolidamento	44

4. I pilastri privati in sanità	45
Il crescente ruolo del finanziamento privato	45
Le ragioni del <i>multipillar</i>	48
Lo <i>status quo</i> della normativa italiana e una proposta: il fondo <i>welfare</i>	50
Parte II – un esempio dalla farmaceutica	
5. Che cosa spiega la variabilità interregionale?	56
La scomposizione della crescita della spesa e il <i>driver</i> delle quantità	57
Il rispetto della programmazione	61
La spesa <i>pro-capite</i> a livello regionale	64
Il modello <i>FarmaRegio</i> del CERM: la base dati	66
Il modello <i>FarmaRegio</i> : struttura, metodologia di stima, risultati	70
6. Indicazioni per la <i>governance</i> della spesa farmaceutica	78
Il consumo degli equivalenti	78
Il costo medio per <i>ddd</i>	79
Che cosa spiega la spesa farmaceutica regionale	79
Da <i>FarmaRegio</i> agli standard di spesa e al coordinamento Stato-Regioni	85
Box 7 – Il <i>copayment</i> coordinato Stato-Regioni e il principio di “ <i>mutuo riconoscimento</i> ”	91
Box 8 – Il coordinamento Stato-Regioni sul <i>reference pricing</i>	92
7. Conclusioni e riepilogo delle indicazioni di <i>policy</i>	94
Principali riferimenti bibliografici	95