

Capitolo 5

Sanità

di Lucia Quaglino

- Il livello della spesa sanitaria, la sua evoluzione attesa nel tempo in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione e la qualità percepita del servizio evidenziano criticità che richiedono interventi strutturali.
- Le misure attuate finora vanno nella direzione di una pianificazione e di un accentramento sempre crescenti.
- La mancata separazione tra funzioni di erogazione e finanziamento e l'assenza di competizione tra strutture pubbliche e private sono fonti di conflitti di interesse a scapito dell'efficienza del servizio e ostacolano la libertà di scelta dei pazienti.
- Questo capitolo spiega come riformare il sistema in modo da introdurre libertà di scelta per i pazienti, meccanismi automatici di controllo dei costi e garanzia dell'accesso per tutti al Servizio sanitario nazionale.

1. Introduzione

Il modello di Stato sociale a cui siamo stati abituati fino a oggi è messo in seria crisi da livelli di spesa pubblica e indebitamento sempre maggiori e poco sostenibili. Soprattutto in un settore delicato e importante come quello sanitario, è più urgente che mai ridurre l'ingerenza e la pervasività della politica: una sanità

economicamente e qualitativamente sostenibile deve essere separata da una politica e da una burocrazia che tanto pesano sulla spesa totale.

Proprio per questo bisogna ripensare il sistema sanitario, in modo che gli interventi sulla spesa non siano pianificati a livello centrale con l'accetta: i tagli lineari che sono stati tentati negli ultimi anni sono misure indiscriminate che portano pochi risultati. Perciò bisogna agire su inefficienze e cattiva *governance*. L'obiettivo non è quello di far abbassare la spesa sanitaria "tout court", ma di razionalizzarla e renderla più leggera.

Fortunatamente, in Italia, raggiungere questi obiettivi non richiede uno stravolgimento del sistema sanitario, complessivamente di qualità accettabile e non eccessivamente oneroso, ma esso va comunque ripensato in un'ottica che consenta di intervenire sulle fonti di sprechi e anomalie. Queste inefficienze sono causate in primo luogo da un sistema rigido, che fa della programmazione e pianificazione il suo strumento principale, restando tuttavia incapace di adattarsi ai cambiamenti della domanda e, quindi, di rispondere alle mutate esigenze in termini di cure e salute.

Il Sistema sanitario nazionale (Ssn) è infatti riconducibile al "modello Beveridge", basato sulla garanzia dell'assistenza sanitaria da parte dello Stato, il quale non solo stabilisce i livelli delle prestazioni, ma si occupa anche di predisporre e pianificare l'offerta e, tramite una rete di strutture e organismi disposti sul territorio, erogare i servizi, finanziati prevalentemente tramite il prelievo fiscale. Ai cittadini è quindi assicurata l'assistenza sanitaria "universale", senza tuttavia poter scegliere da chi farsi curare e dove, e senza poter uscire dal sistema nel caso in cui volessero affidarsi a erogatori di cure privati (come le strutture ospedaliere private).

Anche il meccanismo di finanziamento, incentrato sulla ripartizione del Fondo sanitario nazionale (Fsn), è basato sul principio dell'accentramento e della pianificazione. Tuttavia, proprio in sede di bilancio preventivo, è diffusa la prassi di sottostimare i reali fabbisogni, po-

tendo poi far affidamento su successivi e generosi ripiani “a piè di lista” a consuntivo. Un meccanismo, quest’ultimo, assolutamente inadeguato a contenere i costi, che si riflette poi nei significativi disavanzi regionali, a cui non si riesce a rimediare neanche imponendo l’obbligo di ricorrere all’autonomia impositiva (cioè costringendo le regioni che “sforano” a coprire il “buco” attraverso maggiori imposte).

Pure per tale motivo si determina una sorta di illusione ottica, con una spesa sanitaria che appare inferiore a quella che in realtà è, ma comunque in continua crescita: il rapporto tra la spesa sanitaria e il Prodotto interno lordo è cresciuto dal 6,1% nel 1990 al 7,4% nel 2010.¹

Questi incrementi hanno portato a una maggiore pressione sui cittadini che, oltre a pagare sempre più in termini di contributi fiscali (il gettito delle addizionali regionali Irpef e dell’Irap, che finanziano la sanità, nel 2011 era pari a 38 miliardi di euro), devono aggiungere altro denaro di tasca propria: nel triennio 2009-2011 il valore dei *ticket* per visite e/o prestazioni specialistiche ambulatoriali negli ospedali pubblici pagati dai pazienti è aumentato dell’11,3%, mentre quello dei *ticket* farmaceutici del 55,1%.

Nonostante gli importi pagati, la qualità percepita dei servizi è tuttavia bassa e disomogenea tra regioni, come dimostrano l’incidenza della spesa sanitaria privata (“out of pocket”) delle famiglie² e la mobilità sanitaria interregionale, i cui saldi negativi nel 2011 erano concentrati nel Sud, soprattutto in Campania (-285,3 mln di euro), Calabria (-230,2 mln di euro) e Sicilia (-200,9 mln di euro). Questo significa che i pazienti meridionali che vanno a farsi curare fuori regione, ritenendo inaffidabili le strutture a loro più vicine, determinano trasferimenti interregionali dell’entità indicata. Entrambi questi fenomeni mostrano come i cittadini si trovino spesso a dover contribuire due

1. Fonte: Oecd Health Data.

2. Pari al 17,8%, inferiore alla media dell’area euro (20,7%), ma molto lontana dai primi posti di Olanda (rispettivamente 5,5% e 7,3%) o Germania, il cui sistema sanitario è molto simile a quello italiano (Fonte: Oecd, *Health at a Glance 2012*).

volte al finanziamento della sanità, sia tramite il prelievo fiscale che attraverso le spese private, sebbene poi non usufruiscano di tale servizio, vuoi perché fanno ricorso alle cure private, vuoi perché preferiscono farsi curare in altre regioni.

Da parte loro le regioni che non rispettano i vincoli di bilancio e sono sottoposte a piano di rientro preferiscono aumentare le aliquote Irap e Irpef (il 77% delle misure anti-deficit è rappresentato dall'incremento fiscale), piuttosto che intervenire per ridurre o razionalizzare le spese.³ Eppure proprio la consapevolezza di poter attingere allo strumento fiscale disincentiva le regioni a tener sotto controllo i costi ed è pertanto fonte di sprechi, scaricati sui cittadini attraverso l'erogazione di cure peggiori e tramite un crescente prelievo fiscale.

È ormai sempre più evidente che lo scarso controllo dei costi e l'insoddisfacente *performance* del servizio sono due fenomeni collegati e derivano dal fatto che quello italiano è sostanzialmente un sistema auto-referenziale: i cittadini possono mostrare la loro insoddisfazione per i servizi offerti, acquistandoli dal privato o andando a farsi curare altrove; dal lato dell'offerta, gli operatori possono impegnarsi a definire prestazioni e cure di qualità migliori nel rispetto dei vincoli di bilancio, ma cosa accade se le esigenze della domanda mutano e se gli impegni non vengono rispettati? Molto poco: una gestione centralizzata e pianificata non è sufficientemente flessibile per adattarsi alle mutate condizioni del contesto demografico, istituzionale e tecnologico. Per giunta se, a causa dei cambiamenti intercorsi e dell'incapacità di rispettare gli impegni presi, gli obiettivi pianificati non vengono raggiunti, non accade nulla: mancano infatti i meccanismi di sanzione, automatici in un contesto di mercato concorrenziale, che portino al fallimento degli erogatori inadeguati o li incentivino a migliorare i loro standard e a rivedere le procedure. Di conseguenza l'offerta nel suo complesso tende a peggiorare. Da parte loro, i pazien-

3. Corte dei conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni. Esercizi 2010-2011*, Deliberazione n. 14/SEZAUT/2012/FRG.

ti poco possono fare per determinare esiti migliori: con scarsa libertà di scelta, devono accontentarsi di quanto viene loro offerto, senza potersi sottrarre al pagamento di cure di cui non beneficiano o da cui non sono soddisfatti e, quindi, senza poter sottrarre risorse a chi non soddisfa i loro bisogni. La domanda viene così privata del proprio potere selettivo e, quindi, punitivo, perché non ha la libertà di eludere il sistema a favore di attori diversi (inclusi i privati).

È pur vero che oggi già esiste un privato di buona qualità: il rispetto dei principi aziendalistici e una gestione manageriale orientata al profitto hanno limitato, tra il 2006 e il 2010, l'incremento della spesa ospedaliera privata accreditata, pari allo 0,4%, rispetto al 4,7% di quella pubblica. Si tratta però ancora di un privato soprattutto formale, in quanto è comunque subordinato all'egemonia dello Stato e, inevitabilmente, dipendente dall'apparato pubblico, in una forma più di supporto e complementarietà che di effettiva competizione. L'auto-referenzialità del pubblico continua così a non avere un contraddittorio.

Le riforme degli anni passati non sono state in grado di fermare l'aumento della spesa pubblica né di limitare quella privata delle famiglie, per cui continua a esserci un disallineamento tra i pagamenti effettuati e i benefici ricevuti in termini di cure, oltre a significative differenze qualitative regionali. I tentativi di intervento attuati o in discussione, poi, sembrano spingere verso una pianificazione sempre più massiccia e un accentramento ancora maggiore, come dimostra il caso dei posti letto: l'ultimo regolamento sui nuovi standard ospedalieri previsto dalla *spending review* stabilisce per ogni ospedale uno standard di 3,7 posti letto per 1.000 abitanti e un tasso di ospedalizzazione di 160 per 1.000 abitanti. Per raggiungere tali obiettivi si dovrebbe tener conto della mobilità attiva e passiva, così che, almeno al principio, i tagli saranno relativamente inferiori nelle regioni che attirano più pazienti, trascurando o ignorando il fatto che la qualità delle cure non è omogenea sul territorio nazio-

nale, come prova il fenomeno stesso della mobilità inter-regionale. Di conseguenza, i pazienti non saranno liberi di andare a farsi curare dove ritengono che i servizi siano migliori, ma solo dove ci sarà un posto letto disponibile. I posti letto non si troveranno dove, grazie a un'offerta di qualità, la domanda è migliore, ma dove è stato scelto e predefinito a livello centrale. Questa impostazione evidenzia un ulteriore allontanamento dai meccanismi di mercato, dove l'offerta cerca di intercettare la domanda, ma piuttosto è l'offerta a creare la domanda, che non ha quindi altra scelta che quella che le viene imposta. Così facendo continueranno ad arrivare risorse anche a chi offre cattive prestazioni, che potrà quindi seguitare a farlo causando uno scadimento della qualità del servizio.

A questo punto, è lecito mettere in discussione che si possa ancora parlare dell'universalità del servizio, piuttosto che dell'obbligatorietà dello stesso. Anche i pazienti, più che veri fruitori del servizio, sembrano essere considerati e trattati solo come contribuenti senza, tra l'altro, aver la possibilità di ricevere prestazioni aggiuntive o, almeno, capaci di rispondere alle loro esigenze. La sanità italiana e, con essa, la tutela del diritto alla salute, andrebbero quindi ripensate in un'ottica tale per cui sia possibile ridurre la pervasività pubblica in favore di un maggior coordinamento con il privato: il pluralismo può essere funzionale, oltre che necessario, all'universalità del servizio. A tal fine, la pianificazione va sostituita con una razionalizzazione, in modo che al sistema sia assicurata quella flessibilità che consente di adeguare i tempi di evoluzione dell'offerta sanitaria ai mutamenti tecnologici e strutturali e alle esigenze della popolazione, e non siano più rallentati dall'azione e dalle priorità della burocrazia.

Se le riforme passate sono state inefficaci, quelle future non devono ripetere gli errori già osservati, non devono essere astratte ma basarsi sull'analisi dell'esistente e, partendo dalla volontà di intervenire sulle sue inefficienze, cercare soluzioni che lo rendano meno rigido e autoreferenziale. Bisogna che siano, in altre parole, contraddistin-

te da una caratteristica di applicabilità che, in quanto tale, richiede interventi poco numerosi, non eccessivamente stravolgenti rispetto al presente, ma necessari.⁴

Nel prossimo paragrafo si analizzano quindi l'andamento del livello di spesa nel tempo e la qualità del servizio, in modo da capire quali siano le principali criticità su cui intervenire. Si introduce così un modello alternativo di organizzazione sanitaria (il cosiddetto "sistema misto") che può aiutare a raggiungere gli obiettivi di efficienza, efficacia e qualità: un esempio di tale modello è rappresentato in Italia dal caso lombardo, che si contraddistingue infatti per un buon livello del servizio a costi contenuti. A oggi, la presenza dei privati è già rilevante (come si vedrà nel quarto paragrafo), ma ancora insufficiente. Per ottenere *performance* migliori, occorre tra l'altro garantire la piena possibilità di escludere le famiglie ad alto reddito da alcune forme di assistenza e mettere il paziente al centro del sistema. È inoltre necessario dividere le funzioni di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie da quelle di controllo, e garantire la parità di trattamento tra strutture pubbliche e private ricorrendo alla remunerazione tramite corrispettivi predefiniti e uguali per tutti. Una riforma siffatta non può essere pienamente efficace se non si impone pure la massima trasparenza nella gestione delle risorse finanziarie, a partire dalla redazione di bilanci confrontabili con quelli delle società private e dalla loro pronta accessibilità a tutti. Se incapaci di soddisfare il proprio vincolo di bilancio, le strutture sanitarie devono essere lasciate fallire. Il raggiungimento di questi obiettivi potrebbe essere facilitato da una più ampia digitalizzazione della sanità.

2. La sostenibilità del Ssn: livello di spesa e qualità del servizio

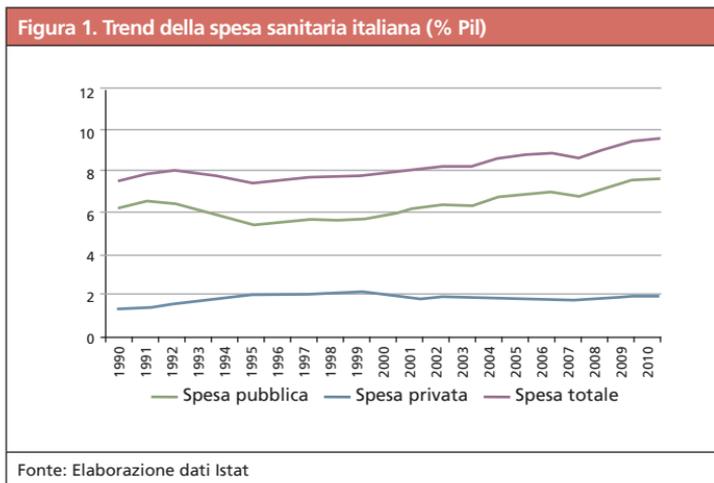
L'Italia si contraddistingue per un livello di spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil pari al 7,4%, circa un pun-

4. Giuliano Cazzola, *La sanità liberata. Il "Mercato possibile" per la tutela della salute*, Bologna, il Mulino, 1997; Ermeneia, *Ospedali & Salute. Decimo rapporto annuale 2012*, Milano, Franco Angeli, 2013.

to percentuale superiore alla media dell'Europa a 27 e ai paesi Ocse (6,5%) e abbastanza in linea con la media dell'area Euro (6,9%).⁵

Tuttavia, nel tempo, sia la spesa sanitaria pubblica che quella totale (che include le spese "out of pocket" a carico dei pazienti) sono costantemente cresciute, a eccezione del periodo 1990-1995 per rispettare le condizioni necessarie ad assicurarsi l'ingresso nell'euro. L'incidenza della spesa sanitaria pubblica negli ultimi anni è legata all'andamento dell'economia che, con un Pil stagnante prima e in calo poi, ha determinato una riduzione del denominatore del rapporto.

La spesa privata ha invece registrato un andamento "diverso", in qualche misura quasi opposto, che sembra suggerire come l'equilibrio dei conti necessario a rispettare i vincoli europei sia stato raggiunto trasferendo l'impegno di sostenere gli oneri dal pubblico al privato, ossia facendo leva sui redditi dei cittadini⁶ (per esempio, tramite l'introduzione dei *ticket*).



5. Oecd, *Health at a Glance. Europe 2012*, Oecd Publishing, 2012, <http://bit.ly/QM4t7V>.

6. Fabio Pammolli - Nicola C. Salerno, "Spesa sanitaria, demografia, istituzioni", in Marianna Madia (a cura di), *Un welfare anziano. Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?*, Bologna, il Mulino, 2007, <http://bit.ly/XprYm8>.

Il trend in aumento è però stato contraddistinto da tassi di crescita annuali in calo già dal 2006; il disavanzo complessivo nel 2010 è stato pari a 2,3 miliardi di euro circa (39 euro pro capite), inferiore di circa 1 miliardo rispetto all'anno precedente.⁷

Nonostante questo andamento, sono comunque evidenziabili alcuni problemi:

- Relativamente all'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa pubblica totale, nel decennio 2000-2010 la spesa sanitaria ha rappresentato la seconda voce di spesa della spesa pubblica italiana sul Pil (pari al 4,5%).⁸
- Numerosi studi prevedono per il futuro un trend in aumento della spesa. Tra questi, un'analisi del Cerm⁹ stima, nel periodo 2011-2030, incrementi tra il 47% e il 75%: in tal caso, il mantenimento e il rispetto di un fabbisogno efficiente o standard richiederebbe un aumento del Fondo sanitario nazionale rispettivamente di 50 e 80 miliardi di euro, passando dagli attuali 106 miliardi circa a 156 miliardi nella prima ipotesi e a 186 nella seconda.¹⁰ Ovviamente si è ben consapevoli che, nel proiettare nel tempo la spesa sanitaria, entrano in gioco numerose variabili incerte sul piano normativo-istituzionale, demografico e tecnologico, per cui tali previsioni non vanno considerate come misure puntuali, ma bisogna interpretarle come indicazioni di tendenza di una spesa crescente, che richiede di trovare

7. Fondazione Farmafactoring, "Il Sistema Sanitario in controluce. Rapporto 2012: sostenibilità economica e qualità dell'assistenza", ricerca curata dalla Fondazione Cergas-Bocconi, 2012, <http://bit.ly/WWk8hZ>.

8. Dati Cofog Eurostat.

9. Fabio Pammolli - Nicola C. Salerno (2011), "Le proiezioni della spesa sanitaria Ssn. SaniMod 2011-2030", Cerm, *Working paper*, n. 3, 2011, <http://bit.ly/10L2lbQ>.

10. Simili trend di crescita sono confermati dalle analisi del Ministero dell'economia e delle finanze e del Gruppo di lavoro sull'invecchiamento (Ageing Working Group) dell'Economic Policy Committee (Ministero dell'economia e delle finanze, "Programma di Stabilità dell'Italia. Aggiornamento 2005", Roma, 2005; Ageing Working Group, "Age-related Public Expenditure Projections for the EU25 Member States up to 2050", Brussels, 2006).

nuove risorse per finanziare il sistema, se non si interviene razionalizzando la spesa.¹¹

- Il Rapporto 2012 della Fondazione Farmafactoring¹² evidenzia che nell'ultimo decennio la spesa relativa ai soli servizi sanitari (accertamenti diagnostici, visite specialistiche, farmaci e ricoveri ospedalieri) è rimasta stabile (in termini correnti), mentre quella complessiva (che include anche la spesa per il funzionamento del sistema sanitario e i costi amministrativi) è costantemente aumentata, per cui in soli sei anni la differenza tra le due voci di costo è quasi raddoppiata, passando dai 350 euro pro capite per anno nel 2004 ai circa 650 euro nel 2010.
- Ci sono forti scostamenti di spesa tra regioni: in particolare, nel Sud (fa eccezione la Calabria) si concentrano i maggiori disavanzi (il 69% dei quali prodotti solo in Lazio, Campania e Sicilia). Tuttavia, dove si spende di più non si investe nella qualità del servizio: studi mostrano infatti che dove i costi sono tenuti meno sotto controllo, i servizi e le prestazioni erogati sono di qualità inferiore.¹³
- Alcune inefficienze del pubblico sono scaricate sul privato: ad esempio, al crescere del disavanzo di gestione aumenta il ritardo dei pagamenti,¹⁴ negli ultimi 20 anni stabili tra i 9 e gli 11 mesi, in violazione della direttiva comunitaria che fissa i termini a 30 giorni. Inoltre, per legge, vengono fissati tetti

11. Stefania Gabriele - Michele Raitano, "Invecchiamento, salute, spesa sanitaria e di cura in Italia", *Studi e Note di Economia*, a. XIV, n. 3, 2009, pp. 541-569, <http://bit.ly/UEr6ba>.

12. Fondazione Farmafactoring, "Il Sistema Sanitario in controllo. Rapporto 2012".

13. Corte dei conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni. Esercizi 2010-2011*; Fabio Pammolli - Nicola C. Salerno, "La sostenibilità dei sistemi sanitari regionali. SaniMod-Reg 2012-2030", Cerm, *Working Paper*, n. 1, 2012, <http://bit.ly/TOWOrz>; Maurizio Lozzi, "L'assistenza ospedaliera in Italia", Banca d'Italia, *Questioni di economia e finanza*, n. 28, 2008, <http://bit.ly/XV4x8r>.

14. Nerina Dirindin - Massimiliano Piacenza - Giuseppe Sorrenti - Gilberto Turati, "I tempi di pagamento delle aziende sanitarie: alla ricerca di spiegazioni", *paper* presentato in occasione della conferenza "Economia informale, evasione fiscale e corruzione" organizzata dalla Società italiana di economia pubblica, Pavia 24-25 settembre 2012, <http://bit.ly/VP9gn1>.

alla spesa farmaceutica che tuttavia sono sistematicamente sforati.¹⁵ nonostante ciò, l'industria farmaceutica è costretta a rifornire ospedali e farmacie di medicinali senza poter recuperare i costi delle spese sostenute. Si tratta di una disparità di trattamento tra pubblico e privato, dove il primo non rispetta patti e condizioni da esso stesso fissati in precedenza.¹⁶

- I pazienti non sono soddisfatti della qualità del servizio: sebbene secondo l'Organizzazione mondiale della sanità¹⁷ le *performance* complessive del sistema sanitario in Italia sarebbero seconde solo a quelle della Francia, non si può dire lo stesso per quanto riguarda la qualità percepita dai pazienti, che sono i veri fruitori delle cure. Sia l'Euro Health Consumer Index,¹⁸ che la Commissione europea¹⁹ e il Censis, evidenziano come i pazienti siano sempre meno soddisfatti del livello qualitativo del servizio e della

15. La legge italiana, infatti, definisce un tetto alla quota della spesa farmaceutica sul totale di quella sanitaria che viene però sistematicamente sforato. La spesa farmaceutica è divisa in spesa farmaceutica territoriale e spesa ospedaliera: il tetto della prima, che nel 2011 è stato rispettato, è pari a 13,3% (circa 800 milioni di euro), mentre quello della seconda, 2,4%, è stato ampiamente superato, avendo raggiunto il 3,56%. Complessivamente, il tetto alla spesa farmaceutica totale, 15,7%, viene così superato di 1,1 miliardi di euro (con un'incidenza effettiva sul Fondo sanitario nazionale del 16,74%). Cortei dei conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni. Esercizi 2010-2011*.

16. Nicola Rossi (a cura di), *Sudditi. Un programma per i prossimi 50 anni*, Torino, Ibl Libri, 2012.

17. World Health Organization, "The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance", Geneva, 2000, <http://bit.ly/THcSf>.

18. Questo Indice, pubblicato da ormai sette anni dal *think tank* svedese Health Consumer Powerhouse (HCP), esprime l'opinione di pazienti sulle *performance* dei diversi sistemi sanitari europei. Nell'ultima edizione del 2012 si analizzano 34 sistemi sanitari nazionali europei attraverso 42 diversi indicatori, riuniti a loro volta in cinque aree chiave per l'utente di servizi sanitari: informazione e diritti dei pazienti, tempi di attesa per i trattamenti, risultati, prevenzione/gamma e ambito dei servizi forniti e farmaci. Quest'anno al nostro paese è stato assegnato un punteggio pari a 623/1.000 punti, lontano dal primo posto dei Paesi Bassi con 872 punti. Rispetto al 2009, l'Italia è retrocessa dalla posizione 15 alla 21 (ossia ai livelli di Grecia e Cipro). Health Consumer Powerhouse, "Euro Health Consumer Index 2012. Report", 2012, <http://bit.ly/K1baDL>.

19. Nei 27 Stati dell'Unione europea è stato condotto un sondaggio avente l'obiettivo di verificare la percezione dei cittadini europei sulla sicurezza del paziente e sulla qualità della sanità nel loro paese e oltreconfine (European Commission, "Patient Safety and Quality Healthcare. Full Report", *Special Eurobarometer*, n. 327, 2010, <http://bit.ly/967PRz>).

sua organizzazione, oltre a ritenere di non ricevere un servizio di buona qualità, mentre quello degli altri paesi sarebbe migliore. Infine, secondo i cittadini non ci sarebbe una corrispondenza tra le spese sostenute e il servizio ricevuto, soprattutto a causa degli sprechi e di una gestione poco imprenditoriale e molto politicizzata.²⁰

Sebbene, quindi, il livello della spesa sanitaria sia relativamente basso e il Ssn abbia un buon piazzamento in alcune classifiche internazionali, permangono delle inefficienze di gestione che causano una cattiva allocazione delle risorse tale per cui non è assicurata una buona qualità del servizio offerto.

Quello italiano, peraltro, è un problema comune a molti paesi industrializzati, che incorporano nei propri sistemi sanitari inefficienze a causa delle quali offrono un servizio inferiore a quello che potrebbero garantire se utilizzassero meglio le risorse a disposizione.²¹ Uno studio dell'Ocse ha rilevato che, riducendo della metà le inefficienze, l'aspettativa di vita alla nascita nei paesi Ocse potrebbe crescere di almeno un anno, in media, grazie a una sanità migliore. Per l'Italia, in particolare, lo studio suggerisce una serie di correttivi all'attuale sistema, tra i quali una maggiore trasparenza (inclusa la pubblicazione di informazioni sui costi e la *performance* delle varie strutture e la revisione dei sistemi di pagamento per renderli meno opachi e più coerenti col criterio del merito) e una migliore divisione dei compiti, anche a livello istituzionale, tra i diversi *stakeholder*. In questo senso, come si vedrà, è cruciale operare una distinzione più netta tra erogatori (strutture pubbliche o

20. Lo studio è stato condotto su un campione nazionale di 1.200 cittadini suddiviso tra Regioni in piano di rientro (Rpr) e Altre regioni. Nelle Rpr si denuncia una più diffusa percezione di peggioramento della sanità pubblica, una crescente preferenza per la sanità privata e un maggior incremento percepito della spesa sanitaria privata, oltre al desiderio di farsi curare altrove (Fondazione Farmaceutica, "Il Sistema Sanitario in controluce. Rapporto 2012").

21. David Coady - Benedict Clements - Sanjeev Gupta, "The Economics of Public Health Care Reforms in Advanced and Emerging Economies", International Monetary Fund, Washington, D.C., 2012.

private) e finanziatori (regioni o compagnie di assicurazione) del servizio.²²

È pertanto opportuno incentivare la competizione per garantire una migliore efficienza del servizio e suddividere le funzioni di erogazione, produzione e fornitura del servizio, in modo da evitare quei conflitti di interesse che causano un inefficiente uso del capitale finanziario e umano a scapito dell'interesse pubblico. Simili principi sono quelli che ispirano e caratterizzano i sistemi misti, di cui la Lombardia rappresenta un esempio di successo.

Nei prossimi paragrafi sarà descritto come questi modelli funzionano e quali sono le caratteristiche grazie alle quali sono assicurati risultati migliori e a cui è auspicabile ispirarsi.

3. Il modello di riferimento: i sistemi misti e l'esempio lombardo

3.1 I sistemi misti e il modello tedesco

Con l'articolo 32 della Costituzione italiana, che tutela la salute come «fondamentale diritto dell'individuo» e «garantisce cure gratuite agli indigenti», nel nostro paese è assicurata a tutti la possibilità di curarsi: ciò non implica necessariamente che il servizio debba essere fornito tramite un monopolio pubblico, più schiavo della burocrazia che servitore fedele del diritto alla salute.

Per ridurre gli spazi della politica in favore di una miglior garanzia del diritto alla salute, il modello a cui tendere è quello dei sistemi misti, ossia ispirati sia ai modelli classici di *welfare state* (Beveridge) che a quelli cosiddetti di assicurazione sociale (Bismarck), dove il pubblico gioca un ruolo rilevante nel garantire la copertura universale, ma la fornitura del servizio può essere affidata anche ad attori privati. Il servizio viene dunque finanziato in parte dai contributi sociali, tipici dei sistemi ad assicurazione obbligatoria, in parte tramite il prelievo

22. Isabelle Joumard - Christophe André - Chamtal Nicq, "Health Care Systems: Efficiency and Institutions", Oecd Economics Department, *Working Papers*, n. 769, 2010, <http://bit.ly/XVbbTP>.

fiscale, come avviene nei modelli di Stato sociale.

Quest'impostazione è la stessa su cui si basa il modello tedesco: la copertura dell'assicurazione sanitaria pubblica organizzata sulle casse mutue resta predominante e obbligatoria per coloro che hanno un reddito inferiore a una certa soglia, ma è comunque lasciato uno spazio alle assicurazioni private con cassa malattia che acquistano dagli erogatori servizi e prestazioni sanitarie per i propri iscritti. Si assicura così una forma complementare all'assicurazione obbligatoria e nello stesso tempo lo Stato può coprire la porzione di popolazione che altrimenti non potrebbe dotarsi di un'assicurazione.

È quindi evidente che sono ben distinte le funzioni di regolazione da quelle di erogazione del servizio: in Germania, infatti, la prima è di competenza dello Stato, che definisce il sistema di regole entro cui mutue e associazioni di medici possono operare, garantendo così ai cittadini la presenza di attrezzature sanitarie necessarie alla degenza. Sono poi i Länder responsabili di definire l'offerta ospedaliera all'interno di un piano ospedaliero regionale, assumendo competenze in merito alla programmazione infrastrutturale, tecnologica e finanziaria.

L'assistenza ospedaliera è nettamente divisa da quella ambulatoriale, gestita da associazioni di medici di base e specialisti con presidio privato (che in genere non possono operare negli ospedali), con una funzione centrale di indirizzamento verso gli ospedali.

Il sistema, in virtù di una legge del 1972, è finanziato da un mix di fonti private (le polizze assicurative) e pubbliche, costituite per la maggior parte dal sistema assicurativo sanitario e socio-assistenziale, dal gettito fiscale e dai contributi sociali, obbligatori per i cittadini che dispongono di un reddito inferiore a una certa soglia, e facoltativi per gli altri. L'aliquota è variabile in relazione al reddito medio e al rischio sanitario medio di coloro che appartengono a un certo fondo che i cittadini possono liberamente scegliere. I fondi pubblici o le casse malattia sono enti di diritto pubblico autonomi senza

fini di lucro organizzati su base territoriale, controllati dai ministeri competenti dei Länder e finanziati in base al principio della quota capitaria pesata.

L'offerta è caratterizzata da un pluralità di operatori: gli ospedali sono infatti pubblici, privati *non profit* (a utilità sociale) e privati *for profit*. Questi ultimi, che godono di una buona autonomia decisionale nell'impiego e allocazione delle risorse, sono obbligati a curare anche i pazienti dotati di assicurazione pubblica fatturando alle compagnie di assicurazione; le tre categorie di ospedali sono pertanto sostanzialmente equiparate.

A oggi sono soprattutto gli erogatori privati i principali fornitori di cure: tra il 1996 e il 2011 sono infatti aumentati gli ospedali privati *for profit* (+66,6%), mentre si sono ridotti quelli pubblici (-33,4%) e a utilità sociale (-19,6%).²³ La prevalenza del privato non è dovuta a un incondizionato amore per il mercato, ma è un effetto spontaneo del mercato stesso.

È quindi evidente che può esserci compatibilità e un buon coordinamento tra un modello centralistico pubblico e uno basato sulle assicurazioni, sebbene neppure questo sia esente da possibili errori, come dimostrano l'eccedenza di posti letto pianificati dallo Stato o i problemi di bilancio nei Länder, a cui conseguono insufficienti finanziamenti pubblici, soprattutto negli ospedali comunali.

Tuttavia la crescente presenza di privati è motivata proprio dalla loro maggiore efficienza. Hanno, innanzitutto, migliore autonomia di investimento: a causa delle scarse risorse, gli ospedali devono utilizzare mezzi propri per finanziare gli investimenti necessari, ma sono soprattutto le realtà private, in particolare quelle quotate in borsa, che riescono a reperire più facilmente capitali sul mercato. La loro autosufficienza finanziaria è anche garantita dal fatto che hanno minori costi per il personale, in un settore dove costituiscono il 60% delle spese, perché, preferendo i contratti aziendali a quelli pubblici, possono remunerare i dipendenti in base a

23. Ufficio federale di statistica, "Grunddaten der Krankenhäuser".

capacità e risultati. La gestione è quindi più indirizzata verso obiettivi economici e meritocratici e meno influenzata da esigenze e interessi meramente politici: un siffatto modello è pertanto più orientato al successo. Questo anche in virtù del fatto che si sono spesso costituiti grandi gruppi ospedalieri che consentono di sfruttare economie di scala, oltre che di disporre di maggior potere di acquisto e forza contrattuale.

Il successo e l'espansione della componente privata, dovuti soprattutto alla maggior autonomia finanziaria e alla responsabilizzazione tramite il pagamento a prestazione, hanno dato una spinta concorrenziale che si è riflessa in una crescente efficienza, un aumento della produttività del lavoro e un miglior utilizzo dei capitali impiegati.²⁴

3.2 Il sistema sanitario lombardo

La Lombardia si è data un modello di organizzazione per certi versi simile a quello tedesco, grazie alle possibilità lasciate aperte dalla legge Amato.

Sebbene il sistema sanitario in Italia sia basato sulla pianificazione centrale dello Stato, che è anche il principale fornitore di servizi, sarebbe opportuno trasferire parte delle responsabilità e degli oneri di copertura al di fuori del perimetro pubblico: le forme differenziate di assistenza erano già previste dalla legge Amato del 1992 (si veda il riquadro sottostante) con cui, tramite le "convenzioni", si consentiva alle strutture private autorizzate di diventare "accreditate", raggiungendo così la piena equiordinazione con gli attori pubblici.

La legge Amato, legge delega 421 del 1992, codificata dai decreti legislativi 502/92, 517/93 e 229/99, ha garantito una maggior concorrenza all'interno del sistema

24. Alessandra Burgio *et al.*, "La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano", Istat, *Contributi Istat*, n. 4, 2010, <http://bit.ly/11m7uQd>; Gabriele Pelissero - Alberto Mingardi (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato*, Torino, Ibl Libri, 2010; Ordine nazionale psicologi, "Il sistema di assistenza sanitaria in Germania", <http://bit.ly/Xpz2zm>.

sanitario. In particolare, tale riforma si contraddistingue per:

- L'adozione triennale del Piano sanitario nazionale come strumento di programmazione del governo anziché del parlamento, semplificandone così le procedure di approvazione.
- La definizione dei "livelli uniformi di assistenza", a garanzia di un livello minimo delle prestazioni. Venivano fissati a livello centrale ma erano modificabili dalle regioni che potevano anche ricorrere a risorse aggiuntive, vuoi per finanziare ulteriori servizi sanitari, vuoi per ripianare eventuali disavanzi di cui erano direttamente responsabili.
- La centralità delle regioni, a cui spettavano competenze legislative e amministrative, oltre che essere responsabili della programmazione sanitaria regionale e dei criteri di finanziamento. A tal fine, non solo erano loro affidate le risorse del Fsn costituito tramite la fiscalità generale, ma erano anche dotate di una minima capacità contributiva per coprire eventuali maggiori oneri.
- L'introduzione del finanziamento a quota capitaria in base al principio del finanziamento dei livelli di domanda (e non più di offerta) legati alla popolazione residente nelle singole regioni per adeguare il livello di offerta a quello della domanda. L'eventuale scostamento tra fabbisogno riconosciuto (calcolato moltiplicando la quota pro capite per il numero di abitanti) e ammontare della contribuzione era colmato dal Fsn.
- La trasformazione delle Usl in Aziende sanitarie locali (Asl), rese indipendenti (in quanto dotate di personalità giuridica pubblica e autonome dai comuni) e separate dagli ospedali, trasformati in Aziende ospedaliere (AO). Le Asl potevano erogare direttamente le prestazioni sanitarie, oppure potevano decidere di acquistarle agli enti accreditati pubblici o privati, remunerandoli in base a un corrispettivo predefinito per numero e tipologia di prestazioni erogate, così da garantire ai pazienti la libertà di scelta della struttura da cui farsi curare, pubblica o privata accreditata.

Nonostante i potenziali benefici, la portata di tale riforma fu ridimensionata pochi anni dopo, quando con il decreto legislativo 229/99 si tornò ai classici strumenti di programmazione e controllo della spesa. Le protagoniste del servizio rimanevano le regioni, che disponevano sia di autonomia finanziaria che organizzativa: avevano infatti il potere di intervenire sui rimborsi (influenzando di conseguenza anche i ricavi) dei fornitori in modo che rispettassero i fabbisogni predeterminati in sede di programmazione regionale; potevano inoltre scegliere accordi tra Asl e strutture pubbliche, oppure contratti tra Asl ed enti privati o, ancora, potevano optare per l'intervento diretto, fissando *target* o tetti.²⁵

Tuttavia, la maggior parte delle regioni preferì quest'ultima ipotesi, favorendo l'accorpamento degli ospedali pubblici di prima accoglienza, o di intervento specialistico, o una maggiore frammentazione, alla separazione tra le funzioni di produzione, erogazione e finanziamento delle prestazioni sanitarie.²⁶

Un'eccezione è rappresentata dalla Lombardia, che pure si distingue per la fornitura di un servizio mediamente più efficiente rispetto al resto del paese: con la legge 31/97, tale regione, unica in Italia, ha implementato i principi ispiratori della legge Amato, ossia la separazione tra funzioni e l'equiordinazione tra pubblico e privato, indispensabile affinché si realizzi il vero stimolo concorrenziale che incentiva il miglioramento del servizio e si garantisca la libertà di scelta al cittadino offrendo una vera alternativa ai pazienti.

Con riferimento al primo principio, sono state affidate alle Asl le funzioni di sanità pubblica, assistenza di base e controllo dell'attività specialistica e ospedaliera, mentre le AO pubbliche sono responsabili della produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie. Grazie

25. Con i *target* si definiscono obiettivi di spesa o volume. In caso di sfioramento, ne consegue un abbattimento tariffario. Con i tetti si definiscono invece vincoli sulla spesa o sui volumi. Sono previsti meccanismi di abbattimento tariffario in caso di avvicinamento al tetto o, se viene raggiunto, di riduzione proporzionale delle tariffe.

26. Lozzi, "L'assistenza ospedaliera in Italia".

alla separazione tra controllori – regioni e Asl – e controllati – le Aziende ospedaliere – si evitano i conflitti di interesse che impediscono di migliorare il servizio e di realizzare veri contraddittori in caso di irregolarità.

Per quanto riguarda la parità di trattamento tra pubblico e privato, questa è garantita dal fatto che al privato sono state affidate tutte le funzioni tipiche del pubblico con la stessa modalità di pagamento, ossia le tariffe uniformi per Raggruppamenti omogenei di diagnosi (Rod),²⁷ anziché il rimborso a piè di lista per le strutture pubbliche e le giornate di degenza per quelle private. Tale metodo permette di remunerare le prestazioni tramite tariffe fisse predeterminate, indipendentemente dai costi effettivamente sostenuti: a fronte di una maggior razionalizzazione della spesa sanitaria, ottenuta tramite la riduzione delle degenze medie e il miglioramento dell'efficienza produttiva, è pur innegabile che ci si scontri con rischi di selezione avversa, ossia comportamenti opportunistici di preferenza per i pazienti meno costosi o dimissioni precoci. Tuttavia, questi svantaggi sono bilanciati dalla possibilità per il paziente di finanziare, scegliendolo tra le alternative a sua disposizione, il luogo e il soggetto di cura che ritiene migliori, giocando un ruolo fondamentale nel contribuire al miglioramento della qualità dell'offerta. Peraltro questo sistema è anche più egualitario del precedente, in quanto riduce la discriminazione tra i poveri e i ricchi, gli unici a potersi permettere di scegliere cure integrative a quelle che la sanità pubblica non è in grado di fornire.

Questi principi di efficientamento alla base della riforma si sono riflessi in un maggior controllo dei costi e in una migliore qualità dei servizi: secondo la *Relazione sulla gestione finanziaria delle regioni* pubblicata dalla Corte dei conti, la Lombardia è la prima regione (con 22

27. È un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali adottato tramite il d.m. Sanità 14/12/1994. Sulla base di informazioni e parametri raccolti in alcuni archivi, consente di individuare delle classi di casistiche omogenee relativamente al consumo di risorse, alla durata della degenza e, in parte, al profilo clinico.

milioni, seguita da Umbria, 10,3 milioni, e Marche, 1,5 milioni), tra quelle a statuto ordinario, che ha ottenuto un attivo senza ricorrere alle misure anti-deficit (ossia risorse extra messe a disposizione dai bilanci locali o tramite l'aumento delle aliquote Irap e Irpef). Gli investimenti sono stati finanziati attraverso il risparmio pubblico e non con un maggior indebitamento, e la spesa farmaceutica territoriale è tra le più basse (11,66%, percentuale inferiore al tetto legislativo del 13,3%).

Relativamente alla qualità del servizio, i controlli sulle cartelle cliniche (11%) hanno abbondantemente superato la media nazionale del 2% e i tempi dei pagamenti ai fornitori sono tra i più bassi (90 giorni in media). Inoltre, in un settore caratterizzato da opacità come in quello sanitario, si distingue per aver creato il portale dei pagamenti per consentire ai fornitori di verificarne lo stato.²⁸ La buone *performance* sono confermate dal fatto che è la regione con il maggior saldo di mobilità interregionale, che indica la capacità non solo di trattenere i propri pazienti, ma anche di attrarre quelli di altre regioni, a fronte di un buon controllo dei costi: la spesa sanitaria lombarda nel 2010 era pari al 5,6% del Pil, con forte distacco dalle altre regioni virtuose come Emilia Romagna e Veneto, dove sale al 6,2%.²⁹

Anche quello lombardo resta ovviamente un modello perfettibile, in quanto l'offerta pubblica continuamente dominante – pari ai 2/3 dell'offerta – non è immune dall'interesse politico, come dimostrano la gestione dei posti letto e il relativo sovradimensionamento delle strutture,³⁰ e la discrezionalità nella destinazione di alcuni fondi, le cosiddette funzioni non tariffate (cioè finanziamenti assegnati in modo scorrelato rispetto all'effettiva erogazione di prestazioni), di cui hanno be-

28. "Corte dei Conti promuove i bilanci della sanità lombarda: presentata all'Ufficio di Presidenza relazione su bilancio regionale", *Lombardia Quotidiano*, 18 luglio 2012, <http://bit.ly/XpznBU>; Corte dei conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni. Esercizi 2010-2011*.

29. Fonte: Istat - conti economici nazionali e R.G.E. 2012.

30. Lucia Quaglino, "Keynes in corsia. Gli eccessi della spesa pubblica nella sanità lombarda", Ibl, *Briefing Paper*, n. 112, 4 agosto 2012, <http://bit.ly/UTWlo4>.

neficiato soprattutto strutture pubbliche e *non profit*.³¹

Nonostante alcuni difetti, nel complesso l'esperienza lombarda sembra confermare la lezione di quella tedesca: la libertà di scelta dei pazienti garantita da una pluralità di attori, insieme al pagamento a prestazione, consente di razionalizzare la spesa pur continuando a garantire un buon livello di servizio.

Sebbene in Italia, come sarà descritto in modo più dettagliato nei prossimi paragrafi, ci sia già una presenza privata significativa, tuttavia non è ancora sufficiente per assicurare migliori *performance*: a tal fine, sarebbe auspicabile una riforma del sistema sanitario finalizzata a valorizzare e implementare i principi che caratterizzano il modello lombardo anche a livello nazionale.

4. Un miglior mix tra pubblico e privato

4.1 Il ruolo della sanità privata nel Ssn

Il successo dei modelli tedesco e lombardo trova la sua spiegazione nella presenza di forme di competizione, nella distinzione tra soggetti pagatori ed erogatori del servizio, e nell'esistenza di una forte componente privata.

Il settore privato nella sanità italiana riveste un ruolo rilevante già oggi: con un 14,4% di spesa dedicata alle strutture private, esse provvedono al 21,3% (più di 1/5) dei posti letto totali per i pazienti, al 15,7% (1/6) dei degenti complessivi, al 18,2% (poco meno di 1/5) delle giornate di degenza complessive e al 45,5% degli istituti ospedalieri italiani. A fronte, quindi, di una spesa che corrisponde solamente a 1/7 delle risorse complessive e di un numero limitato di addetti (l'11,2% del totale), l'ospedalità privata offre quasi il doppio dei posti letto totali, una volta e mezza i degenti complessivi e una volta e mezza di giornate di degenza.

Il basso livello della spesa non trova però compensazione nella bassa qualità del servizio, anzi: gli indicatori di peso medio, che misura il livello di complessità del-

31. Lucia Quaglino, "Le funzioni non tariffate: il caso lombardo", Ibl, *Focus*, n. 208, 6 luglio 2012, <http://bit.ly/VPbjA5>.

le patologie trattate,³² e di *case mix*, che invece esprime la complessità della casistica trattata,³³ mostrano che il privato non solo fornisce servizi di un livello più elevato del pubblico, ma registra anche *performance* più complesse.

I privati sono dunque in grado di garantire una gestione più oculata delle risorse a disposizione. La spesa privata è inoltre più stabile e più uniforme rispetto a quella pubblica: tra il 2004 e il 2009, l'incidenza della spesa per l'ospedalità pubblica sul totale della spesa sanitaria è aumentata dal 42,8% al 46,8%, mentre l'incidenza della spesa dell'ospedalità privata accreditata sul totale della spesa sanitaria pubblica è rimasta stabile al 4,1% (4% nel 2009).³⁴ Essa è pure distribuita in modo meno irregolare rispetto alla spesa pubblica, che è prossima allo zero per il 40% degli individui: lo stesso 40%, consuma invece circa il 27% della spesa sanitaria privata.³⁵

A oggi, quindi, la presenza dell'ospedalità privata è in grado di influenzare e assicurare anche un certo contenimento della spesa e di evitare le distorsioni tipiche di un sistema pubblico, che si manifestano nella disparità tra i pochi che consumano molte risorse (i malati gravi) e i tanti che invece ne usufruiscono poco, e nello spreco di risorse, in quanto i finanziamenti a fondo perduto consentono di ripianare eventuali sforamenti.³⁶

32. È costituito da una media dei pesi relativi attribuiti a ogni raggruppamento di pazienti (Drg), ponderata con la rispettiva numerosità di dimissioni.

33. In particolare, esprime la complessità della casistica trattata da un reparto, da una struttura o da un settore, rispetto alla complessità della casistica dell'intero sistema ospedaliero regionale o nazionale.

34. Ermeneia, *Ospedali & Salute. Nono rapporto annuale 2011*, Milano, Franco Angeli, 2012.

35. Fondazione Farmafactoring, "Il Sistema Sanitario in controluce. Rapporto 2012".

36. Alla luce di tali *performance*, appaiono particolarmente allarmanti alcuni elementi penalizzanti per le strutture private: innanzitutto, ben 12,5 miliardi dei 14,25 dei tagli previsti dalle ultime manovre andranno a impattare i soggetti privati; inoltre, rispetto al 1999, la quantità di risorse pubbliche destinate alle case di cura accreditate si è ridotta dall'8,9% della spesa ospedaliera pubblica complessiva al 7,3%; infine, nel periodo di crisi (2008-2011), la spesa (a prezzi correnti) per ospedalità privata accreditata e per ospedali pubblici e aziende ospedaliere ha penalizzato molto la prima, pari al 2,3% (addirittura in calo del 3,1% a prezzi

Tuttavia si tratta talvolta di un privato ancora “formale”, dipendente dall’apparato statale e a quest’ultimo subordinato più che effettivamente concorrente. Basti pensare che per operare nel mercato sanitario i privati devono ottenere un’autorizzazione soggetta a valutazioni discrezionali relative alla localizzazione delle strutture preesistenti e al fabbisogno complessivo di assistenza sanitaria.

Non è però necessario stravolgere completamente l’impostazione attuale per ricalibrare il ruolo pubblico a favore di un crescente coordinamento con il privato.

4.2 Linee guida e principi ispiratori per una sanità migliore

Le esperienze descritte suggeriscono una serie di interventi tesi a razionalizzare la spesa e valorizzare l’eccellenza, creando una competizione virtuosa tra le strutture. In particolare occorre seguire i seguenti principi:

- Consentire ai pazienti di giocare un ruolo attivo, dando loro la possibilità di scegliere autonomamente il luogo dove farsi curare e l’operatore da cui ricevere le prestazioni: più libertà di scelta per i fruitori del servizio implica una crescente valorizzazione e un miglioramento delle strutture che erogano cure di qualità e, quindi, meno risorse sprecate dagli erogatori peggiori.
- Responsabilizzando i fruitori del servizio si stimola la competizione tra i vari fornitori di cure e tra i diversi sistemi sanitari regionali per attirare il maggior numero possibile di pazienti, facendo così emergere i modelli migliori che garantiscono maggiore efficacia ed efficienza del servizio offerto.
- Lasciando giocare nello stesso settore attori di natura distinta, con funzioni e obiettivi ben separati e definiti, si evitano i conflitti di interesse e le rendite politiche, a scapito dell’interesse pubblico, tipici di

costanti nel 2010 e nel 2011), rispetto al 5,4% della seconda (in aumento del 2% nell’ultimo biennio). Ermeneia, *Ospedali & Salute. Decimo rapporto annuale 2012*.

quando i soggetti erogatori, finanziatori e controllori coincidono.³⁷

A tal fine, basterebbe dare piena attuazione alla riforma Amato, in particolare per quanto concerne le seguenti misure:

- Possibilità di escludere le famiglie con un reddito (modulato in base ai componenti) superiore a una certa soglia da alcune forme di assistenza, ossia medicina di base, specialistica e diagnostica (decreto legge 384/1992, convertito con modifiche dalla legge 438 dello stesso anno).³⁸ In tal modo, sarebbe salvaguardato il principio dell'universalità delle prestazioni, ma nello stesso tempo si taglierebbero verticalmente alcune forme di assistenza, le stesse che erano già a carico del cittadino, a un prezzo tale per cui molti preferivano comunque il fornitore privato. Così facendo, si libererebbero risorse per coloro che non dispongono di un certo reddito e, nello stesso tempo, si darebbe ai cittadini la possibilità di scegliere di acquistare tali prestazioni dagli erogatori, pubblici o privati, che soddisfano meglio le loro esigenze.
- Possibilità di mettere al centro del sistema il paziente: la prima versione dell'articolo 9 del decreto legislativo 502/1992 prevedeva, in via sperimentale, l'opportunità di creare forme associative di utenti confluenti in una mutua o altre forme collettive analoghe, a cui sarebbe stata stornata una parte o anche l'intera quota delle risorse che il Fsn garantiva a ogni cittadino. Questo dava alla mutua la possibilità di

37. Pelissero - Mingardi (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato*; Gabriele Pelissero - Lucio Scudiero, *Il futuro del welfare sanitario. Un caso italiano e uno spagnolo*, Torino, Ibl Libri, 2011.

38. Tuttavia alle opposizioni che ne derivarono seguì l'emanazione del decreto legislativo 517/1993, con cui fu introdotta la possibilità di istituire fondi integrativi sanitari (Fis) per fornire prestazioni addizionali (ad esempio, ricoveri ospedalieri o visite specialistiche, protesi ortopediche, oculistiche, odontoiatriche e acustiche) rispetto a quelle assicurate dal Ssn.

scegliere dove acquistare le prestazioni tra le strutture del Ssn che offrivano servizi migliori. Agli assistiti che non usufruivano delle prestazioni, veniva rimborsata la spesa sostenuta nell'ambito di massimali, scoperti³⁹ o franchigie,⁴⁰ commisurati all'entità dei contributi e a tariffari. È evidente che così facendo era la domanda a stabilire vincitori e perdenti, a premiare e punire gli attori del mercato, rovesciando il ruolo dell'offerta che, al contrario, era libera dal ruolo sanzionatorio del mercato. In altre parole, non è più l'offerta che determina la domanda, o quest'ultima che si trova a doversi adattare alla prima, bensì si lascia che domanda e offerta si influenzino a vicenda e si incontrino nel punto di massima utilità per entrambe le parti.⁴¹

Con riferimento all'esempio lombardo, le linee-guida dovrebbero essere:

- Distinzione tra i diversi soggetti delle funzioni di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, in capo alle AO, da quelle di controllo, ossia Asl e regioni, in modo da tutelare l'interesse pubblico a scapito di quello politico.
- Remunerazione tramite Rod, così da garantire piena parità di trattamento ed effettiva concorrenza tra strutture pubbliche e private razionalizzando la spesa sanitaria.

Ulteriori interventi sarebbero poi necessari con riferimento ai principi di trasparenza e fallimento:

- I bilanci dovrebbero essere redatti secondo i criteri del codice civile così da renderli confrontabili tra loro e consentire il controllo dei flussi di spesa: il che implicherebbe che valore e costi della produzione siano

39. Percentuale dell'importo pagato per la prestazione a carico dell'assistito.

40. Quota fissa a carico dell'assistito.

41. Cazzola, *La sanità liberata. Il "Mercato possibile" per la tutela della salute*.

reali e, quindi, che gli utili o le perdite siano effettivi. I contributi in conto esercizio, per come sono contabilizzati adesso, rappresentano solo una somma di denaro che il privato ottiene come corrispettivo delle prestazioni erogate, diversamente dai bilanci delle Asl, dove gli stessi contributi spesso nascondono al proprio interno dei trasferimenti finalizzati unicamente a coprire dei "buchi". Di conseguenza, apparentemente il bilancio potrebbe essere in pareggio, senza che l'equilibrio tra entrate e uscite tuttavia rifletta il reale valore delle prestazioni: questo significa che un bilancio potrebbe non essere nei fatti in pareggio e, quindi, che l'erogatore in questione non stia creando valore, ma distruggendo risorse.

- Un vero contesto competitivo non può prescindere dalla possibilità di fallimento delle strutture che non rispettano i vincoli di bilancio. In tal caso, i commissari tecnici nominati dovrebbero essere distinti dai precedenti gestori. Senza rischio di fallimento non c'è responsabilizzazione, e senza responsabilizzazione non c'è limite allo spreco di risorse che, in quanto tale, non si riflette in una maggior qualità del servizio, ma solo in uno sperpero del denaro dei contribuenti per finalità altre dall'interesse pubblico. Lasciar fallire gli ospedali è certamente un modo migliore di razionalizzare la spesa che stabilirne l'estinzione a priori indipendentemente dalle esigenze dei pazienti.
- Dovrebbe esserci l'obbligo di pubblicazione dei bilanci in rispetto del principio di trasparenza. Già attualmente la legislazione nazionale ne impone la pubblicità (decreto legislativo 502/1992), tuttavia sono poche le Asl che effettivamente li mettono a disposizione *online*. Inoltre, quando vengono loro richiesti, spesso fanno seguito risposte generiche e il rispetto di vincoli e procedure burocratiche costose che portano ad allungare i tempi pur senza assicurare il buon esito del procedimento. Non consentendo ai cittadini, ossia gli unici contribuenti del servizio,

di accedere a tali dati, si crea un'opacità ingiusta, in quanto non gli si permette di vedere come e dove i loro soldi vengono impiegati, lasciando liberi Asl e Ospedali di sprecare e sperperare, poiché difficilmente la destinazione delle risorse risulta verificabile e denunciabile. Inoltre, l'accessibilità ai bilanci è necessaria per conoscere quali sono le inefficienze, ossia per sapere dove occorre intervenire per ridurre gli sprechi.⁴²

- Una maggiore informatizzazione della sanità potrebbe contribuire a facilitare il raggiungimento degli auspicabili obiettivi di trasparenza del servizio e di razionalizzazione della spesa. Se effettivamente implementata può infatti favorire l'accessibilità alle informazioni da parte dei fruitori del servizio, rendere disponibile una banca dati aggiornata per la ricerca, agevolare la comunicazione tra medico e paziente e tra specialisti sanitari, permettere un maggior controllo dei costi e la riduzione degli sprechi grazie, ad esempio, alla possibilità di evitare la duplicazione di esami già effettuati.⁴³

Le misure descritte non richiedono uno stravolgimento del sistema. Si tratta solo di adottare e implementare poche regole, necessarie e imprescindibili l'una all'altra: non si può razionalizzare la spesa senza un ridimensionamento del pubblico accompagnato da un miglior coordinamento con il privato che, a sua volta, richiede parità di trattamento e una chiara distinzione di funzioni tra i due soggetti. In un simile contesto, è assicurata una maggior libertà di scelta ai pazienti, i cui effetti potrebbero però essere vanificati se gli erogatori del servizio non sono soggetti ai meccanismi fallimentari e di trasparenza che governano il mercato e riducono

42. Silvio Boccalatte, "Una sanità opaca è una sanità malata", Ibl, in corso di pubblicazione.

43. Per ulteriori approfondimenti sull'informatizzazione della sanità, si vedano il capitolo sulla digitalizzazione della Pubblica amministrazione contenuto nel presente volume e Lucia Quagliano, "E-health e cloud computing. Il caso dell'Uls di Asolo", Ibl, *Special Report*, 13 dicembre 2012, <http://bit.ly/13dOhbU>.

le asimmetrie informative tra le parti. Perciò i bilanci devono essere redatti secondo i criteri civilistici e, se non viene rispettato l'equilibrio tra entrate e uscite, l'erogatore deve fallire come fallirebbe qualsiasi *competitor*. Un migliore controllo dei costi e una migliore allocazione delle risorse possono essere assicurati garantendo ai cittadini l'accesso a dati e informazioni.

Così facendo questi ultimi non sarebbero più considerati come meri pagatori, ma come effettivi fruitori del servizio: se essi fossero trattati come consumatori più che contribuenti, che pagano in base a quanto consumano e nello stesso tempo sono liberi di scegliere l'erogatore che soddisfa meglio le loro esigenze, allora si indirizzerebbe il modello attuale verso uno meno pianificato *ex ante* dagli stessi attori responsabili anche della fornitura del servizio. In altre parole, si creerebbero quelle condizioni di mercato che consentono a domanda e offerta di incontrarsi dove sono massimizzate le loro utilità e non l'interesse politico, che causa uno spreco di risorse pubbliche senza fornire cure e prestazioni adeguate.

5. Conclusioni

Il sistema sanitario italiano è in grado di offrire un servizio di accettabile qualità a costi relativamente contenuti. È indubbio che su tale risultato giochi un ruolo importante anche la presenza di un privato quantitativamente e qualitativamente significativo ma, tuttavia, ancora insufficiente.

A fronte di un vincolo di finanza pubblica sempre più rigido, quindi, la soluzione non risiede in tagli indiscriminati, ma nel cercare di valorizzare e implementare quelli che sono stati alcuni principi guida che hanno portato risultati positivi significativi, come dimostra il caso lombardo: la separazione tra funzioni, la parità di trattamento e la competizione tra strutture pubbliche e private, la libertà di scelta dei pazienti. Per orientare la sanità italiana verso un rafforzamento di questi obiettivi non è necessario rivoluzionare il modello esistente. In virtù della piena applicabilità delle riforme necessarie

a ripensare il Ssn in modo più efficiente e sostenibile senza tuttavia stravolgerlo, gli interventi auspicati dovrebbero essere ispirati alla riforma Amato del 1992: a tal fine, la pianificazione va sostituita con la razionalizzazione della spesa che, in quanto tale, non va a scapito della qualità del servizio, e i pazienti non vanno considerati solo pagatori ma anche attori attivi, in grado così di influenzare e incentivare un'offerta migliore.

Solo sostituendo la pianificazione con la flessibilità sarà possibile non tagliare la spesa, ma razionalizzarla, a favore dell'universalità del servizio per i pazienti e di un'effettiva tutela del diritto alla salute.

