

IX Rapporto Sanità

*Crisi economica e Sanità:
come cambiare le politiche pubbliche*

*a cura di:
Federico Spandonaro*



Università degli Studi
di Roma "Tor Vergata"



IX Rapporto Sanità

Executive Summary

Crisi economica e Sanità: come cambiare le politiche pubbliche

Federico Spandonaro¹

1. La crisi e il Welfare

Dopo un lungo periodo di recessione e previsioni economiche negative, si iniziano a sentire i primi, invero timidi e incerti, segnali di inversione di tendenza, e iniziano ad avvertirsi le prime speranze di ripresa.

Non c'è dubbio che una ulteriore fase di recessione avrebbe impatti davvero gravi, e che quindi l'ottimismo (della ragione) debba prevalere. Le modalità con cui si potrà "agganciare", come si usa dire, la ripresa non sono, però, neutrali.

Il rischio è che la frenetica ricerca di risultati positivi, fossero anche congiunturali, faccia dimenticare che dalla crisi si possono, e si debbono, trarre lezioni importanti, specie nel campo dell'intervento pubblico e, quindi, in quello del *Welfare*. Immaginare che una eventuale "boccata di ossigeno" possa far dimenticare gli scricchiolii del nostro *Welfare* sotto la pressione della recessione, è ipotesi certamente preoccupante; durante i momenti più bui della crisi, da più parti, si disse che la Società italiana sarebbe dovuta uscire trasformata dalla crisi: dimenticare ora quella aspettativa sarebbe colpevole.

Anche perché la "crisi", seppure di volta in volta aggravata o attenuata dai cicli economici, è comunque strutturale, nel senso che è sintomo di un riassetto e di una ridistribuzione mondiale del benessere: tendenza che, seppure dolorosa per i Paesi storicamente più sviluppati, ha risvolti etici e politici che non necessariamente sono negativi; anzi, un riequilibrio della ricchezza, al di là degli "egoismi locali", non può che essere complessivamente benefico nel lungo periodo.

Quindi proviamo a volare "alto", dimenticando (solo apparentemente) le "dure" cifre dei finanziamenti e dei disavanzi, provando a ragionare su cosa debba essere cambiato: probabilmente (e auspicabilmente) senza riforme rivoluzionarie, ma con la determinata volontà di allinearsi ai bisogni e alle possibilità di una Società che cambia (rapidamente!). Iniziamo con il dire che una attesa importante dovrebbe essere quella di esportare nel mondo l'ideale e il modello di *Welfare* che conosciamo da circa un secolo: ricordando, quindi, che un obiettivo fondamentale delle politiche rimane quello della riduzione delle disuguaglianze nelle, e fra, le Società.

Un sistema di *Welfare* che soddisfi ogni "bisogno", fornendo la assoluta sicurezza, e san-

¹Università di Roma "Tor Vergata".

cendo così la fine dei “rischi” individuali è, però, evidentemente una chimera: sebbene in momenti di prosperità una attesa del genere sia stata, forse ingenuamente, coltivata nell'Occidente europeo. La crisi ci obbliga oggi a cercare di recuperare la funzione originaria del *Welfare*: essere fattore di riequilibrio e, quindi, di coesione sociale; questo, anche per scongiurare il rischio che i sistemi di *Welfare* siano considerati ipertrofici e additati come una delle cause determinanti di crisi, quando invece dovrebbero sostenere lo sviluppo sociale ed economico.

Il sistema di *Welfare* italiano corre questo rischio, perché, seppure non particolarmente generoso nel suo complesso, lo è più con qualcuno che con altri, e non sempre privilegiando i più “fragili”.

La distribuzione italiana delle risorse pubbliche sui vari settori di *Welfare* è sostanzialmente “europea”, nel senso che le percentuali di entrate destinate ai vari settori non si discostano significativamente da quelle medie europee.

L'Italia destina a Sanità, Protezione Sociale e Istruzione il 69,53% delle entrate, contro una media dei Paesi EU12 del 73,11%.

La Protezione sociale (teniamo insieme Previdenza e Assistenza per evitare distorsioni derivanti dalla diversa natura dei sistemi di *Welfare*, ma anche dalla nostra storica incapacità di uniformarci efficacemente agli *standard* statistici internazionali, evidenziando così apparenti anomalie, oltre tutto oggetto di frequenti “richiami” da parte di organismi europei e internazionali: richiami in larga misura ingiustificati, come si evince dal fatto che, se pur con una diversa distribuzione, l'entità complessiva dei benefici è certamente allineata o inferiore a quella dei nostri *partner* europei) assorbe il 44,39% delle entrate, percentuale allineata al 44,51% di EU12; la Sanità è invece al di sotto della media EU (15,95% delle entrate, contro il 16,80% di EU12, ovvero -0,85%) e, ancor di più, l'Istruzione (9,19% delle entrate in Italia, contro l'11,80% di EU12, ovvero -2,61%).

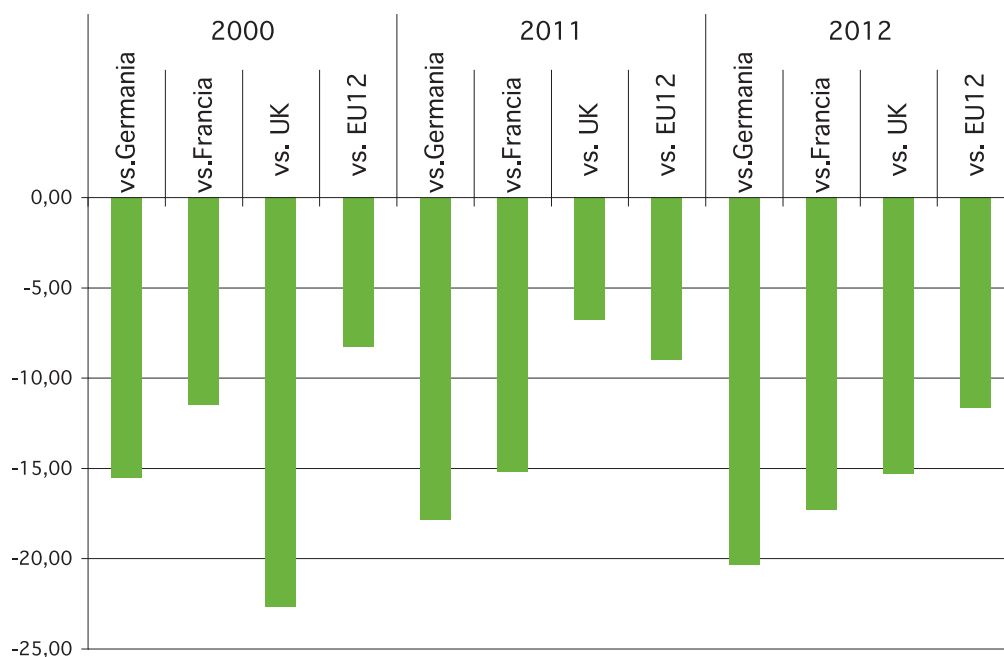
L'unico settore di intervento pubblico per cui si evidenzia un significativo scostamento dagli *standard* europei è quindi quello dell'Istruzione, rendendo opportuno ripensarne il finanziamento, anche in considerazione dell'impulso che il settore potrebbe dare all'innovazione, di cui il nostro Paese ha assoluto bisogno per tornare ad essere adeguatamente competitivo sui mercati internazionali.

Ma se la destinazione delle risorse è “europea” nelle sue proporzioni, questo non implica pari disponibilità: in primo luogo perché le entrate sono logicamente legate al PIL, e questo differisce ancora molto fra i Paesi europei.

Il PIL pro-capite italiano al 2011, secondo i dati Eurostat, si attesta a € 26.055,6 (€ 25.744,0 nel 2012), mentre raggiunge gli € 31.713,1 in Germania, 30.719,1 in Francia, € 27.947,0 in UK, per citare i Paesi EU più popolosi; un *gap*, quindi, che con questi Paesi oscilla nel range -17,84%/-6,77%, (-9,00% con EU12).

Gap che, sempre stando ai dati Eurostat, è sostanzialmente in aumento sin dagli anni '90; limitandoci a considerare la variazione media annua 2000-2012, pur avendo tutti i Paesi registrato una bassa crescita, la nostra è stata di 0,32 punti percentuali inferiore alla media EU12: in altri termini, la crisi pur essendo globale ha penalizzato l'Italia più che gli altri *partner* europei; la peculiarità della crisi italiana è proprio in questa dimostrazione di fragilità strutturale, che la rende non capace di fronteggiare la crescente competizione.

Figura 1 – Gap PIL pro-capite Italia vs. altri Paesi europei
Valori %, anni 2000-2012



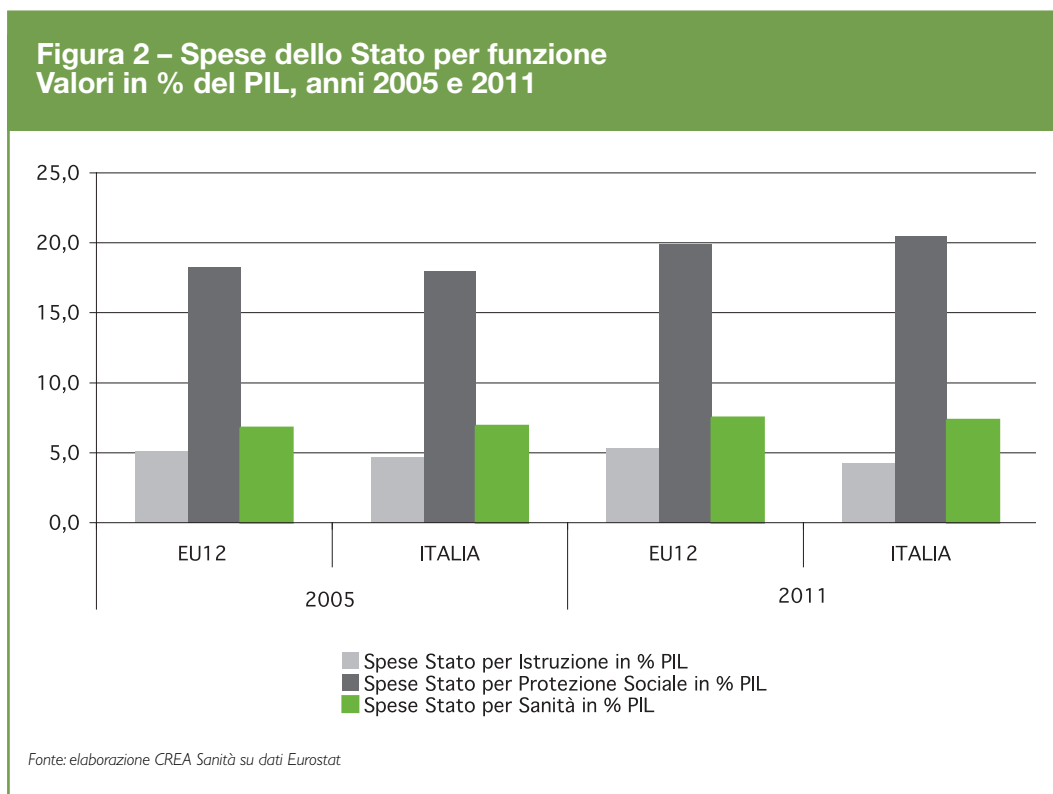
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Eurostat

Per i nostri ragionamenti sul settore socio-sanitario in particolare, e sul sistema di *Welfare* in generale, ciò che conta è che, stando ai dati Eurostat, le entrate disponibili (ovvero al netto del pagamento degli interessi passivi sul debito pubblico) per gli interventi pubblici, sono ormai inferiori alla media dei Paesi EU12, sia in percentuale del PIL (41,3% contro 41,9%), sia in valore pro-capite (€ 10.755,70 contro € 11.918,50); e questo, malgrado lo sforzo fatto per sostenere l'intervento pubblico, dimostrato dalla percentuale di entrate lorde sul PIL che è pari in Italia al 46,1%, ovvero superiore di 1,4 punti percentuali rispetto alla media di EU12: in pratica si legge nei numeri una pressione fiscale che, di per se stessa, rischia di essere un fattore aggiuntivo di recessione, specialmente considerando che tale pressione è mal distribuita per effetto della maggiore evasione fiscale, e quindi, sui contribuenti effettivi il differenziale con EU si rivela più alto di quanto appaia a livello aggregato.

In altri termini, dobbiamo fare realisticamente i conti con il fatto che la spesa pubblica pro-capite per Protezione sociale nel 2011 sia in Italia pari a € 5.333,12, contro € 5.700,39 in EU12 (-6,44%); quella per la Sanità sia pari a € 1.916,57, contro € 2.151,58 in EU12 (-10,92%); e quella per l'Istruzione sia pari a € 1.103,89, contro € 1.511,04 in EU12 (-26,95%).

² Si noti che i dati riportati sono fonte Eurostat in base a classificazione COFOG (Classificazione internazionale della spesa pubblica per funzione). Nel capitolo 3 dedicato al focus sulla spesa sanitaria, si evidenziano i dati di fonte OECD in base alla classificazione SHA (System of Health Accounts), specifica per la rilevazione della spesa sanitaria: in questo caso, il gap tra Italia e EU12 (per spesa sanitaria pubblica pro-capite) sale al 18,24, e arriva al 22,2% tra Italia e EU14.

Nella figura che segue si evidenziano i dati di spesa in percentuale del PIL per il 2011, a confronto con il 2005.



È importante tenere presente che i confronti sono nominali e, quindi, i pur significativi scarti non tengono neppure conto della maggiore proporzione di beneficiari in Italia (soprattutto anziani e disoccupati). D'altra parte, per i benefici in denaro (pensioni e indennità varie) gli scarti si possono giustificare, essendo lecito assumere che il confronto corretto sia quello fra le quote di risorse distribuite, ovvero che il confronto risulti significativo in termini di entità di benefici in proporzione al PIL prodotto dagli "attivi"; ma per quanto concerne i servizi in natura lo scarto ha natura reale e, quindi, risulta evocativo di minori livelli di copertura. Tale osservazione appare tanto più veritiera per il settore sanitario, dove le tecnologie hanno un peso economico rilevante, e un mercato sostanzialmente mondiale, con prezzi relativamente omogenei.

Siamo di fronte, quindi, ad un sistema di *Welfare* che deve ineluttabilmente fare i conti con la finanza pubblica, ma così facendo entra in un sostanziale paradosso: si corre il rischio di dover fare un passo indietro proprio quando, per effetto della crisi, se ne dovrebbe fare uno in avanti a protezione dell'incremento delle fragilità.

2. Sanità in tempo di crisi

Il dato di partenza di ogni ragionamento sulla Sanità non può che essere la storica e strutturale discrasia fra finanziamento pubblico e spesa del SSN, il quale accumula disavan-

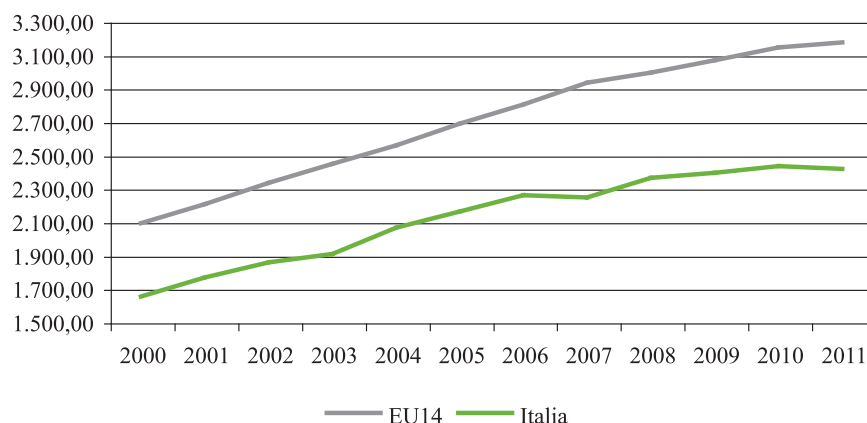
zi sin dalla nascita del SSN stesso.

La reale novità è che la crisi ha reso indispensabile una nuova “stretta” finanziaria, ad un settore che negli ultimi 20 anni era già stato soggetto a continui interventi in tal senso.

Che la spesa sanitaria italiana sia cresciuta, sin dagli anni '90, meno che negli altri Paesi europei (con minime eccezioni), pur partendo da un livello che non è mai stato elevato in termini relativi, è un dato oggettivo: con particolare riferimento all'ultimo periodo, dal 2000 al 2011 la crescita media annua della spesa sanitaria (totale) in Italia è stata del 4,0% contro una media EU14 del 4,4%³.

Il risultato è che ad oggi la spesa sanitaria italiana (totale) è sotto la media EU14 sia in percentuale del PIL (9,23% vs. 10,60%, ovvero -1,37 punti percentuali sul PIL nel 2011), sia in valori assoluti (€ 2.413,89 pro capite in Italia vs. € 3.173,36 in EU14, ovvero -23,9%. Il gap aumenta ancor di più se si effettua il confronto con specifici Paesi, come ad esempio la Germania (-2,11 punti percentuali sul PIL e -32,8% considerando la spesa totale pro-capite).

Figura 3 - Spesa sanitaria totale pro-capite
Valori in €, anni 2000-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD Health Data 2013

Trattandosi di servizi in natura, e in larga misura per gli anziani, il confronto proposto non esprime compiutamente le disparità: una standardizzazione in base all'età della popolazione, evidentemente allargherebbe ulteriormente (e significativamente) la “forbice”. Un ulteriore fattore di cui tenere conto è che i sistemi sanitari di molti *partner* europei, al contrario del nostro, beneficiano di un sistema di assistenza per i non-autosufficienti di lunga durata più strutturato, aumentando così ulteriormente le risorse per l'area dei servizi socio-sanitari.

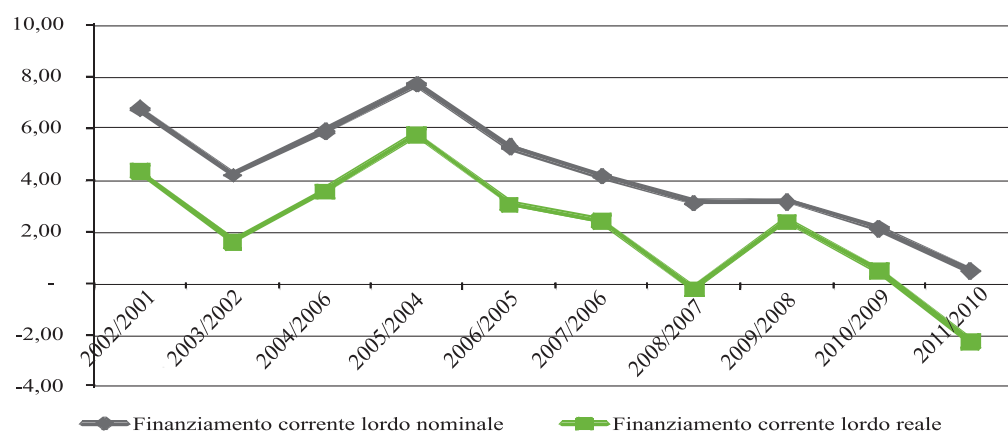
³ Dati fonte OECD in base a Classificazione SHA. Per approfondire, v. cap.3.

Malgrado ciò, la gravità della situazione della finanza pubblica italiana ha, come detto, reso improcrastinabili interventi restrittivi fortemente impattanti.

Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, tra il 2001 e il 2011 (e in particolare a partire dal 2008), la crescita del finanziamento nominale è piuttosto modesta, quando addirittura non si configura un variazione di segno negativo del finanziamento depurato dall'inflazione.

Appare evocativo che il finanziamento previsto per il 2014 sia di circa € 15 mld. inferiore alle previsioni di finanziamento contenute nei documenti di programmazione economica pubblicati sino al 2009, e sia praticamente fermo sui livelli di finanziamento raggiunti nel 2010.

Figura 4 - Finanziamento corrente lordo nominale e reale - Variazioni Valori %, anni 2001-2011

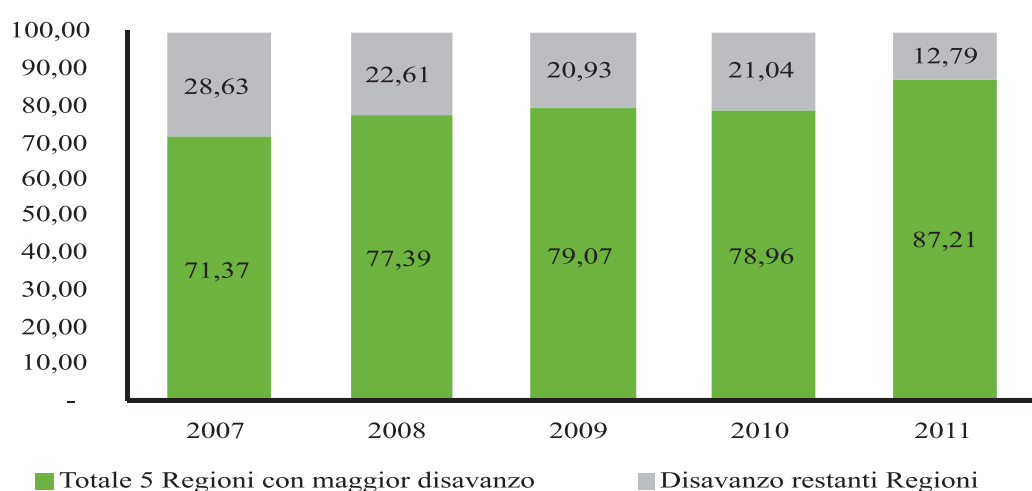


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

Malgrado la stasi del finanziamento pubblico, la spesa privata non è cresciuta: negli anni di maggiore recessione i consumi socio-sanitari (effettivi) delle famiglie sono calati più della media dei consumi totali (-0,3 % vs. +0,9 % nel 2011 rispetto all'anno precedente); contemporaneamente, nell'ultimo quinquennio, si è anche ridotto il disavanzo in percentuale del finanziamento (dal -3,35% del 2007 al -2,59% del 2011), concentrandosi sempre più in poche Regioni. In particolare, considerando solo le 5 Regioni con maggior disavanzo nel 2011 (Liguria, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna), in esse si concentra oltre l'87,00% del *deficit* nazionale (calcolato non considerando gli avanzi), con un incremento dell'8,25% rispetto all'anno precedente; è altresì da sottolineare come a tale risultato abbiano contribuito soprattutto tre Regioni: Lazio, la cui incidenza sulla perdita complessiva è aumentata tra il 2010 ed il 2011 del 5,22%, Sardegna che ha riportato un +4,56%

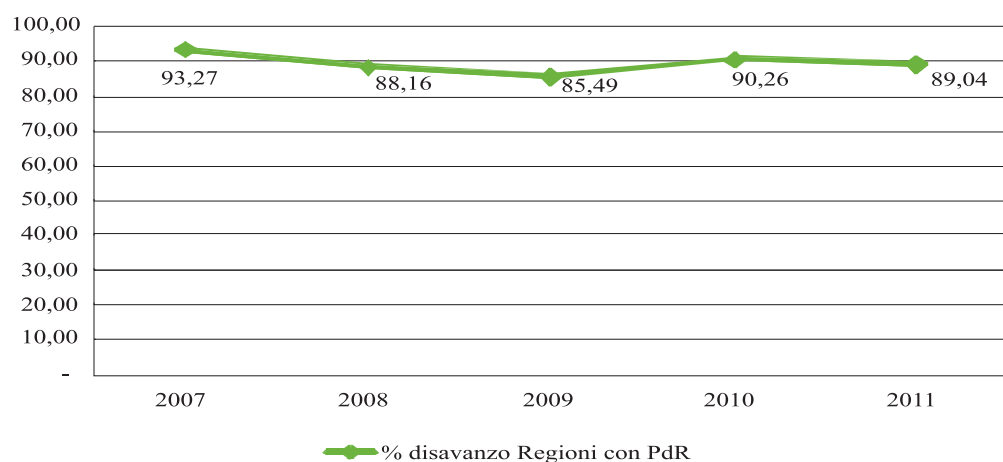
ed, infine, Liguria che, nonostante nel 2010 abbia concluso il proprio PdR, ha contribuito nell'ultimo anno per un 8,27% al deficit complessivo con un incremento del 4,37% se rapportato all'anno precedente.

Figura 5 - Concentrazione del disavanzo - Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo
Valori %, anni 2007-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Figura 6- Contributo alla formazione del disavanzo delle Regioni con PdR
Valori %, anni 2007-2011



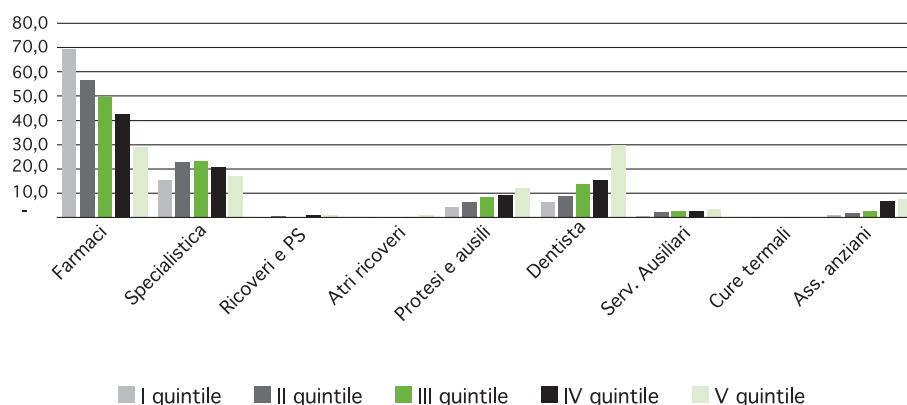
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

In termini finanziari le riforme degli anni '90, come anche i recenti “tagli” hanno quindi prodotto, in larghissima misura, i risultati sperati, contribuendo significativamente alla tenuta dei “conti pubblici”: tesi che sembra sposata anche dalla Corte dei Conti, in maniera sempre più esplicita nelle ultime relazioni.

Ma quale sia stato l'impatto reale di tali politiche sanitarie è difficile dirlo, poiché gli effetti si potranno vedere concretamente solo nel medio-lungo periodo: soprattutto per la natura del nesso causale fra assistenza sanitaria, livelli di salute/funzionalità e, infine, livelli di produttività e capitale umano/sociale.

Nel breve periodo ci si deve, al più, limitare ad osservare modifiche nei comportamenti congiunturali delle famiglie, quali, ad esempio, le rinunce a sostenere spese sanitarie: certamente preoccupanti e più volte denunciate da vari Centri di ricerca. Anche nel 2011, malgrado una sostanziale stabilità dell'entità globale dei consumi privati, possiamo desumere dai bilanci delle famiglie come le spese odontoiatriche e quelle per l'assistenza sociale agli anziani siano ancora praticamente appannaggio delle sole famiglie dei quintili di consumo più alti, evidenziando aree di potenziale impoverimento. Le famiglie dei quintili di consumo più bassi destinano alle cure odontoiatriche e all'assistenza agli anziani e/o disabili rispettivamente meno del 10% e del 2% dei loro consumi socio-sanitari, quelle dei medio-alti più del 15% e dell'8% rispettivamente.

Figura 7- Consumi sanitari - Composizione per quintile di consumo
Valori %, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Questi comportamenti rimangono, però, sul labile confine della rinuncia a prestazioni davvero necessarie, e quindi a potenziali danni alla salute, ovvero a prestazioni cosiddette inappropriate: in altri termini il fenomeno è certamente preoccupante, ma non configura (almeno in termini di rigore scientifico) ancora una dimostrazione evidente di una carenza del sistema di tutela.

Rimane il fatto che a fronte di livelli di spesa sanitaria italiana così distanti da quelli europei, sopra evidenziati, a meno di eclatanti errori nelle statistiche ufficiali, una riflessione approfondita sulle cause e sugli effetti di tale disparità appare impellente.

La questione, negli ultimi anni, è stata “frettolosamente” liquidata: assumendo che le inefficienze regionali siano di entità così elevata da giustificare riduzioni di finanziamento (e quindi di spesa), senza alcuna perdita sul lato assistenziale.

Una così “evidente” inefficienza nazionale non sembra cosa ovvia; intanto il buon senso suggerisce che, dato che i livelli di spesa italiana sono inferiori a quelli degli altri Paesi, allora l’inefficienza italiana ne implicherebbe una davvero enorme a livello internazionale: non che manchino anche all’estero le preoccupazioni per la sostenibilità dei propri sistemi sanitari, ma non ci risulta che si registrino particolari lamentele a causa dell’inefficienza.

A ben vedere, i tentativi di dimostrare questa fortissima inefficienza tecnica aggregata sono, per lo più, basati su stime econometriche, ovvero su operazioni di *benchmarking*: in entrambi gli approcci il punto debole risulta la grande difficoltà di standardizzare adeguatamente la spesa per fattori quali l’età della popolazione, le sue caratteristiche socio-economiche etc., con l’esito che risulta molto complesso capire quanta dell’inefficienza sia reale, e quanta un sottoprodotto di metodi di standardizzazione non sufficientemente precisi.

In aggiunta, si noti che, pur se chi scrive è convinto che si debba usare grande cautela verso tutti gli approcci alla misura aggregata dell’inefficienza, per quanto concerne la Sanità l’Italia “incassa” dall’OECD una promozione a pieni voti. Già nel 2010 l’OECD aveva, infatti, stimato che, per l’Italia, i risparmi possibili con recuperi di efficienza pur significativi, dell’ordine di un punto di PIL, erano decisamente inferiori alla media OECD (che si attestava ad valore circa doppio): come per qualsiasi dieta, mentre è facile eliminare i chili superflui iniziali, per gli ultimi è molto più difficile, così che il recupero del citato punto di PIL, per l’Italia, trattandosi di un Paese fra quelli con le migliori *performance* a livello internazionale, rappresenta un obiettivo molto, se non troppo, ambizioso.

Come detto, le stime OECD vanno prese con le dovute cautele, basandosi su indicatori di *output* aggregati, quali l’aspettativa di vita alla nascita o la mortalità evitabile, sui quali peraltro in effetti l’Italia eccelle, ma che sono ben lungi dal poter cogliere compiutamente il “prodotto” di un sistema sanitario. Se si utilizzasse, ad esempio, come misura di output un indicatore di *customer satisfaction*, quasi sicuramente la *performance* italiana si ridimensionerebbe fortemente; rimane, comunque, evocativo che statisticamente si osserva una relazione crescente fra indicatori di esito e spesa sanitaria, e che l’Italia sembra ottenere, già oggi, dal suo sistema molto più di quanto sia possibile attendersi in base al livello di spesa effettivo sostenuto.

Le tesi che assumono l’esistenza di una forte inefficienza tecnica aggregata del sistema sanitario italiano sono quindi, quanto meno, fragili: e se ci possono essere dubbi sulla lato delle variabili assunte come *proxy* di prodotto/esito, di certo non ci sono sul lato della spesa... ma, non di meno, la tesi ha spesso monopolizzato il dibattito politico.

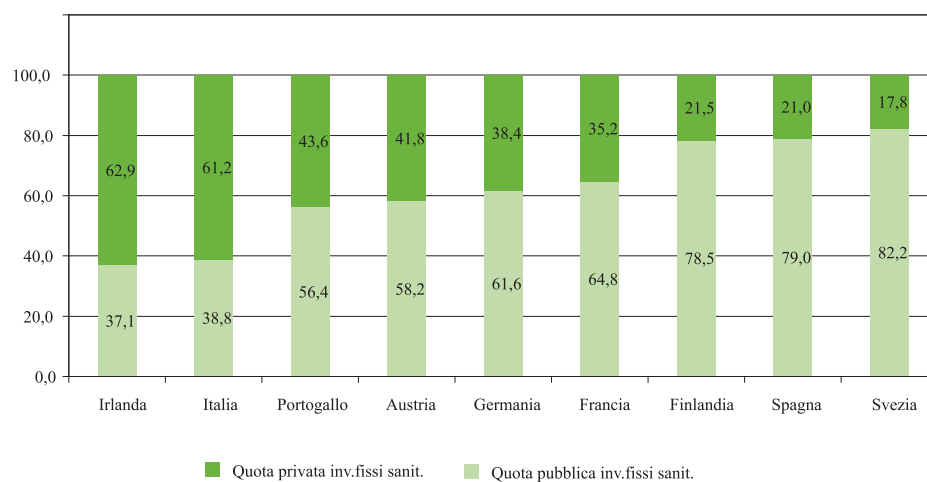
Le ragioni che si possono addurre (senza pretesa di esaustività) per spiegare questa sostanziale ostinazione pregiudiziale sono tre, e vale la pena enunciarne la ratio culturale, per esplicitarne le conseguenze sulle politiche sanitarie in particolare e di *Welfare* in generale.

La prima è che sostenere l'esistenza di una rilevante inefficienza tecnica può rappresentare un buon alibi per tagliare l'intervento pubblico, magari con l'obiettivo nobile di risanare le finanze pubbliche, facendo intendere ai cittadini che questo non comporterà tagli ai servizi.

Il rischio maggiore di questo approccio è quello di minare alla lunga le fondamenta del SSN, senza peraltro prevederne un razionale adeguamento o al limite un esplicito superamento.

Segni in questo senso possiamo già coglierli, osservando che, come era lecito aspettarsi, in tempi di grande ristrettezza finanziaria, gli investimenti tendono a essere tagliati più della spesa corrente, tanto che in Italia gli investimenti privati superano di gran lunga in proporzione quelli pubblici. In particolare, il nostro Paese sembra investire, come spesa complessiva, di più (nel 2011 ha destinato agli investimenti pluriennali il 5,2% della spesa sanitaria complessiva contro il 3,7% medio di EU 14), ma a farlo è essenzialmente il settore privato (è uno dei pochi Paesi, insieme all'Irlanda, ad avere un finanziamento di tipo pubblico inferiore al 50%, pari al 38,8%).

Figura 8 - Spesa per investimenti fissi in Sanità, Italia vs. Paesi EU
Finanziamento pubblico-privato
Valori %, anno 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013.

Qualora questo *trend* si confermasse nel futuro, appare lecito paventare una rapida obsolescenza delle strutture pubbliche, con una conseguente fuga della popolazione più abbiente verso quelle private, sancendo la fine dell'universalismo del sistema.

La seconda è che, dopo le privatizzazioni che hanno portato alla dismissione della cosiddetta "industria di Stato", la Sanità è di fatto rimasto il settore a produzione pubblica più rilevante, finendo per essere assimilata al resto della Pubblica Amministrazione (PA) e, per

“proprietà transitiva”, assimilata anche in termini di inefficienza.

Seppure il SSN eroghi l’assistenza mediante Aziende sanitarie pubbliche, che di fatto non possono uscire da logiche che sono tipiche e proprie della PA, vanno riconosciute le profonde differenze che ci sono fra settore sanitario e gli altri settori della PA, prima fra tutte la maggiore *accountability*; il mancato riconoscimento delle differenze rischia, poi, di distrarre l’attenzione dal vero problema, che è rappresentato da una aziendalizzazione del settore rimasta incompiuta, sino ad essere stata poi definitivamente “risucchiata” dalle logiche del Federalismo regionale, che hanno progressivamente spostato l’attenzione dal decentramento organizzativo, a quello politico.

La terza ragione è, invece, legata alla presunta (molto spesso dagli operatori del servizio) “specialità” del settore sanitario, che viene per lo più ricondotta (più o meno forzosamente) ad aspetti di tipo etico; visione certamente ideologista, che tende a giustificare ogni intervento pubblico operato per via amministrativa, quali quelli tesi a contenere i prezzi dei beni e i costi delle retribuzioni, indipendentemente dai recuperi reali di “efficienza” realizzati.

Il rischio in questo caso è quello di perdere di vista l’essenza sussidiaria dell’intervento pubblico, e di creare distorsioni sui mercati sanitari, con danni di cui argomenteremo oltre. Ci limitiamo qui a rimarcare come una gestione del settore sanitario che non pone attenzione alle politiche industriali appaia molto miope, specie in un Paese che non può evidentemente misurarsi con quelli “emergenti” in settori maturi e ad alta competizione di prezzo.

Il superamento delle visioni “ideologistiche” del settore è ovviamente scomodo, perché porta al pettine nodi non indifferenti, quali la constatazione che a fronte di un ulteriore impoverimento relativo del Paese, il livello dei servizi sanitari erogabili sarebbe difficilmente mantenibile sui livelli europei (dei Paesi ricchi).

Non di meno, affrontare la realtà appare necessario per garantire la sopravvivenza del SSN, mettendo mano ad alcune rettifiche nelle politiche socio sanitarie.

Sempre senza pretesa di esaustività ci sembra utile analizzare tre priorità:

- ridefinire (o forse meglio: riprecisare) il concetto di universalismo;
- garantire che l’obiettivo di riequilibrio geografico dei servizi, già declinato come fondamentale dalla L. 833 nel 1978, si realizzi compiutamente;
- pensare al settore come un settore di sviluppo economico ridefinendo (o forse meglio: riprecisando) il ruolo sussidiario dell’intervento pubblico.

3. Equità e universalismo

Che l’intervento pubblico in Sanità sia rilevante in tutti i Paesi (almeno quelli che raggiungono accettabili livelli di sviluppo) non stupisce, considerando la ratio equitativa dell’intervento pubblico, e osservando altresì che in assenza di esso le possibilità di accesso alle cure sarebbero distribuite in modo molto disforme e quindi iniquo.

Persino in presenza di un SSN universale come quello italiano, la spesa privata delle famiglie rimane fortemente legata al reddito: i consumi socio-sanitari delle famiglie del quintile con maggior consumo totale sono del 676,4% maggiori di quelli delle famiglie “più povere”.

Non è secondario che, in termini equitativi, dove l'intervento pubblico è meno efficace, come per l'odontoiatria e l'assistenza agli anziani, le famiglie lo integrano, agendo in base alle proprie disponibilità economiche.

A parte l'elemento equitativo, va sottolineato anche un argomento in favore dell'intervento pubblico, legato all'efficienza: argomento su cui l'istituzione del SSN in Italia ha percorso i tempi, enfatizzando prima e più che in altri Paesi, come una parte della salute individuale sia funzione dell'organizzazione sociale, sia in relazione ai comportamenti e agli stili di vita, sia in relazione alle disparità sociali (deprivazione).

Iniziando da questo ultimo punto, appare evidente che la funzione di cosiddetta "*public health*" è (trattandosi appunto di un caso paradigmatico di bene pubblico) certamente un elemento distintivo delle Politiche sanitarie in ogni Paese.

Sebbene, come anticipato, la L. 833 nel 1978 avesse indicato per tempo la strada giusta, esprimendo (per l'epoca) una indiscutibile capacità di *vision*, negli ultimi anni il sistema si è adagiato sugli allori, "avvitandosi" invece sui temi legati ai risparmi finanziari.

Anche in settori in cui l'Italia era all'avanguardia, come nella lotta al tabagismo, ci troviamo ora in posizione relativamente di retroguardia. Gli stili di vita tendono a "peggiorare", generando nuove patologie (come nel caso delle ludopatie, debolmente contrastate e poco prevenute, a causa del gettito finanziario che producono); è ormai noto che persino la secolare abitudine alla dieta mediterranea vacilla, non proteggendo più abbastanza i nostri bambini dall'obesità: sedentarietà e alimentazione inadeguata stanno minando la Salute delle prossime generazioni.

Lungi da essere un problema dilazionabile, già oggi registriamo in alcune aree del Paese livelli di disabilità e cronicità non confrontabili con quelli di altre zone, con costi che sono ben lungi da essere stati compiutamente valutati e considerati nelle allocazioni delle risorse.

La disabilità nel Sud del Paese (a parte fenomeni di abuso che non possono però modificare il segno delle differenze che citeremo) tocca livelli più elevati rispetto al Nord. In particolare, secondo l'Istat nel 2005 si arriva nelle Isole al 6,2% e nel Sud al 5,8% contro il 4,1% del Nord-ovest e il 4,0% del Nord-est. Particolarmente critica la situazione delle donne anziane nel Sud, tra le quali la percentuale di disabili sfiora il 30% nelle Isole (26,5% nel Sud) contro il 19,5% delle coetanee nel Nord Italia. La prevalenza di diabete, di nuovo in alcune Regioni meridionali è molto più alta rispetto al settentrione: il tasso standardizzato supera il 7% in alcune Regioni (7,5% in Calabria, 7,2% in Basilicata) contro un valore medio in Italia del 4,6%.

Esistono, quindi, evidenti possibilità di aumentare l'efficienza del sistema, promuovendo la Salute mediante investimenti in prevenzione primaria e, ancor di più, in politiche non sanitarie per la Salute, tese a educare e, specialmente, incentivare a corretti stili di vita.

L'afflato originario della legge di istituzione del SSN su questi temi andrebbe rapidamente recuperato, proponendosi di far divenire l'Italia un laboratorio di promozione di stili salutari di vita: certamente questo ridurrebbe nel medio periodo le disuguaglianze geografiche, molto più di quanto possa fare la apertura/chiusura di una manciata di servizi. Infatti, sebbene con qualche eccezione, l'offerta (intesa come strutture di cura e assistenza) è semmai eccedente: il tema dell'equità di accesso è piuttosto legato alla sua "qualità" e alla sua organizzazione.

Ad esempio, è nota la carenza di servizi sociali (e in parte sanitari) per la non-autosufficienza: interventi di assistenza primaria, sebbene in larga misura di tipo sociale, che oggi generano i maggiori rischi di iniquità; se, l'assistenza sanitaria viene in generale comunque garantita, l'impatto personale e familiare di una non-autosufficienza rimane una delle maggiori cause di impoverimento e disagio.

Se appare ormai evidente come la maggiore aspettativa di vita della popolazione si accompagna ad uno spostamento in avanti dell'insorgenza delle patologie e della disabilità (ad esempio, stimiamo una sostanziale stabilità della stessa, quando non una diminuzione, malgrado l'invecchiamento anagrafico), tanto da richiedere un ripensamento del concetto stesso di invecchiamento e rendendolo finanziariamente meno preoccupante, non si può eludere la necessità di un ripensamento della natura degli interventi; infatti, ineluttabilmente, cambia la struttura familiare, implicando un indebolimento delle reti di assistenza informali, e un SSN che rimanga puramente sanitario, ovvero non abbia integrata in sé la componente sociale necessaria per far fronte alla presa in carico della non-autosufficienza, diventerà ben presto del tutto insoddisfacente e fonte di iniquità.

Ma se "politiche non sanitarie per la Salute" e "non-autosufficienza" sono le assolute priorità, si evidenzia come la coperta sia "corta": dovendosi sostenere gli investimenti necessari per integrare il sistema e, allo stesso tempo, mantenere la rete di offerta che oggi eroga un numero davvero enorme di prestazioni sanitarie.

Come rimarcato la Sanità italiana vive la contraddizione di dover giustamente dare il suo contributo al risanamento della finanza pubblica, e allo stesso tempo di dover far fronte ad una domanda crescente, con risorse ormai significativamente inferiori rispetto ai Paesi storicamente a noi più vicini.

Il buon senso suggerisce che una stabilizzazione delle attuali risorse pubbliche rispetto al PIL (cosa peraltro ad oggi non scontata, e comunque delicata, nella misura in cui il PIL dovesse ancora "segnare il passo") possa essere un obiettivo prudente e ragionevole.

Ma un obiettivo di questo tipo pone comunque il problema di come far quadrare conti e assistenza, evitando che il tutto si realizzi posponendo gli investimenti, e quindi le innovazioni necessarie per mantenere e, sperabilmente, aumentare l'efficienza tecnica del sistema.

Criticità quest'ultima, esasperata dal fatto che i cicli economici sempre più instabili, coniugati alle logiche di finanziamento/perequazione della Sanità, che si legano sempre più ai consumi, renderanno sempre meno stabile il flusso di risorse disponibili.

In un siffatto scenario, la determinazione di non mettere in atto la previsione programmatica di un inasprimento dei *ticket*, mentre appare coerente con l'aspettativa di non ridurre ulteriormente il finanziamento pubblico, ma contemporaneamente pone molte altre questioni.

Appare paradigmatico in tal senso il caso dell'inasprimento dei *ticket* sulla specialistica, bollato da più parti come un fallimento annunciato, per non avere dato il gettito sperato (argomento, come vedremo, specioso, anche se "nobilmente" portato a supporto della inopportunità di aumentare i *ticket*).

A ben vedere, il tema del gettito è mal posto: la vera questione è se l'inasprimento dei *ticket* in questione abbia ridotto il numero di prestazioni, o le abbia spostate verso il settore privato.

Nel primo caso il *ticket* avrebbe fatto il suo “mestiere” di strumento di moderazione dei consumi, e dato che più volte è stato argomentato sui rischi di inappropriatezza di larghe fasce della specialistica, è lecito attendersi che le “rinunce” abbiano complessivamente aumentato il *Welfare*.

Si sarebbe, in tal caso, altresì dimostrato/confermato che il *ticket* non è esattamente una tassa e, quindi, generare gettito non è il suo ruolo primario.

Ma se, come probabile, larga parte della riduzione delle prestazioni a carico del SSN, fosse attribuibile a uno spostamento verso il settore privato (a pagamento diretto), si dovrebbe, invece, concludere che:

- ridurre ulteriormente la domanda non è così facile, malgrado l’inappropriatezza;
- il *ticket* è stato imposto in modo tecnicamente sbagliato, creando evidenti distorsioni, tali per cui la compartecipazione per alcune prestazioni è divenute più onerosa del prezzo delle stesse;
- un vantaggio ci sarebbe stato per il settore pubblico, anche in carenza di gettito, perché dovrebbe avrebbe erogato meno prestazioni e quindi speso meno di rimborsi agli specialisti convenzionati; ma di solito questi risparmi rimangono in larga parte nominali, per effetto dall’inerzia del sistema, che rende predominanti nel breve periodo i costi fissi;
- in alcuni casi, in modo parzialmente inspiegabile (a meno che per i ritardi nei pagamenti e per altri costi legati alla burocrazia del SSN) gli erogatori privati potrebbero avere un interesse a portare la domanda su segmenti extra-SSN, praticando prezzi inferiori a quelli del settore pubblico.

L’esempio citato dimostra come il sistema binario *ticket*/esenzioni è ormai profondamente iniquo e distorsivo: vuoi per una soglia rigida, e unica, di esenzione, che bipartisce la popolazione in esenti totali e “paganti” totali, incentivando in ultima istanza l’evasione; vuoi perché la soglia di esenzione è ormai significativamente difforme nelle Regioni, sancendo “soglie di povertà relativa” ingiustificatamente difformi e irrazionali: tanto più alte dove è maggiore il disavanzo e non dove è più alto il reddito medio; vuoi, ancora, per il permanere di compartecipazioni in cifra fissa, non soggette ad esenzioni, in larga misura responsabili dell’impoverimento di quasi 309.000 nuclei familiari.

Affinché il *ticket* non sia, quindi, una “odiosa” tassa sulla malattia è necessario che torni ad essere una compartecipazione generalizzata e proporzionale al valore dei servizi ottenuti, con un massimale che faccia scattare l’esenzione, legato alla capacità di contribuzione, ovvero tale da non pesare mai oltre limiti ritenuti accettabili sui bilanci delle famiglie.

La proposta, impropriamente bollata come un *ticket* con franchigia, è stata di recente avanzata, ma sembra essere stata (troppo) rapidamente accantonata: lo fu anche nel 2001, quando una analoga proposta, fatta al Ministro Turco, si scontrò con la difficoltà di modulare i tetti di esenzione sulla base delle dichiarazioni fiscali rese.

In ogni caso le nostre stime confermano che qualsiasi inasprimento dei *ticket* con le regole attuali avrebbe effetti significativi sull’impoverimento delle famiglie (+17,6% nuovi nuclei impoveriti), a meno che non venga rimodulato in modo progressivo in base alle capacità di consumo delle famiglie (+2,6% nuovi nuclei impoveriti).

L’obiezione principale mossa al metodo è quella dell’ingiustizia creata dalla diffusa eva-

sione; ma è il momento di ammettere che un Paese che non riesce a portare l'evasione su livelli accettabili, non può proprio permettersi approcci al *Welfare* di tipo universalistico: va da sé che, se risultasse possibile far contribuire correttamente solo una parte della popolazione, sarebbe paradossalmente più equo un sistema di tipo mutualistico che quello universalistico.

Va, quindi, prioritariamente fatto ogni sforzo per riportare anche in campo sanitario l'evasione su livelli accettabili, senza che questa diventi un alibi per non agire.

Una seconda obiezione al *ticket*, è quella per cui la redistribuzione è già operata con la progressività delle imposte, e quindi si creerebbe un doppio livello di perequazione: indubbiamente l'argomentazione è valida in via di principio, ma va osservato che inasprire le imposte è assolutamente inopportuno, onde evitare un avvitamento recessivo; e, allo stesso tempo, con i livelli già altissimi di imposizione attuali, imposti dall'entità degli interessi passivi sul debito pubblico, non rimane comunque molto per il *Welfare*.

Per questi motivi un *ticket* generalizzato, con una (magari per tipo di assistenza) aliquota di compartecipazione, regolabile annualmente e regionalmente in funzione dei cicli economici e dell'andamento dei conti regionali, dovrebbe essere comunque almeno valutato, in quanto potrebbe divenire:

- un valido ammortizzatore dei cicli economici;
- un modo per mantenere i servizi almeno sui livelli attuali evitando l'obsolescenza delle strutture del SSN;
- un incentivo per le Regioni a tenere a posto i conti (il *ticket* potrebbe aumentare automaticamente in caso di disavanzo, disincentivando l'utilizzo dei SSR meno efficienti);
- un modo per recuperare almeno in parte lo strumento del prezzo nel governo della domanda.

Purtroppo, sui *ticket* il confronto è storicamente condizionato da posizioni pregiudiziali, che giungono a farlo ritenere incompatibile con un sistema di tipo Universalistico: si tenga, però, conto che un sistema che fornisca servizi gratuitamente a tutti, ma di insufficiente qualità, non è più Universale di uno che garantisca a tutti l'accesso ai servizi pagando una compartecipazione nei limiti di un ragionevole impatto sui bilanci familiari. In altri termini, riteniamo che l'Universalità si misuri sulla capacità di dare ai più fragili le stesse opportunità dei più ricchi di accedere alle cure, e non necessariamente sulla gratuità per tutti delle prestazioni.

4. Riequilibrio dei servizi

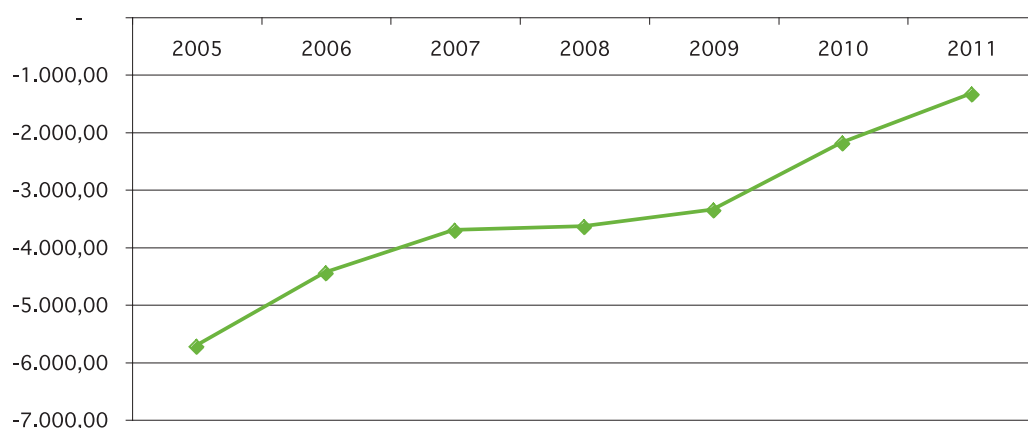
Per quanto sopra argomentato, la soluzione dei recuperi di efficienza tecnica, capaci di generare ingenti risparmi finanziari, appare almeno di dubbio realismo: non va, inoltre, dimenticato che ad oggi, anche standardizzando la spesa in base all'età e alla mobilità, le Regioni considerate più virtuose spendono di più delle altre e questo rende non chiaro dove andrebbero fatti i risparmi; non considerando le Regioni e Province a statuto speciale che, in generale, hanno livelli di spesa notevolmente più alti, la spesa pro-capite per i residenti (al netto quindi dei saldi di mobilità) delle Regioni Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto si attesta in media su € 1.827,66, contro gli € 1.768,32 della ripartizione meridionale; anche standardizzando per l'età le differenze restano: € 1.821,88, vs. € 1.816,40.

Solo per Lazio e Molise la spesa appare abnormemente alta e, quindi, presumibilmente contraibile; mentre per il meridione, nel complesso, la questione appare più che altro di tipo allocativo: ovvero la spesa, pur bassa, finanzia servizi di qualità insufficiente o non rispondente alle esigenze di un moderno sistema sanitario.

Non a caso, per la definizione dei costi *standard*, ovvero per la scelta delle Regioni *benchmark*, si è prima abbandonato il criterio *bottom-up*, per abbracciare quello *top-down*: criterio ragionevole ma non supportato da un adeguato metodo di standardizzazione; ma poi si è anche dovuto (non senza una buona dose di forzatura logica) aggiungere nella norma il requisito (ai fini dell'eleggibilità a *benchmark*) del pareggio di bilancio, poi ulteriormente integrato da un set di requisiti sui criteri di allocazione delle risorse.

Malgrado il problema sia allocativo, e quindi richieda scelte e modifiche mirate, e malgrado le promesse della *Spending review*, le politiche nazionali hanno continuato a orientarsi verso logiche che sono pur sempre di “taglio lineare”, con tetti e *target* indifferenziati e quindi, potenzialmente “sbagliati” per tutti: senza soluzione di continuità con una lunga tradizione di programmazione inefficace, basata su indicatori macro di funzionamento, tali indicazioni risultano per lo più inutili, quando non dannose, e istituzionalmente irrispettose della responsabilità regionale sulla organizzazione dei servizi. In molti casi i vincoli dei Patti di Stabilità arrivano a condizionare l'autonomia regionale, impedendo anche investimenti e cambiamenti pur necessari.

La risposta regionale è stata, in verità, più virtuosa di quanto non generalmente riconosciuto. Stando ai dati forniti dal Ministero della Salute, il disavanzo di esercizio è passato da € 5.736,09 mln. del 2005 a € 1.351,97 del 2011.

Figura 9 - Risultato di esercizio* nazionale - Valori assoluti (€ mln.), anni 2005-2011

*Inclusa la gestione straordinaria ed esclusi i costi capitalizzati per il 2011

Fonte: Ministero della Salute

La Corte dei Conti ha per la verità riconosciuto l'importante risultato⁴. Ma, a parte l'aspetto finanziario, anche valutando l'impatto sull'impoverimento a livello regionale, il quadro che emerge promuove (con riserva) le Regioni, in particolare quelle in Piano di Rientro: non si osservano infatti, scarti sistematici rilevanti nell'impatto sull'impoverimento nelle diverse Regioni.

Sicuramente i Piani di Rientro hanno però comportato un ricorso alle spese socio-sanitarie *out of pocket* da parte delle famiglie residenti nelle Regioni ad essi sottoposte, decisamente superiore alla media nazionale.

Quindi il rientro sembra effettivamente essere stato operato senza impatti equitativi rilevanti: per dovere di cronaca va, però, aggiunto che se dovesse avere, invece, generato rinunce dannose per la salute, questo potrà essere apprezzato solo in tempi più lunghi.

Il pareggio di bilancio rimane un obiettivo necessario, ma intermedio: l'esistenza di aree ipertrofiche (come quella ospedaliera), insieme a diffuse carenze in altri settori, in primo luogo quello dell'assistenza primaria, conferma l'esistenza in alcune Regioni di rilevanti problemi allocativi; suggerisce, altresì, che recuperi di efficienza sono effettivamente possibili, anche se probabilmente ottenendo più miglioramenti degli esiti (in senso lato), che non risparmi di spesa (in altri termini, esemplificando, se chiudendo qualche piccolo ospedale finalmente si potenzia la residenzialità e l'assistenza primaria, non è detto che

⁴ Nel cap. 2 viene illustrato in dettaglio l'andamento dei risultati di esercizio anche prima delle coperture (risultato di base per le verifiche dei Tavoli di monitoraggio) illustrato dalla Corte dei Conti nel "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2012".

si risparmi, ma certamente migliora l'assistenza).

Inoltre, una efficiente riorganizzazione libera risorse, ma prevalentemente nel medio-lungo periodo, mentre nel frattempo rischiano di prevalere alcune difficoltà accessorie: basti pensare al prolungato blocco del *turn-over*, che se da una parte contribuisce a risparmiare, dall'altra rischia di generare seri problemi di invecchiamento e incoerenza nelle piante organiche.

La questione dirimente rimane, quindi, quella delle risorse (e poi del loro corretto utilizzo) per sostenere il cambiamento e l'integrazione socio-sanitaria (ovvero in larga misura l'assistenza primaria), come anche per mantenere/ammodernare l'ingente patrimonio edilizio e tecnologico dei SSR.

Le politiche di riequilibrio regionali si ricollegano, quindi, alle scelte di finanziamento complessivo del sistema: un sistema finanziato per garantire livelli minimi di funzionamento, rischia di non poter programmare gli investimenti necessari per strutturare il cambiamento, rischiando di far fallire tutta l'operazione: esiste poi anche un problema politico, perché dopo aver "subito" i tagli necessari per mettere a posto i conti, le popolazioni attendono certamente di vedere un miglioramento dei servizi, e questa è la scommessa che molte amministrazioni devono ancora vincere.

5. Sussidiarietà e politiche industriali

Se, come sopra argomentato, va dato atto alle politiche assistenziali di avere raggiunto molti degli obiettivi di razionalizzazione preposti, tenendo fermo che il settore sanitario deve comunque rimanere complessivamente impegnato in un processo di ammodernamento, passante per una rivisitazione dell'approccio Universalistico, insieme ad una estensione della sua sfera di azione al Sociale, il "convitato di pietra" rimane, però, l'andamento dell'economia nazionale: senza una pur minima ripresa, ogni prospettiva rischia di rimanere sostanzialmente frustrata.

Le risorse disponibili sono state per lo più considerate una variabile esogena, e le politiche assistenziali si sono spesso asservite all'obiettivo di allineare l'operatività del settore alle risorse, più o meno scarse, disponibili: in tal modo si è implicitamente sposato il modello per cui il rapporto fra Sanità e sviluppo economico è univoco.

Si è, in altri termini, trascurato che la Sanità è anche il terzo settore industriale del Paese per valore aggiunto prodotto, e che occupa oltre un milione di addetti (comprendendo l'indotto), rappresentando gran parte della media e grande impresa italiana, ed è quindi a sua volta un determinante significativo della produzione di risorse.

È, inoltre, un settore in continua crescita e, sostanzialmente, indipendente dai cicli economici, oltre che ancora largamente protetto, vuoi perché molti servizi non sono esportabili (cresce semmai l'esportazione dei pazienti), vuoi perché gran parte dei beni prodotti sono frutto di innovazione e quindi oggetti a brevetto.

Tutti argomenti che dovrebbero far propendere per un serio interesse delle politiche economiche nazionali verso il settore, al fine di sfruttarne le possibilità di contributo alla crescita.

Di contro, le politiche industriali sembrano sostanzialmente inesistenti, e quelle assistenziali sono per lo più irrispettose degli interessi industriali, che anzi sono visti per lo più con

diffidenza e come contrapposti all'interesse pubblico.

Allo stesso tempo, va sottolineato che gran parte della razionalizzazione avvenuta nei conti del SSN proviene proprio dagli interventi di taglio sui prezzi imposti al settore farmaceutico (tali da avere reso negativo il deflatore implicito del settore), oltre che dalla genericazione di molte molecole.

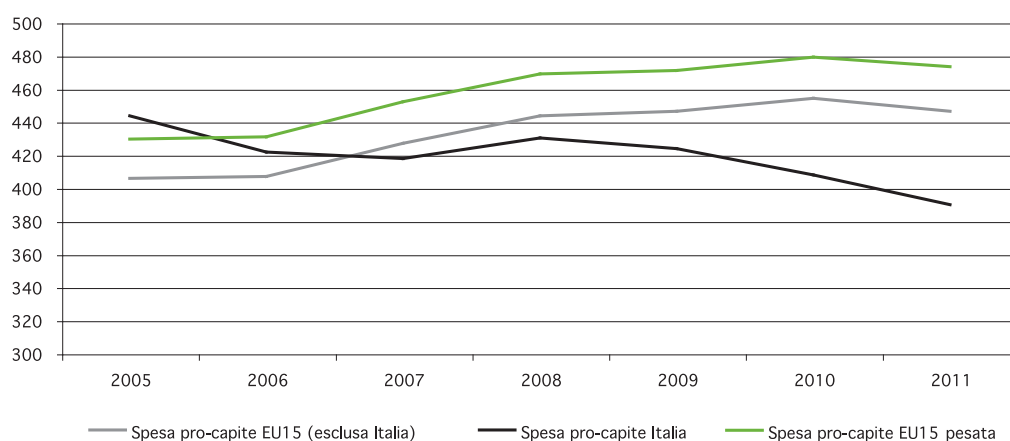
Operazione proposta spesso come necessaria a fronte di un eccesso di pressione commerciale da parte delle Aziende, che non trova però concreto riscontro nei numeri: la spesa pro-capite farmaceutica italiana è da molti anni (e già prima dei tagli) significativamente inferiore a quella media europea: già dal 2007 la spesa era inferiore alla media EU15 del -2,19%, per arrivare al -14,5% nel 2011 (e negli ultimi due anni il *gap* si è certamente allargato ancora per effetto degli ulteriori interventi).

Va inoltre considerato che i dati utilizzati per il calcolo sono quelli di fonte OECD, che sovrastimano la spesa italiana, generando una sottostima della citata differenza fra Italia e gli altri Paesi: infatti, per il nostro Paese i dati OECD contengono una quota assolutamente anomala di "other medical non durables" (oltre € 5 mld. contro valori prossimi allo 0 in Francia e Germania), "gonfiando" il dato farmaceutico italiano rispetto a quello degli altri Paesi.

Inoltre, se considerassimo la diversa composizione per età della popolazione italiana (notoriamente più vecchia), standardizzando il dato di spesa per età, il confronto fornirebbe un *gap* ancora maggiore (-21,4%).

È, quindi, difficile dubitare che l'Italia, pur essendo (ancora per un po') uno dei maggiori

Figura 10 - Spesa farmaceutica pro-capite – Italia vs. Paesi EU15
Valori in €, anni 2005-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2012/2013 e Rapporto OsMed 2011

mercati mondiali, offra livelli di profittabilità ormai bassi: e questi, più che il fatturato, sono in ultima istanza la variabile di riferimento delle politiche aziendali.

Non a caso, se dobbiamo riconoscere che queste manovre hanno contribuito a risanare le finanze pubbliche, sul piatto della bilancia va messo l'effetto negativo in termini industriali; quello sull'occupazione, ad esempio, è certamente significativo: dal 2005, l'occupazione del settore farmaceutico in Italia si è ridotta del 14,2%, con una perdita di 10.500 posti di lavoro, in larga misura qualificati.

Si evidenzia così un paradosso, in cui i benefici finanziari ottenuti, a livello Paese vengono in larga misura vanificati dalle perdite sul versante occupazionale.

Ma i tagli dei prezzi non sono probabilmente l'esempio peggiore di cattiva gestione delle politiche industriali: piuttosto segnaliamo la scarsissima attenzione alle più banali regole del *business*, che invece sono alla base della possibilità di sviluppo di qualsiasi settore produttivo, condizionando l'appetibilità di un Paese per gli investimenti.

Basterebbe citare come nel settore sanitario sia stata sancita l'impignorabilità delle Aziende Sanitarie da parte dei creditori; come a volte si ritardano le immissioni in commercio delle innovazioni; come sia frequente che dopo che il prezzo di un farmaco è stato contrattato (evidentemente anche sulla base delle prospettive di vendita) si agisca con ulteriori tagli dei prezzi o con ulteriori regolamentazioni che ne modificano la prescrivibilità e quindi il potenziale mercato.

In verità, il settore farmaceutico italiano potrebbe essere additato come un esempio di assoluta governabilità, in quando il sistema di *payback* ne predetermina di fatto il costo per il sistema: ma quando al *payback* si sommano tagli dei prezzi, ritardi nell'immissione nei prontuari, etc. ... si delinea una situazione che impedisce nei fatti la pianificazione aziendali.

Discorsi parzialmente simili potrebbero essere fatti per il settore dei dispositivi medici, sebbene sia molto meno regolamentato e trasparente; certamente la complessità del settore è molto maggiore, se non altro per l'enorme eterogeneità dei beni prodotti, ma questo non giustifica che non si disponga di dati affidabili neppure sulla sua entità: situazione che alla lunga non conviene né al sistema sanitario, né alle aziende.

Che le politiche industriali nel settore sanitario siano sostanzialmente *naïve* è poi chiaramente desumibile da alcune scelte che sembrano davvero poco logiche.

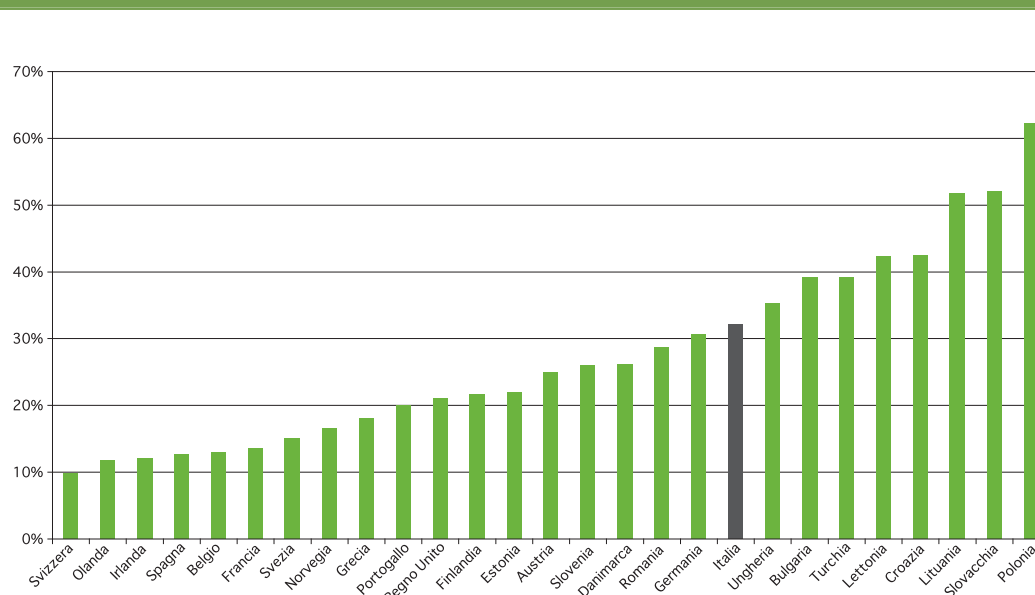
Rimanendo nel settore dei DM, appare evidente che i ritardi nei pagamenti e le centralizzazioni, a volte estreme, di acquisto rischiano di penalizzare proprio le aziende italiane, che sono mediamente di piccola dimensione.

Pur evitando sussidi occulti, creare condizioni di peggior favore per l'industria nazionale appare francamente una scelta masochista.

Ancor più eclatante è il caso degli interventi a supporto dei farmaci equivalenti.

Se è vero che una quota rilevante del mercato dei farmaci a brevetto scaduto è ancora appannaggio dei farmaci *originator*, avendo anche questi ultimi ridotto il prezzo, la quota complessiva del mercato dei farmaci a "prezzo basso" italiana è anche superiore alla maggior parte dei Paesi europei: in altri termini, l'entrata in commercio dei prodotti equivalenti è certamente necessaria e fonte di vantaggi sociali e, quindi, ha un valore sociale ogni regolamentazione che ne protegga la rapida disponibilità. Anche l'incentivazione al

Figura 11 - Farmaci equivalenti - Quota in valore sul mercato (prezzo ex-factory)



Fonte: EFPIA - European Federation of Pharmaceutical Industry Associations, 2013

consumo dei farmaci a brevetto scaduto ha un valore sociale; ma entrare nella dinamica della spartizione del mercato fra aziende genericiste e non esula dagli interessi pubblici: notando, altresì, che ormai gran parte delle aziende ha una “doppia anima” e che considerando il fatturato per occupato delle genericiste risulta di gran lunga maggiore di quello delle altre aziende (€ 580.071 vs. € 276.325), suggerendo che i profitti possano essere persino più alti.

In altri termini, sembra che le politiche industriali latitino e quelle assistenziali colmino il “vuoto”, spesso con atteggiamenti impropri o inutilmente invasivi delle dinamiche di mercato.

Anche in questo caso, la matrice di questa diffusa diffidenza verso la possibilità di mediare interessi pubblici e dell’industria potrebbe essere ricondotta ad un atteggiamento culturale, che non riconosce il ruolo sussidiario del settore pubblico nell’erogazione dei servizi, assurgendo la produzione pubblica a valore in sé: posizione culturalmente discutibile, che spesso si tramuta in un dannoso protezionismo, a tutti i costi, della produzione pubblica. Sarebbe forse opportuno riflettere sul fatto che l’utente è certamente interessato alla qualità dell’assistenza, ma non alla proprietà della struttura che lo prende in carico; e che, in quanto cittadini, siamo interessati, oltre che alla assistenza, anche alla creazione di maggiore occupazione e sviluppo economico, senza il quale il sistema sanitario avrà via via risorse sempre meno adeguate.

6. L'agenda

Come già detto, il sistema sanitario italiano ha certamente buone *performance* complessive, con forse l'eccezione della cosiddetta *customer satisfaction*, di cui non abbiamo argomentato in questo Rapporto: ci limitiamo ad accennare al fatto che riteniamo la carenza su questo versante un ulteriore esempio dell'insufficiente cultura della sussidiarietà (e quindi del diritto ad avere un servizio rispettoso della persona in tutti i suoi aspetti).

Accettando che le *performance* sono effettivamente (mediamente) buone, ne deriva che il sistema va più "manutenuto" che non riformato, adattandolo però ad una economia "rallentata" ed evitando l'errore di posticipare le decisioni in attesa di una miracolistica fine della "crisi": che certamente ci auguriamo, ma che altrettanto certamente non sarà un nuovo "boom economico".

Gli adattamenti più urgenti attengono ad alcune questioni storicamente irrisolte del sistema sanitario (non abbiamo toccato in questo Rapporto il tema della responsabilità finanziaria, un po' per riconoscere una cresciuta consapevolezza regionale su questo versante, un po' per rompere il monopolio dell'attenzione sulla questione finanziaria), oltre che ad alcuni fallimenti allocativi. Da questo ultimo punto di vista, pur riconoscendo i buoni risultati, va detto che essi sono comunque sempre migliorabili.

Volendo azzardare una agenda di quelle che potrebbero essere le priorità per il SSN italiano, proposte nel Rapporto, riteniamo che la crisi debba avere prima di tutto insegnato che l'Universalismo del "tutto a tutti gratuitamente" non è efficiente e neppure l'unico modello che promuove l'equità.

Da questo punto di vista, liquidare senza discussione la questione della leva prezzo, ovvero delle compartecipazioni, appare rischioso: anche perché comunque l'attuale sistema è ormai inaccettabile, specie sul lato delle esenzioni, e andrebbe riformato.

Tra l'altro, l'alternativa degli ulteriori risparmi rischia di generare una deriva verso il disinvestimento in alcuni settori, quali la specialistica, che farebbe perdere al SSN la sua unitarietà e integrazione dei momenti di cura, che è una delle migliori intuizioni della L. 833/1978.

Analogamente il rischio è quello di rinunciare agli investimenti, che possiamo considerare la seconda priorità: meglio dismettere che tenere in piedi strutture scarsamente mantenute e ammodernate; senza adeguati e regolari investimenti, e adeguata manutenzione, si innescherà un processo di obsolescenza che porterebbe in modo "strisciante" al fallimento del SSN: vanno quindi fatte scelte e in caso utilizzate le possibilità di investimento del settore privato.

La terza (non per importanza, che anzi è certamente prioritaria) è la questione della non-autosufficienza, "sottoprodotto" di una sempre maggiore capacità di curare e accrescere l'aspettativa di vita, ma anche, e forse soprattutto, effetto di un ineluttabile cambiamento delle strutture familiari, che genera il venir meno dell'assistenza informale: curare e poi "ghettizzare" i non-autosufficienti, per mancanza di assistenza sociale, è una prospettiva inaccettabile.

Le risorse per la non-autosufficienza sono tutte concentrate in schemi (come l'indennità di accompagnamento) che prevedono prestazioni in denaro, spesso di tipo indennitario, e comunque in assenza di regole sufficienti sulla qualità delle prestazioni acquistate: questo è il settore che più richiede una radicale riforma, anche perché è stranamente rimasto di competenza centrale.

La quarta questione è poi quella della prevenzione e, ancor prima, delle politiche non sanitarie capaci di incidere sulla Salute: come la L. 833/1978 felicemente intuì, è inutile e inefficiente curare quello che si può prevenire e nessuna Società potrà mantenere e migliorare radicalmente i propri livelli di Salute se non agendo sui comportamenti e sugli stili di vita; da questo punto di vista le iniziative sono poche e insufficienti, e già si evidenziano rischi rilevanti, ad esempio a causa dell'obesità infantile.

La quinta questione è quella legata ad una distorta visione del settore sanitario, considerato unicamente come fattore di costo: a parte l'ovvia considerazione sul valore dei benefici generati in termini di Salute, non va dimenticato che è un settore industriale importante per dimensioni e qualità: di fronte alla crescente competizione internazionale sui settori maturi, nessun Paese avanzato può rinunciare ad avere una propria politica industriale in un settore *knowledge intensive* come è quello della Sanità.

Legato alla visione "produttiva" del SSN, c'è anche l'aspetto della crescente mobilità internazionale dei pazienti. Il 2014 entra in vigore la Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera": pur non stravolgente nei contenuti, richiede alcuni passi importanti sui quali siamo probabilmente già in ritardo; ma ciò che più conta è che la Direttiva indica come in prospettiva i Sistemi, pur non potendo esportare la produzione, potranno sempre più "importare la domanda": un sistema sanitario capace di offrire buoni esiti a prezzi bassi, come sembra essere quello italiano, se vuole può sfruttare a suo vantaggio questa opportunità. Nel frattempo vari Paesi stanno già impostando politiche per il turismo sanitario, offrendo in modo integrato cura, riabilitazione, relax/benessere, turismo: sembrerebbe proprio una tipica vocazione italiana, ma non si potrà sviluppare senza un razionale e strutturato intervento.

Nei vari capitoli del Rapporto si trovano poi numerosi appunti che riportano ad aspetti maggiormente di dettaglio sulle necessità di riallocazione e riorganizzazione: ci limitiamo a segnalarne in chiusura due rilevanti.

Il primo è quello che attiene alla questione della corretta standardizzazione della spesa, che continua a rimanere negletta e irrisolta, minando la credibilità dei costi *standard*.

Il secondo è quello dell'accreditamento: un aspetto istituzionale che mostra i segni del tempo, in quanto pensato in un sistema non federale e carente di dati sulla qualità delle prestazioni. In un sistema che ormai dispone di buoni dati sulla qualità (ad iniziare dal Programma Esiti), vanno potenziate le componenti di accreditamento tese all'eccellenza, superando la logica "minimalista" dell'accreditamento istituzionale impostato negli anni '90; inoltre, essendo divenuto il sistema federalistico, va potenziato e regolato il sistema degli accordi bilaterali, che oggi si limitano agli accordi di confine (regionale), trovando una ragionevole mediazione fra tutela del principio della libertà di scelta del cittadino e esigenze di programmazione regionale.

