



*Rapporto CEIS - Sanità 2008*  
*I introduzione*

## La Sanità delle Regioni. Bilancio e prospettive a sette anni dalla riforma del Titolo V e alla vigilia del Federalismo fiscale

di Spandonaro F.<sup>1</sup>

*Il Rapporto Sanità del CEIS è giunto alla VI edizione: in quanto curatore sin dalla prima edizione del Rapporto non posso che essere lieto della sempre maggiore attenzione che il lavoro riceve; aggiungo che non si è modificata la natura dell'elaborato, che vuole diffondere l'attività di ricerca in Sanità del Centro in una forma adatta alla fruizione anche da parte di un pubblico più vasto di quello dei ricercatori.*

*Si è, invece, ritenuto di modificarne la struttura dell'indice, adottando un approccio più organico, che contiamo di mantenere nelle prossime edizioni. Di conseguenza, il volume affronta in primo luogo le modalità di finanziamento del sistema di tutela pubblica; a fronte delle risorse impegnate, vengono poi analizzati i principali settori di assistenza (Ospedaliero, Emergenza, Residenziale, Farmaceutica, Specialistica, Sociosanitaria, Domiciliare), coniugando aspetti economico-statistici e questioni regolatorie; a seguire si analizza l'effetto finanziario (e possibilmente anche economico) dell'attività assistenziale, e quindi la spesa generata, ma anche gli impatti equitativi del sistema. Chiude il volume un capitolo dedicato alle principali "industrie" che operano in Sanità (Farmaceutica, Dispositivi Medici, Assicurazioni), per ricordare sempre che la Sanità indubbiamente "costa", ma contribuisce molto allo sviluppo dell'economia del Paese.*

Il Rapporto 2008 prende le mosse dalla constatazione che il federalismo in Sanità è ormai un fatto acquisito, ma:

- permangono alcune questioni irrisolte sul lato dell'equità e del finanziamento;
- inoltre, per completare il disegno federalista, vanno superati due principali ordini di problemi, federalismo fiscale e garanzia dei Lea, sui quali quest'anno si è, in particolare, concentrato il Rapporto (nella nuova organizzazione, appunto finalizzata a permettere una trattazione più organica).

Iniziamo subito osservando che i problemi di (in)equità, che il Rapporto segnala sin dalla sua prima edizione, non trovano miglioramento, sancendo quindi l'incapacità delle politiche (nazionali e regionali) di trovare una soluzione. Quest'anno registriamo, in effetti, una diminuzione dell'incidenza delle "spese catastrofiche" per cure sanitarie, a cui rimangono comunque soggette 850.000 famiglie; ma è piuttosto lo "zoccolo duro" delle 300.000 famiglie impoverite a seguito di spese sostenute in proprio per la salute, che crea qualche preoccupazione: amplificata dalle prospettive economiche tutt'altro che ottimistiche, che certamente aggiungeranno difficoltà, a quelle che le famiglie più fragili già devono affrontare oggi.

<sup>1</sup> Coordinatore del Rapporto Sanità del CEIS. Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Sul lato del finanziamento, la bassa crescita attesa del PIL, se da un lato permette alle risorse rese disponibili dallo Stato per la Sanità di mantenersi costanti rispetto al PIL, rischia o di riaprire la forbice fra finanziamento e spesa (trascinata da contratti, ma anche invecchiamento e “tecnologia”, e non da ultimo dalle necessità di investimento delle Regioni maggiormente disastrate, non solo finanziariamente, ma anche dal punto di vista dell’organizzazione dei servizi), o di costringere le Regioni a ricorrere a inasprimenti delle compartecipazioni, o infine a “restringimenti palesi o impliciti” dei livelli qualitativi della tutela.

Dai dati disponibili e dalle stime effettuate in ordine all’evoluzione della spesa, alle Regioni potrebbero “mancare” € 3-4 mld. nel 2009, che potrebbero salire fino a € 10 mld. nel 2010.

Ovviamente quanto sopra è facilmente smentibile, nella misura in cui recuperi sostanziali di efficienza, riescano a liberare risorse per il Servizio. L’argomento è certamente valido, oltre che auspicabile, ma sembra difficile che recuperi di efficienza economica reali possano realizzarsi senza adeguati investimenti: ristrutturazione degli ospedali dismessi, aumento dell’offerta alternativa all’ospedale, sanità elettronica, prevenzione, ....

Se Equità e Finanziamento (con l’incapacità di alcune Regioni di governare il sistema sanitario regionale) rappresentano il lascito (negativo) principale, due problemi ancora si frappongono con la compiuta realizzazione del Federalismo.

In primo luogo ci riferiamo al fatto che senza un meccanismo condiviso di federalismo fiscale (rimaniamo quindi nell’ambito del finanziamento, non più visto nel suo livello, quanto nel suo riparto), l’attuale assetto istituzionale rischia di rimanere incompiuto, lasciando legata l’autonomia regionale dalla relativa responsabilità finanziaria.

In secondo luogo, va garantita sostanzialmente l’esigibilità dei diritti di cittadinanza, ovvero nel caso specifico dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

In altri termini, trovare il *fine tuning* fra differenze accettabili (legate al federalismo) e uniformità dei diritti fondamentali (legate all’idea dei LEA), sembra essere la vera sfida del SSN italiano nei prossimi anni.

Le due tematiche sono evidentemente inscindibili: non si può, ad esempio, determinare un criterio accettabile di finanziamento e/o di perequazione, se non si è ragionevolmente certi di disporre di valutazioni attendibili sui livelli di efficienza dei sistemi regionali; ma avere criteri di comparazione in questo ambito richiede la capacità di monitoraggio dei LEA in particolare, e delle diversità di bisogno delle popolazioni in generale.

Si sostiene, in pratica, che spendere meno non necessariamente è indice di maggiore efficienza, potendosi annidare nei dati la distorsione dovuta a differenze di bisogno e/o carenze di qualità (ovvero LEA garantiti solo formalmente): in termini più espliciti, spendere meno perché si ha una popolazione con minori bisogni, oppure perché la qualità dei servizi è minore, non è indice di efficienza.

Il volume non si è, quindi, volutamente occupato di determinazione dei “costi standard”, che pure sono in testa all’agenda politica, in quanto si ritiene che la loro formulazione sia, allo stato attuale delle conoscenze, ancora prematura: pur necessari, essi debbono essere la risultante di un processo complesso di valutazione, in parte ancora da esplorare, che parte dall’analisi congiunta dei costi e dei bisogni; la dizione “costo standard”

evoca, in effetti, il concetto di efficienza del sistema, nella misura in cui non si è voluto adottare il “costo medio” dell’assistenza, che è certamente maggiore della *best performance*; allo stesso tempo evoca una certa prudenza nella comparazione dei dati, essendosi scartato il “costo minimo”, che potrebbe essere il frutto di una non piena garanzia dei LEA.

Determinare un costo efficiente per l’assistenza erogata rimane, però, operazione non facile, e resa ancora più complessa da una carenza strutturale dei dati di monitoraggio disponibili: il sistema di rilevazione dei costi attuale è basato su un criterio di classificazione per natura dei fattori di produzione, quando, per affrontare credibilmente il tema dei “costi standard”, sarebbe invece necessario basarsi sulle tipologie di assistenza (a cui non a caso abbiamo ricondotto l’organizzazione del VI Rapporto Sanità).

La scelta del livello di aggregazione sul quale operare un *benchmarking* per individuare i “costi standard” è decisamente fondamentale: il livello più aggregato (*benchmarking* sui costi per residente) sembra praticamente non significativo, in quanto efficienze e inefficienze sui singoli settori assistenziali si compensano finanziariamente, ma non certo a livello di effettivo (sostanziale) rispetto dei LEA: si pensi ai finti “risparmi” sull’attività residenziale e domiciliare che si evidenziano ove piuttosto nascondono rilevanti carenze di offerta.

All’altro estremo, quello della singola prestazione o percorso diagnostico-terapeutico, prevale una variabilità soggettiva dei bisogni e dell’efficacia dei trattamenti, che sembra discriminante nello scartare questo approccio (che peraltro non trova, infatti, riscontro a livello internazionale).

In definitiva, un approccio “mediano”, sostanzialmente pragmatico, sembrerebbe essere quello di riferirsi a macro aree di assistenza (costo per tipologia di assistenza), scegliendole in modo che la “scala” sia tale da permettere di definire criteri di valutazione degli *output* e, possibilmente degli *outcome*, ragionevolmente oggettivi, e atti a scartare le esperienze caratterizzate da carenze importanti sul piano quali-quantitativo.

Le esperienze dei NHS inglese in tema di capitation vanno in questa direzione, basandosi sulla capacità di definire scale di equivalenza dei bisogni per singola tipologia di assistenza.

Che la variabilità dei bisogni sia un elemento fondamentale di giudizio è dimostrato da facili esercizi numerici: ad esempio, se si calcola il costo per residente a livello regionale, si osserva come i costi attualmente più bassi siano quelli di Sardegna, Puglia e Lombardia, peraltro subito seguite dalla Campania, che pure è in evidente stato di eccesso di disavanzo; “correggendo” i dati con i pesi utilizzati per il riparto (nella misura in cui possano rappresentare adeguatamente i differenziali di bisogno della popolazione), le migliori *performance* diventano quelle di Umbria, Basilicata e Marche, con le altre Regioni che slittano verso il basso (la Lombardia è, ad esempio, superata dalla Toscana e la Campania scende di molte posizioni).

Quanto sopra sembra sufficiente a dimostrare la sensibilità del dato al criterio di pesatura dei bisogni; se poi vogliamo entrare nel merito della capacità dell’attuale sistema di rilevazione contabile di discriminare in termini di efficienza, il caso della Campania appare paradigmatico; ma non può, altresì, non notarsi che le Regioni con costi più bassi

sembrano essere tutte Regioni di dimensioni piccole e che la Sardegna, che è fra quelle apparentemente più virtuose secondo le nostre stime, ha *performance* decisamente scarse sul versante dell'appropriatezza dei ricoveri.

Un *benchmarking* diretto dei costi totali per residente sembra, quindi, davvero un esercizio poco fondato: la materia, fondamentalmente, dipende dai criteri di standardizzazione dei bisogni, il cui algoritmo (elaborato nella versione attuale fra il 1996 e il 1999) è certamente da approfondire e rivedere.

Va sottolineato, quindi, che non è eludibile la tematica dell'adeguato finanziamento dei LEA a livello regionale mediante "costi standard", ovvero un costo ragionevolmente efficiente per l'erogazione dei servizi, ma che essa deve essere preceduta da una scientifica e condivisa valutazione dei determinanti dei costi siano essi bisogni appropriati, bisogni non appropriati, induzione di domanda, etc., con evidenti differenti implicazioni in tema di eleggibilità al finanziamento centrale e quindi alla solidarietà nazionale.

L'esperienza inglese fornisce indicazioni importanti sulle metodologie da utilizzare, ad iniziare dai livelli di disaggregazione delle stime (come già detto condotte a livello di "branche" di assistenza), per finire alla scelta delle unità di osservazione, lì identificate nei *Primary Care Trust*: evidentemente su questo ultimo punto va ragionato come trasporre il criterio nell'assetto istituzionale italiano ma, certamente, ragionare a livello di ASL sembra decisamente più corretto che usare il livello regionale, dove si mediano, e quindi nascondono, situazioni di differente "segno".

Nessuna stima potrà però mai garantire la minuta, ma non per questo meno importante, garanzia della tutela.

Siamo personalmente convinti che questa possa basarsi solo su un doppio e complementare approccio.

Il primo è quello della capacità del sistema di raccogliere in maniera efficace le segnalazioni dei cittadini: nessun metodo statistico potrà mai identificare l'area dei minuti scostamenti dalle "regole del gioco fissate" che si generano nel sistema: malgrado questi scostamenti minino alla base la sostanza del concetto di LEA. Ci sembra che, in ossequio ad una logica di *empowerment*, si dovrebbe prevedere (a livello centrale trattandosi di potenziali scostamenti dal sistema nazionale di tutela) un sistema di "complaint" reporting, mutuabile dalle logiche dell'incident reporting come evolutosi nell'ambito del risk management (ovvero di facile accesso, anonimo, scisso da logiche risarcitorie e legali, etc.). In pratica, una modalità di facile (ad esempio via WEB) e informale segnalazione degli eventi che, a discrezione dei cittadini, configurano mancanze nel sistema dei diritti. Un sistema del genere potrebbe generare informazioni utili, che un tavolo di garanzia a cui siano seduti il livello centrale, quello regionale, quello dei cittadini e dei pazienti, potrebbe far divenire un osservatorio davvero capace di monitorare l'applicazione pratica del concetto dei LEA.

Sempre in una ottica di *empowerment*, è necessario che i cittadini, ancor prima di avere accesso ad uno strumento di "voice", siano informati sulla qualità dei servizi offerti: se l'AGENAS, come più volte ribadito a livello governativo, dovrà assumersi il ruolo di agenzia indipendente per la valutazione, appare fondamentale che si apra alla partecipazione della società civile (associazioni dei cittadini, dei pazienti, istituzioni scientifiche che nelle

varie materie si occupano di Sanità e Salute, etc.), così da poter essere davvero credibilmente “terza”, in un sistema di tutela che in Italia è largamente pubblico.

A livello più aggregato, per la garanzia dei LEA si può solo effettuare uno stretto monitoraggio, ovviamente non formale, sulle politiche sanitarie regionali e sugli incentivi sostanziali che queste creano in tema di tutela.

In questo ambito rileva ancora il tema della portabilità dei diritti, in quanto in presenza di una crescente autonomia sostanziale delle Regioni, può divenire un problema per i cittadini pretendere prestazioni in Regioni diverse dalla propria. Attualmente è di fatto garantita da una sostanziale inefficienza dei meccanismi di regolazione finanziaria della mobilità, per cui in pratica tutto viene erogato e, in via di principio, a posteriori regolato fra Regioni.

A tal fine, utilizzando il progetto SANIDATA per un *Osservatorio sulla regolazione regionale e nazionale*, il VI Rapporto Sanità del CEIS ha potuto registrare la sedimentazione di crescenti differenze regolatorie in molti campi dell’assistenza: l’aspetto caratterizzante sembra essere il prevalere delle logiche di risparmio finanziario su quelle economiche, e talvolta, equitative; di più, il crescente esercizio dell’autonomia regolatoria su aspetti che toccano i diritti alle quantità delle prestazioni (giustificate da valutazioni di appropriatezza), fa prevedere, a medio termine, un crescente rischio di disparità regionali sui LEA sostanziali, e quindi potenziali problemi di portabilità dei diritti.

Rimandando ai singoli capitoli per l’approfondimento e le indicazioni di dettaglio, osserviamo qui che il settore farmaceutico appare un segmento assistenziale paradigmatico in termini di variabilità regolatoria.

Ad un indubbio successo da un punto di vista finanziario (l’onere pubblico si è decisamente contratto negli ultimi anni, per effetto degli interventi sui prezzi e sulle quantità), e prescindendo da considerazioni sulle politiche industriali, si deve notare come i limiti prescrittivi ad oggi adottati, come anche i diversi processi per l’utilizzo *off-label* dei farmaci, le modifiche regionali ai livelli di esenzione e di compartecipazione, lasciano intravedere scostamenti significativi dal principio dell’uniformità nazionale dei diritti di tutela.

Ad esempio segnaliamo come le normative sui limiti prescrittivi già vedono alcune Regioni definire prezzi di riferimento, precisamente quantificati in costi per DDD, diversi (ad es. la Sardegna per gli inibitori della pompa acida); altre (rimanendo nello stesso ambito, ad es. Lazio e Molise) adottano criteri diversi (prezzi massimi per tipologie di confezioni a diverso dosaggio); è facile convincersi che la concreta accessibilità alle varie tipologie di farmaci, come anche i disincentivi ad usare molecole più costose, sono già oggi diversi a seconda delle Regioni.

Ragionando in via di principio, quindi, già oggi esistono disparità sia sul lato della domanda, che sul lato dell’offerta, con livelli di concorrenzialità affatto sovrapponibili; sempre in via di principio, in quanto le quantità interessate al ragionamento sono per ora limitate (ma nulla vieta che in futuro si creino condizioni per evoluzioni diverse), se ragioniamo sulla portabilità dei diritti, ci si chiede a quali limiti prescrittivi dovrebbero uniformarsi le prescrizioni che dovessero essere richieste fuori Regione?

Analogamente, altre normative sembrano evolvere in modo potenzialmente distorsivo: è il caso dei farmaci inseriti nei cosiddetti file F; tale flusso, nato per ragioni di regolazio-

ne fra le Regioni, e poi esteso a quello tra le Regioni, doveva rappresentare una modalità a piè di lista di rimborso. Di fatto alcune Regioni lo hanno reso esplicitamente soggetto ad un tetto finanziario, altre lo fanno implicitamente, con l'effetto di produrre razionamenti sui farmaci ivi inseriti (che di solito sono farmaci innovativi, soggetti ad accurato monitoraggio anche dell'AIFA), persino maggiori di quelli sui farmaci rimborsati all'interno dei DRG.

Analogamente, sugli usi *off-label* alle Regioni è stata demandata la mera definizione delle procedure autorizzative, ma in carenza di requisiti minimi (ad esempio limiti di tempo per l'esecuzione del processo, oppure obbligo di adozione del criterio del silenzio assenso), tali procedure creano le condizioni reali per razionamenti impliciti e quindi diverse possibilità di accesso a farmaci in casi che di solito sono estremamente gravi e urgenti.

Se le differenze sui *ticket* possono essere (parzialmente) giustificate sulla base del loro ruolo "fiscale", legato alle situazioni finanziarie locali, molto meno ovvio appare la crescente differenziazione dei limiti di esenzione. Specialmente in un meccanismo binario (esenzione totale o nulla), appare difficile giustificare perché in una Regione i cittadini sono considerati fragili a livelli di reddito diversi (e poi qualcuno usa il reddito familiare e qualcuno il reddito familiare equivalente...).

Persino sui *ticket* apparentemente simili si annidano fonti di disparità: è il caso della specialistica dove, con poche eccezioni (ad es. Lazio) la franchigia è di fatto comune, ma non lo sono i tariffari, per cui con la stessa cifra si portano a casa "panieri" di prestazioni diverse. Si aggiunga che, sempre formalmente giustificata da ragioni di appropriatezza, alla fase del passaggio da ricovero ordinario a diurno, segue ora la fase del passaggio delle prestazioni al regime ambulatoriale; a tal fine, in alcune Regioni si assiste alla definizione di pacchetti (variamente denominati) di prestazioni ambulatoriali, tipicamente ad erogazione ospedaliera. Ci sarebbe molto da discutere sull'attribuzione delle prestazioni ad un regime (di ricovero o ambulatoriale) in base a considerazioni che spesso lasciano trasparire l'obiettivo del risparmio, come anche sul mantenimento (se non l'aumento) delle prestazioni ambulatoriali dentro le strutture ospedaliere, ma comunque rileva che, a seconda del regime regionalmente adottato, l'onere per il cittadino cambia radicalmente: di solito nullo nel caso di regime di ricovero ordinario o diurno, soggetto a *ticket* se ambulatoriale. Si pensi ad esempio a molte terapie infusionali, ivi comprese quelle oncologiche, già oggi trattate in regimi diversi a secondo delle Regioni.

Le disparità che impattano sul diritto (o almeno sulle relative modalità di accesso) sono certamente quelle che più attentamente vanno monitorate; non di meno osserviamo rilevanti differenze, che vanno segnalate, anche su normative che, pur afferendo alla sfera organizzativa di chiara competenza regionale, finiscono per avere effetti non secondari sulla qualità delle prestazioni, e quindi di nuovo sui diritti sostanziali.

Il caso paradigmatico è rappresentato qui dagli accreditamenti, e all'interno di questi, dai criteri per le strutture residenziali (ma il discorso si può allargare ad altri segmenti).

Abbiamo infatti osservato che esiste una forte eterogeneità definitoria regionale, ad esempio con significati e ruoli assegnati alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) molto differenti; se in alcune Regioni si adotta una ridefinizione delle RSA scindendone l'universo sulla base delle tipologie di utenza (RSA, RSA demenze, nuclei Alzheimer), in altre si va oltre, introdu-

cendo nuove tipologie (più o meno temporanee) in relazione al gradiente assistenziale fornito: appaiono così le Residenze Sanitarie Flessibili (RSF), le Residenze Sanitarie a Sede Ospedaliera (RSAO) o le RSA medicalizzate (RSA-M).

Ad una tale eterogeneità definitoria la legislazione (talvolta anche per problemi di “realismo” politico, legati alla forte difficoltà da parte dei gestori ad adattare i requisiti nei modi e termini indicati dalle norme) difficilmente riesce a far coincidere con chiarezza un insieme di requisiti specifici. Molti dei requisiti sono soggetti a possibili deroghe, o lasciati determinati solo nelle linee generali o, come nel caso della Lombardia, lasciati in parte a livello di suggerimento o di intenzione (nel senso che si applicano solo alle nuove strutture).

Quindi, malgrado i requisiti richiesti (ad es. spazi o personale) appaiono formalmente sovrapponibili fra le Regioni (e neppure sempre), nei fatti nel sistema convivono differenze qualitative significative per gli utenti, oltre a crearsi differenziazioni forti di requisiti tra strutture esistenti e nuove strutture (con evidenti effetti sui costi e quindi sulle barriere all’ingresso nel settore).

Appare evidente che senza criteri minimi nazionali ben identificati e cogenti, l’accreditamento (o meglio un uso disinvolto dello strumento) può diventare un modo per le Regioni meno virtuose per simulare “risparmi”, di fatto pagati dai cittadini in termini di minore sicurezza e/o qualità assistenziale.

L’effetto tangibile di questo disordine regolatorio, è la pratica incomparabilità dei dati; se escludiamo il settore ospedaliero la farmaceutica e in parte la specialistica, le statistiche disponibili appaiono del tutto incomparabili, rendendo impossibile ogni valutazione sull’efficacia e sull’efficienza dei sistemi di assistenza residenziale, domiciliare e, in generale, per tutta l’area del socio-sanitario. Per inciso, notiamo che il sociale e il sanitario risultano sempre meno separabili e andrebbero riportati definitivamente in un unico ambito di protezione. A proposito di incomparabilità dei dati, vanno anche segnalate alcune innovazioni organizzative, che contribuiscono a rendere difficili i confronti. In particolare, preme sottolineare un aspetto innovativo che si sta affacciando nel nostro sistema a partire dall’ambito dell’assistenza domiciliare, senza peraltro che goda della dovuta attenzione. Parliamo dei *voucher* (ad es. in Lombardia), detti in altri contesti assegni di cura (ad es. Toscana, Emilia Romagna). L’erogazione di buoni monetari per l’acquisto di prestazioni ha indubbi vantaggi (maggiore autodeterminazione dei soggetti beneficiari, induzione di competizione fra erogatori), ma anche qualche rischio (in particolare la scarsa flessibilità sui bisogni individuali e la diverse capacità di interloquire con il sistema di offerta a seconda delle condizioni socio-economiche).

Il fenomeno andrebbe, quindi meglio analizzato empiricamente, valutandone la sua reale efficacia e efficienza: segnaliamo che la trasformazione di alcune prestazioni attualmente erogate in natura, in prestazioni erogate di fatto in denaro, potrebbe favorire l’integrazione finanziaria da parte dei cittadini, dando un impulso significativo allo sviluppo di un secondo pilastro di protezione (sanità integrativa).

Infine, sembrano degne di nota alcune discrasie afferenti alla politica ospedaliera, che rimane l’area che assorbe maggiori risorse.

A fronte di una generale contrazione della dotazione complessiva di posti letto, in alcune Regioni si è assistito alla riduzione del numero di strutture di ricovero, soprattutto pubbli-

che; in altre Regioni, invece, si è di fatto ridimensionata la dotazione media delle strutture esistenti.

Il dato aggregato nasconde quindi politiche affatto sovrapponibili, e in qualche misura basate su modelli opposti di valutazione dell'efficienza ospedaliera.

Analogamente riscontriamo come permanga una distinzione significativa tra Nord e Sud, evidente analizzando la complessità dei ricoveri (decisamente minore nel Sud), e l'appropriatezza (anche in questo caso minore nel Sud).

Il personale delle strutture di ricovero e cura pubbliche dal 2000 ad oggi non si è ridotto, ed anzi è leggermente (al netto dei contratti libero-professionali) cresciuto: nel dettaglio sono diminuiti gli infermieri e sono aumentati medici e amministrativi.

La sensazione che se ne desume è che le politiche di riduzione dei posti letto siano spesso una operazione di facciata, mancando una reale razionalizzazione del settore.

In pratica assistiamo ad un parziale fallimento del meccanismo di pagamento a prestazione (peraltro applicato molto parzialmente, godendo la maggior parte degli ospedali pubblici di un sostanziale pagamento a piè di lista). Una riprova di questo fallimento è la forte variabilità regionale nei livelli di remunerazione ospedaliera. La tariffa media regionale, calcolata sulla base dei tariffari regionali vigenti, evidenzia differenze che sfiorano il 60%, difficilmente giustificabili su un piano razionale.

Di fatto la razionalizzazione del settore, specialmente nelle Regioni con maggiori disavanzi, che sono anche quelle con una maggiore presenza di strutture private, avviene con il meccanismo delle regressioni tariffarie. Anche qui la normativa regionale nasconde differenze significative: in alcuni casi la regressione è del 100% (in pratica superate le prestazioni assegnate le successive non vengono pagate), non solo non permettendo modifiche delle quote di mercato assegnate, ma anche costruendo rilevanti barriere all'entrata di nuove strutture (è ormai significativo il caso di strutture accreditate ma senza accordo, che quindi si vedono riconosciuti i requisiti per agire per nome e conto del SSR, ma poi non ne hanno la possibilità per mancato riconoscimento in ambito programmatico).

Come preannunciato, le politiche regionali sembrano spesso piegare le logiche dell'efficienza e dell'appropriatezza a quelle del risparmio finanziario: il fatto è evidentemente comprensibile in un contesto di finanza pubblica fortemente vincolato, che non sembra, però, tenere adeguatamente conto di alcuni fattori, peraltro oggettivi.

In primo luogo che la spesa sanitaria italiana (in percentuale del PIL) continua ad essere inferiore a quella dei Paesi a noi più affini per sviluppo economico (Francia, Germania, Olanda, Danimarca, etc); poi che classificando i Paesi per il livello di spesa sanitaria, ma anche per la sua crescita di medio periodo, l'Italia si posiziona nel quadrante dei Paesi più virtuosi.

Queste osservazioni portano, quindi, a far sostenere che il "problema" sia tutto interno ai vincoli di spesa pubblica, considerando poi che il nostro Paese si trova, con riferimento alla quota pubblica di spesa sanitaria, al di sopra della media dei Paesi OECD (nel 2006, 77,2% rispetto ad una media OECD pari al 73,4%), con una sostanziale stabilità della percentuale dal 2005. In una ottica di più lungo periodo, in Italia la quota pubblica di spesa è diminuita di circa 7 punti percentuali dal 1990 al 2000, per poi registrare un aumento di quasi 5 punti percentuali dal 2000 al 2006.

Peraltro non va dimenticato, in particolare in un momento in cui si paventano recessioni importanti, che la Sanità è un settore sostanzialmente anticiclico e che, considerando l'indotto che genera, rappresenta il terzo settore economico dopo alimentari e edilizia.

Aggiungiamo ancora che data la frequenza dei contatti dei cittadini con il SSN, siamo nell'ordine delle decine di milioni annui, ogni miglioramento di efficienza organizzativa del settore può significativamente incidere sulla produttività del sistema: senza scomodare la teoria della formazione del capitale umano, basterebbe ricordare le ore di lavoro perse per ragioni di salute personali o dei propri familiari.

Ci sembra, quindi, che ci siano buoni motivi per sostenere l'opportunità di investimenti nel settore, rafforzati dalla necessità di sostenere la razionalizzazione dei sistemi attualmente soggetti a dissesto finanziario: Regioni come la Campania, il Lazio e la Sicilia, difficilmente potranno colmare i propri (colpevoli) ritardi, senza un adeguato sforzo di riconversione dei servizi, che certamente ha un costo non irrilevante.

Ciò che sembra maggiormente ostare al cambio di rotta è, in verità, la incapacità del sistema (o quanto meno il timore) di evitare che eventuali risorse aggiuntive vadano sprecate: si ritorna quindi al tema della capacità del sistema di dotarsi di elementi concreti di valutazione dell'efficienza, senza i quali non solo non si potranno definire i "costi standard", ma neppure si potrà realizzare un nuovo corso di riqualificazione della spesa sanitaria.

In termini di sviluppi futuri, il modello econometrico utilizzato nell'ambito del Rapporto, conferma un trend di crescita della spesa sanitaria totale (pubblica più privata) più rapido di quello del PIL, sebbene la crisi possa avere esercitato un moto di contenimento anche nel settore oggetto di analisi. Nel 2010 stimiamo che la spesa avrà superato i € 149 mld. pari all'8,8% del PIL (equivalente a circa il 9,0% secondo le statistiche OECD di confronto a livello internazionale), con una crescita rispetto al 2008 di ulteriori 0,1 punti rispetto al PIL (rimanendo così al di sotto dei principali Paesi europei).

Considerando che, nello stesso periodo, a quota di finanziamento centrale pubblico è previsto rimanere sostanzialmente costante, e in presenza di una recessione, o di una sostanziale costanza del PIL reale, si evidenzia la possibilità di una crescita della componente di spesa privata, molto probabilmente per effetto di una crescita delle compartecipazioni, ovvero di un aumento del disavanzo: ovviamente, in alternativa, è possibile che il gap sia almeno parzialmente colmato da manovre di razionalizzazione della spesa, ad esempio da un rapido "rientro" delle Regioni "dissestate", ma che allo stato attuale non è dato conoscere nella loro modalità e entità.

Secondo le nostre stime di evoluzione tendenziale della spesa pubblica, questa dovrebbe attestarsi a fine periodo (2010) sul 7,1% del PIL, lasciando la spesa privata sui livelli compresi fra l'1,8% e l'1,9%.

Secondo quanto previsto nei documenti di programmazione economica, la spesa tendenziale sarebbe meno dinamica, attestandosi sul 6,8-6,9% del PIL nel 2010.

A fronte di questo quadro evolutivo, il finanziamento centrale sembra fermarsi al 6,2-6,3% del PIL; per non avere disavanzo nel 2008, sarebbe quindi necessario che le entrate regionali colmassero il resto, ovvero € 10,4 mld. secondo le stime governative o € 10,7 mld. secondo le nostre; nel 2010 la forbice si allarga: € 11,4 mld. secondo le stime governative, € 16,0 mld. secondo le nostre.

**Tabella 1 - Evoluzione della spesa sanitaria**

Anno	2009	2010
<b>Spesa Sanitaria Totale</b>	<b>143,6</b>	<b>149,3</b>
<b>TV%</b>	<b>4,0%</b>	<b>4,0%</b>
<b>%PIL</b>	<b>8,8%</b>	<b>8,8%</b>
<b>Spesa Sanitaria Pubblica Tend.</b>	<b>113,6</b>	<b>120,0</b>
<b>TV%</b>	<b>5,3%</b>	<b>5,7%</b>
<b>%PIL</b>	<b>6,9%</b>	<b>7,1%</b>
<b>Spesa Sanitaria Privata</b>	<b>30,1</b>	<b>29,3</b>
<b>TV%</b>	<b>-0,6%</b>	<b>-2,7%</b>
<b>%PIL</b>	<b>1,8%</b>	<b>1,7%</b>
<b>Finanziamento Centrale</b>	<b>102,9</b>	<b>104,0</b>
<b>TV%</b>	<b>3,0%</b>	<b>1,1%</b>
<b>%PIL</b>	<b>6,3%</b>	<b>6,2%</b>
<b>Finanziamento regionale + Disavanzo</b>	<b>8,19</b>	<b>13,44</b>

Fonte: elaborazione CEIS Sanità

Come anticipato, pur considerando l'extra gettito fiscale nelle Regioni soggette a piano di rientro, senza manovre efficaci sul lato della spesa, è presumibile che manchino all'appello € 3-4 mld. nel 2009 e € 10 mld. nel 2010; anche ulteriori manovre sul lato delle entrate non sembrano facilmente realizzabili, in assenza ad oggi di un accordo con le Regioni sul fabbisogno. In ogni caso, se i *ticket* verranno utilizzati per ridurre il gap fra spesa e finanziamento, ovvero per limitare la formazione di disavanzi (probabilmente sempre concentrati sulle stesse Regioni, sebbene in modo meno rilevante che nel passato, in quanto la forbice tra il livello di disavanzo nazionale e la somma dei disavanzi delle 5 Regioni "meno virtuose" si è allargata sino al 2004, per poi restringersi negli anni successivi, e in particolare nel 2007), la spesa privata andrà sopra i livelli su cui si è stabilizzata negli ultimi anni; qualora, invece, le Regioni decidessero di non utilizzare la leva dei *ticket*, la spesa privata potrebbe anche rimanere sostanzialmente stabile, prefigurandosi però un finanziamento del gap mediante disavanzo.

Nell'intervallo di tempo 1982-2007, la forbice tra livello di spesa e di finanziamento si è mediamente ridotta, e conseguentemente anche il disavanzo: questo processo potrebbe ora arrestarsi in mancanza di interventi rapidamente efficaci sul versante dell'efficienza del sistema, ovvero con un significativo incremento delle compartecipazioni.

Quest'ultimo punto, propone con forza l'urgenza di rivedere il binomio compartecipazioni/essenzi, fornendo però al contempo ai cittadini la possibilità e gli incentivi alla creazione di un secondo pilastro di sanità integrativa. Nell'ipotesi di maggiori compartecipazioni, e considerando che la spesa privata rimane in Italia quasi esclusivamente *out of pocket*, la Sanità integrativa potrebbe contribuire alla sostenibilità del sistema, salvaguardando forme di mutualità. A sensi del recente Decreto Ministeriale di Marzo 2008, la Sanità integrativa potrebbe rivestire un ruolo importante anche per supportare le aree meno tutelate dal SSN, odontoiatria e *Long Term Care* (LTC) prima di tutto.

A questo proposito non possiamo dimenticare che nel 2006 in Italia risultano ancora

impoverite per cause sanitarie quasi 300.000 famiglie: e quindi che sul versante dell'Equità registriamo una sostanziale stabilità del fenomeno, e di conseguenza l'incapacità delle politiche sanitarie in atto di intervenire sul problema.

Risultano, invece, soggette a spese catastrofiche oltre 850.000 famiglie con un calo degli episodi che andrà confermato nei prossimi anni.

Le misure di equità a livello geografico, seppure abbastanza disomogenee, hanno messo in luce un qualche calo dell'impoverimento in molte delle Regioni del Sud; ma, cosa più importante, l'utilizzo di indicatori regionalizzati sembra portare a conclusioni più attenuate relativamente alla disomogeneità tra SSR del Nord e del Sud Italia: in altri termini, almeno parte della disomogeneità protettiva dei SSR sarebbe da imputare a differenze nei contesti socio economici regionali.

Si conferma l'estrema fragilità dei nuclei caratterizzati dalla presenza di uno o più anziani, ma emerge sempre più una quota non trascurabile di famiglie che, seppure non si impoveriscono per le spese sanitarie, si ritrovano, a causa delle stesse, a "rischio povertà".

In un momento di crisi economica, quale l'attuale, deve essere attentamente valutata anche l'evidenza che i dati relativi agli ultimi anni disponibili portano in favore dell'ipotesi di incomprimibilità delle spese sanitarie causa di impoverimento e quindi, in qualche modo, della loro appropriatezza: nel futuro la necessità di interventi a sostegno delle famiglie impoverite saranno quasi certamente sempre più necessari e quantitativamente importanti.

In conclusione, speriamo con questa VI edizione del Rapporto di avere contribuito a segnalare la difficoltà, che non deve però far desistere dal tentativo, di trovare un giusto equilibrio fra Differenze e Uniformità; la seconda è richiesta da, riteniamo, condivisi sentimenti di giustizia sociale che sulla Sanità più che in altri settori attraversano la Società; la prima dal reiterato segnale che arriva dalle classifiche internazionali, che vedono costantemente il sistema sanitario italiano nei primissimi posti per capacità tecniche e professionali, per gli esiti clinici e tutto sommato anche per la parsimonia nella spesa, ma in posizione davvero scadente in tema di *responsiveness* e in generale di soddisfazione dei cittadini.