

Conclusioni.

Nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi. Si tratta di un incremento determinato da una pluralità di fattori quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all'evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, la mobilità transnazionale e le aspettative dei singoli.

Nel nostro Paese si è quindi sviluppato un ampio confronto riguardo alla sostenibilità dei costi del Servizio sanitario nazionale e alla necessità di riorganizzare l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari alla luce dei vincoli di finanza pubblica e delle modifiche introdotte al Titolo V della Costituzione.

L'indagine conoscitiva delle Commissioni riunite V (Bilancio) e XII (Affari Sociali) ha avuto proprio lo scopo di scattare una fotografia aggiornata dello stato di salute del nostro sistema sanitario nazionale, al fine di valutare la sua adeguatezza a fornire prestazioni di qualità, informate ai principi di equità e universalità.

La questione centrale che si è posta è quella di valutare la capacità del nostro attuale sistema di rispondere alle sfide che ci attendono nei prossimi anni, anche in considerazione della recessione economica che ha colpito il nostro Paese dal 2007 e che rischia di minare la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario per il progressivo contrarsi delle risorse disponibili.

A questo riguardo, nel corso dell'indagine è emerso un quadro del sistema sanitario italiano caratterizzato da luci e ombre. Tra gli aspetti positivi meritano di essere ricordati, da un lato, la sostanziale condivisione, da parte della quasi totalità degli auditi, del valore insostituibile del Servizio Sanitario nazionale, quale strumento indispensabile per la tutela della salute, dall'altro, il fatto che gli oneri derivanti dal sistema sanitario non sono superiori a quelli di altri Paesi, ma anzi si collocano al di sotto della media internazionale e europea.

Tra gli aspetti negativi, invece, in primo luogo va ricordata la preoccupazione che il protrarsi della crisi finanziaria e la conseguente sensibile riduzione dei finanziamenti destinati al Sistema sanitario nazionale riducano la qualità dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione; in secondo luogo è stato constatato che le

regioni sottoposte a piano di rientro, e più in generale, la quasi totalità delle regioni meridionali, versano in una condizione notevolmente diversa rispetto alle altre regioni, posto che le prime lamentano sensibili ritardi infrastrutturali da cui derivano inaccettabili differenze nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, che mettono a rischio l'universalità del sistema.

In particolare, nel corso dell'indagine è stata posta particolare attenzione ai seguenti temi: il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, l'organizzazione territoriale del Servizio sanitario, il finanziamento da parte dello Stato del *Welfare* sanitario e la nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni anche attraverso misure volte alla razionalizzazione della spesa.

Per quanto riguarda il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, appare necessaria un'azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V, idonea a garantire un'erogazione dei LEA omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infraregionali attualmente esistenti. Non a caso, la quasi totalità dei soggetti auditi nel corso dell'indagine conoscitiva, ha espresso forti riserve sul buon funzionamento del riparto di competenze tra Stato e regioni in materia di sanità.

In questo quadro, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui la regolamentazione svolta a livello centrale in termini di definizione degli *standard*, controllo e poteri di intervento e rettifica sia nettamente distinta dall'erogazione delle prestazioni. In tale modello, le Regioni dovrebbero assumere il ruolo di enti erogatori, con un minore grado di responsabilità decisionale rispetto a quello attuale, mentre a livello centrale dovrebbe essere effettuata la valutazione dell'efficace erogazione dei LEA che dovrebbe pesare quanto quella relativa alla correttezza dei bilanci economici. In altri termini, il ruolo di supervisore della spesa sanitaria svolto dal Ministero dell'economia e delle finanze, soprattutto nei confronti delle regioni sottoposte a piani di rientro, dovrebbe essere bilanciato da un analogo ruolo di valutazione, di indirizzo e, in caso di necessità, sostitutivo, svolto dal Ministero della salute, a tutela dell'effettivo rispetto dei livelli essenziali di assistenza. In questo quadro, lo Stato dovrebbe farsi garante, non solo della definizione dei LEA, ma anche dell'uniformità della loro erogazione, impegnandosi nello svolgimento di valutazioni di impatto finalizzate a una programmazione unitaria delle politiche sanitarie di lungo periodo. A questo riguardo, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, sottolinea come sia necessario definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale.

Il rafforzamento del ruolo dello Stato, per altro, potrebbe implicare una revisione del riparto delle competenze previsto dal vigente Titolo V della Costituzione.

Per quanto concerne l'organizzazione territoriale del Servizio sanitario, è da sottolineare come il modello assistenziale che, dalla legge n. 833 del 1978 fino ad oggi, è sempre stato incentrato sulle patologie acute e trasmissibili, necessita di una significativa revisione. Infatti, i mutamenti demografici e la trasformazione del modello sociale non più fondato su una famiglia estesa in grado di supportare i componenti deboli sembrano richiedere un'evoluzione del sistema verso un modello orientato ad affrontare i bisogni e i problemi di salute connessi alla cronicità e alla presenza di una popolazione con una rilevante incidenza di anziani. L'invecchiamento della popolazione, che dovrebbe portare l'Italia nel 2050 ad essere il Paese più longevo d'Europa, rappresenta sicuramente un successo del nostro sistema sanitario, ma diventa anche una criticità incombente. L'assistenza di domani non può essere più progettata per una popolazione di "pazienti acuti", ma sempre più dovrà prestare attenzione all'attività di presa in carico nel territorio del "paziente cronico".

Tale esigenza appare ancor più accentuata per via delle mutate condizioni sociali, che vedono sempre più aumentare il numero dei nuclei familiari singoli, depotenziando le reti di presa in carico familiare che hanno da sempre costituito una forma di protezione sociale degli anziani nel nostro Paese. Ne deriva l'urgenza del superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotate di una piccola *équipe* multiprofessionale, che consenta all'ospedale di divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista.

Va tuttavia considerato che si tratta di un'evoluzione che, per un verso, sembra consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili - e, per questa via, un effetto di contenimento sui futuri andamenti della spesa - per altro verso, sembra richiedere nell'immediato uno sforzo progettuale accompagnato da adeguate risorse finanziarie, con possibili riflessi espansivi di spesa. Si dovrebbe pertanto procedere ad un attento bilanciamento di questi effetti tra loro opposti, traendo, ad esempio, risorse dalla razionalizzazione-riduzione della spesa ospedaliera, da investire contestualmente nello sviluppo della rete territoriale.

In questa ottica, anche la presenza di una rete territoriale di strutture accreditate ben funzionante, adeguatamente controllata e verificata sotto il profilo della qualità delle

prestazioni erogate, aiuterebbe le strutture ospedaliere a concentrare la propria offerta nelle prestazioni ad alta complessità, liberandole di quel carico accessorio che, spesso in modo inappropriato, ne impegna le strutture in un'attività a prevalente vocazione ambulatoriale, assolutamente incoerente con la funzione strutturale della risposta ospedaliera. Nel prossimo futuro, quindi, le regioni saranno sempre più chiamate a cambiare l'assistenza territoriale in medicina d'iniziativa, andando incontro alle esigenze del paziente sia mediante la prevenzione sia attraverso una migliore gestione delle malattie croniche.

Va segnalato, per altro, che il decreto-legge n. 158 del 2012, che ha promosso l'integrazione dei servizi territoriali sanitari con interventi di natura socio-assistenziale, non ha previsto finanziamenti specifici per la rimodulazione dei servizi territoriali e delle cure primarie. Di fatto quindi la situazione si presenta molto differenziata a seconda delle realtà regionali, con risposte non omogenee anche sul versante della tutela dei LEA; l'effettiva realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio, diffuso uniformemente su tutto il territorio nazionale, oltre a costituire un elemento di equità e coesione sociale, potrebbe invece anche rappresentare una condizione indispensabile per la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie con rilevanti riduzioni di spesa. Non è un caso che le regioni che in questo momento mostrano le migliori *performance* sono proprio quelle che hanno già cominciato la riconversione del sistema.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è emerso altresì che i sistemi sanitari regionali italiani si sono sensibilmente diversificati nel corso degli anni, al punto che la stessa erogazione dei LEA – e ancor più delle prestazioni integrative ai LEA - sembra avvenire in modo differenziato nelle diverse realtà sanitarie italiane, con conseguente rischio di marginalizzazione dei sistemi sanitari regionali più deboli.

Per quanto attiene al finanziamento da parte dello Stato del *Welfare* sanitario, va rimarcato preliminarmente come l'ammontare delle risorse trasferite dallo Stato sia diretto a garantire l'integrale copertura delle prestazioni che ricadono nei livelli essenziali di assistenza (LEA), mentre eventuali spese superiori al finanziamento concordato sono coperte a carico delle singole regioni. Le risorse del SSN destinate al finanziamento dei LEA sono ripartite secondo il principio della quota capitaria ponderata (per età e per consumi sanitari della popolazione), in base a criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni. A decorrere dal 2013, tali risorse sono ripartite sulla base del principio dei costi e fabbisogni standard previsto dal decreto legislativo n. 68 del 2011, in materia di federalismo fiscale regionale e di costi e fabbisogni standard sanitari. In particolare, tale

decreto dedica il capo IV (articoli da 25 a 32) ai costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario, delineando una diversa articolazione del processo di ripartizione del finanziamento statale basato sui valori di costo della spesa sanitaria rilevati in tre regioni *benchmark*, vale a dire l'Umbria, l'Emilia-Romagna e il Veneto. Tale processo ha condotto, per l'anno 2013, alla definizione di un livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 107.004,50 milioni di euro.

Le attuali proporzioni del riparto, tuttavia, non tengono ancora conto delle nuove "variabili" della spesa sanitaria, la cui importanza si rafforza ovunque. In particolare, si tratta di ragionare sulle eventuali "emergenze" territoriali per patologia, sulla densità della popolazione, sull'estensione territoriale regionale, sulle condizioni corografiche, sull'entità dei flussi migratori extracomunitari, sugli indici di povertà della popolazione residente, eccetera. Ma, soprattutto, si tratta di avere ben chiare le differenze esistenti tra i sistemi sanitari regionali, conoscendo la capacità di risposta di ciascuno di essi e prendendo atto delle differenze strutturali, tecnologiche e di risorse umane che rendono disomogenea la risposta ai bisogni di salute del cittadino, nelle differenti aree del Paese. Il sistema dei "costi *standard*" e delle "regioni *benchmark*", assolutamente virtuoso in linea di principio, rischia di restare in larga misura una mera enunciazione se non sarà integrato con la definizione di indicatori appropriati, specifici e coerenti con l'obiettivo di consentire la crescita del livello assistenziale medio delle regioni a maggior svantaggio strutturale.

In questo ambito, dovrebbe rappresentare un argomento importante di discussione la rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal DPCM 29 novembre 2001 sui LEA dopo più di dieci anni dalla loro entrata in vigore. A questo riguardo va segnalato come l'assenza dei Liveas (livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale) rappresenti una mancanza importante ai fini di una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori e per una più puntuale definizione e ripartizione dei costi tra sanità e sociale. In questo quadro si colloca anche il tema del finanziamento della non autosufficienza che, attualmente, in mancanza di un quadro normativo dedicato, risulta frammentato su diversi livelli di Governo.

E' stato da più parti rilevato, anche dalla stessa Corte dei conti, come sia necessario rivedere le forme di sostegno finanziario alle famiglie che svolgono attività di cura, integrando gli istituti regionali e locali (assegni di cura e contributi) con quelli nazionali (assegno di accompagnamento) e garantendo l'integrazione e l'apporto complessivo di tutti i soggetti. Soltanto in tal modo potranno essere pienamente soddisfatti i "nuovi diritti alla salute" legati a patologie emergenti o a nuovi bisogni sanitari per la miglior gestione di

patologie a larga diffusione, come ad esempio le malattie neurologiche degenerative quali l'Alzheimer o la SLA o la sclerosi multipla o le malattie rare.

Per quanto riguarda il tema dei Piani di rientro, essendo questi finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate, si può ritenere che essi rappresentino l'elemento di chiusura per il raggiungimento del controllo delle variabili finanziarie e, per questo aspetto, essi sono finora risultati indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di spesa, poiché inducono le regioni meno virtuose al rispetto degli equilibri di bilancio ed alla creazione delle condizioni per recuperare margini di efficacia ed efficienza nella produzione ed erogazione dei servizi, alla luce dei *target* di costo/offerta delle regioni non in piano di rientro.

I singoli piani di rientro, quindi, individuano e affrontano selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi, configurandosi come veri e propri programmi di ristrutturazione industriale. I risultati finanziari ottenuti dovrebbero però essere valutati anche alla luce della "percezione" della sostenibilità di tale risultato, vale a dire se la collettività incisa dal piano di rientro attraverso una maggiore pressione fiscale ritenga adeguate le prestazioni che offre il sistema sanitario, così "sovrafinanziato" in termini individuali. Tali risultati dovrebbero altresì essere considerati rispetto all'effettività della garanzia dei livelli di assistenza, legando le procedure di verifica degli obiettivi delle regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale.

Per quanto riguarda, infine, la nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni, è necessario innanzitutto sottolineare come le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria abbiano prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, anche se la spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento.

A questo riguardo è opportuno innanzitutto evidenziare come il tema del contenimento della spesa non possa essere risolto con tagli di spesa, che determinano una riduzione del livello e del volume dei servizi, ma utilizzando al meglio i fattori produttivi disponibili, mediante l'organizzazione della qualità dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni e la gestione della variabilità nociva, in modo da eliminare l'erogazione di servizi non necessari o non richiesti.

In ogni caso, è evidente che la copertura e l'accesso al Servizio sanitario possono essere mantenuti solo attraverso una forte riorganizzazione dei servizi. In questo quadro, uno degli strumenti per una razionalizzazione della spesa può essere rappresentato, come detto, dal potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale.

Sempre nella prospettiva della razionalizzazione, va ribadita la validità del sistema organizzativo incentrato sulla scelta dell'Azienda sanitaria, che appare un'ideale forma gestionale di organizzazioni complesse multiprofessionali, quali le aziende sanitarie locali o ospedaliere che devono gestire servizi tra loro completamente diversi ed eterogenei, nella logica di un'impresa *multibusiness*.

La finalità da perseguire è, in sostanza, quella di ristabilire un meccanismo che premi le Aziende virtuose e stigmatizzi i comportamenti non corretti o comunque inefficienti. E' quindi necessario premiare la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori, anche privati, migliori, promuovendo una virtuosa competizione fra erogatori che induca gli stessi - sia pubblici che privati - ad adeguarsi ai più rigorosi *standard* di qualità.

In questa ottica, è necessaria la ricerca di un non facile equilibrio sul tema della mobilità sanitaria che, per un verso, costituisce un efficace strumento di incentivazione degli operatori più efficaci, aumentando la domanda di prestazioni presso gli stessi ed il conseguente maggior afflusso di risorse finanziarie, in tal modo premiandone la qualità di cura, ma, per altro verso, determinando un effetto opposto verso le strutture sanitarie di provenienza.

Nella medesima ottica, è altresì opportuna una riflessione circa la ricerca di un possibile miglioramento del rapporto tra Regioni ed Aziende, prevedendo eventualmente una maggiore autonomia delle Aziende in presenza di difficoltà sul lato delle risorse, al fine di gestire nel modo migliore possibile ed in modo flessibile i fattori produttivi disponibili, puntando, ad esempio, più che sui vincoli, sulla responsabilizzazione e sui risultati.

Inoltre si potrebbe puntare ad un incremento dell'attività della Consip, attraverso l'utilizzo degli strumenti adottati nel programma di centralizzazione degli acquisti che potrebbe conseguire ulteriori risultati mediante una aggregazione selettiva della domanda. Tale obiettivo potrebbe essere realizzato, in primo luogo, differenziando i livelli ottimali della domanda per ambito centrale, regionale e di area vasta, in relazione alle differenti merceologie di beni, in secondo luogo, focalizzando l'acquisto centralizzato in quegli ambiti merceologici dove la professionalità medica non costituisce fattore ostacolo alla

centralizzazione dell'acquisto. Infine, si potrebbero sviluppare iniziative centralizzate d'acquisto che soddisfino fabbisogni "medi" delle amministrazioni sanitarie, lasciando queste libere per acquisti che rispondono ad esigenze specifiche.

L'efficienza del sistema sanitario potrebbe essere altresì incrementata anche attraverso maggiori investimenti in prevenzione primaria e in politiche, anche non strettamente sanitarie, in grado di diffondere corretti stili di vita. Nel nostro Paese, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'ottanta per cento delle malattie è determinato da quattro fattori di rischio: fumo, alcool, eccessiva alimentazione e sedentarietà. Tuttavia, la prevenzione, sia in campo sociale sia in campo sanitario, appare ancora insufficiente, posto che essa, oltre agli obiettivi consolidati di diagnosi precoce e di riduzione e rimozione dei fattori di morbilità, mortalità e di disagio sociale, potrebbe porsi anche quello del cosiddetto invecchiamento attivo. A questo riguardo il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, prevede il rafforzamento delle politiche legate alla prevenzione, con investimenti anche allargati a settori diversi da quello sanitario, che contribuiscano a limitare il ricorso al Servizio sanitario nazionale per finalità di cura, sia in termini di accessi che di livello delle cure richieste.

Sempre sul fronte della razionalizzazione della spesa, va considerato il ruolo strategico dell'innovazione. Senza innovazione, un moderno sistema sanitario non è in grado di garantire i nuovi diritti di salute della popolazione, ma, alla lunga, neppure quelli attuali. Non appare più rinviabile il tema del finanziamento degli investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico attraverso risorse certe che consentano di avviare quei necessari programmi di realizzazione della rete di servizi, in grado di ottimizzare la gestione degli stessi, con particolare attenzione alla messa in sicurezza degli immobili. Riguardo all'innovazione tecnologica, anche il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, evidenzia come sia necessario ridisegnare il perimetro dei Livelli essenziali di assistenza e adottare l'approccio del cosiddetto Health Technology Assessment (HTA), al fine di identificare le opzioni assistenziali maggiormente efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti.

Un altro settore in cui l'innovazione risulta fondamentale è quello dei farmaci, riguardo al quale sarebbe necessaria una maggiore rapidità e omogeneità nell'accessibilità ai prodotti innovativi, che invece risultano essere licenziati dall'AIFA con una lentezza superiore rispetto ai restanti contesti europei. Tali difficoltà derivano dalle differenti "velocità" dei proutuari regionali (laddove esistono), ma anche dai differenti *budget* regionali che non sempre sono in condizioni di assecondare la pronta immissione in circuito dei nuovi farmaci, con sensibili disparità di accesso alle cure nelle diverse regioni italiane.

Una questione a sé stante riguarda i *ticket* sulle prestazioni sanitarie, cui è stata assegnata non solo la funzione di regolazione della domanda ma anche quella di contribuire al finanziamento della spesa sanitaria.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato riscontrato come l'innalzamento dei *ticket* sulla specialistica piuttosto che ridurre il numero delle prestazioni le abbia invece trasferite sul settore privato, posto che la compartecipazione per alcune prestazioni è risultata addirittura più onerosa del loro stesso prezzo, facendo così venir meno il gettito atteso.

Al fine di risolvere tale problema, è stata quindi proposta la fissazione di una franchigia, calcolata in percentuale del reddito, fino al concorrere della quale si dovrà pagare interamente secondo le attuali tariffe ogni prestazione sanitaria fruita nel corso dell'anno; tale franchigia potrebbe anche essere progressiva, gravando di meno sui redditi bassi e di più su quelli elevati. Superata la franchigia le prestazioni sarebbero invece gratuite. In tal modo verrebbe conservato un sistema di *co-payment* in grado di tutelare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, senza determinare alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti

I problemi per realizzare questo sistema, tuttavia, riguardano sia la corretta determinazione del reddito, che potrebbe forse essere risolto applicando il sistema dell'Isee, sia lo strumento da utilizzare per detrarre dalla franchigia il costo delle prestazioni a cui si è avuto accesso, problema che potrebbe essere risolto con una registrazione certificata su rete informatica da parte di tutti i presidi che riscuotono le relative tariffe o in alternativa con una scheda individuale, come la tessera sanitaria, in cui vengono registrate tutte le tariffe riscosse.¹

La problematica dei crescenti importi dei *ticket*, contribuisce, per coloro che preferiscono rivolgersi al privato, al crescente fenomeno della spesa privata. Secondo le stime presentate nel corso dell'indagine conoscitiva, la spesa privata è pari a circa 30,3 miliardi, costituendo in tal modo una percentuale rilevante della spesa sanitaria complessiva, e con una presenza molto più elevata in alcuni settori, quali quello delle cure odontoiatriche. E' stato tra l'altro segnalato come tale spesa venga a determinare un aumento delle differenze nella tutela della salute al crescere del reddito, rivestendo per tale profilo una natura regressiva, in quanto dà luogo ad una offerta di prestazioni crescente all'aumentare del reddito del richiedente. Essa, inoltre, pur collocandosi su un

¹ Si veda l'audizione dell'Agenas.

livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per l'intero *out of pocket*, mentre altrove è in buona parte intermediata da assicurazioni e fondi. Si tratta di una spesa che, in quanto *out of pocket*, è individuale (spesso *cash*), e non ha pertanto alcun potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

E' stato rilevato come l'applicazione dei *ticket* stia di fatto escludendo le fasce economicamente più deboli della popolazione dall'accesso alle prestazioni sanitarie, in particolare a quelle di specialistica e diagnostica. I punti di criticità sarebbero almeno tre. Innanzitutto, il numero di esenzioni appare particolarmente elevato - tanto che oggi il sistema ha prodotto il paradosso di avere metà della popolazione esente, che consuma quasi l'80 per cento delle prestazioni sanitarie - sia perché le esenzioni si basano ancora sul reddito Irpef, che sconta il fenomeno dell'elusione fiscale, sia perché le esenzioni per patologia - circa il 50 per cento del totale - sono svincolate da qualsiasi parametro reddituale. Il secondo elemento di criticità attiene al fatto che i *ticket* sono oggi concentrati solo su un segmento minimo delle spesa sanitaria, ovvero la specialistica, la diagnostica e, in misura più marginale, la farmaceutica. Infine, non esiste alcun criterio di appropriatezza delle prestazioni nella regolamentazione dei *ticket*.

Sulla base di queste considerazioni, per aumentare l'efficienza del sistema sanitario si potrebbe incentivare la sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali, attraverso una maggior defiscalizzazione, i cui oneri per l'erario troverebbero compensazione nella minor pressione che la polizza sanitaria può determinare sulla richiesta di prestazioni pubbliche, diminuendo il numero di prestazioni erogabili dal sistema. Va anche considerato che una maggior presenza dei fondi integrativi, in quanto pagata dai fondi e dalle polizze, a fronte del versamento del premio assicurativo da parte dell'interessato, ridurrebbe la spesa privata *out of pocket*. In questo modo, i fondi, raggiungendo una certa massa critica, potrebbero avere un potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

Si tratterebbe comunque di una misura da adottare tenendo ben conto di diversi profili problematici, atteso che i fondi, per come attualmente composti, potrebbero dar luogo ad una segmentazione della popolazione protetta, determinando una differenziazione delle tutele offerte dal sistema e potrebbero determinare forme di autotutela, in termini di franchigie, massimali ed altro, tese a scoraggiare taluni tipi di richiesta di prestazioni, nonché di selezione avversa con riguardo alla cronicità o alle situazioni di *long term care*.

Un'ultima questione riguarda la spesa per il personale, che si è ridotta negli ultimi anni non solo per effetto di misure straordinarie ma anche di interventi strutturali quali il

blocco del *turnover*, attuato e monitorato in particolare nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro, l'utilizzo di forme alternative di acquisizione delle risorse umane e le disposizioni relative alla corretta contabilizzazione degli oneri contrattuali: queste prevedono infatti che le regioni siano tenute ad accantonare annualmente nei propri bilanci gli eventuali oneri connessi con i rinnovi contrattuali, indipendentemente dal fatto che il contratto venga sottoscritto. L'applicazione di questa norma ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano *ex post* da parte dello Stato degli oneri arretrati, incidendo quindi in modo deciso sui comportamenti degli amministratori. E' stato evidenziato però che le politiche adottate hanno via via ridotto le capacità di risposta del sistema e costretto il personale del SSN a turni straordinari di lavoro che possono mettere a rischio la qualità dell'atto assistenziale da parte degli operatori.

Le economie sul personale si dovrebbero invece raggiungere soprattutto attraverso un'ulteriore razionalizzazione della rete di offerta dei servizi che consenta di mantenere gli *standard* assistenziali senza incrementi di personale. Inoltre, le politiche di contenimento del costo del personale dovrebbero tener conto dell'usura del personale, anche in considerazione del fatto che le piramidi per età 2001 e 2007 dei medici del SSN mettono in evidenza che l'età media sale di circa 3 anni, da 47 a 50 anni, e che la percentuale di professionisti over 55 è cresciuta dal 12 al 27 per cento del totale. In tale contesto sono state segnalate alcune criticità da parte dei giovani medici, che ritengono di trovarsi in una situazione di precarietà lavorativa e sottotutela previdenziale, con un percorso formativo troppo lungo.

Sempre in tema di razionalizzazione della spesa, dovrebbe essere affrontato il tema del contenimento della "medicina difensiva", che consiste nella pratica di diagnostiche o di misure terapeutiche condotte principalmente, non per assicurare la salute del paziente, ma come garanzia delle responsabilità medico-legali conseguenti alle cure mediche prestate. Tale fenomeno determina uno spreco di risorse sottratte alla "buona medicina" e rompe l'alleanza terapeutica tra il sanitario e il paziente. Occorre pertanto una migliore regolamentazione della responsabilità sanitaria, che garantisca il diritto del paziente al pronto e congruo risarcimento del danno subito, senza sottrarre risorse indispensabili per il buon funzionamento del sistema.

Un cenno a parte merita, infine, sempre riguardo alla razionalizzazione della spesa il tema del migliore utilizzo dei dati disponibili, posto che la sanità rappresenta il comparto della pubblica amministrazione che dispone del maggior numero di dati e di strumenti di valutazione utilizzabili per sostenere a livello nazionale, regionale, aziendale scelte programmatiche e organizzative sempre più appropriate, al fine di ridurre duplicazioni e sprechi. Non basta dire, ad esempio, quanti posti letto bisogna ridurre, ma si deve anche

dire quali posti letto ridurre e dove operare tali riduzioni, affinché l'intervento comporti risparmi e miglioramenti dell'efficienza senza riduzione delle tutele. A ciò si aggiunga che, negli ultimi anni, è maturata una maggior consapevolezza dell'importanza della trasparenza e della completezza nella circolazione delle informazioni nel settore sanitario, non solo come stimolo costante per il miglioramento dell'efficienza degli enti che erogano le prestazioni, ma anche come strumento di lotta alla corruzione. La mancanza di trasparenza favorisce, infatti, fenomeni degenerativi d'inefficienza e d'ingiustizia, che minano alla radice gli stessi valori fondanti del Servizio sanitario nazionale. L'illegalità e la corruzione rappresentano all'incirca il 5-6 per cento della spesa sanitaria (circa 5-6 miliardi di euro); si tratta di un fenomeno preoccupante che non solo incide sull'efficienza e sull'equità dei servizi, ma che mina alla radice il rapporto di fiducia tra istituzioni e i cittadini, in un settore essenziale per la vita del Paese quale quello sanitario. In questo quadro, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, prevede di rafforzare, insieme alle regioni, il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Livelli Essenziali di Assistenza e di promuovere in ogni ambito la trasparenza funzionale alla comunicazione con il cittadino e al controllo di legalità.