

Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione

Il Rapporto C.R.E.A. Sanità, sin dal 2003, monitora lo sviluppo delle politiche sanitarie nazionali, elaborando riflessioni basate su dati quantitativi disponibili; con il passare degli anni, il Rapporto ha potuto descrivere diverse stagioni dell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): senza pretesa di esaustività, i primi Rapporti hanno visto muovere i primi passi del Federalismo, i successivi hanno analizzato la stagione dei Piani di Rientro e dei tagli lineari, passando poi per la celebrazione dei primi 40 anni del Servizio e l'inatteso impatto della pandemia; sino alla fase attuale, in cui il dibattito di politica sanitaria sembra concentrarsi e interrogarsi sull'urgenza di definire strategie atte a garantire un futuro al SSN.

Come già argomentato nei Rapporti degli scorsi anni, la necessità di un ammodernamento del Servizio è probabilmente ineluttabile: per quanto pleonastico, vale la pena ricordare che se dieci anni fa, in Italia, si contava un anziano ogni 4,1 giovani, oggi sono 3,3; che eravamo il Paese della "pletora medica" e gli infermieri erano considerati "personale paramedico"; che non era ancora iniziata la stagione dei farmaci biotecnologici (solo per fare un esempio della trasformazione delle opportunità terapeutiche); che, principalmente, non c'era, e neppure si prevedeva, la rivoluzione digitale innescata da Internet. In altri termini, il SSN è stato pensato e progettato per un "altro mondo": oggi deve essere calato in una Società profondamente diversa, e questo richiede visione e volontà di cambiare.

Delle ragioni che determinarono la volontà di implementare un SSN universalistico e globale, rimangono inalterate, forse, solo quelle più deteriori: in particolare l'esistenza di disparità di tutela fra le Regioni e fra le diverse aree interne alle stesse; disparità che si sono forse ridotte un minimo dopo l'avvento

del Federalismo (come argomentato nei precedenti Rapporti e con il buona pace dei sostenitori della tesi che la disgregazione del Servizio sia da imputare al Federalismo), ma che rimangono inaccettabili e rappresentano la principale sconfitta del disegno originario della L. n. 833/1978.

Che qualcosa "non vada" nel SSN si è, però, reso drammaticamente evidente solo negli ultimi anni: riteniamo il punto di "svolta" da cogliere sia quello testimoniato dalla crescente disaffezione per il Servizio dei suoi principali *stakeholder*: i cittadini/pazienti e i professionisti sanitari.

La disaffezione dei primi è testimoniata dalla continua crescita della spesa privata sia *out of pocket* che intermediata (a testimonianza quest'ultima di un bisogno di ulteriore copertura), la cui eziologia (come testimoniato dalle risposte alla *survey* condotta da C.R.E.A. Sanità nel 2021) si conferma essere principalmente legata al persistere di inaccettabili liste di attesa per le prestazioni non urgenti; a conferma di ciò si osserva una spesa sanitaria privata che nell'anno 2022 ha raggiunto i € 40,1 mld. in crescita dello 0,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

Fa parte dei segnali di disaffezione anche la crescente preferenza dei pazienti per il ricorso ai servizi (all'interno del SSN) delle strutture private accreditate, che potremmo presumibilmente attribuire alla percezione di una organizzazione dell'assistenza più rispettosa delle aspettative dei cittadini (non tanto della qualità delle prestazioni, quanto del *comfort*, del rispetto del tempo, etc.): a riprova di ciò la quota di ricoveri in strutture accreditate sul totale è passato dal 24,8% (2017) al 27,1% dell'anno 2022; per gli interventi chirurgici si passa dal 33,4% (2017) al 35,8% dell'anno 2022; per inciso, stupisce che, per nostra conoscenza, in nessun documento di indirizzo, neppure in quelli dedicati alla umanizzazione delle cure,

si faccia mai riferimento al principio del rispetto della “salvaguardia del tempo” dei cittadini, che passa per la capacità di organizzare i servizi senza provocare attese inutili e/o imporre complessità burocratiche superabili; si potrebbe legare a questa “disattenzione”, anche la constatazione che i cittadini in modo crescente preferiscono pagarsi di tasca propria farmaci rimborsabili (“classe A”) piuttosto che andare a farseli prescrivere (malgrado si sia riusciti finalmente a passare alla ricetta elettronica): negli ultimi 5 anni la spesa sostenuta privatamente per farmaci rimborsabili è cresciuta del +45,7%, arrivando ad un valore di € 1,9 mld. pari all’8,1% della spesa farmaceutica pubblica effettivamente erogata.

In questa (parziale) lista delle potenziali ragioni di disaffezione, va sicuramente aggiunta la rinuncia del SSN a tutelare in modo organizzato la non autosufficienza, malgrado sia certamente la primaria ragione di bisogno in una popolazione crescentemente anziana, cronica, e caratterizzata da una sempre maggiore frammentazione delle strutture familiari; a fronte della rivoluzione demografica (e quindi epidemiologica) intervenuta, la Globalità prevista nei principi del SSN, non può più essere declinata nel perimetro “prevenzione-riabilitazione”, dovendosi oggi estendere anche alle fasi della “non autosufficienza/fragilità” e del “fine vita”. Va preso atto che di fronte al bisogno, come è ovvio, la Società si è organizzata alternativamente, ricorrendo alle badanti e, in parte, all’assistenza informale; questo spiega, almeno in parte, l’affezione dei cittadini italiani verso i benefici in denaro (pensioni in primis), che nel caso analizzato vede l’esempio più eclatante nelle Indennità di Accompagnamento erogate dall’INPS: € 14,5 mld. che presumibilmente rappresentano una parte rilevante delle risorse destinate a fronteggiare la non autosufficienza, ma che perpetuano anche il confinamento della “partita” nel mondo “opaco” del mercato non regolato, quand’anche non “nero”, delle badanti; secondo le nostre stime un “mercato” che vale € 7,7 mld. di cui il 52,9% per badanti “regolari” e 47,1% “in nero”; con una quota residua di risorse pari a € 4,5 mld. presumibilmente destinate all’assistenza informale familiare e/o all’acquisizione di beni e presidi non rimborsati dal sistema pubblico di tute-

la socio-sanitaria.

La deflagrazione della “malattia” del SSN è, però, resa evidente dalla recente emersione della disaffezione dei professionisti sanitari. Per la prima volta nella storia del SSN, non appare più generalizzato il desiderio dei professionisti di essere parte organica del SSN: molti giovani preferiscono andare all’estero o lavorare a “gettone”, essendo sempre meno disposti ad accettare le condizioni di lavoro attuali, in particolare quelle legate alle posizioni più “disagiate”; quel che è peggio, almeno nel caso degli infermieri, è la constatazione di una forte carenza di vocazioni, che risultano essere su livelli molto inferiori rispetto agli altri Paesi. Riteniamo si tratti di una partita strategica per la sopravvivenza di un SSN universalistico: i professionisti sono e rimangono l’asset fondamentale del sistema di tutela della salute. È necessario prendere atto che la “malattia” è “diffusa”: la *survey* condotta da C.R.E.A. Sanità in collaborazione con FNOMCeO ci restituisce con chiarezza il fatto che le retribuzioni sono ormai percepite come significativamente inferiori alle attese (con una “moda” statistica intorno al +30%); ma che dietro gli “abbandoni” ci sono anche una crescente carenza di stimoli professionali e una organizzazione del lavoro penalizzante. Non è banale apprezzare che questa percezione è sostanzialmente trasversale rispetto alla appartenenza dei professionisti alle strutture pubbliche o private accreditate, dimostrando che è di fatto un problema “di sistema”. Sebbene la *survey* sia stata condotta sui medici, le note precedenti è ragionevole pensare che valgano, a maggior ragione, nel caso degli infermieri, considerando che la retribuzione dei medici (pur depauperatasi nel tempo), in termini relativi rimane almeno superiore alla media italiana, mentre quella degli infermieri è inferiore sia a livello nazionale che, a maggior ragione, nei confronti internazionali.

Le note che precedono sembrano confermare come la *governance* del SSN abbia accumulato un colpevole ritardo nella percezione degli impatti delle trasformazioni in atto nelle Società italiane, tanto che oggi alcune partite (quale quella degli organici) appaiono di difficilissima soluzione almeno nel medio periodo: in altri termini, per molto tempo si è fatta

programmazione, in larga misura condizionata (o forse bisognerebbe dire “schacciata”) dalle esigenze di risanamento finanziario, perdendo di vista l’importanza di costruire una *vision* sull’evoluzione del sistema (tema, peraltro, già anticipato nelle scorse edizioni del Rapporto).

A questa carenza di *vision*, riteniamo si debba ascrivere il fatto che il dibattito sulle modalità di difesa/salvaguardia del SSN rischi di avvatarsi sul (solo) tema dell’adeguatezza delle risorse: tema di fatto ricorrente e, in alcuni casi, condito da ulteriori “diagnosi di patologia” che, di volta in volta, accusano della disgregazione del SSN il Federalismo oppure una sua presunta “strisciante privatizzazione”.

Posizioni, quelle citate, che non sembrano tenere conto dei dati e che confondono i nessi causali dei fenomeni: nel primo caso, quello del Federalismo, sono i numeri che ci dicono che nei 21 Servizi Sanitari Regionali i livelli di tutela regionali non sono più distanti di quanto fossero prima del Federalismo; nel secondo, quello della privatizzazione, sembra ignorare che i cittadini con i loro comportamenti esprimono preferenza razionali (nel senso economico del termine) e che, quindi, la cosiddetta “privatizzazione” non può essere contrastata “eliminando” le alternative ai servizi pubblici, ma interrogandosi sul perché il settore pubblico è crescentemente incapace di “competere” in termini di soddisfazione della attese dei cittadini.

Una risposta “facile” all’ultimo quesito è, certamente, quella che ne attribuisce la responsabilità al sottofinanziamento del SSN: tesi certamente insoddisfacente, come si rende evidente considerando che il sottofinanziamento riguarda evidentemente anche le strutture private accreditate.

Si conferma, quindi, una carenza di *vision* complessiva sull’evoluzione del sistema, ragione per cui non ci si può sottrarre all’analisi delle questioni strategiche ai fini del mantenimento di un approccio solidaristico al tema della tutela della salute: iniziando, in ordine logico e non di importanza, dai vincoli, ov-

vero dalle compatibilità macro del sistema, per poter poi elencare (in termini propositivi) le opportunità, ovvero le aree di programmazione che richiederebbero un più urgente intervento.

I vincoli (le macro-compatibilità)

Il Rapporto C.R.E.A. da molti anni “denuncia” la sostanziale falsità della tesi, che pure è stata per molti anni prevalente, di una generalizzata inefficienza del SSN; tesi che è stata utilizzata a giustificazione di quasi due decenni di “tagli lineari”.

Infatti, la spesa sanitaria italiana è storicamente inferiore a quella dei Paesi con cui siamo usi confrontarci, e neppure si ricordano fasi prolungate di crescita “fuori controllo”: peraltro a fronte di esiti complessivi di salute, forse a volte sovrastimati, ma certamente non inferiori alla media degli altri Paesi.

Il vero elemento discriminante rimane proprio il tasso di crescita della spesa totale: limitando l’osservazione all’ultimo quarto di secolo, appare evidente come essa sia cresciuta in Italia del +2,6% medio annuo, mentre nei Paesi che definiamo EU-Ante 1995¹ è, in media, cresciuta di +3,8%; pertanto la nostra crescita è stata mediamente inferiore di 1,2 punti percentuali (p.p.).

L’esito di questa prolungata minore crescita è stato quello di portare la differenza di spesa totale pro-capite per la Sanità, fra l’Italia e gli altri Paesi EU-Ante 1995, dal -21,1% al -39,2% con un aumento, pertanto, del *gap* di 18,1 p.p..

Limitandoci alla quota di spesa pubblica, le cose vanno ancora peggio: quella italiana è cresciuta del +2,8% medio annuo, mentre quella dei Paesi EU-Ante 1995 è stata di +4,2% medio annuo, pertanto la nostra crescita è stata mediamente inferiore di 1,3 p.p., portando la differenza pro-capite dal -25,4% al -43,9% con un aumento, pertanto, del *gap* di 18,5 p.p..

Appare anche evidente che si tratta di differenze

¹ Si fa riferimento ai Paesi che nel 1994 sottoscrissero il Trattato di Corfù che entrò in vigore il 1° Gennaio 1995. In particolare, i Paesi che presero parte a questo Trattato furono: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia

di risorse effettivamente destinabili ai cittadini che non si giustificano con i differenti poteri di acquisto: i valori di spesa in €-PPP (*Parity Purchasing Power*) elaborati da OECD rimangono comunque significativamente diffusi; e neppure appare scontato che i confronti in €-PPP siano più corretti: infatti, i mercati sanitari sono tutt'altro che "protetti": i beni sanitari, farmaci, dispositivi medici (DM), etc., hanno mercati mondiali e prezzi scarsamente discriminabili; in altri termini, questo implica che il prezzo domestico non potrà discostarsi di molto da quello praticato negli altri Paesi. Anche l'altra voce rilevante di spesa, quella per il personale, non può più essere considerata "protetta" nel mercato domestico; si tratta di una risorsa sempre più scarsa che si offre sui mercati (del lavoro) mondiali e, in primis, europei, grazie ai diritti di libera circolazione fra Stati membri garantiti nell'Unione Europea.

Quanto argomentato sembra, quindi, far naturalmente propendere per la tesi del sottofinanziamento: e così è se assumiamo la spesa media dei Paesi EU-Ante 1995 come *proxy* delle aspettative dei cittadini italiani in tema di assistenza sanitaria.

Un sottofinanziamento rispetto alle aspettative non implica, però, un sottofinanziamento rispetto alle "possibilità" del Paese.

Spostando il punto di vista è, infatti, doveroso osservare che la spesa sanitaria del Paese, anche se è cresciuta meno che negli altri Paesi, è cresciuta più del PIL: nel periodo in considerazione la spesa sanitaria pubblica è cresciuta di 0,9 p.p. più del PIL: di conseguenza l'incidenza è aumentata di 1,2 p.p..

Negli altri Paesi EU-Ante 1995, per confronto, la crescita della spesa sanitaria è stata maggiore di quella del PIL di +1,3 p.p. e l'incidenza è aumentata di 2,9 p.p..

Va da sé che se il PIL dell'Italia fosse cresciuto allo stesso ritmo (medio) degli altri Paesi considerati, anche a parità di differenziali, la nostra spesa sanitaria sarebbe potuta crescere molto di più.

In altri termini, la ragione della non crescita della spesa sanitaria (e, per la parte pubblica del finanziamento) va ricercata in primo luogo nella stagnazione del nostro PIL, e solo logicamente dopo, nella eventuale mancanza di volontà politica (che, peraltro, sa-

rebbe comune a tutti i Governi sin qui sperimentati, di varia estrazione e "colore"). Ad *abundantiam*, va anche considerato che il nostro PIL è "disponibile", per il finanziamento del *Welfare* e delle altre funzioni, in misura minore che negli altri Paesi, in ragione del nostro maggiore debito pubblico e del conseguente maggiore onere sostenuto per gli interessi: questi ultimi "pesano" per il 4,3% sul nostro PIL contro una media dell'1,8% negli altri Paesi EU-Ante 1995.

Va anche aggiunto che il modo economicamente "corretto" di guardare alle possibilità di finanziamento del SSN è quello di confrontarsi con la relazione statistica che lega spesa sanitaria pro-capite e PIL pro-capite: relazione che evidenzia una chiara correlazione positiva (la Sanità si comporta come un bene di lusso e quindi sua quota nei consumi aumenta al crescere del reddito disponibile). Sulla base di tale relazione considerando il nostro PIL "netto" (degli interessi), il punto di "neutralità" per la spesa sanitaria risulta pari a € 3.150 pro-capite, ovvero il +8,2% in più di quella attuale; in termini di incidenza sul PIL, tale livello di spesa risulta pari al +9,7% e, quindi, assumendo (cosa discutibile) che la spesa sanitaria privata sia una variabile indipendente e rimanga pari ai livelli sul PIL attuali, ovvero che non si riduca al crescere di quella pubblica, la spesa sanitaria pubblica dovrebbe aumentare sino a raggiungere il +7,2% del PIL (nominale).

Per inciso, tale valore appare sovrapponibile a quello ipotizzato nella recente iniziativa legislativa promossa dalla Regione Emilia Romagna (Delib. n. 1368 del 31.7.2023, Proposta di legge di iniziativa regionale concernente "Sostegno finanziario al sistema sanitario nazionale a decorrere dall'anno 2023"), poi ripresa anche dalla Regione Puglia con la DGR n. 1248 del 7.9.2023.

Il ragionamento enucleato implica una potenziale possibilità di rifinanziamento del SSN intorno a € 15,0 mld.: una cifra che potrebbe al limite essere perseguibile in un periodo medio lungo. Ma che, in primo luogo, va considerato lascerebbe la nostra spesa sanitaria del -34,3% inferiore a quella media dei Paesi EU-Ante 1995. In secondo luogo, va aggiunto che l'incremento sarebbe vano se poi la crescita italiana rimanesse inferiore a quella degli altri Paesi europei,

perché continueremmo ad accumulare un *gap* negativo di spesa e, quindi, il "recupero" sarebbe solo transitorio.

Posto che ci sia una volontà politica per perseguire un siffatto rifinanziamento, il passo successivo diventa quello della individuazione della fonte a cui attingere per le risorse. Da questo punto di vista, va notato che nella composizione del bilancio pubblico, il *gap* rispetto agli altri Paesi EU Ante 95 della Sanità è pari al -2,9 p.p., ed è inferiore a quello dell'Istruzione -3,5 p.p.; la somma dei due differenziali negativi trova compensazione quasi perfetta in una quota di maggiore allocazione sul capitolo che contiene gli interessi e su quello della protezione sociale (+6,0 p.p.).

Di fatto, quindi, l'unico grado di libertà in mano al Governo (oltre aumentare la tassazione, peraltro già elevatissima) appare essere quello relativo allo spostamento di una parte del maggior onere per la Protezione Sociale a favore della Sanità: a proposito di questa potenziale (ri)allocazione (prescindendo dai diritti acquisiti dei percettori di prestazioni di Protezioni Sociali), va detto che privilegiare la Sanità sull'Istruzione è scelta non ovvia, essendo la seconda un investimento imprescindibile nella speranza di ricreare condizioni di crescita del Paese, pari a quelle degli altri *partner* europei (ricordiamo che, come già detto, non cresciamo, ed abbiamo anche i livelli di istruzione peggiori in EU: 20,3% di laureati a fronte di una media europea del 24,3%) .

Anche assumendo che il legislatore propenda per una riallocazione di risorse verso la Sanità, rimane il non banale problema di convincere i cittadini della ragionevolezza di politiche tese a spostare i benefici da un settore ad un altro, sostanzialmente a parità di saldo. A ben vedere si tratterebbe di trasformare erogazioni in denaro (tipiche del settore "previdenziale") in erogazioni in natura (servizi) tipici della Sanità; trasferimento che, evidentemente, impatterebbe in larga misura sulla popolazione anziana, che è quella che, insieme, beneficia della protezione sociale e dei servizi sanitari.

Una riallocazione imposta avrebbe, a nostro parere, ben poche *chance* di essere "digerita" dalla maggioranza della popolazione, che ha più volte di-

mostrato (vedi scioperi per i tagli pensionistici, ma anche il crescente ricorso ai servizi a pagamento in Sanità) di preferire largamente le prestazioni in denaro su quelle di servizi.

Perché questo "sentimento" possa cambiare, è necessario che i cittadini trovino un vantaggio reale nel cedere allo Stato (o, se vogliamo, alle Regioni) denaro contante in cambio di una promessa di soddisfazione dei propri bisogni.

A titolo di esempio, possiamo citare l'auspicabile ricongiungimento delle indennità di accompagnamento nell'alveo del finanziamento della Sanità, o, meglio di un (altrettanto auspicabile) nuovo Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN). Considerando che le indennità presumibilmente vengono in larga misura utilizzate per pagare (in "nero" o ufficialmente) le badanti, per chiedere ai cittadini di rinunciare volontariamente, magari inizialmente solo in parte, è necessario che il SSSN sia in grado di offrire una assistenza domiciliare continuativa di migliore qualità e a prezzi più convenienti di quelli praticati attualmente sul mercato; si consideri che trattandosi per lo più di persone con le quali il cittadino deve iniziare una convivenza, offrire una assistenza di maggiore qualità richiede, come elemento forse maggiormente discriminante, anche di lasciare la libertà al cittadino di scegliersi la persona che "si metterà in casa".

Le strategie sinteticamente esemplificate sono, evidentemente, di non facile realizzazione, almeno stante le attuali regole in cui si muove il nostro settore pubblico. D'altra parte, imporre cambiamenti di *welfare* ai cittadini sarebbe una politica difficilmente efficace, quand'anche perseguibile.

In sintesi, almeno nel medio periodo, pensare di risolvere i problemi della Sanità con un maggiore finanziamento, si scontra (stavolta in ordine di rilievo) prima di tutto con l'insufficiente crescita del Paese e, in secondo luogo, con le preferenze dei cittadini.

A fronte di questo dato di fatto, le alternative praticabili per garantire la sostenibilità del SSN rimangono in sostanza tre:

- 1) un rifinanziamento generato da una crescita (e/o anche una effettiva emersione dell'economia sommersa), nella misura in cui dovesse diventare maggiore di quella media EU

- 2) il passaggio a forme di universalismo selettivo
- 3) un efficientamento ulteriore, ottenuto non con ulteriori tagli, bensì modificando i servizi.

Sul primo punto le politiche sanitarie possono dare un contributo, sebbene la “non crescita” italiana abbia una eziologia complessa che, certamente, travalica gli aspetti sanitari. Quello che potrebbe fare è coordinarsi (ma stavolta davvero...) con le politiche industriali: certamente il contenzioso in essere con le industrie dei Dispositivi medici per i *payback*, come anche i continui rimaneggiamenti ai tetti farmaceutici, peraltro dimostratisi incapaci a riportare gli sforamenti su livelli fisiologici (come argomenteremo nel seguito), non depongono per una reale capacità di governare congiuntamente l'aspetto assistenziale e quello industriale.

Sul secondo punto va osservato che, come anticipato, l'universalismo selettivo è già in atto: la crescita della spesa *out of pocket* ne è la dimostrazione evidente.

Almeno nel breve periodo, i presupposti (in primis di finanziamento) per ridurre la spesa privata sembrano del tutto assenti. Almeno, e riteniamo sarebbe il primo mandato di un SSN universalistico, la spesa privata andrebbe governata per evitare derive in senso non equitativo.

In sintesi, l'universalismo selettivo è già in atto e il vero problema è che lo è in forma anarchica: un intervento che metta ordine nella materia, riconoscendo i vantaggi dell'integrazione e il valore della Sussidiarietà sarebbe opportuno, ma richiede prima di tutto un confronto che permetta di superare alcune posizioni preconcepite, e che sia capace di coordinare le attività dei diversi attori del sistema sanitario, senza cadere nella tentazione di imporre modelli che non tengono conto delle preferenze dei cittadini/pazienti: questo approccio implica declinare la Sussidiarietà evitando di interpretarla, o meglio confonderla, con una forma di subordinazione del privato al pubblico; mentre il primato del pubblico nella regolazione del mercato è questione indiscutibile e irrinunciabile (e riteniamo rappresenti la vera essenza di un sistema definibile “pubblico”), traslarlo nella produzione e nella intermediazione dei bisogni non soddisfatti dal SSN è tutt'altro che aspetto ovvio, anzi rischia di

scontrarsi con il valore delle libere scelte della popolazione.

Un secondo aspetto non procrastinabile è quello dell'integrazione fra circuito pubblico e privato di erogazione dei servizi, e anche di intermediazione delle coperture: prima di poter formulare proposte operative, appare però necessario trovare democraticamente una condivisione sui principi che regolano oggi i rapporti fra questi due segmenti: senza pretesa di esaustività, sono sul tavolo il tema della declinazione del principio di sussidiarietà (in primo luogo al fine di superare l'empasse determinatasi in tema di natura integrativa/sostitutiva delle prestazioni); ma anche quello della meritorietà degli oneri derivanti dagli sgravi fiscali, e anche la necessità di ripensare le condizioni di accesso al mercato e “competizione” (regolata) fra erogatori pubblici, accreditati e non accreditati.

Infine, stante la speranza, ma la non certezza, di poter rifinanziare il SSN con la crescita, nonché le difficoltà di trovare una intesa sul governo della domanda e quindi sulla prioritarizzazione dei bisogni soddisfatti, il tema dell'efficientamento non può essere definitivamente “messo in soffitta”, malgrado siano ormai largamente sconfessate le posizioni che negli anni hanno sbandierato la rimozione degli “enormi sprechi” del sistema come soluzione “facile” alle difficoltà del SSN.

La storia delle politiche sanitarie degli ultimi 20 (almeno) anni dimostra, però, che oggi l'efficientamento non può più essere declinato in termini di riduzione dei costi a organizzazione data.

Piuttosto l'efficientamento dovrebbe passare per una reingegnerizzazione dei servizi, avendo il coraggio di ripensare completamente le modalità di risposta ai bisogni. A titolo di esempio, la crescita dell'offerta territoriale (Case e Ospedali di Comunità, Assistenza domiciliare etc.) potrebbe far pensare che l'obiettivo sia quello di aumentare il numero di prestazioni erogate sul territorio per soddisfare la richiesta inevasa dei cittadini; ma questo richiederebbe risorse aggiuntive, in primo luogo umane, per popolare questi servizi: la realtà è che il SSN opera in una situazione di carenza di risorse, per cui l'obiettivo non può essere aumentare o, al più, riconvertire

l'offerta, quanto quello di modificarne l'azione, rendendola più efficiente; in altri termini, essere capaci di tutelare la salute con un minor ricorso all'erogazione di “prestazioni” (in senso lato).

Le opportunità (le azioni che è urgente programmare)

Nel paragrafo precedente si è argomentato delle principali macro-compatibilità che, sulla base delle analisi contenute nel Rapporto, si ritiene non possano essere eluse: l'esplicitazione dei *driver* delle trasformazioni in corso e dei vincoli esistenti è, infatti, propedeutico rispetto alla definizione di obiettivi perseguibili.

Per evitare che l'attuale deriva del SSN porti al suo collasso, appare urgente assumere un impegno collettivo per cercare di trasformare le analisi in proposte e azioni di riforma. In questa ottica, a seguire si elencheranno, senza un reale ordine di priorità, alcuni interventi che si ritiene possano essere utili al fine di perseguire un adeguamento del SSN alle nuove esigenze della Società italiana.

I. La prima linea di azione che emerge dal Rapporto C.R.E.A. 2023 riguarda, come anticipato nel precedente paragrafo, l'esigenza di pensare ad una efficace reingegnerizzazione dei servizi, anche sfruttando le nuove opportunità date dalle tecnologie “digitali”; per supportare la programmazione il SSN si è storicamente dotato di “tavoli” e/o “progetti” dedicati all'aggiornamento delle modalità di erogazione delle attività cliniche: per quanto argomentato nel precedente paragrafo, sarebbe, però, opportuno spostare l'attenzione dal governo dell'offerta a quello del governo della domanda, o meglio alla riconciliazione delle aspettative dei cittadini con le capacità di risposta dei servizi. Il SSN deve superare un approccio concentrato sulla mera organizzazione dell'offerta clinica, mirando piuttosto a ripensarla in termini di integrazione con la presa in carico dei bisogni sociali e, più in generale, di adeguamento alla trasformazione dei bisogni, delle aspettative e dei comportamenti di consumo legate all'evoluzio-

ne tecnologica. Per orientare le future azioni del SSN, evitando la frammentazione degli interventi, sarebbe opportuno che venisse prodotto un documento di indirizzo strategico finalizzato a ridefinire prospetticamente i bisogni della popolazione e a riconciliarli con le capacità di risposta del SSN.

II. Un aspetto strategico, sempre legato al punto precedente, ci sembra sia quello del potenziamento dei processi di comunicazione e collaborazione all'interno del SSN. Il potenziamento del cosiddetto territorio è una sfida che, come anticipato, non si può vincere aumentando semplicemente l'offerta. E neppure riorientando le risorse dall'ospedale al territorio: il mito della deospedalizzazione sembra miope, visto che già siamo il Paese in Europa, Olanda esclusa, con il minor tasso di ospedalizzazione (già oggi il nostro tasso di ospedalizzazione in acuzie è del -35,3 inferiore a quello, ad esempio, della Francia e del -56,2% rispetto alla Germania); di fatto anche l'ospedale è sempre più un erogatore di prestazioni diagnostiche e cliniche ambulatoriali (per dare una misura quantitativa del fenomeno osserviamo che il rapporto fra i ricavi derivanti dai ricoveri e quelli delle altre attività nelle aziende ospedaliere pubbliche si è ridotto da 5,6 nel 2011 a 2,9 nel 2021). Ci sembra evidente che la sfida non si vince “spostando” alcune prestazioni da un “luogo” ad un altro, quanto capendo come si possa tutelare la salute della popolazione erogando meno prestazioni: tema che nel dibattito di politica sanitaria è stato riassunto con l'idea del superamento delle logiche da “prestazionificio”. Purtroppo, sino ad oggi, la “difesa” del SSN dalla pressione della domanda è rimasta in buona misura confinata alla perdente opzione di fare filtro mediante le liste di attesa, che rimangono una soluzione iniqua e invisibile ai cittadini. Per una vera razionalizzazione del sistema andrebbe, invece, potenziata la prevenzione e, dove non sia possibile, l'attenzione ad evitare le duplicazioni inutili di prestazioni. Su questo ultimo punto, vale la pena di notare che la prossimità, caposaldo della recente riforma del territorio, sebbene rappresenti un valore in termi-

ni di umanizzazione delle cure, non garantisce di per sé uno snellimento dei percorsi: al più (ed è tutto da dimostrare) un soddisfacimento dei bisogni con minori costi unitari, peraltro da valutare quanto compensati dall'allargamento della platea dei soggetti presi in carico. Piuttosto, per far "fare la differenza" alla prevenzione (ivi compresa la promozione della corretta aderenza alle terapie) si richiede che essa diventi una rivoluzione culturale, ovvero che si generi una convinta adesione della popolazione sulla opportunità di adottare stili di vita "salutari": non è un risultato che può essere raggiunto senza un adeguato investimento, ma non tanto in offerta, quanto in azioni capaci di instaurare un rapporto fiduciario fra i cittadini e il SSN (in primis con i professionisti sanitari), sfruttando anche la mediazione dei riferimenti culturali della popolazione: si tratta di azioni che attengono alla sfera del governo della domanda, che può essere realizzato solo attivando e incentivando l'uso di nuovi canali di comunicazione continua con i cittadini; ad esempio, per essere efficace, la prevenzione primaria richiede un allargamento dell'attenzione del SSN verso il mondo del benessere (alimentazione, sport, etc.), prevedendone una integrazione con le problematiche sanitarie. Dove, poi, non si possa evitare di arrivare alla necessità di interventi clinici, è necessario operare per lo snellimento dei processi di presa in carico: lo sdoppiamento (territorio e ospedale) dei luoghi di erogazione, per quanto programmabile sulla carta sulla base di una "teorica" divisione delle prestazioni di I e II livello, rischia solo di generare ulteriori "ping-pong" e quindi una duplicazione di interventi; lo snellimento del carico di lavoro richiede, piuttosto, che sia incentivata una presa in carico multidisciplinare, sviluppando livelli di collaborazione e integrazione fra professionisti le cui modalità per ora non sono state affatto prese in considerazione adeguatamente.

III. Il reiterato riferimento alla capacità del SSN di dare "risposta alla cronicità", sempre presente nelle scelte programmatiche del SSN, appare congiunturalmente ineccepibile, ma debole strategicamente; indubbiamente la cronicità è la ci-

fra sanitaria dell'invecchiamento in corso: ma è essenzialmente collegata alle fasce anziane della popolazione (sebbene siano molti i cronici "giovani", la cronicità a cui ci si riferisce è essenzialmente quella che si accompagna ad una progressiva fragilità); le fasce anziane sono, però, quelle che ancora si possono ritrovare con le modalità attuali di erogazione dei servizi; una *vision* che guardi al futuro del SSN deve, invece, già iniziare a occuparsi dei "futuri cronici", iniziando a ripensare le modalità della medicina di iniziativa, adattandola ai bisogni e ai comportamenti dei "millenials": una popolazione nativa digitale, che comunica quasi esclusivamente attraverso gli strumenti digitali, che compra praticamente tutto a distanza, valuta i servizi mediante le informazioni reperite in rete, etc.; una popolazione più disposta verso alcune innovazioni quali l'Intelligenza Artificiale, ma forse anche meno critica nella analisi delle evidenze scientifiche. In altri termini, la digitalizzazione dei rapporti sociali, volente o nolente, è un'altra partita che il SSN deve governare, potendone peraltro trarre vantaggi non indifferenti per snellire i processi ed efficientarsi senza abbassare ancora la qualità dei servizi. Di fatto, ancora oggi l'attenzione alla digitalizzazione dei servizi i Sanità sembra, invece, orientata al mero utilizzo dell'ICT per rendere più efficienti (e solo qualche volta efficaci) i servizi: manca ancora un salto di qualità che ripensi come trasformare il settore dei servizi sanitari, così come è avvenuto in altri campi, come ad esempio quello del commercio.

IV. Come argomentato nel paragrafo precedente, sul SSN pesa un evidente aumento dell'inequità, testimoniato dalla crescita dei casi di disagio economico (impoverimento e rinuncia alle cure per motivi economici) (+0,4 punti percentuali di incidenza nel periodo 2015-2021), come anche la continua crescita dei consumi sanitari nel paniere delle famiglie meno abbienti (5,9% dei consumi totali vs 5,7% dei "più ricchi"). Ai fini del governo della spesa privata, le questioni aperte sono molteplici: senza pretesa di esaustività, citiamo la totale non integrazione del "circuito" di erogazione privato con quello pubblico, a volte alimentata dal

pregiudizio per cui tutto ciò che è privato è anche non etico in quanto rispondente a esigenze di massimizzazione del profitto; tesi che potrebbe avere un fondamento in un mercato non regolato, o non sufficientemente regolato, ma che si scontra con la natura dei mercati sanitari europei, nei quali anche la massimizzazione del profitto aziendale è perimetrata dalle regolamentazioni pubbliche. Ovviamente, evitando di cadere nell'ulteriore pregiudizio della incapacità pubblica di regolare efficacemente il mercato, può invece essere analizzato il rischio opposto, ovvero che l'intervento pubblico distorca il mercato, non premiando le strutture più efficienti: l'incapacità del SSN di aggiornare nomenclatori e tariffe in modo ragionevole e tempestivo, nonché di modularle sulle caratteristiche degli erogatori, può esserne un almeno parziale esempio. Distorsioni che possono crearsi anche creando barriere all'entrata: la logica dell'accreditamento è stata largamente aggirata con i cosiddetti accordi contrattuali, e oggi assistiamo al fatto che le entrate e uscite delle aziende dai mercati sanitari accreditati siano praticamente nulle, confermando che l'attuale regolamentazione genera evidenti barriere all'ingresso che andrebbero rimosse.

V. Sempre in tema di "sanità privata", appare distortivo il mantenimento di categorie che non trovano riscontro in "natura", quale la forzata distinzione fra "prestazioni integrative" e "sostitutive", che spesso viene utilizzata per stigmatizzare la crescita dei Fondi Sanitari; va ricordato che le prestazioni "integrative" per essere tali si vorrebbero escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e, quindi, ai sensi del DPCM del 12.1.2017 che ha aggiornato il DPCM del 29.11.2001, vi possono essere ricomprese la medicina estetica, la circoncisione rituale, le prestazioni inappropriate e, con un po' di sforzo, possiamo aggiungerci alcune prestazioni odontoiatriche e l'assistenza (in teoria non sanitaria) agli anziani non auto-sufficienti. Non a caso queste ultime furono prese a riferimento per definire i requisiti per la concessione di maggiori benefici fiscali (D.M. del 31.3.2008, D.M. del 27.10.2009). A parte l'"inconsistenza" (o,

se vogliamo, la non meritorietà) del pacchetto di prestazioni descritto come "integrativo", va notato che considerare (ad esempio) una prestazione diagnostica come "sostitutiva", in quanto prevista nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, appare incoerente con l'osservazione che, se quella prestazione è "non urgente", non risulta di fatto soggetta a limiti di attesa, e non è neppure garantita l'erogazione in prossimità della residenza. Ci sembra che la possibilità di avere la prestazione in tempi percepiti come ragionevoli e nel luogo prescelto, siano elementi di per sé sufficienti e ragionevoli per definire una "integrazione" del servizio pubblico: non riconoscerla come una integrazione di fatto dei servizi pubblici appare un negare la realtà. Qualora non si "amino" le forme di sussidiarietà, si dovrebbe spingere per aumentare la capacità di risposta pubblica, e non cercare surrettiziamente di limitarne le alternative, che è una strategia che provocherebbe solo danni ai cittadini.

VI. Altro argomento ricorrente in questo ambito, che meriterebbe una maggiore e approfondita analisi, è quello della presunta iniquità degli sgravi fiscali concessi ai consumi sanitari. In carenza di dati certi sulle dimensioni del problema, un elemento appare però evidente: se la detraibilità delle spese sanitarie può essere sulla carta considerata iniqua, nella misura in cui premia i maggiori consumi, ragionevolmente attribuibili alle famiglie più abbienti, gli sgravi legati ai premi versati a Fondi collettivi, essendo oggi appannaggio fondamentalmente del ceto medio e di larga parte del lavoro dipendente, appaiono tutt'altro che iniqui; anzi, si possono ritenere una (parziale) compensazione del fatto che si tratta delle uniche fasce della popolazione a cui è, di fatto, impedito evadere. Considerando, poi, anche che alla luce delle dichiarazioni dei redditi, che i soggetti sui cui pesano gli oneri della redistribuzione solidistica rimangono una esigua minoranza (secondo l'Osservatorio dedicato a entrate fiscali e finanziamento del sistema di protezione sociale poco più di 5 milioni di versanti (8,3% della popolazione) con redditi superiori ai € 35.000 nella sostanza,

sostengono il peso del finanziamento del nostro *welfare*), andrebbe recuperato nelle azioni di governo il tema del rapporto fra SSN e fisco: è un tema che rimane centrale, nella misura in cui i sistemi di *welfare* universalistico richiedono sistemi fiscali efficienti, in assenza dei quali si generano inaccettabili sperequazioni.

VII. Ancora in relazione all'aspetto della crescita della spesa privata, va citata anche l'esigenza di rivedere i criteri di Riparto: pur essendo stato oggetto di numerose rivisitazioni, questi sono da alcuni anni sostanzialmente "congelati", a parte il recente intervento per inserire nell'algoritmo, dal 2023, il parametro della "deprivazione", una modifica che, a ben vedere, pur avendo drenato risorse dalla ripartizione Centro settentrionale a quella meridionale, ha spostato relativamente poco nell'allocatione delle risorse; l'equità del criterio di riparto è, però, oggi messa in discussione, e in modo quantitativamente molto più rilevante, dall'incidenza della spesa privata per prestazioni che di fatto ricadono fra quelle garantite dal SSN: si tratta di spese sostenute direttamente dai cittadini, spontaneamente o per effetto delle politiche regionali di compartecipazione, che praticamente riducono l'onere sostenuto dai Servizi Sanitari Regionali (SSR), e lo fanno in modo decisamente difforme, avvantaggiando alcuni SSR più di altri. A titolo esemplificativo, la spesa per farmaci di "classe A" sostenuta direttamente dai cittadini riduce l'onere farmaceutico della Regione Valle d'Aosta di € 81,1 pro-capite, mentre all'altro estremo riduce di solo € 9,2 l'onere sostenuto dalla Basilicata. Analogamente, i *ticket* per ricetta sulla spesa farmaceutica riducono di € 13,1 pro-capite l'onere farmaceutico della Campania e di nulla quello del Friuli Venezia Giulia e delle Marche. I due esempi portati propongono un quesito di fondo: è corretto che in un sistema solidaristico le Regioni con una popolazione più abbiente si avvantaggino (e quindi in teoria possano dare più servizi) per effetto della maggiore propensione a consumare di "tasca propria" dei propri residenti? Analogamente, considerando che il finanziamento centrale per l'erogazione de-

LEA è frutto della stima del Fabbisogno Nazionale *Standard* al netto, per norma, di una quota di entrate regionali (le cosiddette "entrate cristallizzate", peraltro definite *illo tempore*...), il fatto che il finanziamento effettivo per l'erogazione dei LEA (peraltro non garantiti pienamente da tutte le Regioni ai sensi del monitoraggio del cosiddetto "sistema di Garanzia") sia invece integrato per il 5,3% dalle altre entrate proprie regionali, di cui una parte sono compartecipazioni, può ritenersi corretto da un punto di vista equitativo? Riteniamo che la risposta debba essere negativa, anche in considerazione del fatto che nessuna Regione riesce a erogare i LEA con i soli fondi erogati sulla base del FSN: le entrate proprie si sono di fatto trasformate in imposte per il finanziamento della Sanità, con il difetto di essere una fonte di entrata che garantisce un gettito regionale difforme, anche in ragione delle diverse incidenze di residenti esenti.

VIII. Un quarto aspetto che richiede un confronto e la formulazione di proposte operative è quello delle regole che caratterizzano l'operatività delle aziende pubbliche: l'esperienza pandemica ha dimostrato come la rapidità di azione e, quindi, l'efficienza del sistema, dipenda fortemente dalle "regole del gioco", costringendo le aziende del SSN ad operare in deroga ai principi che le caratterizzano; la presentazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è stata accompagnata da una reiterata affermazione della necessità di "riformare" alcune procedure: purtroppo di tutto questo non sembra esserci ancora evidenza significativa; in particolare gli approvvigionamenti e la gestione delle risorse umane sono le aree strategiche che richiedono un più radicale adeguamento delle "regole": da una parte per contenere i rischi di "amministrazione difensiva", e dall'altra per evitare di trovarsi nell'impossibilità di poter reclutare il personale necessario per le posizioni "scoperte"; a fronte dell'importanza del tema, già richiamato nelle precedenti edizioni del Rapporto, e non essendosi ancora registrata l'identificazione di soluzioni dirimenti, probabilmente anche a causa dei vincoli derivanti dalla natura

delle Aziende Pubbliche, riteniamo sia divenuto ineludibile mettere in discussione anche il tema della natura delle Aziende Sanitarie pubbliche, eventualmente ripensandola in una logica di efficientamento operativo.

IX. Le risorse umane, in questo momento, sono certamente l'aspetto più critico per il SSN; per quanto concerne i medici, più che un problema di numero, esiste un tema di identificazione degli incentivi atti a poter raccogliere la sfida della copertura delle posizioni meno appetite e, ovviamente, a questo aspetto si lega il fatto che non è più procrastinabile l'adeguamento delle retribuzioni; per gli infermieri il tema delle retribuzioni è davvero in cima all'agenda, insieme ad un serio problema di carenza; infine, poco o nulla è noto della consistenza dell'offerta di Assistenti alle Cure (in primis gli OSS) che, paradossalmente, non sono sinora entrati nel dibattito sugli organici, pur essendo le figure professionali naturalmente vocate all'assistenza dei non autosufficienti; secondo le analisi del Rapporto, anche per queste figure l'Italia, a meno di voler assimilare ad una figura professionale l'esercito di badanti (non professionali) che hanno attualmente in carico gli anziani italiani fragili, è mal posizionata in Europa con 86,4 assistenti per 1.000 abitanti *over 75*, contro 114,6 della Spagna, 175,8 della Francia e 211,1 del Regno Unito; infine, va considerato che qualsiasi decisione (a parte i vincoli economici per l'adeguamento delle retribuzioni) richiede i primo luogo che siano definiti i fabbisogni; da questo ultimo punto di vista è urgente che si ridiscutano i criteri con cui si valutano tali fabbisogni: ad esempio, stupisce che, nel dibattito in corso, siano ancora in uso parametri quali il rapporto infermieri per medico, criterio ormai del tutto incompatibile con l'autonomia professionale degli infermieri (escludendo forse alcune posizioni tipicamente ospedaliere); gli infermieri oggi operano, ad esempio, nel territorio senza una presenza del medico (basti pensare agli infermieri di famiglia) e quindi avrebbe semmai molto più senso declinare il fabbisogno di OSS/Assistenti in termini relativi agli infermieri per programmare le risorse necessarie

per far fronte alle prese in carico domiciliari.

X. Tema ormai centrale nel dibattito in corso è quello dello sviluppo delle logiche di *Health Technology Assessment* nelle funzioni di programmazione del SSN; Appare evidente che una adozione delle tecnologie basata su decisioni prese in base a trasparenti e razionali criteri di valutazione è certamente un obiettivo da perseguire. Il dibattito in corso sembra, però, carente da almeno due punti di vista. Il primo discende dal fatto che l'HTA è un *assessment* a supporto di una decisione che rimane politica, e che deve basarsi su una declinazione finale del "valore" delle tecnologie valutate (*appraisal*): il tema è che l'esplicitazione degli attributi del valore, almeno di quelli presi in considerazione dai *decision maker*, in Italia rimangono opachi. Sinora il sistema ha garantito un accesso quasi totale alle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi medici, etc.), così che l'impatto del "tema valore" è rimasto in secondo piano; la crescente scarsità di risorse, nel momento in cui determinerà eventuali necessità di prioritizzazione, rischia di far divenire il tema "sensibile". Esempi che pronosticano ciò sono già evidenti: riferendosi al mondo del farmaco, dove i criteri di valutazione sono consolidati da più tempo, possiamo notare che tanto i farmaci a cui è stata riconosciuta l'innovatività, quanto i farmaci orfani, registrano tempi di accesso più lunghi rispetto alla media: in altri termini, farmaci a cui è stato riconosciuto un "particolare valore", finiscono poi per essere penalizzati nell'accesso, presumibilmente a causa dei loro prezzi più alti (peraltro logicamente legati al valore, almeno sposando l'approccio del *value based pricing*): quello che si appalesa sembra un cortocircuito del sistema di HTA, che meriterebbe una approfondita riflessione. A proposito di accesso al mercato, un tema che si sta affacciando nel dibattito di politica sanitaria, meritando un approfondimento, è anche quello dei schemi di *early access* per categorie di farmaci che si ritengono di particolare rilievo sociale, come può essere il caso di quelli innovativi e/o orfani: il Rapporto, analizzando le esperienze internazionali, e in particolare quelle di Francia e Germania, evidenzia

come per velocizzare l'accesso al mercato una opportunità rilevante è quella di posticipare la negoziazione: una opzione che, però, richiede di risolvere il *trade off* fra "velocità" e "rischi finanziari", nonché il rischio di un "indebolimento del potere negoziale pubblico"; le esperienze internazionali sembrano suggerire che, con adeguati meccanismi di *payback* (basato sul differenziale fra prezzo libero di accesso e prezzo successivamente negoziato) e l'istituzione di processi di arbitrato, i rischi possono essere mitigati con vantaggi sia per i pazienti, che per le aziende produttrici. L'esempio degli *early access* indica che, nelle logiche di valore, andrebbe anche discusso se non debbano, o almeno possano, essere inseriti elementi che riguardano l'"altra faccia della medaglia", ovvero il contributo dell'industria medicale (in senso lato) alla crescita del Paese. Di fatto, la *governance* del settore sembra arrivata al punto in cui è richiesto un ripensamento. A livello farmaceutico, la logica dei tetti e conseguenti *payback* si scontra con il fatto che, malgrado ogni anno si aumenti il tetto (e si spostino risorse da quello della farmaceutica convenzionata a quello degli acquisti delle strutture pubbliche), lo sfioramento non si abbassa (era di € 1,8 mld. nel 2015 e il Rapporto stima sarà di € 1,9 mld. nel 2022). Considerando altresì che il tetto della convenzionata è sinora rispettato solo grazie agli acquisti privati dei cittadini per i farmaci "classe A", senza i quali tutte le Regioni sfiorerebbero. Di fatto, da sistema di disincentivo alle politiche di pressione commerciale, il *payback* è diventato uno sconto ex post al SSN, attualmente pari al 7,0%, che per le Regioni è una ulteriore significativa fonte di entrata. Per questo stesso motivo, le Regioni non vogliono e non possono rinunciare al *payback*, ivi incluso quello fissato per i dispositivi medici. Anche in questo caso le norme hanno in parte "disinnescato" l'impatto del *payback*, dimezzando l'onere per le imprese relativamente agli anni 2015-2018. Si è trattato di una norma tampone che non ha, però, affrontato alla base la questione: in primo luogo una compiuta valutazione della spesa ritenuta appropriata per il settore. Il Rapporto evi-

denzia come il tetto si basi su un monitoraggio della spesa per dispositivi medici largamente incompleto: secondo le stime elaborate, la spesa per DM monitorata non raggiunge l'80% dell'onere realmente sostenuto, generando distorsioni di mercato (fra diverse categorie di DM). Ma il sistema di monitoraggio dei DM introduce anche una distorsione a livello regionale, nella misura in cui nel calcolo della spesa non vengono considerati gli oneri per i DM utilizzati dalle strutture private accreditate, che rimangono sepolti nella spesa ospedaliera in convenzione, che incide in modo fortemente difforme nelle diverse Regioni.

Riflessioni finali

Il SSN rappresenta con assoluta certezza una conquista di civiltà e un punto qualificante del sistema di *welfare* italiano basato sulla solidarietà: va sempre ricordato che il *welfare* è il principale (e più "sano") elemento di coesione nazionale.

Ma il SSN è stato progettato per una Società che non esiste più: le rivoluzioni demografiche, sociali e tecnologiche intervenute (almeno) negli ultimi 30 anni hanno radicalmente cambiato bisogni, aspettative e comportamenti.

Difendere il SSN, e principalmente dargli un futuro, non può quindi essere perseguito con un arroccamento a difesa dell'esistente: il SSN deve cambiare per adeguarsi ad una nuova Società, con le nuove opportunità che si sono generate e le corrispondenti complessità.

Un'azione efficace deve anche essere pragmatica e questo implica riconoscere i vincoli alle azioni possibili.

Il Rapporto 2023 ha cercato di esplicitare questi vincoli, almeno i principali, che sono da ricondursi alla stagnazione prolungata dell'economia italiana. Una scarsità di fatto di risorse che genera a cascata il vincolo di riconoscere l'esistenza di un doppio canale (pubblico e privato) nel soddisfacimento dei bisogni della popolazione, e quello dell'esigenza di ripensare le modalità di efficientamento dei servizi.

L'urgenza di intervenire proviene dalla constata-

zione di una deriva del SSN, che potrebbe portare al suo collasso in tempi non lunghissimi: si tratta di un rischio sociale a fronte del quale appare urgente assumere un impegno collettivo per cercare di trasformare le analisi in proposte e azioni di riforma.

In questa ottica, il Rapporto ha provato ad elencare alcuni interventi che si ritiene dovrebbero essere considerati prioritari al fine di adeguare il SSN alle nuove esigenze della Società italiana.

Evidentemente il loro perseguimento richiede si determini una volontà politica in tal senso; va osservato che trattandosi di aspetti che non riguardano solo modifiche "tecniche", ma che toccano in profondità i principi fondanti del sistema di protezione sociale, non basta la promozione di tavoli tecnici: è arrivato, piuttosto, il momento di tornare ad una fase "costituente", come quella che nel 1978 ha permesso la nascita del SSN.

