

COMMISSIONI RIUNITE

V (Bilancio, tesoro e programmazione) e XII (Affari sociali)

S O M M A R I O

INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica (<i>Esame del documento conclusivo e approvazione</i>)	8
ALLEGATO 1 (<i>Proposta di documento conclusivo</i>)	9
ALLEGATO 2 (<i>Documento conclusivo approvato</i>)	63

INDAGINE CONOSCITIVA

Mercoledì 4 giugno 2014. — Presidenza del presidente della V Commissione, Francesco BOCCIA.

La seduta comincia alle 14.10.

Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.

(Esame del documento conclusivo e approvazione).

Le Commissioni iniziano l'esame del documento conclusivo.

Francesco BOCCIA, *presidente*, propone che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Presenta ed illustra, quindi, una proposta di documento conclusivo, che tiene

conto delle indicazioni fornite dai gruppi con riferimento a tutti i temi oggetto delle conclusioni del documento stesso (*vedi allegato 1*).

Intervengono in relazione al contenuto della proposta di documento conclusivo presentata i deputati Rocco PALESE (FI-PdL), Donata LENZI (PD), Giuseppe DE MITA (PI), Andrea CECCONI (M5S), Maino MARCHI (PD) e Pierpaolo VARGIU (SCpI).

Francesco BOCCIA, *presidente*, ricevendo le osservazioni svolte dai colleghi, presenta, anche a nome del presidente Vargiu, una nuova versione del documento conclusivo (*vedi allegato 2*).

Nessun altro chiedendo di intervenire, le Commissioni approvano il documento conclusivo (*vedi allegato 2*).

La seduta termina alle 14.40.

ALLEGATO 1

**Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute
tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.**

PROPOSTA DI DOCUMENTO CONCLUSIVO

Premessa

1. Nuovi bisogni di salute e organizzazione dei servizi

1.1 Cenni sull'organizzazione territoriale del servizio sanitario

2. La spesa sanitaria

2.1 La spesa per il personale medico e sanitario

2.2 La spesa farmaceutica

2.3 La spesa per beni e servizi

3. Il finanziamento del Welfare sanitario italiano

3.1 I piani di rientro

4. La nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni

4.1 La spending review

4.1.1 I beni e i servizi, economie di scala e tutela dell'innovazione

4.1.2 La cronicità e i nuovi rapporti tra Ospedale e Territorio

4.1.3 Criticità e opportunità nelle politiche del farmaco

4.2 La compartecipazione al finanziamento del sistema

4.3 Vecchie e nuove domande di salute tra equilibri di finanziamento ed esigenze di qualità delle prestazioni sanitarie

5. Conclusioni

Premessa

I sistemi sanitari del cosiddetto “Welfare europeo” attraversano una fase di profondi mutamenti determinati da numerosi 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, nonché la crisi economico-finanziaria e i vincoli di finanza pubblica sempre più stringenti. Infatti, 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.

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.

In considerazione del nuovo quadro costituzionale, la concreta definizione dei rapporti tra Governo centrale e regioni è affidata ad apposite intese, che delineano, da oltre un decennio, un sistema non più fondato sull’aspettativa da parte delle regioni del ripiano dei loro disavanzi, ma sul principio della forte responsabilizzazione, sia delle regioni virtuose sia delle regioni con elevati disavanzi.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, tanto che nel 2012 tale spesa si è attestata a quota 110,8 miliardi di euro, facendo registrare, per il secondo anno consecutivo, una riduzione in termini nominali (pari allo 0,7 per cento contro lo 0,8 per cento dell’anno precedente). La spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento. Si tratta di un aggregato di spesa che, per altro, non trova separata evidenziazione nell’ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, ai costi del personale, facenti parte dell’aggregato redditi da lavoro dipendente, e alle spese per l’acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

In questo quadro, considerata la complessità e la rilevanza della spesa sanitaria e dei diritti costituzionali ad essa sottesi, le Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione economica) e XII (Affari sociali) hanno ravvisato l’opportunità di svolgere un’indagine conoscitiva concernente “la sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica”, al fine di:

- 1) effettuare una comparazione degli andamenti tendenziali della spesa sanitaria pubblica e privata tra i maggiori Paesi europei, sia in termini di spesa assoluta pro capite, che di incidenza percentuale sul PIL;
- 2) verificare le conseguenze della progressiva riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenuta dal 2008 al 2013 sul livello di appropriatezza del sistema, in particolare individuando e valutando l'entità e l'effettiva efficacia degli interventi di *spending review*;
- 3) valutare l'impatto atteso sulla complessiva erogazione delle prestazioni sanitarie in conseguenza del progressivo passaggio al sistema di finanziamento regionale attraverso "i costi standard";
- 4) verificare gli effetti dell'introduzione dei *ticket* dal punto di vista economico-finanziario, dell'orientamento della domanda di prestazioni sanitarie e della coerenza e della congruità del sistema delle esenzioni con gli obiettivi di protezione delle fasce più deboli della popolazione;
- 5) verificare gli effetti dei piani di rientro sull'organizzazione sanitaria regionale, sull'accesso alle cure e sull'effettivo ripiano dei deficit sanitari;
- 6) valutare il livello di omogeneità su tutto il territorio nazionale dell'accesso alle cure e del livello qualitativo delle prestazioni sanitarie erogate;
- 7) verificare l'incidenza e l'efficacia della spesa sociale e socio-sanitaria, anche alla luce del riparto delle risorse tra comuni e ASL;
- 8) verificare gli esiti del processo di adeguamento delle procedure amministrative, di cui al decreto legislativo n. 118 del 2011, finalizzato alla corretta rilevazione dei fatti di gestione, attraverso l'adozione di nuovi modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie, anche in vista della certificazione dei loro bilanci.

Al fine di realizzare i predetti obiettivi, le Commissioni riunite hanno svolto, dal 17 giugno al 30 ottobre 2013, le audizioni dei seguenti soggetti:

- rappresentanti di Istituzioni e Fondazioni di studio di settore: prof. Elio Borgonovi, presidente del CeRGAS-Bocconi; prof.ssa Sabina Nuti, responsabile del laboratorio Management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; prof. Davide Croce, direttore del Centro di Ricerca in Economia e Management di Sanità e nel Sociale (CREMS) della LIUC Cattaneo; prof. Gualtiero Ricciardi, coordinatore del Rapporto Osservasalute dell'Osservatorio nazionale per la salute nelle regioni italiane;
- Prof.ssa Carlotta De Franceschi, presidente di *Action Institute*; rappresentanti di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato; Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO); Associazione italiana ospedalità privata (AIOP); Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI);
- rappresentanti di sindacati di categoria: CGIL, CISL,UIL e UGL – Sindacato autonomo medici italiani (SNAMI), Associazione medici dirigenti (ANAAO-

ASSOMED), Coordinamento italiano dei medici ospedalieri-Associazione sindacale dei medici dirigenti (CIMO-ASMD), Federazione italiana medici di famiglia (FIMMG), Federazione italiana medici pediatri (FIMP), Associazione anestesisti e rianimatori (AAROI), Federazione patologi clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana (SUMAI) e Associazione italiana odontoiatri (AIO);

- rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), della Federazione delle società medico scientifiche (FISM), della Federazione italiana per la salute pubblica e l'organizzazione sanitaria (FISPEOS), del Sindacato dei medici italiani (SMI), della Federazione veterinari e medici (FVM), Federazione patologi clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), dell'Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI), del Segretariato italiano giovani medici (SIGM), di Federfarma, della Federazione ordini farmacisti italiani, del Sindacato nazionale farmacisti dirigenti del SSN (Si.Na.F.O.) e di Assobiomedica;

- rappresentanti di Farindustria, Associazione nazionale industrie farmaci generici (Assogenerici), Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie Assobiotec– Federchimica, Federazione italiana delle Associazioni di volontariato in oncologia (F.A.V.O.), Osservatorio italiano salute globale e Movimento decrescita felice;

- Rappresentanti di professioni sanitarie: Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI);

- rappresentanti dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), dell'Associazione nazionale sanità integrativa (ANSI), del Fondo assistenza sanitaria integrativa (FASI), della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S);

- rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle province autonome, della Struttura tecnica di monitoraggio paritetica istituita presso la Conferenza Stato-Regioni (STEM), di Confindustria, della CONSIP e dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA);

- dott. Francesco Massicci, Ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della RGS;

- Ministro della salute, Beatrice Lorenzin;

- Ministro dell'economia e delle finanze, Fabrizio Saccomanni;

1. Nuovi bisogni di salute e organizzazione dei servizi.

L'articolo 32 della Costituzione stabilisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Si tratta di una norma che è al contempo, programmatica, poiché impegna il legislatore a promuovere idonee iniziative volte all'attuazione di un compiuto sistema di tutela adeguato alle esigenze di una società che cresce e progredisce, e precettiva, in quanto implica che l'individuo, come cittadino, vanti nei confronti dello Stato un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela della propria salute, intesa non solo come bene personale, ma anche come bene della collettività, che ha bisogno della salute di tutti i suoi componenti per meglio crescere ed affermare i propri valori.

Sul piano legislativo la realizzazione del principio costituzionale di tutela della salute è avvenuta, con la legge n. 833 del 1978, essenzialmente attraverso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, definito come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione. L'aspetto peculiare della riforma del 1978 è rappresentato dalla costituzione delle Unità Sanitarie Locali, ossia le strutture operative dei Comuni, singoli o associati alle Comunità Montane, preordinate a soddisfare le esigenze socio-sanitarie dei cittadini.

Con il decreto legislativo n. 502 del 1992 si è assistito ad un nuovo riordino del Servizio sanitario nazionale attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.); il principio di aziendalizzazione, la riduzione del numero delle USL; il finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalle singole Regioni; la libera scelta del cittadino; l'istituzione delle figure di Direttore generale, di Direttore sanitario aziendale e di Direttore Amministrativo; l'introduzione del sistema di accreditamento istituzionale; l'adozione sistematica del metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni. Con il decreto legislativo n. 112 del 1998 si è disposto un generale conferimento di competenze in favore degli enti territoriali, individuando specificamente i compiti residuali riservati allo Stato. Tale conferimento ha riguardato prevalentemente le Regioni, mentre gli enti locali sono coinvolti per lo più a livello di programmazione concertata, mediante la Conferenza unificata, e in alcuni casi a livello di amministrazione attiva.

La regionalizzazione del Sistema venne quindi rafforzata con la legge n. 419 del 1998 e il decreto legislativo n. 229 del 1999, riconoscendo alle Regioni nuove e più ampie facoltà nella programmazione regionale e nella gestione dei servizi, tanto che il Servizio sanitario nazionale venne definito come il *“complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale”*.

Infine, nel 2001, con la riforma del Titolo V e la modifica dell'articolo 117 della Costituzione, la gestione del sistema sanitario è stata affidata allo Stato e alle Regioni secondo

la ripartizione di competenze ivi definita. In particolare, alla legislazione statale è stata affidata la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali garantiti su tutto il territorio nazionale (L.E.A.), mentre alla competenza legislativa concorrente Stato-Regioni spetta la tutela della salute: in tal senso compete allo Stato, con proprie leggi, definire i principi fondamentali in materia, ed alle regioni di legiferare nel rispetto dei citati principi.

I livelli essenziali e uniformi di assistenza (L.E.A.) individuano le prestazioni sanitarie e sociosanitarie garantite nell'ambito del Servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini tramite le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, e sono definiti, di norma, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

In particolare, l'articolo 6 del decreto-legge n. 347 del 2001, in applicazione dell'Accordo dell'8 agosto 2001 tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome, ha disciplinato la procedura per la definizione dei livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano).

Più in dettaglio, il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal DPCM 5 marzo 2007, distingue tra prestazioni garantite, a carico del SSN, individuate nell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, nell'assistenza distrettuale (medicina di base e di emergenza, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e specialistica ambulatoriale) e nell'assistenza ospedaliera, e prestazioni a carico del cittadino, come gli interventi di chirurgia estetica, l'erogazione di medicine non convenzionali, delle vaccinazioni non obbligatorie, ecc.

L'esigenza di una revisione dei L.E.A. è stata ribadita dall'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012 – cosiddetto decreto Balduzzi - che ne ha previsto l'aggiornamento entro il 31 dicembre 2012, con prioritario riferimento alle malattie croniche e alle malattie rare, nonché con riferimento alle prestazioni rivolte alle persone affette da ludopatia. Il relativo schema di decreto è attualmente all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

In tema di riparto delle competenze, nel corso dell'indagine conoscitiva, gli auditi hanno lamentato, in modo diverso e a seconda del settore di riferimento, notevoli differenze territoriali nell'efficacia e nell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sollecitando 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 L.E.A. omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infraregionali.

In questa prospettiva, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui, allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il controllo riguardo all'erogazione dei LEA, anche esercitando un potere sostitutivo, mentre, alle regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione

dei servizi sanitari. 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. **A questo riguardo è opportuno sottolineare che il disegno di legge costituzionale recentemente presentato dal Governo al Senato (S. 1429), recante disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ridisegna complessivamente la potestà legislativa regionale, sopprimendo le materie di potestà legislativa concorrente - incluse le materie "tutela e sicurezza del lavoro", "tutela della salute" e "alimentazione" - e integra la lettera m) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, che già attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", con le "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro".**

1.1. Cenni sull'organizzazione territoriale del servizio sanitario.

Attualmente il sistema sanitario è caratterizzato da servizi regionali profondamente diversi sia per gli assetti istituzionali ed organizzativi che per le politiche sanitarie prevalenti, con differenze molto marcate in riferimento alla geografia delle aziende pubbliche, al ruolo del settore privato, alla concentrazione o diffusione delle attività di ricerca e didattica, agli equilibri di potere tra centro e periferia, alla tipologia e alla stabilità del *management*, alle configurazioni dei processi di acquisto e di investimento infrastrutturale e all'evoluzione dei servizi territoriali e socio-sanitari.

In particolare, è stato sottolineato come il modello assistenziale che, dalla legge n. 833 del 1978 fino ad oggi, è sempre stato incentrato sulle patologie acute e trasmissibili, necessiti di una significativa revisione. Infatti, i mutamenti demografici e la trasformazione del modello sociale italiano, 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.

In effetti, la crisi economica e il cambiamento delle dinamiche demografiche hanno determinato, negli ultimi anni, l'adozione di politiche nazionali e regionali diverse dal passato anche in tema di assistenza. Nel settore dell'assistenza ospedaliera, ad esempio, le misure adottate hanno ridotto l'offerta ospedaliera con un contemporaneo ricorso al ricovero diurno a

scapito del ricovero in regime ordinario, che viene riservato alle patologie gravi, con un sempre più frequente ricorso a contesti assistenziali quali i *Day hospital*¹.

Al riguardo, nel corso dell'indagine conoscitiva è stata sottolineata, da un lato, l'esigenza di integrare il modello assistenziale con l'inserimento della componente sociale nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, ai fini della presa in carico della non autosufficienza, dall'altro, la necessità di cambiare l'assetto e la presenza sul territorio del SSN attraverso un rafforzamento dell'assistenza territoriale e una razionalizzazione della rete ospedaliera. La rete territoriale dovrebbe essere a tal fine rivista nell'ottica del *long term care*, in modo che si possa progressivamente realizzare quella che è stata definita una assistenza basata sulla sanità di iniziativa, vale a dire una modalità di intervento nella quale le strutture non aspettano il paziente che arriva, ma gli vanno incontro per seguirlo costantemente, anche in termini di prevenzione e di cure del post acuzie.

Il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità con una piccola *équipe* multiprofessionale, potrebbe far sì che l'ospedale tenda a divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. Per come attualmente operante, invece, l'assistenza territoriale, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, presenta un'offerta che non appare soddisfacente e, soprattutto, molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina una consistente difficoltà assistenziale.

La rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale/primaria, intesa come un complesso di attività e di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica.

La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali e di strutture intermedie, con l'obiettivo teorico, nel medio-lungo periodo, di pervenire ad un sistema reticolare, mettendo in comunicazione tutti i vari attori del sistema: l'ospedale e i vari componenti del territorio, dagli specialisti ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta, impegnando al contempo risorse e finanziamenti per rafforzare le strutture territoriali, aumentando la tecnologia a disposizione ed ampliando l'assistenza domiciliare integrata: portare cioè a livello territoriale le prestazioni "leggere" erogate, talvolta impropriamente, a livello ospedaliero.

¹ E' all'esame della Conferenza Stato-regioni lo schema di regolamento sulla Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. Lo schema contiene l'indicazione programmatica di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri, nonché indicazioni utili ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del SSN in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale, posto che la rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale primaria.

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.

Recentemente l'articolo 1 del decreto-legge n. 158 del 2012 ha promosso l'integrazione dei servizi territoriali sanitari con interventi di natura socio-assistenziale, anche in riferimento all'assistenza domiciliare, attraverso la costituzione di forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), e forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP). In particolare, le unità complesse di cure primarie dovranno privilegiare la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata e in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le AFT e le UCCP forniranno le prestazioni attraverso personale convenzionato con il SSN, ovvero medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti che operano sul territorio.

Tuttavia il decreto-legge n. 158 del 2012 non ha previsto finanziamenti specifici per la rimodulazione dei servizi territoriali e delle cure primarie. Di fatto, quindi, la situazione si presenta diversa 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, invece, potrebbe rappresentare una condizione indispensabile per la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie con rilevanti riduzioni di spesa. **Uno sforzo potrebbe essere compiuto in questa direzione attingendo alle esperienze maturate nelle regioni in cui tale obiettivo è stato perseguito con maggiore determinazione ed efficacia.**

2. La spesa sanitaria.

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 costi². 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, eccetera.

² Secondo quanto riportato nel documento dell'aprile 2013 della Ragioneria generale dello Stato "La spesa pubblica in Europa - anni 2000-2011", la spesa sanitaria dell'Unione europea è infatti passata dal 7,6 per cento del Pil nel 2009 al 7,3 per cento nel 2011. Analogo andamento si è registrato in Italia, ove tale spesa è scesa dal 7,3 per cento nel 2009 al 7,1 per cento nel 2012, ultimo anno per il quale sono disponibili i dati definitivi di consuntivo.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno 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 nel 2012. Tale aggregato di spesa, per altro, non trova separata evidenziazione nell'ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, dai costi del personale, facenti parte dell'aggregato redditi da lavoro dipendente, e dalle spese per l'acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

Un aggregato di spesa complessivo concernente il settore sanitario è invece esposto nel Conto della Pubblica Amministrazione. Il consolidamento dei conti del settore viene effettuato a consuntivo dall'Istat sulla base dei dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute, facendo riferimento ai soggetti operatori: le prestazioni sono infatti erogate agli utenti direttamente attraverso le strutture del Servizio sanitario nazionale, o indirettamente attraverso strutture accreditate o professionisti convenzionati³. Sotto tale profilo, pertanto, la spesa sanitaria si divide in quella riconducibile ai produttori di beni e servizi *non market* - per le prestazioni erogate direttamente dalle strutture del SSN - e nella spesa riconducibile a prestazioni erogate da produttori *market* (erogate, quindi, per conto del SSN e da questo remunerate).

Secondo i dati ISTAT la spesa sanitaria pubblica si situa su un valore – 110,8 miliardi circa - pari al 7,1 per cento del PIL nel 2012. Tale percentuale sale, sempre nel 2012, a circa il 9,2 per cento con riguardo alla spesa sanitaria complessiva (che considera anche la componente di spesa sanitaria privata, cifrabile intorno ai 30 miliardi) e risulta tra le più basse dei paesi avanzati, attestandosi sia sotto la media OCSE, pari al 9,3 per cento, sia sotto quella dei paesi UE-15, pari al 10 per cento.

I dati della tabella che segue mostrano la crescita della percentuale di spesa sanitaria rispetto al PIL dal 2000 al 2011, che riguarda indistintamente i tre modelli sanitari: universalistici (Italia), assicurativi (USA), mutualistici (Germania).

Spesa complessiva in percentuale rispetto al PIL e sua suddivisione tra pubblica e privata (a sua volta divisa in out-of-pocket o spesa delle famiglie e assicurata) in alcuni Paesi del mondo⁴

³ Le prestazioni sanitarie costituiscono la parte preponderante delle prestazioni sociali in natura, mentre la parte restante è costituita da prestazioni di tipo assistenziale.

⁴ Si veda la documentazione presentata dal prof. Davide Croce, direttore CREMS, nel corso della sua audizione presso le Commissioni riunite V e XII nella seduta del 17 giugno 2013.

	PUBBLICA				PRIVATA				Fonte: WHO, National Health Accounts, 2013, rielaborazione CREKS	
	Spesa sanitaria totale come % del PIL		Spesa sanitaria pubblica come % spesa totale		Spesa sanitaria out-of-pocket come % spesa totale		Spesa sanitaria assicurata come % spesa totale		Spesa procapite in \$ a PPP	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011
Australia	8,1%	9,0%	66,8%	68,5%	19,8%	19,8%	13,4%	11,7%	2.253	3.692
Brasile	7,2%	8,9%	40,3%	45,7%	38,0%	31,3%	21,7%	22,9%	503	1.043
Russia	5,4%	6,2%	59,9%	59,7%	30,9%	35,4%	10,5%	4,9%	369	1.316
India	4,3%	3,9%	26,0%	31,0%	66,1%	59,4%	6,1%	9,6%	65	141
Cina	4,6%	5,2%	38,3%	55,9%	59,0%	34,8%	2,7%	9,3%	108	242
Sudafrica	8,3%	8,5%	41,3%	47,7%	13,0%	7,2%	46,4%	45,1%	552	942
Canada	8,8%	11,2%	70,4%	70,4%	15,9%	14,4%	13,7%	15,2%	2.519	4.520
Giappone	7,6%	9,3%	80,8%	80,0%	15,4%	16,4%	3,8%	3,6%	1.974	3.174
USA	13,4%	17,9%	43,2%	45,9%	14,5%	11,3%	42,3%	42,8%	4.703	8.608
Italia	8,0%	9,5%	72,5%	77,2%	22,6%	19,9%	3,0%	2,8%	2.064	3.130
Francia	10,1%	11,6%	79,4%	76,7%	7,1%	7,5%	13,5%	15,8%	2.546	4.085
Germania	10,4%	11,1%	79,5%	75,9%	10,4%	12,4%	10,0%	11,7%	2.679	4.371
Spagna	7,2%	9,4%	71,6%	73,6%	23,6%	20,1%	4,9%	6,3%	1.538	3.041
UK	7,0%	9,3%	78,8%	82,7%	11,4%	9,2%	9,4%	8,1%	1.835	3.322
Svezia	8,2%	9,4%	84,9%	80,9%	13,8%	16,9%	1,3%	2,1%	2.287	3.870
Swizzera	9,9%	10,9%	55,4%	65,4%	33,0%	25,0%	11,6%	9,6%	3.210	5.564

Nel confronto con i principali paesi europei, la spesa sanitaria complessiva dell'Italia in rapporto al PIL risulta di circa due punti percentuali inferiore rispetto a quella di Francia e Germania. Analoghi risultati emergono eseguendo il raffronto con riferimento alla sola componente pubblica della spesa sanitaria, che per l'Italia è pari al 7 per cento del PIL.

Guardando ai dati di consuntivo degli anni 2008-2012, si osserva che, come già accennato, la spesa sanitaria assorbe una quota significativa della spesa al netto degli interessi (circa il 15,6 per cento). Il rallentamento della dinamica di crescita rispetto al precedente quinquennio (+1,7 per cento la crescita media annua rispetto al +5,2 per cento del 2003-2007) si accentua nell'ultimo periodo quando, per due anni consecutivi (2011 e 2012), si assiste ad una riduzione in valore assoluto della spesa. La caduta del PIL anche in termini nominali verificatasi nel 2008-2009 e nuovamente nel 2012 ne determina, tuttavia, un'incidenza sul prodotto che si mantiene superiore al 7 per cento. La dinamica osservata nella spesa è effetto di andamenti differenziati nei vari comparti. La seguente tavola analizza l'andamento della spesa con riferimento alla classificazione per operatori, prendendo quindi in considerazione le prestazioni offerte dalle strutture del SSN (c.d. produttori *non market*) e quelle erogate attraverso strutture accreditate o professionisti convenzionati (c.d. produttori *market*). A queste si aggiungono le altre uscite correnti, quali le contribuzioni diverse o le spese relative ai servizi amministrativi, che contribuiscono insieme alle prestazioni in natura alla determinazione della spesa sanitaria complessiva.

Composizione della spesa sanitaria (milioni di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012
Prestazioni sociali in natura	101.102	102.644	104.711	103.609	102.791
<i>corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market</i>	39.607	40.809	41.316	40.406	39.578
- Farmaci	11.226	10.997	10.913	9.862	9.145
- Assistenza medico-generica	6.079	6.949	6.984	6.724	6.736
- Assistenza medico-specialistica	3.948	4.112	4.542	4.737	4.720
- Assistenza ospedaliera in case di cura private	9.407	9.493	9.449	9.503	9.395
- Assistenza protesica e balneo termale	3.903	3.954	3.940	4.113	3.944
- Altra assistenza	5.044	5.304	5.488	5.467	5.638
<i>corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market</i>	61.495	61.835	63.395	63.203	63.213
- Redditi da lavoro dipendente	35.757	34.467	35.449	34.425	33.961
- Consumi intermedi	23.230	24.777	25.220	26.168	26.779
- Altro	2.508	2.591	2.726	2.610	2.473
Contribuzioni diverse	952	894	852	876	1.001
Servizi amministrativi	5.482	5.705	5.797	5.838	5.825
- Redditi da lavoro dipendente	2.802	2.894	2.897	2.828	2.747
- Consumi intermedi	2.507	2.630	2.717	2.833	2.906
- Altro	173	181	183	177	172
Altre uscite	1.355	1.231	1.166	1.270	1.225
di cui: interessi passivi	588	424	326	380	335
TOTALE USCITE CORRENTI	108.891	110.474	112.526	111.593	110.842

Come emerge dalla tabella precedente, nel quinquennio 2008-2012 il tasso di crescita della spesa sanitaria risulta progressivamente in diminuzione, a seguito della crescente efficacia degli strumenti di *governance*. Tale valutazione è stata confermata, e anzi accentuata, dai dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato nel corso dell'indagine conoscitiva, riferiti al più ampio orizzonte temporale dal 2000 al 2012, da cui risulta che, nel periodo 2000-2006, la spesa sanitaria evidenziava un tasso di crescita medio annuo pari al 7 per cento, mentre nel periodo 2006-2012 la crescita media era pari all'1,4 per cento. All'interno di tale secondo periodo, più in particolare, la variazione media annua è risultata pari a circa il 2,5 per cento nel segmento 2006-2010, per scendere poi a - 0,8 per cento nel triennio 2010-2012. Tale ultimo valore deriva da un andamento particolarmente virtuoso registratosi negli anni 2011 e 2012, nei quali la spesa diminuisce non solo in termini reali ma – con un andamento senza precedenti nella recente storia degli andamenti della spesa sanitaria - anche in termini nominali. Il contenimento del tasso di crescita ha riguardato, come meglio si vedrà in seguito, tutte le componenti della spesa, dal personale (dipendente e convenzionato), ai privati accreditati, ai beni e servizi, fino ad arrivare alla spesa farmaceutica.

Si tratta di una tendenza confermata per il periodo 2013-2017 dal Documento di economia e finanza 2013, come risulta dalla seguente tabella:

La spesa sanitaria nel conto della PA: le previsioni nel DEF 2013 (milioni di euro - %)

Previsioni DEF 2013	2013	2014	2015	2016	2017
Valore assoluto	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789
var % su anno precedente	0,2	1,7	2,1	1,9	1,8
% su spesa primaria	15,29	15,60	15,61	15,72	15,74
% su PIL	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7

In particolare, la spesa sanitaria è prevista crescere dello 0,2 per cento nel 2013, a fronte di un ritmo più sostenuto nel periodo successivo (+1,9 per cento in media annua). Data una variazione attesa del PIL nominale pari a +3,2 per cento annuo, l'incidenza della spesa sul prodotto si riduce, passando dal 7,1 per cento del 2013 al 6,7 per cento nel 2017. Aumenta, invece, di 0,4 decimi di punto l'incidenza sulla spesa primaria per la quale si prevede una variazione più contenuta⁵.

L'evoluzione stimata per il periodo 2013-2017 dal Documento di Economia e Finanza dovrebbe essere favorita, secondo quanto segnalato dalla Ragioneria Generale dello Stato nel corso dell'indagine conoscitiva, dall'implementazione di alcune disposizioni recate dalla disciplina attuativa del federalismo fiscale. Si tratta, innanzitutto, del decreto legislativo n. 68 del 2011, per la parte relativa ai fabbisogni del settore sanitario, laddove si prevede l'individuazione di tre regioni *benchmark*, sulla base di requisiti sia finanziari, quali l'equilibrio di bilancio, che qualitativi - come ad esempio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di efficienza ed appropriatezza - che consentirà l'individuazione di parametri di riferimento, per la *governance* delle altre regioni, basati sia sulla spesa che sulla qualità dei risultati. In secondo luogo, si tratta del decreto legislativo n. 118 del 2011 sull'armonizzazione dei sistemi contabili, che consentirà una migliore individuazione, nell'ambito del bilancio regionale, dell'area del finanziamento sanitario⁶.

Nel corso dell'indagine conoscitiva sono state affrontate le problematiche concernenti l'andamento di alcune spese dianzi menzionate che incidono in misura significativa sulla complessiva spesa sanitaria: la spesa per il personale medico e sanitario, la spesa per beni e servizi e la spesa farmaceutica.

⁵ Come precisato dal DEF, gli andamenti descritti riflettono il quadro macroeconomico previsto per il periodo di riferimento, i risultati per il 2012, nonché l'efficacia delle misure di contenimento della spesa adottate negli anni precedenti.

⁶ In ordine a tale provvedimento la Conferenza delle regioni, per altro, ha evidenziato alcune criticità, con riguardo in particolare: all'obbligo di contabilizzare gli investimenti effettuati con risorse correnti nello stesso esercizio in cui sono stati acquisiti; obbligo che ha effetti negativi sugli investimenti medesimi, in presenza di un finanziamento degli stessi che avviene prevalentemente con risorse provenienti dal Fondo sanitario nazionale o da risorse proprie regionali; all'innalzamento delle aliquote di ammortamento delle diverse categorie di beni (cespiti), che comporta un appesantimento degli oneri a carico delle aziende.

2.1. La spesa per il personale medico e sanitario.

Allo stato attuale la spesa per il personale del sistema sanitario ammonta a oltre 36 miliardi di euro, rappresentando uno dei maggiori aggregati di spesa (circa un terzo del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale) e, quindi, uno dei principali fattori su cui incidere ai fini della razionalizzazione dei costi per la sanità.

Tale spesa, dopo essere cresciuta in media del 5,4 per cento negli anni dal 2000 al 2006, rallenta ad un incremento medio dell'1,4 per cento dal 2006 al 2010, per diminuire poi in termini anche nominali nell'ultimo biennio (-2,1 per cento annuo). In media la spesa per il personale è scesa dell'1,3 per cento. Si è infatti passati dai 36,618 miliardi del 2010 ai 36,149 miliardi del 2011. La maggior parte della spesa per il personale è imputabile al ruolo sanitario (dirigenti medici e non medici e comparto del ruolo sanitario); da notare che dal confronto dei due anni appare che l'incidenza dei dirigenti medici sul totale del costo del personale è diminuita passando dal 37,2 per cento al 36,9 per cento. Per contro, l'incidenza del comparto del ruolo sanitario è aumentata arrivando a sfiorare il 40 per cento.

Come per altro precisato nell'audizione del Ministro dell'economia e delle finanze, tale riduzione non è dovuta solo a misure straordinarie ma anche a interventi strutturali quali il blocco del *turnover*, attuato e monitorato, in particolare, nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro di cui si dirà in seguito, 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.

Per quanto attiene al costo medio, il costo del personale delle Regioni si attesta ad un valore, sempre per il 2011, pari a 56.240 euro, sostanzialmente invariato rispetto al 2010 (+0,4 per cento), anche per l'effetto delle manovre che hanno portato al congelamento della contrattazione collettiva in quasi tutto il pubblico impiego. Il *range* tra il valore minimo ed il valore massimo del costo medio del personale tra le Regioni, esclusa la Provincia di Bolzano, è pari a circa 14.000 euro.

Si rileva una forte variabilità nei dati sia nel confronto tra Regioni sia all'interno delle Regioni stesse. Difatti, dalla comparazione tra i costi medi dei singoli ruoli delle regioni sono riscontrabili differenze che arrivano a 30.000 euro, mentre all'interno della stessa regione possono raggiungere picchi di quasi 50.000 euro annui. Queste differenze sono da imputare principalmente alla diversa composizione dei fondi integrativi a disposizione delle strutture del Servizio sanitario regionale, in quanto le voci retributive di base sono stabilite da contratti di comparto con validità nazionale.

E' stato evidenziato quindi 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. **In questo quadro, si potrebbe prevedere un'attenuazione dei vincoli assunzionali per quelle regioni che, pur avendo avviato concreti percorsi di rientro, manifestino criticità nell'erogazione delle prestazioni a causa del blocco del *turn-over*.**

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. Tale fenomeno, che vede la presenza di 115 mila medici nell'arco di età tra 51-59 anni, ossia circa un terzo del totale, perdurando le restrizioni all'ingresso di nuovi medici, potrebbe tradursi nel prossimo futuro in una riduzione dell'offerta sanitaria. 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.

In questo quadro, appare necessario indagare alcuni comportamenti che le regioni possono porre in essere per supplire alle carenze di personale, che si possono verificare dopo lunghi periodi di blocchi del *turn-over*, ad esempio esternalizzazioni dei servizi sanitari e non sanitari e utilizzo di personale in convenzione. Questo spostamento dalle forme "classiche" di acquisizione delle risorse umane deve essere monitorato e studiato con attenzione, in quanto rappresenterà per il futuro una voce sempre più importante di spesa del Servizio sanitario.

Occorre, inoltre, studiare la notevole variabilità dei dati all'interno della stessa Regione. Infatti il contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) stabilisce l'ammontare di alcune voci stipendiali uguali in tutte le Regioni, ma lascia alla contrattazione integrativa aziendale la determinazione di alcune voci che, quindi, possono variare in relazione all'ammontare dei cosiddetti fondi integrativi aziendali. Una errata determinazione dei fondi, effettuata la prima volta nel 1996, e una non corretta applicazione degli incrementi contrattuali previsti nel corso degli anni, potrebbe essere la causa di questa notevole variabilità dei dati.

E' stato altresì rilevato che dagli approfondimenti effettuati relativi all'eventuale correlazione tra i costi della dirigenza di vertice e la popolazione residente, ovvero tra questi e il reddito della popolazione medesima, è emerso che il costo medio della dirigenza di vertice non è statisticamente correlato alle variabili osservate (popolazione, reddito medio e finanziamento pro-capite), ma dipende esclusivamente dalle scelte politico-finanziarie delle Regioni.

2.2. La spesa farmaceutica.

La spesa farmaceutica è costituita da due componenti: la farmaceutica territoriale e la farmaceutica ospedaliera. La spesa farmaceutica territoriale indica l'insieme della spesa riferibile ai farmaci rimborsabili di fascia A, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, distribuiti attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate, attraverso la distribuzione diretta, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio. La spesa farmaceutica ospedaliera indica invece la spesa riferibile ai medicinali di fascia H acquistati o resi disponibili all'impiego da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati in distribuzione diretta.

Le due componenti hanno manifestato negli ultimi anni dinamiche contrastanti: la spesa farmaceutica ospedaliera è cresciuta significativamente, a fronte di un rilevante contenimento di quella territoriale verificatosi anche grazie ai ripetuti interventi legislativi, diretti a favorire l'appropriatezza nell'uso dei farmaci e alle ulteriori misure relative agli aumenti degli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti, come meglio si vedrà in seguito.

In particolare, la spesa farmaceutica territoriale mostra un andamento decrescente pari al -3 per cento medio annuo già nel periodo 2006-2010, fino ad arrivare al -8,5 per cento medio annuo nel periodo 2010-2012. La costanza di tali decrementi ha fatto sì che l'ammontare di tale spesa risulti, nell'anno 2012, inferiore anche in valore assoluto rispetto all'anno precedente (-2,5 miliardi circa). Questo processo è stato favorito dalla circostanza che negli ultimi anni si è osservata una costante diminuzione del prezzo medio dei farmaci, in relazione alla scadenza brevettuale di taluni medicinali e alla conseguente immissione in commercio di farmaci generici con prezzo inferiore.

Un andamento diverso è stato invece osservato in relazione alla spesa per farmaci ospedalieri, che negli anni scorsi ha avuto un *trend* di crescita significativo (superiore al 12 per cento medio annuo nel periodo 2006-2010), comunque notevolmente ridotto nell'ultimo biennio, nel quale è cifrabile a circa il 4 per cento. Si tratta infatti di un settore che risente dell'immissione in commercio di farmaci innovativi e quindi molto costosi (ad esempio i farmaci oncologici). Sulla base della legislazione vigente, fino all'anno 2012, il superamento del tetto di spesa previsto nel settore, al contrario di quanto previsto per la farmaceutica territoriale, non comportava conseguenze finanziarie negative a carico delle aziende produttrici. Dal 2013, viceversa, anche alla spesa farmaceutica ospedaliera si applica il meccanismo del *pay-back*, sebbene solo con riferimento al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto.

Al riguardo, nel corso dell'indagine conoscitiva gli *stakeholders* del settore farmaceutico hanno invece lamentato la depressione del settore che, a loro avviso, è dovuta principalmente alla compressione dei ricavi derivante dalla riduzione dei prezzi dei medicinali, alla particolare incidenza del peso di alcune voci di costo, quali la logistica, la burocrazia e i costi associati all'energia - maggiori in Italia rispetto alla media europea -, ai tempi di pagamento delle strutture pubbliche - in media attestati sui 250 giorni - nonché all'esistenza dei tetti di spesa farmaceutica, inaspriti a seguito delle recenti manovre finanziarie⁷.

Sul costo dei farmaci incide in misura significativa la ricerca farmaceutica. E' stato infatti rilevato da più parti come il progressivo aumento dei costi della ricerca ne metta a rischio la stessa sostenibilità per il futuro. In proposito, è stato sottolineato⁸ come solo una sostanza ogni 5-10 mila superi con successo i molti test necessari per essere approvata, solo 2 farmaci su 10 consentano di ammortizzare i costi di ricerca e sviluppo e come lo sviluppo di terapie personalizzate e di farmaci, come i biotecnologici, sempre più efficaci in risposta ad esigenze terapeutiche complesse, comporti costi sempre più ingenti.

Strettamente legato al tema della sostenibilità delle spese per la ricerca è quello della protezione brevettuale del farmaco. In questo ambito, l'AIFA ha la responsabilità di garantire che ogni farmaco immesso in commercio rispetti tutti i requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia, ma anche quella di gestire l'equilibrio della spesa farmaceutica pubblica. Nel corso dell'indagine conoscitiva sono emerse su questo tema due posizioni distinte, quella delle aziende *originator*, interessate alla tutela della proprietà intellettuale, e quella delle aziende produttrici di farmaci generici, interessate ad accedere al mercato immediatamente dopo la scadenza brevettuale.

In particolare, in materia di regolamentazione dell'immissione in commercio di farmaci generici a brevetto scaduto, le prime hanno evidenziato come la tutela brevettuale appaia basilare perché le industrie del farmaco possano continuare a sostenere gli elevati costi degli investimenti in ricerca e sviluppo, garantendo la certezza della durata della copertura brevettuale, posto che la mancanza di regole certe per l'immissione in commercio di farmaci generici a brevetto scaduto contribuirebbe ad allontanare gli investimenti in ricerca ed innovazione dal nostro Paese⁹, le seconde, invece, hanno proposto l'ampliamento della cosiddetta "clausola Bolar", prevista dalla legislazione comunitaria e recepita in Italia nel Codice dei medicinali, che consente ai produttori di farmaci generici di realizzare lo sviluppo, i *test* ed i lavori sperimentali necessari per la registrazione di un farmaco generico durante il periodo di vigenza del brevetto del prodotto di riferimento; inoltre hanno proposto che i risparmi generati dalle scadenze brevettuali - ammontanti a quasi 4 miliardi di euro negli ultimi

⁷ In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

⁸ In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

⁹ In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

10 anni ma in progressivo aumento con le prossime scadenze brevettuali dei farmaci biologici - siano destinati al finanziamento dell'innovazione¹⁰.

Infine, sulla questione dell'accesso ai farmaci innovativi, cioè quei farmaci che agiscono su patologie altamente diffuse e utilizzati prevalentemente nelle strutture ospedaliere, come i farmaci oncologici ed antivirali, sono state lamentate l'eccessiva lunghezza dei tempi di accesso all'innovazione, pari ad oltre due anni rispetto alla media europea, e le differenze regionali, derivate dalla esistenza di diversi prontuari regionali e territoriali¹¹, nonostante le norme recentemente introdotte dal decreto-legge n. 158 del 2012, il cui articolo 10, come modificato dal successivo decreto-legge n. 69 del 2013, ha cercato di risolvere il problema delle diverse politiche regionali di dispensazione dei farmaci innovativi stabilendo l'immediata disponibilità dei medicinali indipendentemente dal loro inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri nonché una corsia preferenziale di massimo 100 giorni nell'*iter* di classificazione e negoziazione¹².

2.3. La spesa per beni e servizi.

L'acquisto di beni e servizi è condizione essenziale, anche se non sufficiente, per svolgere processi diagnostici, terapeutici e riabilitativi che siano efficaci ed efficienti.

Gli acquisti per i beni vengono codificati in due aree: acquisto di beni sanitari ed acquisto di beni non sanitari. I primi, che rappresentano la parte più consistente, si riferiscono ad acquisti di prodotti farmaceutici, materiali diagnostici, prodotti chimici, materiali protesici, lastre RX, mezzi di contrasto RX, e molto altro ancora. I pagamenti effettuati per questi acquisti risultano pari a 11,3 miliardi di euro nel 2009 (9,41 per cento del totale pagamenti), 11,6 miliardi di euro nel 2010 (9,72 per cento del totale pagamenti) e 11 miliardi di euro nel 2011 (9,27 per cento del totale pagamenti). I pagamenti per acquisti di beni non sanitari (ascrivibili fra l'altro ad acquisti di prodotti alimentari, combustibili, carburanti, supporti informatici, cancelleria, pulizia) costituiscono una quota più modesta del totale della spesa: 1.213 milioni di euro nel 2009 (9,68 per cento del totale della spesa per acquisto di beni), 682 milioni di euro nel 2010 (5,56 per cento del totale della spesa per acquisto di beni) e 607 milioni di euro nel 2011 (5,19 per cento del totale della spesa per acquisto di beni).

¹⁰ In proposito, si veda l'audizione di Assogenerici.

¹¹ In proposito, si veda l'audizione di Federfarma.

¹² Federfarma ha lamentato che il tempo di accesso a livello regionale, dopo l'approvazione nazionale, continua ad attestarsi intorno ai 300 giorni, con regioni che mettono a disposizione il farmaco nell'arco di un mese o due, regioni che lo mettono a disposizione anche dopo 700 giorni e regioni che non lo rendono mai disponibile. Sul medesimo tema è intervenuta anche Assobiotec, che ha sottolineato la particolare importanza delle regole di accesso dei farmaci innovativi all'interno dei prontuari terapeutici per attrarre investimenti nel settore farmaceutico, rilevando altresì il *gap* dell'Italia rispetto ad altri Paesi europei, per numero di farmaci innovativi con brevetto lanciati negli ultimi tre anni, differenza che avrebbe rilevanti ricadute economiche.

I pagamenti per acquisti di servizi costituiscono, in media, la parte più consistente dei pagamenti per spesa corrente (circa il 44 per cento del totale pagamenti correnti) e mostrano valori pari a 50,3 miliardi di euro nel 2009, 51 miliardi di euro nel 2010 e 50,8 miliardi di euro nel 2011. La tipologia di pagamenti viene ripartita nelle macro-voci “acquisto di servizi sanitari” ed “acquisto di servizi non sanitari”. I primi rappresentano la parte più considerevole dei pagamenti (oltre il 36 per cento del totale pagamenti correnti); gli acquisti per servizi non sanitari costituiscono una parte più esigua, seppur rilevante come massa di pagamenti, del totale spesa corrente (di poco superiore al 7 per cento).

La spesa annua per beni e servizi, al netto dei farmaci ospedalieri, è passata da un incremento medio annuo del 7,6 per cento nel periodo 2000-2006 a un incremento del 4,4 per cento nel periodo 2006-2010, ulteriormente ridotto al 2,8 per cento nel periodo 2010-2012 e con una prevista riduzione di spesa di circa 3 miliardi nel 2013 e 3,8 miliardi a decorrere dal 2014, a seguito di alcune misure introdotte nel 2011 e 2012, da ultimo con la legge di stabilità 2013.

Nel corso della scorsa Legislatura si è cercato di favorire i processi di acquisto rispondenti al criterio dell'offerta economicamente più conveniente attraverso la determinazione dei prezzi di riferimento: passaggio fondamentale non solo per la realizzazione della *spending review* sanitaria, ma anche per il disegno federalista tracciato dal decreto legislativo n. 68 del 2011, di cui si dirà in seguito.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è emerso che, ai fini del contenimento della spesa, la spesa per beni e servizi potrebbe essere opportunamente distinta in tre categorie: la spesa comune, ossia fotocopiatrici, penne, carta e detersivi, identica per tutte le pubbliche amministrazioni; una quota di spesa comune specifica relativa, per esempio, alla manutenzione degli edifici ospedalieri o ambulanze; infine, una spesa specifica destinata a farmaci, presidi, beni economici, siringhe e così via. Per quest'ultima categoria, ad esclusione dei farmaci, è stato evidenziato che più ci si allontana dall'utilizzatore, più si rischia di acquistare in maniera impropria. Pertanto, maggiore è la specificità dell'approvvigionamento e minore dovrebbe essere la distanza tra livello di acquisizione e fruitore finale del bene o del servizio. Allo stesso tempo maggiore è la standardizzazione (ad esempio fotocopiatrici) e maggiore è la quantità richiesta e tanto maggiore potrebbe essere la distanza tra livello di acquisizione e fruitore finale. Per tali ragioni, anche in presenza di interventi di *spending review*, o di costi standard, si rende comunque necessario intervenire contestualmente sull'organizzazione, per rendere più efficaci le predette misure di riduzione della spesa¹³.

3. Il finanziamento del Welfare sanitario italiano.

¹³ Si veda l'audizione del prof. Croce (CREMS).

Il sistema della *governance* del sistema sanitario è articolato su una precisa differenziazione dei ruoli tra Stato e regioni, secondo cui lo Stato definisce i livelli essenziali di assistenza e garantisce le risorse finanziarie necessarie, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, alla loro erogazione compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, e le regioni organizzano i rispettivi servizi sanitari e garantiscono l'erogazione delle prestazioni.

La sede di definizione di tale *governance* è stata individuata dalle Intese Stato-Regioni-Province autonome, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione. Di conseguenza, sulla base di intese in Conferenza Stato-Regioni, è definito annualmente, tenuto conto degli obiettivi di finanza pubblica, il livello di finanziamento del SSN cui contribuisce in via ordinaria lo Stato. L'ammontare di risorse così definito è diretto a garantire l'integrale copertura delle prestazioni che ricadono nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Eventuali spese superiori al finanziamento concordato, conseguenti alle scelte di alcune regioni di erogare livelli di prestazioni superiori ai LEA (e quindi "programmate" in sede di predisposizione dei bilanci regionali) o a una dinamica dei costi non congruente con quella sottesa alla quantificazione del fabbisogno, sono coperti a carico delle singole regioni.

Ciò in base al principio della responsabilità finanziaria delle regioni nella gestione della sanità, sancito a partire dagli Accordi del 2001 e del 2005 e ribadito dai successivi Patti della Salute del settembre 2006 (valido per il triennio 2007-2009) e del dicembre 2009 (relativo al periodo 2010-2012), il cui contenuto è stato recepito dalle leggi finanziarie. La copertura del livello di finanziamento definito in sede di Intesa è assicurata dalle entrate proprie delle ASL e delle aziende ospedaliere, dal gettito IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF e, a copertura integrale del fabbisogno riconosciuto, dall'erogazione di cassa da parte dello Stato delle compartecipazioni all'IVA e all'accisa sulla benzina. In aggiunta a tali risorse, vanno considerati i tributi delle regioni a statuto speciale destinati alla sanità, e la quota del FSN a destinazione vincolata.

Il livello di finanziamento del SSN cui concorre lo Stato relativo agli esercizi 2008-2012 è riportato nella tabella che segue:

	2008	2009	2010	2011	2012
Livello di finanziamento cui concorre lo Stato (<i>milioni di euro</i>)	100.609	103.461	105.566	106.800	107.961

Alle suddette risorse, computate ai fini della copertura del cosiddetto fabbisogno indistinto, si aggiungono i fondi vincolati da norme speciali al finanziamento di spese sanitarie di competenza regionale inerenti l'esecuzione di particolari attività (ivi compresa la sanità penitenziaria) e il raggiungimento di specifici obiettivi, nonché i fondi vincolati destinati al finanziamento di alcuni Enti del SSN (Enti finanziati con FSN: Croce Rossa Italiana, Cassa DD

PP, Università (borse di studio per specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali). Risorse pubbliche aggiuntive vengono infine destinate, sulla base di apposite disposizioni legislative, al finanziamento degli investimenti in campo sanitario.

Una volta definito il livello di risorse del SSN, esso è ripartito con indicazione separata del fabbisogno indistinto, relativo al finanziamento dei LEA, e delle quote vincolate a destinazioni specifiche (riguardanti, rispettivamente, le regioni e gli altri enti del SSN). Il fabbisogno indistinto è ripartito 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 avrebbero dovuto essere 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.

Le crescenti esigenze di verifica della correttezza della gestione delle risorse sanitarie, in rapporto all'obbligo di fornire le prestazioni ritenute essenziali, hanno condotto allo sviluppo di metodologie di controllo, basate sia sull'utilizzo di indicatori economici sia su parametri di riferimento, per grandi aggregati di spesa, che permettono di accertare il grado di scostamento di una singola regione da un valore predeterminato. Sulla verifica delle modalità e dei costi dell'erogazione delle prestazioni si impernia l'avvio del federalismo sanitario, con l'indicazione delle regioni benchmark, cioè delle regioni di riferimento in equilibrio economico che garantiscono l'erogazione dei L.E.A. in condizione di appropriatezza ed efficienza.

Il decreto legislativo n. 68 del 2011 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 della spesa sanitaria basato sui valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento.

Le maggiori novità sono introdotte dall'articolo 27, che vincola la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali all'individuazione delle regioni di riferimento. A tal fine, il Ministro della salute individua cinque regioni da sottoporre per la scelta definitiva alla Conferenza Stato-Regioni. Fra le cinque Regioni, la Conferenza ne seleziona tre, tra cui obbligatoriamente la prima delle cinque, che divengono le regioni di riferimento per il calcolo dei costi standard.

Con la delibera del Consiglio dei ministri 11 dicembre 2012 sono stati definiti i criteri attraverso cui individuare le 5 Regioni eleggibili per definire costi e fabbisogni standard nel settore sanitario. Sulla base dei citati criteri, nel luglio 2013 il Ministero della salute ha selezionato cinque regioni: Umbria, Emilia-Romagna, Marche, Lombardia e Veneto. Tra le cinque regioni, la Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 5 dicembre 2013, ha individuato le regioni Umbria, Emilia-Romagna e Veneto quali regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard del settore sanitario. A seguito dell'individuazione delle regioni di riferimento, il Ministero della salute ha predisposto la proposta di riparto delle disponibilità finanziarie del SSN per il 2013. In sede di determinazione, sono state distinte la

quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni. Il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2013 è stato così determinato in 107.004,50 milioni di euro. **Per altro, negli ultimi anni, alla riduzione delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale si è sommata la riduzione di quelle per le politiche socio-assistenziali e per le non autosufficienze. Tutto ciò ha fatto emergere la piena consapevolezza che il Servizio sanitario nazionale non può sopportare ulteriori definanziamenti, pena l'impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.**

In questo contesto, nel corso dell'indagine conoscitiva, la Conferenza delle regioni e delle province autonome ha lamentato, sia a causa delle misure di contenimento della spesa di cui si dirà tra breve, sia a causa della riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, una contrazione delle risorse destinate dallo Stato alle regioni pari a circa 31 miliardi e 553 milioni di euro nel periodo 2011-2015.

3.1. I piani di rientro.

Con la legge finanziaria 2005 e con la successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati introdotti una serie di adempimenti per le Regioni con un bilancio sanitario *in deficit*. Con riferimento alla complessa strumentazione normativa implementata si evidenziano, in via sintetica:

- il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo, in coerenza con il principio della responsabilizzazione regionale nel rispetto degli equilibri di bilancio;
- il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- l'obbligo dell'Accordo fra le Regioni con elevati disavanzi strutturali e lo Stato, contenente un Piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

I Piani di rientro sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate e, sulla base della ricognizione regionale delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, individuano e affrontano selettivamente le diverse problematiche emerse nella regione stessa. Essi sono parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle regioni.

Per le regioni con elevati disavanzi sanitari, la legge finanziaria per il 2010, come previsto dal Patto per la salute 2010-2012, ha stabilito nuove regole per i Piani di rientro e per

il commissariamento delle regioni¹⁴. Attualmente sono ancora 8 le Regioni in Piano di rientro (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia), mentre sono 2 (Liguria e Sardegna) quelle che hanno superato le verifiche e avuto accesso alle risorse correlate all'attuazione degli adempimenti previsti dal Piano di rientro. Le regioni "commissariate" sono 5 (Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria, Molise).

Le crescenti esigenze di verifica della correttezza della gestione delle risorse sanitarie, in rapporto all'obbligo di fornire le prestazioni ritenute essenziali, hanno condotto allo sviluppo di metodologie di controllo, basate sia sull'utilizzo di indicatori economici sia su parametri di riferimento, che permettono di accertare il grado di scostamento di una singola regione da un valore predeterminato. Sulla verifica delle modalità e dei costi dell'erogazione delle prestazioni si impernia l'avvio del federalismo sanitario, con l'indicazione delle regioni *benchmark*, cioè delle regioni di riferimento in equilibrio economico che garantiscono l'erogazione dei L.E.A. in condizione di appropriatezza ed efficienza.

Com'è naturale, quella dei piani di rientro è stata una questione più volte emersa nel corso dell'indagine, attesa la numerosità degli enti interessati, tale da far ritenere che sussista una "questione piani di rientro", come possibile punto di crisi in cui verificare la sostenibilità finanziaria del sistema, vale a dire la coerenza tra l'osservanza da parte di ciascuna regione dei parametri contabili posti a presidio del sistema e il mantenimento dei livelli delle prestazioni richieste dalla natura universalistica del sistema sanitario nazionale.

In via generale i piani di rientro rappresentano 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. Il tutto attraverso un percorso di regolamentazione che prevede prima il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali, in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo, poi il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie, ed infine l'obbligo dell'accordo fra le regioni con elevati disavanzi strutturali e lo Stato, contenente, per l'appunto, un piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

I singoli piani di rientro individuano e affrontano selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi, configurandosi – secondo la valutazione espressa in audizione dalla Ragioneria Generale dello Stato - come veri e propri programmi di ristrutturazione industriale che incidono sui fattori di spesa sfuggita al controllo delle regioni. In tal senso il Ministro dell'economia e delle finanze ha segnalato come

¹⁴ Oltre a ridurre al 5 per cento il livello di squilibrio economico, in precedenza fissato al 7 per cento, per la presentazione del Piano di rientro regionale, viene modificata la procedura per la predisposizione e l'approvazione del Piano, nonché il procedimento di diffida della regione e della nomina di commissari *ad acta*.

dall'evidenza empirica disponibile sia emersa una correlazione positiva tra la presenza di disavanzi di gestione e il peggioramento della qualità dei servizi forniti. Tale correlazione sembra parzialmente attenuata a seguito dei piani di rientro, atteso che nelle regioni coinvolte dagli stessi si è osservato non solo una riduzione del disavanzo, ma anche un miglioramento nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, seppure in misura e tempi non uniformi.

Il risultato finanziario va però valutato 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.

Tale risultato va altresì considerato rispetto all'effettività della garanzia dei livelli di assistenza. Su tale aspetto si è diffusamente soffermata la Conferenza delle regioni, che lamenta nel diffondersi dei piani di rientro una progressiva perdita di progettualità, con un risanamento che è risultato prevalentemente economico ed è derivato dall'inasprimento fiscale e dei *ticket*, senza incidere contestualmente sul miglioramento dei livelli delle prestazioni, non risolvendo i nodi strutturali ancora esistenti.

E' stata pertanto segnalata la necessità di legare le procedure di verifica degli obiettivi delle regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale e di offrire percorsi certi ai procedimenti di validazione degli atti regionali; inoltre, il perdurare del blocco del *turn-over*, solo recentemente parzialmente superato dalla legge n. 189 del 2012, e la necessità di assicurare comunque i livelli di assistenza, rende indifferibile una diversa regolazione delle politiche di reclutamento del personale dei servizi sanitari delle regioni in piano di rientro; da ultimo, è stata evidenziata la necessità di rafforzare il ruolo ed i poteri delle gestioni commissariali (procedendo alle nomine con DPCM, ad esempio), anche per una miglior difesa giudiziaria dei relativi provvedimenti.

Inoltre, la rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal DPCM 29 novembre 2001 sui L.E.A. dopo più di 10 anni dalla loro entrata in vigore dovrebbe rappresentare un altro argomento importante di discussione così come l'assenza dei Liveas (livelli essenziali di assistenza socio assistenziale) rappresenta 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 sociale¹⁵. 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. Parte

¹⁵ Si veda l'audizione della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

importante è anche la definizione di un quadro di riferimento normativo sui LEA sociosanitari. A tal proposito, l'articolo 46 della legge finanziaria 2003 ha infatti previsto l'adozione, con apposito DPCM, previa intesa della Conferenza unificata, dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, in una logica di separazione degli ambiti sociale e sanitario. Successivamente, nel periodo 2002-2005 è stata costituita una specifica Commissione tecnica in seno alla Conferenza Unificata che, tuttavia, non ha mai concluso i suoi lavori¹⁶.

Ma se da un lato non appare ragionevole pensare ad un reperimento di ulteriori risorse da destinare al finanziamento del Servizio, d'altro lato non sembra nemmeno possibile tagliare ancora risorse al settore della sanità, né è più pensabile ricorrere ulteriormente alla logica del taglio lineare, poiché essa ha obbligato il sistema e le regioni ad intervenire indistintamente su alcuni settori che non necessariamente rappresentano punti di debolezza o fattori di spreco. I tagli lineari non possono essere il rimedio per tutte le necessità né la giusta medicina per affrontare il tema degli sprechi; le risorse necessarie devono invece essere reperite tenendo conto delle differenti capacità organizzative, culturali, nonché degli sforzi e dei successi già ottenuti negli anni dalle singole realtà regionali.

In sostanza, è necessario un cambiamento di metodo, impostando il tema del contenimento della spesa non in termini di tagli (riduzione del livello e del volume dei servizi) ma in termini di razionalizzazione della spesa, vale a dire spendere meno con gli stessi fattori produttivi, **prevedendo misure premiali non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a piani di rientro che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini.**

4. La nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni.

Anche in Italia, come anche negli altri paesi europei, si pone la questione della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, che dipende sia dall'andamento della spesa sia dalla capacità del Paese di generare le risorse necessarie per farvi fronte, attraverso un prelievo fiscale percepito come sostenibile dalla collettività. Un tema di carattere generale che è stato posto da molti dei soggetti auditi pertanto attiene ai numerosi fattori, alcuni presumibilmente di carattere transitorio ed altri invece non transitori, che incidono sulla sostenibilità finanziaria del sistema sanitario.

I primi sono individuabili nella recessione economica, che limita le risorse disponibili per il SSN: il finanziamento del sistema è in parte rilevante legato al ciclo economico, in

¹⁶ Il punto su cui la Commissione si incagliò definitivamente fu la questione del finanziamento dei livelli essenziali, dovendosi necessariamente prevedere, a fianco di una funzione e di un ruolo per la realizzazione di un servizio sociale nazionale, anche uno specifico finanziamento aggiuntivo da parte dello Stato oltre alle risorse definite nel Fondo Nazionale Politiche Sociali. Successivamente, la legge finanziaria 2007 ha istituito il Fondo per le non autosufficienze per la copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria. Lo stanziamento del fondo, dal 2010, è andato considerevolmente decrescendo.

quanto basato significativamente sulla raccolta fiscale: ne deriva una riduzione delle risorse in presenza di una congiuntura negativa, quale quella che, ormai quasi senza interruzione dal 2008 fino ad oggi, ha caratterizzato il nostro Paese, con riflessi negativi sul gettito Irap, sulla compartecipazione Iva e sulle addizionali Irpef.

I fattori invece non transitori sono costituiti innanzitutto dall'invecchiamento della popolazione, già sopra ricordato, a fronte del quale si è in presenza, al momento, di una crescente delega assistenziale da parte dello Stato nei confronti delle famiglie, che tuttavia – anche per l'evoluzione demografica – nel futuro saranno sempre meno in grado di sostenerla. In secondo luogo vanno considerati i cambiamenti epidemiologici (epidemia della cronicità), gli stili di vita legati all'obesità e la dinamica del progresso scientifico, dato che il tasso di crescita dell'innovazione supera di molto il tasso di crescita economica, ossia l'incremento delle risorse disponibili per utilizzare l'innovazione. Infine, bisogna considerare la crescita delle aspettative dei cittadini, con conseguente aumento della domanda di prestazione sanitaria e “non accettazione” dello stato di malattia.

Benché il primo dei due aspetti suddetti - vale a dire quello legato alla recessione - sia contrassegnabile da un carattere transitorio, al momento entrambi i fattori producono dinamiche - minor disponibilità di risorse da un lato e richiesta di maggiore spesa dall'altro - che incidono negativamente sulla sostenibilità finanziaria del sistema. In presenza di tali dinamiche, gli interventi di riduzione/stabilizzazione della spesa, se non accompagnati da misure di maggior efficienza nell'utilizzo delle risorse, divengono forme di razionamento implicito nella soddisfazione dei bisogni sanitari.

In un sistema regionalizzato come il nostro, inoltre, il razionamento aumenta le differenziazioni territoriali, anche per le diverse capacità fiscali tra regioni. Infatti, ci troviamo di fronte a servizi regionali sanitari profondamente diversi sia per gli assetti istituzionali ed organizzativi che per le politiche sanitarie prevalenti, con differenze molto marcate in riferimento alla geografia delle aziende pubbliche, al ruolo del settore privato, alla concentrazione o diffusione delle attività di ricerca e didattica, agli equilibri di potere tra centro e periferia, alla tipologia e alla stabilità del *management*, alle configurazioni dei processi di acquisto e di investimento infrastrutturale e all'evoluzione dei servizi territoriali e socio-sanitari.

In questo quadro negli ultimi anni sono state adottate a livello nazionale politiche di razionalizzazione della spesa, tendenti ad assicurare una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse, sia mediante l'eliminazione di sprechi grazie alla cosiddetta *spending review* attuata principalmente con il decreto-legge n. 95 del 2012, sia mediante la regolazione della domanda di prestazioni sanitarie, attraverso la compartecipazione alla spesa (*ticket*).

4.1. La spending review.

Una delle questioni più dibattute nel corso dell'indagine conoscitiva riguarda l'andamento della spesa sanitaria pubblica registrato a seguito delle misure di contenimento adottate con i recenti provvedimenti normativi in materia di "spending review". In proposito, è emerso che tra le spese complessive del sistema sanitario italiano, oltre alla spesa per il personale di cui si è detto in precedenza - che dopo essere giunta, nel 2011, a circa il 32 per cento del totale, è ora in diminuzione per effetto della mancata sostituzione del personale in quiescenza derivante da blocco del *turn over*¹⁷, - quelle maggiormente interessate dai predetti provvedimenti sono le spese relative all'acquisto di beni e servizi, alla farmaceutica e all'assistenza ospedaliera

4.1.1. I beni e i servizi, economie di scala e tutela dell'innovazione

La spesa per l'acquisto di beni e servizi, cui si è fatto cenno in precedenza, è passata dal 29,4 per cento nel 2008 al 30,4 per cento nel 2011, anche grazie alle disposizioni adottate in materia di *spending review*. Al riguardo, si ricorda che l'articolo 17 del decreto-legge n 98 del 2011, ha incaricato l'AGENAS di stilare un elenco dei prezzi di riferimento dei dispositivi medici, dei farmaci per uso ospedaliero e dei servizi sanitari e non sanitari tra quelli di maggiore impatto sulla spesa sanitaria complessiva. L'Osservatorio dei contratti pubblici fornisce alle Regioni un'elaborazione dei prezzi standard di riferimento - sulla base dei prezzi effettivamente praticati e rilevati - alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Sistema sanitario nazionale.

Vanno poi ricordate le ulteriori misure contenute nel decreto-legge n. 95 del 2012, a partire dal taglio del 5 per cento degli oneri dei contratti di fornitura di beni e servizi sanitari già in essere, alla rideterminazione del tetto di spesa per i dispositivi medici - fissato al 4,9 per cento nel 2013 e al 4,8 per cento a partire dal 2014 - nonché alla fissazione del tetto per la spesa farmaceutica territoriale per il 2012 al 13,1 per cento e dal 2013 all'11,35 per cento e di quello della farmaceutica ospedaliera al 3,5 per cento. E' stata prevista inoltre la possibilità di sperimentare nuovi modelli di assistenza per contenere la spesa, anche attraverso sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.

La legge di stabilità 2013 (legge n. 228 del 2012) ha inasprito la misura della riduzione portandola al 10 per cento, ma ha contestualmente introdotto la possibilità, per le regioni e le province autonome, di adottare misure alternative alla riduzione del 10 per cento degli appalti, purché sia assicurato l'equilibrio del bilancio sanitario regionale. Inoltre, gli stessi enti del SSN, o per loro le regioni e le province autonome, sono tenuti ad avvalersi degli strumenti di

¹⁷ Si veda l'audizione del Cergas.

acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o, eventualmente, dalle Centrali di committenza regionali di riferimento .

In attesa della completa standardizzazione dei prezzi, le Aziende sanitarie sono inoltre tenute a rinegoziare i contratti per gli acquisti di beni e servizi qualora i prezzi unitari di fornitura presentino differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento. Se non c'è accordo le Asl possono recedere dal contratto senza alcun onere a loro carico. Per gli acquisti scatta poi l'obbligo per le Regioni che non sono provviste di centrali di acquisto locali, di utilizzare gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici della Consip.

Il decreto-legge n. 95 del 2012, inoltre, ha rideterminato dal 2013 il tetto per l'acquisto di dispositivi al 4,9 per cento del fabbisogno sanitario nazionale e a decorrere dal 2014 al valore del 4,8 per cento. Inoltre, per precisare il processo di determinazione annuale dei costi standardizzati, il decreto del Ministero della salute dell'11 gennaio 2013 ha determinato i criteri utili a fissare i parametri di qualità, di standard tecnologico di sicurezza e di efficacia dei dispositivi medici in base ai quali l'AGENAS provvederà ad individuare i dispositivi medici sui quali applicare la standardizzazione dei prezzi di riferimento.

Più in generale, per effetto della *spending review*, la spesa complessiva per beni e servizi delle pubbliche amministrazioni, dopo un decennio di costante crescita¹⁸ ha fatto segnare nel 2012, come risulta dai dati Istat del giugno 2013, una contrazione rispetto all'anno precedente (-2,6 per cento), attestandosi a 132 miliardi di euro. Tuttavia, è stato evidenziato come non tutte le spese, sia pure per approvvigionamento di beni e servizi, possono essere oggetto di razionalizzazione attraverso l'efficiente gestione degli acquisti, operata da CONSIP. Infatti sui 132 miliardi di euro di spesa complessiva per beni e servizi della pubblica amministrazione la Centrale Acquisti è in grado di incidere in una misura pari a circa il 35-40 per cento (ovvero 40 miliardi di euro).

In merito agli effetti della *spending review* sulla spesa per beni e servizi, nel corso dell'indagine conoscitiva sono state rilevate diverse criticità. In particolare sono stati forniti dati che evidenziano per le aziende sanitarie una realtà di contenimento della spesa ben lontana da quella auspicata dal legislatore¹⁹. Infatti, su 45 aziende investigate, è risultato che esse hanno conseguito, sulle voci di costo per appalti e forniture di beni e servizi per l'anno 2012, mediamente uno sconto del 2 per cento²⁰. Per altro, anche la proiezione 2013 segue questo *trend* negativo, prevedendosi una percentuale media ponderata di sconto dei costi del 2,6 per cento.

¹⁸ Dal 2000 al 2012 si è registrato un incremento della spesa del 53,3 per cento.

¹⁹ Si veda l'audizione della Fiaso.

²⁰ Si tratta di dati aggiornati al 5/11/2012.

Dalle elaborazioni ottenute è possibile constatare che sono le regioni interessate dai piani di rientro ad aver conseguito i migliori risultati in termini di risparmio sulla spesa (con una quota del 2,6 per cento per l'anno 2012 ed una stima del 4,6 per cento per il 2013). Mentre le cosiddette regioni "virtuose" sono riuscite a conseguire un valore notevolmente inferiore, dell'1,8 per cento per il 2012 e del solo 1,9 per cento per il 2013. Ciò a riprova di quanto minimo sia il margine di correzione delle inefficienze in alcune realtà sanitarie senza che questo si traduca in una contrazione dei servizi offerti ai cittadini e della stessa qualità assistenziale. E' un segnale inequivocabile che i tagli lineari finiscono per penalizzare chi è stato fino ad oggi più efficiente e non è quindi nella condizione di ottenere altre riduzioni di prezzo da contratti già favorevoli.

La combinazione dei valori di sconto ottenuti attraverso la riduzione dei costi per la fornitura di beni e servizi, ora esaminata, e di quelli attribuibili alla rinegoziazione dei prezzi di riferimento, ovvero all'altro strumento di contenimento della spesa previsto dal decreto-legge n. 95 del 2012, fa registrare una media del 2,2 per cento di sconto complessivo per l'anno 2012.

Di fronte alle criticità evidenziate, nel corso dell'indagine conoscitiva sono state presentate una serie di proposte tecniche per una *spending review* sostenibile, quali l'adozione di un sistema di prezzi di riferimento più congruo per beni e servizi, posto che l'attuale criterio basato sul prezzo più basso rischierebbe di sacrificare la qualità alla logica del risparmio, nonché la costituzione di una agenzia sui dispositivi medici, in grado di definire la congruità dei prezzi in rapporto alla innovatività, così come avviene già nel comparto farmaceutico con l'AIFA²¹.

4.1.2. La cronicità e i nuovi rapporti tra Ospedale e Territorio.

Negli ultimi anni le politiche nazionali e regionali hanno ridotto l'offerta ospedaliera con un contemporaneo ricorso al ricovero diurno a scapito del ricovero in regime ordinario. Secondo dati Istat l'ospedalizzazione rimane di grande rilevanza nel trattamento delle patologie gravi, soprattutto i tumori e le malattie del sistema circolatorio: patologie con un alto tasso di mortalità, per cui è più frequente il ricorso all'ospedale. Si è assistito quindi ad una riduzione dei ricoveri in regime ordinario (con pernottamento) con il sempre più frequente ricorso a contesti assistenziali quali i *Day hospital*.

Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha previsto un'ulteriore riduzione dello standard di posti letto, che a regime dovrebbero passare dagli attuali 4 per mille abitanti ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie. Contestualmente il tasso di ospedalizzazione dovrà passare

²¹ Si veda l'audizione della Fiaso.

dall'attuale valore di 180 per mille abitanti al valore di 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito ai ricoveri diurni (*Day Hospital*). Il decreto legge n. 95 del 2012 ha inoltre stabilito che la riduzione dei posti letto sia posta a carico delle strutture pubbliche per una quota non inferiore al 50 per cento, conseguita esclusivamente attraverso la riduzione di unità operative complesse. Come rilevato dall'Istat - che fornisce interessanti dati regionali e comparati -, nei prossimi due anni si assisterà quindi a una riduzione di circa 20 mila posti letto, conseguita esclusivamente attraverso la chiusura di unità operative complesse, che interesserà le strutture del SSN per circa 7 mila posti letto (ossia un taglio di almeno il 40 per cento nel servizio pubblico)²².

Inoltre, per le medesime finalità di razionalizzazione della spesa sanitaria, il decreto-legge n. 95 del 2012 è intervenuto sull'accreditamento, diminuendone il livello di spesa e prevedendo la ridefinizione delle tariffe massime per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, fornite dalle strutture accreditate al SSN. In attuazione della misura, il decreto 18 ottobre 2012 del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha rideterminato la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, dell'assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

4.1.3. Criticità e opportunità nelle politiche del farmaco.

Il settore farmaceutico è stato oggetto di molteplici interventi regolatori mirati alla *governance* e al contenimento della spesa farmaceutica a carico del SSN, nelle due componenti dedicate, rispettivamente, alla spesa farmaceutica territoriale e alla spesa farmaceutica ospedaliera.

Il decreto n. 78 del 2010 ha inteso fornire gli strumenti necessari per una corretta programmazione e razionalizzazione della spesa farmaceutica. Gli interventi proposti a tal fine prevedono, fra l'altro, l'avvio di un confronto tecnico tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, l'Agenzia nazionale del Farmaco (AIFA) e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, per la revisione dei criteri di remunerazione della spesa farmaceutica.

In particolare, i criteri indicati prevedono un maggiore controllo delle forme di distribuzione dei farmaci e un diverso sistema di retribuzione delle farmacie, non più basato sul

²² Affinché la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera possa coniugarsi con l'erogazione uniforme dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), il decreto-legge n. 95 del 2012 aveva previsto, entro il 31 ottobre 2012, l'adozione di un regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in base ai quali, entro il 31 dicembre 2012, le regioni e le province autonome avrebbero dovuto adottare i provvedimenti di riduzione tenendo anche conto della mobilità interregionale. Il citato regolamento, tuttavia, non è stato ancora emanato.

prezzo di riferimento del farmaco bensì sulla prestazione offerta; la predisposizione, da parte dell'AIFA, di tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la conseguente definizione delle migliori soglie di appropriatezza relative alla prescrizione dei farmaci generici da parte dei medici del SSN. La norma intende monitorare la spesa farmaceutica territoriale al fine di individuare la quota ottimale dei farmaci equivalenti prescritti a prezzo minore per categoria terapeutica equivalente, ovvero uguale composizione in principi attivi.

Si prevede inoltre la fissazione di linee guida per incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie nelle attività di immagazzinamento e distribuzione interna dei medicinali acquistati direttamente, nonché la rideterminazione delle percentuali di ricavo dovute dal SSN (quote di spettanza) ai grossisti e ai farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico dei farmaci di classe A, interamente rimborsati dal SSN²³.

Il successivo decreto-legge n. 95 del 2012 ha rideterminato, in diminuzione, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale, sia a livello nazionale che in ogni regione, portandolo, per il 2012, al 13,1 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente il fondo sanitario nazionale.

Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha rimodulato anche la spesa farmaceutica ospedaliera, precisandone la definizione e i suoi componenti e ha incrementato dal 2013, sia a livello nazionale che in ogni regione, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera da 2,4 a 3,5 punti percentuali del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il SSN. Inoltre, sempre dal 2013, il ripiano dello sfondamento del tetto della spesa ospedaliera è a carico delle aziende farmaceutiche per una quota pari al 50 per cento del valore eccedente a livello nazionale; il restante 50 per cento è a carico delle sole regioni nelle quali si sia superato il limite, in proporzione ai rispettivi valori eccedenti.

Come rilevato dalla Corte dei conti nel Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica, la spesa per la farmaceutica territoriale è risultata, nel 2012, ben al di sotto del tetto previsto: 13,1 miliardi contro i 14 miliardi da considerare quale limite per l'intero esercizio. Hanno superato il tetto 5 regioni: la Sardegna, la Sicilia, il Lazio, la Campania e la Puglia.

La Corte dei conti ha rilevato altresì che la farmaceutica ospedaliera continua a presentare andamenti che continuano a sfiorare in tutte le regioni i tetti assegnati. Rispetto al valore obiettivo di 2,6 miliardi (corrispondente al 2,4 per cento del finanziamento del 2012), la spesa ha raggiunto i 4,2 miliardi pari al 4 per cento del finanziamento del SSN. Superiori di due

²³ Tale rideterminazione abbassa la quota dei grossisti al 3 per cento (precedentemente al 6,65 per cento) portando quella dei farmacisti al 30,35 per cento (precedentemente al 26,7 per cento). Per i farmacisti la quota di spettanza del 30,35 per cento deve intendersi come quota minima a questi spettante.

punti al limite previsto: la Puglia, la Toscana, il Piemonte, il Friuli, la Sardegna e l'Umbria. Inoltre, rimangono ancora difficoltà nel settore dei generici, nonostante le misure legislative che nel corso della XVI Legislatura ne hanno incoraggiato la prescrizione.

4.2. La compartecipazione al finanziamento del sistema.

In linea generale, ai *ticket* sulle prestazioni sanitarie è assegnato il duplice compito di regolazione della domanda e di finanziamento della spesa sanitaria.

La vigente legislazione nazionale²⁴ prevede per le prestazioni di assistenza specialistica l'applicazione di un *ticket* pari al valore della prestazione fino ad un massimo di 36,15 euro, con ampie categorie di esenzione, per patologie e per reddito, tanto che circa il 70 per cento delle prestazioni viene fruita da assistiti esenti^{25, 26}.

Per l'assistenza farmaceutica l'eventuale applicazione di un *ticket* è demandata alle regioni. La maggior parte delle regioni ha disposto l'applicazione del *ticket*, generalmente di importo pari a 2 euro per ogni farmaco a carico del SSN, prevedendo al contempo ampie categorie di cittadini esenti.

Il gettito complessivo dei predetti *ticket* è pari a circa 2,9 miliardi di euro annui: circa 2,3 per la specialistica e circa 0,6 per l'assistenza farmaceutica²⁷. 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 atteso²⁸. 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

²⁴ Si veda al riguardo la legge n. 537 del 1993 e la legge n. 296 del 2006.

²⁵ Audizione dell'Ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria Generale dello Stato, Francesco Massicci, presso le commissioni riunite V e XII della Camera dei deputati il 2 ottobre 2013.

²⁶ E' previsto altresì un *ticket* in quota fissa, aggiuntivo rispetto al precedente, pari a 10 euro per ricetta. Con riferimento a tale quota fissa, si dispone che le regioni possano adottare misure alternative, purché di gettito equivalente. Sono inoltre assoggettate a *ticket* le prestazioni in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero, codificate con codice bianco, ad eccezione di quelle richieste a seguito di traumasmi ed avvelenamenti acuti, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera p), secondo periodo, della legge n. 296 del 2006. Gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro.

²⁷ La Consulta, con la sentenza n. 187/2012, è di recente intervenuta in materia di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, censurando una norma introdotta dal decreto-legge n. 98 del 2011 che disponeva misure di compartecipazione - da disporsi con regolamento governativo - sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal SSN. La Consulta ha ritenuto non applicabile la norma per la non prevista partecipazione delle regioni al processo di determinazione delle nuove misure di compartecipazione, sottolineando che queste attengono sia ai livelli essenziali delle prestazioni, la cui determinazione è riservata alla potestà legislativa esclusiva statale, sia al coordinamento della finanza pubblica e alla tutela della salute, oggetto della potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni. La norma avrebbe comportato un ulteriore gettito annuo pari a 2.000 milioni di euro dal 2014.

²⁸ Si veda l'audizione di Agenas che ha citato i risultati di un suo recente studio.

sarebbero invece gratuite²⁹ o con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica. 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 riscosse³⁰.

In altra ottica, è stato sottolineato come la compartecipazione alla spesa vada utilizzata come strumento di governo della domanda – il *ticket modérateur* – e pertanto non dovrebbero essere previsti *ticket* superiori al costo delle prestazioni, come invece accade in alcune regioni che non hanno un sistema di contabilità dei costi o non hanno adeguato opportunamente le tariffe³¹.

E' stato evidenziato che il pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa è finalizzato a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni e ad evitare l'uso inappropriato dei diversi regimi di erogazione dei servizi e delle prestazioni. In questo quadro, è stato tuttavia rilevato come la compartecipazione ai costi della prestazione nel sistema sanitario possa presentare tratti iniqui e di incostituzionalità, con particolare riguardo all'articolo 53 della Costituzione, secondo il quale ciascun cittadino è tenuto a concorrere alle spese pubbliche in ragione della propria capacità contributiva. E' stato inoltre sottolineato come la compartecipazione alla spesa renda poi necessarie misure di esenzione per censo, per invalidità e per patologie, al fine di contenere le iniquità. Ciò comporta per le aziende sanitarie la creazione di un sistema, oneroso e particolarmente complesso, di certificazioni per esenzioni in base a patologie, che devono essere periodicamente riviste, e di autocertificazioni per esenzione in base al reddito o ad altre condizioni sociali, quali le invalidità, sulle quali le aziende pubbliche devono esercitare i debiti controlli³².

Per quanto riguarda il nostro Paese, il *co-payment* sembra essere stato utilizzato in alcuni casi dalle regioni e dalle aziende sanitarie più come strumento di finanziamento che di controllo della domanda: infatti alcune compartecipazioni come quelle relative alla farmaceutica territoriale sono risultate inefficaci, mentre altre, come quelle per diagnostica

²⁹ Ad esempio, nell'ipotesi di una franchigia fino al 3 per mille del reddito lordo annuo, un pensionato con 10 mila euro di reddito lordo avrà una franchigia pari al 3 per mille, dunque 30 euro: tale cifra sarà il costo massimo che dovrà sborsare per accedere a qualsiasi prestazione sanitaria. Superata la quota, tutte le spese dovrebbero tornare a carico dello Stato.

³⁰ Si veda l'audizione dell' Agenas.

³¹ Si veda l'audizione del Cergas.

³² Si veda l'audizione del Cresm.

strumentale, sono risultate troppo elevate. In tal modo, si crea un livello di iniquità tra cittadini dovuto principalmente alla poco omogenea applicazione tra le varie regioni, determinando differenze nell'accesso ai livelli di assistenza che invece dovrebbero essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale.

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 miliardi³³, 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 livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per l'intero *out of pocket*³⁴, 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 diagnostica³⁵. 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 esisterebbe alcun criterio di appropriatezza delle prestazioni nella regolamentazione dei *ticket*.

La revisione della compartecipazione alla spesa sanitaria dovrà comunque essere finalizzata all'individuazione di modalità che garantiscano l'accesso alle cure di tutti i cittadini a cominciare dalle fasce più deboli e bisognose, al fine di evitare che le politiche di contenimento della spesa si traducano nella rinuncia da parte di molti cittadini all'acquisto di farmaci o all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche.

³³ Si veda l'audizione di Confindustria.

³⁴ Secondo Confindustria si tratta di circa l'87 per cento della complessiva spesa privata

³⁵ Si veda l'audizione della Fiaso.

Per la prima volta, secondo i dati Censis del giugno 2013, si sta facendo largo l'idea che occorra trasferire la responsabilità e i costi dei servizi su specifici segmenti di popolazione: da quelli che, essendo abbienti, non dovrebbero beneficiare per alcun motivo di esenzioni, a quelli che generano costi sanitari, in molti casi con comportamenti non sostenibili economicamente e non appropriati per la propria salute³⁶. In questa prospettiva è stata evidenziata altresì l'esigenza che il sistema di partecipazione alla spesa e di esenzione debba essere unico per tutto il Paese, piuttosto che differenziato per regione, anche al fine di risolvere il paradosso per cui la compartecipazione alla spesa per una determinata prestazione in alcune regioni finisce per costare più della prestazione stessa sul libero mercato³⁷.

4.3. Vecchie e nuove domande di salute tra equilibri di finanziamento ed esigenze di qualità delle prestazioni sanitarie.

Le misure di contenimento della spesa sanitaria messe in capo negli ultimi anni hanno consentito di ridurre la dinamica della crescita della spesa dal 7 per cento annuo del periodo 2000-2006 all'1,4 del periodo 2006-2012 come emerge dal grafico che segue



³⁶ Si veda l'audizione di Confindustria.

³⁷ Si veda l'audizione della Fimmg.

Secondo il quadro di previsione presentato dal Ministro dell'economia e delle finanze, nel corso dell'indagine conoscitiva³⁸, la spesa sanitaria dovrebbe ridurre la propria incidenza sul PIL, entro il 2016, dal 7 al 6,8 per cento,

In particolare, nel corso del suo intervento il Ministro ha sottolineato come contribuiscano a questo risultato il rafforzamento della *governance* economica del sistema, di cui si è detto in precedenza: l'obbligo dell'integrale copertura dei disavanzi da parte delle regioni, anche attraverso l'incremento automatico delle aliquote fiscali, che ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano dei disavanzi da parte dello Stato.

La prevista riduzione della spesa, tuttavia, non sembra tener conto dell'incremento degli oneri, stimato intorno al 2 per cento e considerato sostanzialmente inevitabile in tutti i sistemi sanitari in quanto determinato dall'introduzione di nuove tecnologie e dell'invecchiamento progressivo della popolazione.

Inoltre, non può essere ignorato che la riduzione delle previsioni di spesa sanitaria, in base alle manovre introdotte a partire dal decreto-legge n. 98 del 2011, hanno caricato il quadro programmatico di obiettivi di contenimento di oltre 31 miliardi dal 2010 al 2014. Si tratta di risorse molto rilevanti, la cui mancanza potrebbe compromettere l'equilibrio economico-finanziario delle regioni, posto che queste ultime sono chiamate a coprire eventuali disavanzi sanitari tramite l'attivazione dei meccanismi automatici previsti dalla legislazione vigente. Le regioni, infatti, in una situazione di avverse condizioni economiche, come quella attuale, potrebbero incontrare non poche difficoltà nel reperire maggiori entrate, con il conseguente rischio di compromettere percorsi di risanamento strutturale. In questo quadro, la prevista riduzione della spesa rischia pertanto di tradursi in un vero e proprio taglio degli stanziamenti.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato quindi più volte sottolineato 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 debba essere affrontato 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, assicurando i servizi effettivamente necessari. In ogni caso, è evidente che la copertura e l'accesso al servizio sanitario possono essere mantenuti solo attraverso una forte riorganizzazione dei servizi. **Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni.**

³⁸ Si veda l'audizione del Ministro dell'economia e delle finanze, Saccomanni, nella seduta del 30 ottobre 2013 delle Commissioni riunite V e XII.

In questo quadro, uno degli strumenti che molti auditi hanno indicato ai fini della riduzione della spesa è il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. E' stato infatti evidenziato come il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotati di una piccola équipe multiprofessionale, possa far sì che l'ospedale divenga il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. L'assistenza territoriale, invece, come attualmente operante, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, espone un'offerta insoddisfacente e molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina un vero e proprio vuoto assistenziale. La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali, strutture intermedie, ecc., ma, se adeguatamente implementata, potrebbe consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stata comunque ribadita la validità del sistema organizzativo incentrato sulla scelta dell'Azienda sanitaria, che appare un'idonea forma gestionale di organizzazioni complesse multiprofessionali, quali le aziende sanitarie locali o ospedaliere che, in taluni casi, contano anche più di 5-7 mila dipendenti e devono gestire servizi tra loro completamente diversi ed eterogenei, nella logica di un'impresa *multibusiness*.

Sono stati per altro evidenziati alcuni nodi tecnici già conosciuti, quali le logiche divergenti fra la contabilità finanziaria di Stato e regioni e quella economica delle aziende; la scarsa significatività dei bilanci aziendali dai quali non emerge, in modo immediatamente fruibile, il dato di efficienza; la sostanziale parametrizzazione del finanziamento delle aziende sulla spesa storica. E' pertanto urgente procedere ad un recupero di efficienza, che si può ottenere solo incoraggiando i comportamenti virtuosi; ad esempio, utilizzando le banche dati a disposizione. In proposito appare possibile integrare programmi noti e diffusi quali 'esiti' di Agenas con indicatori che riescano a far cogliere il grado di efficienza delle organizzazioni sanitarie.

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 validi, 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 una maggiore autonomia delle Aziende, le cui prerogative si sono di fatto ridotte sotto la spinta della necessità di garantire i bilanci regionali. Potrebbe in proposito ritenersi – ma ovviamente il tema va valutato con la dovuta attenzione - che proprio in presenza di difficoltà sul lato delle risorse debba esserci la possibilità da parte dei manager aziendali di gestire nel modo migliore possibile ed in modo flessibile i fattori produttivi disponibili, puntando, ad esempio, più che sui vincoli, sulla responsabilizzazione e **sulla verifica dei risultati**³⁹, **sia sotto il profilo economico-finanziario, sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, anche attraverso l'istituzione di appositi organismi di controllo.**

Oltre alle innovazioni organizzative, dovrebbe essere meglio gestita l'innovazione tecnologica che, per quanto costosa, appare comunque irrinunciabile, e pertanto dovrebbe essere non subita ma governata, scegliendo solo le vere innovazioni. Così gestito, il progresso tecnologico potrebbe costituire un fattore in grado di esercitare un impatto rilevante sulla dinamica della spesa sanitaria, segnatamente con l'introduzione di apparecchiature sanitarie e terapie sempre più sofisticate e costose, che potrebbero far conseguire rilevanti guadagni netti in termini di efficienza ed efficacia delle cure⁴⁰. **Va altresì considerato come l'innovazione tecnologica possa comportare modifiche organizzative suscettibili di determinare significativi risparmi di spesa nell'erogazione dei servizi, come ad esempio nel caso della riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, e possa rappresentare un formidabile strumento di sviluppo per l'intero sistema industriale e, più in generale, per la competitività del sistema Paese.** In proposito 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. **In questa prospettiva, si potrebbero prevedere finanziamenti integrativi per l'investimento tecnologico e strutturale, come quelli a suo tempo introdotti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.**

Rimane fermo, ovviamente, il concorso ad un efficiente contenimento della spesa che può derivare da un incremento dell'attività della Consip, che in proposito ha evidenziato in audizione alcuni possibili spazi di miglioramento. Si tratta di una attività che attraverso gli strumenti utilizzati nel Programma di centralizzazione degli acquisti – vale a dire il sistema

³⁹ Si veda l'audizione della FIASO.

⁴⁰ In proposito il Ministro dell'economia e delle finanze, nel corso della sua audizione, ha peraltro segnalato come le diverse analisi condotte al riguardo non consentano, al momento, di trarre conclusioni definitive in relazione all'impatto netto atteso dal progresso tecnologico sulla spesa sanitaria.

delle convenzioni, il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione MEPA, gli accordi quadro, il Sistema Dinamico di Acquisto SDAPA e le gare su delega - ha operato nell'ambito della sanità nel 2012 intermediando circa 1,4 miliardi di euro, ma che potrebbe conseguire ulteriori risultati mediante una aggregazione selettiva della domanda, che potrebbe svolgersi, 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, escludendo quindi prodotti specifici, quali protesi impiantabili, *stent* ed altro, al fine di salvaguardare la discrezionalità del medico nell'acquisto stesso. Infine, sviluppando iniziative centralizzate d'acquisto che soddisfino fabbisogni "medi" delle amministrazioni sanitarie, lasciando queste libere per acquisti che rispondono ad esigenze specifiche.

Inoltre, sempre sul fronte della riduzione 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. Al momento tale fenomeno determina un costo rilevante sia per il sistema sanitario - sottoforma di eccesso di prescrizioni, analisi, ricoveri nonché come concorso alla copertura assicurativa del medico - sia per l'interessato e deve essere quindi arginato attraverso 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.

Come emerso nel corso dell'indagine conoscitiva, l'efficienza del sistema sanitario può 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. A parte la prevenzione nel settore odontoiatrico, che rappresenta un capitolo a se stante⁴¹, sulla prevenzione hanno posto l'accento numerosi soggetti auditi⁴².

In particolare, è stato sottolineato come la prevenzione, sia in campo sociale che sanitario, sia stata largamente sottovalutata, mentre dovrebbe rappresentare uno strumento fondamentale, di fronte all'evoluzione del quadro epidemiologico, alla transizione demografica e alle grandi trasformazioni sociali. Oltre agli obiettivi consolidati di diagnosi precoce e di riduzione e rimozione dei fattori di morbilità, mortalità e di disagio sociale, la prevenzione dovrebbe porsi l'obiettivo anche dell'"invecchiamento attivo".

⁴¹ In relazione alla prevenzione nel settore odontoiatrico l'Associazione italiana odontoiatri (AIO) ha proposto una serie di misure tra cui principalmente la copertura degli interventi di prevenzione odontoiatrica da parte del SSN.

⁴² Si tratta in particolare della CGIL, del CERGAS, del Movimento per la decrescita felice e della Federazione veterinari e medici (FVM).

In questo ambito, appare necessario il rafforzamento delle politiche di prevenzione primaria, volte a contenere il numero dei malati riducendo l'esposizione ai rischi comportamentali, ambientali e socio-economici, e di prevenzione secondaria, per stabilizzare nelle persone ammalate l'evoluzione della patologia, prevenendo per quanto possibile complicazioni. Puntare sulla prevenzione comporterebbe il passaggio dalla sanità d'attesa alla sanità d'iniziativa, con un'organizzazione sanitaria che mette al centro dell'attenzione le persone e non le malattie⁴³. 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.

Un cenno a parte merita, infine, con riferimento 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. **In questa prospettiva, appare necessario procedere in maniera più decisa e in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale all'informatizzazione del sistema sanitario nazionale e alla digitalizzazione dei dati, ai fini di un monitoraggio efficace e periodico sia del livello e dell'appropriatezza delle prestazioni sia degli acquisti di beni e servizi.**

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

⁴³ Si veda l'audizione del Movimento per la Decrescita felice.

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.

Al tempo stesso, 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 immobili⁴⁴.

Un ultimo tipo di proposte, per aumentare l'efficienza del sistema sanitario, su cui molti degli auditi hanno convenuto, verte sull'incentivazione della sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali. La richiesta è di 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, riduce la spesa privata *out of pocket* che, come prima detto, presenta effetti regressivi.

La necessità di riorganizzare la spesa sanitaria privata mediante idonee forme assicurative deriva anche dalla diffusa percezione dell'insostenibilità del prelievo sia per le imprese (Irap) che per i cittadini (addizionali Irpef) nelle regioni sottoposte a piani di rientro. Tale riorganizzazione potrebbe operarsi aumentando la convenienza fiscale nei confronti dei fondi - posto che le imprese non godono di alcun vantaggio fiscale per i contributi versati ai fondi - in modo che questi arrivino ad una massa critica ed intermedino più spesa privata. In questo modo, i fondi, oltre ad intervenire necessariamente a fronte di fatturazione, raggiungendo una certa massa critica, potrebbero giungere ad avere un potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

Ciò potrebbe consentire una maggior sostenibilità fiscale, una maggior equità sociale, in termini di attenuazione degli effetti regressivi della spesa privata individuale, di cui prima si è detto, e una miglior efficienza delle prestazioni del sistema se il predetto potere contrattuale divenisse significativo. In questo ambito è stata quindi richiesta una intensificazione degli sforzi per una progressiva messa a punto di sistemi complementari di intervento, ad esempio affiancando agli esistenti fondi integrativi - comunque da meglio sviluppare, come ripetutamente richiesto nel corso delle audizioni - un maggior ruolo ai fondi assicurativi

⁴⁴ Si veda l'audizione della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

“aperti”, sul modello seguito da altri Paesi dell’Unione europea, al fine di mantenere la piena copertura sanitaria anche in quelle aree che il sistema attuale dovesse non riuscire a coprire.

Il tema dei fondi assicurativi presenta ovviamente anche diversi profili problematici, atteso che essi danno luogo, per come attualmente composti⁴⁵, ad una segmentazione della popolazione protetta, che determina una differenziazione delle tutele offerte dal sistema. Essi inoltre presentano frequentemente forme di autotutela, in termini di franchigie, massimali ed altro, tese a scoraggiare taluni tipi di richiesta di prestazioni, nonché, si potrebbe dire, di selezione avversa – con riguardo alla cronicità, alle situazioni di *long term care*, di accesso oltre elevate soglie di età – meritevoli di approfondimento da parte del legislatore nel momento in cui si dovesse procedere ad un ampliamento del ruolo dei fondi stessi.

La possibilità di ricorrere alla sanità integrativa dovrebbe comunque essere affrontata senza pregiudizi ideologici e valutando preventivamente con molta attenzione i costi e i benefici derivanti dal ricorso a tale soluzione.

⁴⁵ Si ricorda che, sulla base delle regole generali dettate nel decreto legislativo n. 229 del 1999, poi oggetto di numerose modifiche ed integrazioni e di diverse norme attuative, i fondi assicurativi sono in gran parte costituiti da fondi aziendali (fondi chiusi) e per la parte restante dai fondi aperti volontari.

5. 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 questa prospettiva, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui, allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il controllo riguardo all'erogazione dei LEA, anche esercitando un potere sostitutivo, mentre, alle regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. In altri termini, l'attuale 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. A questo riguardo è opportuno sottolineare che il disegno di legge costituzionale recentemente presentato dal Governo al Senato (S. 1429), recante disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ridisegna complessivamente la potestà legislativa regionale, sopprimendo le materie di potestà legislativa concorrente - incluse le materie "tutela e sicurezza del lavoro", "tutela della salute" e "alimentazione" - e integra la lettera *m*) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, che già attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", con le "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro".

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. **Uno sforzo potrebbe essere compiuto in questa direzione attingendo alle esperienze maturate nelle regioni in cui tale obiettivo è stato perseguito con maggiore determinazione ed efficacia.** Non è un caso, infatti, 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, per altro, 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. **Per altro, negli ultimi anni, alla riduzione delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale si è sommata la riduzione di quelle per le politiche socio-assistenziali e per le non autosufficienze. Tutto ciò ha fatto emergere la piena consapevolezza che il Servizio sanitario nazionale non può sopportare ulteriori definanziamenti, pena l'impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.**

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. **Un significativo passo avanti in questa direzione potrebbe essere costituito dalla piena attuazione dei parametri di riparto del Fondo sanitario nazionale, introdotti dalla legge n. 662 del 1996 - quali ad esempio la frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, i tassi di mortalità della popolazione, gli indicatori epidemiologici territoriali eccetera - e mai integralmente applicati.**

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, **prevedendo misure premiali non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a piani di rientro che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini.**

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. **Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l’appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni.**

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’idonea 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 **sulla verifica dei risultati sia sotto il profilo economico-finanziario sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, anche attraverso l'istituzione di appositi organismi di controllo.**

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 ostativo 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. **Va altresì sottolineato come l'innovazione tecnologica possa comportare modifiche organizzative suscettibili di determinare significativi risparmi di spesa nell'erogazione dei servizi, come ad esempio nel caso della riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, e possa rappresentare un formidabile strumento di sviluppo per l'intero sistema industriale e, più in generale, per la competitività del sistema Paese.** Riguardo all'innovazione tecnologica, anche il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, evidenzia infatti 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. **In questa prospettiva, si potrebbero prevedere finanziamenti integrativi per l'investimento tecnologico e strutturale, come quelli a suo tempo introdotti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.**

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 assicurate gratuitamente **o con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica**. 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.⁴⁶

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 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

⁴⁶ Si veda l'audizione dell'Agenas.

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*.

La revisione della compartecipazione alla spesa sanitaria dovrà comunque essere finalizzata all'individuazione di modalità che garantiscano l'accesso alle cure di tutti i cittadini a cominciare dalle fasce più deboli e bisognose, al fine di evitare che le politiche di contenimento della spesa si traducano nella rinuncia da parte di molti cittadini all'acquisto di farmaci o all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche.

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*.

La possibilità di ricorrere alla sanità integrativa dovrebbe comunque essere affrontata senza pregiudizi ideologici e valutando preventivamente con molta attenzione i costi e i benefici derivanti dal ricorso a tale soluzione.

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. **In questo quadro, si potrebbe prevedere un'attenuazione dei vincoli assunzionali per quelle regioni che, pur avendo avviato concreti percorsi di rientro, manifestino criticità nell'erogazione delle prestazioni a causa del blocco del *turn-over*.**

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. **Inoltre, dovrebbe essere data soluzione all'annosa questione legata all'incremento delle risorse da destinare alle scuole di specializzazione non solo di area medica, ma anche di area sanitaria non medica, al fine permettere un'adeguata programmazione delle figure sanitarie necessarie per garantire il livello e la qualità dell'assistenza sanitaria. In questo quadro, un peculiare rilievo assume il tema dell'adeguamento del numero dei contratti di formazione specialistica e degli accessi alla formazione in medicina generale. Non si tratta infatti di un problema che riguarda solo i "giovani medici", ma di una delle più importanti sfide che attiene alla sostenibilità dell'intero sistema sanitario e che necessita pertanto di adeguate risposte.**

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. **In questa prospettiva, appare necessario procedere in maniera più decisa e in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale all'informatizzazione del sistema sanitario nazionale e alla digitalizzazione dei dati, ai fini di un monitoraggio efficace e periodico sia del livello e dell'appropriatezza delle prestazioni sia degli acquisti di beni e servizi.**

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.

ALLEGATO 2

**Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute
tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.**

DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO

Premessa

1. Nuovi bisogni di salute e organizzazione dei servizi

1.1 Cenni sull'organizzazione territoriale del servizio sanitario

2. La spesa sanitaria

2.1 La spesa per il personale medico e sanitario

2.2 La spesa farmaceutica

2.3 La spesa per beni e servizi

3. Il finanziamento del Welfare sanitario italiano

3.1 I piani di rientro

4. La nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni

4.1 La spending review

4.1.1 I beni e i servizi, economie di scala e tutela dell'innovazione

4.1.2 La cronicità e i nuovi rapporti tra Ospedale e Territorio

4.1.3 Criticità e opportunità nelle politiche del farmaco

4.2 La compartecipazione al finanziamento del sistema

4.3 Vecchie e nuove domande di salute tra equilibri di finanziamento ed esigenze di qualità delle prestazioni sanitarie

5. Conclusioni

Premessa

I sistemi sanitari del cosiddetto “Welfare europeo” attraversano una fase di profondi mutamenti determinati da numerosi 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, nonché la crisi economico-finanziaria e i vincoli di finanza pubblica sempre più stringenti. Infatti, 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.

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.

In considerazione del nuovo quadro costituzionale, la concreta definizione dei rapporti tra Governo centrale e regioni è affidata ad apposite intese, che delineano, da oltre un decennio, un sistema non più fondato sull’aspettativa da parte delle regioni del ripiano dei loro disavanzi, ma sul principio della forte responsabilizzazione, sia delle regioni virtuose sia delle regioni con elevati disavanzi.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, tanto che nel 2012 tale spesa si è attestata a quota 110,8 miliardi di euro, facendo registrare, per il secondo anno consecutivo, una riduzione in termini nominali (pari allo 0,7 per cento contro lo 0,8 per cento dell’anno precedente). La spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento. Si tratta di un aggregato di spesa che, per altro, non trova separata evidenziazione nell’ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, ai costi del personale, facenti parte dell’aggregato redditi da lavoro dipendente, e alle spese per l’acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

In questo quadro, considerata la complessità e la rilevanza della spesa sanitaria e dei diritti costituzionali ad essa sottesi, le Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione economica) e XII (Affari sociali) hanno ravvisato l’opportunità di svolgere un’indagine conoscitiva concernente “la sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica”, al fine di:

- 1) effettuare una comparazione degli andamenti tendenziali della spesa sanitaria pubblica e privata tra i maggiori Paesi europei, sia in termini di spesa assoluta pro capite, che di incidenza percentuale sul PIL;
- 2) verificare le conseguenze della progressiva riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenuta dal 2008 al 2013 sul livello di appropriatezza del sistema, in particolare individuando e valutando l'entità e l'effettiva efficacia degli interventi di *spending review*;
- 3) valutare l'impatto atteso sulla complessiva erogazione delle prestazioni sanitarie in conseguenza del progressivo passaggio al sistema di finanziamento regionale attraverso "i costi standard";
- 4) verificare gli effetti dell'introduzione dei *ticket* dal punto di vista economico-finanziario, dell'orientamento della domanda di prestazioni sanitarie e della coerenza e della congruità del sistema delle esenzioni con gli obiettivi di protezione delle fasce più deboli della popolazione;
- 5) verificare gli effetti dei piani di rientro sull'organizzazione sanitaria regionale, sull'accesso alle cure e sull'effettivo ripiano dei deficit sanitari;
- 6) valutare il livello di omogeneità su tutto il territorio nazionale dell'accesso alle cure e del livello qualitativo delle prestazioni sanitarie erogate;
- 7) verificare l'incidenza e l'efficacia della spesa sociale e socio-sanitaria, anche alla luce del riparto delle risorse tra comuni e ASL;
- 8) verificare gli esiti del processo di adeguamento delle procedure amministrative, di cui al decreto legislativo n. 118 del 2011, finalizzato alla corretta rilevazione dei fatti di gestione, attraverso l'adozione di nuovi modelli di rilevazione del conto economico e dello stato patrimoniale delle aziende sanitarie, anche in vista della certificazione dei loro bilanci.

Al fine di realizzare i predetti obiettivi, le Commissioni riunite hanno svolto, dal 17 giugno al 30 ottobre 2013, le audizioni dei seguenti soggetti:

- rappresentanti di Istituzioni e Fondazioni di studio di settore: prof. Elio Borgonovi, presidente del CeRGAS-Bocconi; prof.ssa Sabina Nuti, responsabile del laboratorio Management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; prof. Davide Croce, direttore del Centro di Ricerca in Economia e Management di Sanità e nel Sociale (CREMS) della LIUC Cattaneo; prof. Gualtiero Ricciardi, coordinatore del Rapporto Osservasalute dell'Osservatorio nazionale per la salute nelle regioni italiane;
- Prof.ssa Carlotta De Franceschi, presidente di *Action Institute*; rappresentanti di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato; Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO); Associazione italiana ospedalità privata (AIOP); Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI);
- rappresentanti di sindacati di categoria: CGIL, CISL,UIL e UGL – Sindacato autonomo medici italiani (SNAMI), Associazione medici dirigenti (ANAAO-ASSOMED),

Coordinamento italiano dei medici ospedalieri-Associazione sindacale dei medici dirigenti (CIMO-ASMD), Federazione italiana medici di famiglia (FIMMG), Federazione italiana medici pediatri (FIMP), Associazione anestesisti e rianimatori (AAROI), Federazione patologi clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana (SUMAI) e Associazione italiana odontoiatri (AIO);

- rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), della Federazione delle società medico scientifiche (FISM), della Federazione italiana per la salute pubblica e l'organizzazione sanitaria (FISPEOS), del Sindacato dei medici italiani (SMI), della Federazione veterinari e medici (FVM), Federazione patologi clinici, radiologi, medici del territorio e dirigenti specialisti (FASSID), dell'Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI), del Segretariato italiano giovani medici (SIGM), di Federfarma, della Federazione ordini farmacisti italiani, del Sindacato nazionale farmacisti dirigenti del SSN (Si.Na.F.O.) e di Assobiomedica;

- rappresentanti di Farindustria, Associazione nazionale industrie farmaci generici (Assogenerici), Associazione nazionale per lo sviluppo delle biotecnologie Assobiotec-Federchimica, Federazione italiana delle Associazioni di volontariato in oncologia (F.A.V.O.), Osservatorio italiano salute globale e Movimento decrescita felice;

- Rappresentanti di professioni sanitarie: Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI);

- rappresentanti dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), dell'Associazione nazionale sanità integrativa (ANSI), del Fondo assistenza sanitaria integrativa (FASI), della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S);

- rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle province autonome, della Struttura tecnica di monitoraggio paritetica istituita presso la Conferenza Stato-Regioni (STEM), di Confindustria, della CONSIP e dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA);

- dott. Francesco Massicci, Ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della RGS;

- Ministro della salute, Beatrice Lorenzin;

- Ministro dell'economia e delle finanze, Fabrizio Saccomanni;

1. Nuovi bisogni di salute e organizzazione dei servizi.

L'articolo 32 della Costituzione stabilisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Si tratta di una norma che è al contempo, programmatica, poiché impegna il legislatore a promuovere idonee iniziative volte all'attuazione di un compiuto sistema di tutela adeguato alle esigenze di una società che cresce e progredisce, e precettiva, in quanto implica che l'individuo, come cittadino, vanti nei confronti dello Stato un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela della propria salute, intesa non solo come bene personale, ma anche come bene della collettività, che ha bisogno della salute di tutti i suoi componenti per meglio crescere ed affermare i propri valori.

Sul piano legislativo la realizzazione del principio costituzionale di tutela della salute è avvenuta, con la legge n. 833 del 1978, essenzialmente attraverso l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, definito come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione. L'aspetto peculiare della riforma del 1978 è rappresentato dalla costituzione delle Unità Sanitarie Locali, ossia le strutture operative dei Comuni, singoli o associati alle Comunità Montane, preordinate a soddisfare le esigenze socio-sanitarie dei cittadini.

Con il decreto legislativo n. 502 del 1992 si è assistito ad un nuovo riordino del Servizio sanitario nazionale attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.); il principio di aziendalizzazione, la riduzione del numero delle USL; il finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalle singole Regioni; la libera scelta del cittadino; l'istituzione delle figure di Direttore generale, di Direttore sanitario aziendale e di Direttore Amministrativo; l'introduzione del sistema di accreditamento istituzionale; l'adozione sistematica del metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni. Con il decreto legislativo n. 112 del 1998 si è disposto un generale conferimento di competenze in favore degli enti territoriali, individuando specificamente i compiti residuali riservati allo Stato. Tale conferimento ha riguardato prevalentemente le Regioni, mentre gli enti locali sono coinvolti per lo più a livello di programmazione concertata, mediante la Conferenza unificata, e in alcuni casi a livello di amministrazione attiva.

La regionalizzazione del Sistema venne quindi rafforzata con la legge n. 419 del 1998 e il decreto legislativo n. 229 del 1999, riconoscendo alle Regioni nuove e più ampie facoltà nella programmazione regionale e nella gestione dei servizi, tanto che il Servizio sanitario nazionale venne definito come il *“complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale”*.

Infine, nel 2001, con la riforma del Titolo V e la modifica dell'articolo 117 della Costituzione, la gestione del sistema sanitario è stata affidata allo Stato e alle Regioni secondo la ripartizione di competenze ivi definita. In particolare, alla legislazione statale è stata affidata

la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali garantiti su tutto il territorio nazionale (L.E.A.), mentre alla competenza legislativa concorrente Stato-Regioni spetta la tutela della salute: in tal senso compete allo Stato, con proprie leggi, definire i principi fondamentali in materia, ed alle regioni di legiferare nel rispetto dei citati principi.

I livelli essenziali e uniformi di assistenza (L.E.A.) individuano le prestazioni sanitarie e sociosanitarie garantite nell'ambito del Servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini tramite le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, e sono definiti, di norma, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

In particolare, l'articolo 6 del decreto-legge n. 347 del 2001, in applicazione dell'Accordo dell'8 agosto 2001 tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome, ha disciplinato la procedura per la definizione dei livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano).

Più in dettaglio, il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal DPCM 5 marzo 2007, distingue tra prestazioni garantite, a carico del SSN, individuate nell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, nell'assistenza distrettuale (medicina di base e di emergenza, assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e specialistica ambulatoriale) e nell'assistenza ospedaliera, e prestazioni a carico del cittadino, come gli interventi di chirurgia estetica, l'erogazione di medicine non convenzionali, delle vaccinazioni non obbligatorie, ecc.

L'esigenza di una revisione dei L.E.A. è stata ribadita dall'articolo 5 del decreto-legge n. 158 del 2012 – cosiddetto decreto Balduzzi - che ne ha previsto l'aggiornamento entro il 31 dicembre 2012, con prioritario riferimento alle malattie croniche e alle malattie rare, nonché con riferimento alle prestazioni rivolte alle persone affette da ludopatia. Il relativo schema di decreto è attualmente all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

In tema di riparto delle competenze, nel corso dell'indagine conoscitiva, gli auditi hanno lamentato, in modo diverso e a seconda del settore di riferimento, notevoli differenze territoriali nell'efficacia e nell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sollecitando 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 L.E.A. omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infra-regionali.

In questa prospettiva, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui, allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il controllo riguardo all'erogazione dei LEA, anche esercitando un potere sostitutivo, mentre, alle regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. 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. A questo riguardo è opportuno sottolineare che il disegno di legge costituzionale recentemente presentato dal Governo al Senato (S. 1429), recante disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ridisegna complessivamente la potestà legislativa regionale, sopprimendo le materie di potestà legislativa concorrente - incluse le materie "tutela e sicurezza del lavoro", "tutela della salute" e "alimentazione" - e integra la lettera m) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, che già attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", con le "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro".

1.1. Cenni sull'organizzazione territoriale del servizio sanitario.

Attualmente il sistema sanitario è caratterizzato da servizi regionali profondamente diversi sia per gli assetti istituzionali ed organizzativi che per le politiche sanitarie prevalenti, con differenze molto marcate in riferimento alla geografia delle aziende pubbliche, al ruolo del settore privato, alla concentrazione o diffusione delle attività di ricerca e didattica, agli equilibri di potere tra centro e periferia, alla tipologia e alla stabilità del *management*, alle configurazioni dei processi di acquisto e di investimento infrastrutturale e all'evoluzione dei servizi territoriali e socio-sanitari.

In particolare, è stato sottolineato come il modello assistenziale che, dalla legge n. 833 del 1978 fino ad oggi, è sempre stato incentrato sulle patologie acute e trasmissibili, necessiti di una significativa revisione. Infatti, i mutamenti demografici e la trasformazione del modello sociale italiano, 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.

In effetti, la crisi economica e il cambiamento delle dinamiche demografiche hanno determinato, negli ultimi anni, l'adozione di politiche nazionali e regionali diverse dal passato anche in tema di assistenza. Nel settore dell'assistenza ospedaliera, ad esempio, le misure adottate hanno ridotto l'offerta ospedaliera con un contemporaneo ricorso al ricovero diurno a scapito del ricovero in regime ordinario, che viene riservato alle patologie gravi, con un sempre più frequente ricorso a contesti assistenziali quali i *Day hospital*⁴⁷.

⁴⁷ E' all'esame della Conferenza Stato-regioni lo schema di regolamento sulla Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. Lo schema contiene l'indicazione programmatica di riduzione dello standard dei

Al riguardo, nel corso dell'indagine conoscitiva è stata sottolineata, da un lato, l'esigenza di integrare il modello assistenziale con l'inserimento della componente sociale nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, ai fini della presa in carico della non autosufficienza, dall'altro, la necessità di cambiare l'assetto e la presenza sul territorio del SSN attraverso un rafforzamento dell'assistenza territoriale e una razionalizzazione della rete ospedaliera. La rete territoriale dovrebbe essere a tal fine rivista nell'ottica del *long term care*, in modo che si possa progressivamente realizzare quella che è stata definita una assistenza basata sulla sanità di iniziativa, vale a dire una modalità di intervento nella quale le strutture non aspettano il paziente che arriva, ma gli vanno incontro per seguirlo costantemente, anche in termini di prevenzione e di cure del post acuzie.

Il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità con una piccola *équipe* multiprofessionale, potrebbe far sì che l'ospedale tenda a divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. Per come attualmente operante, invece, l'assistenza territoriale, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, presenta un'offerta che non appare soddisfacente e, soprattutto, molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina una consistente difficoltà assistenziale.

La rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale/primaria, intesa come un complesso di attività e di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica.

La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali e di strutture intermedie, con l'obiettivo teorico, nel medio-lungo periodo, di pervenire ad un sistema reticolare, mettendo in comunicazione tutti i vari attori del sistema: l'ospedale e i vari componenti del territorio, dagli specialisti ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta, impegnando al contempo risorse e finanziamenti per rafforzare le strutture territoriali, aumentando la tecnologia a disposizione ed ampliando l'assistenza domiciliare integrata: portare cioè a livello territoriale le prestazioni "leggere" erogate, talvolta impropriamente, a livello ospedaliero.

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,

posti letto ospedalieri, nonché indicazioni utili ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del SSN in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale, posto che la rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale primaria.

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.

Recentemente l'articolo 1 del decreto-legge n. 158 del 2012 ha promosso l'integrazione dei servizi territoriali sanitari con interventi di natura socio-assistenziale, anche in riferimento all'assistenza domiciliare, attraverso la costituzione di forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), e forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP). In particolare, le unità complesse di cure primarie dovranno privilegiare la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata e in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le AFT e le UCCP forniranno le prestazioni attraverso personale convenzionato con il SSN, ovvero medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti che operano sul territorio.

Tuttavia il decreto-legge n. 158 del 2012 non ha previsto finanziamenti specifici per la rimodulazione dei servizi territoriali e delle cure primarie. Di fatto, quindi, la situazione si presenta diversa 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, invece, potrebbe rappresentare una condizione indispensabile per la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie con rilevanti riduzioni di spesa. Uno sforzo potrebbe essere compiuto in questa direzione attingendo alle esperienze maturate nelle regioni in cui tale obiettivo è stato perseguito con maggiore determinazione ed efficacia.

2. La spesa sanitaria.

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 costi⁴⁸. 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, eccetera.

Le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria hanno prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, anche se la spesa del comparto

⁴⁸ Secondo quanto riportato nel documento dell'aprile 2013 della Ragioneria generale dello Stato "La spesa pubblica in Europa – anni 2000-2011", la spesa sanitaria dell'Unione europea è infatti passata dal 7,6 per cento del Pil nel 2009 al 7,3 per cento nel 2011. Analogo andamento si è registrato in Italia, ove tale spesa è scesa dal 7,3 per cento nel 2009 al 7,1 per cento nel 2012, ultimo anno per il quale sono disponibili i dati definitivi di consuntivo.

rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento nel 2012. Tale aggregato di spesa, per altro, non trova separata evidenziazione nell'ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle diverse tipologie di spesa riconducibili al settore sanitario e, principalmente, dai costi del personale, facenti parte dell'aggregato redditi da lavoro dipendente, e dalle spese per l'acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi.

Un aggregato di spesa complessivo concernente il settore sanitario è invece esposto nel Conto della Pubblica Amministrazione. Il consolidamento dei conti del settore viene effettuato a consuntivo dall'Istat sulla base dei dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute, facendo riferimento ai soggetti operatori: le prestazioni sono infatti erogate agli utenti direttamente attraverso le strutture del Servizio sanitario nazionale, o indirettamente attraverso strutture accreditate o professionisti convenzionati⁴⁹. Sotto tale profilo, pertanto, la spesa sanitaria si divide in quella riconducibile ai produttori di beni e servizi *non market* - per le prestazioni erogate direttamente dalle strutture del SSN - e nella spesa riconducibile a prestazioni erogate da produttori *market* (erogate, quindi, per conto del SSN e da questo remunerate).

Secondo i dati ISTAT la spesa sanitaria pubblica si situa su un valore - 110,8 miliardi circa - pari al 7,1 per cento del PIL nel 2012. Tale percentuale sale, sempre nel 2012, a circa il 9,2 per cento con riguardo alla spesa sanitaria complessiva (che considera anche la componente di spesa sanitaria privata, cifrabile intorno ai 30 miliardi) e risulta tra le più basse dei paesi avanzati, attestandosi sia sotto la media OCSE, pari al 9,3 per cento, sia sotto quella dei paesi UE-15, pari al 10 per cento.

I dati della tabella che segue mostrano la crescita della percentuale di spesa sanitaria rispetto al PIL dal 2000 al 2011, che riguarda indistintamente i tre modelli sanitari: universalistici (Italia), assicurativi (USA), mutualistici (Germania).

Spesa complessiva in percentuale rispetto al PIL e sua suddivisione tra pubblica e privata (a sua volta divisa in out-of-pocket o spesa delle famiglie e assicurata) in alcuni Paesi del mondo⁵⁰

⁴⁹ Le prestazioni sanitarie costituiscono la parte preponderante delle prestazioni sociali in natura, mentre la parte restante è costituita da prestazioni di tipo assistenziale.

⁵⁰ Si veda la documentazione presentata dal prof. Davide Croce, direttore CREMS, nel corso della sua audizione presso le Commissioni riunite V e XII nella seduta del 17 giugno 2013.

	PUBBLICA				PRIVATA				Fonte: WHO, National Health Accounts, 2013, rielaborazione CREMS	
	Spesa sanitaria totale come % del PIL		Spesa sanitaria pubblica come % spesa totale		Spesa sanitaria out-of-pocket come % spesa totale		Spesa sanitaria assicurata come % spesa totale		Spesa procapite in \$ a PPP	
	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011	2000	2011
Australia	8,1%	9,0%	66,8%	68,5%	19,8%	19,8%	13,4%	11,7%	2.253	3.692
Brasile	7,2%	8,9%	40,3%	45,7%	38,0%	31,3%	21,7%	22,9%	503	1.043
Russia	5,4%	6,2%	59,9%	59,7%	30,9%	35,4%	10,5%	4,9%	369	1.316
India	4,3%	3,9%	26,0%	31,0%	66,1%	59,4%	6,1%	9,6%	65	141
Cina	4,6%	5,2%	38,3%	55,9%	59,0%	34,8%	2,7%	9,3%	108	242
Sudafrica	8,3%	8,5%	41,3%	47,7%	13,0%	7,2%	46,4%	45,1%	552	942
Canada	8,8%	11,2%	70,4%	70,4%	15,9%	14,4%	13,7%	15,2%	2.519	4.520
Giappone	7,6%	9,3%	80,8%	80,0%	15,4%	16,4%	3,8%	3,6%	1.974	3.174
USA	13,4%	17,9%	43,2%	45,9%	14,5%	11,3%	42,3%	42,8%	4.703	8.608
Italia	8,0%	9,5%	72,5%	77,2%	22,6%	19,9%	3,0%	2,8%	2.064	3.130
Francia	10,1%	11,6%	79,4%	76,7%	7,1%	7,5%	13,5%	15,8%	2.546	4.085
Germania	10,4%	11,1%	79,5%	75,9%	10,4%	12,4%	10,0%	11,7%	2.679	4.371
Spagna	7,2%	9,4%	71,6%	73,6%	23,6%	20,1%	4,9%	6,3%	1.538	3.041
UK	7,0%	9,3%	78,8%	82,7%	11,4%	9,2%	9,4%	8,1%	1.835	3.322
Svezia	8,2%	9,4%	84,9%	80,9%	13,8%	16,9%	1,3%	2,1%	2.287	3.870
Svizzera	9,9%	10,9%	55,4%	65,4%	33,0%	25,0%	11,6%	9,6%	3.210	5.564

Nel confronto con i principali paesi europei, la spesa sanitaria complessiva dell'Italia in rapporto al PIL risulta di circa due punti percentuali inferiore rispetto a quella di Francia e Germania. Analoghi risultati emergono eseguendo il raffronto con riferimento alla sola componente pubblica della spesa sanitaria, che per l'Italia è pari al 7 per cento del PIL.

Guardando ai dati di consuntivo degli anni 2008-2012, si osserva che, come già accennato, la spesa sanitaria assorbe una quota significativa della spesa al netto degli interessi (circa il 15,6 per cento). Il rallentamento della dinamica di crescita rispetto al precedente quinquennio (+1,7 per cento la crescita media annua rispetto al +5,2 per cento del 2003-2007) si accentua nell'ultimo periodo quando, per due anni consecutivi (2011 e 2012), si assiste ad una riduzione in valore assoluto della spesa. La caduta del PIL anche in termini nominali verificatasi nel 2008-2009 e nuovamente nel 2012 ne determina, tuttavia, un'incidenza sul prodotto che si mantiene superiore al 7 per cento. La dinamica osservata nella spesa è effetto di andamenti differenziati nei vari comparti. La seguente tavola analizza l'andamento della spesa con riferimento alla classificazione per operatori, prendendo quindi in considerazione le prestazioni offerte dalle strutture del SSN (c.d. produttori *non market*) e quelle erogate attraverso strutture accreditate o professionisti convenzionati (c.d. produttori *market*). A queste si aggiungono le altre uscite correnti, quali le contribuzioni diverse o le spese relative ai servizi amministrativi, che contribuiscono insieme alle prestazioni in natura alla determinazione della spesa sanitaria complessiva.

Composizione della spesa sanitaria (milioni di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012
Prestazioni sociali in natura	101.102	102.644	104.711	103.609	102.791
<i>corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market</i>	39.607	40.809	41.316	40.406	39.578
- Farmaci	11.226	10.997	10.913	9.862	9.145
- Assistenza medico-generica	6.079	6.949	6.984	6.724	6.736
- Assistenza medico-specialistica	3.948	4.112	4.542	4.737	4.720
- Assistenza ospedaliera in case di cura private	9.407	9.493	9.449	9.503	9.395
- Assistenza protesica e balneo termale	3.903	3.954	3.940	4.113	3.944
- Altra assistenza	5.044	5.304	5.488	5.467	5.638
<i>corrispondenti a servizi prodotti da produttori non market</i>	61.495	61.835	63.395	63.203	63.213
- Redditi da lavoro dipendente	35.757	34.467	35.449	34.425	33.961
- Consumi intermedi	23.230	24.777	25.220	26.168	26.779
- Altro	2.508	2.591	2.726	2.610	2.473
Contribuzioni diverse	952	894	852	876	1.001
Servizi amministrativi	5.482	5.705	5.797	5.838	5.825
- Redditi da lavoro dipendente	2.802	2.894	2.897	2.828	2.747
- Consumi intermedi	2.507	2.630	2.717	2.833	2.906
- Altro	173	181	183	177	172
Altre uscite	1.355	1.231	1.166	1.270	1.225
di cui: interessi passivi	588	424	326	380	335
TOTALE USCITE CORRENTI	108.891	110.474	112.526	111.593	110.842

Come emerge dalla tabella precedente, nel quinquennio 2008-2012 il tasso di crescita della spesa sanitaria risulta progressivamente in diminuzione, a seguito della crescente efficacia degli strumenti di *governance*. Tale valutazione è stata confermata, e anzi accentuata, dai dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato nel corso dell'indagine conoscitiva, riferiti al più ampio orizzonte temporale dal 2000 al 2012, da cui risulta che, nel periodo 2000-2006, la spesa sanitaria evidenziava un tasso di crescita medio annuo pari al 7 per cento, mentre nel periodo 2006-2012 la crescita media era pari all'1,4 per cento. All'interno di tale secondo periodo, più in particolare, la variazione media annua è risultata pari a circa il 2,5 per cento nel segmento 2006-2010, per scendere poi a - 0,8 per cento nel triennio 2010-2012. Tale ultimo valore deriva da un andamento particolarmente virtuoso registratosi negli anni 2011 e 2012, nei quali la spesa diminuisce non solo in termini reali ma – con un andamento senza precedenti nella recente storia degli andamenti della spesa sanitaria – anche in termini nominali. Il contenimento del tasso di crescita ha riguardato, come meglio si vedrà in seguito, tutte le componenti della spesa, dal personale (dipendente e convenzionato), ai privati accreditati, ai beni e servizi, fino ad arrivare alla spesa farmaceutica.

Si tratta di una tendenza confermata per il periodo 2013-2017 dal Documento di economia e finanza 2013, come risulta dalla seguente tabella:

La spesa sanitaria nel conto della PA: le previsioni nel DEF 2013 (milioni di euro - %)

Previsioni DEF 2013	2013	2014	2015	2016	2017
Valore assoluto	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789
var % su anno precedente	0,2	1,7	2,1	1,9	1,8
% su spesa primaria	15,29	15,60	15,61	15,72	15,74
% su PIL	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7

In particolare, la spesa sanitaria è prevista crescere dello 0,2 per cento nel 2013, a fronte di un ritmo più sostenuto nel periodo successivo (+1,9 per cento in media annua). Data una variazione attesa del PIL nominale pari a +3,2 per cento annuo, l'incidenza della spesa sul prodotto si riduce, passando dal 7,1 per cento del 2013 al 6,7 per cento nel 2017. Aumenta, invece, di 0,4 decimi di punto l'incidenza sulla spesa primaria per la quale si prevede una variazione più contenuta⁵¹.

L'evoluzione stimata per il periodo 2013-2017 dal Documento di Economia e Finanza dovrebbe essere favorita, secondo quanto segnalato dalla Ragioneria Generale dello Stato nel corso dell'indagine conoscitiva, dall'implementazione di alcune disposizioni recate dalla disciplina attuativa del federalismo fiscale. Si tratta, innanzitutto, del decreto legislativo n. 68 del 2011, per la parte relativa ai fabbisogni del settore sanitario, laddove si prevede l'individuazione di tre regioni *benchmark*, sulla base di requisiti sia finanziari, quali l'equilibrio di bilancio, che qualitativi - come ad esempio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di efficienza ed appropriatezza - che consentirà l'individuazione di parametri di riferimento, per la *governance* delle altre regioni, basati sia sulla spesa che sulla qualità dei risultati. In secondo luogo, si tratta del decreto legislativo n. 118 del 2011 sull'armonizzazione dei sistemi contabili, che consentirà una migliore individuazione, nell'ambito del bilancio regionale, dell'area del finanziamento sanitario⁵².

Nel corso dell'indagine conoscitiva sono state affrontate le problematiche concernenti l'andamento di alcune spese dianzi menzionate che incidono in misura significativa sulla complessiva spesa sanitaria: la spesa per il personale medico e sanitario, la spesa per beni e servizi e la spesa farmaceutica.

⁵¹ Come precisato dal DEF, gli andamenti descritti riflettono il quadro macroeconomico previsto per il periodo di riferimento, i risultati per il 2012, nonché l'efficacia delle misure di contenimento della spesa adottate negli anni precedenti.

⁵² In ordine a tale provvedimento la Conferenza delle regioni, per altro, ha evidenziato alcune criticità, con riguardo in particolare: all'obbligo di contabilizzare gli investimenti effettuati con risorse correnti nello stesso esercizio in cui sono stati acquisiti; obbligo che ha effetti negativi sugli investimenti medesimi, in presenza di un finanziamento degli stessi che avviene prevalentemente con risorse provenienti dal Fondo sanitario nazionale o da risorse proprie regionali; all'innalzamento delle aliquote di ammortamento delle diverse categorie di beni (cespiti), che comporta un appesantimento degli oneri a carico delle aziende.

2.1. La spesa per il personale medico e sanitario.

Allo stato attuale la spesa per il personale del sistema sanitario ammonta a oltre 36 miliardi di euro, rappresentando uno dei maggiori aggregati di spesa (circa un terzo del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale) e, quindi, uno dei principali fattori su cui incidere ai fini della razionalizzazione dei costi per la sanità.

Tale spesa, dopo essere cresciuta in media del 5,4 per cento negli anni dal 2000 al 2006, rallenta ad un incremento medio dell'1,4 per cento dal 2006 al 2010, per diminuire poi in termini anche nominali nell'ultimo biennio (-2,1 per cento annuo). In media la spesa per il personale è scesa dell'1,3 per cento. Si è infatti passati dai 36,618 miliardi del 2010 ai 36,149 miliardi del 2011. La maggior parte della spesa per il personale è imputabile al ruolo sanitario (dirigenti medici e non medici e comparto del ruolo sanitario); da notare che dal confronto dei due anni appare che l'incidenza dei dirigenti medici sul totale del costo del personale è diminuita passando dal 37,2 per cento al 36,9 per cento. Per contro, l'incidenza del comparto del ruolo sanitario è aumentata arrivando a sfiorare il 40 per cento.

Come per altro precisato nell'audizione del Ministro dell'economia e delle finanze, tale riduzione non è dovuta solo a misure straordinarie ma anche a interventi strutturali quali il blocco del *turnover*, attuato e monitorato, in particolare, nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro di cui si dirà in seguito, 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.

Per quanto attiene al costo medio, il costo del personale delle Regioni si attesta ad un valore, sempre per il 2011, pari a 56.240 euro, sostanzialmente invariato rispetto al 2010 (+0,4 per cento), anche per l'effetto delle manovre che hanno portato al congelamento della contrattazione collettiva in quasi tutto il pubblico impiego. Il *range* tra il valore minimo ed il valore massimo del costo medio del personale tra le Regioni, esclusa la Provincia di Bolzano, è pari a circa 14.000 euro.

Si rileva una forte variabilità nei dati sia nel confronto tra Regioni sia all'interno delle Regioni stesse. Difatti, dalla comparazione tra i costi medi dei singoli ruoli delle regioni sono riscontrabili differenze che arrivano a 30.000 euro, mentre all'interno della stessa regione possono raggiungere picchi di quasi 50.000 euro annui. Queste differenze sono da imputare principalmente alla diversa composizione dei fondi integrativi a disposizione delle strutture del

Servizio sanitario regionale, in quanto le voci retributive di base sono stabilite da contratti di comparto con validità nazionale.

E' stato evidenziato quindi 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. In questo quadro, si potrebbe prevedere un'attenuazione dei vincoli assunzionali per quelle regioni che, pur avendo avviato concreti percorsi di rientro, manifestino criticità nell'erogazione delle prestazioni a causa del blocco del *turn-over*.

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. Tale fenomeno, che vede la presenza di 115 mila medici nell'arco di età tra 51-59 anni, ossia circa un terzo del totale, perdurando le restrizioni all'ingresso di nuovi medici, potrebbe tradursi nel prossimo futuro in una riduzione dell'offerta sanitaria. 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.

In questo quadro, appare necessario indagare alcuni comportamenti che le regioni possono porre in essere per supplire alle carenze di personale, che si possono verificare dopo lunghi periodi di blocchi del *turn-over*, ad esempio esternalizzazioni dei servizi sanitari e non sanitari e utilizzo di personale in convenzione. Questo spostamento dalle forme "classiche" di acquisizione delle risorse umane deve essere monitorato e studiato con attenzione, in quanto rappresenterà per il futuro una voce sempre più importante di spesa del Servizio sanitario.

Occorre, inoltre, studiare la notevole variabilità dei dati all'interno della stessa Regione. Infatti il contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) stabilisce l'ammontare di alcune voci stipendiali uguali in tutte le Regioni, ma lascia alla contrattazione integrativa aziendale la determinazione di alcune voci che, quindi, possono variare in relazione all'ammontare dei cosiddetti fondi integrativi aziendali. Una errata determinazione dei fondi, effettuata la prima volta nel 1996, e una non corretta applicazione degli incrementi contrattuali previsti nel corso degli anni, potrebbe essere la causa di questa notevole variabilità dei dati.

E' stato altresì rilevato che dagli approfondimenti effettuati relativi all'eventuale correlazione tra i costi della dirigenza di vertice e la popolazione residente, ovvero tra questi e il reddito della popolazione medesima, è emerso che il costo medio della dirigenza di vertice non è statisticamente correlato alle variabili osservate (popolazione, reddito medio e

finanziamento pro-capite), ma dipende esclusivamente dalle scelte politico-finanziarie delle Regioni.

2.2. La spesa farmaceutica.

La spesa farmaceutica è costituita da due componenti: la farmaceutica territoriale e la farmaceutica ospedaliera. La spesa farmaceutica territoriale indica l'insieme della spesa riferibile ai farmaci rimborsabili di fascia A, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, distribuiti attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate, attraverso la distribuzione diretta, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio. La spesa farmaceutica ospedaliera indica invece la spesa riferibile ai medicinali di fascia H acquistati o resi disponibili all'impiego da parte delle strutture sanitarie direttamente gestite dal SSN, ad eccezione dei medicinali dispensati in distribuzione diretta.

Le due componenti hanno manifestato negli ultimi anni dinamiche contrastanti: la spesa farmaceutica ospedaliera è cresciuta significativamente, a fronte di un rilevante contenimento di quella territoriale verificatosi anche grazie ai ripetuti interventi legislativi, diretti a favorire l'appropriatezza nell'uso dei farmaci e alle ulteriori misure relative agli aumenti degli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti, come meglio si vedrà in seguito.

In particolare, la spesa farmaceutica territoriale mostra un andamento decrescente pari al -3 per cento medio annuo già nel periodo 2006-2010, fino ad arrivare al -8,5 per cento medio annuo nel periodo 2010-2012. La costanza di tali decrementi ha fatto sì che l'ammontare di tale spesa risulti, nell'anno 2012, inferiore anche in valore assoluto rispetto all'anno precedente (-2,5 miliardi circa). Questo processo è stato favorito dalla circostanza che negli ultimi anni si è osservata una costante diminuzione del prezzo medio dei farmaci, in relazione alla scadenza brevettuale di taluni medicinali e alla conseguente immissione in commercio di farmaci generici con prezzo inferiore.

Un andamento diverso è stato invece osservato in relazione alla spesa per farmaci ospedalieri, che negli anni scorsi ha avuto un *trend* di crescita significativo (superiore al 12 per cento medio annuo nel periodo 2006-2010), comunque notevolmente ridotto nell'ultimo biennio, nel quale è cifrabile a circa il 4 per cento. Si tratta infatti di un settore che risente dell'immissione in commercio di farmaci innovativi e quindi molto costosi (ad esempio i farmaci oncologici). Sulla base della legislazione vigente, fino all'anno 2012, il superamento del tetto di spesa previsto nel settore, al contrario di quanto previsto per la farmaceutica territoriale, non comportava conseguenze finanziarie negative a carico delle aziende produttrici. Dal 2013, viceversa, anche alla spesa farmaceutica ospedaliera si applica il meccanismo del *pay-back*, sebbene solo con riferimento al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto.

Al riguardo, nel corso dell'indagine conoscitiva gli *stakeholders* del settore farmaceutico hanno invece lamentato la depressione del settore che, a loro avviso, è dovuta principalmente alla compressione dei ricavi derivante dalla riduzione dei prezzi dei medicinali, alla particolare incidenza del peso di alcune voci di costo, quali la logistica, la burocrazia e i costi associati all'energia - maggiori in Italia rispetto alla media europea -, ai tempi di pagamento delle strutture pubbliche - in media attestati sui 250 giorni - nonché all'esistenza dei tetti di spesa farmaceutica, inaspriti a seguito delle recenti manovre finanziarie⁵³.

Sul costo dei farmaci incide in misura significativa la ricerca farmaceutica. E' stato infatti rilevato da più parti come il progressivo aumento dei costi della ricerca ne metta a rischio la stessa sostenibilità per il futuro. In proposito, è stato sottolineato⁵⁴ come solo una sostanza ogni 5-10 mila superi con successo i molti test necessari per essere approvata, solo 2 farmaci su 10 consentano di ammortizzare i costi di ricerca e sviluppo e come lo sviluppo di terapie personalizzate e di farmaci, come i biotecnologici, sempre più efficaci in risposta ad esigenze terapeutiche complesse, comporti costi sempre più ingenti.

Strettamente legato al tema della sostenibilità delle spese per la ricerca è quello della protezione brevettuale del farmaco. In questo ambito, l'AIFA ha la responsabilità di garantire che ogni farmaco immesso in commercio rispetti tutti i requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia, ma anche quella di gestire l'equilibrio della spesa farmaceutica pubblica. Nel corso dell'indagine conoscitiva sono emerse su questo tema due posizioni distinte, quella delle aziende *originator*, interessate alla tutela della proprietà intellettuale, e quella delle aziende produttrici di farmaci generici, interessate ad accedere al mercato immediatamente dopo la scadenza brevettuale.

In particolare, in materia di regolamentazione dell'immissione in commercio di farmaci generici a brevetto scaduto, le prime hanno evidenziato come la tutela brevettuale appaia basilare perché le industrie del farmaco possano continuare a sostenere gli elevati costi degli investimenti in ricerca e sviluppo, garantendo la certezza della durata della copertura brevettuale, posto che la mancanza di regole certe per l'immissione in commercio di farmaci generici a brevetto scaduto contribuirebbe ad allontanare gli investimenti in ricerca ed innovazione dal nostro Paese⁵⁵, le seconde, invece, hanno proposto l'ampliamento della cosiddetta "clausola Bolar", prevista dalla legislazione comunitaria e recepita in Italia nel Codice dei medicinali, che consente ai produttori di farmaci generici di realizzare lo sviluppo, i *test* ed i lavori sperimentali necessari per la registrazione di un farmaco generico durante il periodo di vigenza del brevetto del prodotto di riferimento; inoltre hanno proposto che i risparmi generati dalle scadenze brevettuali - ammontanti a quasi 4 miliardi di euro negli ultimi

⁵³ In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

⁵⁴ In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

⁵⁵ In proposito, si veda l'audizione di Assobiotec.

10 anni ma in progressivo aumento con le prossime scadenze brevettuali dei farmaci biologici - siano destinati al finanziamento dell'innovazione⁵⁶.

Infine, sulla questione dell'accesso ai farmaci innovativi, cioè quei farmaci che agiscono su patologie altamente diffuse e utilizzati prevalentemente nelle strutture ospedaliere, come i farmaci oncologici ed antivirali, sono state lamentate l'eccessiva lunghezza dei tempi di accesso all'innovazione, pari ad oltre due anni rispetto alla media europea, e le differenze regionali, derivate dalla esistenza di diversi proutuari regionali e territoriali⁵⁷, nonostante le norme recentemente introdotte dal decreto-legge n. 158 del 2012, il cui articolo 10, come modificato dal successivo decreto-legge n. 69 del 2013, ha cercato di risolvere il problema delle diverse politiche regionali di dispensazione dei farmaci innovativi stabilendo l'immediata disponibilità dei medicinali indipendentemente dal loro inserimento nei proutuari terapeutici ospedalieri nonché una corsia preferenziale di massimo 100 giorni nell'*iter* di classificazione e negoziazione⁵⁸.

2.3. La spesa per beni e servizi.

L'acquisto di beni e servizi è condizione essenziale, anche se non sufficiente, per svolgere processi diagnostici, terapeutici e riabilitativi che siano efficaci ed efficienti.

Gli acquisti per i beni vengono codificati in due aree: acquisto di beni sanitari ed acquisto di beni non sanitari. I primi, che rappresentano la parte più consistente, si riferiscono ad acquisti di prodotti farmaceutici, materiali diagnostici, prodotti chimici, materiali protesici, lastre RX, mezzi di contrasto RX, e molto altro ancora. I pagamenti effettuati per questi acquisti risultano pari a 11,3 miliardi di euro nel 2009 (9,41 per cento del totale pagamenti), 11,6 miliardi di euro nel 2010 (9,72 per cento del totale pagamenti) e 11 miliardi di euro nel 2011 (9,27 per cento del totale pagamenti). I pagamenti per acquisti di beni non sanitari (ascrivibili fra l'altro ad acquisti di prodotti alimentari, combustibili, carburanti, supporti informatici, cancelleria, pulizia) costituiscono una quota più modesta del totale della spesa: 1.213 milioni di euro nel 2009 (9,68 per cento del totale della spesa per acquisto di beni), 682 milioni di euro nel 2010 (5,56 per cento del totale della spesa per acquisto di beni) e 607 milioni di euro nel 2011 (5,19 per cento del totale della spesa per acquisto di beni).

⁵⁶ In proposito, si veda l'audizione di Assogenerici.

⁵⁷ In proposito, si veda l'audizione di Federfarma.

⁵⁸ Federfarma ha lamentato che il tempo di accesso a livello regionale, dopo l'approvazione nazionale, continua ad attestarsi intorno ai 300 giorni, con regioni che mettono a disposizione il farmaco nell'arco di un mese o due, regioni che lo mettono a disposizione anche dopo 700 giorni e regioni che non lo rendono mai disponibile. Sul medesimo tema è intervenuta anche Assobiotech, che ha sottolineato la particolare importanza delle regole di accesso dei farmaci innovativi all'interno dei proutuari terapeutici per attrarre investimenti nel settore farmaceutico, rilevando altresì il *gap* dell'Italia rispetto ad altri Paesi europei, per numero di farmaci innovativi con brevetto lanciati negli ultimi tre anni, differenza che avrebbe rilevanti ricadute economiche.

I pagamenti per acquisti di servizi costituiscono, in media, la parte più consistente dei pagamenti per spesa corrente (circa il 44 per cento del totale pagamenti correnti) e mostrano valori pari a 50,3 miliardi di euro nel 2009, 51 miliardi di euro nel 2010 e 50,8 miliardi di euro nel 2011. La tipologia di pagamenti viene ripartita nelle macro-voci “acquisto di servizi sanitari” ed “acquisto di servizi non sanitari”. I primi rappresentano la parte più considerevole dei pagamenti (oltre il 36 per cento del totale pagamenti correnti); gli acquisti per servizi non sanitari costituiscono una parte più esigua, seppur rilevante come massa di pagamenti, del totale spesa corrente (di poco superiore al 7 per cento).

La spesa annua per beni e servizi, al netto dei farmaci ospedalieri, è passata da un incremento medio annuo del 7,6 per cento nel periodo 2000-2006 a un incremento del 4,4 per cento nel periodo 2006-2010, ulteriormente ridotto al 2,8 per cento nel periodo 2010-2012 e con una prevista riduzione di spesa di circa 3 miliardi nel 2013 e 3,8 miliardi a decorrere dal 2014, a seguito di alcune misure introdotte nel 2011 e 2012, da ultimo con la legge di stabilità 2013.

Nel corso della scorsa Legislatura si è cercato di favorire i processi di acquisto rispondenti al criterio dell'offerta economicamente più conveniente attraverso la determinazione dei prezzi di riferimento: passaggio fondamentale non solo per la realizzazione della *spending review* sanitaria, ma anche per il disegno federalista tracciato dal decreto legislativo n. 68 del 2011, di cui si dirà in seguito.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è emerso che, ai fini del contenimento della spesa, la spesa per beni e servizi potrebbe essere opportunamente distinta in tre categorie: la spesa comune, ossia fotocopiatrici, penne, carta e detersivi, identica per tutte le pubbliche amministrazioni; una quota di spesa comune specifica relativa, per esempio, alla manutenzione degli edifici ospedalieri o ambulanze; infine, una spesa specifica destinata a farmaci, presidi, beni economici, siringhe e così via. Per quest'ultima categoria, ad esclusione dei farmaci, è stato evidenziato che più ci si allontana dall'utilizzatore, più si rischia di acquistare in maniera impropria. Pertanto, maggiore è la specificità dell'approvvigionamento e minore dovrebbe essere la distanza tra livello di acquisizione e fruitore finale del bene o del servizio. Allo stesso tempo maggiore è la standardizzazione (ad esempio fotocopiatrici) e maggiore è la quantità richiesta e tanto maggiore potrebbe essere la distanza tra livello di acquisizione e fruitore finale. Per tali ragioni, anche in presenza di interventi di *spending review*, o di costi standard, si rende comunque necessario intervenire contestualmente sull'organizzazione, per rendere più efficaci le predette misure di riduzione della spesa⁵⁹.

3. Il finanziamento del Welfare sanitario italiano.

⁵⁹ Si veda l'audizione del prof. Croce (CREMS).

Il sistema della *governance* del sistema sanitario è articolato su una precisa differenziazione dei ruoli tra Stato e regioni, secondo cui lo Stato definisce i livelli essenziali di assistenza e garantisce le risorse finanziarie necessarie, in condizioni di efficienza ed appropriatezza, alla loro erogazione compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, e le regioni organizzano i rispettivi servizi sanitari e garantiscono l'erogazione delle prestazioni.

La sede di definizione di tale *governance* è stata individuata dalle Intese Stato-Regioni-Province autonome, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione. Di conseguenza, sulla base di intese in Conferenza Stato-Regioni, è definito annualmente, tenuto conto degli obiettivi di finanza pubblica, il livello di finanziamento del SSN cui contribuisce in via ordinaria lo Stato. L'ammontare di risorse così definito è diretto a garantire l'integrale copertura delle prestazioni che ricadono nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Eventuali spese superiori al finanziamento concordato, conseguenti alle scelte di alcune regioni di erogare livelli di prestazioni superiori ai LEA (e quindi "programmate" in sede di predisposizione dei bilanci regionali) o a una dinamica dei costi non congruente con quella sottesa alla quantificazione del fabbisogno, sono coperti a carico delle singole regioni.

Ciò in base al principio della responsabilità finanziaria delle regioni nella gestione della sanità, sancito a partire dagli Accordi del 2001 e del 2005 e ribadito dai successivi Patti della Salute del settembre 2006 (valido per il triennio 2007-2009) e del dicembre 2009 (relativo al periodo 2010-2012), il cui contenuto è stato recepito dalle leggi finanziarie. La copertura del livello di finanziamento definito in sede di Intesa è assicurata dalle entrate proprie delle ASL e delle aziende ospedaliere, dal gettito IRAP e dell'addizionale regionale IRPEF e, a copertura integrale del fabbisogno riconosciuto, dall'erogazione di cassa da parte dello Stato delle compartecipazioni all'IVA e all'accisa sulla benzina. In aggiunta a tali risorse, vanno considerati i tributi delle regioni a statuto speciale destinati alla sanità, e la quota del FSN a destinazione vincolata.

Il livello di finanziamento del SSN cui concorre lo Stato relativo agli esercizi 2008-2012 è riportato nella tabella che segue:

	2008	2009	2010	2011	2012
Livello di finanziamento cui concorre lo Stato (<i>milioni di euro</i>)	100.609	103.461	105.566	106.800	107.961

Alle suddette risorse, computate ai fini della copertura del cosiddetto fabbisogno indistinto, si aggiungono i fondi vincolati da norme speciali al finanziamento di spese sanitarie di competenza regionale inerenti l'esecuzione di particolari attività (ivi compresa la sanità penitenziaria) e il raggiungimento di specifici obiettivi, nonché i fondi vincolati destinati al finanziamento di alcuni Enti del SSN (Enti finanziati con FSN: Croce Rossa Italiana, Cassa DD

PP, Università (borse di studio per specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali). Risorse pubbliche aggiuntive vengono infine destinate, sulla base di apposite disposizioni legislative, al finanziamento degli investimenti in campo sanitario.

Una volta definito il livello di risorse del SSN, esso è ripartito con indicazione separata del fabbisogno indistinto, relativo al finanziamento dei LEA, e delle quote vincolate a destinazioni specifiche (riguardanti, rispettivamente, le regioni e gli altri enti del SSN). Il fabbisogno indistinto è ripartito 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 avrebbero dovuto essere 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.

Le crescenti esigenze di verifica della correttezza della gestione delle risorse sanitarie, in rapporto all'obbligo di fornire le prestazioni ritenute essenziali, hanno condotto allo sviluppo di metodologie di controllo, basate sia sull'utilizzo di indicatori economici sia su parametri di riferimento, per grandi aggregati di spesa, che permettono di accertare il grado di scostamento di una singola regione da un valore predeterminato. Sulla verifica delle modalità e dei costi dell'erogazione delle prestazioni si impenna l'avvio del federalismo sanitario, con l'indicazione delle regioni benchmark, cioè delle regioni di riferimento in equilibrio economico che garantiscono l'erogazione dei L.E.A. in condizione di appropriatezza ed efficienza.

Il decreto legislativo n. 68 del 2011 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 della spesa sanitaria basato sui valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento.

Le maggiori novità sono introdotte dall'articolo 27, che vincola la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali all'individuazione delle regioni di riferimento. A tal fine, il Ministro della salute individua cinque regioni da sottoporre per la scelta definitiva alla Conferenza Stato-Regioni. Fra le cinque Regioni, la Conferenza ne seleziona tre, tra cui obbligatoriamente la prima delle cinque, che divengono le regioni di riferimento per il calcolo dei costi standard.

Con la delibera del Consiglio dei ministri 11 dicembre 2012 sono stati definiti i criteri attraverso cui individuare le 5 Regioni eleggibili per definire costi e fabbisogni standard nel settore sanitario. Sulla base dei citati criteri, nel luglio 2013 il Ministero della salute ha selezionato cinque regioni: Umbria, Emilia-Romagna, Marche, Lombardia e Veneto. Tra le cinque regioni, la Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 5 dicembre 2013, ha individuato le regioni Umbria, Emilia-Romagna e Veneto quali regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard del settore sanitario. A seguito dell'individuazione delle regioni di riferimento, il Ministero della salute ha predisposto la proposta di riparto delle disponibilità finanziarie del SSN per il 2013. In sede di determinazione, sono state distinte la

quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni. Il livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2013 è stato così determinato in 107.004,50 milioni di euro. Per altro, negli ultimi anni, alla riduzione delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale si è sommata la riduzione di quelle per le politiche socio-assistenziali e per le non autosufficienze. Tutto ciò ha fatto emergere la piena consapevolezza che il Servizio sanitario nazionale non può sopportare ulteriori definanziamenti, pena l'impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie. Pertanto, eventuali risorse recuperate attraverso misure di razionalizzazione della spesa dovranno essere destinate al miglioramento dei servizi sanitari.

In questo contesto, nel corso dell'indagine conoscitiva, la Conferenza delle regioni e delle province autonome ha lamentato, sia a causa delle misure di contenimento della spesa di cui si dirà tra breve, sia a causa della riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, una contrazione delle risorse destinate dallo Stato alle regioni pari a circa 31 miliardi e 553 milioni di euro nel periodo 2011-2015.

3.1. I piani di rientro.

Con la legge finanziaria 2005 e con la successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati introdotti una serie di adempimenti per le Regioni con un bilancio sanitario *in deficit*. Con riferimento alla complessa strumentazione normativa implementata si evidenziano, in via sintetica:

- il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo, in coerenza con il principio della responsabilizzazione regionale nel rispetto degli equilibri di bilancio;
- il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- l'obbligo dell'Accordo fra le Regioni con elevati disavanzi strutturali e lo Stato, contenente un Piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

I Piani di rientro sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate e, sulla base della ricognizione regionale delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, individuano e affrontano selettivamente le diverse problematiche emerse nella regione stessa. Essi sono parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle regioni.

Per le regioni con elevati disavanzi sanitari, la legge finanziaria per il 2010, come previsto dal Patto per la salute 2010-2012, ha stabilito nuove regole per i Piani di rientro e per il commissariamento delle regioni⁶⁰. Attualmente sono ancora 8 le Regioni in Piano di rientro (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia), mentre sono 2 (Liguria e Sardegna) quelle che hanno superato le verifiche e avuto accesso alle risorse correlate all'attuazione degli adempimenti previsti dal Piano di rientro. Le regioni "commissariate" sono 5 (Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria, Molise).

Le crescenti esigenze di verifica della correttezza della gestione delle risorse sanitarie, in rapporto all'obbligo di fornire le prestazioni ritenute essenziali, hanno condotto allo sviluppo di metodologie di controllo, basate sia sull'utilizzo di indicatori economici sia su parametri di riferimento, che permettono di accertare il grado di scostamento di una singola regione da un valore predeterminato. Sulla verifica delle modalità e dei costi dell'erogazione delle prestazioni si impernia l'avvio del federalismo sanitario, con l'indicazione delle regioni *benchmark*, cioè delle regioni di riferimento in equilibrio economico che garantiscono l'erogazione dei L.E.A. in condizione di appropriatezza ed efficienza.

Com'è naturale, quella dei piani di rientro è stata una questione più volte emersa nel corso dell'indagine, attesa la numerosità degli enti interessati, tale da far ritenere che sussista una "questione piani di rientro", come possibile punto di crisi in cui verificare la sostenibilità finanziaria del sistema, vale a dire la coerenza tra l'osservanza da parte di ciascuna regione dei parametri contabili posti a presidio del sistema e il mantenimento dei livelli delle prestazioni richieste dalla natura universalistica del sistema sanitario nazionale.

In via generale i piani di rientro rappresentano 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. Il tutto attraverso un percorso di regolamentazione che prevede prima il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali, in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo, poi il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie, ed infine l'obbligo dell'accordo fra le regioni con elevati disavanzi strutturali e lo Stato, contenente, per l'appunto, un piano di rientro per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

I singoli piani di rientro individuano e affrontano selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi, configurandosi – secondo la valutazione espressa in audizione dalla Ragioneria Generale dello Stato – come veri e propri

⁶⁰ Oltre a ridurre al 5 per cento il livello di squilibrio economico, in precedenza fissato al 7 per cento, per la presentazione del Piano di rientro regionale, viene modificata la procedura per la predisposizione e l'approvazione del Piano, nonché il procedimento di diffida della regione e della nomina di commissari *ad acta*.

programmi di ristrutturazione industriale che incidono sui fattori di spesa sfuggita al controllo delle regioni. In tal senso il Ministro dell'economia e delle finanze ha segnalato come dall'evidenza empirica disponibile sia emersa una correlazione positiva tra la presenza di disavanzi di gestione e il peggioramento della qualità dei servizi forniti. Tale correlazione sembra parzialmente attenuata a seguito dei piani di rientro, atteso che nelle regioni coinvolte dagli stessi si è osservato non solo una riduzione del disavanzo, ma anche un miglioramento nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, seppure in misura e tempi non uniformi.

Il risultato finanziario va però valutato 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.

Tale risultato va altresì considerato rispetto all'effettività della garanzia dei livelli di assistenza. Su tale aspetto si è diffusamente soffermata la Conferenza delle regioni, che lamenta nel diffondersi dei piani di rientro una progressiva perdita di progettualità, con un risanamento che è risultato prevalentemente economico ed è derivato dall'inasprimento fiscale e dei *ticket*, senza incidere contestualmente sul miglioramento dei livelli delle prestazioni, non risolvendo i nodi strutturali ancora esistenti.

E' stata pertanto segnalata la necessità di legare le procedure di verifica degli obiettivi delle regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale e di offrire percorsi certi ai procedimenti di validazione degli atti regionali; inoltre, il perdurare del blocco del *turn-over*, solo recentemente parzialmente superato dalla legge n. 189 del 2012, e la necessità di assicurare comunque i livelli di assistenza, rende indifferibile una diversa regolazione delle politiche di reclutamento del personale dei servizi sanitari delle regioni in piano di rientro; da ultimo, è stata evidenziata la necessità di rafforzare il ruolo ed i poteri delle gestioni commissariali (procedendo alle nomine con DPCM, ad esempio), anche per una miglior difesa giudiziaria dei relativi provvedimenti.

Inoltre, la rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal DPCM 29 novembre 2001 sui L.E.A. dopo più di 10 anni dalla loro entrata in vigore dovrebbe rappresentare un altro argomento importante di discussione così come l'assenza dei Liveas (livelli essenziali di assistenza socio assistenziale) rappresenta 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 sociale⁶¹. 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

⁶¹ Si veda l'audizione della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

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. Parte importante è anche la definizione di un quadro di riferimento normativo sui LEA sociosanitari. A tal proposito, l'articolo 46 della legge finanziaria 2003 ha infatti previsto l'adozione, con apposito DPCM, previa intesa della Conferenza unificata, dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, in una logica di separazione degli ambiti sociale e sanitario. Successivamente, nel periodo 2002-2005 è stata costituita una specifica Commissione tecnica in seno alla Conferenza Unificata che, tuttavia, non ha mai concluso i suoi lavori⁶².

Ma se da un lato non appare ragionevole pensare ad un reperimento di ulteriori risorse da destinare al finanziamento del Servizio, d'altro lato non sembra nemmeno possibile tagliare ancora risorse al settore della sanità, né è più pensabile ricorrere ulteriormente alla logica del taglio lineare, poiché essa ha obbligato il sistema e le regioni ad intervenire indistintamente su alcuni settori che non necessariamente rappresentano punti di debolezza o fattori di spreco. I tagli lineari non possono essere il rimedio per tutte le necessità né la giusta medicina per affrontare il tema degli sprechi; le risorse necessarie devono invece essere reperite tenendo conto delle differenti capacità organizzative, culturali, nonché degli sforzi e dei successi già ottenuti negli anni dalle singole realtà regionali.

In sostanza, è necessario un cambiamento di metodo, impostando il tema del contenimento della spesa non in termini di tagli (riduzione del livello e del volume dei servizi) ma in termini di razionalizzazione della spesa, vale a dire spendere meno con gli stessi fattori produttivi, prevedendo misure premiali non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a piani di rientro che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini.

4. La nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni.

Anche in Italia, come anche negli altri paesi europei, si pone la questione della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, che dipende sia dall'andamento della spesa sia dalla capacità del Paese di generare le risorse necessarie per farvi fronte, attraverso un prelievo fiscale percepito come sostenibile dalla collettività. Un tema di carattere generale che è stato posto da molti dei soggetti auditi pertanto attiene ai numerosi fattori, alcuni presumibilmente di carattere transitorio ed altri invece non transitori, che incidono sulla sostenibilità finanziaria del sistema sanitario.

⁶² Il punto su cui la Commissione si incagliò definitivamente fu la questione del finanziamento dei livelli essenziali, dovendosi necessariamente prevedere, a fianco di una funzione e di un ruolo per la realizzazione di un servizio sociale nazionale, anche uno specifico finanziamento aggiuntivo da parte dello Stato oltre alle risorse definite nel Fondo Nazionale Politiche Sociali. Successivamente, la legge finanziaria 2007 ha istituito il Fondo per le non autosufficienze per la copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria. Lo stanziamento del fondo, dal 2010, è andato considerevolmente decrescendo.

I primi sono individuabili nella recessione economica, che limita le risorse disponibili per il SSN: il finanziamento del sistema è in parte rilevante legato al ciclo economico, in quanto basato significativamente sulla raccolta fiscale: ne deriva una riduzione delle risorse in presenza di una congiuntura negativa, quale quella che, ormai quasi senza interruzione dal 2008 fino ad oggi, ha caratterizzato il nostro Paese, con riflessi negativi sul gettito Irap, sulla compartecipazione Iva e sulle addizionali Irpef.

I fattori invece non transitori sono costituiti innanzitutto dall'invecchiamento della popolazione, già sopra ricordato, a fronte del quale si è in presenza, al momento, di una crescente delega assistenziale da parte dello Stato nei confronti delle famiglie, che tuttavia – anche per l'evoluzione demografica – nel futuro saranno sempre meno in grado di sostenerla. In secondo luogo vanno considerati i cambiamenti epidemiologici (epidemia della cronicità), gli stili di vita legati all'obesità e la dinamica del progresso scientifico, dato che il tasso di crescita dell'innovazione supera di molto il tasso di crescita economica, ossia l'incremento delle risorse disponibili per utilizzare l'innovazione. Infine, bisogna considerare la crescita delle aspettative dei cittadini, con conseguente aumento della domanda di prestazione sanitaria e “non accettazione” dello stato di malattia.

Benché il primo dei due aspetti suddetti - vale a dire quello legato alla recessione - sia contrassegnabile da un carattere transitorio, al momento entrambi i fattori producono dinamiche - minor disponibilità di risorse da un lato e richiesta di maggiore spesa dall'altro - che incidono negativamente sulla sostenibilità finanziaria del sistema. In presenza di tali dinamiche, gli interventi di riduzione/stabilizzazione della spesa, se non accompagnati da misure di maggior efficienza nell'utilizzo delle risorse, divengono forme di razionamento implicito nella soddisfazione dei bisogni sanitari.

In un sistema regionalizzato come il nostro, inoltre, il razionamento aumenta le differenziazioni territoriali, anche per le diverse capacità fiscali tra regioni. Infatti, ci troviamo di fronte a servizi regionali sanitari profondamente diversi sia per gli assetti istituzionali ed organizzativi che per le politiche sanitarie prevalenti, con differenze molto marcate in riferimento alla geografia delle aziende pubbliche, al ruolo del settore privato, alla concentrazione o diffusione delle attività di ricerca e didattica, agli equilibri di potere tra centro e periferia, alla tipologia e alla stabilità del *management*, alle configurazioni dei processi di acquisto e di investimento infrastrutturale e all'evoluzione dei servizi territoriali e socio-sanitari.

In questo quadro negli ultimi anni sono state adottate a livello nazionale politiche di razionalizzazione della spesa, tendenti ad assicurare una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse, sia mediante l'eliminazione di sprechi grazie alla cosiddetta *spending review* attuata principalmente con il decreto-legge n. 95 del 2012, sia mediante la regolazione della domanda di prestazioni sanitarie, attraverso la compartecipazione alla spesa (*ticket*).

4.1. La spending review.

Una delle questioni più dibattute nel corso dell'indagine conoscitiva riguarda l'andamento della spesa sanitaria pubblica registrato a seguito delle misure di contenimento adottate con i recenti provvedimenti normativi in materia di "spending review". In proposito, è emerso che tra le spese complessive del sistema sanitario italiano, oltre alla spesa per il personale di cui si è detto in precedenza - che dopo essere giunta, nel 2011, a circa il 32 per cento del totale, è ora in diminuzione per effetto della mancata sostituzione del personale in quiescenza derivante da blocco del *turn over*⁶³, - quelle maggiormente interessate dai predetti provvedimenti sono le spese relative all'acquisto di beni e servizi, alla farmaceutica e all'assistenza ospedaliera

4.1.1. I beni e i servizi, economie di scala e tutela dell'innovazione

La spesa per l'acquisto di beni e servizi, cui si è fatto cenno in precedenza, è passata dal 29,4 per cento nel 2008 al 30,4 per cento nel 2011, anche grazie alle disposizioni adottate in materia di *spending review*. Al riguardo, si ricorda che l'articolo 17 del decreto-legge n 98 del 2011, ha incaricato l'AGENAS di stilare un elenco dei prezzi di riferimento dei dispositivi medici, dei farmaci per uso ospedaliero e dei servizi sanitari e non sanitari tra quelli di maggiore impatto sulla spesa sanitaria complessiva. L'Osservatorio dei contratti pubblici fornisce alle Regioni un'elaborazione dei prezzi standard di riferimento - sulla base dei prezzi effettivamente praticati e rilevati - alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Sistema sanitario nazionale.

Vanno poi ricordate le ulteriori misure contenute nel decreto-legge n. 95 del 2012, a partire dal taglio del 5 per cento degli oneri dei contratti di fornitura di beni e servizi sanitari già in essere, alla rideterminazione del tetto di spesa per i dispositivi medici - fissato al 4,9 per cento nel 2013 e al 4,8 per cento a partire dal 2014 - nonché alla fissazione del tetto per la spesa farmaceutica territoriale per il 2012 al 13,1 per cento e dal 2013 all'11,35 per cento e di quello della farmaceutica ospedaliera al 3,5 per cento. E' stata prevista inoltre la possibilità di sperimentare nuovi modelli di assistenza per contenere la spesa, anche attraverso sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.

La legge di stabilità 2013 (legge n. 228 del 2012) ha inasprito la misura della riduzione portandola al 10 per cento, ma ha contestualmente introdotto la possibilità, per le regioni e le province autonome, di adottare misure alternative alla riduzione del 10 per cento degli appalti, purché sia assicurato l'equilibrio del bilancio sanitario regionale. Inoltre, gli stessi enti del SSN,

⁶³ Si veda l'audizione del Cergas.

o per loro le regioni e le province autonome, sono tenuti ad avvalersi degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o, eventualmente, dalle Centrali di committenza regionali di riferimento .

In attesa della completa standardizzazione dei prezzi, le Aziende sanitarie sono inoltre tenute a rinegoziare i contratti per gli acquisti di beni e servizi qualora i prezzi unitari di fornitura presentino differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento. Se non c'è accordo le Asl possono recedere dal contratto senza alcun onere a loro carico. Per gli acquisti scatta poi l'obbligo per le Regioni che non sono provviste di centrali di acquisto locali, di utilizzare gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici della Consip.

Il decreto-legge n. 95 del 2012, inoltre, ha rideterminato dal 2013 il tetto per l'acquisto di dispositivi al 4,9 per cento del fabbisogno sanitario nazionale e a decorrere dal 2014 al valore del 4,8 per cento. Inoltre, per precisare il processo di determinazione annuale dei costi standardizzati, il decreto del Ministero della salute dell'11 gennaio 2013 ha determinato i criteri utili a fissare i parametri di qualità, di standard tecnologico di sicurezza e di efficacia dei dispositivi medici in base ai quali l'AGENAS provvederà ad individuare i dispositivi medici sui quali applicare la standardizzazione dei prezzi di riferimento.

Più in generale, per effetto della *spending review*, la spesa complessiva per beni e servizi delle pubbliche amministrazioni, dopo un decennio di costante crescita⁶⁴ ha fatto segnare nel 2012, come risulta dai dati Istat del giugno 2013, una contrazione rispetto all'anno precedente (-2,6 per cento), attestandosi a 132 miliardi di euro. Tuttavia, è stato evidenziato come non tutte le spese, sia pure per approvvigionamento di beni e servizi, possono essere oggetto di razionalizzazione attraverso l'efficiente gestione degli acquisti, operata da CONSIP. Infatti sui 132 miliardi di euro di spesa complessiva per beni e servizi della pubblica amministrazione la Centrale Acquisti è in grado di incidere in una misura pari a circa il 35-40 per cento (ovvero 40 miliardi di euro).

In merito agli effetti della *spending review* sulla spesa per beni e servizi, nel corso dell'indagine conoscitiva sono state rilevate diverse criticità. In particolare sono stati forniti dati che evidenziano per le aziende sanitarie una realtà di contenimento della spesa ben lontana da quella auspicata dal legislatore⁶⁵. Infatti, su 45 aziende investigate, è risultato che esse hanno conseguito, sulle voci di costo per appalti e forniture di beni e servizi per l'anno 2012, mediamente uno sconto del 2 per cento⁶⁶. Per altro, anche la proiezione 2013 segue questo *trend* negativo, prevedendosi una percentuale media ponderata di sconto dei costi del 2,6 per cento.

⁶⁴ Dal 2000 al 2012 si è registrato un incremento della spesa del 53,3 per cento.

⁶⁵ Si veda l'audizione della Fiaso.

⁶⁶ Si tratta di dati aggiornati al 5/11/2012.

Dalle elaborazioni ottenute è possibile constatare che sono le regioni interessate dai piani di rientro ad aver conseguito i migliori risultati in termini di risparmio sulla spesa (con una quota del 2,6 per cento per l'anno 2012 ed una stima del 4,6 per cento per il 2013). Mentre le cosiddette regioni "virtuose" sono riuscite a conseguire un valore notevolmente inferiore, dell'1,8 per cento per il 2012 e del solo 1,9 per cento per il 2013. Ciò a riprova di quanto minimo sia il margine di correzione delle inefficienze in alcune realtà sanitarie senza che questo si traduca in una contrazione dei servizi offerti ai cittadini e della stessa qualità assistenziale. E' un segnale inequivocabile che i tagli lineari finiscono per penalizzare chi è stato fino ad oggi più efficiente e non è quindi nella condizione di ottenere altre riduzioni di prezzo da contratti già favorevoli.

La combinazione dei valori di sconto ottenuti attraverso la riduzione dei costi per la fornitura di beni e servizi, ora esaminata, e di quelli attribuibili alla rinegoziazione dei prezzi di riferimento, ovvero all'altro strumento di contenimento della spesa previsto dal decreto-legge n. 95 del 2012, fa registrare una media del 2,2 per cento di sconto complessivo per l'anno 2012.

Di fronte alle criticità evidenziate, nel corso dell'indagine conoscitiva sono state presentate una serie di proposte tecniche per una *spending review* sostenibile, quali l'adozione di un sistema di prezzi di riferimento più congruo per beni e servizi, posto che l'attuale criterio basato sul prezzo più basso rischierebbe di sacrificare la qualità alla logica del risparmio, nonché la costituzione di una agenzia sui dispositivi medici, in grado di definire la congruità dei prezzi in rapporto alla innovatività, così come avviene già nel comparto farmaceutico con l'AIFA⁶⁷.

4.1.2. La cronicità e i nuovi rapporti tra Ospedale e Territorio.

Negli ultimi anni le politiche nazionali e regionali hanno ridotto l'offerta ospedaliera con un contemporaneo ricorso al ricovero diurno a scapito del ricovero in regime ordinario. Secondo dati Istat l'ospedalizzazione rimane di grande rilevanza nel trattamento delle patologie gravi, soprattutto i tumori e le malattie del sistema circolatorio: patologie con un alto tasso di mortalità, per cui è più frequente il ricorso all'ospedale. Si è assistito quindi ad una riduzione dei ricoveri in regime ordinario (con pernottamento) con il sempre più frequente ricorso a contesti assistenziali quali i *Day hospital*.

Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha previsto un'ulteriore riduzione dello standard di posti letto, che a regime dovrebbero passare dagli attuali 4 per mille abitanti ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e

⁶⁷ Si veda l'audizione della Fiaso.

la lungodegenza post acuzie. Contestualmente il tasso di ospedalizzazione dovrà passare dall'attuale valore di 180 per mille abitanti al valore di 160 per mille abitanti, di cui il 25 per cento riferito ai ricoveri diurni (*Day Hospital*). Il decreto legge n. 95 del 2012 ha inoltre stabilito che la riduzione dei posti letto sia posta a carico delle strutture pubbliche per una quota non inferiore al 50 per cento, conseguita esclusivamente attraverso la riduzione di unità operative complesse. Come rilevato dall'Istat - che fornisce interessanti dati regionali e comparati -, nei prossimi due anni si assisterà quindi a una riduzione di circa 20 mila posti letto, conseguita esclusivamente attraverso la chiusura di unità operative complesse, che interesserà le strutture del SSN per circa 7 mila posti letto (ossia un taglio di almeno il 40 per cento nel servizio pubblico)⁶⁸.

Inoltre, per le medesime finalità di razionalizzazione della spesa sanitaria, il decreto-legge n. 95 del 2012 è intervenuto sull'accreditamento, diminuendone il livello di spesa e prevedendo la ridefinizione delle tariffe massime per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, fornite dalle strutture accreditate al SSN. In attuazione della misura, il decreto 18 ottobre 2012 del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ha rideterminato la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, dell'assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

4.1.3. Criticità e opportunità nelle politiche del farmaco.

Il settore farmaceutico è stato oggetto di molteplici interventi regolatori mirati alla *governance* e al contenimento della spesa farmaceutica a carico del SSN, nelle due componenti dedicate, rispettivamente, alla spesa farmaceutica territoriale e alla spesa farmaceutica ospedaliera.

Il decreto n. 78 del 2010 ha inteso fornire gli strumenti necessari per una corretta programmazione e razionalizzazione della spesa farmaceutica. Gli interventi proposti a tal fine prevedono, fra l'altro, l'avvio di un confronto tecnico tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, l'Agenzia nazionale del Farmaco (AIFA) e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, per la revisione dei criteri di remunerazione della spesa farmaceutica.

⁶⁸ Affinché la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera possa coniugarsi con l'erogazione uniforme dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), il decreto-legge n. 95 del 2012 aveva previsto, entro il 31 ottobre 2012, l'adozione di un regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in base ai quali, entro il 31 dicembre 2012, le regioni e le province autonome avrebbero dovuto adottare i provvedimenti di riduzione tenendo anche conto della mobilità interregionale. Il citato regolamento, tuttavia, non è stato ancora emanato.

In particolare, i criteri indicati prevedono un maggiore controllo delle forme di distribuzione dei farmaci e un diverso sistema di retribuzione delle farmacie, non più basato sul prezzo di riferimento del farmaco bensì sulla prestazione offerta; la predisposizione, da parte dell'AIFA, di tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la conseguente definizione delle migliori soglie di appropriatezza relative alla prescrizione dei farmaci generici da parte dei medici del SSN. La norma intende monitorare la spesa farmaceutica territoriale al fine di individuare la quota ottimale dei farmaci equivalenti prescritti a prezzo minore per categoria terapeutica equivalente, ovvero uguale composizione in principi attivi.

Si prevede inoltre la fissazione di linee guida per incrementare l'efficienza delle aziende sanitarie nelle attività di immagazzinamento e distribuzione interna dei medicinali acquistati direttamente, nonché la rideterminazione delle percentuali di ricavo dovute dal SSN (quote di spettanza) ai grossisti e ai farmacisti sul prezzo di vendita al pubblico dei farmaci di classe A, interamente rimborsati dal SSN⁶⁹.

Il successivo decreto-legge n. 95 del 2012 ha rideterminato, in diminuzione, il tetto per la spesa farmaceutica territoriale, sia a livello nazionale che in ogni regione, portandolo, per il 2012, al 13,1 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente il fondo sanitario nazionale.

Il decreto-legge n. 95 del 2012 ha rimodulato anche la spesa farmaceutica ospedaliera, precisandone la definizione e i suoi componenti e ha incrementato dal 2013, sia a livello nazionale che in ogni regione, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera da 2,4 a 3,5 punti percentuali del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il SSN. Inoltre, sempre dal 2013, il ripiano dello sfondamento del tetto della spesa ospedaliera è a carico delle aziende farmaceutiche per una quota pari al 50 per cento del valore eccedente a livello nazionale; il restante 50 per cento è a carico delle sole regioni nelle quali si sia superato il limite, in proporzione ai rispettivi valori eccedenti.

Come rilevato dalla Corte dei conti nel Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica, la spesa per la farmaceutica territoriale è risultata, nel 2012, ben al di sotto del tetto previsto: 13,1 miliardi contro i 14 miliardi da considerare quale limite per l'intero esercizio. Hanno superato il tetto 5 regioni: la Sardegna, la Sicilia, il Lazio, la Campania e la Puglia.

La Corte dei conti ha rilevato altresì che la farmaceutica ospedaliera continua a presentare andamenti che continuano a sfiorare in tutte le regioni i tetti assegnati. Rispetto al

⁶⁹ Tale rideterminazione abbassa la quota dei grossisti al 3 per cento (precedentemente al 6,65 per cento) portando quella dei farmacisti al 30,35 per cento (precedentemente al 26,7 per cento). Per i farmacisti la quota di spettanza del 30,35 per cento deve intendersi come quota minima a questi spettante.

valore obiettivo di 2,6 miliardi (corrispondente al 2,4 per cento del finanziamento del 2012), la spesa ha raggiunto i 4,2 miliardi pari al 4 per cento del finanziamento del SSN. Superiori di due punti al limite previsto: la Puglia, la Toscana, il Piemonte, il Friuli, la Sardegna e l'Umbria. Inoltre, rimangono ancora difficoltà nel settore dei generici, nonostante le misure legislative che nel corso della XVI Legislatura ne hanno incoraggiato la prescrizione.

4.2. La compartecipazione al finanziamento del sistema.

In linea generale, ai *ticket* sulle prestazioni sanitarie è assegnato il duplice compito di regolazione della domanda e di finanziamento della spesa sanitaria.

La vigente legislazione nazionale⁷⁰ prevede per le prestazioni di assistenza specialistica l'applicazione di un *ticket* pari al valore della prestazione fino ad un massimo di 36,15 euro, con ampie categorie di esenzione, per patologie e per reddito, tanto che circa il 70 per cento delle prestazioni viene fruita da assistiti esenti^{71, 72}.

Per l'assistenza farmaceutica l'eventuale applicazione di un *ticket* è demandata alle regioni. La maggior parte delle regioni ha disposto l'applicazione del *ticket*, generalmente di importo pari a 2 euro per ogni farmaco a carico del SSN, prevedendo al contempo ampie categorie di cittadini esenti.

Il gettito complessivo dei predetti *ticket* è pari a circa 2,9 miliardi di euro annui: circa 2,3 per la specialistica e circa 0,6 per l'assistenza farmaceutica⁷³. 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 atteso⁷⁴. 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

⁷⁰ Si veda al riguardo la legge n. 537 del 1993 e la legge n. 296 del 2006.

⁷¹ Audizione dell'Ispettore capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria Generale dello Stato, Francesco Massicci, presso le commissioni riunite V e XII della Camera dei deputati il 2 ottobre 2013.

⁷² E' previsto altresì un *ticket* in quota fissa, aggiuntivo rispetto al precedente, pari a 10 euro per ricetta. Con riferimento a tale quota fissa, si dispone che le regioni possano adottare misure alternative, purché di gettito equivalente. Sono inoltre assoggettate a *ticket* le prestazioni in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero, codificate con codice bianco, ad eccezione di quelle richieste a seguito di traumi ed avvelenamenti acuti, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera p), secondo periodo, della legge n. 296 del 2006. Gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro.

⁷³ La Consulta, con la sentenza n. 187/2012, è di recente intervenuta in materia di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, censurando una norma introdotta dal decreto-legge n. 98 del 2011 che disponeva misure di compartecipazione - da disporsi con regolamento governativo - sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal SSN. La Consulta ha ritenuto non applicabile la norma per la non prevista partecipazione delle regioni al processo di determinazione delle nuove misure di compartecipazione, sottolineando che queste attengono sia ai livelli essenziali delle prestazioni, la cui determinazione è riservata alla potestà legislativa esclusiva statale, sia al coordinamento della finanza pubblica e alla tutela della salute, oggetto della potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni. La norma avrebbe comportato un ulteriore gettito annuo pari a 2.000 milioni di euro dal 2014.

⁷⁴ Si veda l'audizione di Agenas che ha citato i risultati di un suo recente studio.

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 gratuite⁷⁵ o con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica. 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 riscosse⁷⁶.

In altra ottica, è stato sottolineato come la compartecipazione alla spesa vada utilizzata come strumento di governo della domanda – il *ticket modérateur* – e pertanto non dovrebbero essere previsti *ticket* superiori al costo delle prestazioni, come invece accade in alcune regioni che non hanno un sistema di contabilità dei costi o non hanno adeguato opportunamente le tariffe⁷⁷.

E' stato evidenziato che il pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa è finalizzato a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni e ad evitare l'uso inappropriato dei diversi regimi di erogazione dei servizi e delle prestazioni. In questo quadro, è stato tuttavia rilevato come la compartecipazione ai costi della prestazione nel sistema sanitario possa presentare tratti iniqui e di incostituzionalità, con particolare riguardo all'articolo 53 della Costituzione, secondo il quale ciascun cittadino è tenuto a concorrere alle spese pubbliche in ragione della propria capacità contributiva. E' stato inoltre sottolineato come la compartecipazione alla spesa renda poi necessarie misure di esenzione per censo, per invalidità e per patologie, al fine di contenere le iniquità. Ciò comporta per le aziende sanitarie la creazione di un sistema, oneroso e particolarmente complesso, di certificazioni per esenzioni in base a patologie, che devono essere periodicamente riviste, e di autocertificazioni per esenzione in base al reddito o ad altre condizioni sociali, quali le invalidità, sulle quali le aziende pubbliche devono esercitare i debiti controlli⁷⁸.

Per quanto riguarda il nostro Paese, il *co-payment* sembra essere stato utilizzato in alcuni casi dalle regioni e dalle aziende sanitarie più come strumento di finanziamento che di

⁷⁵ Ad esempio, nell'ipotesi di una franchigia fino al 3 per mille del reddito lordo annuo, un pensionato con 10 mila euro di reddito lordo avrà una franchigia pari al 3 per mille, dunque 30 euro: tale cifra sarà il costo massimo che dovrà sborsare per accedere a qualsiasi prestazione sanitaria. Superata la quota, tutte le spese dovrebbero tornare a carico dello Stato.

⁷⁶ Si veda l'audizione dell' Agenas.

⁷⁷ Si veda l'audizione del Cergas.

⁷⁸ Si veda l'audizione del Cresm.

controllo della domanda: infatti alcune compartecipazioni come quelle relative alla farmaceutica territoriale sono risultate inefficaci, mentre altre, come quelle per diagnostica strumentale, sono risultate troppo elevate. In tal modo, si crea un livello di iniquità tra cittadini dovuto principalmente alla poco omogenea applicazione tra le varie regioni, determinando differenze nell'accesso ai livelli di assistenza che invece dovrebbero essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale.

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 miliardi⁷⁹, 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 livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per l'intero *out of pocket*⁸⁰, 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 diagnostica⁸¹. 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 esisterebbe alcun criterio di appropriatezza delle prestazioni nella regolamentazione dei *ticket*.

La revisione della compartecipazione alla spesa sanitaria dovrà comunque essere finalizzata all'individuazione di modalità che garantiscano l'accesso alle cure di tutti i cittadini a cominciare dalle fasce più deboli e bisognose, al fine di evitare che le politiche di

⁷⁹ Si veda l'audizione di Confindustria.

⁸⁰ Secondo Confindustria si tratta di circa l'87 per cento della complessiva spesa privata

⁸¹ Si veda l'audizione della Fiaso.

contenimento della spesa si traducano nella rinuncia da parte di molti cittadini all'acquisto di farmaci o all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche.

Per la prima volta, secondo i dati Censis del giugno 2013, si sta facendo largo l'idea che occorra trasferire la responsabilità e i costi dei servizi su specifici segmenti di popolazione: da quelli che, essendo abbienti, non dovrebbero beneficiare per alcun motivo di esenzioni, a quelli che generano costi sanitari, in molti casi con comportamenti non sostenibili economicamente e non appropriati per la propria salute⁸². In questa prospettiva è stata evidenziata altresì l'esigenza che il sistema di partecipazione alla spesa e di esenzione debba essere unico per tutto il Paese, piuttosto che differenziato per regione, anche al fine di risolvere il paradosso per cui la compartecipazione alla spesa per una determinata prestazione in alcune regioni finisce per costare più della prestazione stessa sul libero mercato⁸³.

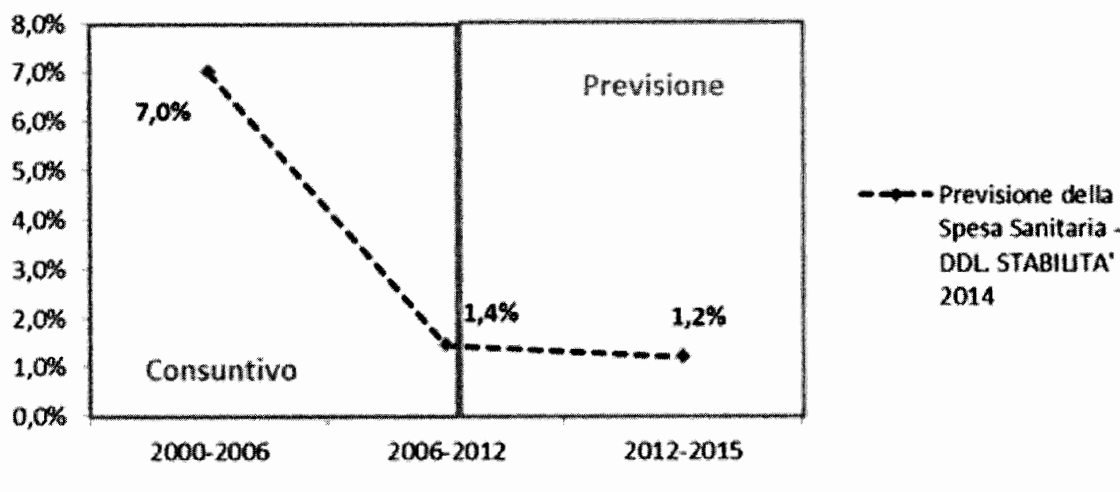
4.3. Vecchie e nuove domande di salute tra equilibri di finanziamento ed esigenze di qualità delle prestazioni sanitarie.

Le misure di contenimento della spesa sanitaria messe in capo negli ultimi anni hanno consentito di ridurre la dinamica della crescita della spesa dal 7 per cento annuo del periodo 2000-2006 all'1,4 del periodo 2006-2012 come emerge dal grafico che segue

⁸² Si veda l'audizione di Confindustria.

⁸³ Si veda l'audizione della Fimmg.

tasso di variazione medio annuo spesa sanitaria



Secondo il quadro di previsione presentato dal Ministro dell'economia e delle finanze, nel corso dell'indagine conoscitiva⁸⁴, la spesa sanitaria dovrebbe ridurre la propria incidenza sul PIL, entro il 2016, dal 7 al 6,8 per cento,

In particolare, nel corso del suo intervento il Ministro ha sottolineato come contribuiscano a questo risultato il rafforzamento della *governance* economica del sistema, di cui si è detto in precedenza: l'obbligo dell'integrale copertura dei disavanzi da parte delle regioni, anche attraverso l'incremento automatico delle aliquote fiscali, che ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano dei disavanzi da parte dello Stato.

La prevista riduzione della spesa, tuttavia, non sembra tener conto dell'incremento degli oneri, stimato intorno al 2 per cento e considerato sostanzialmente inevitabile in tutti i sistemi sanitari in quanto determinato dall'introduzione di nuove tecnologie e dell'invecchiamento progressivo della popolazione.

Inoltre, non può essere ignorato che la riduzione delle previsioni di spesa sanitaria, in base alle manovre introdotte a partire dal decreto-legge n. 98 del 2011, hanno caricato il quadro programmatico di obiettivi di contenimento di oltre 31 miliardi dal 2010 al 2014. Si tratta di risorse molto rilevanti, la cui mancanza potrebbe compromettere l'equilibrio economico-finanziario delle regioni, posto che queste ultime sono chiamate a coprire eventuali disavanzi

⁸⁴ Si veda l'audizione del Ministro dell'economia e delle finanze, Saccomanni, nella seduta del 30 ottobre 2013 delle Commissioni riunite V e XII.

sanitari tramite l'attivazione dei meccanismi automatici previsti dalla legislazione vigente. Le regioni, infatti, in una situazione di avverse condizioni economiche, come quella attuale, potrebbero incontrare non poche difficoltà nel reperire maggiori entrate, con il conseguente rischio di compromettere percorsi di risanamento strutturale. In questo quadro, la prevista riduzione della spesa rischia pertanto di tradursi in un vero e proprio taglio degli stanziamenti.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato quindi più volte sottolineato 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 debba essere affrontato 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, assicurando i servizi effettivamente necessari. In ogni caso, è evidente che la copertura e l'accesso al servizio sanitario possono essere mantenuti solo attraverso una forte riorganizzazione dei servizi. Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni.

In questo quadro, uno degli strumenti che molti auditi hanno indicato ai fini della riduzione della spesa è il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. E' stato infatti evidenziato come il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotati di una piccola équipe multiprofessionale, possa far sì che l'ospedale divenga il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. L'assistenza territoriale, invece, come attualmente operante, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, espone un'offerta insoddisfacente e molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina un vero e proprio vuoto assistenziale. La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali, strutture intermedie, ecc., ma, se adeguatamente implementata, potrebbe consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stata comunque 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, in taluni casi, contano anche più di 5-7 mila dipendenti e devono gestire servizi tra loro completamente diversi ed eterogenei, nella logica di un'impresa *multibusiness*.

Sono stati per altro evidenziati alcuni nodi tecnici già conosciuti, quali le logiche divergenti fra la contabilità finanziaria di Stato e regioni e quella economica delle aziende; la

scarsa significatività dei bilanci aziendali dai quali non emerge, in modo immediatamente fruibile, il dato di efficienza; la sostanziale parametrizzazione del finanziamento delle aziende sulla spesa storica. E' pertanto urgente procedere ad un recupero di efficienza, che si può ottenere solo incoraggiando i comportamenti virtuosi; ad esempio, utilizzando le banche dati a disposizione. In proposito appare possibile integrare programmi noti e diffusi quali 'esiti' di Agenas con indicatori che riescano a far cogliere il grado di efficienza delle organizzazioni sanitarie.

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 validi, 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 una maggiore autonomia delle Aziende, le cui prerogative si sono di fatto ridotte sotto la spinta della necessità di garantire i bilanci regionali. Potrebbe in proposito ritenersi - ma ovviamente il tema va valutato con la dovuta attenzione - che proprio in presenza di difficoltà sul lato delle risorse debba esserci la possibilità da parte dei manager aziendali di gestire nel modo migliore possibile ed in modo flessibile i fattori produttivi disponibili, puntando, ad esempio, più che sui vincoli, sulla responsabilizzazione e sulla verifica dei risultati⁸⁵, sia sotto il profilo economico-finanziario, sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, anche attraverso l'istituzione di appositi organismi di controllo.

Oltre alle innovazioni organizzative, dovrebbe essere meglio gestita l'innovazione tecnologica che, per quanto costosa, appare comunque irrinunciabile, e pertanto dovrebbe essere non subita ma governata, scegliendo solo le vere innovazioni. Così gestito, il progresso tecnologico potrebbe costituire un fattore in grado di esercitare un impatto rilevante sulla dinamica della spesa sanitaria, segnatamente con l'introduzione di apparecchiature sanitarie e terapie sempre più sofisticate e costose, che potrebbero far conseguire rilevanti guadagni netti

⁸⁵ Si veda l'audizione della FIASO.

in termini di efficienza ed efficacia delle cure⁸⁶. Va altresì considerato come l'innovazione tecnologica possa comportare modifiche organizzative suscettibili di determinare significativi risparmi di spesa nell'erogazione dei servizi, come ad esempio nel caso della riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, e possa rappresentare un formidabile strumento di sviluppo per l'intero sistema industriale e, più in generale, per la competitività del sistema Paese. In proposito 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. In questa prospettiva, si potrebbero prevedere finanziamenti integrativi per l'investimento tecnologico e strutturale, come quelli a suo tempo introdotti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Rimane fermo, ovviamente, il concorso ad un efficiente contenimento della spesa che può derivare da un incremento dell'attività della Consip, che in proposito ha evidenziato in audizione alcuni possibili spazi di miglioramento. Si tratta di una attività che attraverso gli strumenti utilizzati nel Programma di centralizzazione degli acquisti – vale a dire il sistema delle convenzioni, il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione MEPA, gli accordi quadro, il Sistema Dinamico di Acquisto SDAPA e le gare su delega - ha operato nell'ambito della sanità nel 2012 intermediando circa 1,4 miliardi di euro, ma che potrebbe conseguire ulteriori risultati mediante una aggregazione selettiva della domanda, che potrebbe svolgersi, 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 ostativo alla centralizzazione dell'acquisto, escludendo quindi prodotti specifici, quali protesi impiantabili, *stent* ed altro, al fine di salvaguardare la discrezionalità del medico nell'acquisto stesso. Infine, sviluppando iniziative centralizzate d'acquisto che soddisfino fabbisogni "medi" delle amministrazioni sanitarie, lasciando queste libere per acquisti che rispondono ad esigenze specifiche.

Inoltre, sempre sul fronte della riduzione 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. Al momento tale fenomeno determina un costo rilevante sia per il sistema sanitario - sottoforma di eccesso di prescrizioni, analisi, ricoveri nonché come concorso alla copertura assicurativa del medico - sia per l'interessato e deve essere quindi arginato attraverso una migliore regolamentazione

⁸⁶ In proposito il Ministro dell'economia e delle finanze, nel corso della sua audizione, ha peraltro segnalato come le diverse analisi condotte al riguardo non consentano, al momento, di trarre conclusioni definitive in relazione all'impatto netto atteso dal progresso tecnologico sulla spesa sanitaria.

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.

Come emerso nel corso dell'indagine conoscitiva, l'efficienza del sistema sanitario può 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. A parte la prevenzione nel settore odontoiatrico, che rappresenta un capitolo a se stante⁸⁷, sulla prevenzione hanno posto l'accento numerosi soggetti auditi⁸⁸.

In particolare, è stato sottolineato come la prevenzione, sia in campo sociale che sanitario, sia stata largamente sottovalutata, mentre dovrebbe rappresentare uno strumento fondamentale, di fronte all'evoluzione del quadro epidemiologico, alla transizione demografica e alle grandi trasformazioni sociali. Oltre agli obiettivi consolidati di diagnosi precoce e di riduzione e rimozione dei fattori di morbilità, mortalità e di disagio sociale, la prevenzione dovrebbe porsi l'obiettivo anche dell'"invecchiamento attivo".

In questo ambito, appare necessario il rafforzamento delle politiche di prevenzione primaria, volte a contenere il numero dei malati riducendo l'esposizione ai rischi comportamentali, ambientali e socio-economici, e di prevenzione secondaria, per stabilizzare nelle persone ammalate l'evoluzione della patologia, prevenendo per quanto possibile complicazioni. Puntare sulla prevenzione comporterebbe il passaggio dalla sanità d'attesa alla sanità d'iniziativa, con un'organizzazione sanitaria che mette al centro dell'attenzione le persone e non le malattie⁸⁹. 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.

Un cenno a parte merita, infine, con riferimento 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

⁸⁷ In relazione alla prevenzione nel settore odontoiatrico l'Associazione italiana odontoiatri (AIO) ha proposto una serie di misure tra cui principalmente la copertura degli interventi di prevenzione odontoiatrica da parte del SSN.

⁸⁸ Si tratta in particolare della CGIL, del CERGAS, del Movimento per la decrescita felice e della Federazione veterinari e medici (FVM).

⁸⁹ Si veda l'audizione del Movimento per la Decrescita felice.

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. In questa prospettiva, appare necessario procedere in maniera più decisa e in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale all'informatizzazione del sistema sanitario nazionale e alla digitalizzazione dei dati, ai fini di un monitoraggio efficace e periodico sia del livello e dell'appropriatezza delle prestazioni sia degli acquisti di beni e servizi.

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. Si rende pertanto necessario un rafforzamento del sistema dei controlli per la gestione delle ASL, delle aziende ospedaliere e degli enti del SSN, atteso che gli attuali controlli, in molti casi, si sono dimostrati inefficaci. 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.

Al tempo stesso, 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 immobili⁹⁰.

Un ultimo tipo di proposte, per aumentare l'efficienza del sistema sanitario, su cui molti degli auditi hanno convenuto, verte sull'incentivazione della sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali. La richiesta è di 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

⁹⁰ Si veda l'audizione della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

premio assicurativo da parte dell'interessato, riduce la spesa privata *out of pocket* che, come prima detto, presenta effetti regressivi.

La necessità di riorganizzare la spesa sanitaria privata mediante idonee forme assicurative deriva anche dalla diffusa percezione dell'insostenibilità del prelievo sia per le imprese (Irap) che per i cittadini (addizionali Irpef) nelle regioni sottoposte a piani di rientro. Tale riorganizzazione potrebbe operarsi aumentando la convenienza fiscale nei confronti dei fondi - posto che le imprese non godono di alcun vantaggio fiscale per i contributi versati ai fondi - in modo che questi arrivino ad una massa critica ed intermedino più spesa privata. In questo modo, i fondi, oltre ad intervenire necessariamente a fronte di fatturazione, raggiungendo una certa massa critica, potrebbero giungere ad avere un potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

Ciò potrebbe consentire una maggior sostenibilità fiscale, una maggior equità sociale, in termini di attenuazione degli effetti regressivi della spesa privata individuale, di cui prima si è detto, e una miglior efficienza delle prestazioni del sistema se il predetto potere contrattuale divenisse significativo. In questo ambito è stata quindi richiesta una intensificazione degli sforzi per una progressiva messa a punto di sistemi complementari di intervento, ad esempio affiancando agli esistenti fondi integrativi – comunque da meglio sviluppare, come ripetutamente richiesto nel corso delle audizioni – un maggior ruolo ai fondi assicurativi “aperti”, sul modello seguito da altri Paesi dell'Unione europea, al fine di mantenere la piena copertura sanitaria anche in quelle aree che il sistema attuale dovesse non riuscire a coprire.

Il tema dei fondi assicurativi presenta ovviamente anche diversi profili problematici, atteso che essi danno luogo, per come attualmente composti⁹¹, ad una segmentazione della popolazione protetta, che determina una differenziazione delle tutele offerte dal sistema. Essi inoltre presentano frequentemente forme di autotutela, in termini di franchigie, massimali ed altro, tese a scoraggiare taluni tipi di richiesta di prestazioni, nonché, si potrebbe dire, di selezione avversa – con riguardo alla cronicità, alle situazioni di *long term care*, di accesso oltre elevate soglie di età – meritevoli di approfondimento da parte del legislatore nel momento in cui si dovesse procedere ad un ampliamento del ruolo dei fondi stessi.

La possibilità di ricorrere alla sanità integrativa dovrebbe comunque essere affrontata senza pregiudizi ideologici e valutando preventivamente con molta attenzione i costi e i benefici derivanti dal ricorso a tale soluzione.

⁹¹ Si ricorda che, sulla base delle regole generali dettate nel decreto legislativo n. 229 del 1999, poi oggetto di numerose modifiche ed integrazioni e di diverse norme attuative, i fondi assicurativi sono in gran parte costituiti da fondi aziendali (fondi chiusi) e per la parte restante dai fondi aperti volontari.

5. 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 questa prospettiva, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui, allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il controllo riguardo all'erogazione dei L.E.A., anche esercitando un potere sostitutivo, mentre, alle regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. In altri termini, l'attuale 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 L.E.A., 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. A questo riguardo è opportuno sottolineare che il disegno di legge costituzionale recentemente presentato dal Governo al Senato (S. 1429), recante disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, ridisegna complessivamente la potestà legislativa regionale, sopprimendo le materie di potestà legislativa concorrente - incluse le materie "tutela e sicurezza del lavoro", "tutela della salute" e "alimentazione" - e integra la lettera *m*) del secondo comma dell'articolo 117 della Costituzione, che già attribuisce alla competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", con le "norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro".

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. Uno sforzo potrebbe essere compiuto in questa direzione attingendo alle esperienze maturate nelle regioni in cui tale obiettivo è stato perseguito con maggiore determinazione ed efficacia. Non è un caso, infatti, 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, per altro, 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. Per altro, negli ultimi anni, alla riduzione delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale si è sommata la riduzione di quelle per le politiche socio-assistenziali e per le non autosufficienze. Tutto ciò ha fatto emergere la piena consapevolezza che il Servizio sanitario nazionale non può sopportare ulteriori definanze, pena l'impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie. Pertanto, eventuali risorse recuperate attraverso misure di razionalizzazione della spesa dovranno essere destinate al miglioramento dei servizi sanitari.

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, sulle aspettative di vita, 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. Un significativo passo avanti in questa direzione potrebbe essere costituito dalla piena attuazione dei parametri di riparto del Fondo sanitario nazionale, introdotti dalla legge n. 662 del 1996 - quali ad esempio la frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, i tassi di mortalità della popolazione, gli indicatori epidemiologici territoriali eccetera - e mai integralmente applicati.

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, prevedendo misure premiali non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a piani di rientro che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini.

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. Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni.

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 sulla verifica dei risultati sia sotto il profilo economico-finanziario sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, anche attraverso l'istituzione di appositi organismi di controllo.

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 ostativo 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. La sfida dell'innovazione non potrà prescindere dal considerare i nuovi orizzonti della medicina personalizzata, che valorizza gli aspetti della prevenzione su base genetica e sposta decisamente il *focus* dalla risposta alla malattia alla presa in carico del singolo individuo nella sua complessità, introducendo gli scenari della medicina proattiva e della cosiddetta Sanità 3.0.

Senza innovazione, pertanto, 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 quindi 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. Va altresì sottolineato come l'innovazione tecnologica possa comportare modifiche organizzative suscettibili di determinare significativi risparmi di spesa nell'erogazione dei servizi, come ad esempio nel caso della riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, e possa rappresentare un formidabile strumento di sviluppo per l'intero sistema industriale e, più in generale, per la competitività del sistema Paese. Riguardo all'innovazione tecnologica, anche il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, evidenzia infatti 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. In questa prospettiva, si potrebbero prevedere finanziamenti integrativi per l'investimento tecnologico e strutturale, come quelli a suo tempo introdotti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

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 assicurate gratuitamente o con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica. 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.⁹²

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 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.

⁹² Si veda l'audizione dell'Agenas.

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*.

La revisione della compartecipazione alla spesa sanitaria dovrà comunque essere finalizzata all'individuazione di modalità che garantiscano l'accesso alle cure di tutti i cittadini a cominciare dalle fasce più deboli e bisognose, al fine di evitare che le politiche di contenimento della spesa si traducano nella rinuncia da parte di molti cittadini all'acquisto di farmaci o all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche.

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*.

La possibilità di ricorrere alla sanità integrativa dovrebbe comunque essere affrontata senza pregiudizi ideologici e valutando preventivamente con molta attenzione i costi e i benefici derivanti dal ricorso a tale soluzione.

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. In questo quadro, si potrebbe prevedere un'attenuazione dei vincoli assunzionali per quelle regioni che, pur avendo avviato concreti percorsi di rientro, manifestino criticità nell'erogazione delle prestazioni a causa del blocco del *turn-over*.

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. Inoltre, dovrebbe essere data soluzione all'annosa questione legata all'incremento delle risorse da destinare alle scuole di specializzazione non solo di area medica, ma anche di area sanitaria non medica, al fine permettere un'adeguata programmazione delle figure sanitarie necessarie per garantire il livello e la qualità dell'assistenza sanitaria. In questo quadro, un peculiare rilievo assume il tema dell'adeguamento del numero dei contratti di formazione specialistica e degli accessi alla formazione in medicina generale. Non si tratta infatti di un problema che riguarda solo i "giovani medici", ma di una delle più importanti sfide che attiene alla sostenibilità dell'intero sistema sanitario e che necessita pertanto di adeguate risposte.

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. In questa prospettiva, appare necessario procedere in maniera più decisa e in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale all'informatizzazione del sistema sanitario nazionale e alla digitalizzazione dei dati, ai fini di un monitoraggio efficace e periodico sia del livello e dell'appropriatezza delle prestazioni sia degli acquisti di beni e servizi.

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 radici 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. Si rende pertanto necessario un rafforzamento del sistema dei controlli per la gestione delle ASL, delle aziende ospedaliere e degli enti del SSN, atteso che gli attuali controlli, in molti casi, si sono dimostrati inefficaci. 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.