

# La sfida della tutela alla salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica

Brevi note preparate da Davide Croce, direttore CREMS, Centro di ricerca in economia e management in sanità e nel sociale, Università LIUC Carlo Cattaneo e Witwatersrand University, Johannesburg, South Africa

## **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**

I Paesi ad economia avanzata affrontano, fin dagli anni '60, una continua crescita della spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata, dovuta a:

- 1) continuo sviluppo delle tecnologie sanitarie (farmaci, vaccini, presidi, programmi di assistenza, percorsi diagnostico terapeutico assistenziale, ecc.) che hanno modificato l'esito di molte patologie (infettive come l'HIV, cardiovascolari, oncologiche per citarne tre tra le principali), e che hanno come conseguenza l'incrementare dei costi di assistenza sanitaria;
- 2) crescita delle aspettative di mantenimento della salute da parte della popolazione in generale, che si riverbera sulla continua richiesta di prestazioni sanitarie, e la contigua non accettazione dello stato di "malattia" e sue conseguenze. A dimostrazione di questo stato di attenzione si pensi al fenomeno del salutismo (e.g. cura della persona contro l'invecchiamento, terme e SPA, abbronzatura e massaggi) ed alle conseguenze che questo atteggiamento ha nei confronti del servizio sanitario nazionale (SSN);
- 3) fenomeni sociali di mobilità (globalizzazione) e di condivisione comunicativa (internet) della popolazione, con l'allargamento dei confini di relazione e di informazione. Le conseguenze possono andare dalla relativa facilità di trasmissione di patologie infettive (e.g. HIV, TBC, HCV) fino alla conseguenza di ricerca di informazione su patologie o stati di salute percepiti attraverso percorsi liberi e non controllati. Le persone si avvicinano al servizio sanitario dopo una ricerca di informazioni che può portare su percezioni non corrette in assenza di una guida clinica (si osservino le proposte di attività in oncologia anche nel recente passato italiano).

**Tabella 1:** Spesa complessiva in % 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 mondo (rielaborazione CREMS su dati WHO, National Health Accounts, 2013)

	Spesa sanitaria totale come % del PIL		PUBBLICA		PRIVATA				Spesa procapite in \$ a PPP	
			Spesa sanitaria pubblica come % spesa totale		Spesa sanitaria out-of-pocket come % spesa totale		Spesa sanitaria assicurata come % spesa totale			
	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

Tutti i Paesi nella tabella mostrano la crescita della percentuale di spesa sanitaria totale rispetto al PIL nel periodo in esame, PIL che per alcuni di essi ha avuto crescite percentuali importanti<sup>1</sup>. Ma nonostante la crescita del PIL la spesa sanitaria richiede percentuali crescenti di finanziamento, senza soluzioni di continuità tra i tre diversi modelli sanitari (universalistici come l'Italia, assicurativi come USA, mutualistici come Germania).

Il fenomeno è costantemente segnalato dalle principali organizzazioni internazionali che si occupano di politica sanitaria (WHO, OECD *in primis*), senza aver ottenuto alcun effetto fino al termine della prima decade degli anni 2000, anni in cui alcune misure di contenimento sono state prese dai Governi sulla scia della crisi finanziaria<sup>2</sup> ed economica<sup>3</sup> del 2007. La durata di

<sup>1</sup> Cina, % crescita del PIL

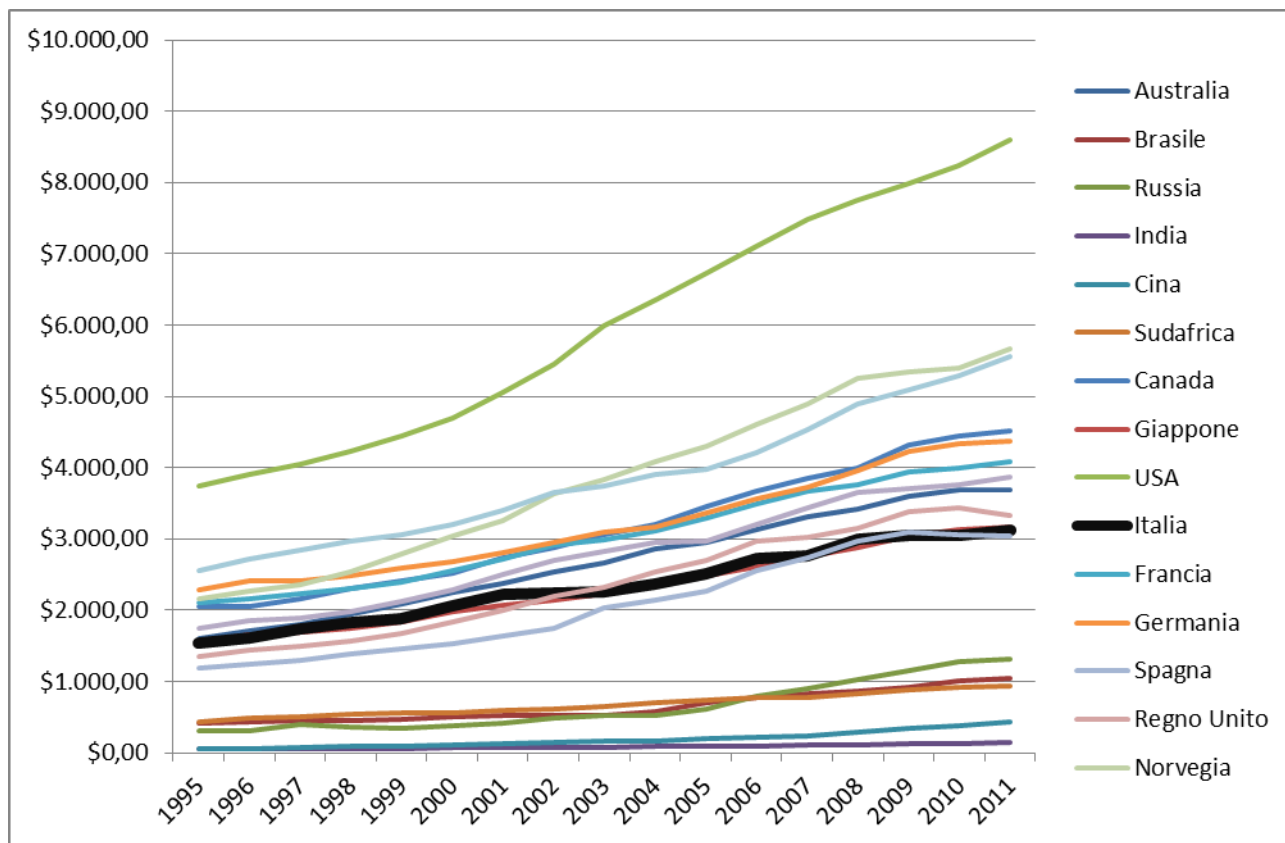
Country	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<a href="#">Cina</a>	7	8	8	8	9,1	9,1	10,2	11,9	9	9,1	10,3	9,2

<sup>2</sup> In un contesto macroeconomico si è in presenza di una crisi finanziaria quando la domanda di denaro, sotto forma di capitali da parte delle aziende, è superiore all'offerta da parte delle banche e degli investitori.

<sup>3</sup> Il termine è utilizzato in diverse accezioni dove la più generalizzata si riferisce a un periodo caratterizzato da calo della produzione e/o del reddito.

questa crisi e soprattutto gli effetti che ne stanno avendo sull'Europa intera ci indicano che non si tratta di una crisi<sup>4</sup> ma piuttosto di un assestamento strutturale economico (che per l'Italia è in diminuzione) del modello di società, e perciò con effetti permanenti.

**Figura 1:** serie storica della spesa sanitaria totale procapite per i primi tre Paesi (USA, Norvegia, Svizzera), per i BRICS e per i principali Paesi ad economia avanzata in rapporto con l'Italia. (fonte WHO, National Health Accounts 2013)



Non esistono soluzioni e/o azioni comuni da condividere tra Paesi per il contenimento della spesa sanitaria (a meno di diminuire il livello dei servizi), e la sua crescita avviene a discapito di altre spese pubbliche: in Italia la crescita è avvenuta a sfavore della spesa per l'educazione come mostrato dal Rapporto Giarda rispetto al paniere di spesa pubblica (2011-2012).

<sup>4</sup> Nel senso di fase del ciclo economico, quella che succede alla fase di espansione con una cadenza all'incirca decennale e che caratterizza le economie industriali moderne fin dalla prima rivoluzione industriale.

**Tabella 2:** Piero Giarda, *Elementi per una revisione della spesa pubblica spesa per consumi collettivi, produzione di servizi pubblici ceduti a titolo gratuito al cittadino (2012)*

FUNZIONI	1990	2009	Variazione
Servizi generali	12,8%	13,4%	0,6%
Difesa	6,8%	7,1%	0,3%
Ordine pubblico e sicurezza	8,9%	7,9%	-1,1%
Affari economici	5,1%	4,5%	-0,6%
Protezione dell'ambiente	2,9%	3,3%	0,4%
Abitazioni e territorio	1,7%	1,9%	0,0%
<b>Sanità</b>	<b>32,3%</b>	<b>37,0%</b>	<b>4,7%</b>
Protezione sociale	4,2%	5,0%	0,8%
Attività ricr., culturali, di culto	2,2%	2,4%	0,1%
<b>Istruzione</b>	<b>23,1%</b>	<b>17,7%</b>	<b>-5,4%</b>

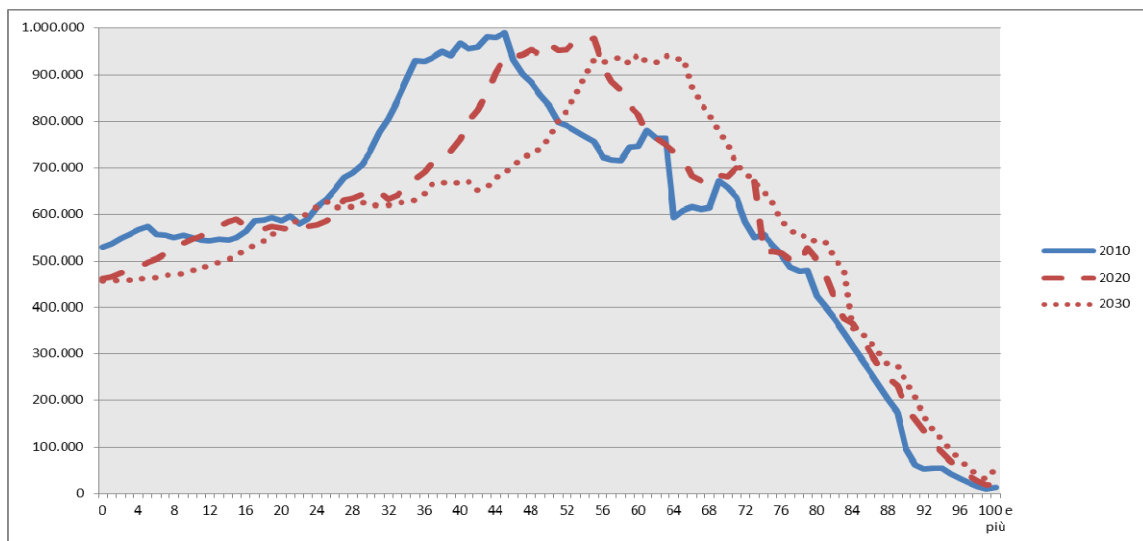
Come si nota la crescita relativa della spesa sanitaria è avvenuta a scapito della spesa per istruzione.

Per l'Italia è opportuno sottolineare il considerevole ammontare della spesa privata *out-of-pocket* (definita anche spesa delle famiglie secondo l'ISTAT), pari a circa 1/5 della spesa complessiva. In questa voce di finanziamento entrano le spese per il dentista, i ticket, le spese per i farmaci di classe C, le spese per visite od esami come privati cittadini, ecc. per un importo complessivo stimato dal WHO di circa 32 miliardi di € nel 2011. I cittadini italiani contribuiscono ora in maniera estremamente consistente alla spesa sanitaria se rapportati ai cittadini degli altri Paesi con sistemi sanitari universalistici, *in primis* il Regno Unito, al quale il nostro servizio era inizialmente ispirato.

Altro aspetto da sottolineare è la bassa spesa sanitaria per le assicurazioni, sia quella individuale che quella collettiva. La collettiva (nelle tre categorie delle Società di mutuo soccorso, casse aziendali e fondi integrativi), regolata dall'art. 6 della riforma ter D.Lgs, 229/99, è la voce che presenta le maggiori potenzialità di crescita nel prossimo futuro, complice la crisi del finanziamento pubblico. In questo basta osservare a cosa è avvenuto in Italia nella previdenza integrativa. Oggi il sistema non è finanziariamente appetibile, come si evince dalle disaffezioni delle compagnie assicurative, ma è quasi pronto ad avviare un consistente trasferimento di prestazioni (e.g. presenza di fondi anche *open*, costituzione di fondi attraverso i contratti collettivi nazionali di lavoro). L'equità e l'accessibilità dipenderanno dalle condizioni che eventualmente si creeranno nel trasferimento di queste prestazioni.

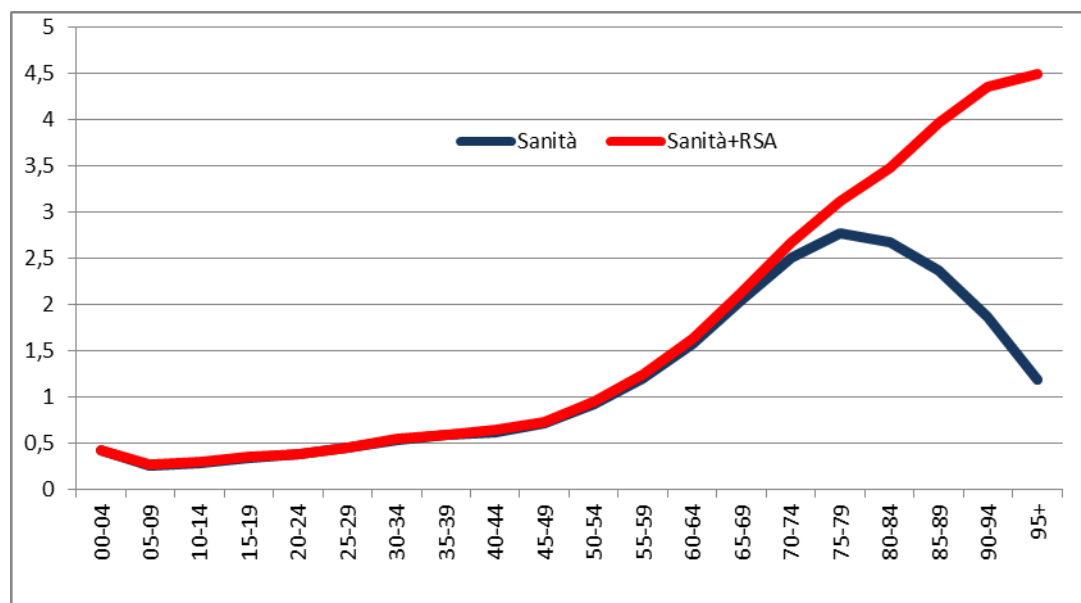
L'Italia ha probabilmente il miglior rapporto al mondo tra risorse impiegate (finanziamento) e *outcome* clinici (attesa di vita, copertura vaccinale, ecc., e difatti era stato classificato come secondo migliore al mondo dopo la Francia nel 2000 dall'OMS), ma deve affrontare un problema differente dalle altre nazioni: la distribuzione della popolazione per età, che vede una netta prevalenza delle classi nate nel secondo dopoguerra (causa del cosiddetto *baby boom* degli anni '50 e '60). La maggior parte della popolazione italiana è nata tra il 1945 ed il 1970: dopo quel periodo infatti il tasso di natalità si è sostanzialmente dimezzato per la nostra nazione e la rappresentazione chiara di tale fenomeno è riportata nella figura seguente.

**Figura 2:** Distribuzione della popolazione per fasce di età in riferimento alla popolazione 2010 e alla proiezione della popolazione italiana al 2020 e al 2030, rielaborazione CREMS su dati ISTAT



Spesso questa caratterizzazione della popolazione italiana viene indicata quando si sottolineano le problematiche relative alle pensioni, ma non è il solo problema che una tale struttura di popolazione residente comporta. La figura seguente della Regione Lombardia riporta il costo medio per assistito in funzione dell'età dello stesso, che ci evidenzia un dato noto ma spesso dimenticato: la spesa media per età cresce esponenzialmente a partire dalla fascia oltre 50 anni.

**Figura 3:** Distribuzione del rapporto costo sanitario pubblico e popolazione per fasce di età in riferimento alla popolazione 2010 in Lombardia, dati DG Sanità RL



Incrociando i dati macro del nostro Paese a) stiamo diventando un Paese anziano, tanto che contendiamo al Giappone il primato mondiale del peggior rapporto di vecchiaia definito come popolazione residente oltre 65 anni / popolazione residente 0-15) e b) gli assistiti anziani costano di più ci rendiamo conto delle difficoltà che il nostro servizio sanitario incontrerà a breve nel suo funzionamento.

Questa è probabilmente la più grande sfida del prossimo futuro per il nostro servizio sanitario.

Una misura sarebbe quella di adattare il modello di SSN alle esigenze/bisogni dell'utenza, attraverso uno spostamento dell'asse di cura.

I pazienti anziani, tendenzialmente cronici, hanno infatti la necessità di avere un servizio di medio/basso livello nelle vicinanze o presso il proprio domicilio, lasciando all'ospedale (che sarà sempre più tecnologico) il compito di servire gli acuti.

**Figura 4:** spostamento dell'asse (o del baricentro) di cura per assistere una popolazione anziana e cronica (rielaborazione da Guerra, ISS, 2002)



**2) verificare le conseguenze della progressiva riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenuta dal 2008 al 2013 sul livello di appropriatezza del sistema e delle prestazioni, in particolare individuando e valutando l'entità e l'effettiva efficacia degli interventi di *spending review*;**

I dati del MEF nella serie storica fino al 2011 ci mostrano la cronica differenza tra finanziamento e spesa che caratterizza il SSN.

**Tabella 3:** Parametri economici (in mld. €) di Regioni, Province Autonome e Altri Enti del SSN – Anni 1992-2011, Fonte MEF

Anno	Spesa	Finanzia-mento	Disavanzo	PIL	Spesa/PIL	Finanz./PIL	Disav./PIL
1992	49,637	48,049	-1,588	783,774	6,33%	6,13%	0,20%
1993	48,939	45,376	-3,563	807,362	6,06%	5,62%	0,44%
1994	49,041	45,179	-3,862	853,911	5,74%	5,29%	0,45%
1995	48,465	47,427	-1,038	923,05	5,25%	5,14%	0,11%
1996	52,585	50,438	-2,147	982,443	5,35%	5,13%	0,22%
1997	57,014	51,975	-5,039	1.026,29	5,56%	5,06%	0,49%
1998	59,64	55,065	-4,575	1.073,02	5,56%	5,13%	0,43%
1999	63,134	59,404	-3,73	1.107,99	5,70%	5,36%	0,34%
2000	70,173	66,945	-3,228	1.166,55	6,02%	5,74%	0,28%
2001	75,999	71,878	-4,121	1.218,54	6,24%	5,90%	0,34%
2002	79,549	76,658	-2,891	1.295,23	6,10%	5,90%	0,22%
2003	82,29	79,967	-2,323	1.335,35	6,20%	6,00%	0,17%
2004	90,528	84,738	-5,79	1.390,54	6,50%	6,10%	0,42%
2005	96,785	91,06	-5,725	1.423,05	6,80%	6,40%	0,40%
2006	99,615	95,131	-4,483	1.479,98	6,70%	6,40%	0,30%
2007	103,805	100,095	-3,709	1.546,18	6,70%	6,50%	0,24%
2008	107,141	103,483	-3,658	1.575,14	6,80%	6,60%	0,23%
2009	110,16	106,795	-3,364	1.519,70	7,20%	7,00%	0,22%
2010	111,333	109,127	-2,206	1.553,17	7,20%	7,00%	0,14%
2011	112,889	111,11	-1,779	1.580,22	7,10%	7,00%	0,11%



La spesa delle regioni è composta dalle voci riportate nella tabella seguente, fornita dal Ministero dell'economia e delle finanze.

**Tabella 4:** funzioni di spesa (in mld. €) di Regioni, Province Autonome e Altri Enti del SSN – Anni 1992-2011, Fonte MEF

Funzioni di spesa	2008		2009		2010		2011	
	€	%	€	%	€	%	€	%
Personale	35,266	33,1	36,192	33,0	36,674	33,1	36,149	32,2
Beni e altri Servizi	31,373	29,4	32,826	29,9	33,103	29,9	34,095	30,4
Medicina Generale convenzionata	6,068	5,7	6,361	5,8	6,541	5,9	6,625	5,9
Farmaceutica convenzionata	11,227	10,5	10,997	10,0	10,913	9,9	9,930	8,8
Specialistica convenzionata e accreditata	3,906	3,7	4,080	3,7	4,504	4,1	4,654	4,1
Riabilitativa accreditata	1,969	1,8	1,976	1,8	1,971	1,8	1,972	1,8
Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata	1,808	1,7	1,867	1,7	1,915	1,7	1,922	1,7
Altra Assistenza convenzionata e accreditata	5,650	5,3	5,984	5,5	6,292	5,7	6,413	5,7
Ospedaliera accreditata	8,877	8,3	8,827	8,1	8,849	8,0	8,891	7,9
Saldo gestione straordinaria	0,292		0,360		-0,132		-0,013	
Saldo intramoenia	-0,036		-0,060		-0,058		-0,081	
Mobilità verso B. Gesù	0,163		0,160		0,164		0,164	
Mobilità verso Smom	0,033		0,034		0,035		0,035	
Ammortamenti							1,494	
<b>REGIONI e P.P.A.A.</b>	<b>106,596</b>	<b>100,0</b>	<b>109,604</b>	<b>100,0</b>	<b>110,770</b>	<b>100,0</b>	<b>112,249</b>	<b>100,0</b>

Limitandoci ad una analisi delle voci principali osserviamo che il costo per il personale diminuisce mentre continua l'ascesa del costo per acquisizione di beni e servizi. Quest'ultima voce, correttamente individuata dal Commissario per la razionalizzazione della spesa sugli acquisti di beni e servizi Enrico Bondi, è causata dalla continua ascesa delle conoscenze (tecnologie sanitarie) e dalla conseguente modifica delle attività in sanità. Si è in pratica allargato il paniere degli acquisti negli ultimi 30 anni (si pensi agli *stent* per l'emodinamica e agli antiretrovirali per l'HIV) ma quasi sempre non è stato accompagnato da un adeguamento della struttura organizzativa aziendale preposta agli acquisizioni. Oggi gli acquisti in economia degli ospedali corrispondono ad una percentuale rilevante (oltre il 40%) degli stessi, mentre i dati delle organizzazioni sanitarie che si sono programmate ed attrezzate (ESTAV, Regione Toscana) ci indicano una percentuale strutturale del 10 % (causata da quegli acquisti per i

quali non conviene approntare un bando, e.g. protesi particolare per l'ortopedia dell'anca con una necessità di un pezzo/anno).

Si segnala inoltre (Ricerca FIASO, 2013) che gli strumenti innovativi di acquisizione messi a disposizione dal codice dei contratti del 2006 (D.Lgs 163/06) come l'"accordo quadro" ed il "sistema dinamico di acquisizione" sono ancora poco usati, nonostante gli evidenti vantaggi (riduzione numero di procedure) prodotti (resistenza al cambiamento). Addirittura il prossimo codice dei contratti, oggi in discussione in sede di Commissione Europea, obbligherà le PA a negoziare con gli offerenti le offerte iniziali, trasferendo da possibilità (poco usata nel nostro Paese) ad obbligo.

La terza considerazione riguarda l'approccio metodologico alle centrali di committenza (Consip e regionali). La voce approvvigionamento di beni e servizi nelle aziende sanitarie costituisce un aggregato fortemente eterogeneo, tuttavia è possibile riconoscere una ripartizione generale. La più utilizzata, dopo quella degli aggregati merceologici comuni, prevede 3 categorie di spesa suddivise in comune, comune specifica e specifica.

**Tabella 5:** classificazione in valore della spesa sanitaria (rielaborato da autori vari)

<b>Categoria</b>	<b>Spesa comune*</b>	<b>Spesa comune specifica</b>	<b>Spesa specifica*</b>
<b>Caratteristiche</b>	Acquisti identici ad altre Amministrazioni come penne, carta, detersivi, telefonia, fotocopiatrici, ecc.)	Acquisti identici che presentano gradi differenti di personalizzazione in relazione al tipo di servizio offerto dall'Amministrazione all'utente: ad es. manutenzione edifici ma specifica per edifici ospedalieri	Farmaci, presidi medico-chirurgici, beni economici come siringhe, guanti, ecc..
<b>Peso percentuale sul totale della spesa</b>	15% - 25% (2000) 2009 tutte le Regioni: € 6.860.227 (18,81 %)	25% - 26% (2000) 2009 tutte le Regioni: € 2.273.363 (6,23 %)	60% - 50% (2000) 2009 tutte le Regioni: € 27.386.672 (74,96 %)
<b>Note</b>	*comune agli altri comparti della PA		*sanitaria

Dal punto di vista pratico questa classificazione offre una chiave di lettura dell'organizzazione del percorso di acquisto, ovvero di quali strumenti dotarsi per raggiungere la massima efficienza/efficacia del processo di acquisizione di beni e servizi. Maggiore è la specificità dell'approvvigionamento e minore deve essere la distanza tra livello di acquisizione e fruitore finale del bene/servizio. Allo stesso tempo maggiore è la standardizzazione (ad esempio fotocopiatrici) e maggiore è la quantità richiesta e tanto maggiore può essere la distanza tra livello di acquisizione (nazionale, regionale, di area e aziendale) e fruitore finale.

Occorre inoltre riflettere sulla provenienza dei beni e dei servizi acquistati dalla PA sanitaria in generale. Alla crescita di aggregazione (in termini di volumi acquisiti) usualmente corrisponde una crescita di dimensioni aziendale (o di operatori associati tra loro), crescita che di solito mal si concilia con la struttura produttiva locale. Il nostro Paese ha una struttura produttiva industriale caratterizzata dalla presenza soprattutto di piccole e medie aziende,

dinamiche ma di dimensioni limitate. L'analisi del potenziale di produzione di beni e servizi per la PA sanitaria ad impatto chilometrico limitato (prodotti vicino a casa) si concilia di solito con la classe degli acquisti comuni, classe che come abbiamo visto troverebbe invece una convenienza economica nell'aggregazione per volumi. Si evidenzia quindi la progressiva diminuzione della ricaduta economica sul territorio insistente da parte delle aziende sanitarie italiane.

**Tabella 6:** ripartizione logica tra specificità dell'acquisto e strumento.

	Comune	Comune specifica	Specifica
<i>Nazionale</i>	X	X	
<i>Regionale</i>	X	X	(X)
<i>Aggregazione</i>		X	X
<i>Aziendale</i>			X

A conclusione di quale sia la ricaduta a livello operativo della normativa sulla *spending review* / riduzione del finanziamento<sup>5</sup> riportiamo le osservazioni di 2 direttori amministrativi di azienda<sup>6</sup>.

La reazione immediata del Ministero della Salute ai provvedimenti sul finanziamento e sulla spesa è stata di comunicazione alle Regioni, titolari dell'erogazione del servizio sanitario, del nuovo importo di finanziamento assegnato, senza alcuna evidente differenziazione con una semplice riassegnazione percentuale. Non c'era il tempo di ridiscutere una riassegnazione di fondi basata su criteri diversi da quello lineare e probabilmente non esisteva nemmeno lo spazio negoziativo per avanzare su tale strada visto che i costi standard avevano già avuto un percorso approvativo non semplice. Tuttavia ad un osservatore esterno questa reazione non appariva logica: ad una richiesta di razionalizzazione si reagiva con una standardizzazione. Oltretutto con notevole iniquità nei confronti delle Regioni "virtuose", ponendole tutte sullo stesso piano.

Le Regioni a loro volta hanno sì reagito con articolati provvedimenti (Delibere, Note, Leggi Provinciali) alla normativa nazionale; tuttavia questa reazione è stata ancora una volta per lo più composta da tagli lineari, cioè a riassegnazione di finanziamenti alle aziende su base proporzionale e non su reali possibilità di riduzione della spesa a seguito di analisi più o meno

<sup>5</sup> Legge n. 122 del 30 luglio 2010, Legge n. 220 del 13 dicembre 2010, Legge n. 111 del 15 luglio 2011, Legge n. 214 del 22 dicembre 2011, Legge n. 14 del 24 febbraio 2012, Legge n. 35 del 4 aprile 2012, Legge n. 94 del 6 luglio 2012, Legge n. 135 del 7 agosto 2012, Legge n. 189 del 8 novembre 2012, Legge n. 228 del 24 dicembre 2012.

<sup>6</sup> Vedi "Decidere in medicina" n. 2 2013, LE RICADUTE OPERATIVE DEI RECENTI TAGLI AL FINANZIAMENTO ED ALLA SPESA

sofisticate. Ma mentre per la prima parte dei provvedimenti (fino al Luglio 2012) questa modalità di azione poteva essere accettabile per gli spazi economici a disponibilità delle aziende sanitarie (in linea teorica) i due provvedimenti di *spending review* hanno messo in luce la mancanza di equità in questo modo di agire che ha messo in maggiore difficoltà chi aveva già avviato un percorso virtuoso di contenimento della spesa. Il *first mover* (chi ha seguito immediatamente le indicazioni delle direzioni) è stato penalizzato, dimostrando ancora una volta che il comportamento ostativo ed immobile nella burocrazia italiana risulta premiante.

**Tabella 7:** stima della riduzione di finanziamento rispetto alle previsioni programmatiche della Ragioneria Generale dello Stato (fonte FIASO)

**Previsioni Evoluzione Spesa Sanitaria Italiana**

	Previsione Spesa Sanitaria	Finanziamento Statale		Calcolo Deficit Differenza con Stime RGS	
	(Miliardi di €)	(Miliardi di €)		(Miliardi di €)	
	RGS A	Vigente B	Programm. (98/2011) C	Vigente B	Programm. (98/2011) C
<b>2010</b>	113,8	105,49	105,49	-8,31	-8,31
<b>2011</b>	117,11	109,27	209,29	-7,84	92,18
<b>2012</b>	121,14	108,78	108,78	-12,36	-12,36
<b>2013</b>	125,17	111,79	109,29	-13,38	-15,88
<b>2014</b>	129,19	116,26	110,79	-12,93	-18,4

La ricaduta operativa sulle aziende sanitarie è inquadrabile in una “logica conseguente”: nella maggior parte dei casi i direttori amministrativi si sono dovuti impegnare a fondo in una ricerca di fondi tra le pieghe di bilancio che permettesse di evitare il più possibile le ricadute sul livello di servizio offerto agli utenti.

Oggi dopo 3 bilanci il ciclo di razionalizzazione possibile è terminato e si stanno intaccando i livelli dei servizi.

È infatti evidente che continuare a diminuire il servizio a parità di organizzazione provoca solo il decadimento dei servizi offerti, occorre rivedere l’organizzazione sulla base dei bisogni (pazienti cronici a causa dell’invecchiamento della popolazione con un servizio di media-bassa intensità nelle vicinanze del domicilio).

**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";**

Come noto il decreto 68/2011 che ha come oggetto la determinazione di costi e fabbisogni standard per il settore sanitario, che, a partire dal 2013 devono garantire il superamento dei criteri di finanziamento sin qui adottati si basa sul finanziamento e non sulla spesa per l'impossibilità di standardizzazione della stessa (si pensi ai codici ICD Classificazione internazionale delle malattie ed alle centinaia di categorie esistenti). Il meccanismo individuato è di tipo *top-down*, cioè caratterizzato dalla individuazione del fabbisogno sanitario standard nazionale, ossia "dell'ammontare di risorse necessarie per assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizione di efficienza e appropriatezza".

I temi trattati nelle prime due sessioni hanno mostrato che il problema principale del SSR/SSN consiste nell'organizzazione e nella spesa e che il blocco del finanziamento induce lo sfioramento strutturale presente.

**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;**

Il pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa è finalizzato a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni stesse e ad evitare l'uso inappropriato dei diversi regimi di erogazione dei servizi e delle prestazioni (D.Lgs.124/98)<sup>7</sup>.

Tuttavia la compartecipazione ai costi della prestazione attraverso il pagamento dei ticket nel sistema sanitario presenta spesso tratti iniqui e anticostituzionali.

Infatti, se il ticket viene applicato in casi di prestazione appropriata, colpisce solo i malati e quindi costringe al pagamento chi è portatore del bisogno maggiore; ed inoltre non si conforma al principio costituzionale di cui all'art. 53 secondo il quale ciascun cittadino è tenuto a concorrere alle spese pubbliche in ragione della propria capacità contributiva.

La compartecipazione alla spesa rende poi necessarie misure di compensazione (esenzioni 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 faragginoso, 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 (invalidità), sulle quali le aziende pubbliche devono esercitare i debiti controlli. Al termine di questo percorso il risultato economico non è particolarmente favorevole, come si evince dalla tabella seguente su uno studio del 2005 presso alcune aziende sanitarie lombarde.

---

<sup>7</sup> L'art. 3 al comma 4 prevede anche una compartecipazione alla spesa per i ricoveri, applicati dalla sola Provincia di Bolzano per una quota inferiore (25 €/giorno), oggi eliminati.

**Tabella 8:** Ciclo economico della compartecipazione alla spesa da A. Amadei et al., I costi dei ticket Valutazione dei costi di raccolta, concessione e controllo delle esenzioni della compartecipazione alla spesa (o ticket) nei SSR, Sanità Pubblica e Privata N. 6/2006, aziende lombarde.

PRESTAZIONE	Migliaia di €	%
Costi per prestazioni di attività ambulatoriale e di pronto soccorso per residenti	91.429	
Totale ricavi ticket per le voci di produzioni sopra indicati	9.638	
Percentuale ricavi ticket su costi della produzione		10,54%
Totale costi per ciclo di raccolta	914	
Percentuale costi ciclo di raccolta su ricavi ticket		9,48%
Totale costi per ciclo di esenzione/controllo	2.028	
Percentuale costi ciclo di esenzione/controllo su ricavi ticket		21,04%
Totale costi per gestione ticket	2.942	
Percentuale costi su raccolta ticket		30,62%

Va ricordato l'entità del fenomeno esenzioni: ad esempio il 70% dei cittadini lombardi sono esenti dal ticket per la specialistica ambulatoriale (dal sito della Regione Lombardia, 2013) per le patologie croniche.

Per quanto riguarda il nostro Paese, il *co-payment* sembra essere stato utilizzato più come strumento di finanziamento da parte delle Regioni/Aziende che come strumento di controllo della domanda; infatti alcune compartecipazioni sono inefficaci (farmaceutica territoriale), mentre altre sono elevate (diagnostica strumentale). 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.

Va notato infine che dal 2011, complice la crisi economica, per il primo anno dalla nascita dei SSR si registrano una diminuzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nella Regione Lombardia, anche per la evidente convenienza economica ad uscire dal SSR e rivolgersi al settore privato (equivalenza dei costi).

##### **5) verificare gli effetti dei piani di rientro sull'organizzazione sanitaria regionale, sull'accesso alle cure e sull'effettivo ripiano dei deficit sanitari**

Sul tema del quesito si puntualizza che la revisione delle reti di unità di offerta senza un modello di riorganizzazione interna alle stesse rischia di produrre un deperimento della qualità dei servizi. In altri termini il ripiano con logica *top-down* provoca una semplice riproposizione

del modello di tagli lineari. Una efficace riorganizzazione invece prende avvio dal punto di offerta del servizio con una lettura dei processi a livello aziendale.

Inoltre la quantità di professionisti sanitari in grado di rileggere le organizzazioni per ottenere simili prestazioni a costi inferiori (il costo è determinato dall'organizzazione, da come mi organizzo, non il viceversa come nella logica dei tagli lineari) è decisamente limitata: da oltre 30 anni il livello di finanziamento del SSN è stato in crescita ed i manager si sono adattati a questa logica. Le metodologie e tecniche di *cost control* e di *cost cutting* sono conosciute a pochi.

**6) valutare il livello di omogeneità su tutto il territorio nazionale dell'accesso alle cure e del livello qualitativo delle prestazioni sanitarie erogate;**

Confrontare i livelli di accesso alle cure e delle prestazioni erogate in un modello di SSR comporta una tale vastità di misurazioni che diventa praticamente impossibile da realizzare.

Ci si affida allora ad una serie di indicatori che misurano alcune delle prestazioni (spostando l'attenzione degli erogatori su questi indicatori, per i quali ottengo buone *performance*. Si ricorda che Kaplan<sup>8</sup> teorizzava che “nelle organizzazioni si ottiene ciò che si misura, purchè sia raggiungibile e non si abbiano troppi obiettivi”) che sono delle *proxy* di alcuni dei fattori di produzione (defocalizzazione del controllo). Il D.Lgs. 150/09 ne è un esempio con le sue applicazioni anche in sanità, come pure il modello di indicatori proposto dalla Toscana e in seguito adottato da altre Regioni/strutture.

Un percorso metodologico per il miglioramento e la misurazione è rappresentato dalle organizzazioni indipendenti per gli audit (come il NAO inglese, *National Audit Office*) e dai modelli *pay-for-performance*.

**Figura 4:** *Ruolo del NAO inglese (fonte NAO, 2013)*

---

<sup>8</sup> Autore della *Balancedscorecard* con Norton

## Our role

The National Audit Office (NAO) **scrutinises public spending** for Parliament

We help to **hold government departments** and the bodies we audit **to account** for how they use public money

Our work helps public service managers to **improve performance and service delivery**, nationally and locally


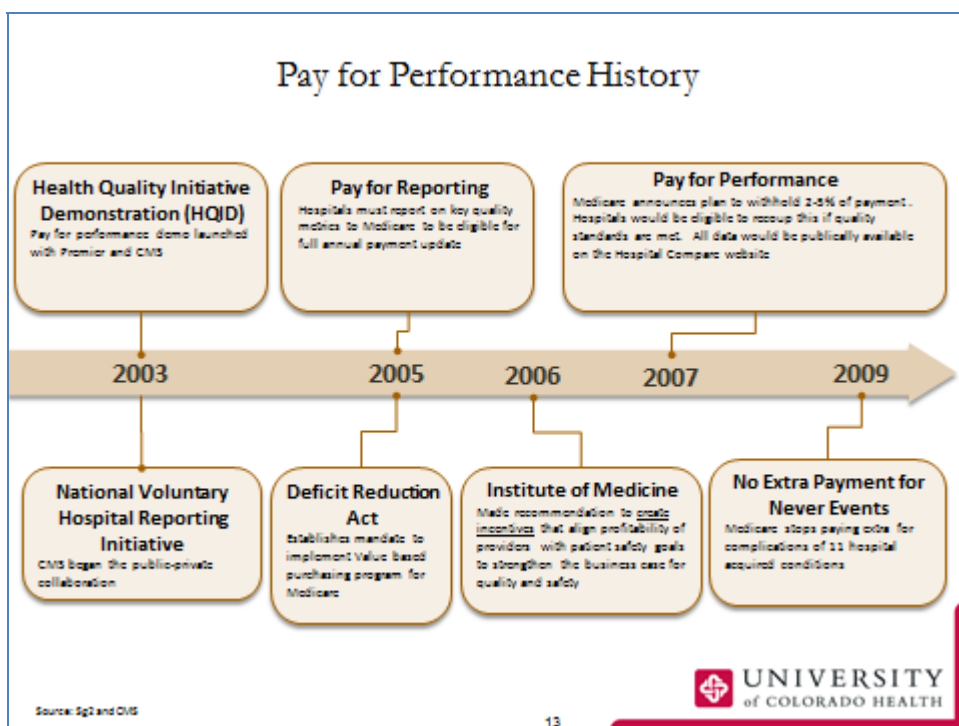
Helping the nation spend wisely 

Figura 5: Pay-for-performance nei sistemi sanitari pubblici USA (fonte International Hospital Federation workshop, 2012)





**7) verificare l'incidenza e l'efficacia della spesa sociale e socio-sanitaria, anche alla luce del riparto delle risorse tra comuni e ASL;**

I principali problemi da segnalare a livello dei Comuni/ASL sono:

- A. Il fondo nazionale politiche sociali, quota indistinta, (complessivamente € 10.680.362,13 di fondi per il 2012 alle Regioni), previsto dalla L. 328/00, rappresenta ormai una quota risibile della spesa sociale dei Comuni (7-8 % della spesa di alcuni Comuni) con conseguenti difficoltà di gestione (*trade-off* tra entità del finanziamento e difficoltà di rendicontazione/controllo).
- B. Sempre della stessa natura il Fondo Sociale va a finanziare un sistema articolato di Piani Sociali Regionali e Piani Sociali di Zona che descrivono, per ciascun territorio, una rete integrata di servizi alla persona rivolti all'inclusione dei soggetti in difficoltà, o comunque all'innalzamento del livello di qualità della vita. A volte questi fondi sono destinati ad obiettivi non coerenti con i Comuni più piccoli (ad esempio le risorse vincolate agli asili nido possono andare inutilizzate per l'assenza di queste strutture nel territorio amministrato – specie se piccolo) e restano inutilizzati a causa dei vincoli di destinazione (tipico problema di programmazione top-down).
- C. Sussistono tuttora i problemi di coordinamento ed integrazione tra le ASL ed i Comuni a causa dei diversi obiettivi istituzionali, della lunga catena gerarchica nelle strutture pubbliche, della difficoltà di coordinamento tra le persone. Mancano anche livelli coordinati di controllo e verifica delle prestazioni. Purtroppo la realtà è ancora fatta di divisioni

Roma, 17 Giugno 2013