



12° Rapporto Sanità

La Sanità tra equilibri istituzionali e sociali

12th Health Report

Health between institutional and social balances

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro



Indice/Index

Presentazione	13
<i>Presentation</i>	14
Novelli G.	
Introduzione	17
<i>Executive Summary</i>	32
Spandonaro F.	
Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico: gli anni di buona salute persi e il “peso” della malattia	49
<i>Chapter 1 - The social-demographic context: years of good health lost and the “burden” of disease</i>	
Abbafati C.	
<i>English Summary</i>	59
<i>Key Indicators</i>	62
Capitolo 2 - Il finanziamento: risanamento e impatti redistributivi	73
<i>Chapter 2 - Funding: rebalancing and redistribution impacts</i>	
Ploner E., Giordani C., Polistena B.	
<i>English Summary</i>	88
<i>Key Indicators</i>	90
Capitolo 3 - La spesa: l’evoluzione nei confronti internazionali e nazionali	97
<i>Chapter 3 - Health Expenditure: national and international evolution</i>	
d’Angela D., Ploner E., Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	115
<i>Key Indicators</i>	117
Capitolo 4 - La valutazione delle Performance	125
<i>Chapter 4 - Performance evaluation</i>	126
Capitolo 4a - Una misura di sintesi del disagio economico delle famiglie	127
<i>Chapter 4a - Measurement of the households economic discomfort</i>	
d’Angela D.	
<i>English Summary</i>	135
Capitolo 4b - Una misura di Performance dei SSR (IV edizione)	137
<i>Chapter 4b - An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems (4th edition)</i>	
d’Angela D.	
<i>English Summary</i>	147
<i>Key Indicators</i>	149

Capitolo 5 - Prevenzione: l'Italia nel contesto internazionale e le strategie per la sostenibilità del sistema sanitario	157
<i>Chapter 5 - Prevention: Italy in the international context and strategies for sustainability of the healthcare system</i>	
Giordani C.	
<i>English Summary</i>	179
<i>Key Indicators</i>	181
Capitolo 6 - Assistenza ospedaliera	193
<i>Chapter 6 - Hospital healthcare</i>	194
Capitolo 6a - L'evoluzione dell'attività ospedaliera e i processi di razionalizzazione della rete	195
<i>Chapter 6a - The evolution of network activities and rationalization processes</i>	
Spandonaro F., d'Angela D., Giordani C.	
<i>English Summary</i>	211
Capitolo 6b - L'impatto delle classificazioni isoseverità sulle stime dell'inappropriatezza	213
<i>Chapter 6b - The impact of isoseverity classifications on inappropriateness estimate</i>	
Battisti L., d'Angela D.	
<i>English Summary</i>	224
<i>Key Indicators</i>	225
Capitolo 7 - Assistenza residenziale: domanda e strategie d'offerta	233
<i>Chapter 7 - Residential Care: demand and supply strategies</i>	
Pastorelli G.	
<i>English Summary</i>	246
<i>Key Indicators</i>	248
Capitolo 8 - Assistenza specialistica ambulatoriale: le politiche tariffarie regionali e i ticket	255
<i>Chapter 8 - Outpatient specialist care: regional tariff policies and co-payment fees</i>	
Ploner E., Polistena B.	
<i>English Summary</i>	265
<i>Key Indicators</i>	267
Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica: una fotografia dell'esistente e simulazioni sulle regole di payback	273
<i>Chapter 9 - Pharmaceutical care: an overview of the existing and simulations on payback regulations</i>	
Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	283
<i>Key Indicators</i>	284
Capitolo 10 - Assistenza primaria: medici di medicina generale a confronto con un secondo pilastro del Welfare sanitario, tra rischi e opportunità	291
<i>Chapter 10 - Primary care: general practitioners compared with the second pillar of healthcare Welfare, between risks and opportunities</i>	
Misericordia P., Piperno A., Giordani C.	

<i>English Summary</i>	304
<i>Key Indicators</i>	306
Capitolo 11 - Assistenza domiciliare: invecchiamento della popolazione e cure formali e informali, il gradiente Nord-Sud Europa	313
<i>Chapter 11 - Home care: population ageing and formal/informal care, the Northern-Southern Europe gradient</i>	
Brenna E., Di Novi C.	
<i>English Summary</i>	322
<i>Key Indicators</i>	324
Capitolo 12 - Provvidenze in denaro: riflessioni sul finanziamento della Long Term Care sociale	329
<i>Chapter 12 - Cash benefits: long-term social care financing</i>	
Pastorelli G.	
<i>English Summary</i>	342
<i>Key Indicators</i>	344
Capitolo 13 - Aspetti industriali della Sanità	351
<i>Chapter 13 - Industrial aspects of Health</i>	352
Capitolo 13a - L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive	353
<i>Chapter 13a - The healthcare industry: evolution and prospects</i>	
d'Angela D., Carrieri C.	
<i>English Summary</i>	361
Capitolo 13b - Il futuro dei sistemi-salute e dell'industria life science nell'ecosistema digitale	363
<i>Chapter 13b - The future of health systems and of life sciences industry in the digital ecosystem</i>	
Greco G.	
<i>English Summary</i>	372
Capitolo 13c - Il valore della sanità digitale	374
<i>Chapter 13c - The value of digital health</i>	
Collicelli C.	
<i>English Summary</i>	389
<i>Key Indicators</i>	390
Capitolo 14 - Analisi per patologia	397
<i>Chapter 14 - Analysis by pathology</i>	398
Capitolo 14a - Impatto economico dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici oncologici	399
<i>Chapter 14a - Economic impact of immunonutrition in cancer patients</i>	
d'Angela D., De Luca R., Ficari F., Gasbarini A., Marrocco W., Montorsi M., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i>	404
Capitolo 14b - L'impatto dei nuovi anticoagulanti nella pratica medica e sulla profilassi della Fibrillazione Atriale a livello regionale	405

<i>Chapter 14b - The impact of novel oral anticoagulants in the medical practice and in the treatment of Atrial Fibrillation at the regional level</i> d'Angela D., Misericordia P., Polistena B. <i>English Summary</i>	412
Capitolo 14c - Le analisi sulla qualità della vita: il caso della Psoriasi cronica a placche	414
<i>Chapter 14c - Quality of life analysis: the case of chronic and plaque psoriasis</i> Polistena B., Spandonaro F. <i>English Summary</i>	423
Riepilogo regionale/Regional synopsis	427
Appendice/Appendix	449
Indice tabelle, figure e key indicators <i>Index of tables, figures and key indicators</i>	
Credits	471

INTRODUZIONE

La Sanità tra equilibri istituzionali e sociali

Federico Spandonaro – *Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”*,
Presidente C.R.E.A. Sanità

1. Introduzione

La rilettura della politica sanitaria nazionale di questo ultimo anno porta a formulare un giudizio sostanzialmente ambivalente: per un verso si potrebbe concludere che il dibattito si sia ulteriormente impoverito, concentrando tutta l'attenzione su aspetti che, per quanto essenziali per il funzionamento del sistema, non incidono sulle strategie generali; ci riferiamo ad esempio all'aggiornamento dei LEA, o al nuovo Piano di prevenzione vaccinale, la cui importanza è indiscutibile, ma che si riferiscono a *technicalities* di sistema, aggirando temi centrali quali quello (nel primo caso) del livello di servizio al quale il SSN vuole tendere, o del livello di sussidiarietà (nel secondo caso) a cui si ispira.

Si può però affrontare la questione da una diversa prospettiva, concludendo che sia stato invece definitivamente individuato come elemento maggiormente rilevante quello dei rapporti fra centro e periferia, ovvero Stato e Regioni, e che il dibattito sia solo rimasto sopito in attesa del *redde rationem*, rappresentato dal quesito referendario sulla riforma costituzionale. Sebbene non sia evidentemente il tema unico o centrale, quello del rapporto fra Stato e Regioni è, infatti, parte essenziale del dibattito; e il fatto che la funzione delle Regioni coincida largamente con la gestione della Sanità, rende il settore ancora una volta cruciale per l'evoluzione politico-istituzionale.

Per semplificare il quadro, potremmo allora riassumere la “questione sanitaria” attuale, in tre domande:

1. è finita l'emergenza economico-finanziaria?
2. sono risolvibili le evidenti differenze quali-quantitative che caratterizzano i SSR?
3. è ulteriormente sostenibile il sistema attuale?

Sul primo punto, che ha caratterizzato tutta la politica sanitaria e le riforme del comparto degli anni '90 fino alla riforma del Titolo V del 2001, la risposta sembra

essere ormai largamente condivisa e affermativa, tanto da rimanere per lo più implicita nel dibattito.

Sul secondo punto la *bagarre* politica intorno al referendum - previsto per il 4 dicembre, il cui risultato non è noto alla data in cui scriviamo - ci ritorna nei fatti una valutazione altrettanto condivisa, si potrebbe anche dire trasversale: si mette implicitamente sotto accusa il Federalismo, considerato dai più reo di avere generato “21 Sistemi Sanitari Regionali”, ovvero avere allargato le disparità fra le Regioni.

Il terzo punto viene, invece, del tutto rimosso, evidentemente scontando una risposta implicitamente affermativa, probabilmente basata sull'idea che le disparità regionali siano l'unico vero rischio di implosione del sistema.

Se il quadro descritto, sebbene con qualche forzata semplificazione, è considerabile esplicativo del momento attuale del dibattito di politica sanitaria, appare allora evidente come si sia formato a livello politico un fronte, compatto e trasversale, che ritiene il sistema attuale sostanzialmente adeguato, seppure subordinatamente ad un necessario “*restyling*” dei rapporti fra Stato e Regioni. La trasversalità della posizione genera un evidente “conformismo”, che in ultima istanza spiega l'apparente assenza di dibattito sul futuro della Sanità: sotto la “*brace*” cova, però, un conflitto (anch'esso del tutto trasversale), ma fra politica regionale e centrale: rimane per ora soffocato dalla più ampia partita politica rappresentata dal referendum, ma è certamente pronto a riaccendersi appena quest'ultimo sia stato espletato, quale che ne sarà il risultato.

Le avvisaglie del conflitto latente fra Stato e Regioni già si sono manifestate: ad esempio, non appena si è giornalmisticamente paventato che, nella Legge di Bilancio, le risorse programmate per la Sanità sarebbero state ridotte (anche quest'anno), le Regioni compatte hanno minacciato di impugnare l'accordo sui nuovi LEA.

La sfida è allora provare a rianalizzare le questioni

sopra proposte, sia per fornire una valutazione oggettiva sulla correttezza delle posizioni attualmente predominanti, sia per provare a disegnare gli scenari futuri della Sanità e, ove possibile, indicare ai *decision maker* qualche soluzione alternativa a quelle (se ci sono) attualmente proposte.

2. Federalismo, efficienza ed equità

Trovare, a livello politico, un convinto assertore del Federalismo, sembra essere impresa quasi disperata: la qual cosa si era resa evidente già a ridosso della riforma del Titolo V del 2001.

A conferma di ciò, anche oggi, tanto fra i sostenitori del Sì quanto quelli del No, sembra ampiamente comune e prevalente la convinzione che il Federalismo abbia in buona misura fallito, essendo la causa delle crescenti disparità nei SSR.

Questa convinzione, per quanto diffusa, sembra però trovare pochi o nulli riscontri oggettivi.

Iniziamo ad analizzare la questione dall'unico punto sul quale effettivamente sembra possibile almeno parzialmente condividere le posizioni espresse nell'introdu-

zione: quello della "fine" dell'emergenza economico-finanziaria.

Anticipiamo che, persino su questo punto, sebbene la crescita dell'efficienza del sistema sembri essere fatto evidente e oggettivo, anzi proprio per questo, si genera una contraddizione nei giudizi imperanti.

Guardando ai numeri (Figura 1), osserviamo che il deficit complessivo (con riferimento alle sole Regioni che hanno presentato un risultato di esercizio negativo) del SSN nell'anno 2006 era di circa € 6,0 mld.; l'ultimo dato disponibile, relativo al 2015, lo attesta ora a € 1,3 mld, ovvero meno del 2,0% (1,2%) del finanziamento (Figura 2).

A parte l'evidente riduzione, sottolineiamo che in un sistema complesso quale quello sanitario, un disavanzo dell'ordine percentuale descritto, può sicuramente ritenersi "fisiologico" e, comunque, facilmente gestibile.

Va notato, in aggiunta, che tra il 2005 ed il 2015 la spesa pubblica pro-capite nominale è aumentata di circa € 185,0; ma la crescita nominale del periodo analizzato è stata accompagnata da una riduzione reale della spesa pro-capite di € 95,3. In ogni caso, già a partire dal 2011 non solo la spesa pro-capite reale non cresce più, ma comincia progressivamente a decrescere (Figura 3).

Figura 1. Disavanzi del SSN (€ mln.), anni 2006-2015

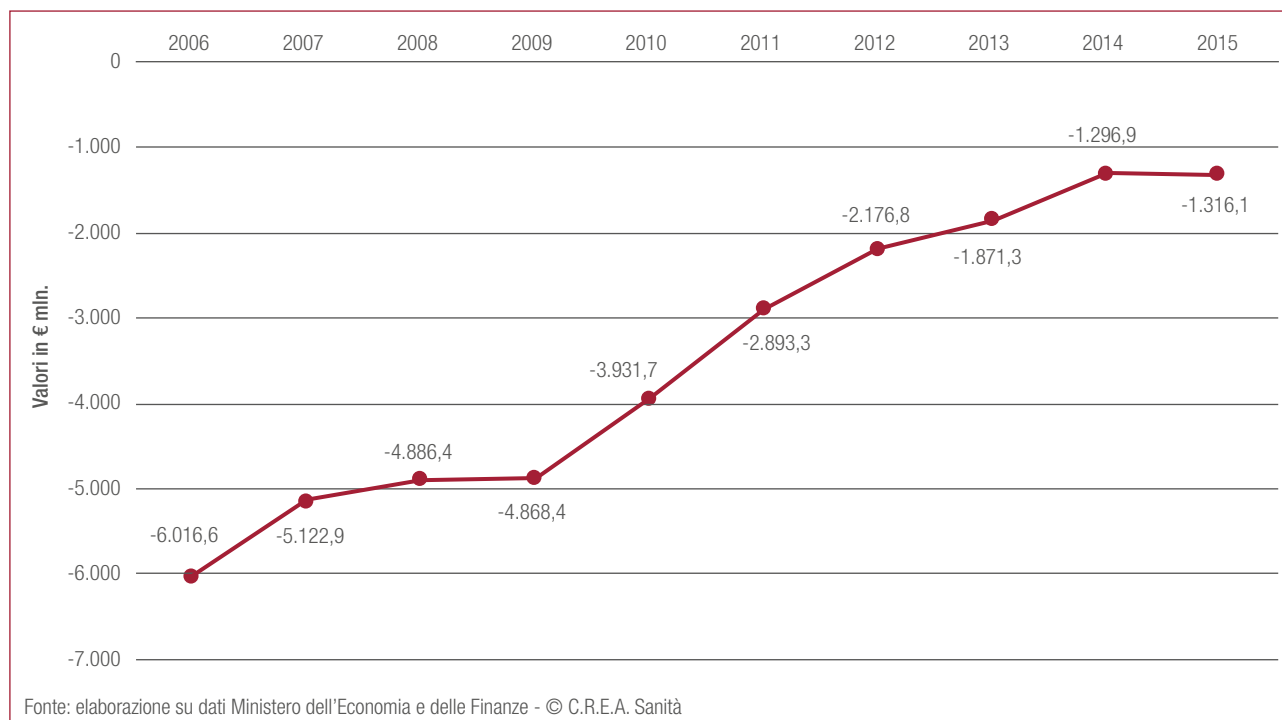


Figura 2. Deficit complessivo. Quota su finanziamento (%), anni 2006-2015

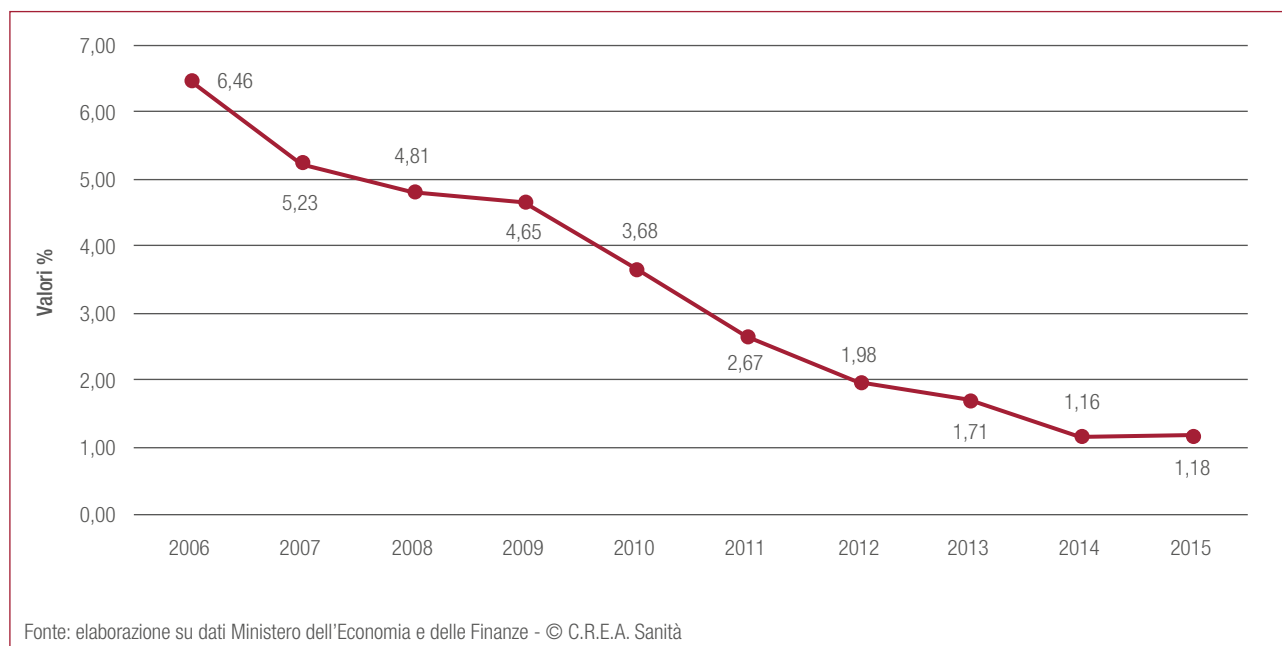


Figura 3. Spesa pubblica pro-capite nominale e reale. Differenze (€) rispetto all'anno base (=2005), anni 2005-2015



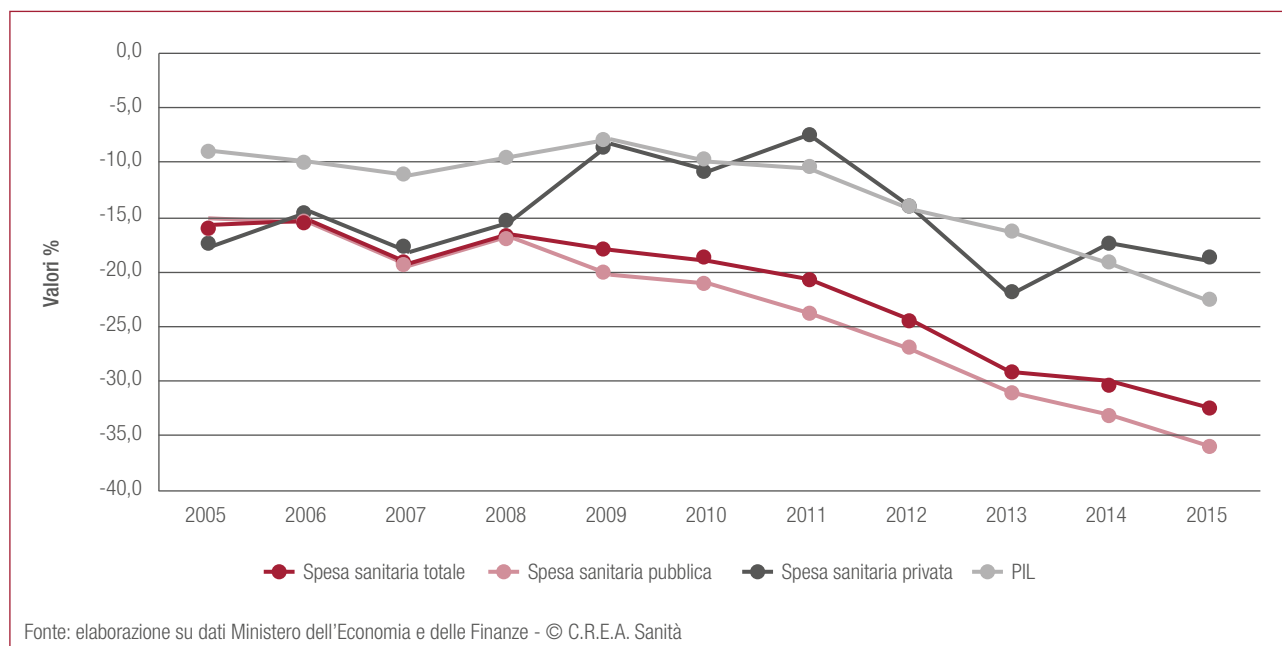
Che l'emergenza finanziaria sia scemata è, quindi, un dato di fatto: ma questa evidenza lascia intravedere una prima contraddizione nel giudizio negativo che accompagna l'esperienza federalista.

Non sembra, infatti, esserci possibile dubbio sul fatto

che primario obiettivo della riforma federalista era quello della responsabilizzazione finanziaria delle Regioni. E quindi da questo punto di vista il Federalismo, o meglio, il regionalismo si è decisamente dimostrato virtuoso.

Alcuni *caveat* sono però necessari. In primo luogo

Figura 4. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro capite. Gap (%) Italia vs. Europa occidentale (EU14), anni 2005-2015



sulla durata dell'equilibrio: il sostanziale pareggio di bilancio si è, infatti, realizzato con una contrazione senza pari della crescita della spesa pubblica che, nell'ultimo decennio, in Italia è stata pari ad un quarto (1,0% medio annuo contro 3,9%) rispetto a quelli dell'Europa Occidentale (EU14) (Figura 4).

Il risultato evidente di questa politica di "de-finanziamento" è che il *gap* di spesa pubblica pro-capite fra Italia e Paesi dell'Europa occidentale cresce a ritmi impressionanti (2,9 punti percentuali nel solo ultimo anno), risultando ormai pari al 36,0%.

Che il sistema italiano sia complessivamente poco costoso è, quindi, un ulteriore dato di fatto: ma lo è in modo talmente evidente da porre qualche "problema economico". Appare, infatti, lecito domandarsi se la condizione di equilibrio attuale possa persistere a lungo.

Le previsioni governative di finanziamento della Sanità, allineandosi di fatto alle previsioni internazionali, quali quelle del Gruppo di lavoro sull'invecchiamento del Comitato di Politica Economica della Commissione Europea (*Economic Policy Committee – Working Group on Ageing*, EPC-WGA), continuano a scontare una crescita della spesa largamente inferiore a quella degli altri Paesi Europei.

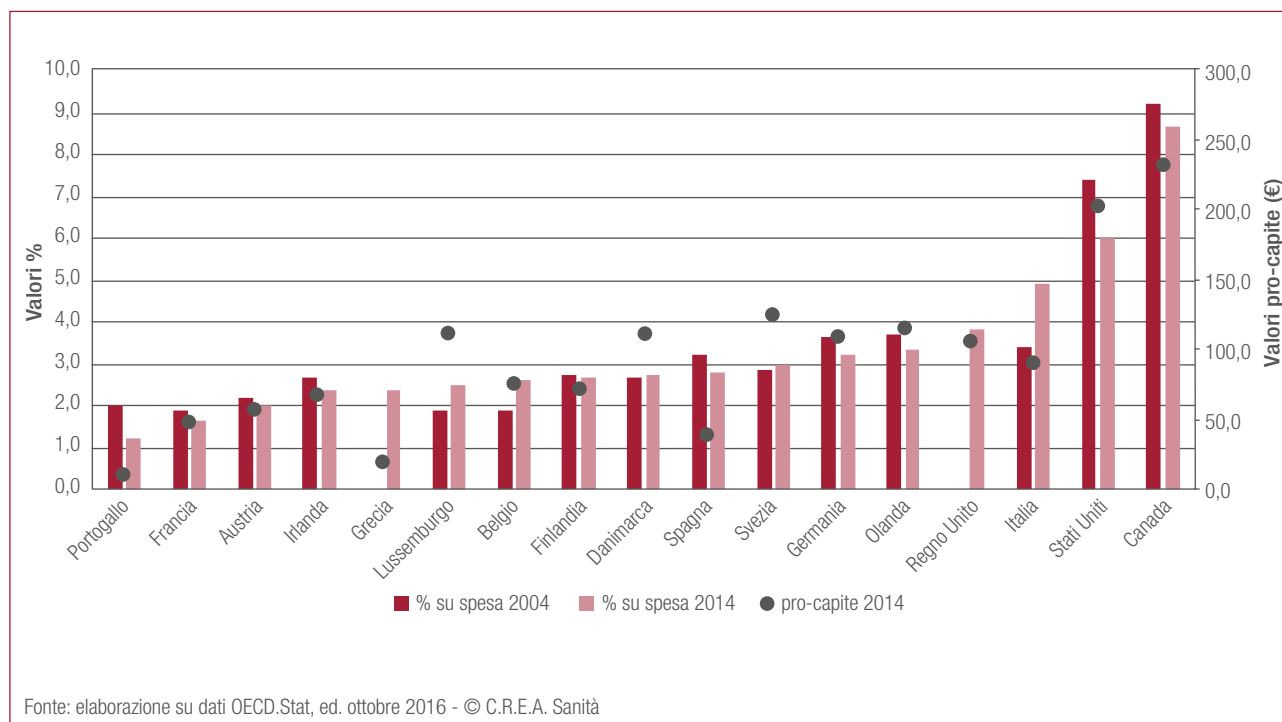
Tali previsioni, pur rappresentando un utile esercizio in termini di compatibilità macroeconomica, scontano

alcune ipotesi, quale quella per cui la dinamica dei costi unitari è associata al PIL pro-capite, che rendono decisamente non plausibile il mantenimento degli *standard* assistenziali attuali.

In altri termini, la minore crescita della spesa dell'Italia sarebbe spiegata da un fattore demografico (abbiamo anticipato il processo generale di invecchiamento) e dal fatto che il PIL non cresce (o cresce meno degli altri Paesi), e di conseguenza neppure i prezzi. Non si può non notare, che il primo punto non trova riscontro nel fatto che essendo già più vecchi dovremmo spendere di più (come detto, di contro, i livelli di spesa italiani sono decisamente inferiori a quelli della media EU14); e che il secondo implica che crescano poco (meno che nei Paesi a tassi di crescita del PIL maggiori) voci quali i salari dei professionisti o i prezzi medi delle tecnologie utilizzate, delineando un quadro "inquietante", che rende lecito paventare rischi di emigrazione dei professionisti e/o di impossibilità di rimborso delle tecnologie innovative.

In altri termini, ma su questo torneremo nel seguito, l'attuale sostanziale equilibrio finanziario, rischia di poter risultare duraturo solo al prezzo di tagliare i livelli delle prestazioni, almeno in termini relativi, ovvero rispetto ai Paesi di confronto (avendo qui adottato allo scopo l'Europa occidentale).

Figura 5. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione in EU15 e altri Paesi OECD - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente (%) e pro-capite (€), anni 2004 e 2014



Una seconda domanda che è lecito porsi è se l'equilibrio sia economico o solo finanziario.

Il rischio, ad esempio, è che una generalizzata posticipazione degli investimenti, pur migliorando la situazione contabile nel breve periodo, possa determinare problemi a medio termine, per effetto dell'obsolescenza delle strutture e in subordine delle tecnologie; e se comprendiamo fra gli investimenti anche quello in prevenzione, per cui spendiamo € 88,9 pro-capite contro, ad esempio, € 123,4 della Svezia, anche per effetto dei peggioramenti negli esiti di salute (Figura 5). Da questo ultimo punto di vista, si susseguono segnali non proprio incoraggianti (si veda fra gli altri anche il Rapporto Sanità 2015) sul versante degli *outcome* aggregati.

Sembra, quindi, che l'equilibrio finanziario, pur rappresentando una condizione necessaria, non risulti sufficiente per garantire l'efficienza del sistema, la quale richiede che siano posti a rapporto spesa e esiti.

In definitiva, la riduzione del deficit è fatto inconfutabile, e quindi il Federalismo ha sicuramente realizzato la missione per cui era stato prioritariamente disegnato, ma si può dubitare sia sul fatto che i risultati saranno

durevoli, sia sul fatto che siano stati conseguiti senza generare implicitamente costi non finanziari.

Pur ritenendo che la responsabilizzazione finanziaria (argomento sull'efficienza) delle Regioni sia stato il principio fondante dell'approccio federalista, non si può trascurare anche la sua potenziale capacità di realizzare modelli di assistenza consoni ai bisogni specifici delle popolazioni regionali (argomento sull'efficacia).

È proprio su questo secondo aspetto che si concentrano le maggiori critiche al Federalismo che, come anticipato, è considerato responsabile delle attuali disparità regionali, o meglio del loro allargamento.

Proprio per questa tesi, però, vengono maggiormente a mancare riscontri oggettivi.

Osserviamo subito che l'ipotesi alla base dell'approccio federalista è che esso possa incentivare una maggiore equità verticale (trattamento diverso di bisogni diversi) e che questo implichi in definitiva una migliore efficacia.

Con una buona dose di equivoco, il dibattito si concentra, invece, sugli scostamenti dall'equità orizzontale, quando non anche dalla pura uguaglianza, senza distin-

guere fra differenze “buone” (adattamenti a esigenze specifiche) e “cattive”.

Ma, al di là delle argomentazioni “teoriche”, la speciosità dell’argomentazione avversa al Federalismo è, intanto, evidente perché le disparità regionali sono antiche, certamente precedenti all’istituzione dello stesso SSN e persino dell’antecedente sistema mutualistico: a riprova di ciò, la riduzione delle disparità geografiche è l’obiettivo maggiormente ricorrente nel testo della L. n. 833/1978.

Quindi, prima di addossare al Federalismo le colpe, ataviche, della politica italiana sinora dimostratasi incapace di ridurre le differenze fra le aree del Paese, è necessario provare che dopo la riforma del Titolo V esse si siano ampliate. Ma, per fortuna, questo non è avvenuto, anzi, gran parte degli indicatori disponibili ci mostra esattamente il contrario: ad esempio, negli ultimi anni le inadempienze alle griglie LEA si sono ridotte, come anche non si vedono peggioramenti sistematici sul versante del Programma Nazionale Esiti.

Anche sul versante dell’applicazione delle norme di programmazione le cose vanno meglio che nei decenni passati.

In campo ospedaliero ad esempio, il processo di razionalizzazione dell’attività ha avuto andamenti e velocità difformi a livello regionale: concentrandoci sul periodo 2005-2014, la variazione dei ricoveri risulta nel *range* da -44,6% dell’Abruzzo al +13,9% della Valle d’Aosta (anche l’Umbria aumenta la sua dotazione del 2,8%), con una differenza di 58,5 punti percentuali. Ma complessivamente le differenze nei tassi di ospedalizzazione si sono praticamente dimezzate, rimanendo però ancora pari a 49,2 ricoveri per 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi): differenza su cui incide significativamente la mobilità.

Anche le differenze nella degenza media si sono ridotte significativamente, praticamente di un terzo, passando da 2,9 giornate a 2,2 (fra le Regioni con valori dell’indicatore estremi).

E in riabilitazione le differenze nei tassi di ospedalizzazione ordinaria si sono ridotte di un terzo, da 12,3 a 9,3 per 1.000 abitanti (fra le Regioni con valori estremi dell’indicatore); analogamente si sono ridotte di quasi la metà, da 3,2 a 1,7 per 1.000 abitanti, per i ricoveri diurni.

Possiamo concludere che le politiche di riduzione delle disparità regionali in termini di offerta ospedaliera (forse con l’eccezione della lungodegenza) sono risul-

tate un successo, grazie ad un *mix* di programmazione, monitoraggio e incentivazione ad assumere comportamenti virtuosi.

Persino da un punto di vista finanziario le differenze sono tutt’altro che aumentate.

La Figura 6 illustra l’escursione (massima) della spesa sanitaria (pubblica) a livello regionale: appare evidente che essa si era andata riducendo sino al 2009, per poi tendere a riallargarsi solo dopo.

Se consideriamo anche la spesa privata, e quindi l’escursione (massima) della spesa sanitaria (totale) a livello regionale, l’andamento è simile, sebbene amplificato (Figura 7).

Prima facie, quindi, sembra che si possa affermare che l’allargamento delle disparità (in tal caso economiche) non ci sia stato e che, anzi, in una prima fase federalista gli scarti si fossero ridotti.

Le differenze (di spesa), amplificate dalla differente *Capability to Pay* media delle diverse popolazioni regionali, sono rilevanti, dell’ordine del 50%, e non sono prodotte da disavanzi: piuttosto dal fatto che nelle Regioni del Nord si spende di più per la Sanità, vuoi perché hanno più risorse (statuti speciali), vuoi perché offrono maggiori extra LEA, vuoi perché hanno un finanziamento pubblico maggiore, mentre all’altro estremo troviamo quelle del Sud, con minore finanziamento, minore spesa privata e anche, spesso, gravate dai Piani di rientro e quindi impossibilitate (ove anche potessero) a erogare extra LEA.

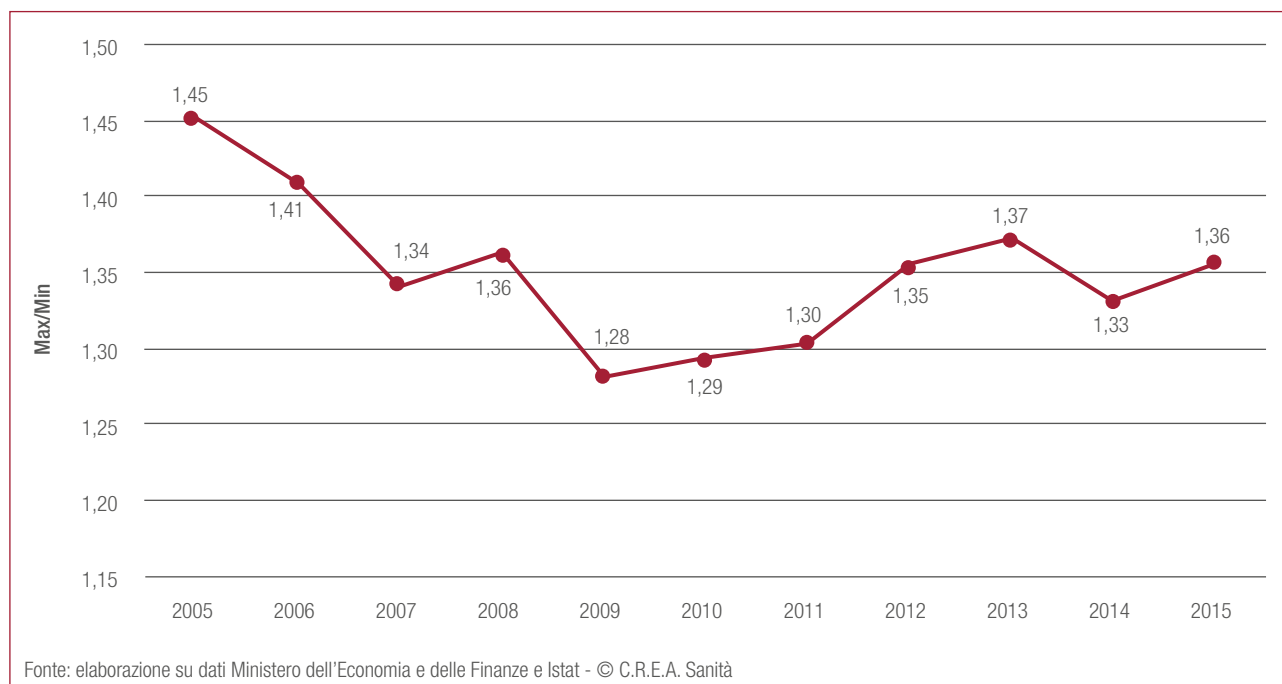
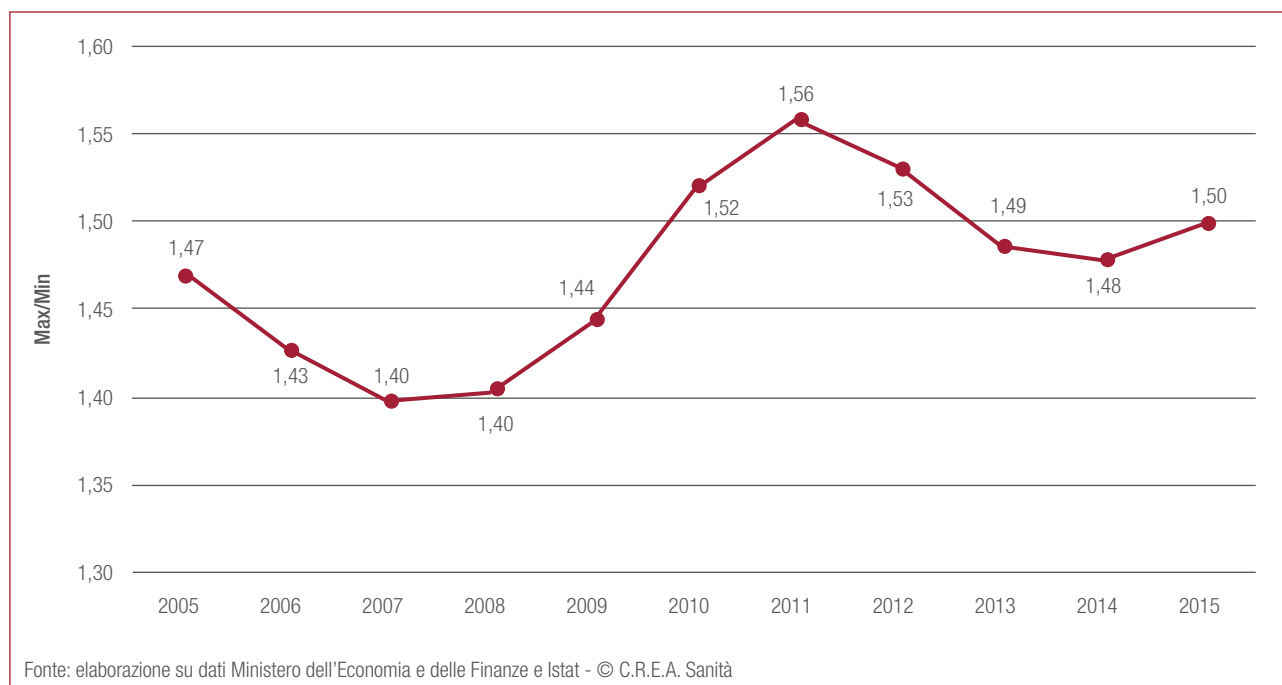
Senza nulla levare alla maggiore efficacia e efficienza dei SSR del Nord, ma le disparità sono di un ordine difficilmente sostenibile.

E comunque è del tutto presumibile che il riallargarsi delle differenze dipenda dal combinato disposto del rientro delle Regioni del Sud dal disavanzo, della loro minore capacità fiscale e dalla crisi finanziaria che dal 2009 ha ulteriormente ridotto la capacità delle famiglie più fragili di “complementare” la spesa pubblica.

Nessuno di questi fattori è di per sé imputabile al Federalismo, sebbene sia proprio l’esito della responsabilizzazione finanziaria, uno dei motivi del ri-allargamento dei livelli di risorse regionalmente destinate alla Sanità.

Si configura, piuttosto, un evidente esempio di *trade-off* fra politiche di risanamento finanziario e politiche equitative, tese al “risanamento” delle differenze geografiche.

Figura 6. Spesa pubblica pro-capite. Rapporto tra Regione con spesa massima e Regione con spesa minima, anni 2005-2015

Figura 7. Spesa pubblica e *out of pocket* pro-capite. Rapporto tra Regione con spesa massima e Regione con spesa minima, anni 2005-2015

Si pone, allora, la questione di quale sia la radice della storica, e per ora apparentemente incompressibile, disparità regionale.

Osserviamo che le regole, dalla definizione dei LEA alle

innumerevoli norme di programmazione dei servizi, hanno valenza del tutto generale, e la legiferazione regionale ha un potere di deroga molto limitato (specialmente sui livelli essenziali, di chiara competenza esclusiva statale, anche

in regime di legislazione concorrente): le differenze non sono attribuibili a “regole” diverse, quanto a diversi livelli/modalità di applicazione delle regole stesse.

L’esperienza dei Piani di rientro e dei commissariamenti delle Regioni sembra suggerire una interpretazione del fenomeno. I commissariamenti hanno, infatti, generato “successi” (in larga misura finanziari, come sopra argomentato) in modo estremamente rapido (forse molto al di là delle aspettative), e questo a riprova del fatto che sino a quel momento era mancata la volontà/possibilità politica (su quale dei termini sia più appropriato si potrebbe aprire un ulteriore dibattito che esula dalle questioni di politica sanitaria) di prendere decisioni: la cui necessità e valenza era peraltro nota e evidente; in altri termini, possiamo azzardare l’ipotesi che, al di là dell’inevitabile contenuto tecnico degli affiancamenti, ciò che ha avuto un ruolo risolutivo sia stata l’opportunità di “scaricare” sulle Istituzioni centrali almeno parte del “costo politico” delle decisioni che si andavano a prendere.

Potremmo riassumere le dinamiche sommariamente descritte, dicendo che il diverso livello/modalità di applicazione delle regole è strettamente legato allo sviluppo del tessuto sociale nelle diverse aree del Paese; in altri termini, le disparità sono legate non tanto all’assetto istituzionale quanto ad una carenza di capitale sociale. Carenza che a cascata impedisce, fra le altre cose, lo sviluppo di una managerialità diffusa (e aggiungerei, di un controllo “dal basso”) che rappresenta condizione essenziale e necessaria per migliorare l’efficienza nei sistemi complessi.

3. Il futuro: dopo il referendum

Molte delle colpe attribuite al Federalismo appaiono, quindi, sovrastimate, quando non del tutto senza riscontro; ciò non toglie che l’esperienza di questi anni abbia posto in evidenza l’esigenza di un più equilibrato rapporto fra Stato e Regioni.

Da questo punto di vista, la nuova riforma costituzionale si vorrebbe far carico di “correggere” uno degli elementi maggiormente discutibili della (affrettata) riforma del 2001: la legislazione concorrente in Sanità.

Senza entrare negli aspetti giuridici della materia, la domanda è se l’intervento previsto serva e possa funzionare.

Che probabilmente serva è stato premesso, sulla sua probabilità di effettivo successo è invece lecito dubitare.

Che i conflitti fra Stato e Regioni siano attribuibili alla legislazione concorrente è almeno dubitabile, in quanto alla loro radice non sembra trovarsi la definizione degli ambiti di competenza (che nel tempo si è chiarita), quanto la coerenza fra risorse rese disponibili e servizi da rendere.

Il conflitto, non a caso, si è acuito nella fase, ormai prolungata, di stagnazione economica, che ha ridotto le risorse disponibili per la Sanità, esasperando la materia del contendere. Basti pensare come risulti ancora in itinere, e con enorme ritardo, l’approvazione definitiva dei nuovi LEA.

Quindi, in via di principio ben venga una migliore e più ponderata definizione delle competenze, sebbene ci si possa attendere una iniziale recrudescenza di controversie, necessaria per chiarire cosa si intenda per “principi generali e comuni”; ma è abbastanza chiaro dal dibattito in corso che la riforma non si basa su una semplice ipotesi di redistribuzione “neutrale” dei ruoli, quanto piuttosto su una critica dell’operato regionale, a cui fa seguito una tendenza “sanificatrice” al ri-accentramento.

Sul fatto che la critica sia fondata abbiamo già esposto un sostanziale dissenso: pragmaticamente il tema è, però, quale sia in prospettiva la probabilità che l’eventuale ri-accentramento sia effettivamente cogente; a ben vedere, tale probabilità è bassa.

Nella misura in cui lo Stato dovesse effettivamente aumentare il suo potere impositivo nei confronti delle Regioni, è facile immaginare che, a meno di un rifinanziamento del sistema, che ad oggi non è nei documenti di programmazione economica del Governo (la crescita rimane inferiore all’1% anche per i prossimi anni), alternativamente crescerebbe il contenzioso sulle coperture economiche, o ri-aumenterebbe il disavanzo regionale.

Dopo una *spending review* che, se ricordiamo le previsioni di finanziamento degli anni 2007/2008, vale oggi circa € 30 mld., tutto in verità gira intorno alla congruità delle risorse che saranno rese disponibili per il settore.

Chi spera che la riforma dia effettivamente più potere allo Stato, così condizionando l’operato delle Regioni, rischia di rimanere del tutto deluso.

È stato, ad esempio, citato il caso della diversa disponibilità regionale di farmaci innovativi (o nuovi), la-

sciando intendere che la riforma darebbe allo Stato la possibilità di impedire le disparità.

L'argomento appare debole per vari ordini di ragione.

Intanto perché la diversa disponibilità di farmaci configura un chiaro caso di non esigibilità di un LEA (dove c'è un prontuario non sembrano poterci essere ragionevoli rischi di interpretazione su cosa sia o non sia un LEA); e la definizione dei livelli essenziali è già ora chiara competenza esclusiva dello Stato.

Inoltre, le inadempienze per lo più afferiscono a due fattispecie; la prima è già stata citata: è quella legata a una inefficienza delle tecno-strutture regionali, strettamente connessa alle carenze di capitale sociale, sul cui sviluppo il "riassestamento" dei poteri regionali non ha effetto sostanziale.

La seconda fattispecie è riconducibile a stratagemmi tesi alla posticipazione dell'onere della spesa. Il caso dei farmaci è illuminante: contrariamente a quello che è comune convinzione, le Regioni più lente a recepire le "innovazioni", o che le recepiscono con maggiori eccezioni, sono quelle meglio attrezzate, non certo quelle considerate più inefficienti (i tempi di inserimento in prontuario sono storicamente minori nelle Regioni afflitte da maggiori disavanzi).

Questo suggerisce che nelle Regioni più efficienti, essendoci maggior controllo sull'introduzione di nuove tecnologie, e preso atto che il loro "recepimento" a volte mette a rischio l'equilibrio di bilancio, si mettano in atto strategie tese a "raffreddarne" l'impatto finanziario.

La tesi, quindi, è che l'origine dell'inadempienza sia la diversa valutazione delle risorse necessarie; dato che il fenomeno riguarda in primis le Regioni più efficienti, o si sana rifinanziando il sistema o, se si vorranno imporre decisioni dall'alto, si riaprirà la sequela dei deficit annuali.

In ogni caso, infine, il ri-accentramento che è lasciato intendere dalla riforma con la clausola della assegnazione dei "principi generali e comuni" allo Stato e della "programmazione e organizzazione" alle Regioni, lascia a queste ultime una formidabile arma per vanificare le imposizioni centrali.

Usando ancora l'esempio dei farmaci, sarà facile per le Regioni recepire nei prontuari in automatico i nuovi farmaci, definendo però regole (queste evidentemente "organizzative") per la loro somministrazione, capaci di regolare il flusso reale di accesso al mercato come meglio riterranno.

Non si tratta evidentemente di fanta-politica, basti

pensare alla recente questione della definizione dei Centri autorizzati a erogare i farmaci per l'epatite C, che di fatto implicitamente definisce il numero massimo di pazienti che è possibile prendere in carico e quindi avranno accesso alle terapie.

Concludendo, sul fatto che la riforma possa generare impatti significativi, i dubbi sono molti: probabilmente, quale che sia l'esito del referendum, l'impatto effettivo sulla Sanità sarà molto modesto.

4. Autorevolezza, incentivi e programmazione

Malgrado quanto sin qui argomentato, un riequilibrio dei rapporti fra Stato e Regioni appare del tutto opportuno.

La domanda diventa allora quale siano gli elementi capaci di renderlo effettivo.

Da questo punto di vista, sembra utile ricordare (molto in breve) alcuni tratti salienti dell'evoluzione della programmazione sanitaria nell'ambito del SSN.

Il metodo della programmazione è esplicitamente assunto, sin dalla L. 833/1978 fra i tratti caratteristici del SSN. Programmazione che doveva esitare nei Piani Sanitari Nazionali (PSN) e a cascata in quelli Regionali (PSR).

Malgrado ciò, la capacità di effettivo impatto sul sistema della programmazione operata a livello centrale è sempre stata molto modesta, o almeno inferiore alle aspettative.

Basti ricordare la scarsa capacità di incidere di norme quale la L. n. 595/1985, che, ante litteram, disegnava con tanto di indicatori quantitativi la rete ospedaliera italiana (prevedendo la chiusura degli ospedali di ridotte dimensioni, tanto per citare un elemento).

La scarsa capacità di incidere delle norme incentrate sui risultati desunti da processi di programmazione fondati su evidenze epidemiologiche e standard operativi, è resa evidente dalla necessità che si è recentemente sentita con l'emanazione del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015, che ancora una volta propone la rideterminazione della rete ospedaliera, certamente con nuovi criteri, ma con dati e un approccio, mutatis mutandis, non troppo dissimile da quello della citata L. n. 595/1985.

La “lezione (maggiormente) non ascoltata” della riforma in senso manageriale della Sanità ex D. Lgs. n. 502/1992 rimane quella che segnava il passaggio da una logica di governo di tipo impositivo *top-down*, ad una basata sul principio di incentivare comportamenti virtuosi (pur sempre suggeriti da una analisi delle evidenze epidemiologiche etc.) *bottom-up*.

Pensare che un ri-accentramento delle competenze, con un parallelo aumento della capacità impositiva dello Stato sulle Regioni, possa stavolta ottenere maggiori successi di quelli registrati negli anni '80, appare “ingenuo”: semmai, essendosi nel frattempo rafforzate le techno-strutture regionali, è lecito immaginare il contrario.

L'altra questione sospesa è quella che potremmo definire della “autorevolezza” delle indicazioni.

L'esperienza ancora recente del “Decreto appropriatezza” ne è lampante esempio: in un sistema professionale quale quello sanitario, imposizioni sui professionisti eterodirette hanno scarsissima probabilità di avere successo; anche se provenienti da tecnostutture ministeriali.

Uno dei maggiori problemi di governo del sistema è sempre stato quello dell'esagerato frazionamento delle società scientifiche mediche, che ha spesso reso impossibile innescare momenti di governo *bottom-up* da parte dei professionisti.

Semmai, anche in questo caso, l'interlocuzione fra strutture regionali e professionisti, forse per ragioni se non altro di radicazione nello stesso territorio, è risultata più efficace che non quella fra strutture centrali e mondo professionale.

In definitiva, non si può ragionevolmente pensare di risolvere il problema della variabilità regionale, dimenticando la specifica complessità della Sanità e le “lezioni” che portarono alla prima grande riforma del settore, accompagnate dalla storica carenza di integrazione del mondo scientifico e professionale nei processi di pianificazione del sistema.

5. LEA, extra LEA ed extra SSN

Preso dai rapporti fra livelli istituzionali, su una questione il dibattito politico nella Sanità italiana è colpevolmente assente: sembra che si stenti a considerare che la globalità del SSN è crescentemente un ricordo, e che

questo implica prendere una posizione sui rapporti fra intervento pubblico e privato, ovvero sui livelli di sussidiarietà del sistema.

Si è già detto come sia evidente la correlazione (positiva) fra spesa e qualità dei servizi: talmente evidente da far pensare che possa essere considerata un nesso causale; e se lo è, pone la questione della non marginalità sia degli interventi pubblici extra LEA, sia dell'accesso ai servizi sanitari extra SSN.

La recente “scoperta” è che le nuove modalità di rilevazione adottate dall'indagine sui consumi delle famiglie fanno emergere circa € 32,3 mld di spesa sanitaria *out of pocket*, portando la spesa privata a complessivamente a € 36,0 mld., di cui l'89,7% *out of pocket*, e il 10,2 % intermediata, a sua volta (con larga approssimazione della stima) per il 59,6% relativa a polizze collettive (principalmente Fondi complementari e integrativi, nonché Mutue) e il restante 40,4 % a polizze individuali (Figura 8).

Ricostruendo la serie storica, osserviamo che nell'ultimo quinquennio la spesa *out of pocket* pro-capite è aumentata ben del 10,6% a livello nazionale; e che tale risultato è attribuibile per buona parte alle Regioni della ripartizione settentrionale, che hanno registrato un aumento del 16,5%; nelle rimanenti ripartizioni la spesa privata è invece aumentata meno di un terzo (+4,8% nelle Regioni del Centro e +3,1% nelle Regioni del Sud).

Figura 8. Spesa sanitaria privata. Composizione (%), anno 2015

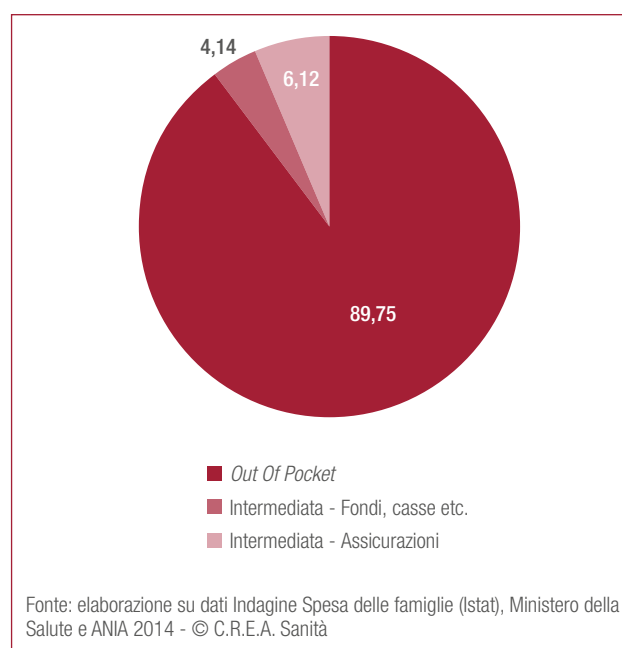
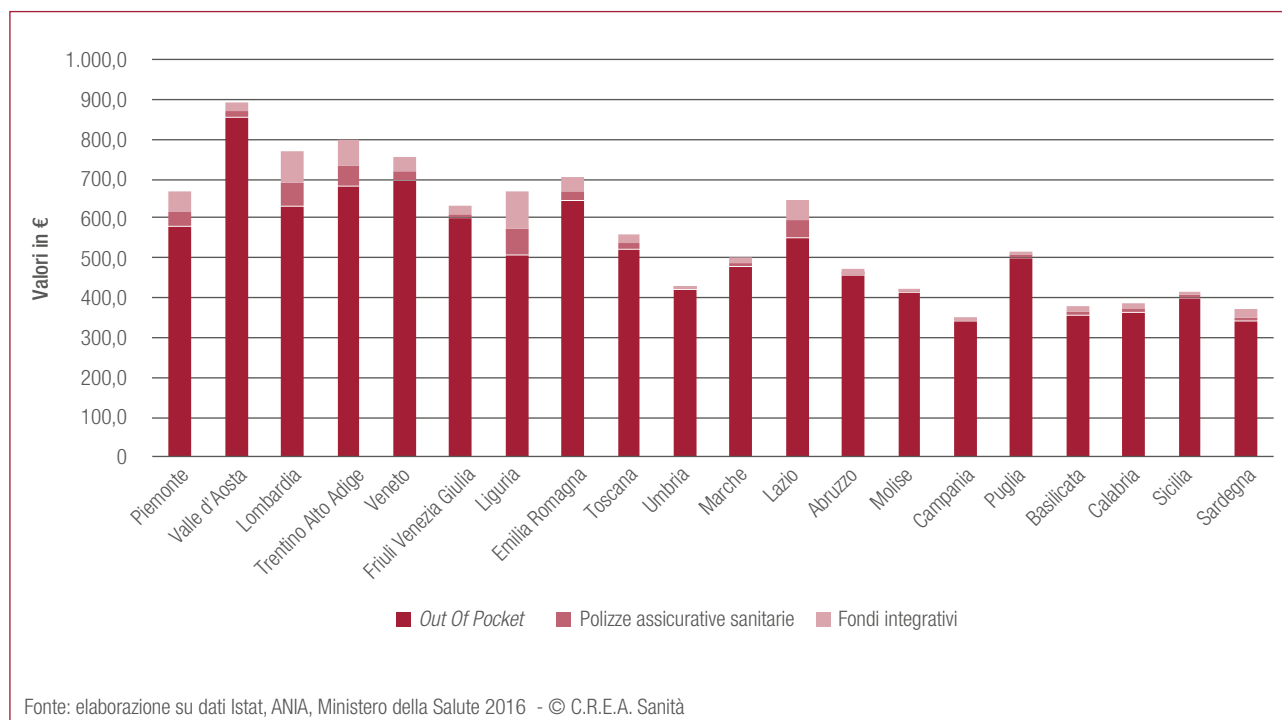


Figura 9. Spesa sanitaria privata per popolazione pesata. Valori in €, anno 2015

In altri termini, la spesa privata ha ormai raggiunto il 24,4% della spesa sanitaria totale, confermando in primo luogo che la risposta ai bisogni sanitari del SSN non è più affatto globale (Figura 9).

Inoltre, il 5,0% delle famiglie residenti in Italia, soprattutto nel Centro e nel Sud, ha dichiarato di aver ridotto, tanto da avere annullato, le spese sanitarie, configurando quindi “nuove” rinunce alle spese sanitarie.

Sono chiamate a rinunciare prevalentemente le famiglie dei quintili medio-bassi, che spendono prevalentemente per farmaci, visite ed esami diagnostici (80-90% delle spese socio-sanitarie OOP).

In termini di impatto equitativo, nel 2014, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie OOP e della catastoficità non sembra essere variata, ma ci sono circa 279.000 famiglie (l'1,4% di quelli che sostengono spese sanitarie OOP) ad alto rischio di impoverimento. L'incidenza del fenomeno rischia quindi di provocare in prospettiva un raddoppio delle situazioni di disagio.

La crescita difforme delle forme di Sanità complementare contribuisce paradossalmente ad aumentare le disparità regionali: la componente intermediata rappresenta il 13,4% della spesa privata nel Nord (17,3%

nel NordOvest e 8,0% nel NordEst), il 10,7% nel Centro e solo il 3,3% nel Sud e Isole.

Notiamo quindi che aumenta il disagio e in più che, in assenza di una strategia di governo del rilevante fenomeno qui descritto, si è anche innescata una nuova causa di “allontanamento” fra le Regioni settentrionali e meridionali.

6. Indicazioni di politica sanitaria

La disamina che precede pone all'attenzione almeno tre problemi prioritari per il futuro del SSN: il primo è come rendere compatibili gli equilibri macroeconomici con l'equità del sistema; il secondo è come rendere effettivo e stabile un nuovo equilibrio istituzionale fra Stato e Regioni; il terzo è come riorganizzare il sistema su due livelli, integrando l'assistenza pubblica di base con il crescente ruolo assunto dalla spesa privata, in particolare quella intermediata dalle polizze collettive.

Prima di suggerire alcuni elementi di attenzione, è però bene premettere quello che può certamente definirsi un dato positivo per il nostro SSN.

Il sistema sanitario italiano ha, infatti, sperimentato in anticipo rispetto agli altri Paesi europei, tanto l'impatto

dell'invecchiamento, quanto quella della riduzione delle risorse disponibili: l'enorme *gap* fra spesa italiana e europea (EU14) e il, certamente inferiore, *gap* nel livello dei servizi erogati, ci rassicura sulla resilienza del sistema, che è stato capace di governare la transizione, ponendosi oggi fra quelli certamente considerabili maggiormente "sostenibili".

Questo non significa, però, che il *gap* rispetto agli altri Paesi possa continuare ad allargarsi senza pregiudicare i livelli di servizio; e, a sua volta, questa osservazione implica la necessità di definire nuove strategie di sviluppo del SSN.

L'impossibilità di mantenere (o forse più correttamente di raggiungere) la globalità della risposta assistenziale pubblica, implica la capacità di decidere razionalmente su quali siano le priorità cui dedicare le risorse esistenti.

L'indicazione per l'individuazione delle priorità ci viene peraltro dalla nostra Costituzione e dalle leggi costitutive del SSN, oltre che dalla ovvia constatazione per cui è nel perseguimento dell'equità che si estrinseca il ruolo di un servizio pubblico universalistico.

Equità che si misura con la capacità di garantire universalmente la possibilità di accesso alle cure: e non sembra poterci essere ragionevole dubbio che, oggi, il tema dell'accesso non si pone più tanto in termini di disponibilità di offerta, sebbene forse sovrabbondante in alcuni segmenti e insufficiente in altri, quanto in termini di barriere all'accesso rappresentate dai costi proibitivi di alcune cure.

Per garantire universalmente equità nell'accesso è, allora, necessario intervenire prioritariamente per rendere compatibili le condizioni economiche delle famiglie con i costi che devono sostenere per accedere alle cure (socialmente meritorie/appropriate).

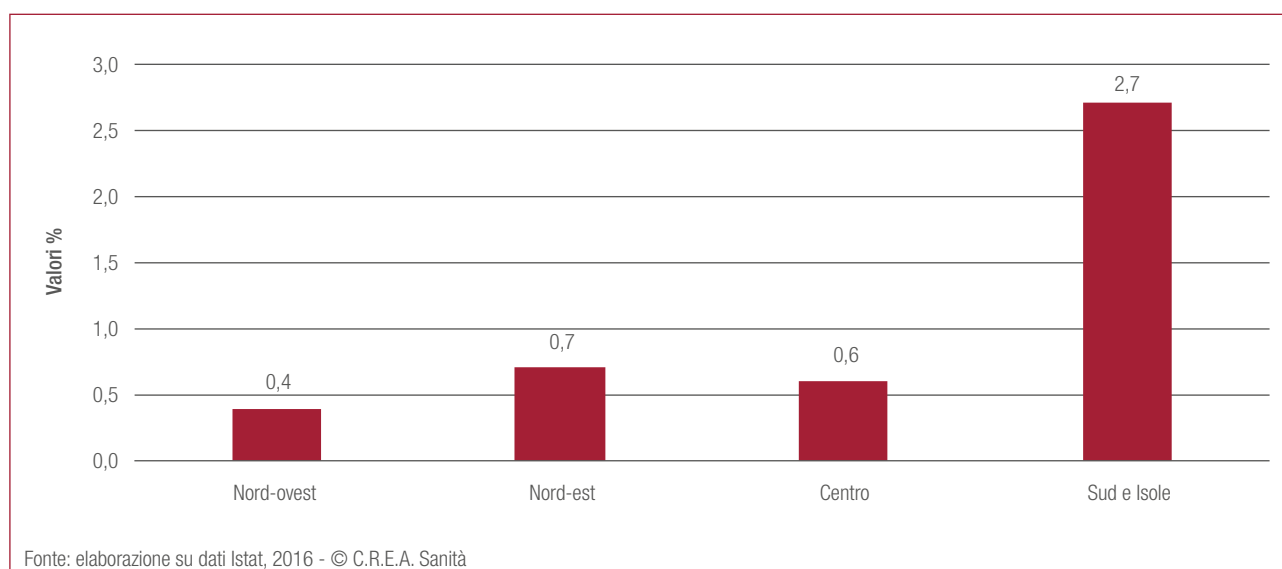
Va da sé che questo non implica erogare cure gratuite per tutti, quanto piuttosto la capacità di richiedere livelli di compartecipazione "proporzionali" alle condizioni economiche.

Semplificando, piuttosto che rischiare di razionare le nuove terapie, sembra più equo chiedere un maggiore contributo alla popolazione per quelle a minore impatto economico. Contributo che ovviamente dovrebbe essere commisurato alle capacità economiche, onde evitare fenomeni di impoverimento (che per inciso hanno raggiunto il ragguardevole livello del 1,2%, con punte del 2,7% nel Mezzogiorno) (Figura 10).

Onestà intellettuale richiede di sottolineare che per quanto equa e sulla carta effettivamente implementabile (con un sistema di compartecipazioni modulato in rapporto ai "mezzi"), una siffatta forma di prioritizzazione non è proponibile in un Paese dove (dato 2013) oltre il 60% dei cittadini paga una imposta IRPEF inferiore o al massimo uguale al costo medio pro-capite della sola Sanità pubblica.

Il paradosso dell'universalismo italiano è, oggi, che il servizio viene di fatto garantito da una minoranza di contribuenti fortunati o onesti, che "mantengono" un

Figura 10. Quota famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie. Valori %, anno 2014



numero abnorme di concittadini (poveri o disonesti); e, oltre tutto, questi contribuenti probabilmente ricevono anche in proporzione meno servizi, essendo gli unici soggetti alle compartecipazioni.

Sembra questione irrisolvibile, ma va da sé che, in prospettiva, più le risorse caleranno, più sarà necessario prioritizzare e, di conseguenza, bisogna avere la consapevolezza che la sopravvivenza del SSN universalistico dipenderà strettamente dalla capacità di rendere finalmente equo il fisco.

Prioritizzare, per quanto premesso, implica anche definire quali siano le prestazioni meritorie e quindi degne della tutela pubblica.

Questo comporta due scelte strategiche, di cui la prima si lega anche alla questione dei rapporti istituzionali, oggi al centro del dibattito politico.

Infatti decidere cosa sia “appropriato” richiede processi trasparenti e anche autorevoli di valutazione.

Non c'è dubbio che l'argomento sia di quelli con valenza del tutto generale e quindi da affidarsi al livello centrale: pensare che la appropriatezza sia declinata regionalmente sarebbe la fine evidente dell'universalismo.

Da questo punto di vista, il tema della valutazione dell'appropriatezza e della meritorietà sociale, è legato a quello della credibilità di un riaccostamento delle decisioni “generali e comuni”, che è oggi in discussione: a tal fine ci sembra sia però necessario rifondare i sistemi di partecipazione degli *stakeholder* del sistema (cittadini e professionisti) alle decisioni; si invoca spesso l'*Health Technology Assessment* (HTA) come metodo razionale e trasparente per prendere decisioni, ma altrettanto frequentemente si dimentica di aggiungere che il processo dell'HTA non configura valutazioni meramente tecnocratiche, richiedendo invece la partecipazione corale degli *stakeholder* alla definizione delle scelte.

Pensare ad un accentramento meramente tecnocratico sarebbe “miope”, sia da un punto di vista politico che da quello tecnico: si genererebbero, ad esempio, immediati conflitti fra le Istituzioni e i cittadini, essendo le prime chiamate dalla scarsità di risorse a restringere il campo dell'appropriatezza, ed essendo i secondi portatori di interessi esattamente opposti (si vedano a tal proposito le evidenze prodotte in tema di composizione delle prospettive degli *stakeholder* nel cap. 4b).

Con questa prospettiva mancherebbero quelle con-

dizioni di “autorevolezza” capaci di rendere efficace la rideterminazione delle competenze regionali e statali.

Solo da un confronto e una corresponsabilizzazione degli *stakeholder* tanto sui temi dell'accesso che su quelli delle compatibilità economiche, può generarsi un processo credibile di formulazione dei criteri di prioritizzazione degli interventi, necessario per rendere compatibili risorse e aspettative, disinnescando il continuativo conflitto fra livelli centrali e locali di governo.

La Sanità italiana deve fare un significativo passo avanti in questo senso: non è, infatti, accettabile che non si riesca a mettere intorno al tavolo gli *stakeholder* del sistema, vuoi per la frammentazione delle società scientifiche e delle associazioni di *advocacy*, vuoi per un imperante regime di reciproca diffidenza fra categorie di *stakeholder*.

Evidentemente va coraggiosamente affrontato il tema della rappresentatività dei corpi intermedi, evitando che la frammentazione produca una ingovernabilità del sistema sanitario (frammentazione che, non a caso, è dato comune del Paese, confermando che la Sanità è un “campione rappresentativo” della Società italiana).

Un secondo aspetto propositivo rispetto alle necessità di prioritizzazione è legato alla declinazione stessa del concetto di appropriatezza.

La difficoltà crescente di definirne i limiti sembra, infatti, legata ad un approccio reso obsoleto dalla crescente offerta di opportunità diagnostiche e terapeutiche.

Definire in modo dicotomico cosa sia, o non sia, appropriato rende di fatto molto difficile procedere. Analogamente rende quasi impossibile disegnare il discrimine fra cosa sia, o non sia, “innovativo”.

Sarebbe allora opportuno valutare la possibilità di associare (cosa peraltro non nuova, basti vedere l'esperienza francese) alle prestazioni, non un “bollino” di appropriatezza di tipo dicotomico, ma un valore di meritorietà sociale su una scala (ad esempio a 5 livelli); in tal modo, le singole prestazioni potrebbero entrare nei LEA in modo differenziato (evitando o almeno mitigando il rischio delle logiche esclusive, “dentro o fuori”); diversificazione ad esempio associata a livelli di compartecipazione differenziati, che arricchirebbero fortemente le leve di governo del sistema.

Anche qui nulla di assolutamente nuovo, trattandosi

piuttosto di recuperare, con i dovuti ammodernamenti, strumenti che sono stati miopicamente abbandonati, spesso per mere ragioni elettorali: si pensi, ad esempio, al caso dei farmaci, che sino alla soglia del XXI secolo erano effettivamente classificati in “salva vita” (la classe A), e per questa loro meritorietà erogati gratuitamente, e in “altri farmaci” (classe B) erogati, invece, a fronte di una compartecipazione: avere abbandonato queste graduabilità degli interventi, e la relativa flessibilità, ha impoverito il sistema di leve di governo capaci di rendere compatibili risorse e aspettative.

Il terzo punto richiede che siano ridefinite non solo le competenze istituzionali del sistema pubblico, ma anche i ruoli reciproci del settore pubblico e di quello privato: continuare ad ignorare che oltre il 30% del costo delle cure (indipendentemente dai giudizi di appropriatezza) è oggi sostenuto direttamente dalle famiglie, implica lasciare il sistema ad una evoluzione disordinata, portatrice oltretutto di ulteriori allargamenti delle disparità geografiche/regionali, come sopra evidenziato.

Tanto più il sistema perde la sua connotazione di globalità, e tanto più la Sanità complementare diventa fatto socialmente meritorio e quindi degno di attenzione e regolazione.

Già nelle precedenti edizioni abbiamo più volte richiamato l'attenzione sulla mancanza di una chiara visione politica sul ruolo della Sanità complementare e sulla conseguente carenza di regolamentazione del settore.

Rimandando a quelle osservazioni, ci sembra si debba aggiungere che le cifre raggiunte dal fenomeno richiedano sia rivista tanto la *vision* che la *mission* del SSN.

Di fronte alla crescita della Sanità complementare (di fatto privata, ma non per definizione, bensì perché manca una strategia di intervento pubblico complementare), il SSN si trova ormai ad un bivio: rimanere essenzialmente orientato ad una logica di produzione, o sposare invece la logica della capacità di integrazione di servizi etero-prodotti.

Si è parlato¹, in questo contesto, della necessità che il SSN assuma un ruolo di ricomposizione sociale, di *brokeraggio*, atto a rispondere ad una crescente com-

plexità e varietà dei bisogni della popolazione: sembra una istanza del tutto fondamentale per la sopravvivenza stessa del SSN.

In effetti, l'*empowerment* dei cittadini e la smisurata crescita delle opportunità e delle aspettative, rende oggi sempre meno strategica una presa in carico basata sull'idea paternalistica di un completo affidamento del paziente al professionista o all'Istituzione; lievita, invece, l'importanza dell'integrazione: ovvero una presa in carico intesa come accompagnamento e supporto del paziente da parte dell'Istituzione, nella costruzione del suo percorso individuale.

L'aspetto è cruciale e non banale: malgrado le discussioni, spesso meramente ideologiche, sulle separazioni dei ruoli di produzione e committenza, negli anni il SSN ha continuato di fatto a rimanere essenzialmente (forse l'ultima) industria di Stato.

Pur riconoscendogli una significativa capacità di razionalizzazione economica, l'eccellenza del SSN è piuttosto da ricercarsi nella capacità di integrazione delle risposte.

Un ulteriore elemento è che ci sembra di poter proporre che un altro strumento di governo persosi negli anni, possa essere recuperato e rivalutato: di fronte alla crescente domanda di prestazioni complementari non si vede, infatti, perché le aziende pubbliche non possano sviluppare una offerta per cittadini solvendi, generando così nuove entrate in favore dell'assistenza complessiva (specie se il mercato si dovesse allargare alla mobilità internazionale in entrata, cosa per la quale esistono in verità tutti i presupposti); presumibilmente generando anche un positivo effetto calmierante sul mercato (al quale sono già molto interessati gli attori attivi nel mercato della Sanità complementare); e, infine, innescando benefici effetti in termini di efficienza delle strutture, grazie ai processi di imitazione/trasferimento delle *best practices*.

Una attività di questo tipo non è, però, pensabile possa esplicarsi all'interno delle attuali regole che governano le aziende pubbliche: si potrebbe allora sviluppare l'idea di “rami di azienda” soggetti a regole più tipicamente privatistiche, con un accreditamento sepa-

¹ Welfare futuro: scenari e prospettive, (a cura di) F.Longo, EGEA SpA, Milano, 2016.

rato e specifico per l'erogazione di prestazioni in forma complementare. L'aspettativa è che aumenterebbe certamente la flessibilità, si genererebbe un benefico effetto sul governo manageriale delle aziende pubbliche e si regolerebbe meglio il mercato della Sanità complementare.

Concludendo, il sistema italiano ha dimostrato una grande capacità di resilienza; accusare il Federalismo dei mali residui della Sanità italiana, che poi sono effetti derivanti dalle note e irrisolte "questioni" della Società italiana (prima di tutto la questione meridionale e poi quella fiscale) è almeno ingeneroso.

Pensare che riaccentrare il potere in Sanità sia la panacea di tutti mali è aspettativa miope, destinata a infrangersi sull'evidenza di quelli che sono i veri nodi al pettine per garantire la durabilità del SSN: prima di tutto

la capacità di governare la ricerca di una coerenza fra aspettative e risorse, salvaguardando allo stesso tempo l'equità complessiva delle risposte pubbliche; per ottenere ciò va governata la transizione del SSN, da attore unico capace di fornire una risposta globale, ad attore partecipante e integrato di un sistema complesso composto da offerte diversificate. Questo pone la necessità di una diversa *vision* sul ruolo del SSN e nuove regole per governare l'integrazione dei diversi attori che si affacciano sul mercato.

Da ultimo, ma non per importanza, è poi necessario integrare nei processi decisionali le istanze di cui i diversi *stakeholder* del sistema sanitario sono portatori, utilizzando processi valutativi multi-prospettiva, e reintroducendo elementi di flessibilità nelle scale di valutazione della meritorietà sociale.