



Dipartimento di Impresa e Management

Cattedra Scienze delle Finanze

*Il Sistema Sanitario Nazionale: luci e ombre di un'eccellenza
italiana stretta dai vincoli della finanza pubblica*

Relatore

Prof. Angelo CREMONESE

Candidato

Chiara SCUCCIMARRA

Matr. n. 201371

Anno Accademico 2017-2018

Sommario

Introduzione	3
1. Il Sistema Sanitario a livello globale	5
1.1. Definizione del sistema sanitario	5
1.1.1. Tipologie di prevenzione	5
1.1.2. Livelli di assistenza.....	6
1.1.3. Modelli di sistema sanitario	7
1.2. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano	9
1.2.1. Aspetti normativi	9
1.2.2. Aspetti organizzativi del Servizio Sanitario Nazionale	11
1.2.3. Enti e Organi del Servizio Sanitario Nazionale	13
2. Funzionamento del sistema: aspetti operativi	18
2.1. L’allocazione delle risorse	18
2.2. L’equità del sistema	22
3. La spesa sanitaria	28
3.1. La spesa sanitaria in Italia tra il 2012-2016	28
3.2. Il trend demografico che cambia la spesa	31
3.3. La spesa privata	33
3.3.1. Iniquità della spesa privata.....	33
3.3.2. Soluzioni in prospettiva futura.....	38
3.4. La spesa farmaceutica	40
3.5. La Spesa Sanitaria nell’Unione Europea: un confronto	43
4. La qualità del servizio a livello regionale	49
4.1. L’esempio della Regione Lazio	51
4.2. Il Programma Operativo 2016-2018 della Regione Lazio	52
4.2.1. I LEA a livello regionale.....	56
4.2.2. Nuovo sistema di <i>Governance</i>	58
4.2.3. Le manovre in campo farmaceutico.....	59
4.2.4. Il ridimensionamento della spesa sanitaria	60
Conclusioni	61
Sitografia	62

Introduzione

Nel presente lavoro descriveremo il servizio sanitario, fornendo una panoramica a carattere generale, tenuto conto della tipologia di prevenzione e dei modelli di sistema esistenti adottati dai diversi Paesi con i relativi livelli di assistenza.

Successivamente tratteremo, anche sotto l'aspetto normativo, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano ed il suo funzionamento con i relativi enti e le loro capacità di azione. Sarà interessante osservare come il SSN, la cui ragion d'essere trova espressione nella previsione di assistenza per tutti i cittadini ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione¹, allochi le risorse in modo da rispettare l'attuazione stessa dell'articolo. Un'assistenza di questo tipo rappresenta una finalità nobile ed allo stesso tempo ambiziosa, per tale motivo il SSN è sottoposto a continue sfide, prima fra tutte quella di assicurare l'equità del sistema nei confronti di tutti i cittadini.

Affronteremo poi alcune tematiche relative alla spesa sanitaria sostenuta in Italia, ai *trend* demografici ed a come questi incidano sulla spesa. A tale proposito, va ricordato come la crisi economico-finanziaria che ha investito alcuni Paesi europei (la c.d. crisi del debito) e le richieste di consolidamento dei conti pubblici da parte dell'Unione Europea hanno riportato al centro dell'agenda politica il tema dell'efficientamento della spesa pubblica (*spending review*). La conseguenza è stato l'avvio di politiche di ridimensionamento da parte dello Stato di alcune voci di spesa, all'interno di un processo che non ha risparmiato i settori della sanità e dell'istruzione, tendenza confermata anche per gli anni successivi. Ciò ha determinato un conseguente aggravio per le famiglie, in quanto all'arretramento della spesa pubblica inevitabilmente subentra un maggior costo potenziale a carico dei privati.

Inoltre, effettueremo un breve confronto dei livelli di spesa sostenuta dall'Italia rispetto ai Paesi Europei, analizzando anche i dati relativi alla spesa farmaceutica; sarà interessante

¹ Ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione, “*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*”.

osservare come l'Italia è, tra i Paesi europei, quello con la più alta incidenza della spesa sanitaria privata così detta *out-of-pocket*.

Nell'ultimo capitolo, oltre a trattare la qualità del servizio italiano e le problematiche derivanti dal federalismo fiscale, con i fenomeni di "migrazione sanitaria" e tutte le conseguenze in termini di disuguaglianza che questi comportano, analizzeremo in maniera specifica l'esperienza relativa al Piano di Rientro della Regione Lazio.

Abbiamo ritenuto interessante fornire un'analisi concreta di una Regione al fine di dimostrare come, a dispetto delle difficoltà congiunturali e dei problemi di un sistema il cui equilibrio è particolarmente delicato, sia possibile avviare percorsi di risanamento e raggiungere livelli di spesa più contenuti senza perdere in termini di qualità ed efficienza, attraverso una attenta pianificazione e adeguati sistemi di controllo.

1. Il Sistema Sanitario a livello globale

Nel presente capitolo definiremo il Sistema Sanitario, le tipologie di prevenzione e i livelli di assistenza applicabili, e di seguito i principali modelli attualmente utilizzati nei diversi paesi.

Analizzeremo poi nello specifico il Servizio Sanitario Italiano, negli aspetti normativi ed organizzativi.

Infine elencheremo gli enti e le relative funzioni e competenze.

1.1. Definizione del sistema sanitario

Il sistema sanitario è il complesso di risorse, istituzioni ed attori che insieme promuovono e perseguono come obiettivo il mantenimento della salute dei cittadini. Le finalità del sistema riguardano, in particolare, la prevenzione che è volta sia a migliorare sia a mantenere stabile il benessere del cittadino ed evitare l'insorgere delle malattie.

1.1.1. Tipologie di prevenzione

La prevenzione si può classificare in tre tipologie:

- prevenzione primaria con la quale si tenta di eliminare o ridurre le possibili cause di insorgenza delle malattie, ad esempio aumentando le difese dell'organismo o ricorrendo alle vaccinazioni;
- prevenzione secondaria che attiene all'individuazione della malattia e al piano terapeutico per curare ed evitare l'aggravarsi della patologia. La diagnosi precoce è il principale strumento che consente di intervenire sulla malattia e limitarne il decorso;
- prevenzione terziaria che consiste nella riabilitazione, ovvero nel recupero delle funzioni che erano state compromesse dalla malattia, con la finalità di inserire nuovamente il paziente nel contesto sociale.

Un sistema ben funzionante dovrebbe riuscire ad assicurare la tutela dello stato di salute dei cittadini. In realtà tale stato è influenzato da più fattori concomitanti che possono incidere, sia in maniera positiva che negativa, sulla vita delle persone. A titolo di esempio, vi possono essere le condizioni ambientali (vivere in ambienti ricchi di smog oppure in contesti privi di inquinamento), lo stile di vita dell'individuo (ad esempio stili "virtuosi" con una grande attenzione all'alimentazione e all'esercizio fisico oppure stili di vita sedentari), la classe economica di appartenenza (con riferimento alla capacità dell'individuo di informazione, conoscenza e la possibilità di accedere a determinate cure) ed infine il patrimonio genetico della persona. Tutti questi fattori concomitanti determinano dei rischi per la salute dei cittadini, un sistema a seconda delle differenti esposizioni ai fattori di rischio dovrebbe promuovere

prestazioni sanitarie proporzionali a tali rischi. Proprio per questo motivo il sistema sanitario può anche farsi promotore di stili di vita sani, con campagne progressive che pubblicizzano per esempio un'alimentazione più sana ed equilibrata, ed allo stesso tempo può incoraggiare l'utilizzo di "politiche sane" in termini di risparmio energetico ed uso di energie rinnovabili, commercio, produzione e trasporti. Si tratta ovviamente di un risultato molto complesso non sempre ottenibile.

I parametri più comunemente utilizzati per misurare il funzionamento del sistema sanitario sono l'efficienza, l'efficacia, il costo e l'equità.

Un sistema sanitario si può definire efficiente quando con il minor utilizzo delle risorse nel processo di produzione riesce a garantire le prestazioni sanitarie necessarie, mentre si può definire efficace quando le prestazioni erogate determinano un effettivo miglioramento dello stato di salute dei cittadini.

Il livello della spesa sanitaria pro-capite, di cui il costo è l'indicatore principale, dovrebbe essere ad un livello adeguato e tale da permettere l'accesso al sistema a tutti i cittadini.

Quest'ultimo punto introduce il tema dell'equità, definita come uguaglianza che i cittadini hanno nell'accesso alle cure.

1.1.2. Livelli di assistenza

Dopo aver definito le finalità di un sistema e i metodi per valutarne il buon funzionamento, possiamo analizzare da un punto di vista operativo quali tipologie di livelli di assistenza è possibile implementare:

- Servizio di primo livello (l'assistenza primaria definita anche come Primary Health Care²). Si tratta di prestazioni caratterizzate da interventi mirati con una bassa complessità specialistica e con un modesto uso di tecniche strumentali. Per queste prestazioni si deve garantire facilità di accesso e continuità assistenziale.

Il Primary Health Care è suddiviso per macro-aree, in base alla fascia di vita, esiste infatti l'assistenza pediatrica, il medico di base, l'assistenza specifica per la terza età.

L'assistenza primaria svolge un ruolo di particolare rilievo in tutti i Paesi in quanto è lo strumento più importante per promuovere il miglioramento delle condizioni di vita di una popolazione, questo aspetto non riguarda solo le popolazioni povere ma anche quelle più ricche. Con un adeguato programma di assistenza primaria, infatti, anche i Paesi poveri possono

² Responsabilità che un sistema sanitario ha di promuovere salute e garantire interventi appropriati e sostenibili dal punto di vista economico, sociale ed ambientale, nei confronti degli assistiti di una determinata giurisdizione geopolitica che presentano specifici bisogni di salute.

raggiungere speranze di vita molto alte³, nonostante bassi livelli di reddito. Inoltre, non sempre gli alti livelli di ricchezza globale sono sinonimo di altrettanti livelli di assistenza primaria, ad esempio negli Stati Uniti, paese sviluppato e con un buon livello di ricchezza, vi sono differenze sociali e razziali molto marcate. Alcune ricerche indicano infatti notevoli differenze tra le varie etnie e che le cure ricevute da alcuni gruppi sono di qualità inferiore rispetto alla popolazione bianca, ciò ad esempio porta a tempi di attesa più lunghi e diagnosi più lente che incidono in maniera significativa sulla speranza di vita.⁴

L'assistenza primaria è un punto focale per ogni Paese e deve puntare all'equità e all'efficacia, cercando di ridurre al minimo le discrepanze che si creano tra i diversi ceti sociali;

- servizio sanitario di secondo livello, si intendono ricoveri ospedalieri e servizi specialistici, orientati all'erogazione di prestazioni con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza.
- servizio sanitario di terzo livello, medicina ad alta specializzazione per curare ad esempio malattie rare, è caratterizzata dall'utilizzo di una tecnologia più sofisticata rispetto ai primi due livelli;
- assistenza farmaceutica, si intende la distribuzione dei medicinali attraverso la rete delle farmacie. I medicinali possono essere a carico dello Stato o del cittadino a seconda della loro relativa classificazione. Tale livello di assistenza rappresenta una componente fondamentale nei diversi Paesi anche a livello di spesa.

1.1.3. Modelli di sistema sanitario

L'evoluzione storica ha portato la nascita di tre tipi principali di modelli del sistema sanitario attualmente in uso che si differenziano tra di loro in riferimento alle modalità di finanziamento e alle modalità di erogazione dei servizi:

- Il modello mutualistico o Bismarck, anche conosciuto come sistema di assicurazione sanitaria e sociale, è caratterizzato dalle assicurazioni sociali obbligatorie e il finanziamento della sanità è garantito dal versamento dei contributi sociali, soprattutto da parte dei lavoratori. L'erogazione dell'assistenza avviene tramite sia il servizio pubblico che privato. Esempi di applicazione di questo modello sono la Francia e la Germania entrambi con un sistema molto focalizzato sul servizio ospedaliero;
- Il sistema Beveridge, in cui il finanziamento del sistema è garantito dallo Stato tramite

³ Nel 1994, grazie al miglioramento nei sistemi di prevenzione, paesi quali Kerala, lo Sri Lanka o la Cina hanno raggiunto una speranza di vita pari a 73,73 e 71 anni rispettivamente, nonostante avessero un reddito pro-capite inferiore a 500 dollari annui (<http://www.salute.gov.it>).

⁴ Studi condotti da Peter.B. Bach, pubblicati sul "New England Journal of Medicine".

una quota di gettito della fiscalità generale. Il modello è anche conosciuto come “sistema sanitario nazionale”, la caratteristica di base è che il servizio ha una copertura universale⁵. In questo sistema, a causa del finanziamento pubblico, viene meno la correlazione fra il contributo del cittadino e l’effettivo utilizzo dei servizi. L’erogazione del servizio è affidata per lo più a strutture pubbliche con una bassa percentuale di quelle private. Il sistema attualmente in uso in Italia è riconducibile ad un modello di questo tipo. Il Sistema Sanitario Nazionale italiano infatti è un sistema pubblico che è caratterizzato dal principio di equità, ovvero garantisce l’accesso ai servizi sanitari in maniera gratuita o con il pagamento di un *ticket*⁶, e i destinatari dei servizi sono tutti i cittadini, l’ente che eroga il servizio è pubblico, ed il finanziamento è garantito dal gettito fiscale;

- Il Modello misto nel quale vi sono prevalentemente le assicurazioni private e l’ente che eroga i servizi sanitari è per lo più il privato. In questo caso il finanziamento avviene soprattutto tramite contributi dei cittadini e delle imprese di assicurazione con cui i cittadini stipulano contratti di assicurazione volontaria. Gli Stati Uniti sono il paese più rappresentativo dove questo modello è stato applicato.

Ognuno di questi tre modelli ha caratteristiche differenti di conseguenza nei Paesi dove vengono applicati la sanità viene erogata con differenti modalità, il punto d’incontro però risiede nel fatto che a livello globale l’obiettivo preminente è far in modo che tutti i cittadini abbiano uno stato di salute “eccellente” che possa permettere non solo un’aspettativa di vita più lunga possibile ma anche un crescente benessere. Oggi, come non mai però, la profonda crisi economico-finanziaria mondiale impone una modifica del sistema sanitario che sia in linea con le nuove esigenze dei cittadini e con la nuova situazione macro economica.

L’Italia nonostante sia tra i primi Paesi al mondo come qualità del servizio sanitario deve competere sia con dei vincoli di bilancio che mantengano la spesa entro un certo livello, sia con una realtà socio-economica complessa che con barriere territoriali e geografiche.

⁵ L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la copertura universale come una copertura che garantisce a tutti gli individui e a tutte le comunità di ricevere i servizi sanitari di cui hanno bisogno senza dover fare i conti con difficoltà economiche.

⁶ I *ticket* sono una quota di costo pagata dai pazienti a fronte delle prestazioni sanitarie di cui usufruiscono. Vi possono essere delle esenzioni per fascia di reddito, età, medicinali o servizi considerati “salva vita”.

1.2. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano

Andiamo ora ad analizzare nei dettagli come è organizzato oggi il Servizio Sanitario Nazionale Italiano. Elencheremo prima gli aspetti normativi, e i principi e criteri che sono alla base del sistema, e poi le sfide che il sistema deve affrontare per rimanere competitivo e per non modificare i suoi valori fondanti.

1.2.1. Aspetti normativi

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) Italiano è stato istituito con la Legge del 23 dicembre 1978, n. 833, ai sensi della quale, all'art 1., *“il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.”*

Questa legge è stata riconosciuta come la prima riforma in ambito sanitario che ha modificato in maniera significativa l'intero sistema con la costituzione delle USL (Unità Sanitarie Locali) e l'introduzione di un sistema fondato sul principio di eguaglianza ed universalità⁷.

I principi fondanti del SSN, che richiamano l'articolo 32 della Costituzione, sono i seguenti:

- Principio di universalità, che stabilisce che tutti hanno diritto a ricevere prestazioni sanitarie, in quanto la salute è una risorsa comune;
- Principio di uguaglianza, secondo cui tutti i cittadini hanno diritto a ricevere le prestazioni sanitarie senza distinzione di condizioni individuali, economiche o sociali;
- Principio di equità, in virtù del quale a tutti i cittadini si deve garantire l'efficienza, la qualità, la trasparenza del servizio e delle prestazioni. Questo principio ha l'obiettivo di superare le disuguaglianze che si possono avere nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

⁷ Il principio di eguaglianza e il principio di universalità del SSN costituiscono presupposto indefettibile per assicurare la coesione sociale del Paese e per contrastare le conseguenze sulla salute frutto delle disuguaglianze sociali, derivanti dalle diverse condizioni socio-economiche dei singoli territori.

Il SSN ha come obiettivo la promozione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini indipendentemente dal loro reddito, livello sociale e regione. Per perseguire questi obiettivi il SSN è organizzato in una serie di enti che insieme ricercano il benessere collettivo⁸.

L'emanazione di tale legge ha rappresentato un grande progresso e indice di sviluppo sociale e democratico e ha reso il nostro Paese un esempio di assistenza unico nel suo genere, poiché non tutti i Paesi garantiscono un'assistenza sanitaria senza distinzioni.

Dal 1978 ad oggi il sistema ha subito alcune variazioni che tuttavia non hanno mai intaccato i principi fondanti.

Attualmente l'Italia si trova alle prime posizioni per la sanità nelle graduatorie stilate dall'Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), detiene infatti il primato per l'accesso alle cure, ed il primato per l'elevata qualità dell'assistenza primaria. Indicatori che comprovano questi primati sono per esempio un basso numero di interventi ospedalieri in particolare per asma e malattie polmonari, questo dato è un indicatore di un

⁸ L'art. 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, elenca in maniera specifica gli obiettivi, ovvero: *“la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità; la prevenzione delle malattie e degli infortuni in qualsiasi ambiente di vita e di lavoro; la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata; la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica; la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro; l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e degli avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali e il controllo della loro alimentazione integrata e medicata; una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi volta a garantire l'efficacia terapeutica, la non nocività e l'economicità del prodotto; la formazione professionale e permanente, nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del Servizio sanitario nazionale”*. Inoltre, il SSN nell'ambito delle sue competenze, persegue: *“il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese; la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti e i servizi necessari; le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale e infantile; la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati; la tutela sanitaria delle attività sportive; la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione; la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali, in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici.”*

elevato livello di qualità delle cure primarie e i tempi di attesa piuttosto brevi per alcune tipologie di interventi quali ad esempio la chirurgia della cataratta.

Tutto questo ha anche determinato un'aspettativa di vita media molto alta ma anche una popolazione sempre più anziana.⁹

Anche in termini di spesa media per accesso alle cure, il nostro paese si colloca nei primi posti delle graduatorie Ocse.

La spesa media pro-capite nei Paesi Ocse è pari a 4mila dollari, mentre in Italia è pari a 3,4 mila dollari ovvero inferiore di circa 600 dollari pro-capite.

Tale inferiore livello di spesa è un fattore positivo perché indica che in Italia si spende meno, grazie a livelli di prevenzione medio-alti. Da un altro punto di vista, i fondi così risparmiati potrebbero essere utilizzati per sfruttare meglio le risorse e raggiungere livelli migliori.

1.2.2. Aspetti organizzativi del Servizio Sanitario Nazionale

Il SSN è organizzato su tre livelli istituzionali, il primo è il governo centrale (Ministero della Salute), il secondo i venti governi regionali ed infine il terzo sono le aziende locali (ASL) congiuntamente agli ospedali indipendenti.

L'organo principale del SSN è il Ministero della Salute, che si occupa di garantire la salute pubblica ed allo stesso tempo che vi sia equità, qualità, efficienza e trasparenza nel sistema utilizzando anche una comunicazione corretta e adeguata. A tal fine deve riuscire ad evidenziare le disuguaglianze e le iniquità, sostenendo quindi attività correttive e migliorative. Il Ministero della Salute ha il compito di definire i servizi sanitari essenziali, i cosiddetti LEA¹⁰ (Livelli Essenziali di Assistenza) che devono essere garantiti sul territorio e forniti a tutti i cittadini in maniera gratuita o sotto pagamento di una quota (*ticket*).

Questi si dividono in tre tipologie: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro¹¹, assistenza distrettuale¹² e assistenza ospedaliera (pronto soccorso, *day hospital*, *day surgery*, strutture per la riabilitazione).

⁹ Quotidiano Sanità, numero del 16 agosto 2018.

¹⁰ Introdotti con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (riforma "Bindi"). I LEA indicano le prestazioni erogate dal piano sanitario del SSN, ovvero tutti i servizi ai quali i cittadini possono accedere gratuitamente, o attraverso il pagamento di un *ticket*, presso le strutture pubbliche e convenzionate presenti sul territorio.

¹¹ Comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale).

¹² Le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai

La definizione dei LEA è stata recentemente cambiata con il D.P.C.M del 12 gennaio 2017 che ha sostituito il precedente del 29 novembre 2001, con cui sono stati ridefiniti i confini dei servizi sanitari essenziali.¹³ La Commissione Nazionale ha il compito di mantenere aggiornati e monitorare costantemente i LEA e di lavorare seguendo i criteri di efficacia e in coerenza con gli obiettivi del SSN.

Il Ministero inoltre deve collaborare con le Regioni in modo da poter valutare e migliorare la realtà sanitaria di queste ultime le quali hanno il compito di erogare i servizi di assistenza sanitaria in modo equo tramite le ASL (Aziende Sanitarie Locali).

Le ASL erogano prestazioni sanitarie pubbliche, servizi di assistenza primaria o di assistenza specialistica anche tramite gli ospedali pubblici (Aziende Ospedaliere, AO), questi

servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).

¹³ Nell'ambito del citato decreto, è stato previsto:

- un nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che introduce prestazioni tecnologicamente avanzate, tra cui le prestazioni di procreazione medicalmente assistita e la consulenza genetica, eliminando quelle obsolete;
- un nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica che permette finalmente di prescrivere ausili informatici e di comunicazione (per esempio tastiere adattate per persone con gravissime disabilità), apparecchi acustici a tecnologia digitale, posaterie, mezzi di comunicazione e suppellettili adattati per le disabilità motorie, arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo;
- in materia di vaccini, sono stati inclusi quelli già previsti dal Calendario nazionale 2012-2014 e introdotti quelli nuovi, relativi al nuovo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019, tra cui meningococco B, rotavirus e varicella nei nuovi nati con estensione dell'anti-Papillomavirus agli 11enni (prima era solo per le femmine). Sui nuovi vaccini per quanto riguarda l'eventuale pagamento il discorso è più complesso e dipende dalla Regione di appartenenza;
- in materia di malattie rare, è stato ampliato l'elenco, inserendo più di 110 nuove entità, tra cui sarcoidosi, sclerosi sistemica progressiva e fibrosi polmonare idiopatica;
- in materia di malattie croniche, sono state inserite nuove patologie tra cui la osteomielite cronica, le patologie renali croniche, la broncopneumopatia cronico ostruttiva e soprattutto l'endometriosi, di cui in Italia si stimano 3 milioni di casi e per la quale si prevedono 300mila esenzioni circa;
- in materia di *screening* neonatale, viene introdotto per sordità e cataratta congenita ed esteso a tutti i nuovi nati per le malattie metaboliche ereditarie;
- la celiachia, da malattia definita "rara" è diventata malattia cronica, restando comunque in esenzione tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- in riferimento alla gravidanza, è stata aggiornata la lista delle prestazioni gratuite offerte dal SSN, tra cui la diagnosi prenatale con test combinato, i corsi di accompagnamento alla nascita ed eventuali visite specialistiche di genetica medica in caso di aborti ripetuti.

ultimi insieme alle ASL vengono finanziati dalle Regioni e sono gestite in maniera diretta da quest'ultime.

Infine, il Ministero ha il compito di rimanere sempre aggiornato, anche nel campo innovativo, per riuscire fronteggiare le diverse insidie che possano intaccare la salute pubblica. Tramite il Piano Sanitario Nazionale, ratificato dal Parlamento, il Ministero stabilisce gli obiettivi generali per il raggiungimento della salute pubblica, compreso l'importo del fondo sanitario e il metodo di ripartizione di tale fondo alle Regioni che tramite le ASL riescono ad assicurare l'attività sanitaria.

Il Ministero è organizzato in tre Dipartimenti, ognuno di questi è organizzato in Direzioni generali per riuscire a rispondere al meglio alle diverse esigenze dei cittadini in tema di salute:

- Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione: si occupa delle attività di coordinamento e vigilanza e di diretto intervento sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro, dell'ambiente e delle condizioni di vita delle persone, di promozione e sviluppo della ricerca, di finanziamento e vigilanza sugli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e altri enti nazionali;
- Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale: si occupa di coordinamento e vigilanza e di diretto intervento di spettanza statale in tema di programmazione, sviluppo e monitoraggio di sistemi di garanzia della qualità del SSN, assistenza sanitaria per gli italiani all'estero, sistema informativo e statistico del SSN, formazione del personale del SSN, organizzazione territoriale dell'assistenza farmaceutica e rischio clinico;
- Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e organi collegiali per la tutela della salute: coordina, vigila, interviene su più fronti quali la sanità pubblica veterinaria, nutrizione e sicurezza alimentare, ricerca e sperimentazione, valutazione del rischio in materia di sicurezza alimentare, funzionamento del Consiglio superiore di sanità, farmaci veterinari, farmaci, alimentazione animale.

1.2.3. Enti e Organi del Servizio Sanitario Nazionale

Vi sono poi numerosi altri organi, che insieme al Ministero della Salute, contribuiscono al funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Fra questi vi sono: Istituto Superiore della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, l'Agenzia Italiana del Farmaco, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie ed Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Nello specifico ed in modo sintetico ne elenchiamo le principali finalità.

- **L'Agenzia Nazionale per il Farmaco (AIFA)**¹⁴ è un ente pubblico che opera sotto il controllo del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia, in termini di trasparenza, economicità ed autonomia. Collabora con le Regioni, l'Istituto Superiore di Sanità, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, le Associazioni dei pazienti, i Medici e le Società Scientifiche, il mondo produttivo e distributivo.¹⁵ L'AIFA ha un'ampia categoria di compiti da svolgere:
 - l'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali (AIC), necessaria per autorizzare l'entrata nel mercato dei farmaci con determinati livelli di qualità, efficacia e sicurezza. Queste attività hanno lo scopo di rendere accessibile l'assistenza farmaceutica in tutta la nazione e di rendere disponibili sia i farmaci innovativi che quelli per le malattie rare;
 - farmacovigilanza: l'AIFA svolge un continuo controllo su farmaci che si trovano in commercio per identificare, valutare e prevenire eventuali problemi che comportano determinati medicinali ed i loro uso. La farmacovigilanza è un'attività che ricerca il benessere collettivo e la tutela di quest'ultimo;
 - sperimentazione clinica e promozione della ricerca: l'AIFA è l'autorità competente in materia di sperimentazione clinica, questa favorisce la ricerca adattando le direttive europee e le normative nazionali in materia;
 - ispezioni: L'AIFA esercita una vigilanza sulla produzione di medicinali delle varie imprese farmaceutiche, controllando che queste utilizzino i giusti criteri a livello nazionale ed europeo di distribuzione, importazione ed esportazione con le relative procedure di allerta ed emergenza tramite le ispezioni di Buona Pratica Clinica (BPC)¹⁶.
 - informazione indipendente: offre informazioni in modo che vi sia un uso corretto ed appropriato dei farmaci, anche in materia di prescrizioni. Specifica, inoltre, quali farmaci possono essere venduti tramite prescrizione medica e quelli da banco;
 - governo della spesa farmaceutica: l'AIFA ogni anno entro il 1 dicembre stima la spesa farmaceutica nazionale con riferimento ad ogni Regione determinando così il livello di spesa al quale dovranno attenersi. L'ente ha potere di vigilanza per far in modo che i livelli di spesa farmaceutica siano rispettati, tramite anche dei

¹⁴ Istituita con il decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, legge 24 novembre 2003, n. 326.

¹⁵ *Mission* AIFA.

¹⁶ La Buona Pratica Clinica è uno *standard* internazionale di etica e di qualità necessari alla progettazione, alla conduzione, alla registrazione ed alle modalità di relazione degli studi clinici che interessano soggetti umani.

meccanismi di ripianamento automatico in caso di superamento dei tetti di spesa;

- amministrazione e funzionamento: l'ente assicura la piena trasparenza ed efficienza delle procedure amministrative.

- **L'Istituto Superiore di Sanità (ISS)** è l'organo tecnico-scientifico di riferimento del SSN e lavora sotto le direttive del ministero della sanità. Coopera con le Aziende Sanitarie Locali (ASL) attraverso le regioni e su richiesta di esse funge da ente di consulenza e portatore di informazioni nei limiti dei propri compiti istituzionali. L'attività di consulenza viene svolta sia per le Regioni ma anche per il Ministero della Salute e per il Governo. L'Istituto si occupa principalmente di predisporre piani di ricerca, sperimentazione e formazione che siano in linea con gli obiettivi di programmazione sanitaria nazionale e delle iniziative proposte dalle regioni. I programmi vengono poi presentati all'approvazione del Ministro della sanità e del Consiglio Sanitario Nazionale. L'ente si impegna nella promozione di sperimentazioni cliniche di nuovi farmaci o metodi di cura e predispone, insieme alle regioni, alle università ed altre istituzioni pubbliche dei corsi per poter rimanere sempre aggiornati sulle questioni riguardanti la sanità pubblica. A questo proposito organizza anche convegni a livello sia nazionale che internazionale.
- **Il Consiglio Superiore della Sanità (CSS)** è il *“massimo organo di consulenza tecnico scientifica del Ministero della Salute”* ed è composto da 50 membri non di diritto e di diritto, quest'ultimi sono nominati con decreto dal Presidente della Repubblica su proposta del ministero. Il Consiglio rimane poi in carica per tre anni. In particolare, il CSS ha funzione di consulenza per quanto riguarda l'elaborazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per la determinazione, e in seguito l'attuazione, del piano sanitario nazionale. Il Consiglio ispeziona gli interventi nel campo dell'igiene e della salute pubblica, per poi dare il suo parere agli organi decisionali, inoltre propone progetti organizzativi per la costruzione in specifici luoghi di ospedali, istituti di cura ed altri edifici sanitari. Il suo giudizio è fondamentale per quanto riguarda le regolamentazioni, le convenzioni da stipulare con altri paesi, le norme relative a lavori pericolosi o nocivi, igiene sul lavoro e alla tutela ambientale. Infine il Consiglio ha la possibilità di ritirare i farmaci dal mercato ed impedire che quelli nuovi vengano messi in commercio. Il CSS si articola in cinque sezioni che si focalizzano su diversi argomenti di natura sanitaria e sociale. La prima sezione ha poteri di pianificazione e controllo relativi alla programmazione sanitaria, il piano sanitario nazionale, i livelli di assistenza e mezzi di valutazione, il fabbisogno finanziario del servizio Sanitario Nazionale, la

ripartizione del Fondo sanitario Nazionale, l'impiego delle risorse ed analisi economico-funzionale della spesa, gli interventi finalizzati alla ricerca sanitaria, il sistema informativo sanitario, il servizio statistico sanitario, gli interventi igienico sanitari con finanziamenti UE. La seconda ha funzioni più operative e determina sia i requisiti minimi per le strutture sanitarie sia i criteri per l'esercizio dell'attività sanitaria, con la relativa formazione del personale sanitario e lo sviluppo di enti di certificazione della qualità. Ha competenza per quanto riguarda i trapianti di organi e si occupa dei ricorsi che vengono presentati da pazienti che vengono danneggiati in maniera permanente da trasfusioni o vaccinazioni obbligatorie. La terza sezione si focalizza sulla prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, sui fattori di inquinamento, sulle possibili malattie infettive e sulla prevenzione della tossicodipendenza. La quarta divisione riguarda la sicurezza a livello alimentare, il controllo accurato a livello igienico sulla commercializzazione dei prodotti di origine animale. Allo stesso tempo si occupa della tutela della salute e del benessere degli animali, con particolare attenzione ai farmaci veterinari. Infine, l'ultima sezione si interessa dei farmaci ad uso umano, sull'utilizzo di quest'ultimi e sulla farmacovigilanza. Questa sezione ha competenze anche riguardo i dispositivi medici, i presidi medico chirurgici ed i prodotti utilizzati in medicina ed a livello cosmetico.

- **Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni a Lavoro (INAIL)**, si occupa della prevenzione dai rischi lavorativi con la relativa assistenza, tutela i lavoratori per i danni sia in materia economica che danni fisici relativi a infortuni. A questo proposito eroga prestazioni economiche e sanitarie ai lavoratori affetti dal danno. Con la legge 122/2010 l'INAIL ha sostituito il precedente ISPESL (istituto per la prevenzione e la sicurezza del lavoro).
- **Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)**, svolge funzioni di supporto alle attività regionali, in termini di qualità organizzativa, di efficienza ed efficacia delle prestazioni sanitarie. Si occupa di segnalare eventuali disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse personali e materiali dei sistemi regionali.
- **Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)**, sono enti nazionali autonomi che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari insieme con prestazioni di ricovero e cura.

- **Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM)**, svolge funzioni di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze.
- Infine, gli **Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS)**, coordinati dal Ministero della Salute, sono gli enti tramite i quali sia le Regioni che le Province possono gestire le ricerche riguardanti la sanità veterinaria. Inoltre elaborano tecnologie innovative per riuscire a controllare gli alimenti di origine animale e allo stesso tempo assicurare il continuo aggiornamento dei veterinari e degli altri collaboratori nel campo zootecnico.

Oltre a questi enti nel 1983 per riuscire ad avere una cooperazione più stretta fra Stato e Regioni è stata costituita una Conferenza Stato-Regioni, alla quale partecipano le due Province autonome e le diciannove Regioni per affrontare insieme al governo centrale i temi sulla programmazione ed il finanziamento delle responsabilità e l'erogazione dei servizi sanitari e dei servizi di assistenza tramite i loro sistemi regionali (ASL), che come già abbiamo detto dipendono in maniera diretta dal governo della Regione di appartenenza che le finanzia tramite programmi che variano da una Regione all'altra.

2. Funzionamento del sistema: aspetti operativi

Dopo avere illustrato tutti gli enti e le istituzioni coinvolte nel SSN, possiamo analizzare alcuni aspetti più operativi e le tematiche e sfide che il sistema deve affrontare.

2.1.L'allocazione delle risorse

L'evoluzione della situazione socio-economica della popolazione italiana, le innovazioni tecnologiche e le aspettative dei pazienti hanno determinato nuovi contesti e nuove sfide.

Di conseguenza massimizzare l'efficienza e rispondere al meglio alle esigenze della popolazione è diventata una priorità. In questo ambito l'allocazione delle risorse è diventato tema attuale e fonte di accese discussioni.

Nel contesto di oggi i numerosi vincoli di bilancio che sono stati imposti al servizio sanitario hanno indirizzato gli interventi di quest'ultimo ad una maggiore qualificazione ed ottimizzazione della spesa. L'allocazione delle risorse tra le diverse regioni, correlate al fabbisogno sanitario, ha un'importanza considerevole nell'assicurare che vi sia sostenibilità tra i diversi sistemi sanitari regionali ed è un requisito fondamentale per avere un'equa erogazione dei LEA sul territorio nazionale.

La continua evoluzione in ambito tecnologico, la scoperta di nuovi farmaci, vaccini, nuove procedure mediche e programmi di assistenza hanno fatto aumentare in maniera progressiva l'aspettativa di vita della popolazione, ma anche il numero di anziani in stato di multi-cronicità. Questi due fattori hanno significativamente aumentato le aspettative di mantenimento della salute da parte della popolazione e contemporaneamente la domanda di prestazioni sanitarie e, di conseguenza, della spesa sanitaria, sia pubblica che privata.

Questi aspetti sono le principali sfide per i diversi sistemi sanitari per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria, indipendentemente dal modello adottato e dalle differenze in termini di spesa sanitaria.

Nella realtà italiana il tema dell'allocazione delle risorse dal livello centrale a quello regionale è sempre stato un argomento ricco di discussioni per trovare un punto di incontro tra centro e periferia. Questo problema è messo ancora più in evidenza nel settore sanitario, in quanto la spesa sanitaria assorbe mediamente oltre i due terzi dei bilanci delle regioni. Nonostante ciò nel contesto che stiamo vivendo, anche se il dibattito sul metodo per determinare il fabbisogno sanitario è sempre molto acceso, da alcuni anni il principio di proporzionalità del finanziamento in ragione delle singole regioni sembra l'orientamento prevalente.

Tutti i recenti Governi hanno inserito il tema della spesa sanitaria, della sostenibilità ed efficienza del sistema al primo posto in termini di priorità che si dovranno affrontare.

In Italia il primo criterio di riparto, introdotto nel 1984, prevedeva che le risorse fossero allocate prima per funzione, quale ad esempio quella territoriale o farmaceutica, e che per ognuna di queste funzioni vi fossero parametri basati sulla popolazione residente e sulle fasce di età.

Il criterio stabilito nel 1984 è stato applicato per molti anni, successivamente è stato oggetto di numerose modifiche anche se il principio di fondo basato sull'allocazione delle risorse in base alla fascia di età è rimasto un punto fermo.

È importante evidenziare che fino al 1997 il problema della definizione di un criterio di allocazione non destava preoccupazione, in quanto non vi era scarsità di risorse destinate alla sanità e le regioni non avevano alcun tipo di vincolo finanziario. Nelle eventuali situazioni di deficit regionali si accedeva a piani di risanamento indipendentemente dal criterio adottato. I problemi iniziarono a sorgere con l'avvento del nuovo secolo e con l'entrata dell'Italia nell'area Euro, che cambiò completamente il quadro economico finanziario e rese evidente la necessità di adottare un criterio di allocazione più efficiente ed ottimale. Nonostante questa evidenza e gli sforzi compiuti verso la fine degli anni 90 per contenere la spesa, nei primi anni del nuovo secolo, sulla spinta di un federalismo sanitario poco accorto, la spesa sanitaria esplose e con essa anche la capacità di generare deficit da parte delle regioni.

Solo nel 2005 che, per cercare di contenere la spesa sanitaria, i vincoli di bilancio vengono irrigiditi e con essi anche la possibilità delle regioni di soddisfare il fabbisogno di risorse della popolazione. Bisognava ridefinire un criterio di allocazione delle risorse che fosse in grado di premiare le regioni con maggiori bisogni e non quelle con maggiori inefficienze.¹⁷

Da un punto di vista normativo nel 2009 viene introdotto, tramite la legge 5 maggio 2009, n. 42, il concetto di costo e fabbisogno *standard*, rimandando la definizione e misurazione di questi ai decreti attuativi.¹⁸

La legge n. 42/2009 introduce alcune novità che riguardano sia i rapporti finanziari tra governi centrali e periferia sia il rapporto tra Stato e Società nell'ambito dei diritti e doveri dei cittadini. Questo testo a detta di molti risultava però "neutro", soprattutto con riferimento ai Livelli Essenziali di Prestazione (LEP) o sui Livelli Essenziali di Assistenza nel caso particolare della Sanità. In tutte e due i casi, i livelli essenziali dovevano essere finanziati in relazione ai

¹⁷ I quaderni della Fondazione Farmafactoring, "L'allocazione delle risorse in sanità: la situazione in Italia".

¹⁸ Ai sensi dell'art. 2, lettera f), della L. n. 42/2009, la "*determinazione del costo e del fabbisogno standard quale costo e fabbisogno che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costituisce l'indicatore rispetto al quale comparare e valutare l'azione pubblica; definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere le amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni o alle funzioni fondamentali di cui all'articolo 117, secondo comma, lettere m) e p), della Costituzione*".

costi e al fabbisogno *standard*, la definizione dei quali aveva però portato una serie di difficoltà da un punto di vista applicativo.

In linea teorica con riferimento al costo *standard* quello che si voleva ottenere era sia mantenere un certo livello di costi di produzione in modo tale da riuscire a contenere la spesa sanitaria, sia misurare il livello giudicato efficiente del sistema produttivo, così da poter individuare eventuali scostamenti. Quello che si voleva raggiungere, in altre parole, era il livello “corretto” di risorse sufficiente ad assicurare le prestazioni sanitarie essenziali.

Entro 24 mesi dall’entrata in vigore della Legge n. 42/2009 il legislatore avrebbe dovuto ampliare la definizione di costo e fabbisogno *standard* così da fornire uno strumento adeguato ed analitico per stimare l’ammontare effettivo di risorse da destinare ai governi periferici. Purtroppo nel tempo non si è mai pervenuti ad una definizione più specifica ma anzi vi sono state una serie di interpretazioni poco coerenti con la teoria economica della minimizzazione di costi.¹⁹ Tra queste:

Il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, ha suggerito un criterio piuttosto complesso applicando criteri di comparazione e fasce di macro livelli assistenziali.²⁰

In seguito, nel novembre 2012, vi è stata un’altra delibera del Consiglio dei Ministri che ha definito alcuni indicatori da prendere in considerazione per le valutazioni.

In particolare, ve ne sono due: l’individuazione di quelle regioni che hanno ottenuto un equilibrio di bilancio, sia tramite il finanziamento del SSN che tramite entrate proprie; e la successiva analisi di queste regioni in base ad indicatori che mettano in rilievo sia le migliori performance nell’erogazione dei livelli essenziali, sia i livelli di spesa.

In entrambi gli esempi citati i criteri adottati sono però differenti da quelli stabiliti nella Legge n. 662/96 (del costo *standard*).

¹⁹ “Nella teoria economica, condizione che si realizza quando l’impresa sceglie quella combinazione di fattori, definita dalle quantità acquistate degli input, che rende minimo il costo totale da sostenere per produrre una data quantità di beni.” Definizione tratta dal Dizionario Economia e Finanza.

²⁰ Ai sensi dell’articolo 27, comma 5, del D.lgs. n. 68/2011, “in fase di prima applicazione a decorrere dall’anno 2013, si applicano a tutte le regioni i valori di costo medi, rilevati per i 3 macro livelli assistenziali, nelle regioni di riferimento e moltiplicati per la rispettiva popolazione residente pesata. Le 3 regioni di riferimento sono individuate a partire da 5 regioni che risultano aver garantito l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, non essere assoggettate a piano di rientro e certificate adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all’articolo 12 dell’intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005. Inoltre, le regioni sono individuate in base a criteri di appropriatezza, efficienza e qualità dei servizi erogati, definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, previa intesa della Conferenza Stato-Regioni, sentita la struttura tecnica di supporto di cui all’articolo 3 dell’intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009”.

Successivamente, nel tentativo di fare chiarezza, il legislatore con l'art. 1 del Nuovo Patto per la Salute 2014-2016 e la successiva legge 23 dicembre 2014, n. 190, ribadisce che i pesi con i quali decidere come destinare le risorse al SSN sono definiti dall'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.²¹

Si evidenzia però che allo stato attuale il criterio che viene comunque utilizzato, deciso di anno in anno in sede di conferenza Stato-Regioni, rimane quello della spesa storica con eventuali aggiustamenti come previsto dal D.lgs. n. 68/2011.

Il motivo principale per cui si utilizza ancora questo metodo dipende dal fatto che l'applicazione del nuovo metodo potrebbe cambiare in maniera significativa lo stato attuale, e i precari equilibri di bilancio del fondo sanitario.

La crisi economica ha aumentato le disuguaglianze e ha avuto importanti impatti sulla salute della popolazione, pertanto un cambiamento sembra essere necessario e non rimandabile.²²

L'allocazione delle risorse è un tema prioritario che necessita di nuove proposte di modalità di allocazione in modo da far corrispondere le risorse al bisogno, e la determinazione di un nuovo peso alle variabili che si prenderanno in considerazione. Tutto ciò sarà ovviamente legato allo scenario di finanza pubblica che si è creato dopo la crisi economica iniziata nel 2007 che ha portato molti Paesi ad una riduzione della spesa sanitaria (tasso crescita della spesa sanitaria pro-capite dei Paesi Ocse è passato da una media annuale del 3,4% nel 2005-2009 a 0,6% nel periodo 2009-2013).

In Italia il tasso di crescita medio annuale è stato del -1,6%, proprio per questo è importante che le regioni siano in grado di assicurare i livelli minimi di assistenza sanitaria con un'equa erogazione di quest'ultimi.²³

Ad oggi la disciplina vigente prevede una definizione di disponibilità delle risorse che viene definito fabbisogno sanitario nazionale *standard* in relazione al quadro macroeconomico

²¹ Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché per quelli finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie. Nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia le regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, devono concedere gratuitamente i vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite e antihaemophilus influenza tipo B quando queste vengono richieste dai genitori con prescrizione medica. Di tale norma possono usufruire anche i bambini extracomunitari non residenti sul territorio nazionale.

²² Vincenzo Atella, Direttore scientifico della Fondazione Farmafactoring.

²³ Sanità24, il Sole 24ore, "Verso la Terza Repubblica/superare il criterio della spesa storica per una migliore allocazione delle risorse".

complessivo che sia compatibile con i vincoli di bilancio e con la programmazione nazionale insieme alla capacità di assicurare i servizi di assistenza essenziali.

Inoltre, nel 2016 la Conferenza delle Regioni ha dato il compito alla Commissione Salute²⁴ di affrontare il tema del controllo dei criteri per l'allocazione delle risorse del SSN in modo che questi rispondano agli obiettivi di proporzionalità nel bisogno di salute inteso come effettivo bisogno dei LEA, che la ripartizione sia applicabile a tutto il territorio nazionale e che essa sia ottenuta tramite uno studio effettivo di informazioni ottenute da database che abbiano validità scientifica.

L'allocazione delle risorse, per concludere, è quindi un tema ricco di discussioni in cui l'obiettivo principale è quello di riuscire a garantire le risorse necessarie ponderate al bisogno e che permettano a tutti i cittadini di avere accesso alle prestazioni sanitarie indipendentemente dallo stato sociale, dal reddito o dalla religione.

2.2.L'equità del sistema

Le condizioni economiche del nostro Paese, che influenzano le disponibilità delle Regioni rendono urgente e necessario un intervento legislativo volto a revisionare le modalità di riparto del fondo sanitario nazionale in modo tale da poter distribuire meglio le risorse per Livelli Essenziali di Assistenza.

Attualmente nel nostro paese permangono differenze e svantaggi sociali notevoli che determinano differenze e non uniformità tra i bisogni all'interno delle diverse zone territoriali. Il fatto che i fondi non siano ripartiti in maniera uniforme nelle diverse regioni e all'interno di quest'ultime aggrava ancora di più queste differenze.

Gli obiettivi che quindi lo Stato si deve porre per garantire l'equità della salute devono essere indirizzati ad eliminare proprio quei meccanismi che causano le disuguaglianze e che potrebbero essere evitati.

Un primo passo che si dovrebbe fare è quello di privilegiare una strategia di tipo universalistico dove si mira al benessere di tutta la popolazione, ma in misura pari alle disuguaglianze socio-economiche. La riduzione delle disuguaglianze dovrebbe avvenire

²⁴ La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome è la sede del confronto istituzionale e politico tra le Regioni. Essa è organizzata in undici commissioni di lavoro tra le quali è compresa anche la Commissione Salute. È formata da tutti gli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome. È in quest'assemblea che si analizzano e si discutono gli argomenti, gli atti amministrativi e le normative più importanti in ambito sanitario e sociosanitario.

attraverso il miglioramento della salute dei più svantaggiati, senza comportare un peggioramento della salute dei gruppi sociali più avvantaggiati.

In particolare vi sono tre sistemi di azione che possono essere utilizzati per ridurre le disuguaglianze:

- azioni di sistema (indirizzate a tutta la popolazione in relazione al fabbisogno),
- azioni strumentali (utilizzano dati, regole per far funzionare le altre azioni),
- azioni selettive (per i gruppi più vulnerabili).

Per quanto riguarda le azioni di sistema, bisogna evitare che l'assegnazione delle risorse avvenga con l'obiettivo di privilegiare le regioni che possano creare una maggior efficienza a discapito invece di quelle che non sono in grado di gestirle al meglio. Infatti, per quanto possa essere importante la crescita dell'efficienza è altresì importante che le regioni meno efficienti non vedano ridurre ulteriormente il loro livello di quantità e di qualità dei servizi offerti, in quanto questo può portare ad uno svantaggio non solo locale ma anche nazionale e globale. Il Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe perciò introdurre in maniera più esplicita il concetto di equità della salute, soprattutto per i diritti di assistenza che il cittadino dovrebbe avere in qualsiasi parte della nazione si trovi. Proprio per questo recentemente vi è stato un aggiornamento dei LEA, che però ancora non è entrato in vigore, per ampliare sia le nuove prestazioni che saranno rese disponibili sia per includere nell'assistenza anche quei soggetti particolarmente vulnerabili a livello sociale (diritto al pediatra per i bambini figli di immigranti irregolari).²⁵ Il nuovo aggiornamento è necessario soprattutto perché i principi di equità e di giustizia entrino in maniera ancora più forte nell'ambito di applicazione dei LEA, in modo che questi siano garantiti o ridimensionati.

Altro intervento è stato posto soprattutto per le aree decentrate dove si sta cercando di rendere più omogeneo l'impegno del SSN tramite un programma della Strategia Nazionale per le Aree Interne.²⁶

²⁵ Il D.P.C.M 12 gennaio 2017 introduce modifiche al nomenclatore della specialistica ambulatoriale, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete, ha innovato il nomenclatore dell'assistenza protesica, revisionato l'elenco delle malattie rare e quello delle malattie croniche e introdotto nuovi vaccini e nuovi accertamenti per patologie neonatali.

²⁶ *“La Strategia Nazionale per le Aree Interne è una politica nazionale con una forte valenza locale, che opera per promuovere la ricchezza e la diversità conservata nei luoghi più remoti del Paese, migliorando la qualità dei servizi ai cittadini e stimolando la capacità delle persone che vivono in queste aree di immaginare e realizzare nuovi percorsi per l'innovazione e il cambiamento. Ha l'obiettivo di migliorare la quantità e qualità dei servizi di istruzione, salute, mobilità (quindi di cittadinanza)”. Si veda la “Relazione annuale sulla strategia nazionale per le aree interne. Gennaio 2018”.*

In aggiunta tramite il Piano Nazionale di Prevenzione²⁷, dove alla base vi è il principio di equità, si è riusciti a far in modo che 14 delle 20 regioni orientassero in maniera ancora più forte nei loro Piani Regionali di Prevenzione (PRP) il criterio di equità della prevenzione così da ridurre le disuguaglianze. Ad esempio, la prevenzione, l'igiene e la sicurezza nei posti di lavoro sono molto orientati all'equità, un ulteriore passo importante sarà ora quello di orientare i PRP nella promozione dell'equità nella salute.

In aggiunta ogni ente istituzionale del SSN dovrebbe far in modo di ridurre al minimo le barriere che possano ostacolare il pieno sfruttamento delle risorse sanitarie da parte dei cittadini.

A questo proposito bisogna introdurre il tema della spesa privata, cioè quella spesa interamente a carico dei cittadini.

Questa spesa ad oggi è arrivata alla cifra di 37 miliardi di euro un valore che continua a crescere e che risulta pari ad un quarto dell'intera spesa sanitaria nazionale. Questo dato è la conseguenza di una serie di fattori quali i tagli che vi sono stati nel finanziamento pubblico delle cure (10,5 miliardi di euro), una popolazione sempre più anziana, un accesso disomogeneo alle prestazioni, fattori che tutti insieme mettono a dura prova il sistema sanitario e i suoi principi. Il problema principale in questo contesto è riuscire a garantire a tutti l'assistenza con un livello di spesa sostenibile, tenendo conto che l'Italia si trova al secondo posto per il livello di debito pubblico (davanti alla Grecia) e con un bilancio dello Stato è in continua osservazione da parte dell'Unione Europea.

La spesa privata può essere composta da prestazioni che non fanno parte dei LEA e che quindi non pongono problemi di equità, e da prestazioni che non sono interamente comprese nei LEA e che quindi alcuni cittadini possono permettersi privatamente, mentre altri sono costretti a rinunciare alle cure, e quindi pongono nuovamente problemi di equità.

Una parte minore della spesa privata riguarda invece quel tipo di prestazioni che vengono garantite dal sistema sanitario ma che il cittadino preferisce ottenere privatamente. Questo può accadere perché il prezzo è pari o in alcuni casi inferiore al *ticket*, perché i tempi di attesa sono in alcuni casi troppo lunghi, oppure perché il soggetto preferisce avere una maggior agevolazione in termini di accesso alla prestazione.

In questo contesto si potrebbe porre il problema se la condizione di equità venga lesa o meno, in quanto questo tipo di spese non possono essere sostenute dai cittadini in egual modo e se non sarebbe preferibile che la gestione di queste spese sia affidata a sistemi assicurativi privati. Vi sono due punti di vista diversi a questo proposito, nel caso di prestazioni che non sono necessarie il problema non si pone in quanto la relativa spesa potrebbe essere messa a

²⁷ "Il Piano nazionale della prevenzione (Pnp) è parte integrante del Piano sanitario nazionale, affronta le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie e prevede che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano". Fonte: Ministero della Salute.

carico del fondo privato. Nel caso in cui invece le prestazioni riguardassero quelle essenziali, la copertura attraverso sistemi assicurativi privati comporterebbe necessariamente una perdita di equità nel sistema sanitario. In quanto se la popolazione più benestante iniziasse ad utilizzare questa nuova modalità, il sistema di equità e di universalismo del SSN verrebbe compromesso. Si andrebbe a creare un sistema migliore per le persone che si possono garantire un'assicurazione privata mentre coloro che utilizzano un sistema pubblico dovrebbero "accontentarsi" e magari anche vedere scendere la qualità del sistema perché non più finanziato come prima. In questo contesto la disuguaglianza aumenterebbe e così anche il declino del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

L'Italia deve quindi trovare una strategia per garantire la qualità dell'offerta dei servizi anche in ragione del nuovo contesto sociale che sta cambiando, con una popolazione che cresce in termini di anzianità e limitando la spesa entro livelli compatibili con i vincoli di bilancio.²⁸

Un discorso a parte si può fare in ambito farmaceutico dove l'attore principale è l'AIFA, che ha il compito di contribuire alla tutela della salute tramite delle politiche sui farmaci e allo stesso tempo di favorire l'equilibrio economico del sistema. L'AIFA mira quindi a diminuire le disuguaglianze tramite la ricerca indipendente²⁹, la promozione dei farmaci equivalenti³⁰ e la negoziazione del prezzo (per cercare di rendere più accessibili le terapie).

Oltre a ciò, un'attenzione particolare va posta alle barriere all'accesso rappresentate dal *ticket* (quota che il paziente paga per ricevere determinate cure). Questa modalità infatti sotto un certo punto di vista non rispecchia la logica della sanità uguale per tutti, in quanto i *ticket* hanno una tariffa che non è del tutto proporzionale alla capacità contributiva. Inoltre l'esenzione dai *ticket* ricopre solo una piccola parte della popolazione, che appartiene ad una fascia reddituale molto bassa. Infine l'esenzione per patologia non include la fase più delicata (la diagnosi), fase nella quale un paziente potrebbe essere indotto alla rinuncia.

Probabilmente sarebbe più utile che il *ticket* fosse proporzionale al reddito del paziente, e che il valore del *ticket* rientrasse in una determinata quota del prezzo di mercato per mantenere la competitività dell'offerta pubblica. Questa barriera richiede un'attenzione particolare per

²⁸ Sanità24, Il Sole 24Ore, "Sanità, spesa sempre più privata". Numero del 5 febbraio 2018.

²⁹ Produzione di conoscenze con caratteristiche di "eccellenza" in grado di contribuire al miglioramento della salute pubblica in aree che appaiono destinate a rimanere marginali o di scarso interesse commerciale. In particolare nel Bando AIFA 2016 sono state identificate le aree più vulnerabili proprio per mettere in rilievo l'attenzione che si sta dando a queste ultime.

³⁰ Per tali farmaci è stabilito per legge un "prezzo inferiore almeno del 20% rispetto all'analogo prodotto con marchio per ottenere la medesima classificazione ai fini della rimborsabilità" (Legge n. 425/96) a vantaggio del SSN e del cittadino, consentendo un risparmio sul prezzo e mantenendo al tempo stesso un equivalente livello di benefici e rischio terapeutico.

evitare che i cittadini non debbano rinunciare alle cure e che nessuno si depauperi del suo patrimonio per accedere alle cure.³¹

Alla luce di questi diversi punti di vista è importante che le istituzioni e le parti sociali siano consapevoli dell'impatto che le loro decisioni e politiche potrebbero comportare sulla popolazione e quindi sulle disuguaglianze che potrebbero crearsi. Utile in questa prospettiva è rendere noti i costi e i benefici delle diverse azioni in modo da comprenderne l'impatto sul bilancio del sistema sanitario. Ad esempio gli interventi che hanno avuto un impatto positivo in termini di riduzione delle disuguaglianze potrebbero essere letti come possibili futuri risparmi per il sistema sanitario. Bisogna quindi che le istituzioni che guidano le politiche siano in grado di analizzare e far emergere come le differenze sociali, le disuguaglianze di salute siano strettamente connesse con i costi per il Sistema Sanitario Nazionale. Sarebbe altresì importante l'inclusione e l'ascolto dei cittadini nei processi di decisioni che riguardano la loro salute, in particolare per i gruppi più svantaggiati.

A differenza delle azioni di sistema quelle strumentali, come citato sopra, analizzano dati effettivi e trend storici per promuovere l'equità della sanità.

Per riuscire a controllare le disuguaglianze il SSN dovrebbe attivare dei percorsi di *audit*³² per capirne le cause e mettere in atto delle azioni correttive. A questo scopo, con il patto della Salute 2014-2016 era stata affidata ad Agenas la sperimentazione di un sistema di monitoraggio per individuare le disuguaglianze³³.

Un altro esempio di azione strumentale è dato dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)³⁴ utilizzato per misurare la qualità e l'efficienza del SSN. Scopo del NSIS è fornire sia a livello regionale che nazionale, un numero di dati sufficienti a misurare la qualità, l'efficienza, il costo a supporto del governo del SSN, del monitoraggio dei LEA e della spesa sanitaria.

³¹ "L'Italia per l'equità e la salute". Fonte: Ministero della Salute.

³² L'audit è una valutazione con il fine di ottenere delle prove su un determinato oggetto. Le prove sono poi valutate in maniera obiettiva per comprendere in quale misura i criteri prefissati siano stati soddisfatti o meno.

³³ L'art. 12 (Piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali), comma 7, dell'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep n. 82/CSR del 10 luglio 2014), demanda ad AGENAS la realizzazione di uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle Aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati.

³⁴ Attuato con l'accordo quadro tra Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 22 febbraio 2001, ai sensi dell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388.

Queste informazioni andrebbero però arricchite con un insieme di variabili sociali come il titolo di studio, condizione professionale, stato civile, qualità dell'abitazione, luogo di nascita e cittadinanza, in modo da rendere ancora più specifica la ricerca.

Infine, le azioni selettive sono l'insieme degli interventi per i gruppi più vulnerabili, dove la situazione di svantaggio è più marcata ed è necessario intervenire in maniera più mirata. Fra questi si possono trovare le persone che vivono in estrema povertà e marginalità che sono quindi più esposti a fattori di rischio per la salute. A questo contesto appartengono anche le persone che a causa della malattia hanno più difficoltà logistiche e sociali (come i disabili). In questo contesto gli Enti nazionali come INAIL e INPS hanno allargato la loro responsabilità per la tutela dei più vulnerabili. Ad esempio l'INPS tutela maggiormente soggetti che sono più esposti a rischi sanitari, con una particolare attenzione per i disabili e i pazienti con malattie rare.

Il SSN dovrebbe adottare delle azioni che sono alla sua portata per agevolare l'accesso alle cure per i meno abbienti, poiché questi ultimi ad esempio rinunciano alle cure per barriere di varie genere che possono andare dai *ticket* a barriere burocratiche. Un esempio che è andato verso questa direzione è stata l'introduzione dei nuovi LEA che dovranno essere applicati a tutte le Regioni, specificando che la "condizione di vulnerabilità" dovrà essere uguale in tutta la nazione.

Alla luce delle diverse situazioni, nonostante la qualità del nostro servizio sanitario si trova tra le prime posizioni a livello globale, e nonostante questo sia fondato secondo i principi dell'art. 32 della Costituzione, che sancisce che la Repubblica ha il compito di tutelare la salute e il servizio di tutela sia uguale per tutti, permangono significative disuguaglianze causate dalle differenti distribuzioni delle risorse che vi sono tra le diverse regioni (particolarmente fra Nord e Sud).

Questa situazione non può essere eticamente accettabile, proprio per questo bisogna continuare a fare degli interventi mirati che possano portare alla massima equità nel nostro Paese.

3. La spesa sanitaria

Nel presente capitolo analizziamo nel dettaglio la spesa sanitaria, definendone le caratteristiche, le peculiarità e l'andamento storico nei tempi recenti, soprattutto nel contesto attuale che vede in tutti i paesi un aumento della popolazione anziana e, conseguentemente, una crescente esigenza di rivisitazione dei servizi sanitari.

Tra i fattori più rilevanti da analizzare vi sono le modifiche del *trend* demografico associate al fatto che il nostro Paese ha registrato una progressiva diminuzione dei finanziamenti pubblici; ciò ha comportato un parallelo aumento dell'esborso monetario da parte dei cittadini e delle loro famiglie per poter accedere a determinate cure.

L'incidenza della spesa sanitaria privata pagata direttamente dalle famiglie, in aggiunta al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, ammonta a più di tre volte quella della Francia, a più di due volte quella del Regno Unito e a più di una volta e mezzo quella della Germania.³⁵

Il problema derivante è che questo tipo di spesa aumenta ancora di più le disuguaglianze in quanto si basa esclusivamente sulla capacità economica-reddituale dei cittadini.

3.1. La spesa sanitaria in Italia tra il 2012-2016

La spesa sanitaria è composta da tre macro-categorie: la spesa pubblica; la spesa privata, che include anche la spesa intermediata da fondi sanitari (agiscono in parallelo al SSN, supportando la tutela della salute del cittadino che può scegliere o meno di partecipare al fondo) e quella intermediata da polizze assicurative e, infine, la spesa *out-of-pocket*, quella direttamente sostenuta dai cittadini.

Questi sono i tre pilastri su cui si fonda il SSN, più in particolare la sanità pubblica è finanziata da fondi pubblici; la sanità collettiva integrativa è basata sui fondi sanitari; ed infine la sanità individuale è basata sulle polizze assicurative.

I Livelli Essenziali di Assistenza vengono garantiti dal finanziamento pubblico, al contrario le prestazioni non essenziali sono coperte dalla sanità collettiva integrativa e, infine, ogni cittadino è libero di stipulare polizze assicurative individuali.

Tuttavia, a causa della combinazione di fenomeni occorsi nell'ultimo decennio, il modello a tre pilastri è stato messo in discussione e si evidenzia nei fatti la nascita di un "quarto pilastro".

³⁵ Rapporto RMB-Censis sulla sanità pubblica, privata ed intermediata, aggiornato al 23 luglio 2018.

Dal rapporto Censis sui dati del 2016, possiamo notare che la composizione della spesa sanitaria, a fronte di una spesa totale pari a € 157,613³⁶ miliardi, è formata da:

- € 112,182 miliardi di spesa pubblica;
- € 45,431 miliardi di spesa privata, di cui:
 - € 5,601 miliardi di spesa intermediata
 - € 39,830 miliardi di spesa *out-of-pocket*.

Analizzando la composizione in percentuale della spesa emerge quindi che il 28,8% della spesa sanitaria è privata ma all'interno di questa categoria l'87,7% è la spesa *out-of-pocket*.

Da questi dati emerge che questo tipo di spesa costituisce un “quarto pilastro” il quale in termini finanziari è secondo soltanto alla spesa pubblica. (Figura 3.1)

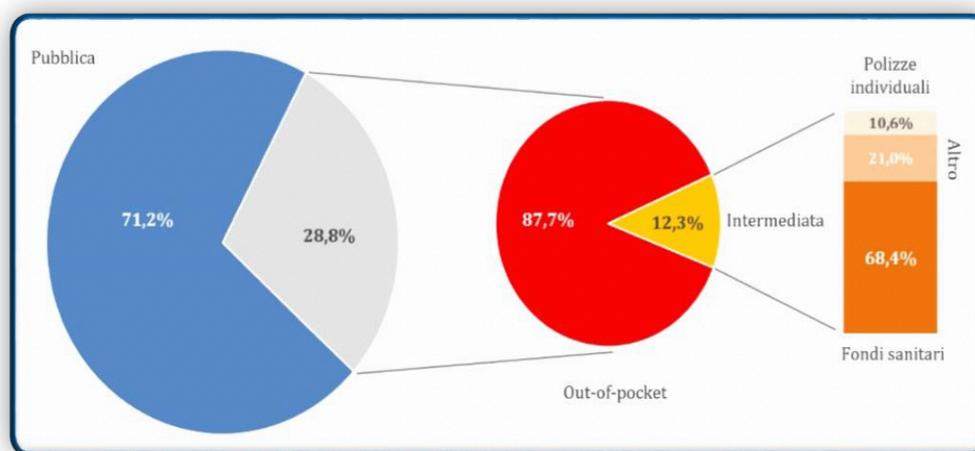


Figura 3.1³⁷ Composizione percentuale della spesa sanitaria (anno 2016)

Anche gli ultimi dati ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) diffusi a luglio 2017 e relativi alle stime 2012-2016 sul sistema dei conti della sanità³⁸, evidenziano questa composizione.

L'ISTAT in questo caso ha utilizzato una metodologia in linea con le regole del Sistema Europeo dei Conti SEC 2010. L'Istituto ha deciso di focalizzarsi sulla spesa sanitaria per dare un quadro informativo del sistema sanitario italiano in modo da poter attuare confronti a livello

³⁶ *Welfare Day*. VIII Rapporto RMB-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata.

³⁷ Fonte: Terzo Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

³⁸ Regolamento UE 359/2015. Costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts (SHA)* in linea con le regole contabili dal sistema europeo dei conti (SEC 2010) utilizzato dall'*OECD Health Statistics*, che permette di allineare i dati a quelli degli altri paesi.

internazionale. La metodologia tramite la misura dei flussi finanziari proporzionati al consumo dei beni e servizi sanitari, definisce un quadro informativo del sistema sanitario del Paese.

La possibilità di avere dei dati affidabili riguardo la situazione della spesa sanitaria permette sia di fare dei paragoni a livello europeo e globale, sia di analizzare i fattori che determinano il livello di spesa. Nella stima dei dati secondo la metodologia SHA si fa riferimento al consumo di beni e servizi sanitari da parte della popolazione residente.

La spesa sanitaria corrente viene rappresentata in base alla classificazione internazionale dei conti sanitari (*International Classification for Health Accounts – ICHA*).

La spesa si divide in due macro aeree, la spesa sanitaria pubblica e la spesa sanitaria privata.

La prima si riferisce alla spesa sostenuta dagli enti delle Amministrazioni pubbliche (AP) per soddisfare i bisogni individuali e collettivi della popolazione residente. Tale spesa viene sostenuta dalla pubblica amministrazione e dalle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria. All'interno delle amministrazioni pubbliche troviamo anche: le ASL, gli ospedali, gli istituti di ricovero e cura pubblici, le aziende ospedaliere universitarie integrate, la Croce Rossa Italiana, l'AIFA e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Università e Ministeri.

La spesa privata invece comprende la spesa sostenuta dai regimi di finanziamento volontari, i quali includono le assicurazioni sanitarie volontarie, la spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro, la spesa finanziata da imprese (si riferisce alla spesa che le imprese sostengono per la promozione della salute nei luoghi di lavoro) e la spesa diretta delle famiglie cioè la spesa sanitaria *out-of-pocket*.

Secondo le indagini condotte dall' ISTAT, nel 2016 la spesa sanitaria corrente è stata di 149,5 miliardi di euro e ha inciso sul Pil (Prodotto Interno Lordo)³⁹ nella misura dell'8,9%.

Tale spesa è finanziata per il 75% dal settore pubblico e per la restante parte dal settore privato. La spesa privata che per il 90% è a carico delle famiglie, è stata, nel corso dell'ultimo anno, pari a 37 miliardi e 318 milioni di euro, incidendo sul Pil per il 2,2%.

In sostanza, ogni italiano ha speso, mediamente, in assistenza sanitaria € 2.466, registrando un aumento medio annuo, rispetto al 2012, dello 0,7%.

Dalle indagini ISTAT siamo anche in grado di verificare la composizione di detta spesa.

Si rileva che, la prima componente di spesa è da imputare all'assistenza per cura e riabilitazione che incide per oltre 82 miliardi sul totale e grava sul Pil per il 5%.

³⁹ Il prodotto interno lordo (PIL) è pari alla somma dei beni e dei servizi finali prodotti da un paese in un dato periodo di tempo. Si dice interno perché si riferisce a quello che viene prodotto nel territorio del paese e rappresenta una grandezza molto importante per valutare lo stato di salute di un'economia.

La seconda è quella per i prodotti farmaceutici ed altri apparecchi terapeutici per un importo di 31 miliardi e una quota del 21% del totale.

Gli ospedali sono i principali erogatori di assistenza nel sistema sanitario italiano e incidono per il 45,5% sul totale della spesa sanitaria corrente.

Un dato interessante, rilevato dall'ISTAT, riguarda il confronto con altri importanti paesi dell'Unione Europea (Francia e Germania). Dall'analisi emerge che la spesa sanitaria dell'Italia è significativamente inferiore, sia in termini di valore pro-capite che in rapporto al Pil, questo significa che nel nostro Paese si spende meno ma non è detto che si spenda meglio.

I dati disponibili dall'ISTAT con il modello SHA, sono utili per riuscire a fare un confronto più omogeneo a livello europeo.

Le analisi fanno però riferimento al solo periodo di tempo 2012-2016, non includono previsioni dei *trend* futuri e si focalizzano su un arco temporale limitato di soli quattro anni, rimanendo, quindi, una semplice fonte storica.

3.2. Il *trend* demografico che cambia la spesa

L'Italia, ormai da tempo, sta vivendo un cambiamento che riguarda la popolazione in termini demografici. Di pari passo con il cambiamento demografico cambia anche la spesa sanitaria sostenuta dallo Stato e dai cittadini.

In questo contesto, infatti, lo Stato deve investire in maniera più efficiente le risorse sanitarie, per permettere di avere dei servizi che siano anche in linea con il trend demografico. Questo riallineamento delle risorse non è solo una necessità attuale ma anche una necessità futura, in vista del continuo aumento dell'età nel Paese.

L'Italia ha una popolazione in termini di nascite sempre più in calo, con gli over 65 che rappresentano il 22,3% della popolazione totale, gli ultra ottantenni che rappresentano il 6,8% e gli ultranovantenni che aggiungono un altro 1,2%.

L'Italia, quindi, viene considerato un "Paese anziano" nonostante 60 anni fa fosse tra i paesi più giovani; tuttavia, da allora, è il Paese che "invecchiato" più rapidamente rispetto agli altri. Infatti, se nel 1957 la metà della popolazione italiana aveva meno di 31 anni, oggi la stessa metà della popolazione ne ha più di 45, con un'età media aumentata di ben 15 anni (*Figura 3.2*).

Anche gli altri Paesi hanno registrato lo stesso fenomeno ma l'intensità è stata minore, con uno spostamento della media di 11 anni passando da 33 a 44 anni⁴⁰. Le nascite continuano

⁴⁰ ISTAT, "Sessant'anni di Europa".

a calare, con una diminuzione nell'ordine di oltre 15 mila unità rispetto al 2016 (-3,2%) e quasi di 120 mila negli ultimi nove anni⁴¹.

Questo crescente invecchiamento della popolazione rappresenta oggi, ma anche in prospettiva futura, un problema, soprattutto per la sanità pubblica. Quest'ultima, inoltre, in seguito alla crisi del 2008, ha dovuto affrontare numerosi tagli di spesa che hanno obbligato e obbligano tutt'ora il Paese a dover trovare un equilibrio fra i vincoli finanziari e la crescente necessità dei cittadini di ricevere prestazioni sempre migliori.

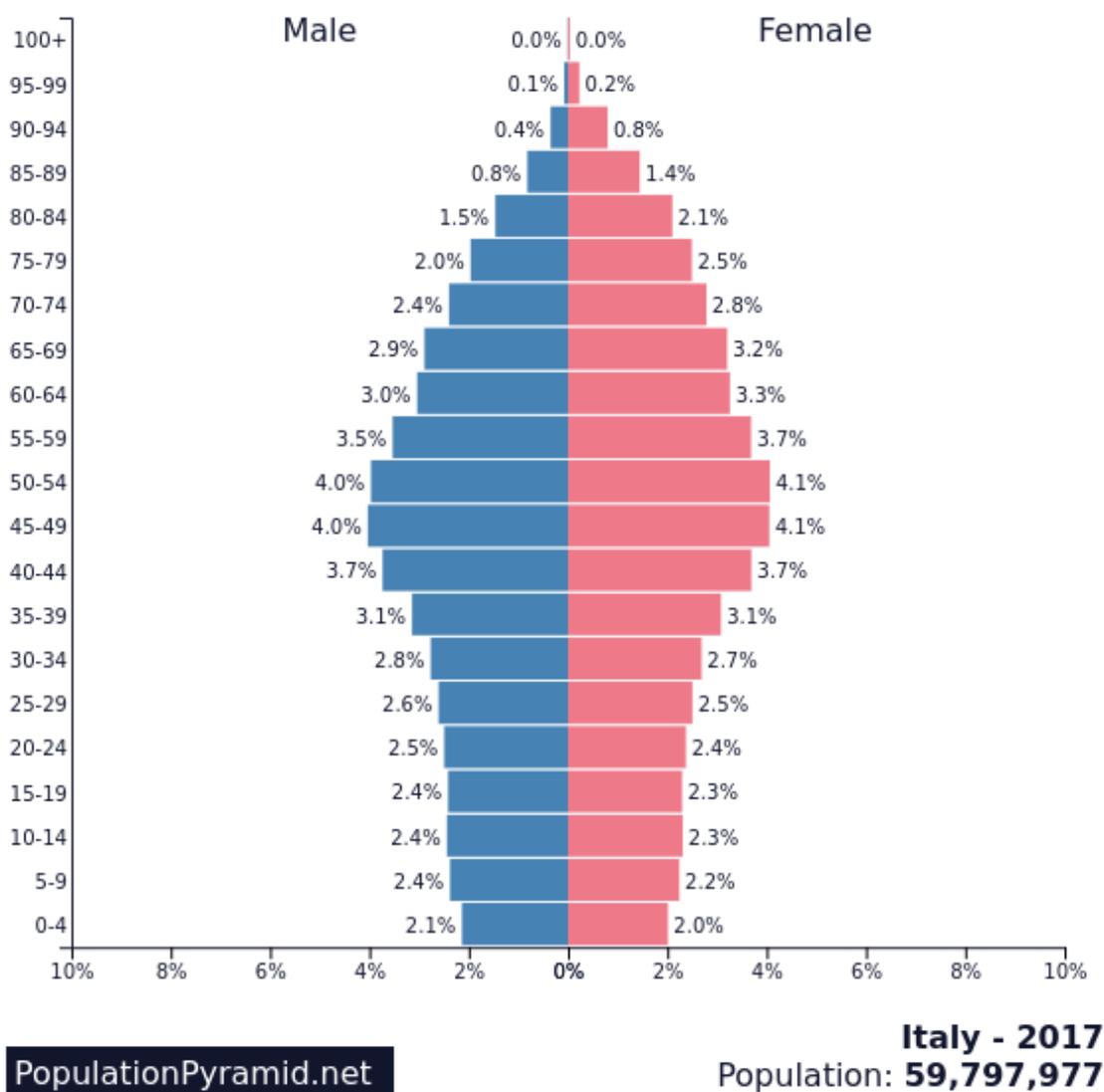


Figura 3.2⁴² Popolazione in Italia (anno 2017).

⁴¹ Confronta l'articolo tratto da http://www.repubblica.it/cronaca/2018/06/13/news/istat_calò_nascite-198882165/.

⁴² Fonte: <https://www.populationpyramid.net>.

Lo studio dell'andamento demografico è di estrema importanza per il Paese, in quanto l'evoluzione della spesa sanitaria è in stretta relazione con la speranza di vita. All'aumentare di quest'ultima cresce il bisogno del ricorso ai servizi sanitari e, di conseguenza, alla spesa sanitaria.

3.3. La spesa privata

L'Italia è tra i Paesi OCSE con un'incidenza più elevata della spesa sanitaria *out-of-pocket*; a livello europeo, infatti, siamo superati solo dalla Grecia e dal Portogallo, mentre in ambito globale siamo sul livello di Cile e Messico.

Questa situazione dipende anche da un altro fenomeno che riguarda la scarsa diffusione in Italia di coperture sanitarie integrative, che ad oggi coprono soltanto il 3,3% della spesa sanitaria totale, con la conseguenza che il costo della spesa sanitaria privata grava indiscriminatamente sui redditi familiari.

Tra i servizi sanitari pagati di tasca propria dagli italiani le categorie di spesa più diffuse sono in particolare le seguenti:

- le cure odontoiatriche che si caratterizzano anche per il costo medio più elevato, pari a € 551;
- le visite specialistiche che presentano un costo medio di € 200;
- gli esami diagnostici con un costo medio di € 115;
- i farmaci con un costo medio di € 380 e con una frequenza del 72%.

L'aumento così elevato della spesa privata è la conseguenza di una serie di fattori: i tagli massicci al finanziamento pubblico delle cure degli ultimi anni (stimati in 10,5 miliardi di euro), l'invecchiamento della popolazione e la mancata riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, ma anche una domanda di benessere che continua a evolvere.

A tutto questo si aggiungono le inefficienze del sistema e le lunghe liste d'attesa per i servizi a carico del SSN e un accesso disomogeneo alle prestazioni.

3.3.1. Iniquità della spesa privata

Nel momento in cui la spesa sanitaria privata aumenta si generano però delle disuguaglianze e c'è il rischio che i cittadini si possano trovare di fronte alla scelta univoca tra pagare o rinunciare alle cure, andando ad intaccare uno dei capisaldi del nostro SSN.

Ad una prima sommaria analisi si potrebbe pensare che la spesa sanitaria privata sia sempre utilizzata solo dai ceti più abbienti, in realtà i dati analitici evidenziano quattro anomalie che rendono il sistema del tutto iniquo e che analizzeremo in modo più approfondito.

1) La spesa sanitaria privata e il livello di reddito⁴³

La spesa sanitaria privata non sempre è utilizzata da coloro che hanno un reddito più elevato.

In merito alla distribuzione dei pagamenti *out-of-pocket*, diversamente da quanto si potrebbe pensare, non sono solo i più ricchi che accedono ai servizi pagando le spese con finanziamento proprio.

Questo tipo di spesa coinvolge in misura significativa anche i redditi medio-bassi.

A fronte di una spesa sanitaria privata totale di 39,7 miliardi di euro interamente pagati dai cittadini italiani, circa 7 miliardi di euro sono pagati direttamente dai cittadini con un reddito compreso tra € 15.000 e € 35.000, circa 13 miliardi di euro si riferiscono alle cure di cittadini con un reddito compreso tra € 35.000 e € 60.000 e circa 11,5 miliardi di euro, sono spesi in sanità dai cittadini con un reddito compreso tra € 60.000 € ed € 100.000. (figura 3.3)

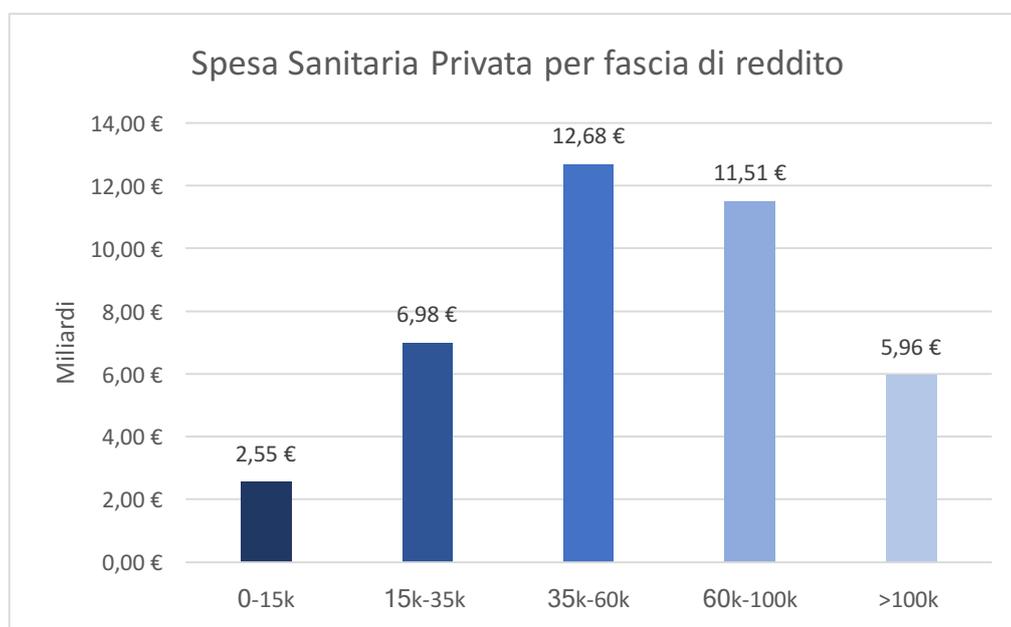


Figura 3.3, Fonte: VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità Pubblica, Privata e Intermediata. WelfareDay, luglio 2018

Attualmente la spesa sanitaria privata media pro capite è € 654,89, mentre, con riferimento ai nuclei familiari, il costo medio per le cure pagate direttamente ammonta a € 1.529,79 per famiglia. Si passa, pertanto, da un costo minimo di € 359,55 pro capite (€ 737,11 a nucleo) della fascia di reddito compresa tra € 15.000 e € 35.000, a € 1.491,30 della fascia di reddito superiore ai € 100.000 (€ 4.501,66 a nucleo).

⁴³ Fonte: VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità Pubblica, Privata e Intermediata. WelfareDay, luglio 2018.

A fronte dei dati riscontrati, emerge che le fasce di reddito medio-basse registrino una spesa media di prestazioni private che non è da sottovalutare. Infatti, se si fa riferimento alla fascia di reddito inferiore a € 15.000 annui, si registra un costo medio per nucleo familiare di € 620,61, con un costo medio pro nucleo di € 1.808,14.

L'incidenza della spesa sanitaria privata sul reddito tende a ridursi al crescere del medesimo, si riscontra quindi la natura regressiva nel pagamento *out-of-pocket*. In particolare, a fronte di un'incidenza media della spesa sanitaria privata del 3,14% sui redditi degli italiani, il finanziamento delle cure private assorbe:

- il 3,33% del reddito dei cittadini con un reddito inferiore a € 15.000;
- il 1,69% per i cittadini con un reddito compreso tra € 15.000 e € 35.000;
- il 1,61% per i cittadini con un reddito compreso tra € 35.000 e € 60.000;
- il 1,32% per i cittadini con un reddito compreso tra € 60.000 e € 100.000 annui;
- lo 0,65% per i cittadini con un reddito superiore a € 100.000 annui.

2) La spesa privata in funzione dell'età⁴⁴

Un secondo paradosso del sistema è rappresentato dal fatto che il finanziamento delle cure private da parte dei redditi familiari colpisce in particolar modo gli anziani che sono proprio i cittadini più bisognosi in termini assistenziali.

È, infatti, evidenziato che il crescere dell'età del cittadino aumenta di pari passo con il ricorso alle spese finanziarie.

Dei 39,7 miliardi di euro di spesa sanitaria privata pagati dai cittadini italiani, oltre 23 miliardi di euro si riferiscono alle cure sostenute da cittadini anziani (intendendo in questa categoria persone con età maggiore di 60 anni), invece oltre 12,2 miliardi di euro riguardano le cure pagate direttamente dai cittadini in età adulta (31-60 anni), 2,85 miliardi di euro sono stati spesi per garantire l'effettuazione di cure private ai giovani (11-30 anni). Infine la restante parte, poco meno di 1 miliardo di euro, è stato impiegato per la cura dei bambini (0-10 anni).

In termini percentuali poco meno del 60% della spesa sanitaria privata riguarda i cittadini anziani (>60 anni), il 31% i cittadini in età adulta (31-60 anni), i giovani (11-30 anni) non raggiungono neanche il 10% e si collocano con il 2% i bambini (0-10 anni). (*figura 3.4*)

Si passa da un costo minimo di € 153,10 pro capite dei bambini, a € 1.356,23 degli anziani.

⁴⁴ *Ibidem*.

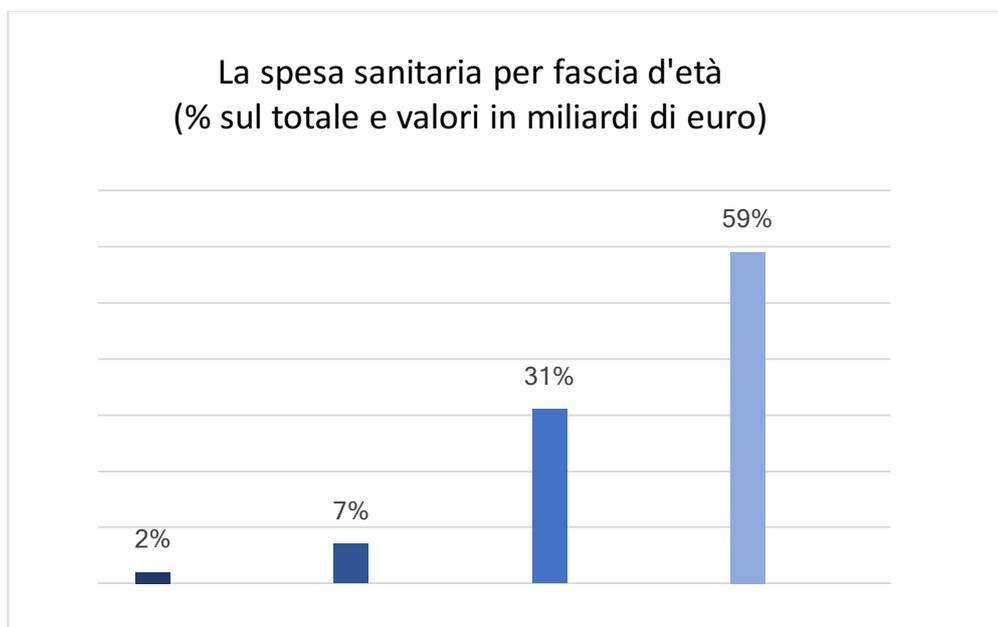


Figura 3.4 Fonte: REF Ricerche su dati Censis-Rbm Assicurazione salute

3) La Spesa Privata e le categorie bisognose⁴⁵

Le categorie che vengono colpite maggiormente dal pagamento *out-of-pocket*, secondo i dati, sono i cittadini con maggior fragilità sanitaria.

Dalle indagini condotte emerge che quasi 23 miliardi di euro di spesa sanitaria privata, contro i 39,7 miliardi di euro pagati dai cittadini, sono finalizzati alla cura di quei cittadini con patologie croniche. Seguono i cittadini che si trovano in uno stato di salute “ordinario” che spendono oltre 6 miliardi di euro, poi vi sono coloro che devono fronteggiare patologie acute e che registrano una spesa di 5,8 miliardi di euro, infine poco meno di 5 miliardi di euro sono impiegati per garantire assistenza ai non autosufficienti. (figura 3.5)

Il costo medio pro capite delle cure private, cambia a seconda dello stato di salute del cittadino, con un minimo di € 221,17 pro capite per i cittadini non particolarmente bisognosi di cure specifiche, ad un costo di oltre € 1.935,91 pro capite per i non autosufficienti. Un costo che risulta essere 3 volte l'entità della spesa sanitaria privata pro capite media dei cittadini italiani. Il tutto ricordando che ormai nel nostro Paese i malati cronici e i non autosufficienti rappresentano oltre il 40% della popolazione, un dato che continuerà a crescere e che richiederà una profonda revisione del nostro sistema sanitario.

⁴⁵ *Ibidem.*

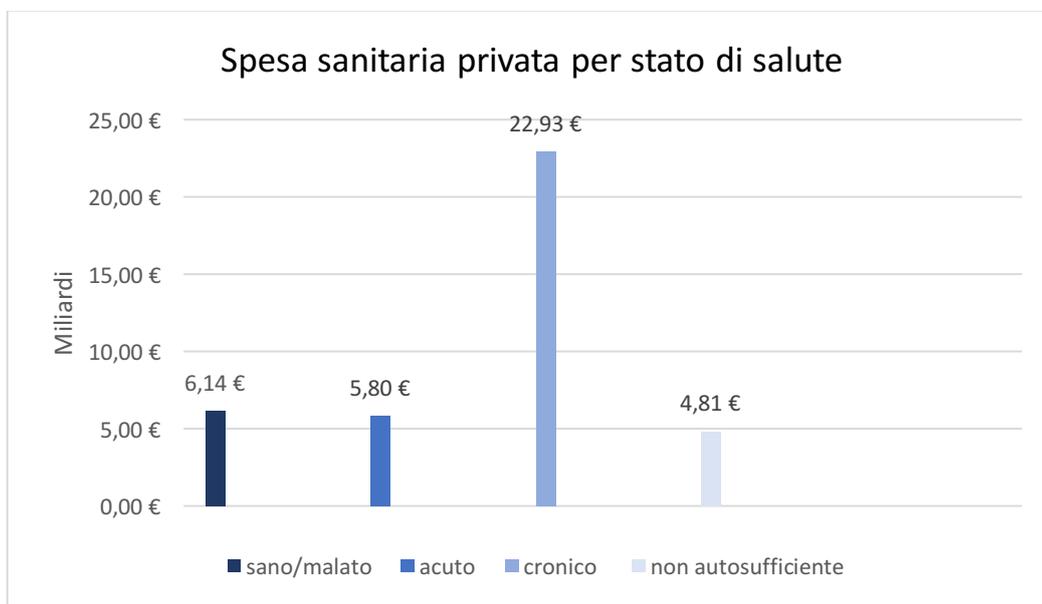


Figura 3.5 Fonte: VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità Pubblica, Privata e Intermediata. WelfareDay, luglio 2018

4) La spesa privata nelle aree disagiate⁴⁶

Il pagamento *out-of-pocket* non riguarda solo le Regioni più “ricche” ma, al contrario, la spesa sanitaria privata è distribuita in modo omogeneo senza risparmiare le aree economicamente più disagiate.

Se si analizza nel dettaglio la distribuzione della spesa per aree geografiche e quanto questa gravi sui redditi, riferito al totale pari a 39,7 miliardi di euro, vediamo che il 26% della spesa è effettuato dai cittadini del Sud e delle Isole con 10 miliardi di euro, poco meno del 20% da quelli del Centro con una spesa quasi di 8 miliardi, poco più del 24% dei cittadini del Nord Est che spendono 9 miliardi e mezzo ed oltre il 30% di quelli del Nord Ovest che raggiungono quasi 12 miliardi di euro. (figura 3.6)

⁴⁶ *Ibidem.*

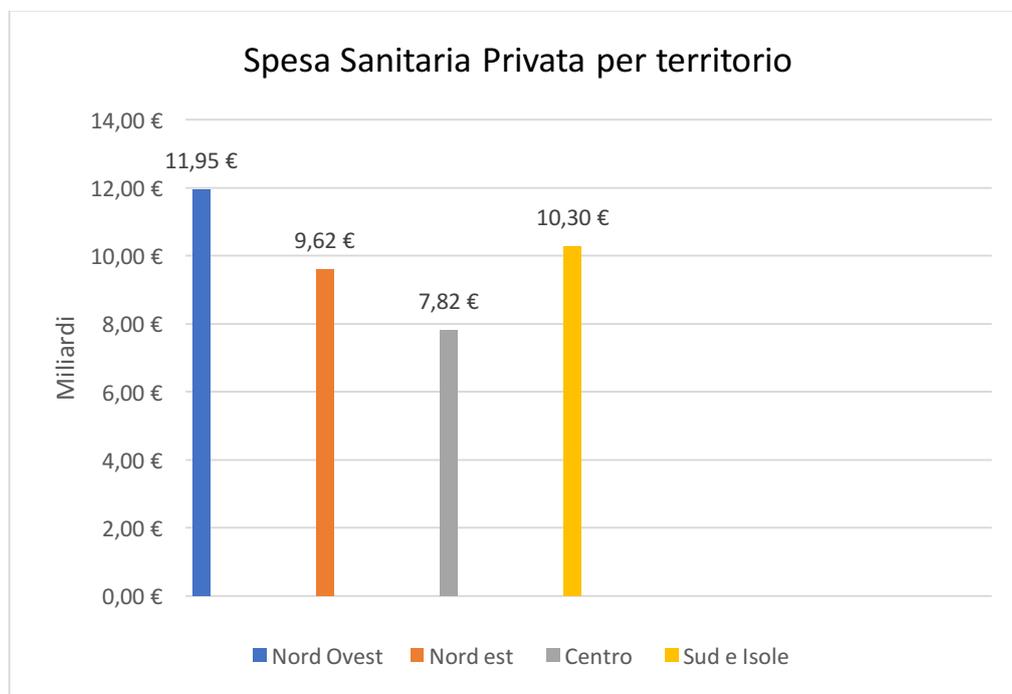


Figura 3.6 Fonte: VIII Rapporto RBM-Censis sulla sanità Pubblica, Privata e Intermediata. WelfareDay, luglio 2018

Attualmente la spesa sanitaria privata pro capite è € 654,89, ed è proprio a livello pro capite che sono più marcate le differenze. I cittadini nel Sud e nelle Isole hanno un costo minimo di € 495,42 pro capite, un dato che non deve essere trascurato in considerazione del minor reddito pro capite disponibile in tali aree. Nel Nord Est si ha un costo di € 826,76 pro capite, che corrisponde a quasi una volta e mezza l'ammontare della spesa sanitaria privata media pro capite. Il Centro registra un costo medio pro capite per le cure private pari a € 647,65 quasi in linea con la media, mentre per i cittadini del Nord Ovest la spesa pari a € 741,89 è decisamente superiore alla media.

La spesa sanitaria privata riguarda tutti, da Nord a Sud, con un'incidenza media sui redditi dei cittadini pari a 3,14%. In particolare, il 3,69% della spesa pagata per le proprie cure private incide sui redditi dei residenti nel Nord Est, mentre nel Nord Ovest la spesa assorbe il 3,69% del reddito dei cittadini. Nel Centro il costo medio sostenuto dai cittadini per le proprie cure assorbe il 2,98% del reddito, un valore molto simile a quello registrato nel Sud e nelle Isole con una percentuale del 2,97%.

3.3.2. Soluzioni in prospettiva futura

La spesa privata è una realtà che riguarda tutti i cittadini italiani, senza distinzioni. Questa spesa continua a crescere e grava di più sulle famiglie con redditi medio-alti.

Nel dettaglio, sette cittadini su dieci hanno acquistato farmaci, per una spesa complessiva di 17 miliardi di euro. Il resto si divide tra visite specialistiche (7,5 miliardi); prestazioni

odontoiatriche (8 miliardi), prestazioni diagnostiche e analisi (3,8 miliardi), lenti da vista (due miliardi) e protesi o presidi (quasi un miliardo).

Oltre ad esserci un malcontento a livello economico per la spesa privata vi è anche un malcontento verso il SSN; infatti, molti cittadini oltre ad essere critici sul fatto di pagare prestazioni di tasca propria lo sono anche sul fatto che le strutture non sempre funzionano come dovrebbero.

La grande sfida per il futuro è quella di “far quadrare il cerchio”, ovvero garantire a tutti l’assistenza, in un quadro di finanza sostenibile, con una spesa privata che non gravi troppo sulle famiglie. Tuttavia, non sarà facile muoversi in un contesto che vede il debito pubblico italiano secondo soltanto alla Grecia ed un bilancio dello Stato sotto costante osservazione dei partner Ue. L’obiettivo è trovare una strategia di governo per lo sviluppo delle varie forme di protezione, senza indebolire la qualità dell’offerta pubblica – che resta un’eccellenza mondiale – e senza rinunciare a promuovere interventi appropriati.

In sostanza l’Italia, e anche tutti gli altri sistemi Beveridge, stanno affrontando una crisi che ormai dura da 7-8 anni e che impone un cambiamento.

Nel nostro Paese molti pensano che si dovrebbe passare ad un modello “misto” nel quale la salute viene garantita in parte dallo Stato e in parte da un grande patto tra le forze sociali, che hanno l’impegno di sostenere le prestazioni tramite un ruolo loro nella sanità. Questo tipo di modello prevede anche un cambiamento per i fondi sanitari integrativi, prevedendo un modello razionale con un’ottica solidaristica.

Ma cosa è la sanità integrativa? Il SSN deve tener conto di tre fattori in particolare che stanno cambiando il modo di vedere la salute: l’invecchiamento della popolazione; l’ampliamento della scienza medica; lo sviluppo della tecnologia nell’ambito sanitario.

Questi tre fattori, che possono garantire una qualità di vita migliore per i cittadini, contemplano l’impossibilità per il sistema sociale di sostenerne i costi, in quanto il prelievo economico a cui sottoporre i lavoratori attivi diverrebbe insostenibile, così come sarebbe insostenibile l’onere dello Stato. A questo proposito è necessario trovare delle forme di copertura sanitaria alternative che possano tutelare le fasce economicamente meno deboli. Queste soluzioni già oggi sono di due tipi:

- la sanità integrativa gestita da enti mutualistici;
- la sanità privata gestita da società imprenditoriali.

La sanità mutualistica si basa sull’adesione volontaria a Società di Mutuo Soccorso o Enti Mutualistici, ossia assicurazioni no-profit, dove coloro che aderiscono desiderano avere un’assistenza sanitaria maggiore rispetto a quella del SSN (ad esempio un’assistenza sanitaria di alta qualità).

Si garantisce in tal modo assistenza sanitaria ed economica ad integrazione della sanità pubblica.

L'adesione alle società di mutuo soccorso è un ottimo mezzo per usufruire di cure efficienti che non sempre il nostro SSN riesce a garantire. Inoltre, per questi enti non vi è nessuna distinzione tra classi lavorative e sociali, sono quindi alla portata di tutti senza nessuna distinzione.

I soci di questi enti si consorziano tra loro per sostenersi l'un l'altro economicamente in caso di necessità sanitarie, senza che questo rappresenti un costo aggiuntivo per lo Stato e per le fasce più deboli della popolazione, ed abbassando il costo che ciascuno dovrebbe altrimenti sostenere in proprio.

Tutto ciò si configura come una garanzia al diritto alle cure, a diagnosi precoci e prevenzione ed a tempi di attesa minori.

Le società mutualistiche non vanno confuse con la copertura sanitaria privata, la quale viene erogata dalle aziende con scopi imprenditoriali. Quest'ultime hanno come obiettivo l'utile da distribuire ai propri azionisti ed operano in funzione del principio economico fondato sul rapporto ricavi-costi.

3.4. La spesa farmaceutica

Un caso particolare della spesa sanitaria riguarda la spesa farmaceutica. Quest'ultima è una componente fondamentale della spesa sanitaria, infatti secondo i dati raccolti dall'Ocse nel 2017 in Italia il peso della spesa farmaceutica è stato all'incirca del 18% nel 2015 rispetto alla media Ocse con il 16,3%.

Questo tipo di spesa è una componente significativa dei costi globali di assistenza sanitaria, che determina in maniera considerevole gli andamenti della spesa sanitaria nel suo complesso.

In Italia la spesa farmaceutica ha una componente della spesa *out-of-pocket* pari al 38% contro il 62% del settore pubblico, invece ad esempio in Germania più dell'80% della spesa farmaceutica è finanziata dallo Stato (nel nostro Paese spicca l'assenza di fondi sanitari integrativi per l'assistenza farmaceutica).

Se confrontiamo i 5 grandi Paesi UE per quanto riguarda il peso della spesa farmaceutica pubblica sulla spesa sanitaria pubblica e sul PIL, osserviamo che in Italia la componente pubblica della spesa farmaceutica incide per il 14,8% sulla spesa sanitaria finanziata dal SSN. La Spagna si colloca poca sopra il nostro Paese con il 15,0%, la Germania e la Francia rispettivamente con il 14,2% e 13,2% quindi meno rispetto all'Italia, ma in particolare nel Regno Unito la componente pubblica della spesa farmaceutica incide con il 10,2% sulla spesa sanitaria, decisamente molto meno rispetto l'Italia. Se passiamo ad un confronto

dell'ammontare della spesa rispetto al PIL, stavolta è la Germania a guidare (1,3%), seguita dalla Francia (1,1%) con Italia e Spagna a pari merito (1,0%) e infine il Regno Unito (0,8%).⁴⁷

In Italia il numero dei farmaci acquistati cresce sempre di più; gli italiani assumono 1,7 pasticche al giorno, bambini compresi (+4,3% rispetto al 2016).

Nel complesso della popolazione, la media nell'uso dei farmaci è stata del 66,1% (61,8% negli uomini e 70,2% nelle donne), passando da circa il 50% nella popolazione fino ai 54 anni, a oltre il 95% nella popolazione anziana con età superiore ai 74 anni (la maggior parte degli over 74 assume almeno un medicinale).

Le differenze più marcate si riscontrano maggiormanete nella fascia di età i 15 e i 64 anni, nella quale le donne dispongono dei farmaci in maniera superiore rispetto agli uomini di oltre il 10% in termini di punti percentuali.

La popolazione pediatrica registra un uso dei farmaci del 49,9% dove, al contrario che nella precedente fascia di età, la prevalenza di uso dei medicinali si riscontra nei maschi con il 50,7% rispetto invece alle femmine con il 48,9% con un picco nel primo anno di età. In genere la metà dei bambini ha ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno.⁴⁸

La spesa farmaceutica a carico del SSN è divisa in due macro-aree:

- la spesa farmaceutica convenzionata (farmaceutica territoriale);
- la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera).

Se si analizzano i due tipi di spesa, si osserva che la spesa farmaceutica ospedaliera è cresciuta del 67% nel 2016 rispetto al 2008, mentre la spesa territoriale ha avuto una crescita più contenuta del 6% in tutto il periodo. Pertanto, la spesa ospedaliera, al centro della maggior innovazione, ha inciso in maniera più sostanziale sulla spesa farmaceutica pubblica. Anche a livello di spesa a carico dei cittadini, composta prevalentemente da farmaci di classe C (ovvero i farmaci non essenziali), vi è stato un aumento rispetto al 2008.

A livello di tetti di spesa vi è una differenza tra le due categorie. Infatti, la spesa farmaceutica territoriale non ha quasi mai superato il tetto di spesa previsto nel periodo 2008-2016, mentre la spesa ospedaliera è stata sempre superiore al tetto previsto nel periodo 2008-2016⁴⁹.

⁴⁷ Fonte: Dire - Agenzia di Stampa Nazionale. Rapporto I-Com: "In Italia spesa sanitaria incide sul Pil 8,9%", 27 giugno 2018.

⁴⁸ Fonte: Il cittadino Oggi - Corriere Nazionale. "Aumentano i consumi di farmaci: Emilia-Romagna in vetta", 12 luglio 2018.

⁴⁹ Nel 2016 la spesa ospedaliera da monitoraggio AIFA è stata pari a 5,4 miliardi di euro e ha sfiorato il tetto di 1,6 miliardi di euro.

Questa differenza fra le due tipologie di spese è avvenuta anche nel 2017, nel quale la spesa ospedaliera ha oltrepassato nuovamente il tetto di circa 1,6 miliardi di euro. Anche per l'anno 2017, quindi, è mancato l'equilibrio tra i tetti programmati per legge e la spesa reale e le aziende farmaceutiche sono nuovamente chiamate a ripianare l'eccedenza della spesa farmaceutica ospedaliera (*payback*).

Il monitoraggio della spesa farmaceutica è affidato all'AIFA, che mensilmente comunica i risultati al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze. Inoltre ogni 31 maggio, 30 settembre e 31 dicembre, l'AIFA verifica l'eventuale superamento dei tetti di spesa. L'AIFA ha anche il compito di valutare se i farmaci sono essenziali, e quindi appartenenti alla classe A, al contrario di quelli non indispensabili appartenenti alla classe C.

I primi sono venduti gratuitamente o sotto pagamento di un *ticket* ai cittadini che hanno la relativa ricetta, mentre i farmaci di classe C invece sono venduti, sempre con la relativa ricetta, a prezzo pieno.

Parlando di spesa farmaceutica bisogna anche considerare le innovazioni tecnologiche approdate nel campo della medicina e dei farmaci ed è proprio per questo la legge di bilancio del 2017 (legge n. 232/2016) ha cercato di prevedere adeguati livelli di spesa da allocare per l'innovazione farmaceutica.

La legge di bilancio 2017 ha confermato il Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e ha istituito, a decorrere dal 1° gennaio 2017, un ulteriore Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi. Entrambi i Fondi hanno una dotazione di 500 milioni di euro annui a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato. Le somme dei Fondi sono versate in favore delle regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle regioni medesime per l'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi.

L'introduzione nel mercato di qualsiasi tipo di innovazione può ovviamente contribuire a garantire un miglior accesso alle cure per i cittadini. Con il termine innovazione tuttavia si intendono sia innovazioni incrementali che innovazioni radicali.

Le prime sono caratterizzate da un miglioramento, da un nuovo modo di agire che può aumentare l'efficacia di un trattamento, le seconde invece riguardano la vera e propria scoperta di nuove metodologie che consentono di curare malattie prima considerate incurabili.

Entrambe le innovazioni svolgono un ruolo importante nel miglioramento della qualità della vita dei cittadini, è perciò fondamentale che la spesa farmaceutica non sia vista solo come un costo ma anche come un investimento per la salute che nel lungo termine porta non solo ad un benessere sociale ma anche economico a vantaggio di tutto il Paese.

Se si analizzano più in particolare i consumi delle regioni possiamo vedere che l'Emilia Romagna (317,6 dosi al giorno ogni mille abitanti) e la Lombardia (98,2 dosi al giorno ogni

mille abitanti) hanno registrato rispettivamente i livelli più alti e più bassi di consumo in termini di quantità di farmaci. Mentre in Sardegna (239,64 euro pro capite), Puglia (227,13) e Campania (223,34) si riscontrano i valori di spesa più elevati, al contrario in Valle d'Aosta (139,40), nella Provincia Autonoma di Trento (154,94) e in Lombardia (165,79) i valori di spesa più bassi.⁵⁰

Ogni Regione, quindi, ha livelli di spesa differenti, sia in base all'efficienza in sé della Regione in termini di qualità dei servizi, sia in termini di prevenzione primaria che la regione adotta.

Proprio a causa di queste differenze esiste anche un nuovo fenomeno di “migrazione” e sempre più spesso i pazienti preferiscono curarsi in altre regioni, in particolare la Lombardia è la regione che attrae il maggior numero di pazienti non residenti.

Al contrario invece sono i residenti del Sud che decidono di farsi curare in un'altra regione, con una percentuale maggiore nel Molise (27,2%) mentre al Nord si riscontra la percentuale minore.

3.5.La Spesa Sanitaria nell'Unione Europea: un confronto

L'Italia fa parte dell'OCSE, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, organizzazione istituita nel 1960 con sede a Parigi, che svolge principalmente funzione consultiva e che ha l'obiettivo di favorire gli investimenti e la competitività e di contribuire a mantenere e migliorare lo sviluppo e la crescita economica dei suoi Paesi membri.

Questi obiettivi vengono perseguiti attraverso varie attività tra le quali la raccolta ed armonizzazione dei dati e l'elaborazione di studi nazionali e comparativi, che rendono possibile statistiche e analisi per effettuare delle stime e delle previsioni economico-sociali.

La raccolta di dati che viene effettuata dall'OCSE (*OECD Health Database*) rappresenta la fonte più completa di informazioni in grado di comparare i vari paesi appartenenti all'organizzazione.

Di recente, in data 23 novembre 2017, è stato pubblicato un rapporto della situazione del nostro SSN in base a quattro aspetti: **stato di salute; fattori di rischio; performance del sistema sanitario; spesa sanitaria**.

Per quanto riguarda lo **stato di salute** l'aspettativa di vita alla nascita in Italia ha raggiunto 82,6 anni nel 2015, rispetto ai 79,9 anni del 2000, ponendo il paese al 2° posto nell'UE dopo la Spagna. La disparità però sia tra generi ma soprattutto tra le condizioni socio-economiche è

⁵⁰ Fonte: Il cittadino Oggi - Corriere Nazionale. “Aumentano i consumi di farmaci: Emilia-Romagna in vetta”, 12 luglio 2018.

ancora molto forte, infatti chi ha un livello di istruzione più elevato ha anche un'aspettativa di vita maggiore di 4 anni.

Tra i principali **fattori di rischio** si individuano il consumo di tabacco, il consumo di alcol e l'obesità. Nel 2014 in Italia la percentuale dei consumatori abituali adulti di tabacco era del 20%, appena al di sotto della media UE e in calo rispetto al 25% del 2000. Anche il consumo di alcol negli adulti è diminuito, così come la morte per malattie cardiovascolari. Per contro, si è riscontrato un aumento dei problemi di sovrappeso e obesità infantile, con una prevalenza superiore alla media UE.

Per valutare la **performance del sistema** sanitario vi sono vari parametri.

Un primo parametro è un misuratore di efficacia, ed è il livello di mortalità.

In Italia si riscontra un livello di mortalità più basso rispetto alla media UE, per effetto probabilmente del buon livello di trattamento dei pazienti con patologie potenzialmente letali. L'accesso alle prestazioni sanitarie in Italia è garantito a tutti i cittadini e i residenti stranieri, tuttavia si riscontrano notevoli variazioni in base alle Regioni e alla fascia di reddito.

Un altro parametro per misurare la performance è la resilienza. Un sistema sanitario si definisce resiliente quando ha la capacità di reagire agli eventi e fornire una "pronta" risposta in caso di situazioni drastiche. In particolare, i sistemi resilienti per essere tali richiedono specifici investimenti di lungo termine in particolare aree, quali ad esempio la formazione di operatori sanitari adeguatamente preparati; la piena disponibilità dei farmaci; un livello di strutture adeguate; sistemi informativi sanitari validi; un livello di finanziamenti pubblici in linea con le esigenze; un settore pubblico che sia in grado di garantire servizi di qualità ed equi.

Infine, per valutare per capire la situazione del Paese si analizza **la spesa sanitaria**.

Nel 2015 in Italia la composizione della spesa sanitaria ammontava a € 147,295 miliardi di cui € 112,408 miliardi di spesa pubblica e € 34,887 miliardi di spesa privata. Quest'ultima include la spesa intermediata a cui corrispondono € 4,476 miliardi, di cui € 3,574 miliardi da fondi sanitari integrativi (FSI) e € 0,902 miliardi da polizze assicurative, e la spesa *out-of-pocket* cioè direttamente sostenuta dai cittadini a cui corrispondono € 30,411 miliardi (*Figura 3.7*).

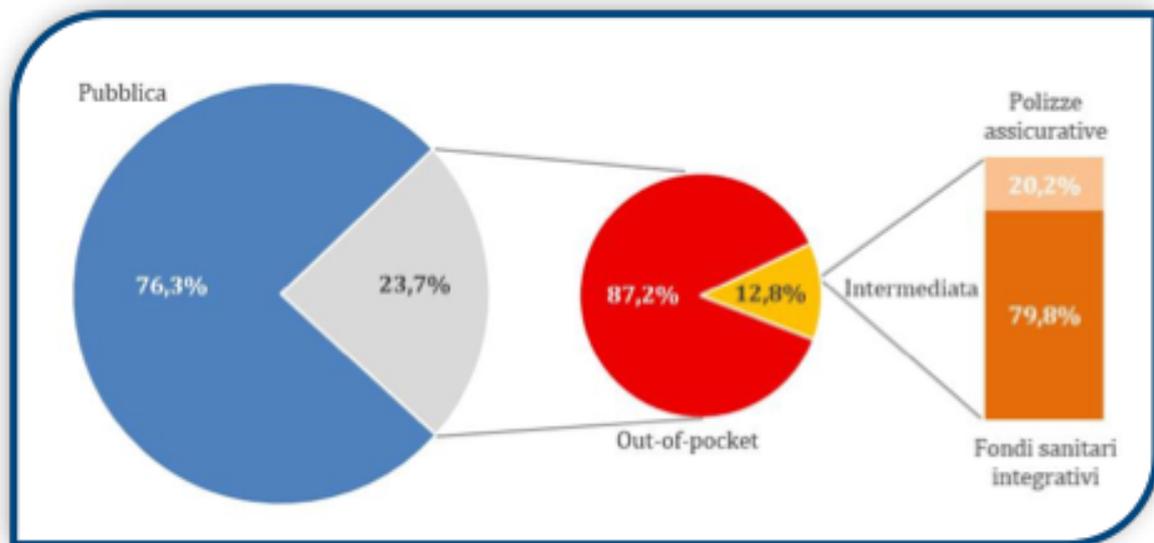


Figura 3.7⁵¹. Ripartizione percentuale della spesa sanitaria (anno 2015)

Di recente in una delle ultime statistiche stilate dall'Ocse è stato riscontrato che nel 2017 il nostro Paese ha fatto registrare una spesa sanitaria (pubblica e privata) rispetto al Pil (Prodotto Interno Lordo) dell'8,9%, poco più bassa rispetto alla media Ocse (9%) e stabile rispetto al 2016. In questo studio al primo posto troviamo gli Stati Uniti con il 17,2%, a seguire la Francia con l'11,5% e Germania con l'11,3% (Tabella 3.8).

⁵¹ Fonte: Secondo Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

SPEA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA					
Incidenza sul PIL					
	2013	2014	2015	2016	2017
Country					
<u>United States</u>	16,3	16,5	16,8	17,1	17,2
<u>Switzerland</u>	11,3	11,5	11,9	12,2	12,3
<u>France</u>	11,4	11,6	11,5	11,5	11,5
<u>Germany</u>	10,9	11,0	11,1	11,1	11,3
<u>Sweden</u>	11,1	11,1	11,0	10,9	10,9
<u>Japan</u>	10,8	10,8	10,9	10,8	10,7
<u>Canada</u>	10,1	10,0	10,4	10,5	10,4
<u>Norway</u>	8,9	9,3	10,1	10,5	10,4
<u>Austria</u>	10,3	10,4	10,3	10,4	10,3
<u>Denmark</u>	10,2	10,2	10,3	10,4	10,2
<u>Netherlands</u>	10,9	10,9	10,4	10,4	10,1
<u>Belgium</u>	10,3	10,3	10,1	10,0	10,0
<u>United Kingdom</u>	9,8	9,7	9,8	9,8	9,7
<u>Finland</u>	9,5	9,5	9,7	9,5	9,2
<u>Australia</u>	8,8	9,1	9,3	9,3	9,1
<u>New Zealand</u>	9,4	9,4	9,3	9,2	9,0
<u>Portugal</u>	9,1	9,0	9,0	9,1	9,0
<u>Italy</u>	9,0	9,0	9,0	8,9	8,9
<u>Spain</u>	9,0	9,0	9,1	9,0	8,8
<u>Iceland</u>	8,5	8,5	8,3	8,3	8,5
<u>Greece</u>	8,4	8,0	8,2	8,5	8,4
<u>Slovenia</u>	8,7	8,5	8,5	8,5	8,3
<u>Chile</u>	7,4	7,6	8,0	8,2	8,1
<u>Korea</u>	6,6	6,8	7,0	7,3	7,6
<u>Israel</u>	7,1	7,2	7,4	7,3	7,4
<u>Hungary</u>	7,3	7,1	7,1	7,4	7,2
<u>Czech Republic</u>	7,8	7,7	7,2	7,1	7,1
<u>Ireland</u>	10,3	9,7	7,4	7,4	7,1
<u>Slovak Republic</u>	7,5	6,9	6,9	7,1	7,1
<u>Estonia</u>	6,0	6,2	6,5	6,7	6,7
<u>Poland</u>	6,4	6,2	6,3	6,5	6,7
<u>Latvia</u>	5,4	5,5	5,7	6,2	6,3
<u>Luxembourg</u>	6,6	6,4	6,2	6,2	6,1
<u>Mexico</u>	5,9	5,6	5,8	5,5	5,4
<u>Turkey</u>	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2
MEDIA OCSE	8,9	8,9	8,9	8,9	8,9

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati OCSE giugno 2018

Tabella 3.8⁵²: Spesa sanitaria pubblica e privata rispetto al PIL dei Paesi Ocse (giugno 2018)

La spesa sanitaria totale (pubblica e privata) italiana è invece più bassa a livello pro capite rispetto alla media Ocse. Si ferma, infatti, a 3.541,7 dollari rispetto ad una media di 4.068,8 dollari, ponendoci al 20° posto in classifica. Al vertice troviamo gli Stati Uniti con 110.209,4 dollari, seguono con un notevole distacco la Svizzera (8.009,2) ed il Lussemburgo (7.048,9).

⁵² Fonte: Quotidiano Sanità, numero del 29 giugno 2018.

SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA					
Pro capite a parità potere d'acquisto (US Dollari)					
	2013	2014	2015	2016	2017
Country					
<u>United States</u>	8.619,8	9.027,8	9.491,4	9.832,3	10.209,4
<u>Switzerland</u>	6.800,5	7.115,2	7.570,2	7.824,0	8.009,2
<u>Luxembourg</u>	6.783,3	7.118,1	7.016,4	6.972,5	7.048,9
<u>Norway</u>	5.979,3	6.157,6	6.239,4	6.175,3	6.351,3
<u>Germany</u>	4.937,1	5.160,1	5.297,0	5.451,9	5.728,5
<u>Sweden</u>	5.070,1	5.183,4	5.271,9	5.347,6	5.510,7
<u>Ireland</u>	4.951,1	4.939,5	5.106,3	5.267,3	5.446,9
<u>Austria</u>	4.929,1	5.059,6	5.159,3	5.273,2	5.440,0
<u>Netherlands</u>	5.303,4	5.277,9	5.148,4	5.235,5	5.385,7
<u>Denmark</u>	4.751,9	4.872,5	5.000,8	5.074,5	5.182,8
<u>France</u>	4.533,8	4.666,1	4.656,6	4.773,0	4.902,1
<u>Canada</u>	4.468,7	4.538,2	4.632,8	4.721,6	4.826,3
<u>Belgium</u>	4.479,1	4.612,0	4.589,5	4.659,5	4.774,3
<u>Japan</u>	4.207,0	4.245,2	4.428,3	4.585,4	4.717,3
<u>Iceland</u>	3.630,4	3.784,9	3.964,2	4.207,6	4.580,7
<u>Australia</u>	4.180,0	4.300,4	4.409,5	4.514,0	4.543,1
<u>United Kingdom</u>	3.841,3	3.958,3	4.071,8	4.164,2	4.264,3
<u>Finland</u>	3.919,6	3.931,4	4.099,0	4.129,9	4.175,7
<u>New Zealand</u>	3.392,4	3.511,5	3.524,0	3.639,4	3.682,7
<u>Italy</u>	3.234,6	3.250,5	3.292,3	3.429,5	3.541,7
<u>Spain</u>	2.942,6	3.042,0	3.175,5	3.256,7	3.370,9
<u>Korea</u>	2.145,5	2.290,8	2.481,6	2.687,7	2.897,1
<u>Portugal</u>	2.535,9	2.593,6	2.649,6	2.782,7	2.888,2
<u>Slovenia</u>	2.586,0	2.615,6	2.669,9	2.771,1	2.884,6
<u>Israel</u>	2.426,6	2.458,0	2.646,9	2.725,2	2.833,6
<u>Czech Republic</u>	2.379,9	2.469,1	2.424,1	2.481,7	2.629,6
<u>Greece</u>	2.196,0	2.133,7	2.187,7	2.262,8	2.324,8
<u>Slovak Republic</u>	2.100,1	1.998,4	2.027,4	2.170,3	2.268,9
<u>Estonia</u>	1.652,4	1.771,7	1.859,6	1.988,0	2.125,3
<u>Hungary</u>	1.775,9	1.810,4	1.861,9	1.966,5	2.044,6
<u>Poland</u>	1.576,0	1.599,7	1.687,0	1.783,7	1.955,1
<u>Chile</u>	1.645,7	1.731,7	1.803,1	1.892,6	1.914,8
<u>Latvia</u>	1.224,5	1.301,1	1.399,7	1.597,3	1.722,4
<u>Turkey</u>	977,9	1.042,6	1.028,9	1.092,5	1.193,9
<u>Mexico</u>	1.038,2	1.020,8	1.037,4	1.020,3	1.034,4
MEDIA OCSE	3.634,7	3.731,1	3.826,0	3.935,9	4.068,8

Fonte: elaborazioni Quotidiano Sanità su dati OCSE giugno 2018

Tabella 3.9⁵³: Spesa sanitaria pubblica e privata pro capite dei Paesi Ocse (giugno 2018)

Come si riscontra da questi dati, negli ultimi anni nel nostro Paese, a causa della riduzione del finanziamento pubblico alla sanità, i cittadini hanno dovuto in maniera sempre maggiore attingere alle proprie tasche per accedere alle cure. Proprio per questo da una parte vi è stata una riduzione del peso della spesa sanitaria pubblica sul prodotto interno lordo, dall'altro lato c'è stato un aumento della spesa privata che è pari al 2,3% del Pil.

⁵³ *Ibidem*.

SPESA SANITARIA PRIVATA					
Incidenza sul PIL					
	2013	2014	2015	2016	2017
Country					
<u>Switzerland</u>	4,1	4,2	4,4	4,6	4,6
<u>Greece</u>	3,1	3,2	3,3	3,2	3,2
<u>Chile</u>	2,9	3,0	3,1	3,2	3,2
<u>Korea</u>	2,7	2,8	2,9	3,0	3,2
<u>Canada</u>	3,0	3,0	3,1	3,1	3,1
<u>Portugal</u>	3,0	3,1	3,0	3,1	3,0
<u>Australia</u>	2,8	3,0	3,0	2,9	2,9
<u>Latvia</u>	2,2	2,2	2,5	2,9	2,9
<u>Israel</u>	2,5	2,6	2,6	2,6	2,7
<u>Austria</u>	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8
<u>Mexico</u>	2,8	2,7	2,8	2,6	2,6
<u>Spain</u>	2,6	2,7	2,6	2,6	2,6
<u>Finland</u>	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5
<u>Hungary</u>	2,4	2,3	2,4	2,5	2,4
<u>Italy</u>	2,1	2,2	2,3	2,3	2,3
<u>Slovenia</u>	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3
<u>Belgium</u>	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1
<u>United Kingdom</u>	2,0	2,0	2,0	2,0	2,1
<u>Poland</u>	1,9	1,8	1,9	2,0	2,1
<u>France</u>	2,7	2,7	2,7	2,0	1,9
<u>Ireland</u>	3,0	2,9	2,1	2,1	1,9
<u>New Zealand</u>	1,9	1,9	2,0	2,0	1,9
<u>Netherlands</u>	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9
<u>Sweden</u>	1,8	1,9	1,8	1,8	1,8
<u>Japan</u>	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
<u>Germany</u>	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7
<u>Denmark</u>	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
<u>Estonia</u>	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6
<u>Norway</u>	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6
<u>Iceland</u>	1,7	1,7	1,6	1,5	1,5
<u>Slovak Republic</u>	1,9	1,4	1,4	1,4	1,4
<u>Czech Republic</u>	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
<u>Luxembourg</u>	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1
<u>Turkey</u>	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9
<u>United States</u>	8,4
MEDIA OCSE	2,4	2,2	2,2	2,3	2,2

Fonte: elaborazione *Quotidiano Sanità* su dati OCSE giugno 2018

Tabella 4⁵⁴ Spesa sanitaria privata dei Paesi Ocse (giugno 2018).

⁵⁴ *Ibidem.*

4. La qualità del servizio a livello regionale

Come già evidenziato, nonostante il livello alto di spesa privata sia alto, l'Italia rappresenta a livello globale un'eccellenza in termini di qualità e di assistenza che non tutti i Paesi riescono ad eguagliare. La copertura universale, che è alla base del Sistema Sanitario Nazionale, è il motore del nostro Paese ed è anche uno dei pilastri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁵⁵.

Il SSN però, anche se basato sull'assistenza a livello universale, non sempre riesce a colmare il *gap* a livello regionale, soprattutto tra le regioni settentrionali e quelle meridionali.

Come già avuto rappresentato, le fonti di finanziamento della spesa sanitaria sono disciplinate dal D.lgs n. 56/2000 (Disposizioni in materia di federalismo fiscale a norma dell'articolo 10 della legge n. 133/1999), con il quale le Regioni hanno acquisito capacità di autonomia fiscale. In particolare le Regioni hanno la possibilità di stabilire *“tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario”*⁵⁶.

In virtù della normativa predetta, nel tempo si sono “generati” tanti sistemi sanitari differenti, nei quali l'accesso alle cure e la qualità dei servizi è spesso profondamente diverso a seconda dei vari territori. Appare chiaro, infatti, che il federalismo sanitario ha diviso e divide tutt'ora il territorio italiano, penalizzando non solo la situazione nelle regioni del Sud ma coinvolgendo anche quelle del Nord.

Oltre alle differenze regionali causate dal federalismo fiscale, un'altra problematica riguarda i nuovi *trend* demografici. Secondo le proiezioni dell'Istat, basate sui dati di natalità e abitanti in Italia a partire dal 1972 fino al 2061, è evidente il problema dell'invecchiamento della popolazione. Nei prossimi 43 anni l'età della popolazione italiana continuerà a salire mentre le nascite continueranno a calare; in poche parole si avranno più anziani che giovani, con tutti i problemi che ciò comporta per la sanità pubblica e per la previdenza sociale.

Tuttavia, la questione non può essere osservata soltanto a livello nazionale ma richiede un inquadramento che comprenda anche il contesto regionale. A tale proposito, infatti, non tutte le Regioni riescono ad indirizzare la spesa e la qualità dei servizi verso il tipo di assistenza di cui necessita una popolazione che, come detto, sta cambiando.

⁵⁵ L'Organizzazione Mondiale della Sanità è stata istituita nel 1948 a Ginevra, è l'organismo delle Nazioni Unite che si occupa delle questioni sanitarie. L'obiettivo dell'Organizzazione è permettere di arrivare al più alto livello di salute possibile da parte di tutti i Paesi.

⁵⁶ Confronta l'articolo 119 della Costituzione.

Alla luce di ciò il rapporto tra spesa sanitaria e speranza di vita è di estrema importanza per comprendere e capire come affrontare le sfide relative all'evidente fenomeno di un lento ma inesorabile invecchiamento della popolazione.

Sempre a livello regionale, i sistemi sanitari nei diversi territori registrano rilevanti differenze di qualità ed efficienza rispetto alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, il che solleva problemi di equità tra le diverse Regioni, alcune delle quali non raggiungono i livelli qualitativi minimi delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini.

Le differenze più marcate si riscontrano soprattutto nei tempi di attesa, nell'erogazione dei servizi, nell'accesso alle cure, nella copertura vaccinale. Tutte queste disuguaglianze incidono in maniera negativa sulla salute dei cittadini, che sempre più spesso si trovano costretti a doversi spostare per ricevere delle cure migliori. Il flusso di migrazione in questo caso riguarda più lo spostamento da Sud verso Nord, ma anche dalle regioni più piccole verso quelle con centri ospedalieri più attrezzati.

La decisione di emigrare rappresenta una scelta del cittadino, legata principalmente alla volontà di trovare delle cure che siano in linea con la patologia in questione. Nella maggior parte dei casi, infatti, i cittadini dispongono di ospedali vicini alle loro residenze, ma che non hanno i mezzi adeguati o la specializzazione necessaria per curare la patologia. Il problema dell'immigrazione sanitaria è anche legata alle liste d'attesa che spesso risultano essere troppo lunghe.

Tutte queste situazioni hanno portato un crescente aumento del fenomeno dell'immigrazione sanitaria, che ogni anno vede quasi un milione e mezzo di italiani, di cui circa 400 mila in situazioni di grave disagio, in viaggio verso strutture ospedaliere lontane dalla propria città e dalla propria regione. Anche se rispetto agli anni precedenti l'ammontare totale è in calo, resta il fatto che i cittadini non si precludono la possibilità di spostarsi e, quindi, di usufruire di tutte le cure che il territorio nazionale può disporre. In particolare, nelle Regioni che si trovano a dover affrontare i Piani di Rientro⁵⁷ l'immigrazione sanitaria e la ricerca di una qualità della prestazione più elevata è più marcata.

Nel dettaglio, i Piani di Rientro (P.d.R.) riguardano accordi fra lo Stato e la singola regione che si trova in disavanzo (se il disavanzo supera il 5%) e servono a misurare le prestazioni a livello regionale e colmare il *deficit* nel quale le regioni si possono trovare. Tramite i P.d.R., la Regione ha l'obiettivo di ridurre al massimo il disavanzo accumulato per raggiungere, entro tre anni, l'equilibrio finanziario grazie la riduzione dei costi di gestione e l'aumento delle entrate. Nello specifico il P.d.R. si focalizza sulle strategie ed azioni che la

⁵⁷ Un Piano di Rientro della spesa sanitaria, siglato da una Regione in disavanzo, è finalizzato a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione interessata (fonte: www.quadernidellasalute.it).

regione si deve impegnare ad attuare, una volta ottenuto il consenso del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Le azioni correttive sono a livello strutturale (ad esempio la riorganizzazione del sistema ospedaliero), amministrativo (ad esempio il blocco delle assunzioni) e finanziario (con la ridefinizione del pagamento dell'IRAP⁵⁸ e dell'IRPEF⁵⁹ o anche la definizione di nuovi *ticket*).

Nonostante i P.d.R. all'inizio costituissero un'eccezione, ad oggi quasi tutte le Regioni ne sono state soggette. Le regioni in questione hanno ricevuto un affiancamento con un supporto tecnico-professionale per quanto riguarda le iniziative locali, in modo da mantenere sempre come obiettivo primario la garanzia dell'accesso alle cure.

4.1.L'esempio della Regione Lazio

La Regione Lazio rappresenta un chiaro esempio di come il Sistema Sanitario Regionale si sia dovuto rimodellare, pianificando azioni in grado di affrontare le esigenze dei cittadini senza aumentare il *deficit*. Ad oggi (settembre 2018, n.d.r.), il disavanzo di cui soffriva la Regione si sta per sanare e questo, finalmente, porterà al conseguimento del pareggio di bilancio.

Per il raggiungimento di questo risultato c'è stato il concorso di una serie di disposizioni normative, in particolare la Legge Finanziaria 2005 (Legge n. 311/2004), la Legge Finanziaria 2006 (Legge n. 266/2005) ed infine la Legge finanziaria 2007 (Legge n. 296/2006), che recepisce l'intesa Stato-Regioni del 23/03/2005. Attraverso la normativa predetta la Regione Lazio ha concordato con il Ministero della Salute e il MEF l'approvazione del Piano di Rientro dal debito sanitario, tenuto conto che nel 2007 il Lazio si trovava con un *deficit* sanitario pari a 2 miliardi di euro: una grave situazione che imponeva l'individuazione di nuovi e radicali interventi.

A tale proposito sono stati approvati vari Programmi Operativi triennali, contenenti quelle azioni ritenute idonee a garantire il perseguimento dei LEA e dell'equilibrio economico – finanziario, assicurandone la coerenza nelle articolazioni aziendali.

Ai Programmi Operativi del 2010 e del 2011-2012, ha fatto seguito il Programma Operativo 2013-2015 con il quale sono stati raggiunti importanti risultati per quel che concerne

⁵⁸ L'IRAP, introdotta con il D.lgs. n. 446/1997, è l'acronimo utilizzato per indicare l'Imposta Regionale sulle Attività Produttive. L'IRAP è diretta alle amministrazioni regionali ed alle Province Autonome e garantisce loro un'entrata monetaria che permette di finanziare la sanità regionale e il bilancio pubblico regionale.

⁵⁹ L'IRPEF è l'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche, è un tipo di imposta progressiva che si basa su aliquote che vengono corrisposte in base al reddito. I soggetti sottoposti all'imposta sono tutte le persone fisiche residenti e non, che hanno percepito un reddito entro l'anno.

la riorganizzazione, la riqualificazione ed il potenziamento del Sistema Sanitario Regionale, determinando una consistente riduzione del disavanzo.

Grazie ai risultati dell'ultimo triennio, lo stesso P.d.R. della Regione Lazio ha visto “mutare” la propria struttura, non limitandosi più ai soli aspetti economico-finanziari ma, in armonia con le disposizioni previste dal Patto per la Salute 2014-2016, ha ridefinito il proprio significato in ragione di un Piano di riorganizzazione, qualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.

Infatti, in passato i P.d.R. avevano determinato dei progressi e un miglioramento dei conti pubblici ma non avevano posto fine alla situazione debitoria del Lazio, che anzi era accompagnata da un aumento della pressione fiscale che non generava un miglioramento della qualità dei servizi.

Solo ad oggi, dopo un lungo e difficile percorso, vi sono dei progressi non soltanto a livello del contenimento dei costi ma anche a livello di *performance* sanitaria ed il commissariamento⁶⁰ a cui era soggetta la Regione Lazio dovrebbe finalmente terminare.

Un segnale positivo non soltanto a livello regionale ma a livello dell'intero SSN.

4.2. Il Programma Operativo 2016-2018 della Regione Lazio⁶¹

Il Programma Operativo del 2013-2015 è stato il primo Programma che ha pianificato e determinato importanti risultati per il Sistema Sanitario Regionale.

In particolare, si è registrato un andamento positivo delle variabili economico-finanziarie, con conseguente riduzione del disavanzo e un crescente miglioramento del livello qualitativo dell'assistenza per quanto riguarda i LEA.

Come già anticipato, nel 2007 il disavanzo era pari a -1.696 €/mln e un margine operativo pari -1.100 €/mln; nel 2015 il disavanzo ha raggiunto -332 €/mln con un conseguente margine operativo di -43 €/mln.

Anche il punteggio complessivo della valutazione griglia LEA ha registrato un miglioramento tra il 2009 e il 2014 (ultimo anno disponibile), passando da un punteggio di 114 a un punteggio di 168 (il valore soglia di adempienza è pari a 160, n.d.r.).⁶²

⁶⁰ Un provvedimento mediante il quale i poteri degli organi direttivi di un ente vengono sospesi autoritativamente e il loro esercizio viene affidato a un commissario. Fonte: Il Sole24ore.

⁶¹ Decreto del Commissario ad Acta n. 52 del 22 febbraio 2017, aggiornato con DCA n. 412/2017.

⁶² Confronta “Regione Lazio. Programma Operativo 2016-2018 Piani di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”.

Grazie ai risultati raggiunti nel triennio 2013-2015, il successivo Programma Operativo 2016-2018 (P.O. 2016-2018) ha consolidato il percorso di innovazione e di miglioramento dei servizi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario.

Elaborato in continuità col precedente programma e coerentemente con il patto della Salute 2014-2016, ha tra i principali obiettivi quello di garantire una piena erogazione dei LEA in assenza delle criticità e delle condizioni economiche che avevano portato la Regione all'adozione del Piano di Rientro e poi al commissariamento, attraverso un miglioramento non solo a livello di servizi ma anche a livello fiscale (prelievo fiscale equilibrato).

Inoltre, tenuto conto delle nuove necessità derivanti anche dal progressivo invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle patologie croniche e della disabilità ad essa connessa⁶³, il P.O. 2016-2018 ha inteso sviluppare servizi rispondenti alle nuove necessità impiegando al meglio le risorse disponibili, ovvero contenendo i costi e allo stesso tempo potenziando le infrastrutture.

È un programma sicuramente molto ambizioso, con 265 differenti azioni da implementare, suddivise in 13 aree di intervento per il perseguimento di ben 87 obiettivi programmati, ispirato ad una serie di principi che, di seguito, sommariamente elenchiamo:

- perseguire l'equità nella tutela della salute e nell'accesso alle cure attraverso una allocazione delle risorse basata su stime più puntuali del fabbisogno;
- promuovere unitarietà e coesione del SSR in una logica di integrazione di servizi sanitari e sociali e di continuità delle prestazioni erogate in setting assistenziali differenti;
- garantire reali recuperi di efficienza come principi dell'organizzazione del SSR;
- rafforzare le attività di controllo delle prestazioni in una logica di miglioramento degli esiti di salute della popolazione trattata;
- conferire alle Aziende Sanitarie Locali ulteriori strumenti per rinforzare la loro funzione di programmazione locale e di committenza;
- qualificare ed arricchire le competenze dei professionisti del SSR anche attraverso una loro maggiore responsabilizzazione, come garanzia per la qualità delle prestazioni;

⁶³ La spesa della regione si è dovuta adeguare al *trend* demografico. Tramite quest'ultimo si può notare come l'indice di vecchiaia, che misura l'invecchiamento della popolazione (rapporto percentuale tra il numero di cittadini di età superiore a 65 e il numero di giovani fino ai 14 anni), registri che nella regione Lazio vi siano 158,5 anziani ogni 100 giovani (Fonte: www.tuttitalia.it).

- promuovere la multidisciplinarietà nell’organizzazione dei servizi assistenziali, privilegiando “modelli di rete” in grado di assicurare la presa in carico;
- valorizzare gli aspetti di umanizzazione dell’assistenza, sottolineando l’importanza del rapporto relazionale in ogni contatto tra l’assistito e il sistema sanitario, e promuovendo le competenze dei cittadini nei riguardi delle scelte per la tutela della propria salute;
- valorizzazione ed efficientamento nella gestione delle risorse umane anche in considerazione dell’unificazione della gestione del trattamento dei dati del personale centrale e periferico, tramite il Sistema informativo realizzato dal Dipartimento dell’amministrazione generale (DAG) del Ministero dell’economia e delle finanze, denominato NoiPA;
- sviluppare le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie, con il presupposto che le condizioni di salute della popolazione sono determinate sia da fattori sanitari che non sanitari;
- riequilibrare i livelli assistenziali a favore di interventi indirizzati alla prevenzione e alla sanità di iniziativa per la presa in carico di gruppi particolarmente fragili, anche attraverso la realizzazione di *setting* erogativi a elevato contenuto di appropriatezza organizzativa;
- ricondurre l’ospedale per acuti al suo naturale ambito di risposta assistenziale prevalentemente indirizzata all’emergenza ed a quelle condizioni cliniche di elevata complessità, assicurando la separazione fra percorso dell’emergenze e quello dell’elezione;
- individuare gli interventi per il contenimento delle liste d’attesa, con particolare riferimento al miglioramento dell’appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere e alla visibilità e prenotabilità delle agende di tutti i soggetti erogatori;
- migliorare i meccanismi di controllo della spesa farmaceutica sia ospedaliera che territoriale al fine di conseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva;
- utilizzare gli accordi contrattuali ed i protocolli di intesa con i soggetti erogatori come strumenti per determinare tipologie e volumi delle prestazioni e delle funzioni rispetto ad un budget definito.⁶⁴

Le direttrici principali riguardano la ridefinizione del sistema di *governance*, che si deve

⁶⁴ Confronta “Regione Lazio. Programma Operativo 2016-2018 Piani di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”.

trovare in stretta correlazione con il ruolo della Regione nella definizione delle regole, dell'indirizzo, del monitoraggio, della valutazione e del sostegno all'innovazione e al consolidamento dell'organizzazione aziendale. Il tutto in linea con il rafforzamento dei principi di autonomia e responsabilità rispetto agli obiettivi di miglioramento dei servizi e salvaguardia dei vincoli economico-finanziari.

Il P.O. 2016-2018 è estremamente dettagliato, e se in questa sede non è possibile analizzarlo in modo approfondito, proveremo a dividere le molteplici tematiche in due macro aree: tematiche di tipo organizzativo volte a migliorare l'efficienza e tematiche legate alla prestazione e al servizio.

Nel primo gruppo di interventi si prevedono riorganizzazioni interne volte al miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni, misure per migliorare le politiche di approvvigionamento di beni e servizi, nuove politiche di gestione del personale, miglioramento del sistema informativo e della gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico.

Il secondo macro gruppo di interventi è relativo ad iniziative per la promozione dell'appropriatezza dell'uso del farmaco e dei dispositivi medici, alle misure di prevenzione, ai servizi territoriali ed al governo delle liste di attesa, alla riorganizzazione e potenziamento delle reti assistenziali. Il tutto razionalizzando la spesa, nel rispetto dei tetti previsti dalla normativa vigente.

Durante il periodo di attuazione del P.O. 2016-2018 non sono mancati momenti di verifica e controllo dei risultati effettivi rispetto a quanto previsto. In particolare, nell'estate 2017 si è evidenziata la necessità di approvare un Programma Straordinario, per monitorare in maniera più attenta alcune azioni prioritarie ed assicurarne l'attuazione, al fine di consentire l'uscita della Regione Lazio dal commissariamento.

Tra le priorità del Programma Straordinario citiamo il consolidamento dei crediti e dei debiti iscritti negli stati patrimoniali delle Aziende, la stabilizzazione del sistema di *governance* regionale e aziendale con una maggiore definizione di funzioni, competenze e responsabilità, lo sviluppo dei servizi assistenziali tramite il completamento del riordino ospedaliero e l'adozione di piani di efficientamento delle Aziende Ospedaliere per consentire un migliore utilizzo delle risorse a disposizione.

Il P.O. 2016-2018 ed il successivo Programma straordinario sono stati (e lo sono tutt'ora) oggetto di verifica e di controllo. Il dato di fatto, ad oggi, è che la Regione non ha ancora colmato completamente il *deficit* del 2007 ma, dopo anni di instabilità, sembra finalmente aver intrapreso la giusta direzione. L'auspicio è che il *trend* positivo riscontrato possa mantenersi anche in futuro.

4.2.1. I LEA a livello regionale

Come evidenziato in precedenza, i Sistemi Sanitari Regionali registrano rilevanti differenze di qualità ed efficienza rispetto all'erogazione dei LEA ed in virtù di ciò vi sono problemi di equità tra le diverse Regioni, alcune delle quali non raggiungono i livelli qualitativi minimi delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini.

In base alla certificazione finale per l'anno 2012 dei LEA nelle Regioni italiane elaborata dal Ministero della Salute, sette Regioni (tutte del Sud, ad eccezione della Basilicata), si posizionano al disotto della "soglia di adempienza" (160 punti).

Tra le Regioni *best performer* nella graduatoria nazionale per i LEA si segnalano: Emilia Romagna (prima con 210 punti), Toscana e Veneto (entrambe con 193 punti) e Piemonte (con 186 punti), mentre la Regione Lazio si collochi in una posizione intermedia, con qualche punto leggermente superiore alla soglia minima di adempienza.

<i>Regione</i>	<i>punteggio</i>
Emilia Romagna	210
Veneto	193
Toscana	193
Piemonte	186
Lombardia	184
Liguria	176
Umbria	171
Basilicata	169
Lazio	167
Marche	165
Sicilia	157
Molise	146
Abruzzo	145
Puglia	140
Calabria	133
Campania	177

Fonte: Ministero della Salute – AGE.NA.S., maggio 2014

Sulla base del Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA – Metodologia e risultati dell'anno 2015, la Regione Lazio si è attestata su un punteggio pari a 176 punti che, secondo i

parametri di riferimento fissati dal Comitato Lea (range -25 – 225; positivo a 160), risulta essere positivo e in miglioramento rispetto al precedente del 2014 (168 punti).



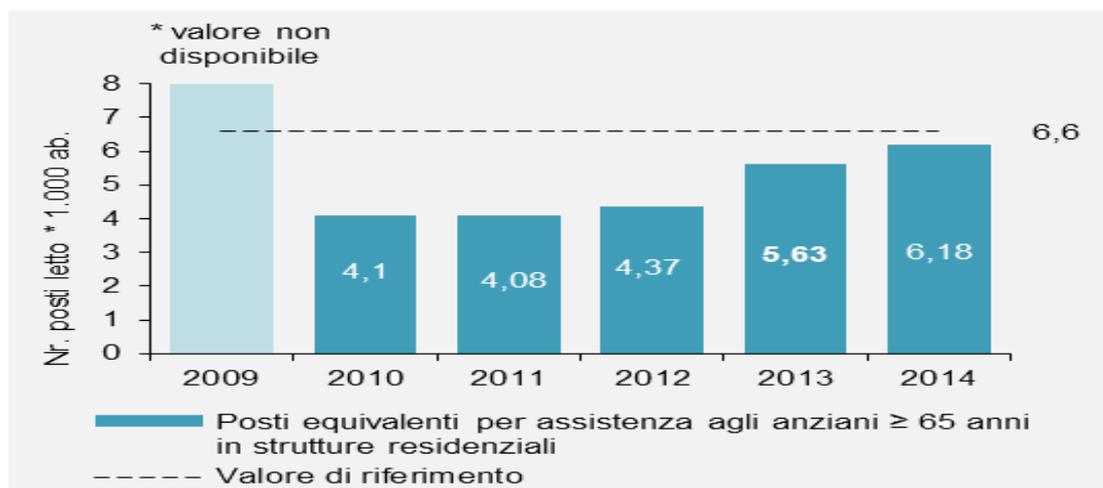
Punteggio LEA. Fonte: Regione Lazio. Programma Operativo 2016-2018 Piani di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale

Sulla base degli ultimi dati, quindi, la Regione ha raggiunto complessivamente valori che si collocano entro i parametri di riferimento per la maggior parte degli indicatori relativi ai tre livelli di assistenza: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e ospedaliera.

Inoltre, va ricordato che il perseguimento dei LEA è garantito anche dal ruolo strategico svolto dai sistemi informativi sanitari che permettono ai cittadini trattamenti efficaci ed appropriati in tempi adeguati alle loro condizioni di salute.

In questo caso, le principali criticità si riscontrano nei livelli di assistenza della prevenzione, ed in particolare nell'area delle vaccinazioni. Per il livello di assistenza distrettuale, le criticità sono relative agli indicatori dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Segnaliamo, infine, il dato di cui al grafico riportato di seguito, dal quale emerge che la Regione Lazio ha un numero di posti letto per anziani >65 anni pari a 6,18 per 1000 ab. nell'anno 2014.



Assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale. Fonte: Regione Lazio. Programma Operativo 2016-2018 Piani di riorganizzazione, riqualificazione e sviuppo del Servizio Sanitario Regionale

4.2.2. Nuovo sistema di *Governance*

Nell'ambito del P.O. 2016-2018, il sistema di *governance* è un tema importante quanto il contenimento della spesa. Da tempo, la Regione Lazio ha cercato di completare lo sviluppo del sistema di *governance*:

- consolidando il ruolo regionale in termini di definizione delle regole, indirizzo, monitoraggio, valutazione, sostegno all'innovazione;
- sviluppando un parallelo rafforzamento dell'organizzazione aziendale nel rispetto dei principi di autonomia e responsabilità verso gli obiettivi di miglioramento dei servizi e indiscussa salvaguardia dei vincoli economico-finanziari;
- realizzando organizzazioni capaci di valorizzare l'esercizio delle responsabilità e delle competenze professionali.

Nello specifico il P.O. 2016-2018 ha individuato gli obiettivi e le azioni finalizzate alla chiara definizione dei processi di *governance* regionale, nonché gli interventi di riorganizzazione e riqualificazione del SSR idonei a garantire congiuntamente il perseguimento dei LEA e dell'equilibrio economico-finanziario.

A tale proposito è stato avviato un rafforzamento del sistema di *governance* e anche di razionalizzazione della spesa tramite lo sviluppo di un monitoraggio sull'andamento delle forniture dei beni e dei servizi, con particolare riferimento all'andamento della spesa delle Aziende Sanitarie, anche grazie ai nuovi strumenti informatici.

Infatti, tra le novità introdotte c'è il sistema di *spending analysis* denominato TSV (*Total Spending Visibility*) sviluppato dalla società controllata Lazio Crea, con il quale sono raccolte, elaborate e analizzate periodicamente le informazioni di spesa delle Aziende Sanitarie.

4.2.3. Le manovre in campo farmaceutico

Nel P.O. 2016-2018 non mancano le azioni previste per la promozione e l'uso del farmaco e dei dispositivi medici, senza mai perdere di vista l'obiettivo della diminuzione della spesa (in modo da rispettare i tetti previsti).

In particolare, per quel che concerne la spesa farmaceutica territoriale, il programma intende intervenire sulla spesa farmaceutica convenzionata, con l'obiettivo di allineare la spesa media pro-capite al valore medio nazionale, nonché sulla spesa diretta per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e per un maggiore ricorso all'utilizzo di farmaci biosimilari⁶⁵.

In ragione della spesa farmaceutica ospedaliera, le azioni sono state finalizzate ad una maggiore appropriatezza nella somministrazione dei farmaci ad alto costo, anche in previsione dell'introduzione di farmaci altamente innovativi in campo oncologico e delle malattie rare.

In questo ambito, i farmaci biologici⁶⁶ sono tra i farmaci che hanno fatto registrare un aumento della spesa sia per l'ampliamento dell'uso terapeutico sia per l'introduzione in commercio di nuovi principi attivi. Proprio per questo la Regione ha specificato le strutture ed i centri autorizzati alla prescrizione di tali farmaci, per avere un uso sempre più corretto di questi ultimi.

Un'altra categoria di farmaci che ha aumentato la spesa farmaceutica riguarda i farmaci oncologici, anche in questo caso la Regione ha previsto la formalizzazione di Percorsi Terapeutici Regionali per l'utilizzo appropriato di alcune classi di farmaci oncologici e la razionalizzazione della spesa collegata, indicando le modalità di monitoraggio e valutazione. Anche per i dispositivi medici, sono state individuate azioni per il contenimento della spesa, favorendo meccanismi di acquisto competitivo, uso appropriato e azioni volte al monitoraggio dei consumi in relazione alla tipologia di prestazioni erogate.

In sostanza gli obiettivi programmati riguardano la razionalizzazione della spesa farmaceutica con un monitoraggio continuo nell'uso dei dispositivi medici e dei farmaci, soprattutto quelli innovativi.

Infine, anche il potenziamento della medicina generale ha il suo ruolo cardine nella riorganizzazione della Regione per i servizi territoriali e per il contenimento della spesa.

⁶⁵ Il termine biosimilare indica un medicinale simile a un farmaco biologico di riferimento, già autorizzato nell'Unione Europea, di cui sia scaduta la copertura brevettuale. Fonte: Istituto Superiore di Sanità.

⁶⁶ Sono una categoria di sostanze terapeutiche ottenute con le biotecnologie, che agiscono soltanto sulla singola struttura (ad esempio proteina o recettori) in modo da aumentarne l'efficacia della terapia e riducendo, nel contempo, gli effetti indesiderati. Fonte: www.saperesalute.it.

4.2.4. Il ridimensionamento della spesa sanitaria

Come già evidenziato, un importante obiettivo del P.O. 2016-2018 della Regione Lazio è garantire una riduzione della spesa attraverso una serie di azioni volte a contenere i costi, ridimensionare gli sprechi, senza intaccare il mantenimento degli *standard* qualitativi.

La Regione Lazio, essendo stata inserita nel percorso di Risanamento della Sanità Nazionale iniziato nel 2005, che ha previsto numerosi obblighi finalizzati alla progressiva riduzione del disavanzo di gestione dei Sistemi Sanitari Regionali, ha attivato nell'ultimo decennio delle azioni di riduzione della spesa sanitaria e contenimento dei costi.

Infatti, l'implementazione del Piano di Rientro regionale si è focalizzato in alcuni punti fondamentali quali: miglioramento delle variabili economiche finanziarie in ottica di contenimento dei costi e miglioramento del livello qualitativo dell'assistenza fornita.

L'obiettivo è quello di ridimensionare la spesa farmaceutica con una riduzione di 158 mln € in 3 anni, la spesa per l'approvvigionamento di beni e servizi con una riduzione di 66,3 mln €, la spesa per la gestione del contenzioso minore ridotta di 40 mln € ed infine una riduzione di 218,8 mln € nel triennio per i piani di efficientamento aziendale.

Inoltre, per alcuni ospedali del Lazio, si è provveduto a definire in modo puntuale gli obiettivi di riduzione della spesa, come evidenziato dallo schema allegato.

<i>Azienda</i>	<i>Obiettivo dopo I anno</i>	<i>Obiettivo dopo III anno</i>
S.Camillo	-15,4 mln/€	-61,8 mln/
S.Giovanni	-11,3 mln/€	-52,9 mln
Policlino Umberto I	-8,6 mln/€	-43,0 mln
IFO	-3,7 mln/€	-18,5 mln
S.Andrea	-2,9 mln/€	-14,7 mln
Policlinico Tor Vergata	-5,6 mln/€	-28,0 mln
Totale	-47,6 mln/€	-218,8 mln

Fonte: Programma Operativo 2016/2018, Riparte la sanità.

Ricordiamo, infine, che dal 1° gennaio 2017 è stato previsto che i cittadini del Lazio non paghino più il *ticket* regionale introdotto nel 2008 e che aveva ampliato il *gap* sulla disuguaglianza dell'accesso alle cure.

Infatti, l'introduzione del *ticket* regionale si sommava a quello nazionale rendendo, talvolta, i costi più alti della prestazione in sé. Grazie all'abolizione dei *ticket* regionali i cittadini possono risparmiare circa 20 mln €, in particolare per quel che concerne le spese relative alle visite specialistiche ambulatorie ed agli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatorie (APA), sulle risonanze magnetiche e TAC ed infine sulla fisiokinesiterapia.

Conclusioni

L'analisi del nostro Sistema Sanitario Nazionale ha permesso di evidenziare aspetti positivi ed eccellenze del sistema, quali ad esempio l'alto livello qualitativo dei servizi e la capacità di essere un sistema di tipo universale.

Allo stesso tempo, il SSN ha dimostrato di avere alcune debolezze, prima fra tutte l'inequità connessa all'accesso alle cure ed all'erogazione dei servizi, ovvero l'alta spesa privata (*out-of-pocket*) che i cittadini sono costretti a sostenere per assicurarsi una cura in linea con la patologia in questione.

Ovviamente, abbiamo cercato di fornire un'analisi il più possibile obiettiva, non trascurando, pertanto, le conseguenze di una crisi economico-finanziaria i cui effetti sono ancora particolarmente evidenti e dalla quale il Sistema Italia nel suo complesso, fatica ancora a riprendersi.

Tuttavia, in un tale contesto ci è sembrato interessante trattare il caso di una Regione, ovvero di quell'ente pubblico che a livello sanitario ha un costante rapporto di prossimità col cittadino.

La Regione Lazio, partendo da una grave situazione in termini di disavanzo sanitario, ha saputo riorganizzarsi, gettando le basi per fornire risposte alle sfide del futuro. Infatti, alle difficoltà economico-finanziarie di un bilancio sanitario in pesante disavanzo, alle carenze nella qualità dei servizi offerti, alla debole e non chiara definizione del sistema di *governance*, la Regione Lazio ha risposto attraverso la pianificazione di Piani di Rientro adeguati e coerenti l'uno con l'altro, in grado di fornire continuità agli obiettivi e di ottenere risultati nel tempo.

Un esempio, quindi, di come senza trascurare quei cambiamenti strutturali e ambientali che ormai pervadono la società occidentale ed in particolare quella italiana (come ad esempio il nuovo *trend* demografico verso il costante invecchiamento della popolazione), sia possibile migliorare i parametri del servizio sanitario il cui scopo era e rimane quello di garantire l'assistenza sanitaria ovvero la tutela o salvaguardia della salute dei cittadini, qualificato dalla legge italiana come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Sitografia

<http://www.agenas.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/content/monitoraggio-e-valutazione>

<http://www.agenziafarmaco.gov.it>

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/lagenzia-italiana-del-farmaco>

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/monitoraggio-spesa-farmaceutica>

<http://www.aiop.it/LinkClick.aspx?fileticket=poAPR08fRIU%3D&portalid=4>

<http://www.altalex.com/documents/news/2011/05/19/federalismo-fiscale-il-sistema-dei-tributi-locali-tra-centralismo-ed-autonomia>

<http://www.camera.it/leg18/1>

<http://www.camera.it/parlam/leggi/96662l02.htm>

<http://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104820.pdf>

<http://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105044.pdf>

<http://www.casamica.it/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/Ricerca-Casamica-Censis.pdf>

<http://www.dire.it/27-06-2018/215910-rapporto-i-com-italia-spesa-sanitaria-pil/>

<http://www.farenotizia.it/salute-e-benessere/sanita-mutualistica/>

<http://www.farmacianews.it/uso-dei-farmaci-secondo-il-rapporto-osmed-2017/>

<http://www.fondazionefarmafactoring.it/documents/53057/56132/FondFarmafactoring+2+Quaderno+2018/8edb3074-f36a-4b63-a20f-01c5094092ec>

<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

<http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2017-10-20/italia-paese-che-invecchia-meta-popolazione-ha-piu-45-anni--111353.shtml?uuid=AEp9QZsC>

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=49616

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=55720

http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=63398

http://www.rapportogimbe.it/2_Rapporto_GIMBE_Sostenibilita_SSN.pdf

http://www.rapportogimbe.it/3_Rapporto_GIMBE.pdf

http://www.regione.lazio.it/rl_main/?vw=newsdettaglio&id=3682

http://www.repubblica.it/cronaca/2018/06/13/news/istat_calor_nascite-198882165/

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneSecondariaRelazione_3_listaCapitoli_capitoliItemName_6_scarica.pdf

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_231_allegato.txt

http://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/RELAZIONE_SULLA_PERFORMANCE_2014_V6_Bilancio_genere.pdf

<http://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale>

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=21&area=Il_Ssn

<http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2017-03-21/migrazione-sanitaria-dati-e-analisi-un-fenomeno-fantasma-132422.php?uuid=AEz63Yq>

http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2017/12/02/ReportINMP_Equita.pdf?uuid=AE8S7gLD

<http://www.sapere.it/sapere/medicina-e-salute/il-medico-risponde/guida-ai-Servizi-sanitari/il-Servizio-sanitario-nazionale.html>

<http://www.welfareday.it/files/941a0683ad0fe56f66a96ed0145f67e6.pdf>

<https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-it.pdf>

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_it_italy.pdf

<https://www.aboutpharma.com/blog/2018/06/06/spesa-sanitaria-privata/>

<https://www.aprirenetwork.it/2018/06/28/il-ruolo-del-mmg-e-del-pls-nella-prevenzione-primaria-e-secondaria/>

<https://www.assidai.it/lea-livelli-essenziali-assistenza/>

<https://www.borsaitaliana.it/notizie/sotto-la-lente/ocse-116.htm>

<https://www.corrierenazionale.it/2018/07/12/aumentano-consumi-farmaci-emilia-romagna-in-vetta/>

<https://www.fasi.it/costi-della-sanita-italiana-dati-istat/>

<https://www.inail.it/cs/internet/attivita.html>

<https://www.istat.it/it/files/2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanità-anni-2012-2016.pdf>

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2017-03-06/istat-nuovo-record-negativo-le-nascite-popolazione-calo-l-italia-e-sempre-piu-un-paese-vecchi%E2%80%82-143946.php?uuid=AEk63hi>

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-02-05/sanita-ricette-far-crescere-ii-pilastro-152823.php?uuid=AEC32buD>

<https://www.saperesalute.it/farmaci-biologici>

https://www.simone.it/catalogo/v324_10.pdf

<https://www.slideshare.net/RegioneLazio/programma-operativo-2016-2018>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>