



20° Rapporto Sanità

**Manutenzione o Trasformazione:
l'intervento pubblico in Sanità al bivio**

Executive Summary

A cura di / *Edited by:*

Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA

Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in Sanità al bivio

d'Angela D.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.²

Da oltre 20 anni il Rapporto Sanità analizza i principali dati che descrivono il sistema sanitario italiano, tentando di trarne indicazioni utili a formulare qualche valutazione sulle politiche sanitarie e, principalmente, qualche suggerimento per la sua evoluzione.

Il punto di partenza delle analisi è sempre stata l'analisi statistica dei dati disponibili, accompagnata da una valutazione critica degli interventi di politica sanitaria.

Purtroppo, il passare degli anni non ha migliorato significativamente l'*accountability* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, neppure, ha chiarito i veri confini del settore sanitario nel suo complesso; di fatto, il concetto dell'*accountability* stenta ad affermarsi culturalmente nella Pubblica Amministrazione, e comunque in Sanità si dimostra del tutto perdente nei confronti delle, pur giuste, istanze legate alla *privacy*, che però sarebbero superabili se si ritenesse davvero necessario supportare con analisi quantitative le politiche sanitarie (e non solo). Di fatto, anno dopo anno, l'accesso ai dati necessari per le analisi si dimostra sempre più difficile e, principalmente, sempre meno tempestivo e questo spiega il sempre maggiore ricorso a stime dei dati. Le analisi sono rese peraltro complesse per i continui "cambi di serie", con dati che, pur provenienti da fonti diverse o dello stesso Ente ma riferite a indagini diverse, risultano discordanti malgrado riferiti allo stesso fenomeno.

Il lavoro di analisi statistica è, quindi, sempre più arduo: ma per il 2024 si dimostra altresì complesso identificare atti normativi con uno spessore sufficiente a fornire indicazioni sulla rotta intrapresa dal SSN. Di fatto le norme di politica sanitaria che hanno avuto

più risalto, in primo luogo quelle relative al contrasto alle liste di attesa e all'utilizzo dei "medici gettonisti", indipendentemente dalla valutazione che se ne può fare sulla loro efficacia (effettivamente discutibile), non sembrano rispondere ad una logica strategica: appaiono, infatti, non distinguere con chiarezza cause ed effetti, limitandosi a tentare di tamponare le falle (o le richieste a gran voce della popolazione).

In un siffatto contesto, è sembrato utile procedere dividendo in modo netto i "fatti", così come è possibile ricostruirli partendo dalle evidenze quantitative, dalle "interpretazioni" e valutazioni critiche, per poi segnalare qualche ipotesi "propositiva".

Anticipiamo che la domanda di fondo che il Rapporto pone quest'anno è se sia sufficiente procedere con manutenzioni, seppure straordinarie, del Servizio, o se sia arrivato il momento di affrontare la necessità di una sua radicale trasformazione. La risposta, in sintesi, che il Rapporto dà a questo quesito, è che una trasformazione è necessaria e non solo opportuna, ma è condizionata dalla necessità di fare scelte politiche "scomode", per le quali è necessario far maturare una condivisione super-partes: quest'ultima possibile solo aprendo un franco e leale dibattito sui principi ai quali ci si vuole ispirare nel ripensare il SSN e, più in generale, nel governare il sistema sanitario.

I "Fatti"

Il SSN pubblico nasce, in primo luogo, per garantire l'accesso alle cure indipendentemente dalle condizioni socio-economiche dei cittadini, operando

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

in modo equitativo sia sul lato del finanziamento, che su quello dell'erogazione.

In tema di Equità, vale sempre la pena di ricordare come il SSN, tecnicamente, sia una Assicurazione Sociale a copertura universalistica, per definizione caratterizzata dal perseguimento di una redistribuzione solidaristica. Ricordando che sotteso al SSN esiste un meccanismo "assicurativo", si evidenzia che rimane sostenibile finché sono in equilibrio le risorse e le "promesse".

L'impatto del finanziamento

Sul primo punto, quello delle risorse, possiamo osservare che, sebbene tecnicamente quelle per la Sanità normativamente vengano (principalmente) dal gettito (compartecipato dalle Regioni) dell'IVA e dell'IRAP, volendo capire come si distribuisce l'onere del finanziamento, emerge che lo stesso è concentrato su meno del 20% della popolazione, come risulta analizzando il gettito dell'IRPEF: infatti, il restante 80%, come è noto (Rapporto sul Bilancio del Sistema Previdenziale italiano, Itinerari previdenziali), versa meno del valore dei servizi sanitari che (sempre in media) riceve dallo Stato.

Se si dovesse, quindi, credere alla veridicità delle dichiarazioni, sarebbe lecito porsi domande tanto sulla esistenza di una esagerata sperequazione dei redditi a livello nazionale, quanto sulla conseguenza di ciò in termini di sostenibilità: è, infatti, complesso immaginare un servizio sanitario pubblico che economicamente pesa sulle "spalle" di una quota davvero esigua della popolazione.

Le "promesse" del SSN: LEA e inappropriatezza

Sul versante delle "promesse", la prima osservazione è che il SSN le sue le dichiara esplicitamente, almeno da quando è entrato nella normativa italiana il concetto di Livelli Essenziale di Assistenza, (LEA) mutuato poi nel concetto più generale di Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP).

Rileggendo la definizione dei LEA si può concludere che tutte le prestazioni, con esclusione delle cure estetiche, della circoncisione rituale e di quelle inappropriate, vi sono ricomprese. Ne segue che l'onere relativo a tutte le spese sanitarie "appropriate"

debba essere a carico del SSN, con la mera esclusione delle compartecipazioni alla spesa.

In pratica, però, la spesa sanitaria, riferendosi in particolare a quella che rimane a carico delle famiglie, rappresenta il 24,8% della spesa totale; anche qualora volessimo sottrarre da tale ammontare le compartecipazioni alla spesa sulle prestazioni del SSN, l'incidenza rimarrebbe del 24,2%, pari a € 41,4 mld.; un ammontare molto rilevante per essere attribuito a prestazioni inappropriate, ed anche sottostimato nella sua incidenza, dato che nel denominatore è annidata anche la spesa del SSN per i consumi collettivi.

In altri termini, il SSN copre in effetti una quota della spesa delle prestazioni sanitarie intorno al 75% e per capire se davvero abbia mantenuto le sue "promesse", va chiarita la natura della quota erogata extra-SSN.

Se si assumesse che effettivamente queste ultime sono tutte inappropriate, allora si potrebbe concludere che la capacità di erogazione del SSN è congrua per garantire l'accesso ai LEA: rimane da spiegare come si possa considerare inappropriata una così rilevante quota di prestazioni che, per grandissima parte, è soggetta a prescrizione medica e per lo più effettivamente prescritta nell'ambito del SSN.

La spesa privata

In antitesi alla idea che si possa liquidare la questione delle "promesse" chiamando in causa l'appropriatezza, ricorrono varie altre evidenze risultanti dall'analisi della spesa privata sanitaria delle famiglie.

La prima osservazione è che la spesa privata, pur molto rilevante (oltre € 42 mld.) sottostima i "bisogni" espressi dalla popolazione: infatti, le rinunce al consumo (che riguardano ormai 3,4 milioni di nuclei familiari, di cui 1,2 sono quelli che hanno completamente azzerato i consumi sanitari) implicano che nell'indagine sulla spesa sfugga il bisogno rimasto inespresso del 4,1% della popolazione, ovvero 2,4 milioni di cittadini.

La seconda è che la spesa privata delle famiglie oltre che rilevante in livello, è anche in continua crescita (del 2,4% medio annuo, 12,7% in complesso)

negli ultimi 5 anni), e correlata tanto con il reddito, quanto con le situazioni di minore efficienza dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR): l'analisi è, quindi, suggestiva di un bisogno reale, anche legato a carenze di offerta nel pubblico.

La terza è che la spesa sanitaria privata è per il 7,7% sostenuta da famiglie del I quintile di consumo e per il 13,5% da quelle del II: trattandosi della quota di popolazione meno abbiente, è per lo meno discutibile possa sostenersi che si “abbandoni” a consumi non davvero necessari.

Le liste di attesa

Per completare il quadro, va anche ricordato che, come riportato nel 17° Rapporto Sanità, le attese per l'erogazione delle prestazioni del SSN, rimangono la principale ragione di disaffezione dei cittadini per il servizio pubblico, e certamente buona parte della spesa privata, almeno quella delle famiglie che possono permettersi di sostenerla, è causata proprio dalla barriera all'accesso rappresentata dai tempi di attesa.

La disaffezione dei professionisti sanitari

Sempre in tema di disaffezione per il SSN, va inoltre citata quella dei professionisti, arrivati di recente a scioperare, ma già evidente da tempo, come desumibile dalla ormai acclarata mancanza di vocazione fra i giovani che, nel caso degli infermieri è ormai su livelli tali da non permettere neppure il ricambio generazionale; ed anche fra i medici è evidente per le specialità che non permettono attività privata, ma ormai anche per la medicina generale come riportato nel 19° Rapporto Sanità.

Il Finanziamento

Per completare il quadro delle evidenze disponibili sullo stato del sistema sanitario in Italia, varie altre evidenze derivanti dai “macro-trend” sembrano rilevanti.

In primo luogo, i confronti internazionali confermano che, nel 2023, la quota di copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia si attesta al 74%, contro il 78,7% nei Paesi membri dell'Unione Europea (EU) entrati prima del 1995 (EU-Ante 1995) e il 75,2% in

quelli entrati dopo il 1995 (EU-Post 1995); l'Italia ha ormai un *gap* (negativo in termini equitativi) di -4,7 punti percentuali (p.p.) rispetto ai primi e di -1,3 p.p. con i secondi, ed il *gap* è in aumento: rispetto al 2009 di 7,0 p.p. con i Paesi EU-Ante 1995 e di 10,2 p.p. con quelli EU-Post 1995.

Sempre i confronti internazionali ci ricordano come la spesa privata italiana *Out of Pocket* sia il 22,7% della spesa totale, contro una media del 18,8% negli altri Paesi europei: questa mancanza di intermediazione è un ulteriore elemento di iniquità che caratterizza il nostro Paese; ancor più preoccupante, in considerazione del fatto che si tratta di una media fra il valore del Settentrione, che arriva ad avere una quota di spesa privata intermediata che supera il 10%, e il Meridione che si ferma a meno del 3%.

Vale ancora la pena di segnalare, in tema di finanziamento, che malgrado nell'ultimo decennio (2014-2024) il Fabbisogno nazionale *standard* sia cresciuto di € 24,1 mld. (2% medio nominale annuo), dividendo l'orizzonte temporale in tre sottoperiodi (pre-pandemia 2014-2019, pandemia 2019-2021 e post-pandemia 2021-2024), nel primo periodo l'incremento reale si è fermato allo 0,3% medio annuo; durante la pandemia ha raggiunto il +3,3% medio annuo; ma nel periodo post-pandemico è sinora risultato negativo (-1,5% medio annuo). Quindi, malgrado si parli di allargare le “promesse” (nuovi “LEA”) di fatto si stima un Fabbisogno stagnante in termini reali se non regressivo.

Il riparto

Ancora in tema di finanziamento, e di redistribuzione equitativa delle risorse, va segnalato che il Fabbisogno *standard* regionale stimato con il meccanismo attuale di riparto, è compreso in un *range* che fra gli estremi dista di circa € 150: tale scarto più che raddoppia in termini di finanziamento effettivo, e questo come conseguenza, in primo luogo dei saldi di mobilità, ed in secondo delle diverse incidenze delle cosiddette Entrate Proprie.

Parallelamente, il *range* in cui si posizionano le spese private a livello regionale è pari a € 471,8 quindi 3 volte quello del Fabbisogno *standard* e 1,4

volte quello del finanziamento effettivo.

La spesa

Il quadro del finanziamento sinteticamente esposto, si riverbera sulla spesa, per la quale si conferma un continuo allontanamento dai livelli medi internazionali; a fronte di un Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite inferiore del 19,7% rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (*gap* in riduzione di 1,4 p.p. rispetto al 2022, ma in aumento di 3,2 p.p. nell'ultimo decennio), la spesa sanitaria pubblica è sotto la media del 44,1% (*gap* in crescita di 1,2 p.p. rispetto al 2022 e di 11,4 p.p. nel decennio), e quella privata dell'8,7% (*gap* in crescita di 2,3 p.p. rispetto al 2022, e in riduzione di 12,0 p.p. rispetto al 2013).

Dividendo l'orizzonte temporale in tre sottoperiodi biennali (pre-pandemia 2019-2021, pandemia 2020-2021 e post-pandemia 2022-2023), si osserva nel primo periodo un incremento reale dell'1,6%; nel secondo del +3,4%; nel terzo risulta negativo (-4,9%).

Passando ad un confronto statistico basato su una corretta analisi della relazione fra risorse dei Paesi (PIL pro-capite, al netto degli interessi sul debito pubblico che sono indisponibili per il finanziamento del *Welfare*) e spesa sanitaria pro-capite, la spesa per la Sanità in Italia risulta inferiore al livello atteso del 11,3%.

L'equità

Nel 2022, il fenomeno dell'impoverimento causato dalle spese sanitarie private, che colpisce maggiormente le coppie di anziani *over 75*, gli anziani soli e le famiglie con tre o più figli, ha coinvolto oltre 374.000 famiglie italiane (l'1,4% delle famiglie e l'1,9% se si considerano solo quelle che sostengono spese sanitarie), con un impatto che nel Mezzogiorno è quasi quattro volte quello registrato nel Nord e più del doppio di quello registrato nel Centro.

Sommando all'impoverimento le (sole) rinunce totali alla spesa, si registra un "disagio economico dovuto alle spese sanitarie" che interessa 1,6 milioni di famiglie (3,4 milioni di residenti), con una incidenza significativamente superiore nel Sud del Paese (8,7%) e fra le famiglie di stranieri, le coppie con tre o più figli e le monocomponenti con meno di 65 anni.

Per inciso, il "disagio" è strettamente correlato con la deprivazione materiale e sociale, malgrado i soggetti in questione, in una ottica solidaristica, dovrebbero essere maggiormente protetti mediante, ad esempio, esenzioni dalla compartecipazione alle spese.

Altre 95.000 famiglie sono a rischio di disagio economico per le spese sanitarie, si tratta dei nuclei a rischio di rinuncia e/o di impoverimento (lo 0,9% di quelle del Mezzogiorno che spendono privatamente per la sanità e lo 0,5% di quelle del Centro).

Il fenomeno della "catastroficita", infine, interessa l'8,6% delle famiglie residenti (11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie), ovvero 2,3 milioni di nuclei; colpisce maggiormente il Mezzogiorno e il Nord-Est, nonché gli anziani, soli o in coppia, ed è causata primariamente dalle spese odontoiatriche.

Le "valutazioni critiche"

Le evidenze statistiche, sopra sintetizzate, inducono alcune riflessioni sulle traiettorie del SSN, e del Sistema Sanitario italiano in generale.

La Sostenibilità

In primo luogo, dobbiamo osservare che il tema della Sostenibilità del SSN è ricorrente nel dibattito sulle politiche sanitarie, ma si tratta di questione complessa e spesso posta in modo inadeguato: infatti, la questione sulla Sostenibilità, se non meglio qualificata, non ha risposta, se non quella che "dipende": ovviamente da quali siano le "promesse" del SSN.

In altri termini, per chiarezza, la domanda va riformulata ed esplicitata, chiedendosi se gli "attuali LEA" sono sostenibili.

Con questa accezione, rifacendoci alle evidenze del paragrafo precedente, è lecito concludere che probabilmente la risposta è già oggi negativa; o comunque, rischia di esserlo a maggior ragione in prospettiva, visti i tassi di introduzione di nuove (e a volte innovative) tecnologie, che spingono verso l'alto i costi (almeno a breve termine) delle cure, oltre che l'evidente impatto dell'invecchiamento e della non-autosufficienza (che ne rimane la conseguenza

a maggior assorbimento di risorse).

Avverse a questa conclusione si possono proporre due principali argomentazioni.

La prima è quella dell'eccesso di prestazioni inappropriate; teoricamente, come già anticipato, è possibile che i circa € 40 mld. di prestazioni oggi pagate direttamente dalle famiglie siano in larga misura inappropriate, e lo siano potenzialmente anche quelle a cui oltre 1 milione di famiglie hanno rinunciato.

Questa diagnosi (estrema) lascia irrisolto il tema della terapia, ovvero come contrastare una così larga inappropriatezza prescrittiva: anche perché anche se fosse possibile annullarla, si paleserebbe l'esistenza di una forte discrasia fra "promesse del SSN" e "attese" dei cittadini.

La soluzione andrebbe ricercata sul versante del governo della domanda, che implica il monitoraggio delle prescrizioni: tema su cui il SSN sembra decisamente poco attrezzato, non essendosi sinora appalesato alcun miglioramento (anzi in caso un peggioramento qualora si volesse attribuire l'aumento della spesa privata ad un aumento dell'inappropriatezza).

Realisticamente, la verità potrebbe albergare "nel mezzo": in tal caso andrebbe riconosciuta l'esistenza di una quota di prestazioni insoddisfatte dal SSN che farebbero parte dei LEA, avvalorando la tesi che le risorse attuali siano insufficienti; ed un'altra parte di una quota di inappropriatezza, non governata dal SSN, tanto sul lato del rapporto con i professionisti, quanto su quello dei cittadini: ad esempio latita una revisione del ruolo dei Fondi sanitari integrativi, che non possono per definizione essere tali, perché per esserlo dovrebbero erogare solo (una parte della) odontoiatria e prestazioni inappropriate, ma che possono aiutare a colmare il *gap* fra LEA e "attese" dei cittadini.

Anche in assenza di una chiara *vision* pubblica sul ruolo da attribuirgli, si tratta di un fenomeno in crescita, che se non altro ci riavvicina al resto di Europa in termini di intermediazione della spesa privata; varie analisi dimostrano un forte gradimento per queste coperture da parte degli iscritti (se non altro perché permette loro di "aggirare" le liste di attesa e, così facendo, di ridurre indirettamente le attese per quelli che non hanno una copertura aggiuntiva); che

gode di un vantaggio fiscale, di cui in realtà beneficia pienamente una platea minima, quella dei fondi a maggiore contribuzione, ma che, nella misura in cui si stanno sviluppando essenzialmente Fondi contrattuali, ha il pregio di dare anche ai lavoratori dipendenti (che sono i principali finanziatori del SSN) una occasione per godere di uno sgravio fiscale.

La seconda argomentazione è quella dei possibili recuperi di efficienza. Da molti anni, ormai, il Rapporto evidenzia il *gap* di spesa fra il SSN e la spesa pubblica degli altri Paesi: un differenziale che, come sopra esposto, è talmente alto da far stupire della capacità del SSN di mantenere buoni livelli medi di tutela, ma anche da far dubitare che ci siano molte risorse ancora da razionalizzare. Le residue possibilità per recuperare efficienza sono probabilmente legate a strategie di riallocazione delle risorse: il "mantra", in questo ambito, è certamente quello della produzione di "valore". Si tratta di una giusta istanza, che riporta al tema del recupero delle eventuali sacche di inappropriatezza, in modo da liberare risorse per attività di maggior "valore": recupero sulle cui difficoltà abbiamo già precedentemente argomentato.

L'adeguatezza delle risorse

Accettando che il SSN, con le risorse attuali, non riesca più (o non possa a breve) a garantire l'erogazione dei LEA, non rimane che attendersi l'esigenza di diminuire (o razionalizzare) le "promesse", oppure aumentare le risorse.

Partendo da questo ultimo punto, va immediatamente ribadito che il dibattito sui presunti "tagli" alla spesa sanitaria, come anche quello in corso sulla "corretta" quota di PIL da destinarsi alla Sanità è fondamentalmente sbagliato. Lo è perché, sebbene la Corte Costituzionale si sia di recente espressa sottolineando la necessità di dare "priorità" alla spesa sanitaria, le compatibilità macro-economiche non sono aggirabili; lo è anche, statisticamente, perché le variazioni di spesa andrebbero valutate in termini reali e non nominali, e i livelli rispetto ai confronti internazionali elaborati sulla base della relazione fra risorse effettivamente disponibili e spesa sanitaria: una volta effettuate le analisi in modo corretto, come sopra argomentato, le *chance* di aumentare le risorse

se assegnate al SSN sono limitate.

In altri termini, il dato di fatto è che risorse ulteriori, in assenza di una rivitalizzazione della crescita che, per ora, non sembra incipiente, è difficile reperirle. Da questo punto di vista il finanziamento degli anni post-pandemia appare paradigmatico: il significativo incremento nominale del 2023 e 2024, sembra (peraltro dimostrando un difetto di programmazione) avere comportato una drastica frenata per il 2025 (a parte le promesse per gli anni successivi, che dovranno misurarsi con i futuri andamenti reali dell'economia nazionale); ed, in ogni caso, malgrado un incremento nominale decisamente più alto che negli anni precedenti, quello reale rimane negativo.

Per completezza, va ribadito che non solo il reperimento di risorse aggiuntive appare problematico stante i livelli di crescita, ma anche una riallocazione delle priorità pubbliche (che sembra essere la strada indicata di recente dalla Corte Costituzionale che, però, non sembra avere preso in considerazione il tema della competizione sulle risorse disponibili di altri capitoli di spesa meritori, in primo luogo quella per l'Istruzione). L'unica "fonte" possibile (a parte tassazioni ulteriori, magari anche meritorie come possono essere quelle di scopo su consumi dannosi quali fumo, alcol, cibi spazzatura, ecc., che comunque non appaiono risolutive rispetto alla carenza di crescita, e quindi all'aggancio dei tassi di crescita degli altri Paesi, almeno di quelli europei) sembra essere il recupero di risorse oggi destinate alla Protezione Sociale: ma come già argomentato nelle precedenti edizioni del Rapporto, si tratta di una strada affatto facile da seguire.

Il valore del servizio pubblico

In definitiva, il SSN, prima di tutto, rappresenta per i cittadini italiani la garanzia di disporre di una copertura pubblica universale per i rischi da malattia (ed in verità anche, più in generale, di un impegno sociale per la promozione della salute individuale e collettiva), ed è uno dei fattori distintivi del nostro modo di intendere la Cittadinanza.

Non è un caso che il concetto di "tossicità finanziaria" delle cure si sia sviluppato in contesti che non sono ancora riusciti a darsi regole sociali a garanzia

di una protezione universale dai rischi di malattia: una conquista sociale che rappresenta, altresì, un elemento fondamentale di coesione sociale.

La natura pubblica del SSN è, quindi, in primo luogo da ricercarsi nel ruolo di garanzia del perseguimento della solidarietà: quest'ultima ha un contenuto di efficienza, nella misura in cui annulla i rischi di selezione avversa (in pratica quelli per cui tendono ad assicurarsi solo coloro che godono di peggior salute), che rappresentano una delle principali criticità (per quanto mitigabili) dei meccanismi assicurativi individuali. Ma la natura pubblica non è tanto condizione essenziale in termini di efficienza, quanto lo è, invece, in termini di assunzione di un ruolo di garanzia di Equità: ci sembra indiscutibile che il SSN sia stato voluto "pubblico" perché le sue "regole" siano ispirate al principio di Equità: anzi, forse in modo neppure del tutto corretto, la Legge istitutiva (la ben nota L. n. 833/1978) usa il termine "estremo" di Uguaglianza nella presa in carico dei bisogni.

Ne segue che "difendere il valore del SSN pubblico" dovrebbe voler dire "difendere il principio di Equità e di Solidarietà".

Equità che, però, come è largamente condiviso in letteratura, ha una componente Orizzontale (quella dell'Eguaglianza, per cui a parità di condizioni ci si aspetta un uguale trattamento) ed una Verticale (quella per cui condizioni diverse richiedono trattamenti proporzionali ma diversi).

Una *survey* somministrata a vari *stakeholder* del SSN (rappresentanti di Pazienti, Professionisti sanitari, *Manager* della Sanità, Istituzioni e Mondo industriale), analizzata in dettaglio nel Rapporto fa peraltro emergere una percezione della natura dell'Equità verticale non pienamente condivisa.

Infatti, un terzo dei rispondenti alla *survey* (33,9%) ritiene che la declinazione di Equità più corretta sia quella che poggia sull'idea che vada garantito un accesso dei pazienti ai servizi (clinici/assistenziali) in modo proporzionale ai loro bisogni, senza specificazione della natura del bisogno. Un ulteriore 25,4% propende invece per una declinazione che preveda che tutti i cittadini debbano accedere agli stessi servizi con le stesse identiche modalità. A seguire, il 20,3%, propende sul fatto che tutti i pazienti debba-

no poter accedere ai servizi senza condizionamenti derivanti dalle loro risorse economiche ed un 10,2% richiama che tutti i cittadini debbano partecipare al finanziamento del SSN in modo proporzionale alle loro risorse economiche; una quota residuale dei rispondenti (3,4%) per Equità ritiene si debba intendere che l'accesso ai servizi non debba essere condizionato dalla *literacy* dei pazienti.

Dalle risposte, a parte la loro variabilità, sembra emergere che non è completamente condiviso quale sia la fonte principale delle barriere all'accesso: se la severità (clinica) o altro.

Molto probabilmente intendere il bisogno in termini clinico/assistenziali è distortivo: infatti, la severità clinica viene, come è giusto, riconosciuta quale priorità. Al più si potrebbe paventare l'esistenza di barriere assistenziali, visto che oggi la parte più scoperta dei bisogni è quella legata alla non-autosufficienza. Non è pienamente condiviso che, invece, fra le principali barriere all'accesso ci siano quelle derivanti dalla *literacy* dei pazienti, e quelle legate alle disponibilità economiche (come, invece, ci segnalano gli Utenti e i Professionisti sanitari, che evidentemente sono in "trincea" e percepiscono con maggiore chiarezza dove si concentrano i problemi reali del Servizio).

A parte le questioni semantiche, che pure sono sostanziali, rimane il fatto che dobbiamo difendere il SSN non perché è astrattamente pubblico, ma perché la sua natura è condizione per perseguire l'Equità.

I "fatti" esposti ci dicono che l'Equità rimane una chimera: le liste di attesa sono una importante barriera all'accesso, e penalizzano maggiormente i pazienti più deprivati (e, quindi anche con minore *literacy*), come risulta dalla quota rilevante di spese sanitarie dei meno abbienti; le rinunce alle cure sono in continua crescita e quasi 380.000 famiglie si impoveriscono per curarsi e oltre 1 milione sostiene spese sanitarie che l'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica come "catastrofiche".

Malgrado siano passati più di 40 anni dall'istituzione del SSN, che si proponeva di eliminare le disuguaglianze territoriali, le "distanze" fra aree geografiche del Paese rimangono più o meno immutate.

Ma, principalmente, come precedentemente argomentato, ancora oggi meno del 20% popolazione italiana, alla luce delle dichiarazioni dei redditi, copre con le imposte pagate l'onere medio per la (sola) assistenza sanitaria.

In sintesi, il rischio è quello di schierarsi a difesa del "SSN pubblico", non perché svolge egregiamente la sua primaria funzione pubblica, ovvero quella di garantire il perseguimento di condizioni eque, ma solo perché la "produzione pubblica" è vista da alcuni come un argine all'entrata nell'agone della Sanità di possibili (se "sregolati") interessi economici.

I "fatti" ci dicono, invece, che il servizio pubblico va sì difeso, ma mettendolo in condizioni di essere tale: e per esserlo, dopo 40 anni di insuccessi sul versante equitativo (a partire da quello fiscale), bisognerà determinarsi a "ripensarlo" con una nuova *vision*.

Politiche e *vision*

Già le ultime due edizioni del Rapporto hanno sottolineato l'esigenza di costruire una nuova *vision* sull'evoluzione del SSN.

Gli atti normativi, e le politiche sanitarie in generale, non supportano però l'idea che una nuova *vision* si stia davvero consolidando.

Gli esempi di interventi discutibili e/o di mancanza di intervento potrebbero essere numerosi, ma per esigenze di sintesi proviamo a segnalarne uno di programmazione più "macro" e uno più "micro".

A livello "macro", va segnalato lo stallo (o disintesse) in cui sopravvive il processo di finanziamento, ovvero l'allocazione delle risorse sulla Sanità e fra le Regioni.

Ripartendo dall'"inizio" del processo, e quindi dalle indicazioni del D.Lgs. n. 68/2011 dove recita: «(il FSN) ... è determinato tramite intesa con le Regioni, in coerenza con il quadro macro-economico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza», appare immediatamente evidente che un primo elemento di riflessione è la modalità con cui

si è sinora realizzata la citata compensazione delle istanze provenienti dall'evoluzione dei bisogni sanitari (fabbisogno per i LEA), con quelle provenienti dai vincoli di finanza pubblica: in altri termini, in che misura possa essere stata effettivamente garantita la "coerenza" fra due obiettivi che, è sempre più evidente, rischiano di essere in conflitto fra loro.

La "coerenza" richiamata nella norma sembra poter implicare che non ci debba essere una prevalenza di un obiettivo/vincolo sull'altro e che, quindi, le risorse destinate alla Sanità possano essere tanto aumentate per far fronte ad una estensione dei LEA, ovvero un incremento dei loro costi, quanto diminuite nel caso in cui i vincoli richiamati implicino ristrettezze finanziarie tali da richiedere una contrazione dei LEA.

A fronte di tassi di crescita del finanziamento stagnanti se non negativi in termini reali, dovuti ai vincoli derivanti dal quadro macro-economico, come sopra argomentato, la parallela indicazione della volontà di incrementare i LEA appare paradossale, a meno di non scontare incrementi di efficienza, di cui però non si vede traccia nelle analisi quantitative. Piuttosto, sembra più opportuno segnalare che ci sarebbe supporto per la tesi che ritiene in crescita i costi: infatti, utilizzando i pesi per età utilizzati per il riparto regionale del Fondo Indistinto, e applicandoli alla popolazione 2023 e a quella 2019, per il solo effetto demografico si può evincere un incremento atteso della spesa sanitaria del 0,54% per l'ospedaliera e del 0,48% per la specialistica ambulatoriale: in altri termini anche ipotizzando la costanza dei LEA il solo effetto demografico (calcolato solo per la parte ospedaliera e specialistica) avrebbe comportato un incremento di 0,5 p.p. (reali) del FSN in quattro anni.

Le considerazioni numeriche che precedono rendono lecito il dubbio che il *trade-off* fra i vincoli di finanza pubblica e i bisogni di salute sia effettivamente di difficile "composizione".

In assenza di norme che abbiano esplicitamente contratto i LEA, il rischio che si può paventare è che la "coerenza" sia stata perseguita con una riduzione "implicita" dell'accesso ai LEA: ma, se così fosse, il rischio è quello di una crescita delle iniquità, per effetto di un mancato governo del processo con il

quale sono stati "redistribuiti" i diritti di accesso alle prestazioni. Inoltre, se le risorse non seguono il reale incremento dei fabbisogni, di fatto si scarica impropriamente sul *management* regionale e delle Aziende Sanitarie il compito di trovare una "coerenza" fra finanziamento e diritto di accesso ai LEA.

Passando al riparto regionale delle risorse, le criticità sono ancora più numerose.

In primo luogo, ci sembra di poter affermare come sia del tutto indifendibile che le quote di assegnazione ai LEA, e i pesi per la stima dei differenziali di fabbisogno (basati sull'età) rimangano costanti da anni, pur in presenza di continue innovazioni tecnologiche e organizzative: basti pensare al fatto che negli ultimi 10 anni i ricoveri si sono ridotti del -25,4% e le giornate di degenza/accessi di circa il 2%, senza contare che il principale investimento in Sanità, quello del PNRR, intende spostarne ulteriormente il baricentro verso il "territorio". A questo proposito appare paradossale che nelle regole del riparto, proprio la voce dell'assegnazione di risorse al territorio giuochi un ruolo residuale, oltretutto a rischio di venire depauperato perché agisce come complemento della quota per l'assistenza farmaceutica, che è (si veda il Capitolo 10a del Rapporto) in continua crescita.

A riprova della scarsa credibilità di tali determinazioni, le Regioni che hanno sviluppato un loro esplicito criterio per l'allocazione interna delle risorse, derogano dalle indicazioni nazionali.

In ogni caso, l'attuale allocazione delle risorse genera differenziali di Fabbisogno regionale che, come anticipato, vengono di fatto "smentiti" e amplificati (più che raddoppiati) dalla regolazione della mobilità sanitaria e dalla diversa incidenza delle entrate proprie; ma anche dal fatto che le quote accantonate, originariamente introdotte con una logica premiale, legata alla richiesta per le Regioni di dimostrare specifici adempimenti, sono ormai di fatto ripartite fra di esse su base pattizia, con il fine unico di gestire le divergenze di interessi e per compensare effetti del riparto evidentemente non ritenuti giustificabili neppure dalle Regioni.

Va anche segnalato che, a fronte di una crescita della spesa privata, che in significativa misura sgrava i SSR di oneri per prestazioni ricomprese nei LEA

(a parte le compartecipazioni, si ricordano i € 2,0 mld. spesi dalle famiglie per farmaci di “Classe A” che avrebbero avuto diritto ad avere gratuitamente), il riparto non prevede alcuna compensazione per le Regioni (tipicamente quelle con livelli di reddito medio minore) che godono meno di questo “vantaggio”: si noti che si tratta di un fenomeno che impatterebbe sul riparto molto più di quanto non abbia fatto, ad esempio, l'introduzione nel 2023 della deprivazione; oltretutto, la non considerazione di questo aspetto genera implicitamente un incentivo per le Regioni a trasferire oneri (ad esempio mantenendo “lunghe” le liste di attesa) sui cittadini, o almeno a non “contrastare” significativamente il fenomeno. Dovrebbe essere sufficiente questa osservazione per far dubitare che si possa, come invece sembra sia stato fatto, ridurre la questione delle liste di attesa ad una questione di carenza di offerta.

Affrontando un tema più “micro”, ma altrettanto strategico per il SSN, per affrontare le carenze di personale, a parte l’“importazione” di professionisti da Paesi meno sviluppati, si è operato aumentando/facilitando l’accesso all’offerta formativa; una visione che ci sembra non tenere sufficientemente conto di vari aspetti, pur abbondantemente documentati (si veda il Capitolo 4f del Rapporto ma anche le analisi contenute nelle edizioni precedenti); in primo luogo che le carenze non riguardano i medici (se non per determinate specializzazioni); in secondo luogo che i tempi della formazione sono di fatto incoerenti con la necessità di garantire i ricambi nei prossimi anni; in terzo luogo che la principale carenza che si riscontra è per figure di cui nessuno si sta realmente occupando, quali il personale con competenze adeguate alla presa in carico della non-autosufficienza (Operatori Socio-Sanitari? Assistenti infermieri?), oggi lasciata al mercato, in larga misura irregolare, delle “badanti”; in quarto luogo che le scelte fatte espongono il Paese al rischio di investire sulla formazione senza averne ritorno, perché il personale, una volta formato, perdurando le attuali condizioni, non lavorerà nel SSN, bensì nel privato o all'estero.

Una corretta programmazione dovrebbe partire dalla considerazione che il problema di fondo è la mancanza di vocazioni, che a sua volta frutto di un

insufficiente riconoscimento sociale (almeno per alcuni segmenti), ma anche di retribuzioni ritenute non appetibili rispetto ai carichi (e responsabilità) del lavoro.

A fronte di una condizione “di mercato” che non rende più attraente il SSN, il tentativo di contrastare, ad esempio, l’uso dei “medici gettonisti”, appare sicuramente perdente. Andrebbe piuttosto preso atto che si dovrebbero ricreare condizioni di appetibilità per i ruoli del SSN; non è certamente solo una questione di retribuzione, coinvolgendo anche la questione della responsabilità, dei carichi di lavoro, della mancanza di opportunità di progressioni di carriera, della burocratizzazione della professione, ecc.. Ma l’aspetto retributivo non può essere ignorato: volendo o dovendo dare priorità alle motivazioni del personale, appare necessario assumere consapevolezza della necessità di dover “sacrificare” l’aspetto numerico (assunzioni), per poter destinare eventuali risorse all’incremento delle retribuzioni: ma questa opzione richiede una riorganizzazione radicale del lavoro, magari basata sullo sfruttamento delle nuove “tecnologie digitali”, tale da aumentare la produttività del lavoro stesso.

Le proposte

A fronte delle riflessioni sulle traiettorie attuali del SSN, di cui alcune contenute nel precedente paragrafo, si giustifica perché, come anticipato nelle note introduttive, alla domanda se sia sufficiente procedere con manutenzioni, seppure straordinarie, del SSN, o se sia arrivato il momento di affrontare la necessità di una sua radicale trasformazione, la risposta del Rapporto è che una trasformazione è necessaria e non più solo opportuna.

La trasformazione ha un obiettivo principale, ovvero rendere il Servizio capace di riallineare le “promesse” alle risorse disponibili, evitando razionamenti impliciti che sono per definizione oggetto di ingiustizia, nella misura in cui penalizzano la popolazione più fragile, in termini di salute ma, ancor di più, di censo e di *literacy* sanitaria.

Per perseguire questo obiettivo, l’intervento pub-

blico deve allargare i suoi confini, rinunciando ad arroccarsi sull'idea di una posizione egemonica del servizio pubblico, concentrandosi sulla *governance* di tutto il sistema sanitario, ivi compresa la (rilevante) quota di servizi sanitari che oggi classifichiamo come sanità privata.

A fronte di risorse aggiuntive limitate se non nulle, di possibili recuperi di inefficienze importanti ma non risolutivi, si rende necessario fare scelte politiche "scomode", ovvero scelte che riguardano una razionalizzazione delle "promesse" di tutela pubblica.

Per razionalizzare è però prima necessario aprire un dibattito sui principi a cui ispirarsi: senza pretesa di esaustività segnaliamo come opzioni quella di agire in base alla severità clinico/assistenziale dei bisogni (priorità alle patologie più severe)? Ovvero in base al merito delle risposte (dando priorità agli interventi a maggiore valore terapeutico o valore sociale)? Oppure in base alle barriere all'accesso (ovvero dando priorità ai bisogni dei meno abbienti e/o dei meno "sanitariamente alfabetizzati")?

Una scelta "informata" richiede propedeuticamente una democratica condivisione dei principi a cui ci si vuole ispirare.

Una esigenza che deriva, altresì, dal fatto che avere una *vision* implica darsi delle priorità, e darsene implica, per definizione, fare scelte politicamente "scomode": una considerazione che porta ad affermare che è necessaria una condivisione *super-partes* sui principi dell'intervento pubblico (*governance*) in Sanità, che eviti il rischio che la Sanità sia oggetto di mero scontro partitico.

In altri termini, se si abbandona l'idea che sia sufficiente una manutenzione del SSN, per quanto straordinaria, non si può più perseguire la volontà di limitarsi a correggere un aspetto o l'altro del sistema (malgrado siano numerosi i possibili interventi migliorativi), se non altro perché decenni di superfezione di norme emanate a fini congiunturali hanno creato un "ecosistema" problematico: regole introdotte per tamponare un problema, hanno poi finito per andare in contraddizione con altri obiettivi, generando nuovi problemi.

È, quindi, necessario un momento di riflessione "alta", come certamente fu quella del 1978, finalizza-

ta a verificare come possa/debba ridefinirsi il modello di intervento pubblico in Sanità, adeguandolo alle caratteristiche della Società e dell'Economia italiana attuale, che non sono più quelle del 1978.

Le riflessioni "alte" devono partire dai principi: per questo C.R.E.A. Sanità ha ritenuto opportuno fornire un punto di partenza per un confronto Politico sul tema, indagando fra gli *stakeholder* del SSN il "valore", ma anche l'effettiva "declinazione" attribuita ad alcuni principi.

A tal fine è stata promossa una *survey* distribuita fra i componenti dell'*Expert Panel* dello studio "La misura di *Performance* socio-sanitaria regionale" (2024), che rappresentano le principali categorie di *stakeholder* del SSN: Pazienti, Professionisti sanitari, *Management* sanitario, Istituzioni e Industria.

Nello specifico, ritenendo che sia opinione largamente condivisa che larga parte dei principi che hanno ispirato la creazione del SSN rimangano ancora validi (ad esempio l'Universalismo) o al massimo richiedano qualche "ammodernamento" (ad esempio allargando i confini della Globalità della risposta in una logica "*One Health*"), la *survey* si è concentrata su tematiche che possono essere "divisive"; nello specifico chiedendo il parere dei membri dell'*Expert Panel* sul significato da attribuire ai seguenti principi:

- Equità
- Sussidiarietà
- Appropriatezza
- Servizio Pubblico
- Prestazioni integrativa.

Rimandando al Capitolo 4b del Rapporto per la analisi completa delle risposte, segnaliamo che i risultati della *survey* confermano come fra gli *stakeholder* del SSN convivano visioni diverse sui principi fondanti del Servizio, dipendenti anche dalla diversa natura degli *stakeholder* stessi.

Si è già argomentato sulla non piena sovrapponibilità di vedute sul contenuto del principio di Equità. Ci limitiamo qui ad aggiungere che, come evidenziato dalle risposte che hanno messo l'accento sugli aspetti economici di accesso, nonché di equità sul lato del finanziamento, in una prospettiva di razionalizzazione/prioritarizzazione degli interventi, emerge con tutta la sua drammaticità la questione delle cre-

dibilità del nostro sistema fiscale: un *Welfare* universalistico che non può poggiare su una credibile “prova dei mezzi” è a rischio di essere del tutto iniquo e, quindi, socialmente ingiusto.

Per inciso, l’incapacità di rendere credibile il nostro sistema fiscale “giustifica” la logica del “tutto a tutti”, che infatti ha caratterizzato per molti decenni il SSN, e che di fatto non è mai stata abbandonata del tutto: appare, in definitiva, una scelta paradossalmente funzionale, nello specifico per bypassare l’*empasse* della mancanza di una prova dei mezzi attendibile per razionare in modo equo.

Sul principio di Sussidiarietà, centrale in un contesto teso a rivedere il posizionamento “egemonico” del SSN, dalle risposte ottenute appare abbastanza evidente che anche in questo caso non si evidenzia una condivisione sul come adeguarlo alle peculiarità del sistema sanitario. In generale prevale una lettura che è al limite della negazione del principio, riconoscendo all’Ente di livello superiore (il SSN) il diritto di sostituirsi agli Enti di livello inferiore, indipendentemente dalla loro capacità di soddisfare bisogni della popolazione.

Per il principio di Appropriatezza il consenso converge sulla declinazione più frequente nella normativa sanitaria, che la identifica nell’aderenza alle Linee Guida, integrandovi il principio dell’efficienza economica nell’erogazione. L’aspetto della diversa eleggibilità dei pazienti alle prestazioni in base alle loro caratteristiche socio-economiche, ad esempio, risulta scarsamente percepito come un punto discriminante.

In merito al concetto di Servizio Pubblico è emersa una forte frammentazione dei pareri; in generale la natura pubblica del servizio rimane ancorata al concetto di “produzione pubblica”, rimanendo minoritaria la quota di rispondenti che ritiene sia da indentificarsi nell’esercizio del potere di regolamentazione; rimanendo sull’aspetto della produzione, il campione si divide, inoltre, tra i “sostenitori” di una erogazione riservata alle strutture pubbliche, e tra

quelli che ritengono possa essere estesa alle strutture private, purché in possesso di requisiti specifici e contrattualizzate dalle strutture pubbliche (di fatto un ritorno al Convenzionamento). Anche il tema della natura pubblica del Servizio merita la promozione di un confronto, essendo per lo meno discutibile che l’aspetto della produzione sia quello discriminante nel definire tale il Servizio.

Infine, sul concetto di “Prestazione integrativa”, malgrado la “resistenza” dei professionisti e del *Management* sanitario, che restringono la natura integrativa ai soli extra-LEA, appare maturarsi (anche fra i rappresentati delle Istituzioni) la convinzione che il concetto possa/debba essere esteso ricomprendendo le prestazioni incluse nei LEA ma erogati in modalità diverse da quelle che riesce a garantire il pubblico. Per gli Utenti il concetto andrebbe ulteriormente allargato, comprendendo tutte le prestazioni che implicano una compartecipazione dei cittadini.

Pur con i limiti della *survey* descritta, si conferma come la condivisione sui principi che dovrebbero ispirare l’intervento pubblico in Sanità non sia acquisita. Va sottolineato che la mancanza di condivisione rende probabilmente impossibile agire per una trasformazione del sistema, nella misura in cui questa ultima richiede scelte che abbiamo definito “scomode” e, quindi, tali da richiedere una ampia convergenza di opinioni per poter essere approvate e, principalmente, accettate dall’opinione pubblica.

Alla luce delle analisi proposte, la necessità di una nuova *vision* relativamente al ruolo dell’intervento pubblico in Sanità non sembra comunque più procrastinabile: mentre una manutenzione di sistema potrebbe avvenire con accordi su singoli punti, la generazione di una nuova *vision*, foriera di una reale trasformazione di sistema, in un ambito così delicato e centrale del nostro modo di intendere la cittadinanza, richiede un accordo bipartisan, che deve essere costruito a partire da un trasparente confronto sui principi a cui ispirarsi.



