

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2. La compartecipazione al finanziamento del sistema.

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

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

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

Il gettito complessivo dei predetti *ticket* è pari a circa 2,9 miliardi di euro annui: circa 2,3 per la specialistica e circa 0,6 per l'assistenza farmaceutica⁷³. Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato riscontrato come l'innalzamento dei *ticket* sulla specialistica piuttosto che ridurre il numero delle prestazioni le abbia invece trasferite sul settore privato, posto che la compartecipazione per alcune prestazioni è risultata addirittura più onerosa del loro stesso prezzo, facendo così venir meno il gettito atteso⁷⁴. Al fine di risolvere tale problema, è stata quindi proposta la fissazione di una franchigia, calcolata in percentuale del reddito, fino al concorrere della quale si dovrà pagare interamente secondo le attuali tariffe ogni prestazione

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

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

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

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

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

sanitaria fruita nel corso dell'anno; tale franchigia potrebbe anche essere progressiva, gravando di meno sui redditi bassi e di più su quelli elevati. Superata la franchigia le prestazioni sarebbero invece gratuite⁷⁵ o con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica. In tal modo verrebbe conservato un sistema di *co-payment* in grado di tutelare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, senza determinare alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti.

I problemi per realizzare questo sistema, tuttavia, riguardano sia la corretta determinazione del reddito, che potrebbe forse essere risolto applicando il sistema dell'Isee, sia lo strumento da utilizzare per detrarre dalla franchigia il costo delle prestazioni a cui si è avuto accesso, problema che potrebbe essere risolto con una registrazione certificata su rete informatica da parte di tutti i presidi che riscuotono le relative tariffe o in alternativa con una scheda individuale, come la tessera sanitaria, in cui vengono registrate tutte le tariffe riscosse⁷⁶.

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

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

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

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

⁷⁶ Si veda l'audizione dell' Agenas.

⁷⁷ Si veda l'audizione del Cergas.

⁷⁸ Si veda l'audizione del Cresm.

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

La problematica dei crescenti importi dei *ticket* contribuisce, per coloro che preferiscono rivolgersi al privato, al crescente fenomeno della spesa privata. Secondo le stime presentate nel corso dell'indagine conoscitiva, la spesa privata è pari a circa 30,3 miliardi⁷⁹, costituendo in tal modo una percentuale rilevante della spesa sanitaria complessiva, e con una presenza molto più elevata in alcuni settori, quali quello delle cure odontoiatriche. E' stato tra l'altro segnalato come tale spesa venga a determinare un aumento delle differenze nella tutela della salute al crescere del reddito, rivestendo per tale profilo una natura regressiva, in quanto dà luogo ad una offerta di prestazioni crescente all'aumentare del reddito del richiedente. Essa, inoltre, pur collocandosi su un livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per l'intero *out of pocket*⁸⁰, mentre altrove è in buona parte intermediata da assicurazioni e fondi. Si tratta di una spesa che, in quanto *out of pocket*, è individuale (spesso *cash*), e non ha pertanto alcun potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

E' stato rilevato come l'applicazione dei *ticket* stia di fatto escludendo le fasce economicamente più deboli della popolazione dall'accesso alle prestazioni sanitarie, in particolare a quelle di specialistica e diagnostica⁸¹. I punti di criticità sarebbero almeno tre. Innanzitutto, il numero di esenzioni appare particolarmente elevato, tanto che oggi il sistema ha prodotto il paradosso di avere metà della popolazione esente che consuma quasi l'80 per cento delle prestazioni sanitarie, sia perché le esenzioni si basano ancora sul reddito Irpef, che sconta il fenomeno dell'elusione fiscale, sia perché le esenzioni per patologia - circa il 50 per cento del totale - sono svincolate da qualsiasi parametro reddituale. Il secondo elemento di criticità attiene al fatto che i *ticket* sono oggi concentrati solo su un segmento minimo delle spesa sanitaria, ovvero la specialistica, la diagnostica e, in misura più marginale, la farmaceutica. Infine, non esisterebbe alcun criterio di appropriatezza delle prestazioni nella regolamentazione dei *ticket*.

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

⁷⁹ Si veda l'audizione di Confindustria.

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

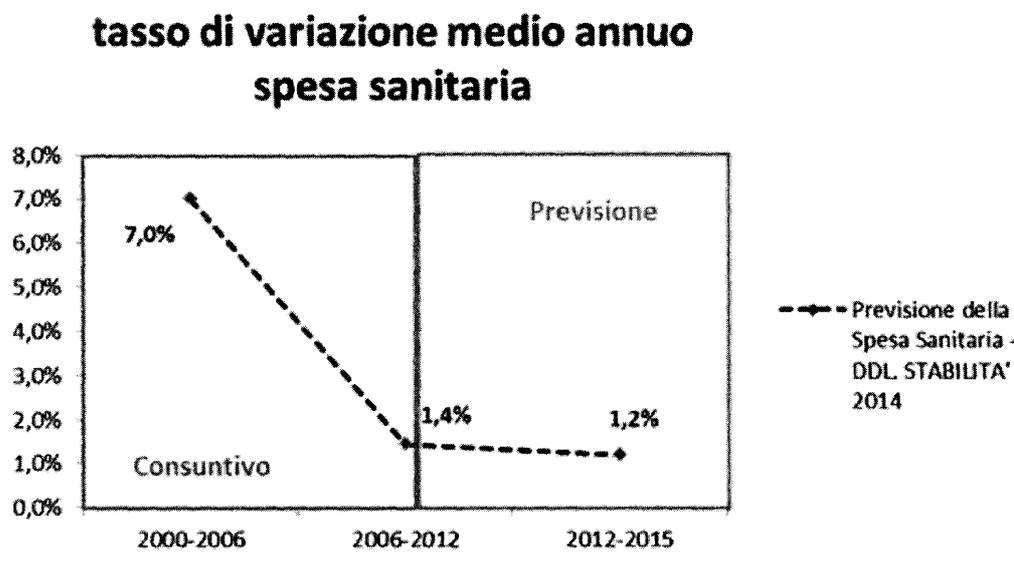
⁸¹ Si veda l'audizione della Fiaso.

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

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

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

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



⁸² Si veda l'audizione di Confindustria.

⁸³ Si veda l'audizione della Fimmg.

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

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

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

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

Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato quindi più volte sottolineato come il tema del contenimento della spesa non possa essere risolto con tagli di spesa, che determinano una riduzione del livello e del volume dei servizi, ma debba essere affrontato utilizzando al meglio i fattori produttivi disponibili, mediante l'organizzazione della qualità dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni e la gestione della variabilità nociva, in modo da eliminare l'erogazione di servizi non necessari o non richiesti, assicurando i servizi effettivamente necessari. In ogni caso, è evidente che la copertura e l'accesso al servizio sanitario possono essere mantenuti solo attraverso una forte riorganizzazione dei servizi. Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni.

In questo quadro, uno degli strumenti che molti auditi hanno indicato ai fini della riduzione della spesa è il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. È stato infatti evidenziato come il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotati di una piccola équipe multiprofessionale, possa far sì che l'ospedale divenga il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento

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

generalista. L'assistenza territoriale, invece, come attualmente operante, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, espone un'offerta insoddisfacente e molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina un vero e proprio vuoto assistenziale. La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali, strutture intermedie, ecc., ma, se adeguatamente implementata, potrebbe consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

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

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

La finalità da perseguire è, in sostanza, quella di ristabilire un meccanismo che premi le Aziende virtuose e stigmatizzi i comportamenti non corretti o comunque inefficienti. E' quindi necessario premiare la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori, anche privati, migliori, promuovendo una virtuosa competizione fra erogatori che induca gli stessi - sia pubblici che privati - ad adeguarsi ai più rigorosi standard di qualità.

In questa ottica, è necessaria la ricerca di un non facile equilibrio sul tema della mobilità sanitaria che, per un verso, costituisce un efficace strumento di incentivazione degli operatori più validi, aumentando la domanda di prestazioni presso gli stessi ed il conseguente maggior afflusso di risorse finanziarie, in tal modo premiandone la qualità di cura, ma, per altro verso, determinando un effetto opposto verso le strutture sanitarie di provenienza.

Nella medesima ottica, è altresì opportuna una riflessione circa la ricerca di un possibile miglioramento del rapporto tra Regioni ed Aziende, prevedendo una maggiore autonomia delle Aziende, le cui prerogative si sono di fatto ridotte sotto la spinta della necessità di garantire i bilanci regionali. Potrebbe in proposito ritenersi - ma ovviamente il tema va valutato con la dovuta attenzione - che proprio in presenza di difficoltà sul lato delle risorse debba esserci la possibilità da parte dei manager aziendali di gestire nel modo migliore possibile ed in modo flessibile i fattori produttivi disponibili, puntando, ad esempio, più che sui vincoli, sulla responsabilizzazione e sulla verifica dei risultati⁸⁵, sia sotto il profilo economico-finanziario,

⁸⁵ Si veda l'audizione della FIASO.

sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, anche attraverso l'istituzione di appositi organismi di controllo.

Oltre alle innovazioni organizzative, dovrebbe essere meglio gestita l'innovazione tecnologica che, per quanto costosa, appare comunque irrinunciabile, e pertanto dovrebbe essere non subita ma governata, scegliendo solo le vere innovazioni. Così gestito, il progresso tecnologico potrebbe costituire un fattore in grado di esercitare un impatto rilevante sulla dinamica della spesa sanitaria, segnatamente con l'introduzione di apparecchiature sanitarie e terapie sempre più sofisticate e costose, che potrebbero far conseguire rilevanti guadagni netti in termini di efficienza ed efficacia delle cure⁸⁶. Va altresì considerato come l'innovazione tecnologica possa comportare modifiche organizzative suscettibili di determinare significativi risparmi di spesa nell'erogazione dei servizi, come ad esempio nel caso della riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, e possa rappresentare un formidabile strumento di sviluppo per l'intero sistema industriale e, più in generale, per la competitività del sistema Paese. In proposito anche il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, evidenzia come sia necessario ridisegnare il perimetro dei Livelli essenziali di assistenza e adottare l'approccio del *cosiddetto Health Technology Assessment (HTA)*, al fine di identificare le opzioni assistenziali maggiormente efficaci dal punto di vista dei costi e per i pazienti. In questa prospettiva, si potrebbero prevedere finanziamenti integrativi per l'investimento tecnologico e strutturale, come quelli a suo tempo introdotti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

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

Inoltre, sempre sul fronte della riduzione della spesa, dovrebbe essere affrontato il tema del contenimento della "medicina difensiva", che consiste nella pratica di diagnostiche o di misure terapeutiche condotte principalmente non per assicurare la salute del paziente, ma come garanzia delle responsabilità medico-legali conseguenti alle cure mediche prestate. Al momento

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

tale fenomeno determina un costo rilevante sia per il sistema sanitario - sottoforma di eccesso di prescrizioni, analisi, ricoveri nonché come concorso alla copertura assicurativa del medico - sia per l'interessato e deve essere quindi arginato attraverso una migliore regolamentazione della responsabilità sanitaria, che garantisca il diritto del paziente al pronto e congruo risarcimento del danno subito, senza sottrarre risorse indispensabili per il buon funzionamento del sistema.

Come emerso nel corso dell'indagine conoscitiva, l'efficienza del sistema sanitario può essere altresì incrementata anche attraverso maggiori investimenti in prevenzione primaria e in politiche, anche non strettamente sanitarie, in grado di diffondere corretti stili di vita. A parte la prevenzione nel settore odontoiatrico, che rappresenta un capitolo a se stante⁸⁷, sulla prevenzione hanno posto l'accento numerosi soggetti auditi⁸⁸.

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

In questo ambito, appare necessario il rafforzamento delle politiche di prevenzione primaria, volte a contenere il numero dei malati riducendo l'esposizione ai rischi comportamentali, ambientali e socio-economici, e di prevenzione secondaria, per stabilizzare nelle persone ammalate l'evoluzione della patologia, prevenendo per quanto possibile complicazioni. Puntare sulla prevenzione comporterebbe il passaggio dalla sanità d'attesa alla sanità d'iniziativa, con un'organizzazione sanitaria che mette al centro dell'attenzione le persone e non le malattie⁸⁹. Nel nostro Paese, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'ottanta per cento delle malattie è determinato da quattro fattori di rischio: fumo, alcool, eccessiva alimentazione e sedentarietà. Tuttavia, la prevenzione, sia in campo sociale sia in campo sanitario, appare ancora insufficiente, posto che essa, oltre agli obiettivi consolidati di diagnosi precoce e di riduzione e rimozione dei fattori di morbilità, mortalità e di disagio sociale, potrebbe porsi anche quello del cosiddetto invecchiamento attivo. A questo riguardo il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, prevede il rafforzamento delle politiche legate alla prevenzione, con investimenti anche allargati a settori diversi da quello sanitario, che contribuiscano a limitare il ricorso al Servizio sanitario nazionale per finalità di cura, sia in termini di accessi che di livello delle cure richieste.

Un cenno a parte merita, infine, con riferimento alla razionalizzazione della spesa, il tema del migliore utilizzo dei dati disponibili, posto che la sanità rappresenta il comparto della pubblica amministrazione che dispone del maggior numero di dati e di strumenti di valutazione

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

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

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

utilizzabili per sostenere a livello nazionale, regionale, aziendale scelte programmatiche e organizzative sempre più appropriate, al fine di ridurre duplicazioni e sprechi. Non basta dire, ad esempio, quanti posti letto bisogna ridurre, ma si deve anche dire quali posti letto ridurre e dove operare tali riduzioni, affinché l'intervento comporti risparmi e miglioramenti dell'efficienza senza riduzione delle tutele. In questa prospettiva, appare necessario procedere in maniera più decisa e in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale all'informatizzazione del sistema sanitario nazionale e alla digitalizzazione dei dati, ai fini di un monitoraggio efficace e periodico sia del livello e dell'appropriatezza delle prestazioni sia degli acquisti di beni e servizi.

A ciò si aggiunga che, negli ultimi anni, è maturata una maggior consapevolezza dell'importanza della trasparenza e della completezza nella circolazione delle informazioni nel settore sanitario, non solo come stimolo costante per il miglioramento dell'efficienza degli enti che erogano le prestazioni, ma anche come strumento di lotta alla corruzione. La mancanza di trasparenza favorisce, infatti, fenomeni degenerativi d'inefficienza e d'ingiustizia, che minano alla radice gli stessi valori fondanti del Servizio sanitario nazionale. L'illegalità e la corruzione rappresentano all'incirca il 5-6 per cento della spesa sanitaria (circa 5-6 miliardi di euro); si tratta di un fenomeno preoccupante che non solo incide sull'efficienza e sull'equità dei servizi, ma che mina alla radice il rapporto di fiducia tra istituzioni e i cittadini, in un settore essenziale per la vita del Paese quale quello sanitario. Si rende pertanto necessario un rafforzamento del sistema dei controlli per la gestione delle ASL, delle aziende ospedaliere e degli enti del SSN, atteso che gli attuali controlli, in molti casi, si sono dimostrati inefficaci. In questo quadro, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, prevede di rafforzare, insieme alle regioni, il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dei Livelli Essenziali di Assistenza e di promuovere in ogni ambito la trasparenza funzionale alla comunicazione con il cittadino e al controllo di legalità.

Al tempo stesso, non appare più rinviabile il tema del finanziamento degli investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico attraverso risorse certe che consentano di avviare quei necessari programmi di realizzazione della rete di servizi, in grado di ottimizzare la gestione degli stessi con particolare attenzione alla messa in sicurezza degli immobili⁹⁰.

Un ultimo tipo di proposte, per aumentare l'efficienza del sistema sanitario, su cui molti degli auditi hanno convenuto, verte sull'incentivazione della sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali. La richiesta è di una maggior defiscalizzazione, i cui oneri per l'erario troverebbero compensazione nella minor pressione che la polizza sanitaria può determinare sulla richiesta di prestazioni pubbliche, diminuendo il numero di prestazioni erogabili dal sistema. Va anche considerato che una maggior presenza dei fondi integrativi, in quanto pagata dai fondi e dalle polizze, a fronte del versamento del premio assicurativo da parte dell'interessato, riduce la spesa privata *out of pocket* che, come prima detto, presenta effetti regressivi.

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

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

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

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

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

5. Conclusioni.

Nei Paesi a economia avanzata, a partire dal 2000, si è assistito ad una crescita sostenuta della spesa sanitaria che, solo negli ultimi tre anni, ha subito un rallentamento legato alla crisi economico-finanziaria e alle conseguenti manovre di contenimento dei costi. Si tratta di un incremento determinato da una pluralità di fattori quali le dinamiche di invecchiamento della popolazione, i mutamenti del quadro epidemiologico, i costi crescenti legati all'evoluzione della medicina e delle tecnologie sanitarie, la mobilità transnazionale e le aspettative dei singoli.

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

Nel nostro Paese si è quindi sviluppato un ampio confronto riguardo alla sostenibilità dei costi del Servizio sanitario nazionale e alla necessità di riorganizzare l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari alla luce dei vincoli di finanza pubblica e delle modifiche introdotte al Titolo V della Costituzione.

L'indagine conoscitiva delle Commissioni riunite V (Bilancio) e XII (Affari Sociali) ha avuto proprio lo scopo di scattare una "fotografia aggiornata" dello stato di salute del nostro sistema sanitario nazionale, al fine di valutare la sua adeguatezza a fornire prestazioni di qualità, informate ai principi di equità e universalità.

La questione centrale che si è posta è quella di valutare la capacità del nostro attuale sistema di rispondere alle sfide che ci attendono nei prossimi anni, anche in considerazione della recessione economica che ha colpito il nostro Paese dal 2007 e che rischia di minare la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario per il progressivo contrarsi delle risorse disponibili.

A questo riguardo, nel corso dell'indagine è emerso un quadro del sistema sanitario italiano caratterizzato da luci e ombre. Tra gli aspetti positivi meritano di essere ricordati, da un lato, la sostanziale condivisione, da parte della quasi totalità degli auditi, del valore insostituibile del Servizio Sanitario nazionale, quale strumento indispensabile per la tutela della salute, dall'altro, il fatto che gli oneri derivanti dal sistema sanitario non sono superiori a quelli di altri Paesi, ma anzi si collocano al di sotto della media internazionale e europea.

Tra gli aspetti negativi, invece, in primo luogo va ricordata la preoccupazione che il protrarsi della crisi finanziaria e la conseguente sensibile riduzione dei finanziamenti destinati al Sistema sanitario nazionale riducano la qualità dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione; in secondo luogo è stato constatato che le regioni sottoposte a piano di rientro, e più in generale, la quasi totalità delle regioni meridionali, versano in una condizione notevolmente diversa rispetto alle altre regioni, posto che le prime lamentano sensibili ritardi infrastrutturali da cui derivano inaccettabili differenze nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, che mettono a rischio l'universalità del sistema.

In particolare, nel corso dell'indagine è stata posta particolare attenzione ai seguenti temi: il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, l'organizzazione territoriale del Servizio sanitario, il finanziamento da parte dello Stato del *Welfare* sanitario e la nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni anche attraverso misure volte alla razionalizzazione della spesa.

Per quanto riguarda il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, appare necessaria un'azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V, idonea a garantire un'erogazione dei LEA omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infraregionali attualmente esistenti. Non a caso, la quasi totalità dei soggetti auditi nel corso dell'indagine conoscitiva, ha espresso forti riserve sul buon funzionamento del riparto di competenze tra Stato e regioni in materia di sanità.

In questa prospettiva, si potrebbe quindi introdurre un modello di *governance* in cui, allo Stato, spetterebbe la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, il

controllo riguardo all'erogazione dei L.E.A., anche esercitando un potere sostitutivo, mentre, alle regioni, rimarrebbe il ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. In altri termini, l'attuale ruolo di supervisore della spesa sanitaria svolto dal Ministero dell'economia e delle finanze, soprattutto nei confronti delle regioni sottoposte a piani di rientro, dovrebbe essere bilanciato da un analogo ruolo di valutazione, di indirizzo e, in caso di necessità, sostitutivo, svolto dal Ministero della salute, a tutela dell'effettivo rispetto dei livelli essenziali di assistenza. In questo quadro, lo Stato dovrebbe farsi garante, non solo della definizione dei L.E.A., ma anche dell'uniformità della loro erogazione, impegnandosi nello svolgimento di valutazioni di impatto finalizzate a una programmazione unitaria delle politiche sanitarie di lungo periodo. A questo riguardo, il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2104, sottolinea come sia necessario definire una regia nazionale per mantenere l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale e per garantire l'equità di accesso sul piano territoriale.

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

Per quanto concerne l'organizzazione territoriale del Servizio sanitario, è da sottolineare come il modello assistenziale che, dalla legge n. 833 del 1978 fino ad oggi, è sempre stato incentrato sulle patologie acute e trasmissibili, necessita di una significativa revisione. Infatti, i mutamenti demografici e la trasformazione del modello sociale non più fondato su una famiglia estesa in grado di supportare i componenti deboli sembrano richiedere un'evoluzione del sistema verso un modello orientato ad affrontare i bisogni e i problemi di salute connessi alla cronicità e alla presenza di una popolazione con una rilevante incidenza di anziani. L'invecchiamento della popolazione, che dovrebbe portare l'Italia nel 2050 ad essere il Paese più longevo d'Europa, rappresenta sicuramente un successo del nostro sistema sanitario, ma diventa anche una criticità incombente. L'assistenza di domani non può essere più progettata per una popolazione di "pazienti acuti", ma sempre più dovrà prestare attenzione all'attività di presa in carico nel territorio del "paziente cronico".

Tale esigenza appare ancor più accentuata per via delle mutate condizioni sociali, che vedono sempre più aumentare il numero dei nuclei familiari singoli, depotenziando le reti di presa in carico familiare che hanno da sempre costituito una forma di protezione sociale degli anziani nel nostro Paese. Ne deriva l'urgenza del superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotate di una piccola *équipe* multiprofessionale, che consenta all'ospedale di divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista.

Va tuttavia considerato che si tratta di un'evoluzione che, per un verso, sembra consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili - e, per questa via, un effetto di contenimento sui futuri andamenti della spesa - per altro verso,

sembra richiedere nell'immediato uno sforzo progettuale accompagnato da adeguate risorse finanziarie, con possibili riflessi espansivi di spesa. Si dovrebbe pertanto procedere ad un attento bilanciamento di questi effetti tra loro opposti, traendo, ad esempio, risorse dalla razionalizzazione-riduzione della spesa ospedaliera, da investire contestualmente nello sviluppo della rete territoriale.

In questa ottica, anche la presenza di una rete territoriale di strutture accreditate ben funzionante, adeguatamente controllata e verificata sotto il profilo della qualità delle prestazioni erogate, aiuterebbe le strutture ospedaliere a concentrare la propria offerta nelle prestazioni ad alta complessità, liberandole di quel carico accessorio che, spesso in modo inappropriato, ne impegna le strutture in un'attività a prevalente vocazione ambulatoriale, assolutamente incoerente con la funzione strutturale della risposta ospedaliera. Nel prossimo futuro, quindi, le regioni saranno sempre più chiamate a cambiare l'assistenza territoriale in medicina d'iniziativa, andando incontro alle esigenze del paziente sia mediante la prevenzione sia attraverso una migliore gestione delle malattie croniche.

Va segnalato, per altro, che il decreto-legge n. 158 del 2012, che ha promosso l'integrazione dei servizi territoriali sanitari con interventi di natura socio-assistenziale, non ha previsto finanziamenti specifici per la rimodulazione dei servizi territoriali e delle cure primarie. Di fatto quindi la situazione si presenta molto differenziata a seconda delle realtà regionali, con risposte non omogenee anche sul versante della tutela dei LEA; l'effettiva realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio, diffuso uniformemente su tutto il territorio nazionale, oltre a costituire un elemento di equità e coesione sociale, potrebbe invece anche rappresentare una condizione indispensabile per la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie con rilevanti riduzioni di spesa. Uno sforzo potrebbe essere compiuto in questa direzione attingendo alle esperienze maturate nelle regioni in cui tale obiettivo è stato perseguito con maggiore determinazione ed efficacia. Non è un caso, infatti, che le regioni che in questo momento mostrano le migliori *performance* sono proprio quelle che hanno già cominciato la riconversione del sistema.

Nel corso dell'indagine conoscitiva è emerso, per altro, che i sistemi sanitari regionali italiani si sono sensibilmente diversificati nel corso degli anni, al punto che la stessa erogazione dei LEA – e ancor più delle prestazioni integrative ai LEA – sembra avvenire in modo differenziato nelle diverse realtà sanitarie italiane, con conseguente rischio di marginalizzazione dei sistemi sanitari regionali più deboli.

Per quanto attiene al finanziamento da parte dello Stato del *Welfare* sanitario, va rimarcato preliminarmente come l'ammontare delle risorse trasferite dallo Stato sia diretto a garantire l'integrale copertura delle prestazioni che ricadono nei livelli essenziali di assistenza (LEA), mentre eventuali spese superiori al finanziamento concordato sono coperte a carico delle singole regioni. Le risorse del SSN destinate al finanziamento dei LEA sono ripartite secondo il principio della quota capitaria ponderata (per età e per consumi sanitari della popolazione), in base a criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni. A decorrere dal 2013, tali risorse sono ripartite sulla base del principio dei costi e fabbisogni standard previsto dal decreto legislativo n. 68 del 2011, in materia di federalismo fiscale regionale e di costi e fabbisogni standard sanitari. In particolare, tale decreto dedica il capo IV (articoli da 25 a 32) ai costi e fabbisogni *standard* nel settore sanitario, delineando una diversa articolazione del processo di ripartizione del finanziamento statale basato sui valori di costo della spesa sanitaria rilevati in tre regioni *benchmark*, vale a dire l'Umbria, l'Emilia-Romagna e il Veneto. Tale processo ha condotto, per l'anno 2013, alla definizione di un livello del finanziamento del

Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 107.004,50 milioni di euro. Per altro, negli ultimi anni, alla riduzione delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale si è sommata la riduzione di quelle per le politiche socio-assistenziali e per le non autosufficienze. Tutto ciò ha fatto emergere la piena consapevolezza che il Servizio sanitario nazionale non può sopportare ulteriori definanziamenti, pena l'impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie. Pertanto, eventuali risorse recuperate attraverso misure di razionalizzazione della spesa dovranno essere destinate al miglioramento dei servizi sanitari.

Le attuali proporzioni del riparto, tuttavia, non tengono ancora conto delle nuove "variabili" della spesa sanitaria, la cui importanza si rafforza ovunque. In particolare, si tratta di ragionare sulle eventuali "emergenze" territoriali per patologia, sulla densità della popolazione, sull'estensione territoriale regionale, sulle condizioni corografiche, sull'entità dei flussi migratori extracomunitari, sugli indici di povertà della popolazione residente, sulle aspettative di vita, eccetera. Ma, soprattutto, si tratta di avere ben chiare le differenze esistenti tra i sistemi sanitari regionali, conoscendo la capacità di risposta di ciascuno di essi e prendendo atto delle differenze strutturali, tecnologiche e di risorse umane che rendono disomogenea la risposta ai bisogni di salute del cittadino, nelle differenti aree del Paese. Il sistema dei "costi *standard*" e delle "regioni *benchmark*", assolutamente virtuoso in linea di principio, rischia di restare in larga misura una mera enunciazione se non sarà integrato con la definizione di indicatori appropriati, specifici e coerenti con l'obiettivo di consentire la crescita del livello assistenziale medio delle regioni a maggior svantaggio strutturale. Un significativo passo avanti in questa direzione potrebbe essere costituito dalla piena attuazione dei parametri di riparto del Fondo sanitario nazionale, introdotti dalla legge n. 662 del 1996 - quali ad esempio la frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, i tassi di mortalità della popolazione, gli indicatori epidemiologici territoriali eccetera - e mai integralmente applicati.

In questo ambito, dovrebbe rappresentare un argomento importante di discussione la rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal DPCM 29 novembre 2001 sui LEA dopo più di dieci anni dalla loro entrata in vigore. A questo riguardo va segnalato come l'assenza dei Liveas (livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale) rappresenti una mancanza importante ai fini di una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori e per una più puntuale definizione e ripartizione dei costi tra sanità e sociale. In questo quadro si colloca anche il tema del finanziamento della non autosufficienza che, attualmente, in mancanza di un quadro normativo dedicato, risulta frammentato su diversi livelli di Governo.

E' stato da più parti rilevato, anche dalla stessa Corte dei conti, come sia necessario rivedere le forme di sostegno finanziario alle famiglie che svolgono attività di cura, integrando gli istituti regionali e locali (assegni di cura e contributi) con quelli nazionali (assegno di accompagnamento) e garantendo l'integrazione e l'apporto complessivo di tutti i soggetti. Soltanto in tal modo potranno essere pienamente soddisfatti i "nuovi diritti alla salute" legati a patologie emergenti o a nuovi bisogni sanitari per la miglior gestione di patologie a larga diffusione, come ad esempio le malattie neurologiche degenerative quali l'Alzheimer o la SLA o la sclerosi multipla o le malattie rare.

Per quanto riguarda il tema dei Piani di rientro, essendo questi finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate, si può ritenere che essi rappresentino l'elemento di chiusura per il raggiungimento del controllo delle variabili finanziarie e, per questo aspetto, essi sono finora risultati indispensabili per il raggiungimento

degli obiettivi di spesa, poiché inducono le regioni meno virtuose al rispetto degli equilibri di bilancio ed alla creazione delle condizioni per recuperare margini di efficacia ed efficienza nella produzione ed erogazione dei servizi, alla luce dei *target* di costo/offerta delle regioni non in piano di rientro.

I singoli piani di rientro, quindi, individuano e affrontano selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi, configurandosi come veri e propri programmi di ristrutturazione industriale. I risultati finanziari ottenuti dovrebbero però essere valutati anche alla luce della "percezione" della sostenibilità di tale risultato, vale a dire se la collettività incisa dal piano di rientro attraverso una maggiore pressione fiscale ritenga adeguate le prestazioni che offre il sistema sanitario, così "sovrafinanziato" in termini individuali. Tali risultati dovrebbero altresì essere considerati rispetto all'effettività della garanzia dei livelli di assistenza, legando le procedure di verifica degli obiettivi delle regioni in piano di rientro al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale, prevedendo misure premiali non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a piani di rientro che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini.

Per quanto riguarda, infine, la nuova sfida dell'appropriatezza delle prestazioni, è necessario innanzitutto sottolineare come le azioni messe in campo per il controllo della spesa sanitaria abbiano prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, anche se la spesa del comparto rappresenta comunque una quota significativa della spesa pubblica al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento.

A questo riguardo è opportuno innanzitutto evidenziare come il tema del contenimento della spesa non possa essere risolto con tagli di spesa, che determinano una riduzione del livello e del volume dei servizi, ma utilizzando al meglio i fattori produttivi disponibili, mediante l'organizzazione della qualità dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni e la gestione della variabilità nociva, in modo da eliminare l'erogazione di servizi non necessari o non richiesti. Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni.

In ogni caso, è evidente che la copertura e l'accesso al Servizio sanitario possono essere mantenuti solo attraverso una forte riorganizzazione dei servizi. In questo quadro, uno degli strumenti per una razionalizzazione della spesa può essere rappresentato, come detto, dal potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale.

Sempre nella prospettiva della razionalizzazione, va ribadita la validità del sistema organizzativo incentrato sulla scelta dell'Azienda sanitaria, che appare un'ideale forma gestionale di organizzazioni complesse multiprofessionali, quali le aziende sanitarie locali o ospedaliere che devono gestire servizi tra loro completamente diversi ed eterogenei, nella logica di un'impresa *multibusiness*.