

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 efficaci, aumentando la domanda di prestazioni presso gli stessi ed il conseguente maggior afflusso di risorse finanziarie, in tal modo premiadone 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 eventualmente una maggiore autonomia delle Aziende in presenza di difficoltà sul lato delle risorse, al fine 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 risultati sia sotto il profilo economico-finanziario sia dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti, anche attraverso l'istituzione di appositi organismi di controllo.

Inoltre si potrebbe puntare ad un incremento dell'attività della Consip, attraverso l'utilizzo degli strumenti adottati nel programma di centralizzazione degli acquisti che potrebbe conseguire ulteriori risultati mediante una aggregazione selettiva della domanda. Tale obiettivo potrebbe essere realizzato, 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. Infine, si potrebbero sviluppare iniziative centralizzate d'acquisto che soddisfino fabbisogni "medi" delle amministrazioni sanitarie, lasciando queste libere per acquisti che rispondono ad esigenze specifiche.

L'efficienza del sistema sanitario potrebbe 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. 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.

Sempre sul fronte della razionalizzazione della spesa, va considerato il ruolo strategico dell'innovazione. La sfida dell'innovazione non potrà prescindere dal considerare i nuovi orizzonti della medicina personalizzata, che valorizza gli aspetti della prevenzione su base genetica e sposta decisamente il *focus* dalla risposta alla malattia alla presa in carico del singolo individuo nella sua complessità, introducendo gli scenari della medicina proattiva e della cosiddetta Sanità 3.0.

Senza innovazione, pertanto, un moderno sistema sanitario non è in grado di garantire i nuovi diritti di salute della popolazione, ma, alla lunga, neppure quelli attuali. Non appare quindi 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 immobili. Va altresì sottolineato 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. Riguardo all'innovazione tecnologica, anche il Piano nazionale di riforme, contenuto nel Documento di economia e finanza 2014, evidenzia infatti 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.

Un altro settore in cui l'innovazione risulta fondamentale è quello dei farmaci, riguardo al quale sarebbe necessaria una maggiore rapidità e omogeneità nell'accessibilità ai prodotti innovativi, che invece risultano essere licenziati dall'AIFA con una lentezza superiore rispetto ai restanti contesti europei. Tali difficoltà derivano dalle differenti "velocità" dei prontuari regionali (laddove esistono), ma anche dai differenti *budget* regionali che non sempre sono in condizioni di assecondare la pronta immissione in circuito dei nuovi farmaci, con sensibili disparità di accesso alle cure nelle diverse regioni italiane.

Una questione a sé stante riguarda i *ticket* sulle prestazioni sanitarie, cui è stata assegnata non solo la funzione di regolazione della domanda ma anche quella di contribuire al finanziamento della spesa sanitaria.

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 atteso.

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 sanitaria fruìta 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 assicurate gratuitamente 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 riscosse.⁹²

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 miliardi, 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*, 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 diagnostica. 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 spese sanitarie, ovvero la specialistica, la diagnostica e, in misura più marginale, la farmaceutica. Infine, non esiste 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 garantiscono l'accesso alle cure di tutti i cittadini a cominciare dalle fasce più deboli e bisognose, al fine di evitare che le politiche di contenimento della spesa si traducano nella rinuncia da parte di molti cittadini all'acquisto di farmaci o all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche.

⁹² Si veda l'audizione dell'Agenas.

Sulla base di queste considerazioni, per aumentare l'efficienza del sistema sanitario si potrebbe incentivare la sanità integrativa costituita da fondi integrativi, polizze assicurative, collettive ed individuali, attraverso 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, ridurrebbe la spesa privata *out of pocket*. In questo modo, i fondi, raggiungendo una certa massa critica, potrebbero avere un potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori.

Si tratterebbe comunque di una misura da adottare tenendo ben conto di diversi profili problematici, atteso che i fondi, per come attualmente composti, potrebbero dar luogo ad una segmentazione della popolazione protetta, determinando una differenziazione delle tutele offerte dal sistema e potrebbero determinare forme di autotutela, in termini di franchigie, massimali ed altro, tese a scoraggiare taluni tipi di richiesta di prestazioni, nonché di selezione avversa con riguardo alla cronicità o alle situazioni di *long term care*.

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.

Un'ultima questione riguarda la spesa per il personale, che si è ridotta negli ultimi anni non solo per effetto di misure straordinarie ma anche di interventi strutturali quali il blocco del *turnover*, attuato e monitorato in particolare nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro, l'utilizzo di forme alternative di acquisizione delle risorse umane e le disposizioni relative alla corretta contabilizzazione degli oneri contrattuali: queste prevedono infatti che le regioni siano tenute ad accantonare annualmente nei propri bilanci gli eventuali oneri connessi con i rinnovi contrattuali, indipendentemente dal fatto che il contratto venga sottoscritto. L'applicazione di questa norma ha fatto venire meno l'aspettativa del ripiano *ex post* da parte dello Stato degli oneri arretrati, incidendo quindi in modo deciso sui comportamenti degli amministratori. E' stato evidenziato però che le politiche adottate hanno via via ridotto le capacità di risposta del sistema e costretto il personale del SSN a turni straordinari di lavoro che possono mettere a rischio la qualità dell'atto assistenziale da parte degli operatori. In questo quadro, si potrebbe prevedere un'attenuazione dei vincoli assunzionali per quelle regioni che, pur avendo avviato concreti percorsi di rientro, manifestino criticità nell'erogazione delle prestazioni a causa del blocco del *turn-over*.

Le economie sul personale si dovrebbero invece raggiungere soprattutto attraverso un'ulteriore razionalizzazione della rete di offerta dei servizi che consenta di mantenere gli *standard* assistenziali senza incrementi di personale. Inoltre, le politiche di contenimento del costo del personale dovrebbero tener conto dell'usura del personale, anche in considerazione del fatto che le piramidi per età 2001 e 2007 dei medici del SSN mettono in evidenza che l'età media sale di circa 3 anni, da 47 a 50 anni, e che la percentuale di professionisti *over 55* è cresciuta dal 12 al 27 per cento del totale. In tale contesto sono state segnalate alcune criticità da parte dei giovani medici, che ritengono di trovarsi in una situazione di precarietà lavorativa

e sottotutela previdenziale, con un percorso formativo troppo lungo. Inoltre, dovrebbe essere data soluzione all'annosa questione legata all'incremento delle risorse da destinare alle scuole di specializzazione non solo di area medica, ma anche di area sanitaria non medica, al fine permettere un'adeguata programmazione delle figure sanitarie necessarie per garantire il livello e la qualità dell'assistenza sanitaria. In questo quadro, un peculiare rilievo assume il tema dell'adeguamento del numero dei contratti di formazione specialistica e degli accessi alla formazione in medicina generale. Non si tratta infatti di un problema che riguarda solo i "giovani medici", ma di una delle più importanti sfide che attiene alla sostenibilità dell'intero sistema sanitario e che necessita pertanto di adeguate risposte.

Sempre in tema di razionalizzazione 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. Tale fenomeno determina uno spreco di risorse sottratte alla "buona medicina" e rompe l'alleanza terapeutica tra il sanitario e il paziente. Occorre pertanto 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.

Un cenno a parte merita, infine, sempre riguardo 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 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.