

## Sanità

- *Eliminare sovrapposizioni tra sanità pubblica e privata;*
- *Affidare all'iniziativa privata le prestazioni più comuni, attraverso la stipula di assicurazioni e la partecipazione in fondi integrativi;*
- *Favorire un processo di pluralizzazione dei soggetti di offerta;*
- *Creare autentica concorrenza tra operatori pubblici e privati;*
- *Separazione tra programmazione, finanziamento e gestione delle strutture erogatrici di servizi e prestazioni sanitarie.*

### 7.1. Aspetti generali

Almeno due sono i nodi di importanza cruciale, con riguardo alla distribuzione delle responsabilità e delle competenze nel settore della sanità, da sciogliere nella fase attuale del dibattito sulla rimodulazione del *welfare* italiano in base ai nuovi paradigmi socio-economici e alla mutata mappa dei soggetti sociali.

Da un lato vi è la questione della revisione dei compiti e delle funzioni assolte dal sistema pubblico di protezione sociale, che si traduce nei problemi attinenti al contenimento della spesa pubblica e alla sua ripartizione, nonché al conseguente razionamento delle prestazioni sanitarie secondo criteri trasparenti e condivisi. La domanda a cui fornire una risposta, a metà tra provocazione e approccio etico al problema, suona: “è giusto assicurare tutto a tutti?” Da essa discende il necessario corollario: “in base a quali criteri vanno stabilite le priorità nell’allocazione delle risorse pubbliche disponibili, divenute oramai insufficienti?”

Dall’altro lato vi è la questione, alla prima intimamente legata, della ricerca di un nuovo modello di protezione sociale che integri e armonizzi in maniera funzionale ruoli e risorse dei soggetti pubblico e privato, entro il quadro de-

lineato dalla progressiva riduzione dell'impegno statale e dallo sviluppo di una attitudine dei cittadini alla maggiore responsabilizzazione e all'autotutela, individuale e collettiva, per mezzo di forme integrative di tipo mutualistico e assicurativo.

Il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) è in vigore in Italia dal 1978: è lo Stato a farsi carico, tramite l'organizzazione delle strutture sanitarie e l'erogazione delle prestazioni, della tutela della salute dei cittadini secondo una logica universalistica. In altre parole, tutti i cittadini hanno diritto a ricevere i medesimi standard di assistenza, finalizzata alla prevenzione, cura e riabilitazione, ancorché contribuiscano al finanziamento in maniera differenziata secondo il loro reddito e siano tenuti, in determinati casi, a concorrere al costo di taluni servizi e prestazioni mediante il versamento di una quota di compartecipazione: il cosiddetto *ticket*, che ha avuto un ruolo più importante in passato, mentre negli ultimi anni ha subito un ridimensionamento (a partire dai prodotti farmaceutici) secondo criteri parecchio discutibili. Il sistema pubblico italiano è senza dubbio oneroso – la spesa sanitaria affrontata dallo Stato ha già abbondantemente superato la soglia dei 100 miliardi di euro all'anno – perché è tenuto ad erogare, sia nel numero che nella qualità, una vasta gamma di prestazioni. Eppure, a fianco del sistema pubblico è progressivamente cresciuto nel tempo un *modello di offerta privata*, i cui interventi comportano elevati e crescenti livelli di spesa per i cittadini che vi ricorrono, peraltro non adeguatamente organizzati all'interno di schemi collettivi.

Dal confronto realizzato a livello internazionale emerge con grande evidenza questa tendenza: negli ultimi anni l'Italia ha visto crescere l'impegno sanitario pubblico e, allo stesso tempo, ha fatto registrare un incremento della spesa sanitaria privata. Quest'ultima è giustificata solo in parte, nella misura in cui è destinata a pagare servizi non previsti dal servizio pubblico, quali le prestazioni odontoiatriche, i farmaci esclusi dal Prontuario, eccetera. Però, una discreta fetta di questa spesa (stimabile in 30 miliardi di euro all'anno) va a coprire servizi previsti ed erogabili da parte del Ssn medesimo.

È difficile sfuggire alla sensazione, al di là delle visioni stereotipate e dei luoghi comuni, e pur tenendo conto delle presenza di realtà positive, che il settore sanità riproduca oggi nel paese un preoccupante scadimento dell'efficienza, della qualità e quindi della funzionalità del servizio. A fronte dell'*ampliamento e della crescente complessità* dei bisogni della popolazione – naturale portato dell'evoluzione culturale e sociale degli ultimi anni, nonché della modificazione delle condizioni e degli stili di vita dei cittadini – servizi pubblici insufficienti, eccessivamente differiti nel tempo, o di qualità non adeguata

alle richieste, provocano evidentemente una spesa privata aggiuntiva. Questa *duplicazione della spesa* si risolve in una diseconomia dalle ragguardevoli dimensioni e in un problema di equità dei meccanismi di tutela della salute a cui sono sottoposti tutti i cittadini.

Seppure siano in tanti nella sanità a spendere di tasca propria, rivolgendosi all'acquisto sui mercati privati di prestazioni erogate anche dal Ssn, in questo campo tanto delicato il momento dell'autotutela collettiva, in grado di fornire una maggiore razionalizzazione dei costi ed una più equa redistribuzione delle prestazioni, continua tuttavia a rimanere sottodimensionato.

### **7.2. Una spesa sanitaria privata elevata e crescente**

Gli italiani pagano sempre di più di tasca propria per le prestazioni sanitarie necessarie alla loro salute. Questo innegabile *fenomeno di privatizzazione progressiva della spesa per la salute* è stato messo in risalto oramai da diversi anni, trovando dimostrazione nel trend evolutivo della spesa sanitaria privata, in costante e perdurante aumento.

I dati di confronto internazionale tratteggiano il quadro della peculiarità del caso italiano nella sua recente evoluzione (Tabella 1 nella prossima pagina).

Dal 1990 la *spesa privata* ha subito un processo di crescita generalizzato sia nei paesi Ocse che in quelli europei, e in particolar modo lungo gli anni a cavallo del cambio di secolo.

Inoltre, in tutti i paesi industrializzati la spesa sanitaria privata è cresciuta nel tempo in base a tassi costantemente superiori a quelli di crescita del Pil.

In effetti, il contenimento della spesa pubblica è stato uno degli obiettivi principali perseguiti dai governi italiani nel corso degli anni '90. L'esplosione della spesa pubblica è avvenuta nella trascorsa legislatura (dal 2001 al 2006 l'incremento ha raggiunto i 40 miliardi di euro) in conseguenza dell'ulteriore processo di attribuzione di compiti di governo alle Regioni. Va rilevato, inoltre, che pure l'andamento della spesa sanitaria a carico dei cittadini ha avuto nel nostro paese una dinamica ascendente assai pronunciata.

La quota di spesa sanitaria privata rappresenta il 40 per cento di quella pubblica e il 30 per cento di quella totale, e ha un peso in rapporto al Pil del 2,2 per cento, mentre quella pubblica è pari al 6,2 per cento della ricchezza nazionale prodotta (mentre negli anni '90 era rimasta intorno al 5,5 per cento).

TABELLA 1

Spesa sanitaria pubblica e privata (in % sul Pil). Fonte: Ocse, 2005.

1990 *composizione spesa privata	Spesa pubblica	Spesa privata*	Out of pocket	Fondi sanitari e assicurazioni	Associazioni assistenziali
Francia	82	23	422	535	43
Germania	85	23	479	402	119
Italia	62	22	833	38	129
Spagna	55	23	822	149	31
UK	67	11	--	--	--
USA	67	84	253	669	87

Composizione % della spesa privata. Fonte: Ocse, 2005.

2003 *composizione spesa privata	Spesa pubblica % pil	Spesa privata* % pil	Out of pocket	Fondi sanitari e assicurazioni	Associazioni assistenziali
Francia	64	20	487	469	44
Germania	65	20	468	304	228
Italia	61	16	730	30	240
Spagna (1)	52	14	831	174	--
UK	50	10	640	199	161
USA	47	72	330	566	104

È interessante esaminare la ripartizione della spesa privata dei cittadini in base ai *settori di consumo*. Essa si articola come segue:

- Il 38,6 per cento del totale per i *prodotti medicinali e farmaceutici*;
- l'8,3 per cento per l'acquisto di *apparecchi e materiale terapeutico*;
- il 30,3 per cento per i *servizi medici*;
- il 22,8 per cento per *ricoveri e cure in cliniche private*.

I dati riportati, che sintetizzano il quadro finanziario della spesa sanitaria privata intesa come acquisizione sui mercati privati, appunto, con risorse proprie e crescenti, di prestazioni e servizi sanitari, rendono conto di un effetto di sostituzione tra spesa pubblica e spesa privata.

Ma non solo; osservando i dati, c'è modo di valutare quanto della spesa privata si rivolga ad acquistare prestazioni e servizi già erogati dal sistema pubblico, assumendo pertanto una funzione sostanzialmente ripetitiva e scarsamente efficiente.

Dall'insieme di questi elementi si possono sintetizzare alcune prime conclusioni:

- nel suo complesso, la spesa privata è elevata e segue un trend di crescita sostenuta;
- questa dinamica subisce la forte influenza della spesa per medicinali, anche in conseguenza delle revisioni ordinamentali e normative realizzate nel settore negli ultimi anni, volte a ridurre la spesa farmaceutica (l'unica sulla quale sia effettuabile una efficace politica di contingentamento).
- rilevante è l'apporto dei servizi medici privati (in cui vanno incluse, però, le cure odontoiatriche), che testimonia, almeno in parte, di un ricorso frequente dei cittadini a visite mediche private, nonostante che tale forma di assistenza, nelle sue tipologie generiche e specialistiche, sia ampiamente coperta dal Ssn;
- merita una particolare considerazione il dato relativo al ricorso alle forme private di assistenza extra-ospedaliera, nel senso che una quota di assistiti non molto inferiore alla metà sembra ormai rivolgersi al mercato (diversamente da quanto accade per l'assistenza ospedaliera, la cui maggiore importanza, anche sul piano dei costi economici, induce il cittadino a rivolgersi alle strutture pubbliche, maggiormente attrezzate).

Ampi strati di cittadini, dunque, hanno ormai deciso di *fare da sé* in parecchi dei casi e, verosimilmente, in assenza dei rischi più seri per la salute, per loro natura molto onerosi, i quali continuano ad essere affidati al servizio pubblico. Si possono poi compiere ulteriori considerazioni:

- innanzitutto, permangono significative *difficoltà di accesso al servizio pubblico* se, pur essendo formalmente a disposizione i trattamenti e le strutture del Ssn su base universalistica, i cittadini sono propensi a spendere privatamente anche in presenza di patologie gravi, seppure in misura più contenuta rispetto alle altre tipologie di malattia;
- in secondo luogo, vi sono degli elementi di *iniquità del sistema* che ricadono sulle fasce più deboli della popolazione, dal momento che sono gli individui con titolo di studio più basso (e dunque con un reddito disponibile generalmente inferiore) a spendere di più sul mercato privato anche per le patologie più gravi, non potendo usufruire presumibilmente di quella rete di conoscenze che rende più facile a determinate categorie, di fatto “privilegiate”, l’accesso ai servizi pubblici;
- in ultimo va constatato, ancora come fattore di iniquità, come al Sud si tenda a spendere di più di tasca propria anche per le malattie molto gravi, il che rende conto evidentemente di una *distribuzione territoriale disequilibrata dell’offerta sanitaria pubblica*.

In ogni caso, i dati sopra riepilogati non lasciano dubbi in merito al fatto che la spesa sanitaria privata non costituisce un aspetto meramente marginale nell’ambito della questione generale della struttura dell’assistenza sanitaria e del sistema di *welfare* italiano, non coinvolgendo solo fasce residuali di popolazione. Al contrario, assorbendo quote elevate e progressivamente crescenti dei bilanci delle famiglie, essa racchiude in sé anche questioni che vanno al di là del diritto alla salute, in quanto chiama direttamente in causa, oltre a problemi di legittimità e di equità sociale, anche conseguenze sul piano strettamente economico: dal modello generale dei consumi alla configurazione della domanda aggregata, e quindi all’economia stessa del paese.

### **7.3. I cittadini, due volte gravati**

Si stima che almeno 30 miliardi di spesa privata riguardino prestazioni comprese tra quelle erogate dal Ssn, ma che i privati cittadini si trovano ad acquistare di tasca propria ogni anno, *pagando due volte per gli stessi prodotti e servizi*.

Fra i motivi riconosciuti come determinanti l'opzione per le strutture private figura la denuncia di carenze qualitative e quantitative del Ssn. La principale motivazione è, infatti, il grave ritardo con cui si sarebbe potuto accedere alla prestazione pubblica. D'altra parte, ricopre molta importanza la fiducia manifestata dall'utente per un particolare medico o per una struttura privata, oppure la convinzione che il servizio a pagamento garantisca una prestazione migliore.

L'accesso alle strutture pubbliche, rispetto a quelle convenzionate o a quelle private a pagamento, è certamente il più difficoltoso e fonte di disagi per l'utenza, soprattutto a causa dei lunghi tempi di attesa: lo lamenta il 42,6 per cento dei pazienti che usufruiscono dei servizi pubblici, a fronte solo del 2,4 per cento in riferimento alle strutture private. Anche la scortesia degli impiegati sembra un male atavico del "pubblico", se lo segnala come fonte di disagio l'11,3 per cento degli utenti, contro lo 0,3 per cento riferito al "privato".

Tra le motivazioni alla base della previsione di incremento dell'impegno privato in sanità, per la quota maggioritaria del campione (24,7 per cento) figura la capacità percepita delle strutture private di fornire un servizio di qualità maggiore in termini di attenzione al paziente e di "personalizzazione" dell'assistenza. Insieme a questa motivazione, viene addotto lo standard tecnico-professionale dell'offerta privata ritenuto più elevato (20,1 per cento) e la maggiore fiducia in essa riposta (16,6 per cento). In ultimo, risulta meno consistente la quota di coloro che spiegano il futuro ricorso al privato come conseguenza delle scelte politiche di una classe dirigente attenta alla funzione sociale del segmento di offerta privata (appena il 3,8 per cento).

La spesa privata in Italia appare insomma non solo molto consistente, e comparativamente assai elevata rispetto a quella degli altri paesi – come si è potuto constatare –, ma anche protratta, e anzi crescente nel tempo, anche dopo il 1978, anno in cui è stato introdotto il Ssn. Questo dato induce alla constatazione che tale spesa sia coesistente con la copertura universalistica garantita dal servizio pubblico. Pertanto, si può presumere che le ragioni di tali consumi non si esauriscano nell'esistenza della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente – seppure essa abbia assunto un peso per niente trascurabile, soprattutto negli ultimi anni – o nell'esclusione dalla copertura per determinati beni e prestazioni, ma si può ritenere che esse riguardino strettamente la regolamentazione dei rapporti tra le componenti pubblica e privata.

Per questa via si scopre una sostanziale *inefficienza del sistema pubblico* sotto il profilo della *allocazione delle risorse*. Infatti, una parte ragguardevole del-

la spesa privata è volta all'acquisto di beni e servizi sanitari già forniti e garantiti dal Ssn, ma dei quali risulta difficile, e talvolta impossibile, usufruire. Ciò significa che entro questi limiti i cittadini si trovano a *pagare due volte* per gli stessi beni e servizi sanitari: l'una a monte, attraverso la contribuzione fiscale, l'altra sostenendo di tasca propria i costi addizionali. Va rilevato, peraltro, che anche le prestazioni comprate mediante il ricorso ai mercati assicurativi tendono ad essere le medesime già garantite dalla copertura pubblica del Ssn.

Ci si domanda allora quali siano le ragioni di tale doppia esazione, e in particolare quali siano i motivi che spingono gli utenti a pagare privatamente i servizi sanitari, che si tratti di visite specialistiche o di accertamenti diagnostici, dell'acquisto di farmaci o delle cure cliniche. Il dato appare ancor più controverso e paradossale quando si riflette sul fatto che in Italia è vigente un servizio pubblico a copertura universalistica che dovrebbe soddisfare in larga misura, se non completamente, la domanda di salute della popolazione.

#### **7.4. La spesa “sommersa” per la salute e il benessere**

La misura reale degli esborsi affrontati ogni anno dai cittadini nel percorso di conquista della propria salute psico-fisica non si esaurisce nelle dimensioni finora ricordate. Esiste, infatti, una voce di spesa “sommersa” all'interno del “mercato del benessere” composta da consumi assai differenziati, ma tutti accomunati dal fatto di essere pagati direttamente dai cittadini. In tale conta figurano tutte quelle attività finalizzate al conseguimento del benessere individuale che non rappresentano però costi evidenti e contabilizzati formalmente nella spesa sanitaria privata.

Un primo capitolo di spesa da annoverare in questa voce è rappresentato dai *trattamenti psicoterapeutici* non coperti dal Ssn. Infatti, la gran parte dei pazienti che fanno ricorso a questo tipo di cure non si rivolge alle strutture pubbliche presenti nelle Usl – o perché i servizi richiesti sono del tutto assenti (è il caso della psicanalisi), o perché di qualità non ritenuta affidabile o soddisfacente – e fa pertanto ricorso alla vasta offerta libero-professionale a disposizione sul mercato, pagata per intero. Il ricorso alla psicanalisi, alla psicoterapia cognitivo-comportamentale, ai trattamenti della psicologia relazionale, e agli altri interventi afferenti alle diverse scuole di psicoterapia sono pertanto quasi completamente a carico dei pazienti.

Oltre a ciò vanno definiti meglio i contorni, e i relativi costi economici privati, di un fenomeno emergente quale il ricorso alla *medicina “alternativa”*: feno-

meno che secondo alcune stime è stato oggetto di una continua espansione negli ultimi anni, e che riguarderebbe ormai milioni di italiani e fatturati annui di alcuni miliardi.

A comporre la spesa “sommersa” vi sono anche una serie di costi di tutt’altro genere: quelli assorbiti dalla *rete informale di assistenza socio-sanitaria* per determinate patologie croniche e degenerative, la quale costituisce una significativa forma di supporto per le famiglie affiancata alle strutture sanitarie, limitando, o a volte sostituendo del tutto – soprattutto negli strati sociali più deboli: anziani, portatori di handicap, persone affette da malattie croniche invalidanti, eccetera – il rischio di istituzionalizzazione e conseguentemente i costi a carico del Ssn.

Il Censis ha stimato che nel 76,1 per cento delle famiglie in cui è presente un anziano la cura è affidata interamente alla famiglia stessa, senza altri sostegni. L’istituzionalizzazione è limitata solo al 6,5 per cento dei casi. Analogamente, anche le persone invalide o disabili trovano nel 74,3 per cento dei casi pieno sostegno in famiglia. La stima del valore monetario dell’assistenza fornita dalle famiglie italiane agli anziani non autosufficienti risulta pari a 70 miliardi di euro (più di tre volte la spesa pubblica per l’assistenza).

Più in generale, da un attento esame dei disagi collettivi e dei costi sociali riferiti alle patologie croniche, risulta che in Italia oltre 3 milioni di famiglie (quasi il 15 per cento del totale) sono colpite da gravi condizioni di disagio legate a criticità di tipo patologico di una, o a volte più, componenti del nucleo familiare. In particolare, sono più di 650 mila le famiglie colpite al loro interno dalla malattia di Alzheimer, dal tumore o dall’Aids. Si stimano intorno a 320 mila i nuclei interessati, poi, da componenti affetti da disturbi mentali, e quasi 1 milione e 400 mila sono le famiglie di disabili, privi della vista o sordomuti. Infine, 730 mila gruppi familiari sono colpiti da patologie socio-relazionali quali la tossicodipendenza e l’alcolismo. L’enorme impegno economico, oltre a quello affettivo e sociale, richiesto da tali situazioni è sostenuto direttamente dalle famiglie e in buona parte dalla solidità delle reti spontanee di assistenza e solidarietà: un compito svolto con modalità silenziose e affrontando l’esposizione economica in larga misura privatamente, con modalità “fai da te”, senza poter contare su un completo sostegno socio-sanitario da parte dello Stato. Ma sono i costi non medici, sostenuti privatamente e assorbiti dalla disponibilità delle famiglie, a rappresentare la quasi totalità delle spese. Il costo indiretto dell’assistenza informale, valutato in base al costo medio del professionista che sarebbe altrimenti necessario impiegare per svolgere le funzioni assolte dal familiare e in base alle ore impiegate, si aggira intorno al 76 per

cento del costo totale dell'assistenza e cura del malato.

### **7.5. La debole mediazione delle forme di autotutela individuale e collettiva**

Un capitolo a parte merita l'esame dei mezzi e delle modalità con cui viene canalizzata la spesa privata dei cittadini in campo sanitario. La quota maggiore della spesa privata è rappresentata dalla porzione definita *out of pocket*, ossia da quella sostenuta dagli utenti di tasca propria per l'acquisto di beni o per l'erogazione di servizi al momento del consumo. Va rilevato, inoltre, che la quota più consistente di spesa *out of pocket* si riscontra proprio in quei paesi, come l'Italia e il Regno Unito, in cui vige un servizio sanitario nazionale. In Italia, in special modo, tale porzione costituisce più che altrove la quasi totalità della spesa privata mentre molto limitata appare la quota assorbita dal mercato assicurativo e mutualistico.

In sostanza, vi è un consistente ammontare di risorse del tutto private che, pur in presenza di un servizio pubblico che garantisce un'ampia copertura a base universalistica, finiscono per essere dirottate verso l'acquisto di prestazioni, beni e servizi già inclusi negli standard di assistenza pubblici. Un fiume di denaro che in larghissima parte non viene "mediato" da soggetti istituzionali del mercato sanitario privato. Il mercato assicurativo nel settore sanitario in Italia ha avuto, infatti, uno sviluppo modesto, raccogliendo poche risorse, coprendo una ridotta fetta di popolazione, e registrando un peso modesto anche delle istituzioni *non profit* (casce mutue, fondi aziendali e simili). Un ritardo notevole anche rispetto a quei paesi europei, come il Regno Unito o la Danimarca, dove pure è in vigore una copertura pubblica a carattere universalistico.

L'ammontare dei premi del portafoglio diretto italiano nel ramo malattia è cresciuto, ma l'incidenza del ramo malattia sul totale dei premi assicurativi in Italia è di circa il 3 per cento. Nondimeno, la mutualità integrativa è ancora limitata. Le mutue, i fondi di categoria, le casce aziendali, le società di mutuo soccorso (in totale circa 200) tutte insieme conterebbero 700-800 mila iscritti, con circa 2 milioni di utenti (inclusi i familiari e gli anziani già iscritti, ora pensionati). Associata alla ancora debole organizzazione mutualistica e assicurativa in Italia, l'alta spesa sanitaria privata si traduce quindi in ingenti esborsi direttamente provenienti dalle tasche dei singoli pazienti.

### **7.6. Riforme recenti, male antico**

Il Ssn è stato sottoposto negli ultimi tempi a due riforme abbastanza radicali e impegnative: la prima mediante il decreto legislativo n. 502/1992 (ad opera del Governo Amato) e le successive integrazioni e modifiche, le più importanti delle quali erano contenute nel decreto legislativo n. 517/1993; la seconda (praticamente ancora in corso) passata all'onore delle cronache come la controversa riforma del ministro Bindi (dlgs n. 229/1999). Pesano poi sul settore le riforme istituzionali di impronta federalistica che hanno affrontato il problema dei poteri (in prevalenza conferiti alle Regioni) senza risolvere la questione dell'attribuzione delle risorse.

La materia, pertanto, è ancora alla ricerca di un assetto definitivo. Il servizio pubblico, comunque, versa in condizioni di oggettiva destabilizzazione. Il sistema, infatti, si regge su di una articolazione di responsabilità che si snodano lungo i rapporti tra Stato, Regioni e Aziende Sanitarie Locali (Asl). Ogni modifica di ordinamento, pertanto, mette in moto processi normativi, regolamentari e organizzativi di vasta portata, che chiamano in causa una pluralità di soggetti istituzionali e intervengono su di una estesa rete di relazioni e convenzioni con soggetti professionali ed economici. In sostanza, il sistema sanitario – che nel corso della sua storia non è mai riuscito ad attestarsi, nel territorio, su standard uniformi, ma ha risentito profondamente dei dualismi del paese – non è ancora riuscito ad applicare in via definitiva i cambiamenti della riforma del 1992 e delle sue modifiche, nonché ad assorbirne gli effetti, al momento si trova nuovamente ad affrontare una fase di profonda trasformazione, rispondente non tanto ad un disegno organico, quanto piuttosto ad una serie di misure ispirate ad un solo evidente principio: la superiorità “etica” del servizio pubblico.

Da ciò deriva, da un lato, una forte impronta statalista, in netta contraddizione col principio della sussidiarietà e con il ruolo chiave da riconoscere alla sanità privata; dall'altro, il recupero di una funzione centralizzatrice del Ministero – che non favorisce certo lo sviluppo di forme di federalismo – nei confronti delle Regioni, le quali vengono altresì private di alcune importanti funzioni a favore dei Comuni. È questo uno degli esempi di “ritorno all'antico”.

Il modello congegnato nel 1978, infatti, aveva individuato le Unità Sanitarie Locali (Usl) come strutture territoriali, prive di personalità giuridica, attraverso le quali l'Amministrazione comunale esercitava le proprie funzioni primarie. Solo nel 1992 si era dato luogo ad una trasformazione delle Usl in aziende pubbliche e il servizio sanitario era diventato un sistema di aziende coordinate tra di loro sul piano regionale.

In seguito, la riforma Bindi non è tornata indietro rispetto a questa fondamentale impostazione organizzativa – salvo rimettere in gioco i Comuni in alcune funzioni –, ma ha assestato un colpo mortale alle prime esperienze di articolazione interna del sistema, impostate su procedure di finanziamento legate alla fornitura di prestazioni e, quindi, alla efficienza del servizio. Ritorna sovrano il momento della programmazione, nel senso che riprende il sopravvento l'organizzazione dell'offerta – ovvero le ragioni della struttura pubblica – attestata intorno alla “lettura” e alla interpretazione della domanda di salute, affidate ed eseguite a livello della pianificazione sanitaria.

In tale contesto culturale, ben scarso è lo spazio che rimane per un rapporto sinergico, e non ripetitivo, tra pubblico e privato, nel senso cioè di garantire attraverso il Ssn la copertura pubblica – la più estesa ed equilibrata possibile – per le esigenze di particolare gravità, fino ad arrivare a forme di tutela pubblica ancora più onnicomprensiva in particolari casi di indigenza, età, condizioni di salute. Sulla base di questo zoccolo di protezione sarebbero dovute nascere e svilupparsi nuove forme di tutela privato-collettiva (fondi integrativi, casse, mutue) in grado di rendere più flessibile l'offerta in risposta alle differenziazioni della domanda e di razionalizzare il complesso della spesa sanitaria. Infatti, appare oramai evidente che l'operazione di ricentraggio pubblico in ogni caso non possa fare a meno del fattore di collaborazione con la sfera privata.

### ***7.7. Un'osmosi senza conflitto tra pubblico e privato***

Dalle considerazioni svolte emergono spunti per una diversa organizzazione della politica sanitaria del paese. Non si propone la scorciatoia ideologica di contrapporre il pubblico al privato, bensì una razionale divisione dei compiti e dei ruoli che metta in sinergia i due sistemi, migliorando l'efficienza e l'efficacia di entrambi e inducendo un risparmio di spesa da ricercare (ovviamente solo in misura parziale) nell'ambito di quegli importi che abbiamo definito “ripetitivi”.

La strada da percorrere parte dalla definizione di un “pacchetto” di prestazioni che, per la loro essenzialità, sono garantite a tutti i cittadini attraverso il servizio pubblico. A questo proposito si può discutere se l'*actio finium regundorum* debba riguardare intere branche di assistenza (per esempio, includere tutta l'assistenza ospedaliera ed escludere la medicina di base), oppure se sia più opportuno, ai fini di una migliore tutela, operare delle scelte anche all'interno dei grandi comparti (ad esempio, escludere i piccoli interventi e in-

cludere alcune visite mediche a scopo di prevenzione). Il sistema pubblico, poi, dovrebbe prendersi carico di forme ulteriori di assistenza per quei cittadini che versino in particolari condizioni di età, di reddito e di salute. In questo modo si realizzerebbe un buon livello di tutela pubblica per quelle esigenze gravi a cui i cittadini non sono in grado di provvedere da soli e per quelle persone che si trovino in condizioni di maggiore difficoltà; nel medesimo tempo si libererebbero ambiti di intervento affidati a forme e strumenti di autotutela, riservati a quelle prestazioni e servizi da cui lo Stato si ritira, magari limitandosi a favorire l'autorganizzazione dei singoli e/o dei gruppi mediante la concessione di agevolazioni fiscali.

Fino ad ora le cose non sono andate così. A parte il “fai da te” delle famiglie di cui abbiamo parlato, anche le assicurazioni e le casse, le mutue e i fondi hanno finito per impegnarsi ad erogare prestazioni spesso incluse nel “pacchetto” pubblico. Così il cittadino iscritto ha finito per pagare – anche in questo caso – due volte (una col fisco, l'altra di tasca propria o in conto retribuzione) la medesima assistenza. Lo Stato, dal canto suo, è intervenuto anch'esso due volte: una per organizzare il Ssn, l'altra per prevedere agevolazioni per le forme di autotutela.

Bisogna riconoscere che la riforma ter del ministro Bindi partiva da questa contraddizione nel definire i ruoli del Ssn e quelli della previdenza sanitaria integrativa, nel senso che veniva riconosciuta una funzione coordinata con il sistema pubblico (con i relativi benefici fiscali) a quelle forme di tutela che assicuravano le prestazioni che quest'ultimo non riconosceva (quelle eccedenti i livelli essenziali uniformi, gli oneri dei *ticket*, le prestazioni in regime di libera prestazione intra-muraria e di servizi alberghieri, alcune prestazioni di medicina non convenzionale, le cure termali e le prestazioni odontoiatriche).

Il problema quindi non era l'impianto, che sembrava corretto, ma la ripartizione dei ruoli. Certo, si può sostenere che tante erano le prestazioni affidate alla previdenza sanitaria integrativa. È altrettanto vero però che esse erano costituite da spezzoni di assistenza privi di un disegno organico, destinati quindi a lasciare il privato integrativo in un ambito residuale. E, d'altro canto, l'assistenza pubblica non avrebbe compiuto un solo passo indietro. Non avrebbe ceduto, quindi, risorse aggiuntive al settore privato, ma anzi il campo pubblico finiva per sottrarre e attirare, con l'impostazione descritta, risorse dal privato. Quali fossero poi le prestazioni eccedenti i livelli essenziali uniformi (e, come è solito aggiungere il ministro, anche appropriati) rimaneva un mistero dal momento che non erano definiti proprio quei livelli essenziali oltre i quali avrebbe dovuto operare la previdenza sanitaria integrativa.

### **7.8. Tra Stato e mercato: il “mercato possibile” dell’offerta di salute**

Come si è detto, l’attuale fase fa registrare una vasta crescita dei bisogni della cittadinanza e, parallelamente, crescenti difficoltà dei governi e delle strutture esistenti a rispondervi in maniera adeguata. Il ciclo sociale della modernità è caratterizzato, infatti, dalla proliferazione e dalla frammentazione dei bisogni, da una domanda sociale allargata e diversificata, alla quale il sistema di *welfare* di vecchio impianto non può più rispondere con efficacia e mantenendo fede agli obiettivi di solidarietà ed equità per i quali è stato concepito.

Si tratta di istituire meccanismi di compartecipazione e articolazione dell’impegno dei soggetti pubblico e privato, in forma individuale e associativa, superando le strozzature di una regolamentazione inefficace e mobilitando così risorse finanziarie e organizzative per l’erogazione dei servizi di pubblica utilità. Un sistema misto è in grado di permeare il modello di servizio pubblico di una logica nuova, allo stesso tempo mutualistica e di mercato. Il modello mutualistico è per eccellenza la sintesi della logica del servizio pubblico, nelle finalità sociali che si propone, e della logica del mercato, nella gestione delle risorse.

Più in dettaglio, occorre:

- comprendere a fondo la nuova fisionomia – comprese le nuove forme di marginalità – di una società profondamente mutata, sia sul versante dell’assetto occupazionale – e pertanto contributivo –, sia rispetto alle esigenze da soddisfare;
- sciogliere il nodo delle sovrapposizioni tra sanità integrativa e pubblica, definendo ambiti e ruoli, per ridurre l’area della duplicazione di spesa (ancora oggi una larga fetta della mutualità integrativa, limitata peraltro a determinate categorie di lavoratori, si rivolge a coprire servizi presenti nell’offerta pubblica, con il risultato che alcune fasce sociali possono godere di una offerta “doppia”, quando altre con difficoltà possono accedere anche al servizio minimo);
- favorire un processo di pluralizzazione dei soggetti di offerta attivi nel comparto della sanità, imprimendo accelerazione allo sviluppo di forme di mutualità non solo categoriale, ma anche organizzate su base territoriale;
- concepire forme virtuose di concorrenza tra erogatori dei servizi e finanziatori pubblici e privati, in modo da favorire un quasi mercato (o mercato sociale) in cui risultino ampliate le possibilità di scelta da parte degli

utenti, nonché la qualità e l'efficienza del servizio;

- prestare attenzione alla separazione tra programmazione, finanziamento e gestione delle strutture erogatrici di servizi e prestazioni sanitarie, per evitare possibili conflitti di interesse in chi immette risorse finanziarie nelle strutture e al tempo stesso si occupa della gestione delle strutture medesime;
- favorire lo sviluppo di una cultura del rischio e della sussidiarietà sociale di tipo attivo nelle famiglie e negli individui, e disincentivare una cultura del *welfare* dovuto e della rivendicazione; in altri termini, sollecitare la transizione culturale dal paternalismo protezionistico al concetto di solidarietà nell'autotutela;
- favorire la diffusione di responsabilità sociale ed etica nei soggetti del privato sociale e nelle imprese assicuratrici, chiamate ad impegnarsi nella promozione di formule di integrazione rispetto all'offerta pubblica personalizzate e non standardizzate. Pesa su questo gap la scarsa cultura assicurativa esistente in Italia. A voler andare alle radici di questa propensione si troverebbero molte spiegazioni; le principali riguardano la convinzione diffusa che tutto sia dovuto da parte dello Stato e che il cittadino non sia tenuto a provvedere ai propri bisogni di sicurezza anche con parte del suo personale risparmio. Anche le assicurazioni, però, sono sempre state restie ad impegnarsi nel campo della sanità.

Insomma, va ricercato un modello di protezione sociale a gestione mista e nuove formule di governo del *mix* pubblico-privato, in grado al tempo stesso di avversare le vecchie e dispendiose logiche assistenzialistiche del servizio pubblico e di coniugare in nuovi schemi l'irrinunciabile principio della tutela sociale e della sussidiarietà con una inedita logica di capitalizzazione delle risorse.

Un modello di *osmosi senza conflitto tra il pubblico e il privato*, una adeguata logica combinatoria e strategie di *mixing* tra offerta statale e di mercato, tracciando la strada verso un *sistema misto* – caratterizzato da managerialità gestionale e dall'ampliamento delle possibilità di scelta da parte dei pazienti – costituiscono soluzioni volte a distribuire in maniera più equilibrata la spesa e ad ottimizzare la qualità dei servizi e delle prestazioni. E ciò non solo con conseguenze vantaggiose sul fronte della sostenibilità finanziaria del sistema di offerta pubblica dei servizi sanitari, ma anche sotto il profilo della efficienza e personalizzazione delle prestazioni richieste da una utenza sempre più sofisticata ed esigente.

### ***7.9. Conclusioni: la mutualità sostitutiva***

La via da percorrere, seguendo un percorso sperimentale, potrebbe essere la seguente: favorire l'aggregazione della domanda tramite la distinzione dei soggetti finanziatori da quelli erogatori e produttori. In altre parole, se il sistema fiscale – nelle sue componenti nazionali e regionali – rimane il soggetto finanziatore e se le aziende sanitarie, pubbliche e private, sono i soggetti produttori dei servizi, l'erogazione delle risorse dovrebbe essere canalizzata mediante l'intermediazione non già delle Asl, come vorrebbe il modello classico dei mercati interni, ma di soggetti collettivi privati quali appunto i fondi, le casse, le mutue e ovviamente tutte quelle imprese che operino – con requisiti accertati di professionalità e trasparenza – sui mercati assicurativi. Elemento caratterizzante di tale proposta sarebbe, però, l'avvio del riconoscimento di un potere effettivo alla domanda (una condizione necessaria a sperimentare forme di mercato possibile), mediante forme di mutualità sostitutiva. Il cittadino dovrebbe diventare, cioè, titolare di parte della quota capitaria che gli viene riconosciuta dal sistema (la parte residua confluirebbe a copertura degli aspetti solidaristici e di interesse generale). Di conseguenza parteciperebbe al finanziamento del sistema, conferendo questa sua quota ad un soggetto collettivo, secondo una capacità contributiva tendenzialmente egualitaria in cambio della quale otterrebbe il diritto ad accedere ad un ventaglio di prestazioni (conformi alle disposizioni di legge) acquistate dall'operatore di sua scelta del mercato assicurativo. L'adesione di un cittadino a un fondo, a una cassa, a una mutua farebbe sorgere nel soggetto collettivo la titolarità a gestire la sua quota capitaria a fronte dell'erogazione (da parte di un soggetto produttore di prestazioni e servizi) delle prestazioni a cui il cittadino ha diritto. Il soggetto collettivo dovrebbe agire sul mercato pubblico e privato investendo al meglio le risorse proprie (corrispondenti ai conferimenti imputati agli aderenti) in direzione delle aziende, pubbliche e private, produttrici dei servizi e dei professionisti erogatori delle prestazioni. A maggiore garanzia si potrebbe prevedere che la parte della quota capitaria (quanto lo Stato riconosce al cittadino come corrispettivo dei livelli uniformi di assistenza) da destinare ai beni di interesse collettivo continui ad essere erogata e gestita unicamente da parte del settore pubblico, senza dover compiere il giro dell'intermediazione del soggetto collettivo. Un'operazione di tale portata richiederebbe un congruo periodo di sperimentazione e una fase di transizione di alcuni anni. A livello nazionale, per le mutue di categoria (a struttura verticale) e a livello regionale, nonché per quelle riguardanti i cittadini nel territorio, andrebbe prevista una specifica e periodica autorizzazione da rilasciare ad un numero programmato ma crescente di possibili utenti della mutualità sostitutiva. Così si potreb-

bero organizzare sia le strutture sia le modalità operative e di finanziamento senza penalizzare il sistema pubblico e senza imporgli repentini cambiamenti, per quanto riguarda le forniture e la remunerazione delle prestazioni e dei servizi.

