



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M.FANNO"**

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI

PROVA FINALE

**"Il Sistema Sanitario Nazionale e lo US-Health Care System: due modelli
antitetici a confronto"**

RELATORE:

CH.MO PROF. Giorgio Brunello

**LAUREANDA: Giulia De Matteis
MATRICOLA N. 1088723**

ANNO ACCADEMICO 2016 – 2017

INTRODUZIONE	2
DEFINIZIONE DEL BENE SALUTE	2
I PRINCIPI ISPIRATORI ALLA BASE DEI SISTEMI SANITARI	3
I BENI SANITARI E I MERCATI COINVOLTI	4
LA CLASSIFICAZIONE DEI SISTEMI SANITARI	6
LE PROSPETTIVE D'ANALISI: FINANZIAMENTO E PRODUZIONE	6
LA CLASSIFICAZIONE TRADIZIONALE E LA CLASSIFICAZIONE DELL'OECD	8
SISTEMI A CONFRONTO: IL MODELLO ITALIANO E IL MODELLO STATUNITENSE	12
LE DIFFERENZE NEL FINANZIAMENTO E LE IMPLICAZIONI SUL PIANO DELL'EFFICIENZA E DELL'EQUITÀ	12
UNA DESCRIZIONE QUALITATIVA DEI DUE SISTEMI	16
LE DINAMICHE DI CAMBIAMENTO IN CORSO	19
SOSTENIBILITÀ DEI SISTEMI SANITARI	23
IL FENOMENO DELLA CRESCITA DELLA SPESA SANITARIA	23
COSA ASPETTARSI DAL FUTURO	30
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	33

Introduzione

Definizione del bene salute

Definire cosa sia “salute” non è un compito facile. Nel luglio 1946 il Consiglio delle Nazioni Unite nella Conferenza Internazionale sulla Salute inserì nella sua Costituzione la seguente definizione: “la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l’assenza di malattia e di disabilità”.

Questa definizione, anche alla luce delle altre prescrizioni inserite all’interno della Costituzione, aveva il grande merito di fornire una definizione che rifuggiva l’approccio in chiave negativa, fin a quel momento adottato, di salute come categoria residuale rispetto alla malattia e che guardava alla salute dell’individuo in senso lato come ad un interesse prioritario e funzionale a livello generale.

La visione proposta dall’Organizzazione Mondiale della Salute è stata, poi, ampliata con la Carta di Ottawa per la Promozione della Salute del 1986 in cui si sottolineava l’importanza di accrescere il controllo delle persone sulla propria salute e sulle determinanti di questa. Il punto fondamentale della Carta di Ottawa era quello di chiarire una volta di più la distanza dall’idea di salute come “assenza di malattia” e fornire una rappresentazione articolata della materia: la salute viene raggiunta solo nel momento in cui “gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali) che esterne (sociali e materiali)”; si tratta di una condizione complessa e graduale.

Nel 2009 la rivista inglese *The Lancet* ha riconsiderato la definizione di “salute” data dall’OMS. Nel editoriale del volume di marzo viene infatti introdotta una nuova concezione di salute che, riprendendo il pensiero del filosofo ed epistemologo francese Georges Canguilhem, non si basa sull’esistenza e la persistenza di uno stato di alterazione rispetto alla propria condizione di base (quello che Canguilhem definiva “l’anormale”) ma piuttosto sull’abilità dell’individuo di adattarsi efficacemente all’ambiente che lo circonda. Questa definizione ha il grande pregio di porre la questione nell’ottica dinamica della resilienza propria dell’individuo. Dunque, per sancire l’effettivo stato di malattia non è sufficiente solo la condizione di morbosità ma anche un’alterazione della propria condizione base tale da modificare il modo in cui l’individuo affronta la quotidianità. Tanto è vero che la medesima diagnosi potrebbe non essere sufficiente per inferire lo stato di salute su individui diversi (si pensi agli atleti che anche in presenza di sintomi gravi continuano gli allenamenti o gareggiano). (The Lancet,2009)

I principi ispiratori alla base dei sistemi sanitari

Nella sua conferenza “Le parole del festival: Universalismo” durante il “Festival dell’Economia” che anche quest’anno si è tenuto a Trento all’inizio di giugno, Gilberto Turati individua tre macro-principi guida nell’ispirazione dei sistemi di welfare, e quindi dei sistemi sanitari, che si ricollegano ai tre mondi del welfare dei sistemi capitalistici definiti da Esping-Andersen (modello social-democratico, modello liberista, modello corporativista).

L’impostazione propria del primo modello è l’Universalismo. Vale a dire un’impostazione in cui l’erogazione delle prestazioni viene fornita indipendentemente dalla sussistenza di condizioni quali bisogno o reddito ma solo in virtù di un diritto di cittadinanza garantito a priori *“from the cradle to the grave”*.

La Selettività è la caratteristica chiave del secondo modello. In questo caso l’erogazione delle prestazioni è vincolata alla verifica di alcune condizioni, in primis il reddito. I sistemi ispirati a questo principio (tipicamente gli USA) tutelano un numero limitato di rischi per una numero limitato di popolazione.

Infine, il Corporativismo (o Categoricalità) rappresenta il terzo modello. Qui la tutela e la garanzia delle prestazioni non viene condizionata alla cittadinanza ma bensì determinata dall’appartenenza ad una particolare categoria. (Turati, 2017)

Indipendentemente da quale dei tre principi venga adottato come linea guida nell’implementazione del sistema sanitario di un paese, tutti i sistemi attribuiscono una qualche rilevanza alla garanzia di un certo grado di equità interna. Questo obiettivo più o meno esplicitamente individuato si sostanzia in due grandi accezioni: “welfarista” e “di giustizia sociale”.

Il primo approccio guarda alla tutela della salute come ad una prerogativa sostanzialmente individuale a cui si aggiunge una tendenza più o meno marcata di ciascun individuo a prendersi cura del prossimo allo scopo di aumentare la propria utilità. Tuttavia esistono diverse declinazioni (utilitarismo puro, teoria del reddito assoluto, teoria del reddito relativo) che differiscono per un crescente livello di richiesta di coinvolgimento dello stato nella riduzione delle disuguaglianze.

Sotto il profilo dell’analisi positiva, il paradigma base è quello dell’universalismo “elettivo” ovvero della libertà di assicurarsi contro la malattia con la garanzia da parte dell’operatore pubblico di copertura delle fasce svantaggiate della popolazione (anziani, malati cronici, fasce di reddito basse...). L’esempio classico di questa concezione è fornito dagli Stati Uniti d’America dove, a partire dal 1965, esistono due programmi federali (Medicaid e Medicare) a

protezione delle popolazione indigente e anziana che forniscono le prestazioni a titolo gratuito o semi-gratuito.

Agli antipodi rispetto a questa particolare tipologia di utilitarismo si contrappone l'universalismo "ampio" tipico dei modelli di giustizia sociale (in particolare dei Sistemi Sanitari Nazionali).

Secondo l'ottica della giustizia sociale, il diritto ad un livello "minimo" o "adeguato" di assistenza sanitaria¹ deve essere ricompreso nella sfera dei diritti primari il cui soddisfacimento deve necessariamente essere sottratto alle logiche degli scambi di mercato per essere oggetto di tutela universale. Dunque, il compito dello stato è quello di garantire l'appagamento dei bisogni considerati fondamentali per la realizzazione individuale a dispetto della condizione socio-economica, demografica o di genere.

I beni sanitari e i mercati coinvolti

Per definizione un sistema è "un'insieme di parti interrelate e interdipendenti, volte a raggiungere obiettivi definiti". (Mapelli, pag.13, 2012)

Un sistema sanitario è quindi definibile come il complesso di istituzioni e risorse (materiali e umane) e dei rapporti che si instaurano fra queste per la promozione, il recupero ed il mantenimento della salute.

Si può, quindi, pensare alla creazione di salute come allo scopo primario di un sistema sanitario ma accanto a questa finalità esplicita molte altre non si possono dimenticare. Innanzitutto, un sistema sanitario può essere, e di fatto è stato nella visione del welfare state, un potente strumento equitativo in grado di ripartire l'onere del finanziamento all'interno di una comunità e di garantire le cure anche a soggetti che verrebbero altrimenti esclusi permettendo così un accesso alle cure ampiamente diffuso se non universale.

Da più parti nel corso degli anni è stato sottolineato come il settore sanitario non rappresenti solo una voce di spesa ma anche un importante settore di sviluppo e crescita economica.²

Sebbene statisticamente non si possa stabilire una stringente relazione di causalità diretta fra aumento del livello di salute di una popolazione e crescita economica, è indubbio che le due determinanti macroeconomiche siano correlate e che anzi sia corretto ipotizzare l'esistenza di

¹ La salute viene considerata come un "bene di merito" ovvero un bene la cui garanzia deve essere assicurata indipendentemente dalla domanda dei potenziali utenti.

² Mapelli stima che in Italia l'effetto moltiplicatore prodotto da ogni euro speso per beni e servizi sanitari sia pari a: 1,57 euro per i beni pubblici e 1,3 euro per quelli privati.

una relazione bi-direzionale. Appare evidente, quantomeno su un piano empirico, che un aumento generalizzato delle condizioni di salute porta benefici all'economia attraverso molteplici meccanismi: innalzamento della partecipazione e della produttività del fattore lavoro, aumento del risparmio e degli investimenti in capitale fisico, diminuzione della spesa per la sanità, investimenti in capitale umano.

Nella formalizzazioni dei modelli di sistema sanitario si assegnano tre funzioni principali: finanziamento, produzione e regolamentazione. Queste tre funzioni entrano in relazione con tre sottosistemi: il sottosistema della popolazione che, esprimendo bisogni di salute e quindi domanda di prestazioni, riveste il ruolo di consumatore; il sottosistema della produzione a cui è demandata la creazione e distribuzione dei servizi e beni sanitari; il sottosistema del finanziamento, sia attraverso premi assicurativi sia attraverso imposizione fiscale, che riveste il ruolo di intermediario nel trasferimento di mezzi monetari fra il lato della domanda (la popolazione) e il lato dell'offerta (la produzione).

A loro volta questi tre sottosistemi si riflettono attraverso le loro interazioni reciproche in altrettanti mercati.

Il primo mercato è quello assicurativo in cui volontariamente o in base a prescrizione di legge gli individui trasferiscono il rischio di malattia su un'istituzione in grado di ripartire il rischio su una platea ampia compiendo un'operazione di differenziazione del rischio. L'altro mercato fondamentale è quello degli scambi che si crea dall'interazione fra popolazione e produzione, si tratta di un mercato classico di interazione fra domanda e offerta ma che presenta alcune peculiarità in virtù della particolarità del bene alla base della transazione: il bene salute.

Sebbene, come abbiamo detto, il fine ultimo per un sistema sanitario è creare salute, e nonostante gli individui di per sé domandino un certo livello di salute, non esiste, quantomeno legalmente, un mercato in cui scambiare direttamente questo bene!

Esistono, però, due surrogati di questo mercato ovvero due mercati che esprimono in maniera derivata la domanda di salute degli individui: il mercato di scambio dei beni e servizi sanitari (intendendo questi ultimi come fattori fondamentali di produzione di salute) e il mercato della copertura assicurativa contro i rischi di perdita della salute. Entrambi questi mercati sono viziati da problemi di funzionamento (*cf. fallimenti del mercato*) legati principalmente all'esistenza di asimmetrie informative.³ Già solo per le ragioni di efficienza appena descritte sarebbe

³ Nel caso del mercato dei prodotti sanitari l'asimmetria è a svantaggio dei pazienti che non conoscono il valore della prestazione che consumano e che quindi sono necessariamente costretti ad affidarsi ad professionista

giustificato un intervento pubblico in materia di Salute, tuttavia a queste si aggiungono motivazioni di carattere equitativo, che già prima sono state accennate, dal momento che in linea generale viene ritenuto assolutamente meritorio il desiderio alla tutela della propria salute. Infine, l'interazione fra soggetti produttori e soggetti finanziatori origina il mercato degli appalti in cui vengono discussi i contratti di vendita e acquisto di beni e prestazioni sanitarie a livello collettivo. Anche se va notato che esistono modelli di sistema sanitario in cui l'esistenza di questo terzo mercato viene meno: o perché non prevedono l'interazione fra assicuratori e produttori (*modello a rimborso*: al paziente vengono rimborsate dall'assicurazione le spese sostenute per pagare le prestazioni); o perché prevedono la fusione in un'entità unica fra produzione e assicurazione (*modello integrato*: le prestazioni vengono erogate da strutture direttamente controllate dalle compagnie assicurative) con l'ovvia conseguenza che il mercato si estingue per confusione. (Mapelli,2012)

La classificazione dei sistemi sanitari

Le prospettive d'analisi: finanziamento e produzione

In Economia è importante distinguere due piani: quello del finanziamento e quello della produzione effettiva di un bene o un servizio. Questi due piani possono talvolta coincidere, ma di per sé il fatto che la fornitura di un bene sia di competenza pubblica non comporta che anche le fasi produttive debbano essere svolte da un soggetto pubblico.

In ambito sanitario, in cui finanziamento e produzione di beni e servizi sanitari rappresentano, come abbiamo già illustrato, due dei tre sottosistemi fondamentali del sistema, questa linea di demarcazione assume una notevole importanza connotando i diversi sistemi sanitari in base ai diversi approcci adottati.⁴

sanitario con cui instaurano un rapporto di agenzia; un ulteriore ostacolo al corretto funzionamento del mercato deriva dalla natura del bene in questione che determina spesso un'elevata rigidità della domanda. Per quanto concerne il mercato assicurativo la presenza di una possibile asimmetria informativa è a danno dell'assicuratore che non può conoscere tutte le informazioni del soggetto assicurato relativamente al suo stato di salute e i comportamenti adottati (a tal proposito si parla di asimmetria pre-contrattuale e asimmetria post-contrattuale), e non è, di conseguenza, in grado di fissare un premio assicurativo correttamente calibrato al rischio dell'assicurato; esiste poi un problema di incompletezza del mercato legata all'impossibilità di offrire la copertura per rischi troppo elevati, ovvero la cui probabilità è prossima a 1, e per rischi troppo poco diffusi, ovvero rischi la cui probabilità è prossima a 0.

⁴ In realtà, sarebbe più corretto dire che la classificazione dei sistemi si fonda, in generale, sul parametro della forma prevalente di finanziamento.

Infatti, il finanziamento di un sistema sanitario è fondato su due fonti principali: fondi pubblici e fondi privati. In generale, il finanziamento tramite risorse private segnala la volontà di lasciare ampia libertà ai soggetti⁵ (questo sia sul piano della scelta del livello di copertura desiderato sia su quello della selezione dei soggetti a cui affidarsi) mentre il finanziamento attraverso risorse pubbliche implica necessariamente il prelievo coattivo di reddito dai contribuenti.

All'interno delle macro-categorie di finanziamento sopracitate esistono differenti articolazioni. Per esempio, il finanziamento pubblico può prevedere versamenti a casse mutue o basarsi sul pagamento di imposte generali e/o specifiche. Nel caso del finanziamento privato, invece, questo può assumere la forma di pagamenti monetari finalizzati al pagamento di una prestazione (spese out-of-pocket) o invece rappresentare la corresponsione di un premio assicurativo.

Vi è poi, ma questa è una tipologia ristretta ormai ai soli Paesi in Via di Sviluppo, la tipologia del sistema caritativo ovvero una modalità di finanziamento che si basa sulle donazioni volontarie di governi e privati.

Per quel che riguarda i soggetti produttori a rilevare sono: la natura giuridica, le finalità perseguite e le regole a cui sottostanno.

La fornitura di una prestazione sanitaria si considera pubblica quando l'erogazione della stessa è fornita da una struttura della pubblica amministrazione⁶, la cui unica finalità è la fornitura di servizi di pubblica utilità sotto i vincoli di utilizzo efficiente e efficace delle risorse disponibili.⁷

Conseguenza ovvia della natura pubblica è la necessità di rifarsi ai principi di non-discriminazione degli utenti e dei fornitori e di uniformità di trattamento.

La natura giuridica dei soggetti privati implica la soggezione alla disciplina del diritto privato sia per le previsioni relative alle entità giuridiche for-profit che quelle no-profit. Naturalmente il carattere privato permette l'adozione di differenti principi rispetto a quelli a cui deve sottostare una struttura pubblica quali: selettività dei pazienti e discrezionalità nella selezione di fornitori e tariffe di prestazione.

⁵ È questo il caso di Sistemi di Assicurazione Privata Obbligatoria (Svizzera e Olanda) e Sistemi di Assicurazione Privata Volontaria.

⁶ Ovvero soggetta alla legislazione specifica del settore pubblico.

⁷ Sia sul piano dell'efficienza economica ovvero dell'equilibrio di bilancio, sia sul piano dell'efficacia terapeutica della prestazione medica.

Il criterio principale considerato nelle classificazioni dei sistemi sanitari è la fonte prevalente di finanziamento mentre l'aspetto della modalità prevalente di produzione viene posto in secondo piano. Ma la modalità di finanziamento non determina meccanicamente il ricorso ad un tipologia specifica di fornitura dei servizi, sebbene questi due elementi talvolta siano strettamente connessi.

Ma se guardassimo, invece, al lato della produzione e ci concentrassimo in particolare su la proprietà degli ospedali l'immagine che ci verrebbe rimandata sarebbe diversa. Per esempio, a dispetto di quanto si potrebbe pensare del sistema privato per eccellenza, il sistema americano, solo il 14% degli ospedali in America è for-profit mentre il 60% è privato-sociale ovvero no-profit. In Italia, dove abbiamo un sistema sanitario nazionale, è vero che la maggioranza degli ospedali è pubblica (circa il 75%), tuttavia la presenza di ospedali privati for-profit è pari al 19%, una percentuale piuttosto elevata. (Mapelli, 2012)

La classificazione tradizionale e la classificazione dell'OECD

Tradizionalmente, la classificazione dei sistemi sanitari è stata impostata sulla considerazione del metodo di finanziamento prevalente⁸. Come è abbastanza intuitivo, in nessuna nazione si può pensare di riscontrare la presenza di un metodo unico nel sistema, bisogna al contrario riconoscere che esistono molteplici sottosistemi (in inglese *health schemes*) che coesistono e differiscono per il livello di spesa sostenuto o per la percentuale di popolazione coperta. Non è di conseguenza sorprendente che i sistemi assicurativi privati prevedano correttivi pubblici e allo stesso tempo i sistemi nazionali prevedano la possibilità di ricorso a fondi integrativi privati.

Su questo presupposto sono state individuate tre grandi famiglie: i sistemi a la Beveridge (o Sistemi Sanitari Nazionali), i sistemi a la Bismarck (o Sistemi di Assicurazione Sociale) ed infine i Sistemi di Assicurazione Privata (nella doppia articolazione di Volontaria o Obbligatoria).

Nel loro articolo "Il finanziamento della sanità nei paesi OCSE: struttura e dinamica" Muraro e Rebba partono da questa catalogazione ma propongono una classificazione più articolata. (Muraro e Rebba, 2008)

La prima categoria, quella dei Sistemi Sanitari Nazionali, si fonda sul rapporto redatto da Sir William Beveridge nel 1942 intitolato "*Social Insurance and Allied Services*" che è stato la

⁸ Secondo l'equazione semplicistica per cui: finanziamento pubblico=sistema pubblico (Mapelli,2012)

base per la creazione del National Health Service britannico. Questi sistemi si finanziano attraverso il gettito delle imposte e presentano con diversi gradi di estensione un'integrazione verticale fra finanziamento ed erogazione della prestazione.

La seconda macro-categoria è quella dei sistemi a la Bismarck in cui erogazione e finanziamento sono svincolati. In questo modello il ruolo di finanziatore è assolto dalle assicurazioni sociali che si costruiscono sull'aggregazione dei rischi degli assicurati all'interno di un gruppo molto ampio e variegato in cui poter svolgere efficacemente la diversificazione dei rischi. Se nel sistema sopra descritto il finanziamento del sistema è generalizzato (sia perché colpisce tutta la popolazione e sia perché avviene in maniera indiretta) in questo le fonti primarie di finanziamento sono più circoscritte; infatti il finanziamento avviene tramite il versamento di contributi obbligatori da parte di lavoratori dipendenti, datori di lavoro e lavoratori autonomi.

Ci sono poi i Sistemi di Assicurazione Privata Obbligatoria (Svizzera e Olanda) in cui la fonte primaria è data dai premi assicurativi calcolati sul rischio medio o community rating che vengono versati dai cittadini. Ci sono comunque dei sussidi pubblici e le compagnie assicurative ricevono dei finanziamenti pubblici perequativi per i rischi assunti.

La mancanza di una fonte prevalente ed un mix dei tre modelli appena illustrati connota secondo gli autori i cosiddetti Sistemi Sociali Misti.

L'altro caso d'eccezione è quello dei Sistemi di Assicurazione Privata Volontaria (Stati Uniti d'America) in cui, a dispetto di quanto si possa pensare, la componente pubblica non è trascurabile ma solo minoritaria rispetto a quella privata. La spesa privata si articola in varie forme ma quella prevalente è la stipula di polizze assicurative⁹ individuali o di gruppo con assicurazioni private.

L'ultima categoria individuata era quella dei Sistemi Misti Privati dove le spese Out-of-Pocket erano la fonte principale di finanziamento. Tuttavia, gli autori sottolineano come questa tipologia non trovasse nessuna applicazione già nel 2006.

I primi quattro sistemi, notano gli autori, sono ispirati al principio di inderogabilità del diritto alla salute. Infatti, se nel primo caso si può parlare di universalismo tout court, per gli altri tre si riscontra comunque una chiara matrice mutualista nell'impianto dei sistemi.

⁹ In questo caso, tuttavia, è evidente che non sussiste nessun obbligo ad acquistare la copertura.

Il caso americano, come è stato già detto e si sottolineerà più avanti, rappresenta un caso a sé denotando un netto richiamo alla responsabilità personale propria di una società individualistica come quella statunitense.

In tutti i tipi di sistema, osservano Muraro e Rebba, il ricorso a pagamenti OOP¹⁰ rappresenta una fonte addizionale di finanziamento per le cure parzialmente coperte (compartecipazione alla spesa) oppure non rimborsate dallo schema pubblico; senza contare la loro funzione fondamentale di contenimento del moral hazard. (Muraro e Rebba,2008)

A partire dal 2008 l'OECD ha sviluppato una nuova forma di catalogazione che individua quattro classi combinando le modalità di finanziamento e la copertura assicurativa.

La distinzione primaria è fra modelli finanziati con fiscalità generale o con contributi specifici. Di conseguenza, la prima categoria individuata è quella dei Sistemi Sanitari Nazionali (nella duplice articolazione di assicurazione o servizio sanitario nazionale¹¹) che si caratterizzano per l'unicità dell'assicuratore nazionale e che sono finanziati attraverso imposte. Questi sistemi garantiscono una copertura automatica ed estesa a tutta la popolazione. All'interno di questo gruppo esiste una netta linea di bipartizione in merito all'assetto organizzativo dell'offerta di cure primarie. In otto di questi (Australia, Irlanda, Islanda, Italia, Nuova Zelanda, Portogallo, Regno Unito e Svezia a cui si aggiunge l'Ungheria) abbiamo un servizio sanitario nazionale ovvero la fornitura è prevista a livello nazionale. Nei restanti cinque paesi (Canada, Danimarca, Finlandia, Norvegia e Spagna) abbiamo servizi sanitari locali.

Gli altri sistemi, che l'OECD definisce genericamente "sistemi assicurativi sanitari", sono accomunati dal fatto di essere finanziate attraverso diverse tipologie di contributi sociali o assicurazioni sanitarie ma vengono suddivisi in tre ulteriori categorie.

Guardando ai paesi dove tradizionalmente i sistemi sono fondati sulla presenza di assicurazioni di tipo sociale¹² (Austria, Belgio, Corea, Francia, Germania, Grecia, Giappone, Lussemburgo, Polonia e Ungheria), nonostante la matrice comune, si può riscontrare un'ampia variabilità nell'assetto dei rispettivi sistemi.

Elemento centrale e comune di tutti questi sistemi sono le assicurazioni sociali ovvero basate sulla contribuzione a casse mutue da parte dei lavoratori con integrazioni provenienti dalla fiscalità generale nazionale.

¹⁰ Co-payment , coinsurance e franchigia

¹¹ La differenza rispetto all'assicurazione nazionale risiede nel fatto che non solo le prestazioni sono pagate da un agente pubblico ma anche le strutture che le erogano sono di proprietà dello stesso.

¹² I cosiddetti sistemi SAS (Sistemi di Assicurazione Sociale o la Bismarck)

Questi sistemi registrano livelli di copertura praticamente pari a quelli dei sistemi sanitari nazionali prevedendo l'estensione della copertura alle famiglie dei lavoratori e i finanziamenti pubblici coprono le fasce di popolazione più povere. (Paris, Devaux e Wei, 2010)

All'interno di questa categorie esistono però differenze che sono state messe in evidenza dalla "OECD Health Characteristics Survey 2012" riguardo alla possibilità di scelta del soggetto assicuratore. Dei dieci paesi storicamente classificati alla Bismarck, in sei (Corea, Grecia, Lussemburgo, Polonia e Ungheria) possiamo riconoscere un solo soggetto assicurativo centrale; mentre gli altri (Austria, Belgio, Francia, Giappone) hanno una molteplicità di assicuratori ma l'affiliazione ad ognuno di essi avviene d'ufficio generalmente in base allo status professionale¹³; caso a parte è la Germania dove i ceti più ricchi hanno la possibilità di uscire (possibilità di opting out) dalla copertura sociale e scegliere di sottoscrivere assicurazioni private (nel 2012 circa il 15% aveva scelto questa opzione) determinando di fatto l'appartenenza ad una terza categoria: quella dei paesi con assicuratori multipli e libertà di scelta.

In quest'ultima categoria, oltre la Germania, ricadono molti paesi con spiccate differenze (Cile, Israele, Messico, Olanda, Repubblica Ceca, Slovacchia, Svizzera, USA).

In Slovacchia e Repubblica Ceca il sistema è differenziato per i lavoratori e i non-lavoratori. I primi sono coperti da assicurazione obbligatoria finanziata attraverso contributi sia dei datori che dei lavoratori stessi, la restante parte di popolazione viene coperta attraverso pagamenti diretti statali del premio assicurativo alle compagnie assicurative.

La Svizzera e l'Olanda¹⁴ (a seguito della riforma del 2006) si sono dotate di un Sistema di Assicurazione Privata obbligatoria¹⁵ in cui gli individui versano dei premi a fondi assicurativi. Tuttavia queste compagnie assicurative, al fine di garantire la possibilità di assicurarsi per chiunque¹⁶ e per gestire e scongiurare i fallimenti del mercato assicurativo, competono in un mercato regolamentato in maniera stringente.

In Messico il mix assicurativo si compone di: più della metà della popolazione coperta attraverso social security; un 20% è coperto da un programma sussidiato pubblicamente

¹³ In Francia, ad esempio, ci sono tre differenti assicurazioni per: i lavoratori dipendenti, i lavoratori autonomi, i lavoratori agricoli.

¹⁴ In Olanda, i premi per la popolazione adulta coprono il 45% dei costi annuali del sistema, un fondo nazionale finanziato tramite contributi sul reddito copre un altro 50%, mentre il restante 5% viene coperto attraverso le assicurazioni per l'infanzia.

¹⁵ Questi sistemi internazionalmente sono definiti come sistemi di "social health insurance" in contrapposizione al sistema americano di "private health insurance"

¹⁶ Qui sta la profonda differenza con il sistema assicurativo statunitense che prima dell'*Affordable Care Act* permetteva la selezione degli assicurati da parte delle assicurazioni.

chiamato Seguro Popular; mentre solo l'1% ha un'assicurazione privata volontaria. (Hewlett, 2013)

Sistemi a confronto: il modello italiano e il modello statunitense

Confrontare due sistemi sanitari diversi non è mai semplice. Diversi potrebbero essere i parametri di valutazione: aspettativa di vita, anni di vita in assenza di disabilità, spesa pro-capite, finanziamento...

In questo lavoro la scelta è stata quella di focalizzare l'analisi sulle fonti di finanziamento come metodo di comparazione fra sistema sanitario italiano e statunitense.

Le differenze nel finanziamento e le implicazioni sul piano dell'efficienza e dell'equità

Partendo da dati elaborati da Muraro e Rebba nel loro articolo ““Il finanziamento della sanità nei paesi OCSE: struttura e dinamica” sui dati OECD del 2006 possiamo analizzare la situazione in entrambi i paesi.

L'Italia sin dalla riforma di fine anni '70 è diventata un Sistema Sanitario Nazionale ispirato al National Health Service britannico, ragion per cui la percentuale di popolazione coperta risulta pari alla totalità ed è interamente coperta da assicurazione pubblica. Tuttavia, questo dato non comporta l'impossibilità di sottoscrivere un contratto di assicurazione privata per i cittadini. La stima fatta da Nomisma-CRIEP nel 2003 parlava di una percentuale che oscillava in una forbice fra 9,6% e 10,5% di popolazione coperta da un'assicurazione privata volontaria (APV) che poteva essere duplicativa¹⁷, complementare¹⁸ o supplementare¹⁹.

¹⁷ Offre una copertura analoga a quella offerta dal SSN per quanto riguarda beni e servizi ma garantisce l'accesso a diversi livelli di servizio e a diversi operatori. Ovviamente la scelta di questo schema assicurativo non comporta l'uscita dalla copertura del SSN e di conseguenza non esenta dalla contribuzione allo stesso da parte dei soggetti assicurati.

¹⁸ Si tratta di forma assicurativa integrativa rispetto alle prestazioni offerte dal SSN che rimborsa, in toto o in parte, i costi che rimangono a carico del paziente (cosiddette spese OOP)

¹⁹ Garantisce la copertura per beni e servizi sanitari che non rientrano all'interno dei livelli di assistenza garantiti (nel caso italiano i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza) dal SSN.

Alla luce di quanto detto, analizzando la composizione della spesa sanitaria in Italia in base alla fonte di finanziamento, la situazione è la seguente: la spesa pubblica si assesta intorno al 77,2%, rappresentando più dei tre quarti della spesa totale; la seconda voce di finanziamento è rappresentata dai cosiddetti Out-of-Pocket payment ovvero gli esborsi monetari diretti sostenuti dal paziente per coprire le spese non coperte dal soggetto assicuratore, in questo caso lo stato, che sono pari al 20,2%. Infine la percentuale di finanziamento riferibile alle assicurazioni private è pari allo 0,9%; mentre vi è un 1,7% rappresentato da fondi privati di varia natura. Quest'ultima è una categoria residuale che raccoglie le spese sostenute da: enti privati a beneficio dei propri dipendenti; enti e istituzioni no-profit; organizzazioni caritative; ordini religiosi.

Vale la pena chiedersi se i dati italiani siano in linea con quelli degli altri Sistemi Sanitari Nazionali nei paesi OECD (Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Irlanda, Islanda, Norvegia, Nuova Zelanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia). Come primo dato osserviamo che la spesa pubblica in percentuale della spesa sanitaria complessiva è, in Italia, in linea con il dato medio dei SSN che è pari al 77,47%. Rispetto all'Italia troviamo una percentuale superiore in: Nuova Zelanda (77,8%), Irlanda (78,3%), Svezia (81,7%), Islanda (82%), Norvegia (83,6%), Danimarca (84%), Regno Unito (87,3%).

Per quanto riguarda, invece, le spese Out-of-Pocket il valore italiano risulta superiore alla media dei SSN pari al 17,02%. Questo dato, se analizzato con riferimento alla totalità dei paesi considerati, riflette coerentemente il dato precedente; infatti tutti i paesi sopracitati, ad eccezione dell'Islanda, che presentavano un valore di spesa pubblica in percentuale superiore al valore medio, registrano spese OOP inferiori alla media.

In ultima istanza vale la pena considerare i dati relativi alle assicurazioni private. L'Italia in questa categoria di finanziamento della spesa sanitaria registra un valore di gran lunga inferiore al dato medio dei paesi OECD con SSN pari al 4,28%. All'interno del vasto gruppo di paesi presi in esame esiste un'ampia eterogeneità nelle manifestazioni di assicurazioni private: la Spagna è l'unico stato in cui c'è la possibilità di ricorrere ad una APV principale (2,5% della popolazione); molti paesi (tutti ad eccezione di Islanda e Norvegia che non hanno APV integrativa) hanno percentuali di popolazione coperta da assicurazione privata integrativa elevate pari in media al 21,77% con picchi fino al 67% (questo è il dato canadese che infatti presenta anche il dato più alto di finanziamento della spesa sanitaria complessiva che è pari al 12,60%, 3 volte il dato statistico medio).

Il caso statunitense, invece, è del tutto particolare, infatti gli USA sono l'unico fra i paesi dell'OECD a poter essere definito come un Sistema di Assicurazione Volontaria (SAV) puro. Nel 2006 più di metà della popolazione statunitense (57,5%) era coperta da un'assicurazione privata volontaria principale, mentre circa i due terzi della popolazione restante (27,4% della popolazione complessiva) era coperta da assicurazione obbligatoria (si tratta principalmente dei soggetti che rientrano nei progetti Medicare e Medicaid). Al dato precedente sulla percentuale di popolazione coperta da APV principale bisogna aggiungere il dato relativo alle APV integrative (7,7%) sia di tipo complementare che supplementare.

Ai dati sopra citati sulle percentuali di popolazione coperte dai diversi tipi di assicurazione, però, se ne contrappone un altro: quello relativo alla composizione percentuale della spesa sanitaria totale per tipo di finanziamento.

La spesa pubblica in America è sorprendentemente alta, il 46% (il dato preciso è 45,8%) mentre la spesa sostenuta dalle assicurazioni è solo del 36% a cui si aggiungono il 5,5% degli altri fondi privati e il 12,8% dei OOP.

Questi numeri assumono ancora più rilevanza se si considera che nel 2006 la spesa sanitaria totale rappresentava il 15,27% del PIL statunitense.

Ovviamente l'assenza di un altro termine di paragone rende difficile capire se questa contraddizione palese che emerge nei numeri sia fisiologica (in quanto legata alla necessità di fornire copertura a quei soggetti che sono più deboli sia per condizioni socio-economiche che per condizioni fisico-psicologiche che necessitano quindi di cure maggiori ma che sono scarsamente se non totalmente profittevoli per le compagnie assicurative (*cfr. fallimenti del mercato assicurativo*) o sia invece legata ad un'organizzazione del sistema da ripensare. (Muraro e Rebba, 2008)

I numeri sopracitati vanno comunque inquadrati nell'ottica più ampia della percentuale di PIL rappresentata dalla spesa sanitaria totale. In base ai dati raccolti dal WHO (World Health Organization) nel 2006 gli USA destinavano il 15,27% del loro PIL a questa voce di spesa mentre in Italia (ma numeri analoghi si registravano anche in altri paesi con sistemi a la Beveridge e sistemi a la Bismarck) solo il 8,82% del PIL era destinato alla spesa sanitaria totale. Nel corso degli anni della crisi percentuali sono cresciute in entrambi i paesi e nel 2014 erano pari al 17,14% in USA e al 9,25% in Italia. La crescita della spesa, però, nei due paesi ha visto trend differenti negli andamenti della composizione qualitativa della stessa. Ad esempio, le spese Out-of-Pocket (OP) hanno registrato un decremento in USA (dal 12,93% del 2006 all'11,05% del 2014) e un incremento in Italia (dal 20,44% al 21,19%), mentre la percentuale di

spesa pubblica rispetto alla spesa totale ha avuto andamenti opposti: è calata in Italia (75,18%) mentre è aumentata in USA (48,29%)²⁰. (WHO, 2017)

I dati sopra riportati sulle percentuali di spesa su PIL ci rimandano un'immagine che almeno apparentemente non coincide con l'idea che il mercato è destinato ad operare in maniera efficiente qualora sia libero di operare senza interventi massicci dell'Operatore pubblico. Nei numeri troviamo una situazione alla rovescia, i sistemi che spendono meno sono quelli in cui l'intervento pubblico è organico mentre il modello di sistema privato per antonomasia è quello che spende di più, tanto più se consideriamo che il confronto viene fatto sul rapporto spesa/Pil del paese in questione ed il Pil italiano non è comparabile con quello statunitense.

A questa considerazione potrebbe facilmente contrapporsi una riflessione sulla efficacia dei trattamenti, infatti in un settore così cruciale come quello sanitario potrebbe apparire giusto derogare in qualche misura da una ferrea visione efficientista. Ma anche sotto questo aspetto l'evidenza empirica non sembra fornirci un'evidenza conclusiva atta a giustificare i livelli di spesa quasi doppi del sistema americano rispetto ai sistemi sanitari nazionali. Il fatto è che, sebbene la ricerca e l'innovazione bio-medica negli USA sono di assoluta avanguardia, esse sono a disposizione di una fetta ristretta della popolazione.

In un recente intervento al "Festival dell'Economia" di Trento il professor Jonathan Gruver ha chiaramente illustrato la situazione dicendo come negli Stati Uniti è il fattore razziale a determinare gli squilibri più evidenti dal momento che un individuo di etnia bianca ha un'aspettativa di vita pari a quella dei paesi scandinavi mentre un individuo di etnia afroamericana ha un'aspettativa pari a quelle degli abitanti delle isole Barbados.

Sembrerebbe facile concludere che i sistemi sanitari nazionali siano da considerarsi "migliori" in quanto hanno percentuali di spesa inferiori e in virtù del loro intrinseco Universalismo dovrebbero garantire uniformità di trattamento a tutti. Ma a ben guardare, da un analogo problema, seppur meno radicale e profondo, di equità delle cure fra le fasce di popolazione non è esente nemmeno un sistema come quello italiano in cui il discrimine non è di tipo razziale ma bensì geografico: persone residenti nel Nord Italia hanno una aspettativa di vita di 2 anni circa maggiore rispetto a persone che vivono al Sud.

²⁰ Parte dell'incremento deve essere imputato al cambiamento del sistema legato all'entrata in vigore dell'*Affordable Care Act* il 1 gennaio 2014 che ha determinato una crescita della spesa pubblica del 6,12% a fronte di un incremento della spesa totale di solo il 4,61%.

Non resta che ammettere che non esistono modelli ottimali ovvero in grado di fornire output di salute elevati a basso costo; ed è forse il caso di ammettere che in un settore come quello sanitario il problema che costituisce le fondamenta di qualsiasi riflessione economica ovvero la necessità di operare sotto un vincolo di scarsità delle risorse risulta ancora più stringente.

Una descrizione qualitativa dei due sistemi

Al fine di portare avanti un'analisi corretta e coerente di questi due sistemi, non si può tralasciare di fornire una descrizione seppure sommaria e generale di come questi siano organizzati. L'Italia e gli USA forniscono due esempi di concezioni agli antipodi di sistemi sanitari, ma come cercheremo di chiarire più avanti forse le differenze sono destinate ad essere sempre più labili.

Si è già detto che il prototipo su cui è stato ricalcato il Servizio Sanitario Nazionale italiano è stato il National Health Service ideato da Lord Beveridge nel 1951 nel Regno Unito, tuttavia, ci sono voluti alcuni decenni affinché l'Italia optasse per questo tipo di sistema sanitario nazionale abbandonando le forme di sistema alla Bismarck fino ad allora implementate.

In Italia possiamo dire che il sistema sanitario abbia attraversato tre macro-fasi.

Agli albori della sua storia unitaria e fino all'immediato secondo dopoguerra, il sistema sanitario era di tipo assicurativo-caritativo e si reggeva su forme embrionali di sicurezza sociale garantite dall'intervento statale per gli indigenti e dall'operato degli enti caritativi religiosi.

La legge Crispi - Pagliani del 1888 sulla sanità pubblica aveva istituito una struttura che partendo dalla Direzione Generale con accanto il Consiglio Superiore di Sanità si articolava in due ulteriori livelli: quello comunale, formato da medici e veterinari provinciali; e quello di base dei medici condotti, che in ogni comune erano incaricati all'assistenza sanitaria degli indigenti per i quali anche l'assistenza farmaceutica e ospedaliera era a carico del comune.

Inoltre, negli anni successivi erano state introdotte alcune forme di assicurazione obbligatoria.

Nel 1898 era stato imposto l'obbligo di assicurazione contro gli infortuni nell'industria, mentre nel 1929 era stata la volta delle malattie professionali. Dieci anni dopo con l'introduzione delle assicurazioni contro i rischi di malattia e la creazione delle Casse mutue provinciali per gli operai delle imprese industriali e artigiane si gettavano le basi di quello che sarebbe poi stato il sistema adottato nei decenni del boom economico: il modello pieno delle assicurazioni sociali.

Già a partire dagli anni '40 erano iniziati a nascere nuovi enti mutualistici e la copertura si era estesa/allargata a categorie sempre più ampie. Quando la creazione del Servizio Sanitario

Nazionale fu portata a compimento nel 1979 circa il 95% della popolazione era coperto da oltre 300 fra casse mutue e altre enti mutualistici.

In questa fase di “mutualità piena” l’assistenza fornita non si limitava alle prestazioni sanitarie ma ricomprendeva anche aiuti economici come le indennità di malattia e maternità. Le prestazioni sanitarie venivano erogate sia in forma diretta che a rimborso anche se la copertura era circoscritta a 180 giorni all’anno e non comprendeva, o lo faceva solo in parte, le malattie croniche e quelle legate all’abuso di alcol e stupefacenti.

I premi pagati erano diversi per ciascun ente ma, man mano che nuove categorie venivano annesse alla copertura, diventavano sempre più insufficienti per coprire la spesa. Da ciò derivò la crisi finanziaria che fin dalla metà degli anni ’60 inizio a produrre il disavanzo delle casse mutue. Da questa profonda sofferenza finanziaria ebbe origine il processo di transizione verso il SSN, infatti già a partire dal 1975 l’assistenza ospedaliera fu posta sotto la giurisdizione delle neonate Regioni. Nel Dicembre 1978 la Legge 833/1978 istituì il Servizio Sanitario Nazionale. L’art.1 recitava: “Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione...”.

Era palese la volontà di costruire un sistema integrato e complesso di istituti e strutture pubbliche e private che si reggeva su alcuni principi cardine: universalità del diritto alla cura²¹, globalità della gamma di servizi offerti (dall’igiene pubblica alla cura e riabilitazione), unicità nella gestione dei servizi che veniva posta in capo alle Usl/Asl, uguaglianza dei cittadini rispetto ai bisogni di salute e uniformità di trattamento. (Mapelli, 2012)

Dopo l’ulteriore passo di riforma compiuto a partire dal 1998, con la decisione di fare del sistema sanitario il settore di sperimentazione del federalismo fiscale, due altri principi sono stati diventati propri del nostro sistema: decentramento del prelievo fiscale e delle decisioni di spesa, programmazione dell’offerta dei servizi e della spesa.

Già nel titolo V art.119 della Costituzione si prevedeva, seppur in misura assai più limitata, un certo grado di autonomia nella capacità impositiva delle Regioni ma solo la successiva approvazione della Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 ha definitivamente sancito un principio di federalismo, stabilendo le prerogative e le competenze a livello centrale e regionale e ampliando il concetto di “livelli essenziali di prestazioni” anche al di fuori delle prestazioni sanitarie.

²¹ Oltre al fatto ovvio che non c’era più un discrimine legato all’affiliazione ad uno degli enti mutualistici, non erano più posti limiti anche alle forme di malattie e al tempo di assistenza.

Il Servizio Sanitario Nazionale oggi si struttura in tre livelli: i primi due sono di governo (Stato e Regioni) mentre il terzo è di gestione (Asl e Ao).

La funzione propria dello stato la potremmo dire di indirizzo, infatti spettano al governo centrale: la definizione di leggi quadro e dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), lo sviluppo della politica sanitaria, il finanziamento in parte del SSN e l'allocazione delle risorse fra le Regioni con la possibilità di intervento in caso di deficit eccessivi.

Alle Regioni la Costituzione assegna all'art.117 competenza legislativa concorrente con lo Stato in materia di salute; alle Regioni spetta il compito di: legiferare nelle materie non riservate allo Stato in base ai principi fondamentali da questo stabiliti, riscuotere le imposte regionali e variarne le aliquote, finanziare Asl e Ao e vigilarne l'operato e, solo in ultima istanza, ripianarne il deficit.

L'ultimo livello è costituito dalle Aziende sanitarie locali (Asl) che hanno funzione di finanziamento e produzione e le Ao che ricoprono solo un ruolo di produzione. Le prime hanno la responsabilità di erogare sul territorio i servizi, sia tramite strutture proprie che tramite strutture di terzi siano esse pubbliche o private, a cui si aggiungono la pianificazione e lo sviluppo dei servizi locali, allocazione delle risorse e la negoziazione dei budget delle strutture sotto il vincolo del pareggio del bilancio. Le Ao, invece, sono strutture autonome rispetto alle Asl che forniscono prestazioni di ricovero e specialistiche in base ad accordi contrattuali con le Asl. (Mapelli, 2012)

Il sistema sanitario americano come abbiamo detto è l'unico esempio di SAV fra i paesi OECD. Negli States il 60% degli Americani approssimativamente è coperto da un'assicurazione che viene in buona parte sostenuta dal datore di lavoro, mentre il rimanente 40% viene coperto per circa la metà da assicurazioni offerte dal governo centrale (principalmente Medicare e Medicaid) mentre la restante parte resta scoperta in virtù del sistema americano che permette la selezione dei rischi da parte delle compagnie assicurative. Tutto questo crea un evidente problema di equità ma crea allo stesso modo un altrettanto rilevante problema di efficienza.

Infatti il mercato assicurativo in queste condizioni opera in maniera inefficiente; la selezione dei rischi permette alle compagnie di non assicurare alcuni soggetti che non offrono sufficienti margini di profittabilità; o di escludere dalla copertura le cosiddette "pre-existing conditions" o detto in altri termini il rifiuto di assicurare i soggetti per le malattie di cui si è sofferto in precedenza; o di fissare premi eccessivamente alti. Questo sistema determina la morte di circa

40000 Americani ogni anno per la mancanza di assicurazione e un problema molto esteso di rischio di bancarotta a seguito delle spese sanitarie²². (Gruber, 2017)

Per questo sono state proposte diverse misure di intervento come “*The Medical Bankruptcy Fairness Act*” presentato al Congresso nel 2008 con l’intento di abbassare gli interessi (penalty) per coloro che dichiaravano fallimento come conseguenza delle spese sanitarie. Anche se non tutti gli studi sono concordi nel riconoscere nelle spese sanitarie un fattore preponderante per il rischio di bancarotta.

Oltre ai già citati programmi federali Medicaid e Medicare, nel corso degli anni altri correttivi sono stati inseriti: dal ‘86 l’assistenza di pronto soccorso viene in ogni caso garantita senza possibilità di selezione; a partire dalla metà degli anni ‘90 l’eleggibilità per i programmi di Medicaid è stata ampliata a tutti i bambini²³ le cui famiglie hanno un reddito familiare pari al 133% della linea di povertà stabilita a livello federale; mentre nel 1997 è stato creato lo “State Children’s Health Insurance Programm” (SCHIP). (Gross e Notowidigdo, 2011)

Le dinamiche di cambiamento in corso

Come spiegheremo nell’ultima sezione di questa tesi, sempre più emerge preoccupazione per il crescente aumento della spesa sanitaria in tutti i paesi e di conseguenza per la sostenibilità futura di tali sistemi. A livello globale assistiamo, quindi, a fenomeni di cambiamento dei sistemi sanitari che progressivamente si stanno “contaminando” fra loro.

Questa ondata di preoccupazione ha investito e continua a farlo anche l’Italia e gli USA che avendo sistemi antitetici si sono trovati ad essere protagonisti di trasformazioni all’opposto: in Italia con l’introduzione del Federalismo Fiscale e negli Stati Uniti con l’*Affordable Care Act*.

L’introduzione del Federalismo Fiscale (FF) ormai quasi 20 anni fa è stato da molti visto e voluto come il necessario cambiamento per rendere il sistema più sostenibile ma è stato anche, e per la verità continua ad essere, aspramente criticato.

I detrattori di questa riforma concentrano le loro critiche su tre punti fondamentali: l’idea che “si debba” innovare ad ogni costo senza tenere sufficientemente conto delle conseguenze di ciò;

²² Non ci sono limiti fissati ai premi che possono raggiungere cifre record che possono anche arrivare a 1 milione di dollari.

Viene stimato che il giro d’affari delle compagnie assicurative si attesti intorno agli 800 miliardi di dollari.

²³ In alcuni stati la copertura è stata garantita anche ai familiari di questi bambini. Alcuni stati, come il New Jersey, hanno addirittura ampliato la soglia di reddito per accedere ai programmi di Medicaid alle famiglie con un reddito inferiore al 350% del livello di povertà federale.

l'inevitabile frammentazione delle decisioni e dei centri di potere e quindi di controllo; e infine l'impulso che questa riforma dà all'espansione del settore privato che potrebbe essere l'anticamera per il superamento del SSN.

Una questione, tuttavia, non può essere ignorata: durante la creazione e l'implementazione del Federalismo Fiscale l'idea era lasciare autonomia alle Regioni sulle materie non essenziali e allo stesso tempo garantire maggiore uniformità su ciò che è essenziale e quindi di interesse nazionale, ma non si è affrontato in maniera soddisfacente il problema dei divari²⁴ preesistenti fra le regioni e di come questi avrebbero potuto accrescersi. Questo è stato senza dubbio un errore capitale che ha prestato il fianco a molte critiche.

E d'altronde le profonde differenze fra regioni settentrionali, le quali per la maggior parte avvieranno Piani sanitari regionali fin dall'inizio degli anni '80, e le regioni centro-meridionali, che avvieranno attività di programmazione solo a partire dalla metà degli anni '90, era già evidenti al legislatore al momento dell'ideazione della riforma. L'art. 53 della L.833/78 imponeva di stabilire "linee generali di indirizzo" e "modalità di svolgimento delle attività" ma riconosceva che per raggiungere questo scopo non si poteva prescindere dal considerare "l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese".

Come abbiamo detto l'introduzione del Federalismo Fiscale è il frutto di richieste di riforma dovute alle crescenti difficoltà finanziarie che il SSN aveva accumulato nei decenni precedenti. Decentrare responsabilità e potere decisionale alle regioni era secondo molti il modo migliore per spingere a maggiore virtuosità nella spesa e per rendere le regioni più attente alla programmazione. Ad oggi possiamo dire che queste speranze sono state solo in parte tramutate in realtà

Tuttavia non possiamo neanche negare che alcuni grandi risultati siano stati raggiunti, primo fra tutti l'opportunità di innovare in settori in cui una sperimentazione a livello nazionale non sarebbe stata sostenibile, rendendo le singole Regioni dei laboratori in grado di elaborare nuovi protocolli di trattamento. Ma ogni cosa ha il suo costo, e il prezzo da pagare in questo caso è stata una maggiore apertura alla compenetrazione di fondi privati, oltre al già citato aumento nei gap di salute fra i sistemi sanitari regionali. (Dirindin, 2009)

²⁴ Divari nelle condizioni iniziali, divari nelle capacità di sviluppo ed infine divari nelle capacità di intraprendere comportamenti virtuosi di cambiamento.

In America negli ultimi 10 anni ci sono stati dei tentativi di trasformazione del sistema. Prima ancora della promulgazione dell'*Affordable Care Act*, comunemente chiamato come *Obamacare*, una riforma promossa nel 2005 in Massachusetts ha gettato le basi per modificare il sistema di SAV americano. Il punto di svolta per l'amministrazione repubblicana del Massachusetts fu quello di formulare il problema in una prospettiva nuova: "what if instead of trying to fix the whole system we just focus on the part which is broken!". L'intuizione era quella di non cercare uno stravolgimento di tutto il sistema che sarebbe risultata molto costosa e impopolare, ma bensì sistemare la parte che non funzionava, ovvero affrontare il problema delle fasce di popolazione che rimanevano prive di una qualsiasi forma di assicurazione lasciando sostanzialmente invariato lo status quo per le fasce di popolazione che già erano coperte. La riforma del governatore Romney fu sviluppata su quello che Gruver, uno degli ideatori della riforma del Massachusetts e successivamente consigliere del presidente Obama per lo sviluppo del *Patient Protection and Affordable Care Act*, chiama "lo sgabello a tre gambe".

I tre pilastri su cui la riforma si sosteneva erano: il divieto di discriminazione, il mandato individuale, l'introduzione di sussidi.

La prima leva su cui intervenire era la possibilità per le assicurazioni di escludere alcuni soggetti o alcune malattie dalla copertura garantita. Questa pratica aveva come ovvia conseguenza la possibilità per le compagnie assicurative di offrire contratti di assicurazione con premi assicurativi molto elevati che determinavano, di fatto, una distorsione dei prezzi del mercato assicurativo. Quindi il primo provvedimento che fu preso fu l'imposizione di obbligo di assicurare tutti i soggetti allo stesso prezzo, garantendo così un prezzo giusto anche per i soggetti più deboli. Tuttavia, questo primo intervento per essere realmente efficace doveva essere sostenuto da un ulteriore passo: l'istituzione del mandato individuale ovvero l'obbligo di assicurazione per tutti indipendentemente dal proprio stato di salute. Questo perché altrimenti i soggetti sani avrebbero avuto convenienza a non sottoscrivere nessuna polizza nell'attesa di ammalarsi, diminuendo la possibilità di diversificazione del rischio per le compagnie assicurative e quindi minando l'efficacia della riforma.

Ma non si poteva pretendere coercitivamente il pagamento di un premio, seppur giusto²⁵, da chi non disponeva di un reddito sufficiente. L'ultimo passo era quello di prevedere un sostegno economico per i redditi più bassi che non erano in grado di coprire il premio assicurativo.

²⁵ Nel 2005 in Massachusetts il premio medio per una famiglia era di 12000\$

Il risultato che si raggiunse in Massachusetts fu assolutamente positivo, la quota di popolazione non coperta da nessuna forma di assicurazione si abbassò ad appena il 3% e circa i due terzi della popolazione era favorevole alla riforma.

Dati i risultati raggiunti, questa esperienza di riforma costituiva un precedente di successo e si prestava ad essere implementata a livello nazionale. Il presidente Obama, quando venne eletto, decise di sviluppare questa riforma iniziando a lavorare al *Patient Protection and Affordable Care Act*.

Sebbene la riforma proposta fosse ricalcata su quella creata dal repubblicano Romney, il suo iter parlamentare fu piuttosto difficile dato il forte ostracismo mostrato dall'Ala Repubblicana del Congresso.

L'opposizione alla riforma sanitaria perdura ancora oggi ma, nonostante l'elezione di Donald Trump alla Casa Bianca e la maggioranza repubblicana nel Congresso, la riforma non è ancora stata smantellata. Dopo i ripetuti fallimenti nel far approvare una nuova riforma, la strategia dell'ala più oltranzista con il testa lo stesso governo Trump ha avanzato l'idea di abolire semplicemente l'*Affordable Care Act* e rimandare la riforma vera e propria di qualche tempo per riuscire a trovare un'intesa quantomeno all'interno del partito Repubblicano²⁶. Per colpire la riforma l'idea era quella di minare la stabilità dello "sgabello" togliendo l'obbligo di assicurarsi.

Il *Patient Protection and Affordable Care Act* è diventato legge il 23 marzo 2010 e dal 1 gennaio 2014 le *tre gambe dello sgabello* sono state implementate a livello federale con il risultato di abbattere del 50% il numero di Americani non assicurati e allo stesso tempo di stabilizzare il mercato delle assicurazioni. Nonostante i miglioramenti oggettivi apportati, l'opinione pubblica è stata fortemente contraria a questa riforma. Le ragioni sono molto facili da capire: proprio per sua vocazione originaria questo tipo di riforma era destinato ad occuparsi di una percentuale piuttosto ristretta della popolazione (il 20% circa) mentre non si interessava della restante parte che era coperta da assicurazione privata o da assicurazione pubblica; inoltre, per espresso desiderio del presidente Obama, la riforma non doveva pesare sul deficit quindi le coperture erano state trovate in tagli alla spesa e aumenti della tassazione. Perciò i benefici della riforma erano riservati solo ad una parte mentre gli oneri erano a carico dell'altra che vedeva crescere la pressione fiscale e che rischiava di veder aumentare i premi in seguito dell'ampliamento della

²⁶ Il Senatore dell'Arizona John McCain, uno dei membri del partito Repubblicano che hanno fatto affondare l'ultimo tentativo di riforma presentato a Luglio, ha fortemente criticato quest'opzione suggerendo di non replicare la strategia adottata dal partito Democratico che aveva approvato l'*Affordable Care Act* senza il coinvolgimento delle altre forze politiche.

platea dei soggetti assicurati²⁷: per dirla in termini economici non si era creato un miglioramento paretiano! (Gruber, 2017)

Sostenibilità dei sistemi sanitari

E' stato più volte ripetuto come il problema della sostenibilità dei sistemi sanitari affligga ormai da diverso tempo tutte le economie avanzate. Ed è stato sottolineato come questo avvenga indifferente dal modello di finanziamento adottato.

Sempre più diventa palese che non si possa circoscrivere questa sofferenza al solo livello fiscale, o meglio, la difficoltà a programmare il contenimento della spesa di lungo periodo (che diversamente sarebbe destinata a scoppiare nei prossimi decenni) è inscindibilmente connessa a problemi di natura socio-politica. La necessità di tenere la spesa controllo e riformare i sistemi attuali fa sì che alcune domande non siano più eludibili. Chi sono i soggetti su cui deve ricadere l'onere del finanziamento? E in che modo e misura? Bisognerebbe fissare a priori dei limiti economici o di durata dei trattamenti o bisogna fare “tutto quanto sia possibile?”

Queste e altre considerazioni analoghe assumono rilevanza se si considera che i sistemi sanitari sono in grado, in quanto connaturata alla loro stessa natura, una funzione redistributiva e perequativa non solo fra soggetti che hanno diversi livelli di salute ma anche fra soggetti che hanno livelli di reddito differenti.

Il fenomeno della crescita della spesa sanitaria

Una verità con cui sempre più sarà necessario confrontarsi, per quanto scomoda possa essere, è che nessun paese, anche ammettendo che destini interamente il suo Pil al finanziamento della spesa sanitaria, riuscirà mai a “fare tutto ciò che è possibile” in sanità.

Per questo sempre più prende terreno la posizione di coloro, secondo i quali in futuro i sistemi sanitari nazionali dovranno orientarsi verso un universalismo selettivo che si proponga il compito di garantire il sostegno e la tutela pubblica solo a coloro che siano in condizioni di comprovato bisogno: un obiettivo più facilmente realizzabile anche se più limitato rispetto all'aspirazione ad un principio di universalismo tout court.

²⁷ Se prima della riforma un individuo giovane e sano della middle class poteva assicurarsi in California con appena 100\$, l'inclusione di soggetti malati fra gli assicurati aveva come conseguenza un aumento del premio anche del 300%.

Ad affliggere i sistemi sanitari²⁸, indipendentemente dall'adozione di metodi di finanziamento più o meno efficienti, sono i medesimi mali: costi crescenti, prestazioni insufficienti, difficoltà finanziarie e di controllo della spesa, insoddisfazione dei pazienti.

In particolare, in relazione alla questione dei costi crescenti, la sfida è ancora attuale e continuerà ad esserlo in virtù dell'evoluzione demografica verso una popolazione sempre più anziana, della mutazione delle casistiche epidemiologiche più frequenti in malattie croniche, disabilità e multi-morbilità, dell'aumento dei gap di reddito e delle disuguaglianze di benessere, della transizione verso servizi più personalizzati e privatizzati, e infine, del progresso bio-medico che fornisce sempre nuovi trattamenti che spesso risultano essere più onerosi.

La dinamica di crescita della spesa sanitaria, che non si è mai veramente arrestata a livello mondiale, ha portato già all'inizio degli anni '90 lo studioso svizzero Peter Zweifel a postulare l'esistenza di una "Sindrome di Sisifo" che spiegherebbe parte di questa crescita della spesa come risultato di una dinamica endogena.

La tesi è che esista una distorsione intrinseca che porta la spesa ad aumentare in via potenzialmente infinita come conseguenza di aumenti precedenti, secondo questo elementare meccanismo: sotto la pressione esercitata dagli elettori, la classe politica destina nuove risorse per la Sanità; queste risorse, a seconda dell'utilizzo che ne viene fatto, possono tradursi in interventi inutili o in interventi efficaci. Ebbene, se quest'ultimo è il caso che si verifica, la ovvia conseguenza è un aumento dello stock di salute. Ma il meccanismo che si è innescato non si arresta, poiché l'aumento dello stock di salute comporta un aumento della domanda di salute e quindi un nuovo ulteriore aumento della spesa. In sistemi basati sul finanziamento privato, qualora gli individui non siano disposti a rinunciare a quote di reddito per finanziare la nuova spesa, l'equilibrio iniziale viene ripristinato, ma se i singoli non sostengono in via diretta l'onere della spesa, come avviene nei sistemi a finanziamento pubblico, saranno più propensi ad aumentare la propria domanda ed è, quindi, possibile immaginare che il processo di aumento della spesa non si arresti e anzi si autoalimenti senza mai pervenire ad uno stato di equilibrio.

La verifica della "Sindrome di Sisifo" passa per la sussistenza di due distinti meccanismi: l'aspettativa di vita residua deve aumentare per effetto della spesa sanitaria e l'aumento dell'aspettativa di vita residua deve avere un effetto positivo sulla spesa sanitaria.

Questa teoria sembra essere piuttosto convincente ma, a dispetto della linearità della meccanismo di base, non c'è un'evidenza empirica conclusiva sull'argomento. Numerosi sono

²⁸ Quantomeno nelle economie avanzate occidentali-

stati i tentativi di sviluppare modelli che verificassero l'ipotesi di presenza di questa componente di autoalimentazione della spesa e, in generale, le applicazioni econometriche hanno confermato l'ipotesi anche se con effetti non così dirompenti come previsti dal modello teorico. (Zweifel, 2009)

Al fine di comprendere meglio la nascita di questa dinamica di aumento costante della spesa sanitaria, giova riflettere sul contesto storico e sociale in cui i sistemi sanitari sono nati e si sono evoluti.

Nel Dopoguerra in tutti gli stati capitalistici ci fu una forte spinta a implementare sistemi di welfare state. C'era il bisogno di ampliare la copertura e garantire forme di protezione sociale per stimolare la ripresa post-bellica, con una politica che aveva necessariamente richiesto una spesa pubblica elevata. La tendenza ad ampliare il welfare già dagli anni '60 aveva comportato che il tasso di crescita della spesa fosse superiore alla crescita del PIL, generando il timore che i sistemi fossero destinati a implodere e che il costo-opportunità del settore sanitario rispetto ad altri ambiti di spesa economica sarebbe inesorabilmente cresciuto.

Le preoccupazioni rispetto alla sostenibilità dei sistemi e i timori per le ripercussioni che questa poteva generare in altri settori dell'economia sono stati accresciuti dall'avvento della Globalizzazione che, rendendo più facili gli spostamenti e l'accesso a nuove fonti informative, ha reso meno prevedibile la domanda di prestazione oltre ad aver operato come un formidabile mezzo di redistribuzione inter e intra stati. In particolare, i redditi da capitale sono divenuti più remunerativi e ciò, al di là delle possibili considerazioni di equità, ha comportato anche dei rischi per l'efficacia degli interventi e per la capacità di creare gettito.

Ma negli ultimi decenni c'è stato anche un fondamentale cambiamento nei fattori chiave su cui i sistemi erano costruiti. Infatti i sistemi del dopoguerra erano pensati per una popolazione di un'età media di 65-70 anni, che avrebbe vissuto in media altri 5-10 anni dopo il ritiro dal lavoro. E' evidente che un simile scenario non presentava particolari motivi di allarme rispetto alla sostenibilità, ma negli ultimi anni l'età media è cresciuta fino ad arrivare oltre gli 80 anni in molti paesi. Questo ha significato anche un aumento del periodo post-ritiro dal lavoro in cui gli individui accrescono la loro domanda di cure, ma senza produrre reddito e quindi gravando sulla popolazione ancora attiva. Se a questo si aggiunge che il progresso scientifico-tecnologico sposta sempre più la spesa dagli acuti verso le cure di lungo degenza, emerge chiaramente come l'allungamento della vita generi ulteriori sfide per la tenuta dei sistemi. (Lialoppoulus e Goranitis, 2015)

A livello europeo la legislazione in materia di salute è contenuta nell'articolo 168 del Titolo XIV del Tfeu che definisce la sanità pubblica come un diritto universale e regola la politica sanitaria a livello europeo. Tale politica sanitaria è costruita su tre livelli di intervento: soft law, hard law e fiscal compliance²⁹. Quest'ultimo aspetto ha assunto notevole rilevanza durante la crisi finanziaria che ha colpito l'Europa nel 2009, dal momento che la sanità rappresentava una voce di spesa facilmente attaccabile. (Caruso, 2016)

Sin dallo scoppio della crisi vi è stata una crescente pressione sui governi per il contenimento della spesa e l'avvio di politiche rispettose dei vincoli di bilancio. Questo, ovviamente, è stato un fenomeno generale che ha investito tutti i settori dell'amministrazione dello stato, ma ha colpito in maniera particolare le politiche di welfare state come istruzione e salute. Tutti i sistemi sanitari europei sono stati interessati da tentativi di riforma durante gli anni della crisi, nonostante la necessità di predisporre maggiori tutele fosse più urgente in un periodo di flessione economica in cui la disoccupazione e la richiesta di sostegno al reddito aumentavano. Ma, a fronte della riduzione della spesa pubblica per farmaci e per il personale, la scelta che è stata fatta è stata quella di trasferire competenze al settore privato.

Naturalmente, i paesi che sono stati maggiormente interessati da queste pressioni al taglio della spesa sono stati quelli sottoposti a procedure di bail-out e i quelli con Sistemi Sanitari Nazionali³⁰, mentre, invece, Francia e Germania hanno mantenuti tassi di crescita della spesa positivi (circa al 2% ancora nel 2010 quando la Grecia già registrava tagli della spesa sanitaria pubblica del 13%).

Le forme di intervento (tagli, misure di stabilizzazione e in alcuni casi anche incrementi della spesa) sono state varie e, di conseguenza, diversi i risultati ottenuti.

Nel 2010 in Europa era possibile isolare quattro differenti scenari: tagli più che raddoppiati rispetto all'andamento negativo del Pil (Grecia, Irlanda e Spagna); azzeramento della crescita della spesa (Regno Unito e Portogallo); allineamento della spesa sanitaria alla crescita del Pil (Francia e Italia); incremento della spesa sanitaria pubblica reale (solo in Germania).

Dall'altra parte dell'Oceano, invece, la situazione degli Stati Uniti era sostanzialmente capovolta. La scelta di promulgare l'Affordable Care Act, compresa in una strategia estesa di

²⁹ La sanità diventa uno strumento imprescindibile per garantire la stabilità economica dei paesi membri. I ministeri di spesa come quelli della Sanità hanno l'obbligo di dialogare e sottostare ai vincoli imposti a livello europeo.

³⁰ L'Italia aveva stabilizzato la sua crescita reale fin dal 2005, con un anticipo di circa 5 anni rispetto agli altri paesi europei.

stimolo dell'economia da parte dell'operatore pubblico, aveva portato a tassi di crescita della spesa pubblica superiori a quelli della spesa sanitaria totale e del Pil.

Negli anni della crisi è emersa una peculiare similitudine nella relazione inversa tra spesa privata e spesa pubblica fra gli Stati Uniti e i paesi come Grecia, Portogallo e Irlanda sottoposti alle politiche di risanamento dei conti. Tuttavia, questa relazione inversa ha assunto trend opposti fra i due blocchi: negli Stati Uniti, come dicevamo, l'aumento della spesa pubblica ha portato ad una riduzione della spesa privata; nei tre paesi europei, invece, ad la spesa privata (sia spese OOP che assicurazioni private) è aumentata a discapito di quella pubblica.

Francia, Germania, Francia, Italia e Regno Unito hanno mantenuto stabile la spesa sanitaria privata, anche se il peso delle assicurazioni private è aumentato rispetto alle spese OOP.

Nel 2011 Grecia, Irlanda e Spagna continuavano ad imporre tagli alla spesa sanitaria superiori all'andamento del Pil³¹ seguiti da Portogallo, Regno Unito e Italia. La Francia e la Germania, invece, continuavano a registrare tassi positivi di crescita della spesa sanitaria seppur inferiori rispetto alla crescita del Pil. (Caruso e Dirindin, 2013; Caruso, 2014)

Questi dati ci mostrano una volta di più come, nonostante i problemi che affliggono i sistemi sanitari di questi paesi siano pressoché i medesimi, le ricette adottate per fronteggiarli siano state le più disparate.

Gli interventi che sono stati fatti hanno, tuttavia, comportato un assottigliamento delle linee di demarcazione fra i sistemi stessi: i sistemi pubblici hanno tentato di introdurre forme di concorrenza come il mercato interno o quasi mercato e hanno intrapreso, e continuano, la via della decentralizzazione³², mentre i sistemi di mercato hanno provato a controllare il laissez-faire del libero mercato e a diventare universalistici garantendo, anche con fondi pubblici, la copertura assicurativa per tutti i cittadini.

A testimonianza di queste tendenze di cambiamento possiamo analizzare il caso olandese e quello inglese³³.

A partire dal 1 gennaio 2006 in Olanda è entrato in vigore l'attuale sistema di Assicurazione Obbligatoria Privata, il primo passo di attuazione di una riforma che era stata pensata già 20 anni prima. Nel 1987 il "Dekker Committee" aveva sviluppato un disegno di riforma che si

³¹ In verità, in Irlanda già si stava avendo una ripresa del Pil.

³² In Spagna come in Italia già dall'inizio del 2000 la sanità è competenza delle amministrazioni territoriali. In Finlandia maggiori poteri vengono attribuiti alle municipalità.

³³ Le riforme in questione sono state sviluppate prima dello scoppio della crisi ma hanno fornito il prototipo per le riforme successive di altri sistemi.

riprometteva di associare copertura obbligatoria dei rischi e concorrenza fra assicuratori. L'idea era quella di lasciare ai cittadini la possibilità di scelta, ed eventualmente di cambiamento, dell'assicuratore con, però, la garanzia di un pacchetto base, uguale per tutti a cui potevano aggiungersi prestazioni accessorie attraverso la sottoscrizione di assicurazioni integrative. Il finanziamento del pacchetto base sarebbe passato attraverso prelievi sul reddito da far confluire su un Fondo centrale che avrebbe a sua volta smistato ai fondi assicurativi privati. A questo punto i fondi non avrebbero dovuto svolgere la selezione dei rischi e si sarebbero, così, focalizzati solo nella ricerca di fornitori più efficienti i quali, essendo gravati dal rischio di impresa, avrebbero offerto servizi di elevata qualità.

Ma questa riforma aveva un irrimediabile punto debole: non era in grado di trovare una soluzione soddisfacente al problema della compensazione per i rischi cattivi dovuta al divieto di selezione dei rischi.

La riforma fu, così, temporaneamente sospesa per essere poi ripresa nel 2006 con la compensazione a livello centrale dei rischi e la concorrenza fra assicuratori.

Per quanto concerne i sistemi pubblici, la riforma inglese può essere considerata come paradigma di riferimento. Nel 1991 la Thatcher introdusse elementi concorrenziali nel NHS attraverso la separazione delle funzioni di finanziamento e produzione. Si scelse di rendere i singoli ospedali autonomi rispetto ai Districs cui spettava, invece, la negoziazione dei contratti per i ricoveri dei propri assistiti. I prezzi delle prestazioni erano stabiliti in base ai costi medi sostenuti, a cui si sommava un margine del 6% come remunerazione del capitale investito. Questo modello permetteva da un lato ai Distretti di avere potere negoziale, in quanto in grado di selezionare i fornitori preferiti, dall'altro agli ospedali era data la possibilità di incrementare i propri guadagni grazie all'assunzione del rischio di impresa.

Furono, inoltre, creati le figure dei General Practitioners fundholders, ovvero dei medici di base con almeno 5000 assistiti, a cui era affidato un budget per l'acquisto di farmaci, prestazioni diagnostiche e ricoveri d'elezione.

Questa riforma ebbe breve durata: il successivo governo labourista smantellò l'impianto concorrenziale e di mercato, pur mantenendo la separazione fra centri di produzione e di finanziamento e potenziò il ruolo dei General Practitioners. Questi ultimi divennero Primary Care Trusts nel 2002 e sostituirono i Districts health authorities nel compito di selezionare i servizi per i loro assistiti e di garantire le cure primarie e i servizi ospedalieri. Contemporaneamente, furono creati le Strategic Health Authorities il cui mandato era quello di

intermediario fra autorità locali e centrali nello sviluppo e monitoraggio dei servizi a livello locale.

Nel 2004 ci furono due ulteriori cambiamenti: fu data facoltà agli ospedali più grandi di costituirsi in Foundation trust con maggiore autonomia finanziaria e vennero introdotti gli Hrg³⁴ (Health resource group) come metodo di pagamento prospettico degli ospedali. La scelta di adottare il meccanismo del “payment by results” ha sancito il definitivo abbandono della concezione concorrenziale originaria spostando il sistema verso la concorrenza programmata. (Mapelli, 2012)

Nonostante tutte queste riforme del sistema, nel suo articolo “The National Health Service: value for money, value for many” Rifar Atun sottolinea come il sistema inglese, non sia ancora in grado di far fronte alle sfide odierne che abbiamo già citato.

La debolezza principale risiede nel fatto che si tratta di un sistema ancora focalizzato sul trattamento degli acuti negli ospedali ma che è scarsamente equipaggiato per il trattamento di disabilità e long-term care e per portare avanti politiche di prevenzione e mantenimento della salute (politiche che ormai vengono riconosciute come più efficienti per risultati di lungo periodo). (Atun, 2015)

Sul piano strettamente finanziario la sfida è riuscire ad ottenere più valore dalle spese per l’assistenza sanitaria attraverso l’incremento della propensione a comportamenti virtuosi da parte di medici, centri di cura e pazienti.

Un confronto interessante su questo argomento è quello fra le misure prese dal Nhs inglese degli ultimi anni e il sistema americano post Affordable Care Act.

In Inghilterra, come d’altronde avviene anche in altri sistemi sanitari nazionali quali il nostro, il budget a disposizione del NHS viene pre-concordato tra il Dipartimento di Salute e il Tesoro come parte della spending review triennale. Questo approccio si dimostra piuttosto efficace in periodi di sofferenza di breve durata perché permette di avere margini di flessibilità per ottenere contrazione dei servizi e del personale.

Diversamente, il budget dei programmi federali americani Medicare e Medicaid non viene fissato a priori cosa che ha destato non poche preoccupazioni per la tenuta del sistema. Per provare a mantenere il controllo sugli andamenti di spesa è stata concordata con il Congresso

³⁴ Se non per un fattore di correzione legato alle differenze nel mercato del lavoro, gli importi degli Hrg non variano per tutta l’Inghilterra.

una formula per il tasso di crescita sostenibile che serve a stabilire i cambiamenti di spesa per le tariffe prospettiche di rimborso degli ospedali, la spesa farmaceutica, le spese dei medici. Tuttavia fra i due sistemi ci sono degli aspetti in comune pur con connotazioni leggermente differenti.

Un esempio è il pagamento degli ospedali attraverso tariffe prospettiche³⁵ che raggruppano diverse trattamenti in base alle risorse necessarie al trattamento che in America avviene attraverso i Diagnosed-related group mentre in Inghilterra attraverso gli Health resource group. Un'altra somiglianza fra i due sistemi è l'adozione di principi di value-based purchasing che puntano a stimolare la qualità delle strutture che erogano le prestazioni, remunerando solo quelle che seguono best practise di provato costo-efficacia, mentre vengono penalizzate le strutture che erogano prestazioni a basso rendimento o che comportano la riammissione d'urgenza dei pazienti in un arco temporale ristretto. (Blumenthal, Dixon, 2012)

Cosa aspettarsi dal futuro

Secondo Mapelli, le scelte che in futuro i vari stati saranno chiamati a prendere si articolano in due macro sfide: aumentare gli output di salute per la popolazione, intervenendo su molteplici fattori causali, e ripensare i sistemi sanitari in modo da produrre sanità in maniera efficiente, efficace ed equa.

Fino ad oggi il focus principale è stato centrato sulla seconda questione, ma cominciano ad aprirsi spunti di analisi rispetto alla necessità di inquadrare la questione della salute in un'ottica più ampia che ricomprenda anche altri fattori.

Nel primo capitolo si è discusso del fatto che fra salute e sanità non sussista un'identità esatta, infatti altri fattori sono ugualmente o maggiormente in grado di influenzare il livello di salute degli individui. La salute è funzione di una gamma di fattori biologici, ambientali, di comportamento e socio-economici (in particolare reddito e istruzione³⁶). In questo senso sembra sensato pensare che in tempi di controllo serrato della spesa sarebbe opportuno cercare di sfruttare le sinergie e gli spill-over fra diversi settori.

In un mondo di “first best”, il decisore pubblico onnisciente sarebbe in grado di allocare le risorse fra i diversi settori in maniera totalmente efficiente ovvero massimizzando l'output sociale senza riguardo alla ripartizione interna fra i settori.

³⁵ Il ricorso a questo tipo di finanziamento degli ospedali è largamente diffuso nei paesi OECD.

³⁶ E' totalmente scontato che a loro volta questi fattori siano influenzati dal livello di salute.

Ma la realtà è ben diversa: le risorse vengono preventivamente destinate ai diversi ministeri di spesa che provvedono ad allocarle in modo da intraprendere gli interventi stabiliti, perciò in un simile mondo di “second best” l’unica via è scegliere un “approccio di cofinanziamento” in cui le risorse vengono trasferite fra i diversi ministeri per finanziare progetti che impieghino le risorse disponibili in maniera più efficiente, consentendo guadagni sociali superiori in virtù delle sinergie generate. non di competenza ma che presentano guadagni per il proprio ambito superiori rispetto a quelli propri del ministero. In ambito sanitario ci sono numerosi esempi di questo meccanismo: programmi di educazione alimentare nelle scuole o il divieto di fumo nei luoghi pubblici.

La scelta di adottare un simile approccio porterebbe indubbi guadagni, ma presenta anche notevoli sfide organizzative. Tuttavia nel Regno Unito e in Svezia già sono state promosse iniziative volte ad affrontare le malattie croniche sia dal punto di vista sociale che sanitario.

Fino ad ora il campo di più facile attuazione e successo di misure di cofinanziamento è stato quello dei piani di intervento internazionale contro malattie come l’HIV o la tubercolosi. (Remme, 2017)

Per concludere, riteniamo sia necessario chiarire un punto. Nel corso di questo lavoro si è più volte fatto riferimento al bisogno di tutti i paesi di garantire la sostenibilità di lungo periodo, ma si è sempre dato per scontato cosa significhi affermare che un sistema è sostenibile.

Una definizione efficace ci è stata offerta nel 1987 dal World Commission on Environment and Development’s ground-breaking report “Our Common Future” che semplicemente definisce “sostenibile” un sistema che soddisfi “i bisogni presenti senza compromettere i bisogni delle future generazioni”.

E’ evidente che pregio e difetto di questa definizione è la sua generalità: cerchiamo allora di capire come riuscire a calarla nella realtà delle cose.

In primis, la sostenibilità tanto agognata è quella fiscale dei sistemi. L’OECD a riguardo parla di “capacità del governo di mantenere le finanze pubbliche in una posizione credibile di lungo periodo, adattandosi ai trend socio-economici futuri; la Commissione Europea la cataloga come la capacità di sostenere le politiche presenti senza scaricarle sul rapporto debito/Pil; infine, il Fondo Monetario Internazionale la definisce come l’insieme delle politiche che permettono di servire il debito senza grandi future correzioni alle entrate e alle spese del bilancio pubblico. (Caruso, 2016)

Ma questo può essere sufficiente in ambito sanitario?

Non dimentichiamo, e questa considerazione appare quasi lapalissiana per i Sistemi Sanitari Nazionali (sebbene risulti vera anche per le altre forme organizzative), che alla base di ogni articolazione di welfare state c'è la necessità di preservare la credibilità del patto inter-generazionale che assicura la coesione sociale. Negli ultimi anni la stabilità di questo patto è stata messa alla prova sia da cambiamenti strutturali, quali l'invecchiamento della popolazione, e sia da cambiamenti legati ai cicli economici negativi.

Quindi, per mantenere (o rendere nuovamente) credibile il patto e far diventare veramente sostenibili i sistemi, Borgonovi e Compagni sottolineano come in futuro non ci si dovrà limitare a raggiungere la sostenibilità economica, ma si dovrà ricercare una sostenibilità anche sul piano politico e sociale.

Gli autori non forniscono strettamente una definizione di "sostenibilità sociale" ma concordano che quattro siano le sue componenti fondamentali: garanzia di uguaglianza, tutela della diversità, democrazia delle decisioni e infine solidarietà e senso di (inter)connessione fra i membri di una comunità.

La sostenibilità politica, invece, è lo sviluppo e il mantenimento della volontà politica di ricercare ricette di lungo periodo fondate sulla convergenza di interessi e visioni delle diverse forze politiche come elemento indispensabile per assicurare coerenza ed efficacia degli interventi. (Borgonovi e Compagni, 2013)

Riferimenti bibliografici

Atun, R., 2015, The National Health Service: value for money, value for many, *The Lancet*, Vol. 385 pag. 917-918

Blumenthal, D. e Dixon, J., 2012, "Health-care reforms in the USA and England: areas for useful learning", *The Lancet*, Vol.380, 1352-1357

Borgonovi, E., e Compagni, A., 2013, "Sustaining Universal Health Coverage: The Interaction of Social, Political and Economic Sustainability", *Value in Health*, Vol.16, 34-38

Caruso, E., 2014, Alla ricerca di nuova governance nel SSN: ricette note ma ritardate per uscire dalla crisi, in "La finanza pubblica italiana. Rapporto 2014", Il Mulino

Caruso, E., 2016, Sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari e pratiche di budgeting tra narrazioni ed evidenze, in "La finanza pubblica italiana. Rapporto 2016", Il Mulino

Caruso, E., e Dirindin, N., 2013, Sanità pubblica: legittima difesa, in "La finanza pubblica italiana. Rapporto 2013", Il Mulino

Dirindin, N., 2009, Federalismo fiscale e sanità: rischio o opportunità, *Politiche Sanitarie*, Vol. 10, n°3, 202-208

Gross, T., e Notowidigdo, M. J., 2011, Health insurance and the consumer bankruptcy decision: Evidence from expansions of Medicaid, *Journal of Public Economics*, Vol.95, 767-778

Gruber, J., 2017, Obamacare: il passato, il presente e il futuro, Festival dell'Economia di Trento 1-4 giugno 2017, (Disponibile all'indirizzo: <http://2017.festivaleconomia.eu/>)

Hewlett, E., (2013), OECD Health System Characteristics Survey 2012, in OECD Health Data National Correspondents and Health Accounts Experts Meeting, 17 ottobre 2013

Liaropoulos, L., e Goranitis, I., 2015, Health care financing and the sustainability of health systems, *International Journal for Equity in Health*, Vol.14, 80

Mapelli, V., 2012, *Il Sistema sanitario italiano*, Il Mulino (Bologna)

Muraro, G. e Rebba, V., 2008, Il finanziamento della sanità nei paesi OCSE: struttura e dinamica, *Politiche Sanitarie*, Vol.9, n°3, 121-132

Paris, V., Devaux, M., e Wei, L 2010, Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries, *OECD Health Working Papers*, n°50

Turati, G., 2017, Le parole chiave del festival: Universalismo, Festival dell'Economia di Trento 1 – 4 giugno 2017, (Disponibile all'indirizzo: <http://2017.festivaleconomia.eu/>)

Zweifel, P., 2009, La Sindrome di Sisifo come spiegazione alla crescita della spesa sanitaria, *Politiche sanitarie*, Vol.10, n°4, 209-216

What is health? The ability to adapt, *The Lancet*, Vol. 373, pag. 781

WHO, 2017, Global Health Observatory data - Health Financing, (Disponibile all'indirizzo: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.484?lang=en>) [ultima consultazione: giugno 2017]

ⁱ La lunghezza complessiva di questo lavoro (esclusi: frontespizio, indice e riferimenti bibliografici) è di 12242 parole.