



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI
"M.FANNO"

CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN ECONOMIA

PROVA FINALE

LA GRANDE SFIDA DEL SISTEMA SANITARIO: LA SOSTENIBILITA'

RELATORE:

CH.MO PROF. FABIO MANENTI

LAUREANDA: VALENTINA CATAPANO

MATRICOLA N° 1088798

ANNO ACCADEMICO 2016 – 2017

Introduzione	3
Capitolo 1. Il contesto di riferimento della sostenibilità del sistema sanitario	4
1.1. La definizione di salute	4
1.2. Le tipologie di sistema sanitario nei Paesi dell'OCSE	6
1.3. La spesa sanitaria nei Paesi dell'OCSE	9
1.4. La definizione di sostenibilità	14
Capitolo 2. L'evoluzione della spesa sanitaria e le sue determinanti	17
2.1. I fattori di crescita della spesa sanitaria nei Paesi dell'OCSE	17
2.2. Le proiezioni future della spesa sanitaria nei Paesi dell'OCSE.....	23
Capitolo 3. Come garantire la sostenibilità del sistema sanitario	28
3.1. Le politiche per la sostenibilità del sistema sanitario	28
3.1.1. Sostenibilità economica.....	28
3.1.2. Sostenibilità finanziaria.....	31
3.2. Le politiche per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale in Italia.....	33
Conclusioni	36
Riferimenti bibliografici	37

¹ Parole prova finale: 12.174.

Introduzione

Nel corso del XX secolo, la sfida più grande che la maggior parte dei sistemi sanitari ha affrontato riguardava principalmente la volontà di estendere la copertura pubblica a tutti i cittadini. Oggi, invece, la necessità principale per tutti i Paesi dell'OCSE è quella di riuscire a garantire la sostenibilità dei rispettivi sistemi sanitari, messa a dura prova sia da fattori strutturali, che causano l'aumento della spesa sanitaria, sia da fattori macroeconomici sfavorevoli, come la recente crisi economica. L'obiettivo di questa prova finale è dunque quello di indagare, innanzitutto, l'andamento e le determinanti della spesa destinata al sistema sanitario, che costituiscono la base di conoscenze essenziali per poter poi analizzare l'implementazione di possibili politiche che assicurino la sostenibilità.

Nel **Capitolo 1** saranno introdotti dei concetti introduttivi utili alla comprensione di tutta la trattazione, ovvero le definizioni di salute e di sostenibilità, e saranno illustrate le differenti tipologie di sistema sanitario esistenti. Inoltre verrà esaminato l'andamento della spesa sanitaria storica.

Nel **Capitolo 2**, invece, verranno innanzitutto presentate ed analizzate le determinanti della crescita della spesa sanitaria nella loro tripartizione: dal lato della domanda, dal lato dell'offerta ed istituzionali. Successivamente sarà proposto un modello di proiezione futura della spesa sanitaria.

Nel **Capitolo 3**, infine, saranno illustrate le principali politiche e proposte rivolte alla sostenibilità, suddivise in politiche per la sostenibilità economica e politiche per la sostenibilità finanziaria, sia a livello di Paesi dell'OCSE, sia a livello nazionale per il Servizio Sanitario Nazionale italiano.

Capitolo 1. Il contesto di riferimento della sostenibilità del sistema sanitario

L'articolo 32, comma 1, della Costituzione afferma che “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”, attribuendo al diritto alla salute la qualifica di “fondamentale”, con riguardo non solo al singolo individuo, ma all'intera collettività. La tutela della salute trascende l'individuo, affermandosi in un'ottica più ampia di benessere sociale, poiché una persona in buona salute genera esternalità positive che aumentano il benessere collettivo. Secondo questa prospettiva, la salute diventa condizione essenziale per la crescita economica e lo sviluppo, in quanto contribuisce a potenziare la dotazione di capitale umano ed influisce positivamente sulla produzione e ricchezza nazionale. Data l'importanza del bene “salute”, lo Stato non ha solo il dovere costituzionale di tutelare l'integrità psico-fisica della comunità, ma la dottrina ritiene necessario il suo intervento per superare le inefficienze allocative del settore sanitario e per garantirne l'equità. Ciò si esplica nei diversi sistemi sanitari dei Paesi industrializzati che aderiscono all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), i quali realizzano l'intervento pubblico secondo modalità molto differenziate. Per assicurare a tutti i cittadini la tutela della propria salute per mezzo di un sistema sanitario, lo Stato affronta una spesa sanitaria che deve essere sostenibile per le sue finanze: è necessario rispettare il vincolo del pareggio di bilancio, secondo il quale “lo Stato assicura l'equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio, tenendo conto delle fasi avverse e delle fasi favorevoli del ciclo economico”, introdotto dalla Legge Costituzionale 1/2012 che ha modificato l'articolo 81 della Costituzione.

1.1. La definizione di salute

Nel corso del tempo, il concetto di salute ha subito un'evoluzione. Nella carta costitutiva dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1948, la salute venne definita come “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia o di disabilità”²: tale affermazione surclassò la definizione negativa fino ad allora prevalente, che identificava la salute meramente nell'assenza di malattia, ma fu fortemente criticata negli ultimi decenni, in quanto utopistica. Infatti, la definizione faceva riferimento ad una condizione assoluta di benessere, racchiusa nel termine “completo”, in base alla quale nessuno avrebbe

² WHO. Constitution of the World Health Organization.

potuto dirsi sano. Ciò contribuì inconsapevolmente ad ampliare gli ambiti della medicina, che si interessò a nuovi aspetti della vita umana (medicalizzazione della società), e rese la definizione non operativa, non misurabile e soprattutto controproducente, in quanto dichiarava malate in maniera definitiva persone affette da disabilità e malattie croniche, minimizzando la capacità umana di adattarsi ed affrontare la malattia³. La natura delle malattie è cambiata considerevolmente dal 1948, il quadro nosologico è segnato dalla prevalenza di patologie cronico-degenerative, rendendo necessaria una riformulazione del concetto di salute, da statico a dinamico. La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute del 1986, promulgata dalla prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, definì la promozione della salute come “il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla”; per raggiungerla, gli individui devono essere in grado di realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e far fronte all’ambiente circostante⁴. Però fu la rivista “The Lancet” a proporre, in un editoriale del 2009, una nuova definizione che si discostò radicalmente dalla definizione originaria dell’OMS: “la salute non è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” ma è “la capacità di adattarsi all’ambiente circostante”⁵. La salute acquista valenza dinamica, ulteriormente confermata dalla conferenza internazionale svoltasi a L’Aia, in Olanda, il 10 e 11 Dicembre 2009⁶, e dipende dalla resilienza dell’individuo, cioè dal modo in cui affronta e gestisce le inevitabili condizioni di malessere, mobilitando al meglio le proprie risorse e ripristinando la propria integrità.

In termini economici, la salute, al pari di altri beni, influisce positivamente sul benessere individuale, inserendosi in una funzione di utilità. Essa possiede, dunque, un valore d’uso, che varia tra ciascun individuo a seconda delle sue preferenze, ma non possiede un valore di scambio, poiché non esiste un mercato legale della salute. Il concetto di sanità non coincide con quello di salute, in quanto la sanità, intesa come l’insieme dei beni e servizi sanitari diretti a contrastare stati patologici e a migliorare lo stato di salute, non determina utilità di per sé (anzi talvolta può comportare disutilità), ma è uno dei fattori di produzione della salute. Pertanto, la domanda di sanità è una domanda derivata, finalizzata alla produzione di salute: la domanda considerata “fondamentale” da parte del consumatore riguarda il suo livello di salute. La salute è un bene fondamentale che i consumatori domandano in quanto bene di consumo che, con

³ HUBER, M., et al., 2011. How should we define health? *British Medical Journal*, 343.

⁴ WHO. Ottawa Charter for Health Promotion.

⁵ ANON., 2009. What is health? The ability to adapt [editorial]. *Lancet*, 373, p.781.

⁶ Health Council of the Netherlands, Netherland Organisation for Health Research and Development. *Invitational Conference “Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health”*. The Hague, December 10-11, 2009.

riguardo al suo valore d'uso, entra direttamente nella loro funzione di utilità, influenzandola positivamente. Al tempo stesso, i consumatori domandano salute in quanto bene di investimento, che entra nella loro funzione di utilità in modo indiretto tramite i beni che si possono acquistare se si è in salute e non si deve dedicare tempo a curarsi. Sotto questo profilo, la domanda di salute, al pari della domanda di sanità, potrebbe essere considerata derivata, in quanto strumentale alla produzione di tempo vissuto in assenza di malattie, fruibile per il lavoro e il tempo libero⁷.

1.2. Le tipologie di sistema sanitario nei Paesi dell'OCSE

A livello microeconomico, la salute, come pure l'istruzione, è un bene di investimento che contribuisce a mantenere o incrementare il capitale umano di un individuo, concorrendo ad accrescere la sua capacità produttiva e il suo reddito. La salute apporta benefici anche al capitale sociale, inteso come l'insieme degli elementi che rendono più coesa e collaborativa una società, e viceversa. Pertanto, a livello macroeconomico, l'investimento in salute rappresenta uno dei driver per sostenere lo sviluppo economico e la crescita di un Paese⁸; la tutela della salute non va considerata solo come una fonte di costo, ma acquista una nuova valenza, così come aveva sottolineato la Commission on Macroeconomic and Health⁹ nel 2001 per i Paesi in via di sviluppo. Inoltre la domanda di beni e servizi legati alla cura della salute contribuisce ad alimentare il Prodotto Interno Lordo e l'occupazione¹⁰ di un Paese. I sistemi sanitari, se efficaci, giocano un ruolo fondamentale nel miglioramento della salute, concorrendo ad accrescere il benessere di una società.

I sistemi sanitari dei Paesi industrializzati dell'OCSE si basano su un principio comune, il quale afferma che lo Stato ha il compito di assicurare a tutti i cittadini l'accesso alle cure sanitarie ritenute essenziali. Il principio può essere applicato secondo modalità differenti che

⁷ GROSSMAN, M., 1972. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80 (2), pp. 223-255.

⁸ FIGUERAS, J., MCKEE, M., 2012. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: assessing the case for investing in health systems*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead: McGraw-Hill, Open University Press. pp. 1-17.

⁹ Commission on Macroeconomics and Health, 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health.

¹⁰ Il settore sanitario è ad alta intensità di lavoro (labour intensive) e ha un forte impatto in termini di R&S.

determinano diverse tipologie di sistemi sanitari. Il grado di intervento pubblico, e quindi il rapporto tra pubblico e privato nei sistemi sanitari, può essere analizzato lungo due dimensioni:

- il finanziamento della tutela sanitaria, che denota le modalità secondo cui è finanziata la copertura sanitaria, distinguendo tra finanziamento pubblico (attraverso forme di prelievo coattivo di reddito mediante imposte o contributi sanitari) e finanziamento privato (sotto forma di premi assicurativi o attraverso il pagamento diretto del prezzo dei servizi sanitari)¹¹;
- la produzione ed erogazione di beni e servizi sanitari, che connota la natura giuridica, pubblica o privata (a sua volta distinta in profit e non profit), dei fornitori di assistenza sanitaria.

La modalità di finanziamento non implica necessariamente un particolare metodo di erogazione dei servizi sanitari¹². Considerando esclusivamente la fonte di finanziamento prevalente, in base alla classificazione dei sistemi sanitari dei Paesi dell'OCSE proposta da Muraro e Rebba (2008)¹³, si possono distinguere sei tipologie differenti di sistema sanitario¹⁴:

1. Servizi Sanitari Nazionali (SSN), noti anche come sistemi alla “Beveridge”, sono imperniati principalmente sul finanziamento pubblico, sostenuto dal gettito di imposte generali o di imposte di scopo. La fornitura dei servizi sanitari è anch'essa prevalentemente pubblica. Rientrano in tale tipologia: Australia, Canada, Danimarca, Finlandia, Islanda, Irlanda, Italia, Nuova Zelanda, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito;
2. Sistemi di Assicurazione Sociale (SAS) o mutualistici, noti anche come sistemi alla “Bismarck”, sono finanziati prevalentemente dal settore pubblico per mezzo di contributi sanitari obbligatori versati a fondi e assicurazioni sociali da lavoratori dipendenti, datori di lavoro e lavoratori autonomi. La fornitura dei servizi sanitari è tipicamente separata dai fondi e dalle assicurazioni sociali. Rientrano in questa

¹¹ Vi è un'altra modalità di finanziamento privata, importante ancora oggi per i Paesi in via di sviluppo, che designa il sistema come caritativo, in quanto finanziato da donazioni da parte di fondazioni ed organizzazioni filantropiche.

¹² Soprattutto a partire dagli anni '90 del Novecento, si è diffusa tra i principali sistemi sanitari europei una generale tendenza a separare le funzioni di finanziamento da quelle di erogazione dei servizi sanitari, con l'introduzione di rilevanti innovazioni negli assetti organizzativi dei sistemi sanitari europei, quali i quasi-mercati e la concorrenza amministrata.

¹³ MURARO, G., REBBA, V., 2008. Il finanziamento della sanità nei paesi dell'OCSE: struttura e dinamica. *Politiche Sanitarie*, 9 (3), luglio-settembre, pp. 121-132.

¹⁴ Esistono diverse classificazioni dei sistemi sanitari, per esempio l'OCSE ha realizzato nel 2008, 2012 e 2016 un'indagine sulle caratteristiche dei diversi sistemi sanitari rispetto alla forma prevalente di copertura sanitaria, individuando quattro classi.

- categoria: Austria, Belgio, Francia, Germania, Ungheria, Giappone, Lussemburgo, Polonia;
3. Sistemi di Assicurazione privata Obbligatoria (SAO) sono una forma di finanziamento privato ma coercitivo, in quanto lo Stato obbliga tutti i cittadini ad assicurarsi nel mercato assicurativo privato, versando premi assicurativi basati sul rischio medio. Lo Stato interviene parzialmente con sussidi e con finanziamenti alle compagnie di assicurazione. Rientrano in tale categoria: Svizzera e Olanda¹⁵;
 4. Sistemi Sociali Misti (SSM) non hanno una fonte di finanziamento prevalente, ma combinano in vario modo imposte, contributi sociali e premi assicurativi, coniugando i tre sistemi descritti sopra. Rientrano in questa tipologia: Corea del Sud, Grecia, Turchia, Slovacchia, Repubblica Ceca, Cile, Messico;
 5. Sistemi di Assicurazione Volontaria (SAV) sono finanziati principalmente in maniera privata per mezzo di premi assicurativi commisurati al rischio dell'individuo assicurato o di un gruppo, versati volontariamente ad assicurazioni private. Rientrano in questa categoria solo gli Stati Uniti¹⁶;
 6. Sistemi Privati Misti (SPM) sono finanziati prevalentemente attraverso pagamenti diretti degli utenti (out-of-pocket). Attualmente nessun Paese sembra rientrare in tale categoria¹⁷.

Sebbene le diverse tipologie di sistema sanitario siano ispirate da differenti ideologie e si adattino a diverse realtà socio-sanitarie, quasi tutti i Paesi dell'OCSE prevedono una tutela sanitaria estesa a tutta o quasi tutta la popolazione, con alcune eccezioni. I Servizi Sanitari Nazionali (SSN) assicurano per definizione le prestazioni, per lo meno essenziali, all'intera popolazione, basandosi su un approccio universalistico. Viceversa, i Sistemi di Assicurazione Volontaria (SAV) si basano su un approccio individualistico, limitando la copertura sanitaria pubblica ai cittadini più deboli, come anziani, disabili e indigenti (per esempio i cittadini che ricadono sotto i programmi sanitari pubblici Medicare e Medicaid negli Stati Uniti). Nessun Paese si affida ad un solo metodo di finanziamento del sistema sanitario, infatti la suddetta classificazione si basa sul metodo che emerge prevalentemente. In particolare, i pagamenti

¹⁵ Prima della legge di riforma (Zorgverzekeringswet) del 2006, il sistema olandese rientrava nei Sistemi di Assicurazione Sociale (SAS).

¹⁶ Gli Stati Uniti, storicamente affezionati all'idea di una sanità di libero mercato che privilegia l'individualismo, avrebbero potuto accostarsi ai Sistemi basati sull'Assicurazione privata Obbligatoria (SAO) in seguito all'applicazione della riforma della sanità di Obama, ora in discussione.

¹⁷ In passato, il Messico rientrava in tale tipologia, con una quota di spesa sanitaria out-of-pocket rispetto alla spesa sanitaria totale superiore al 50%.

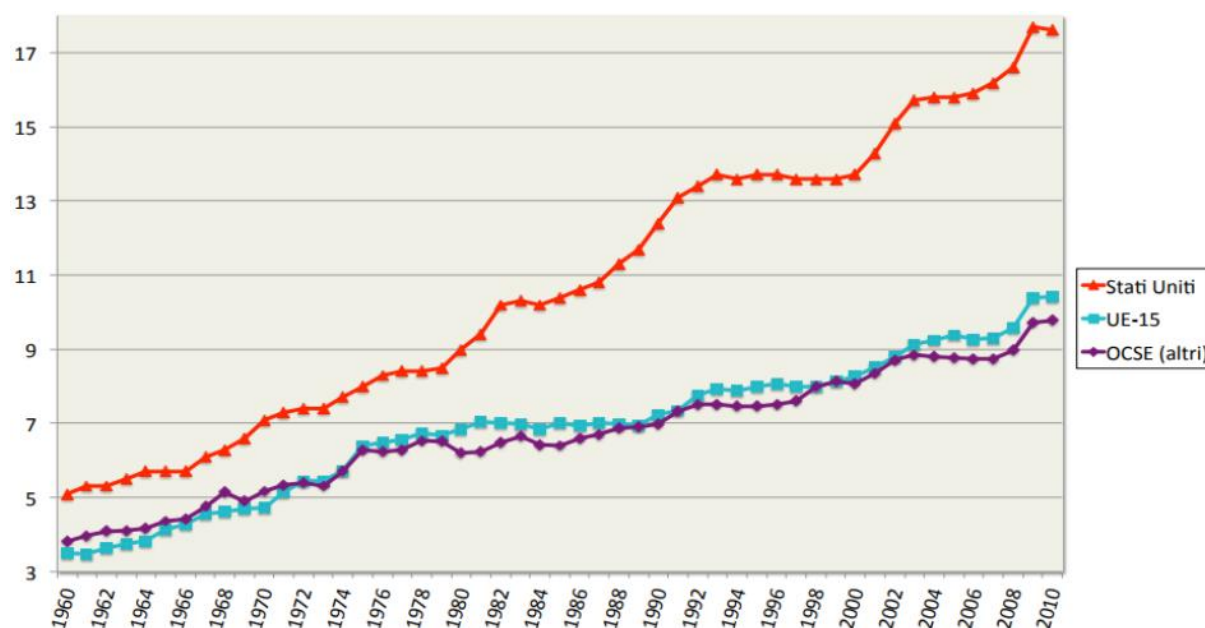
diretti out-of-pocket da parte dei pazienti sono presenti in misura diversa in tutti i sistemi sanitari come fonte addizionale di finanziamento. Anche l'assicurazione privata, quando non rappresenta la copertura sanitaria principale, integra la copertura di base in diversi Paesi.

1.3. La spesa sanitaria nei Paesi dell'OCSE

Si deve ora indagare la dinamica passata della spesa sanitaria per comprendere meglio le politiche ed evoluzioni future.

La spesa sanitaria occupa una quota significativa delle risorse dei Paesi dell'OCSE (figura 1 e figura 2). Dal 1960 al 2015, l'incidenza della spesa sanitaria totale in percentuale del Prodotto Interno Lordo è più che raddoppiata nella media dei Paesi OCSE, passando dal 3,9% al 9%. In particolare, nella media dei Paesi UE-15, l'incidenza è quasi triplicata, dal 3,5% del 1960 al 10,3% del 2015. Gli Stati Uniti si discostano dalla media dei Paesi OCSE, con un'incidenza pari al 5% nel 1960 che raggiunge il 16,9% nel 2015.

Figura 1 - Spesa sanitaria totale (corrente e in conto capitale) in percentuale del PIL negli Stati Uniti, nei Paesi UE-15¹⁸ e negli altri Paesi OCSE¹⁹ (1960-2010)



Fonte: Rebba (2014)

¹⁸ Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia.

¹⁹ Australia, Canada, Corea del Sud, Giappone, Islanda, Norvegia, Nuova Zelanda e Svizzera. Complessivamente, si considerano 24 (su 35) Paesi dell'OCSE, caratterizzati da un assetto istituzionale stabile dei sistemi sanitari.

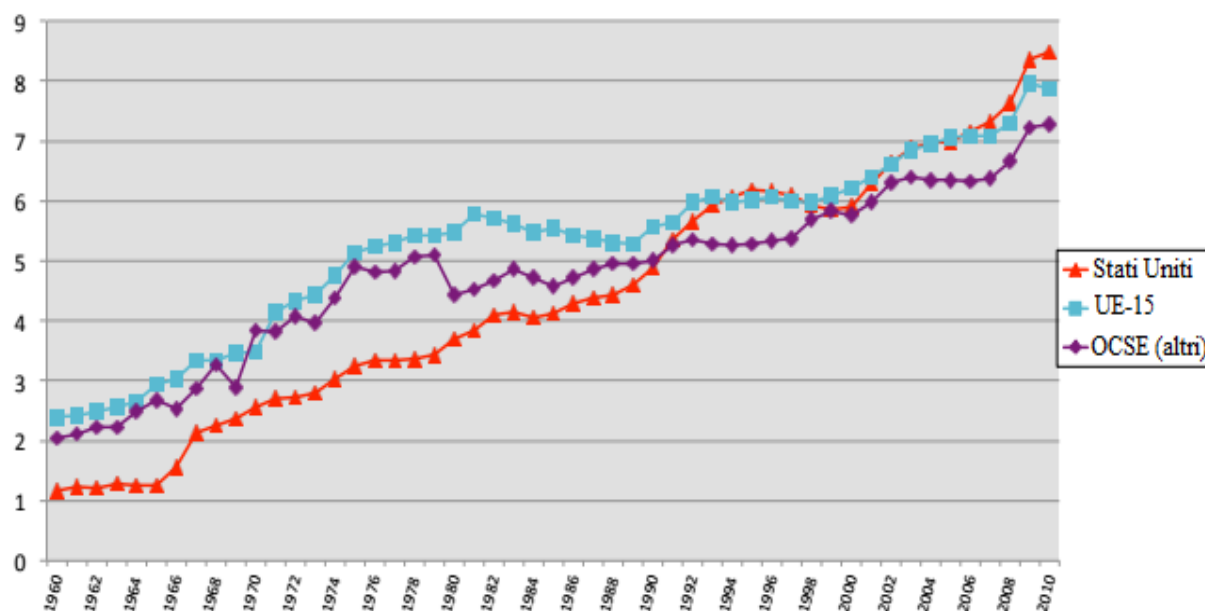
Figura 2 - Spesa sanitaria corrente in percentuale del PIL nei Paesi OCSE

	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Turchia		2.4	2.5	4.7	5.3	5	5	5.1	5.1	5.2
Lettonia				5.9	6.2	5.6	5.4	5.4	5.5	5.6
Messico			4.3	4.9	6	5.8	5.9	6	5.7	5.8
Estonia				5.2	6.3	5.8	5.8	6	6.1	6.3
Polonia			4.3	5.3	6.4	6.2	6.2	6.5	6.4	6.3
Ungheria				6.8	7.6	7.6	7.5	7.3	7.2	7
Repubblica Slovacca				5.3	7.8	7.4	7.7	7.6	7	7
Corea	2.7	3.5	3.7	4	6.4	6.5	6.6	6.8	7.1	7.2
Lussemburgo		4.6	5.1	5.9	7.1	6.2	6.7	6.5	6.3	7.2
Israele		7	6.5	6.8	7	7	7.1	7.4	7.6	7.4
Repubblica Ceca			3.8	5.7	6.9	7	7.1	7.8	7.7	7.5
Cile				6.4	6.7	6.7	7	7.3	7.7	7.7
Grecia			6.1	7.2	9.9	9.5	8.9	8.7	8.3	8.2
Slovenia				8.1	8.6	8.5	8.7	8.8	8.5	8.4
Islanda	4.6	5.9	7.4	9	8.8	8.6	8.7	8.8	8.9	8.8
Portogallo	2.3	4.8	5.5	8.4	9.8	9.5	9.3	9.1	9	8.9
Spagna	3.1	5	6.1	6.8	9	9.1	9.1	9	9.1	9
Media OCSE	4.6	6.1	6.4	7.2	8.8	8.8	8.8	9	9	9
Italia			7	7.6	9	8.8	8.8	8.8	9.1	9.1
Australia		5.8	6.5	7.6	8.5	8.6	8.7	8.8	9	9.3
Irlanda	4.9	7.5	5.6	5.9	10.6	9.9	10.1	10.5	10.1	9.4
Nuova Zelanda	5.2	5.7	6.7	7.5	9.7	9.6	9.7	9.4	9.4	9.4
Finlandia	5	5.9	7.2	6.9	8.9	9	9.3	9.5	9.5	9.6
Regno Unito	4	5.1	5.1	6.3	8.5	8.4	8.5	9.9	9.9	9.8
Norvegia	4	5.4	7.1	7.7	8.9	8.8	8.8	8.9	9.3	9.9
Canada	6.4	6.6	8.4	8.3	10.6	10.3	10.3	10.2	10	10.1
Austria	4.9	7	7.7	9.2	10.1	9.9	10.1	10.1	10.3	10.4
Belgio	3.8	6.1	7.1	7.9	9.9	10.1	10.2	10.4	10.4	10.4
Danimarca		8.4	8	8.1	10.4	10.2	10.3	10.3	10.6	10.6
Olanda		6.6	7.1	7.1	10.4	10.5	10.9	10.9	10.9	10.8
Francia	5.2	6.7	8	9.5	10.7	10.7	10.8	10.9	11.1	11
Germania	5.7	8.1	8	9.8	11	10.7	10.8	10.9	11	11.1
Svezia	5.5	7.8	7.3	7.4	8.5	10.7	10.9	11.1	11.2	11.1
Giappone	4.4	6.4	5.8	7.4	9.5	11.1	11.2	11.3	11.4	11.2
Svizzera	4.9	6.6	7.4	9.3	10.5	10.6	11	11.2	11.4	11.5
Stati Uniti	6.2	8.2	11.3	12.5	16.4	16.4	16.4	16.4	16.6	16.9

Fonte: OECD Health Statistics 2016

Dal 1960, si nota come l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Prodotto Interno Lordo sia aumentata nei Paesi dell'OCSE (figura 3). Tra il 1960 e il 2010, la spesa sanitaria pubblica in percentuale del Prodotto Interno Lordo è triplicata/quadruplicata per i Paesi UE-15 e per gli altri Paesi OCSE; mentre gli Stati Uniti hanno visto aumentare l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Prodotto Interno Lordo addirittura di oltre otto volte, fino a raggiungere nel 1993 lo stesso livello di incidenza, pari al 6%, dei Paesi UE-15. In seguito, gli Stati Uniti e i Paesi UE-15 hanno registrato una crescita simile dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Prodotto Interno Lordo. Tendenzialmente, nella quasi totalità dei Paesi OCSE, la componente pubblica della spesa sanitaria è superiore alla componente privata e mediamente si attesta a circa tre quarti della spesa sanitaria totale.

Figura 3 - Spesa sanitaria pubblica (corrente e in conto capitale) in percentuale del PIL negli Stati Uniti, nei Paesi UE-15 e negli altri Paesi OCSE (1960-2010)



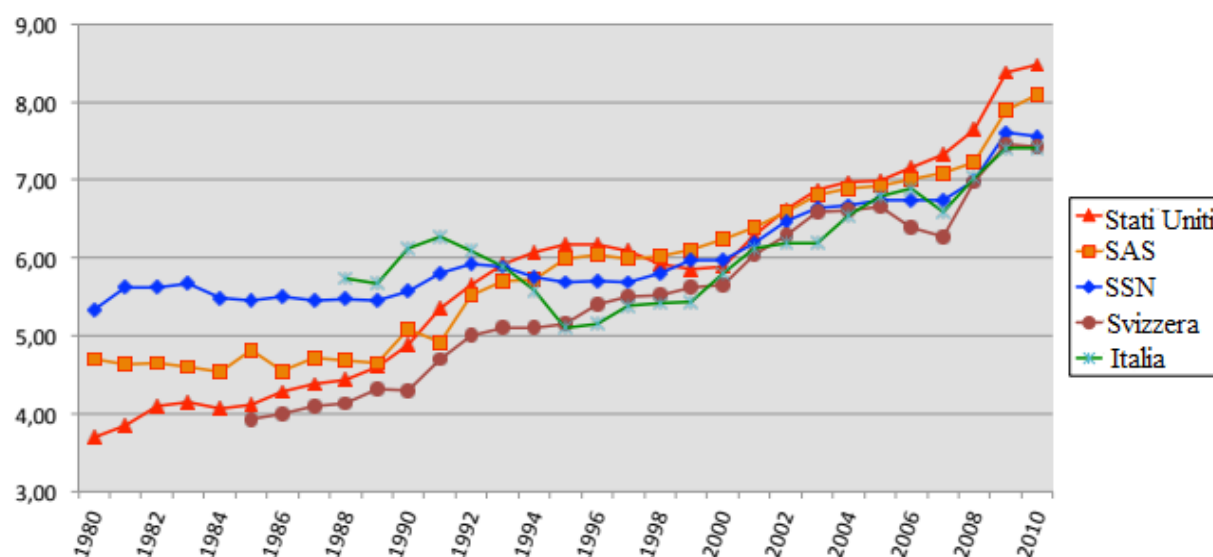
Fonte: Rebba (2014)

Si focalizza ora l'attenzione sulle quattro tipologie principali di sistema sanitario presenti nell'area OCSE: Servizi Sanitari Nazionali, Sistemi di Assicurazione Sociale, sistemi basati sull'assicurazione privata volontaria (i soli Stati Uniti) e sistemi basati sull'assicurazione privata obbligatoria (la sola Svizzera²⁰). La quota del Prodotto Interno Lordo destinata alla spesa sanitaria pubblica è maggiore negli Stati Uniti e nei Sistemi di Assicurazione Sociale (figura 4), in seguito agli aumenti consistenti registrati tra il 1980 e il 2010 (rispettivamente,

²⁰ L'Olanda viene considerata tra i Sistemi di Assicurazione Sociale, anziché tra i sistemi basati sull'assicurazione privata obbligatoria, perché mantiene tali caratteristiche per buona parte del periodo 1980-2010.

+4,8 punti percentuali e +3,4 punti percentuali). La crescita dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Prodotto Interno Lordo sembra riflettere una trasformazione nella composizione della spesa sanitaria totale, che porta ad una convergenza tra i sistemi sanitari. Tra la metà degli anni '60 e i primi anni '80 del '900, la spesa sanitaria pubblica in percentuale della spesa sanitaria totale è aumentata nei Paesi dell'OCSE, come conseguenza dello sviluppo dei Servizi Sanitari Nazionali e dell'estensione della copertura sanitaria pubblica. Ciò ha permesso ai Servizi Sanitari Nazionali di detenere, fino alla prima metà degli anni '90, la quota di spesa pubblica sul Prodotto Interno Lordo più elevata rispetto agli altri sistemi sanitari. I Servizi Sanitari Nazionali hanno registrato, però, una riduzione della quota pubblica della spesa sanitaria totale (particolarmente accentuata nel caso dell'Italia) tra la fine degli anni '80-primi anni '90 del Novecento e l'inizio del nuovo secolo, finalizzata al contenimento della spesa pubblica in generale (ciò è stato possibile grazie anche all'introduzione di elementi di riforma, quali i quasi mercati e la concorrenza amministrata). Viceversa, nello stesso periodo, i Sistemi di Assicurazione Sociale hanno registrato un aumento della componente pubblica rispetto alla spesa sanitaria totale, che ha portato ad un'incidenza della spesa sanitaria pubblica in percentuale del Prodotto Interno Lordo prima pari e poi superiore a quella dei Servizi Sanitari Nazionali. Anche gli Stati Uniti e la Svizzera esibiscono, analogamente, una crescita della quota pubblica della spesa sanitaria totale.

Figura 4 - Spesa sanitaria pubblica in percentuale del PIL in diverse tipologie di sistema sanitario e in Italia (1980-2010)²¹



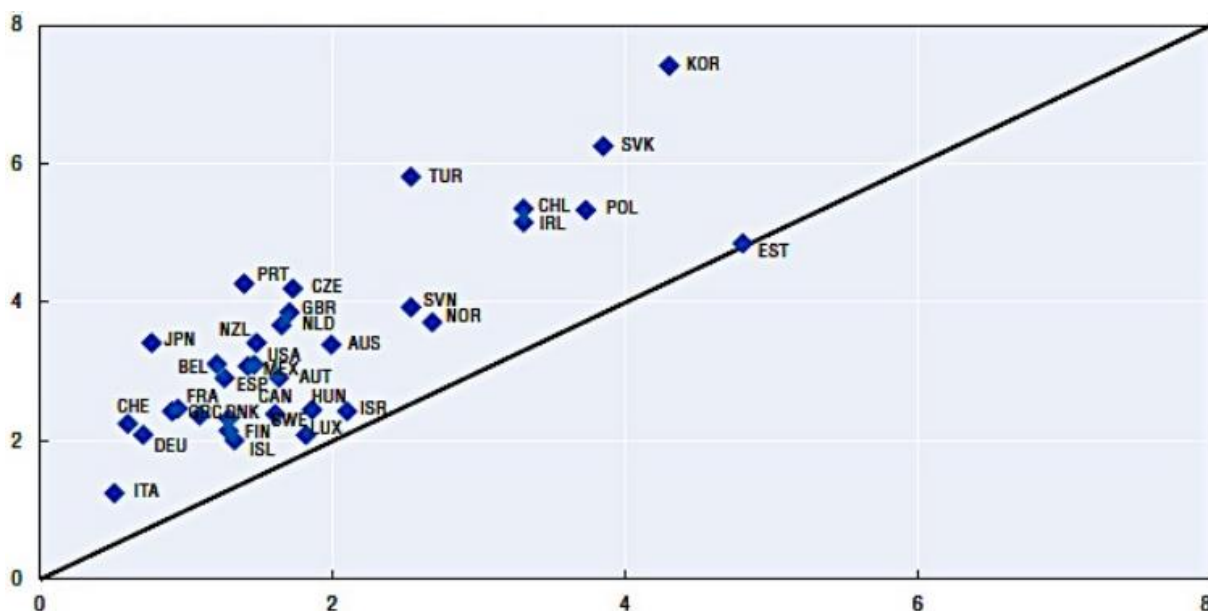
Fonte: Rebba (2014)

²¹ Il database dell'OCSE fornisce dati sulla spesa sanitaria pubblica a partire dal 1985 e dal 1988, rispettivamente per Svizzera e Italia.

Complessivamente, la crisi del welfare state e la riduzione del peso della spesa pubblica totale in termini di Prodotto Interno Lordo a partire dagli anni '80 non sembrano aver influenzato, almeno fino alla recente crisi economica, la spesa pubblica per la sanità, la quale si è mantenuta stabile o addirittura ha acquisito un peso crescente in rapporto alla spesa pubblica complessiva.

La spesa sanitaria totale è tipicamente cresciuta ad un tasso più elevato del tasso di crescita del Prodotto Interno Lordo per la maggior parte dei Paesi dell'OCSE (figura 5), pertanto quote di reddito sempre più grandi sono state destinate alla spesa sanitaria.

Figura 5 - Relazione tra tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria pro capite in termini reali (asse verticale) e tasso di crescita medio annuo del PIL pro capite in termini reali (asse orizzontale) (1990-2012)



Fonte: OECD (2015)

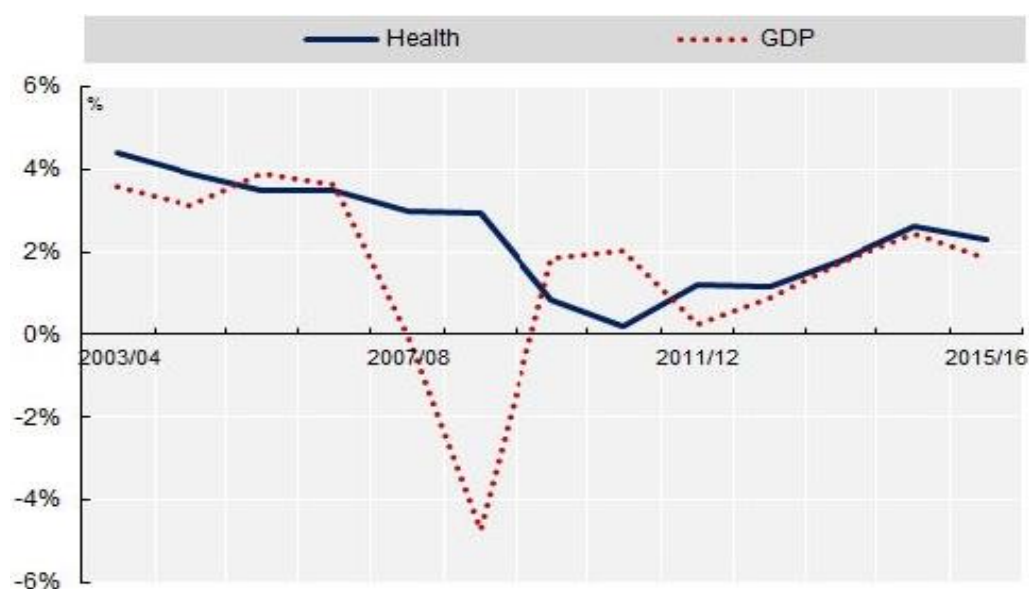
Tuttavia, il 2009 ha segnato una drastica inversione di tendenza, poiché per effetto della recente crisi economica la spesa sanitaria è cresciuta ad un tasso inferiore del tasso di crescita del Prodotto Interno Lordo per la maggior parte dei Paesi dell'OCSE²² (figura 6). Dopo un tasso di crescita medio annuo di poco più del 4% per il periodo 2000-2008 nella media dei Paesi OCSE, la spesa sanitaria è cresciuta mediamente ad un tasso del 2,6% nel 2009, del -0,4% nel 2010, dello 0,3% nel 2011 e dell'1% nel 2012²³. Ciò riflette un generale rallentamento della crescita

²² La crescita della spesa sanitaria supera la crescita del Prodotto Interno Lordo dal 2009 soltanto in 11 Paesi dell'OCSE (Australia, Belgio, Corea del Sud, Finlandia, Francia, Giappone, Israele, Nuova Zelanda, Olanda, Svizzera, Ungheria).

²³ OECD, 2015. *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. Paris: OECD Publishing. pp. 23-44.

della spesa sanitaria, la quale si allinea alla crescita dell'economia, ed una sostanziale riduzione in termini reali della spesa sanitaria per alcuni Paesi OCSE, soprattutto Grecia, Irlanda, Italia, Portogallo e Spagna, in seguito alle misure di austerità particolarmente aspre sulla spesa pubblica.

Figura 6 - Tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria pro capite e del PIL pro capite (2003-2016)



Fonte: OECD Health Statistics 2017

1.4. La definizione di sostenibilità

La crescita della spesa sanitaria storica ad un tasso più elevato del Prodotto Interno Lordo, la prolungata fase recessiva, che ha caratterizzato il recente contesto macroeconomico, e le stringenti politiche di contenimento, che inquadrano la spesa sanitaria come un costo piuttosto che come un'opportunità di crescita per il sistema economico, mettono a repentaglio i valori fondamentali di universalismo e di equità su cui si fonda il finanziamento della sanità e sollevano interrogativi riguardo alla sostenibilità dei sistemi sanitari.

Esistono due diversi concetti di sostenibilità della spesa sanitaria, che spesso non sono sufficientemente distinti²⁴:

²⁴ THOMSON, S., et al., 2009. *Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. pp. 5-15.

- **Sostenibilità economica:** fa riferimento alla percentuale del Prodotto Interno Lordo destinata alla spesa sanitaria ed al suo tasso di crescita. Le risorse impiegate per la sanità hanno un costo opportunità, infatti una maggiore spesa sanitaria implica necessariamente una minore disponibilità di risorse per altre aree di intervento pubbliche o private. La quantità di risorse che si sceglie di destinare alla sanità dipende da quanto valore si attribuisce ai benefici che produce la sanità stessa, relativamente al valore dei benefici prodotti dalle altre aree di intervento. La spesa sanitaria è considerata sostenibile sotto il profilo economico quando il valore dei benefici prodotti è superiore al costo opportunità, ovvero al valore che la collettività avrebbe potuto ottenere impiegando le risorse in altre aree pubbliche o private anziché nella spesa sanitaria, pertanto un aumento della spesa sanitaria deve essere giustificato in termini di benessere collettivo. Un sistema sanitario economicamente sostenibile garantisce la costo-efficacia della spesa sanitaria²⁵. In un'economia stagnante o in recessione, è più probabile che la crescita della spesa sanitaria in rapporto al Prodotto Interno Lordo porti ad una contrazione della spesa per altri beni e servizi che producono benessere per la collettività rispetto ad un'economia in crescita, suscitando preoccupazioni riguardo la sostenibilità economica.

- **Sostenibilità finanziaria (o fiscale):** fa riferimento alla spesa sanitaria pubblica. Un sistema sanitario potrebbe essere sostenibile sotto il profilo economico, ma insostenibile sotto il profilo finanziario se sussiste uno squilibrio tra le entrate e la spesa pubblica. Si ha sostenibilità finanziaria quando il governo dispone di entrate sufficienti ed è quindi in grado di finanziare ai propri cittadini un'assistenza sanitaria appropriata. La sostenibilità finanziaria di un sistema sanitario dipende da tre elementi principali²⁶: la crescita della spesa sanitaria pubblica nel corso del tempo dovuta a fattori strutturali dal lato della domanda e dal lato dell'offerta; i vincoli di bilancio che possono ridurre la disponibilità di risorse sufficienti a soddisfare la spesa sanitaria pubblica esistente; l'incremento del peso della spesa sanitaria pubblica rispetto al Prodotto Interno Lordo che può comprimere altre tipologie di spesa che apportano benefici alla collettività (la sostenibilità economica è pertanto una condizione necessaria, ma non sufficiente, alla

²⁵ L'analisi costo-efficacia è una tecnica di valutazione economica in campo sanitario, che permette di scegliere tra programmi sanitari alternativi. Essa considera il rapporto tra costi e benefici (outcome) espressi in unità naturali di efficacia.

²⁶ THOMSON, S., FOUBISTER, T., FIGUERAS, J., et al., 2009. *Policy Summary 1, Addressing financial sustainability in health systems*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. pp. 2-3.

sostenibilità finanziaria della spesa sanitaria). Per fronteggiare il problema della sostenibilità finanziaria, si possono seguire tre approcci: aumentare le entrate pubbliche fino a raggiungere l'equilibrio tra risorse disponibili e spesa sanitaria pubblica, ma ciò è ostacolato da difficoltà sia tecniche sia politiche, se le persone sono riluttanti a sovvenzionare l'assistenza sanitaria di altri; diminuire i livelli esistenti di copertura sanitaria pubblica, con riguardo alla porzione di popolazione alla quale essa è estesa, alla quota di spesa da essa finanziata (cost-sharing) e alla gamma di servizi sanitari che sono inclusi in essa (de-listing); migliorare l'efficienza e l'efficacia dei sistemi sanitari, utilizzando al meglio le risorse disponibili per ottenere il massimo risultato in termini di salute (ciò garantisce la sostenibilità economica della spesa sanitaria, ma spesso produce miglioramenti in termini di sostenibilità finanziaria solo nel medio-lungo termine).

In seguito alla crisi economica, la sostenibilità finanziaria della spesa sanitaria, piuttosto che la sua sostenibilità economica, è recentemente divenuta una delle maggiori tematiche di politica sanitaria²⁷. Sorge, però, un trade-off tra gli effetti positivi di breve periodo e quelli di lungo periodo. Le stringenti misure di contenimento della spesa sanitaria pubblica, adottate in seguito alla crisi economica, sono efficaci in termini di sostenibilità finanziaria di breve periodo, ma non garantiscono la sostenibilità economica di lungo periodo, poiché non riescono a controllare i fattori di crescita della spesa sanitaria; pertanto non è garantita nemmeno la sostenibilità finanziaria di lungo periodo e, in taluni casi, può verificarsi nel lungo termine un aumento della spesa sanitaria se vengono ostacolati investimenti ad elevata costo-efficacia (per esempio gli investimenti in prevenzione). Viceversa, la sostenibilità economica di lungo periodo spesso richiede nuovi investimenti nel breve termine, minacciando la sostenibilità finanziaria di breve periodo²⁸. I sistemi sanitari affrontano una sfida di lungo periodo che riguarda la sostenibilità economica e, soprattutto, la sostenibilità finanziaria della spesa sanitaria.

²⁷ LIAROPOULOS, L., GORANITIS, I., 2015. Health care financing and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity in Health*, 14 (80).

²⁸ REBBA, V., 2014. The long-term sustainability of European health care systems. "Marco Fanno" Working Paper No. 191. Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali "Marco Fanno".

Capitolo 2. L'evoluzione della spesa sanitaria e le sue determinanti

Nonostante la crescita della spesa sanitaria, successivamente alla crisi economica, abbia registrato un rallentamento, le preoccupazioni riguardo la sostenibilità dei sistemi sanitari rimangono ben radicate e quest'ultima si afferma come uno dei principali problemi posti al centro dell'agenda politica. Ciò anche in conseguenza del fatto che si prevede che la spesa sanitaria continui a crescere nel medio-lungo termine: si stima che la componente pubblica della spesa sanitaria arrivi a consumare, nei prossimi vent'anni, due punti percentuali in più del Prodotto Interno Lordo. Studiosi e politici si interrogano sulle ragioni passate e correnti della crescita della spesa sanitaria nei Paesi dell'OCSE, poiché è necessario comprendere i fattori che ne hanno determinato la crescita nel tempo e i possibili scenari futuri, al fine di attuare politiche per governare la spesa sanitaria e garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari.

2.1. I fattori di crescita della spesa sanitaria nei Paesi dell'OCSE

Esaurito l'effetto, forte dai primi anni '60 fino alla fine degli anni '80, dovuto all'aumento della popolazione assistita soprattutto per l'ampliamento della copertura pubblica (eccetto per la componente long-term care) almeno per i principali paesi europei, sono molteplici i fattori che influenzano la crescita della spesa sanitaria. Tuttavia le conoscenze riguardo tali fattori sono frammentarie e, fino alla metà degli anni '90, si credeva che la relazione positiva tra la spesa sanitaria e il Prodotto Interno Lordo fosse l'unica determinante certa della crescita della spesa sanitaria, non essendo emerse altre correlazioni significative²⁹. Numerosi studi empirici ed analisi econometriche sono stati condotti al fine di valutare il peso relativo di ogni singolo fattore sulla crescita della spesa sanitaria, ma non sempre si è giunti ad esiti inequivocabili. L'entità della spesa sanitaria è il risultato dell'interazione tra diversi fattori, non indipendenti tra di loro: la tabella sottostante riassume tali determinanti distinguendo tra quelle che agiscono dal lato della domanda, quelle che agiscono dal lato dell'offerta e le caratteristiche istituzionali e normative dei sistemi sanitari, che agiscono sia dal lato della domanda che dal lato dell'offerta. Di seguito esse verranno analizzate in maniera dettagliata una ad una.

²⁹ HARTWIG, J., 2008. What drivers health care expenditure? – Baumol's model of "unbalanced growth" revisited. *Journal of Health Economics*, 27. p. 603.

Drivers dal lato della domanda	<ul style="list-style-type: none"> • Reddito pro-capite • Aspettative della popolazione • Invecchiamento della popolazione • Trend epidemiologici • Partecipazione femminile alla forza lavoro
Drivers dal lato dell'offerta	<ul style="list-style-type: none"> • Progresso tecnologico • Malattia dei costi • Incentivi dei fornitori (effetto SID e medicina difensiva)
Drivers istituzionali	<ul style="list-style-type: none"> • Copertura pubblica dell'assistenza per acuti³⁰ • Copertura pubblica per long-term care • Modalità di remunerazione • Ricoveri • Tipologie di sistema sanitario

L'innovazione tecnologica nel settore biomedico e l'aumento del reddito pro-capite sono ampiamente ritenuti i fattori chiave della crescita della spesa sanitaria. Smith et al. (2009)³¹ sostengono che la crescita della spesa sanitaria negli Stati Uniti dal 1960 sia dovuta per il 27%-48% al progresso tecnologico e per il 29%-43% all'aumento del reddito pro-capite. Valori simili sono stimati anche per la totalità dei Paesi dell'OCSE³².

A tal riguardo, l'impatto del **progresso tecnologico** sulla spesa sanitaria risulta complesso da determinare quantitativamente; sussistono diverse metodologie, tra cui un approccio residuale che stima l'effetto delle nuove tecnologie in via residuale dopo aver considerato il contributo di altri fattori (soprattutto reddito pro-capite ed invecchiamento della popolazione). L'innovazione tecnologica ridefinisce ciò che è possibile in termini medici (le capabilities della

³⁰ Come già detto, l'espansione della copertura pubblica per l'assistenza sanitaria per acuti sembra aver esaurito il suo impatto sulla spesa sanitaria, almeno per i principali paesi europei.

³¹ SMITH, S., NEWHOUSE, J., FREELAND, M., 2009. Income, Insurance and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? *Health Affairs*, 28 (5), pp. 1276-1284.

³² de la Maisonneuve e Oliveira Martins (2013) trovano che per il periodo 1995-2009 il reddito spieghi il 42% della crescita della spesa sanitaria pubblica, mentre la tecnologia (insieme ad altri fattori residuali) più del 46%.

medicina) e migliora la qualità dell'assistenza sanitaria, ma determina un aumento della spesa sanitaria. Ciò è dovuto sia all'introduzione di innovazioni più efficaci ma anche più costose, sia ad un incremento nell'uso di nuove tecnologie, che, sebbene riducano i costi del singolo trattamento, complessivamente inducono ad un aumento della spesa sanitaria perché sono applicate con maggiore frequenza, non trovando sempre opportune giustificazioni in termini di efficacia³³. Quest'ultimo fenomeno è conseguenza anche del fatto che le soglie di diagnosi e cura si sono abbassate (per esempio, sono stati abbassati i parametri della pressione arteriosa, del colesterolo e della glicemia), estendendo i confini delle malattie.

Per quanto concerne il **reddito pro-capite**, il fulcro della questione sta nell'elasticità al reddito della spesa sanitaria, che permette di affermare se la salute sia un bene di lusso o un bene necessario. Sebbene il tema sia largamente irrisolto, poiché analisi empiriche giungono a stime dell'elasticità differenti³⁴, sembra lecito avvalorare l'ipotesi della salute come bene di lusso a livello macroeconomico, in quanto l'elasticità al reddito pro-capite, misurato in termini di Prodotto Interno Lordo pro-capite, registra valori superiori all'unità, come dimostrato da una recente analisi condotta sui Paesi EU-15³⁵. Ciò significa che, all'aumentare del Prodotto Interno Lordo pro-capite, si tende a destinarne una quota maggiore alla spesa sanitaria con un incremento più che proporzionale. Si può trovare una spiegazione a questo fenomeno nell'aumento delle **aspettative della popolazione**, in seguito all'incremento della ricchezza di un Paese: cresce la domanda di cure innovative, ma anche di beni e servizi (per esempio, farmaci di conforto e cure estetiche) atti alla ricerca di un benessere talvolta non necessario, ampliando così il ruolo del sistema sanitario. All'opposto, a livello microeconomico, l'elasticità al reddito pro-capite di un individuo per la componente di spesa sanitaria privata registra valori inferiori all'unità, pertanto la salute di un individuo è da considerarsi una necessità e la spesa sanitaria individuale sembra essere più rigida a variazioni di reddito. La convinzione che, a livello macroeconomico, la salute sia un bene di lusso pone problemi riguardo la sostenibilità del sistema sanitario, poiché un aumento del Prodotto Interno Lordo, al fine di sostenere la spesa sanitaria, potrebbe avere, invece, l'effetto contrario di condurre ad un ulteriore incremento della spesa sanitaria.

³³ GELIJNS, A., ROSENBERG, N., 1994. The dynamics of technological change in medicine. *Health Affairs*, 13 (3). pp. 33-39.

³⁴ Numerosi studi empirici (per esempio, Newhouse, 1977, Hall e Jones, 2007) stimano valori maggiori di 1 a livello macroeconomico; viceversa analisi empiriche più recenti (per esempio, Astolfi et al., 2012) stimano valori minori di 1 a livello macroeconomico.

³⁵ PAMMOLLI, F., RICCABONI, M., MAGAZZINI, L., 2008. The Sustainability of European Health Care Systems: Beyond Income and Ageing. *Working Paper* No. 52. Università degli Studi di Verona, Dipartimento di Scienze Economiche.

Un fattore, il cui impatto sulla crescita della spesa sanitaria sembra essere minore rispetto al progresso tecnologico e al reddito pro-capite, ma non meno rilevante quando si parla di sostenibilità del sistema sanitario, è l'**invecchiamento della popolazione**. Esso, infatti, mette a rischio la sostenibilità finanziaria poiché, in seguito all'aumento della speranza di vita e alla riduzione del tasso di fecondità, cresce l'indice di dipendenza degli anziani, calcolato come il rapporto tra gli individui inattivi con un'età maggiore o uguale a 65 anni e gli individui potenzialmente in età lavorativa (età 15-64), che contribuiscono prevalentemente a finanziare la sanità pubblica; ciò significa che una quota sempre minore della popolazione concorrerà in futuro a finanziare il sistema sanitario. Per contrastare parzialmente tale fenomeno, è necessario sostenere un invecchiamento attivo (active ageing), promuovendo la partecipazione alla vita sociale, lavorativa e non, anche in età avanzata, possibile grazie ad un aumento della speranza di vita in buona salute (healthy ageing) e finalizzata, allo stesso tempo, a migliorare la qualità della vita³⁶. Inoltre, sussiste una relazione positiva tra età e spesa sanitaria, ovvero la spesa sanitaria tende ad aumentare con l'età, sebbene non sia tanto l'età in sé ad influenzare la spesa sanitaria, quanto piuttosto la prossimità alla morte³⁷. Fenomeni come i death-related costs e l'healthy ageing, che attenuano l'effetto dell'età sulla crescita dei costi legati all'assistenza sanitaria, fanno sì che siano le malattie cronico-degenerative, il cui costo è elevato e che colpiscono maggiormente gli anziani, ad influenzare la spesa sanitaria. La maggiore prevalenza delle patologie cronico-degenerative (per esempio, malattie cardiovascolari, cancro, malattie respiratorie croniche, diabete) si afferma come un **trend epidemiologico**, che ha modificato lo scenario delle malattie, in passato dominato dalle malattie infettive. Le determinanti di tale tendenza possono essere rintracciate, a livello macroeconomico, nell'invecchiamento della popolazione, nella globalizzazione, nell'urbanizzazione e nelle politiche ambientali; mentre a livello microeconomico, esse possono essere ulteriormente divise in modificabili, ovvero gli stili di vita dell'individuo (come alimentazione scorretta, mancanza di attività fisica, consumo di tabacco e abuso di alcol), e non modificabili, come l'età e la predisposizione genetica³⁸. L'impatto sulla spesa sanitaria pubblica delle malattie cronico-degenerative, quando

³⁶ WHO. What is “active ageing”? Disponibile su: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/ [Data di accesso: 29/09/2017].

³⁷ Numerosi studi affermano che i costi in prossimità della morte (death-related costs), i quali sono molto elevati a prescindere dall'età (sebbene in età molto avanzata siano più bassi), si concentrano maggiormente nelle fasce di età più anziane (i tassi di mortalità sono più alti), influenzando la crescita della spesa sanitaria.

³⁸ CNESPS - Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute. Malattie croniche. Disponibile su: <http://www.epicentro.iss.it/temi/croniche/croniche.asp> [Data di accesso: 29/09/2017].

determinano condizioni di disabilità e non autosufficienza, è correlato alla decisione politica riguardante il grado di **copertura pubblica per long-term care**, ovvero per le prestazioni di assistenza continuativa³⁹: maggiori livelli di prestazioni garantiti alle persone disabili e non autosufficienti comportano un aumento della spesa sanitaria pubblica. Lo Stato si trova, quindi, a fronteggiare una pressione crescente sulla spesa pubblica dell'assistenza sanitaria di tipo long-term care, a causa non solo dell'invecchiamento della popolazione, ma anche dell'accresciuta domanda di prestazioni esterne di tipo long-term care, in conseguenza del fatto che tende a diminuire il supporto interno alle famiglie nell'assistenza a persone non autosufficienti. Una variabile socio-economica che ha contribuito a questa diminuzione è l'aumento della **partecipazione femminile alla forza lavoro**, che pertanto rientra tra i fattori che influenzano, seppur in misura minore, la crescita della spesa sanitaria.

Un altro fattore che agisce, dal lato dell'offerta, sulla spesa sanitaria è la cosiddetta **“malattia dei costi”**, detta anche morbo di Baumol. Essa afferma l'esistenza di settori stagnanti, per i quali il progresso tecnologico tenderebbe a snaturare il prodotto (data la natura ad alta intensità di lavoro di questi settori, non è possibile diminuire la forza lavoro senza intaccare la qualità del servizio offerto) e pertanto caratterizzati da un basso tasso di crescita della produttività. Tuttavia, l'economia è contrassegnata principalmente dalla presenza di settori “progressivi”, contraddistinti dalla possibilità di aumentare la propria produttività in quanto incorporano il progresso tecnologico nella funzione di produzione, rendendo ammissibile un incremento dei salari senza aumentare i costi di produzione. Questo squilibrio tra le due tipologie di settori fa sì che i settori stagnanti adeguino i loro salari a quelli degli altri settori “progressivi” onde evitare uno spostamento dei loro lavoratori verso questi ultimi, subendo però un aumento dei costi dovuto alla loro incapacità di aumentare la produttività⁴⁰. Un esempio di settore stagnante è il settore sanitario, in cui l'apporto della forza lavoro è imprescindibile⁴¹ e quindi affetto da “malattia dei costi”.

Un'ulteriore caratteristica intrinseca del settore sanitario è la presenza di asimmetria informativa nel rapporto di agenzia tra medico e paziente (il paziente ha uno svantaggio informativo rispetto al medico). Ciò può condurre al verificarsi del cosiddetto **effetto SID** (supply-induced demand), qualora il medico induca il paziente a consumare un livello

³⁹ Oltre a malattie cronic-degenerative che determinano condizioni di disabilità e non autosufficienza, sono comprese nell'assistenza di tipo long-term care prestazioni a favore di persone disabili o non autosufficienti non in conseguenza di malattie cronic-degenerative.

⁴⁰ PIRANI, M., 1992. Il welfare state è caro come suonare Mozart. *La Repubblica*.

⁴¹ Si pensi, ad esempio, ad un'equipe medica, il cui numero dei componenti non è comprimibile senza alterare le caratteristiche e la qualità del servizio offerto.

differente, superiore o inferiore, rispetto a quello che quest'ultimo avrebbe preferito in base alla propria funzione di utilità. Nel caso in cui questo differenziale converga verso un eccesso di domanda di prestazioni sanitarie, si assiste ad un inevitabile aumento della spesa sanitaria. Infatti, l'agire del medico può essere orientato al perseguimento di obiettivi differenti dal miglioramento del benessere del paziente e ciò può indurre a consumi inappropriati. Un simile obiettivo può essere la minimizzazione del rischio di responsabilità medico-legali, che è alla base della **medicina difensiva**: attiva, qualora la prescrizione di esami e terapie ecceda il consumo necessario, o passiva, qualora non si effettuino interventi a pazienti troppo rischiosi. Rientra tra gli obiettivi, che possono indurre ad un consumo scorretto, anche la massimizzazione del reddito del medico, poiché qualora il medico sia remunerato a tariffa per prestazione (fee-for-service), si potrebbe verificare un ampliamento della domanda indotta con un conseguenziale incremento della spesa sanitaria. Pertanto, si apre un dibattito istituzionale su quale sia la **modalità di remunerazione**⁴² più adeguata che i sistemi sanitari dovrebbero implementare.

Oltre alle modalità di remunerazione, sono state studiate altre caratteristiche istituzionali dei sistemi sanitari in relazione al loro impatto sulla spesa sanitaria. Per esempio, è ritenuta significativa la relazione tra i **ricoveri** (in-patient care) e l'assistenza ambulatoriale (out-patient care), dimostrando che i primi sono più costosi della seconda⁴³.

Infine, confrontando le differenti **tipologie di sistema sanitario**, sembra emergere che i sistemi basati sull'assicurazione privata e i Sistemi di Assicurazione Sociale tendano a spendere leggermente di più rispetto ai Servizi Sanitari Nazionali, ma sembra più opportuno affermare che non vi siano evidenze significative sull'impatto delle tipologie di sistema sanitario sulla spesa sanitaria⁴⁴.

⁴² Modalità di remunerazione come la quota capitaria e lo stipendio fisso attenuano l'incremento delle prestazioni rispetto al pagamento a tariffa per prestazione, ma possono presentare problematiche legate alla qualità del servizio.

⁴³ GERDTHAM, UG., JONSSON, B., 2000. International comparison of health expenditure: Theory, data and econometrics analysis, Chapter 1. *Handbook of Health Economics, Volume 1*, Edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse. Amsterdam: Elsevier. pp. 33-36, 45-46.

⁴⁴ REBBA, V., 2014. The long-term sustainability of European health care systems. "Marco Fanno" Working Paper No. 191. Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali "Marco Fanno".

2.2. Le proiezioni future della spesa sanitaria nei Paesi dell'OCSE

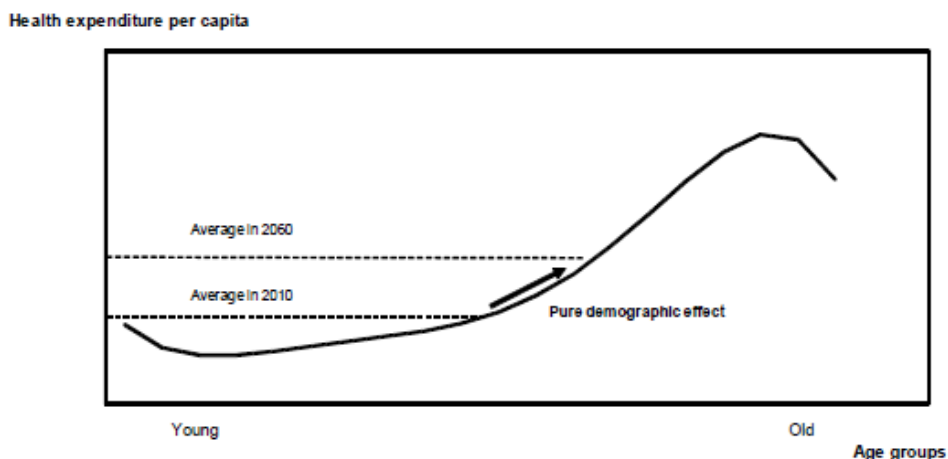
Lo studio dei fattori che influenzano la crescita della spesa sanitaria è indispensabile per tentare di prevedere come essi possano contribuire all'evoluzione futura della spesa sanitaria nei Paesi dell'OCSE; un'analisi a riguardo è stata implementata, per conto dell'OCSE, da de la Maisonneuve e Oliveira Martins (2013)⁴⁵.

L'analisi elabora le proiezioni al 2060 della spesa sanitaria pubblica in percentuale al Prodotto Interno Lordo partendo da un anno-base, calcolato come la media del rapporto spesa sanitaria pubblica sul Prodotto Interno Lordo durante il periodo 2006-2010. Le proiezioni sono distinte tra la spesa sanitaria per acuti e la spesa per long-term care.

Per quanto concerne la metodologia applicata alle proiezioni della spesa sanitaria pubblica per acuti, gli autori hanno inizialmente analizzato l'effetto di due principali drivers, l'età (invecchiamento della popolazione) e il reddito, prendendoli singolarmente. Il residuo della regressione si può dunque considerare come l'effetto dei rimanenti drivers, di cui il principale è senza ombra di dubbio il progresso tecnologico. Successivamente, hanno ipotizzato due possibili scenari dell'evoluzione della spesa sanitaria pubblica: "cost-pressure" in assenza di interventi correttivi e "cost-containment" con azioni politiche dirette a governare l'effetto dei drivers residuali. Il modello si basa sull'ipotesi che i profili per classe di età si modifichino nel tempo, registrando una diminuzione della spesa sanitaria per individuo nelle classi di età più anziane (figura 8): l'effetto dell'invecchiamento della popolazione, come già descritto in precedenza, è mitigato dall'healthy ageing, che trasla in avanti la curva dei costi (gli anziani costeranno sempre più dei giovani ma ad un'età progressivamente maggiore). Tale scenario si contrappone a quello in cui i profili di spesa per classe di età rimangano costanti nel tempo (figura 7).

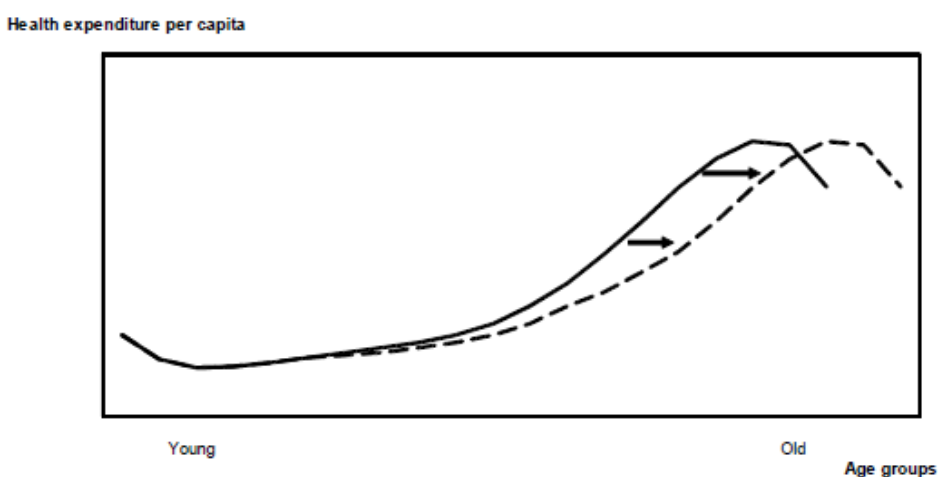
⁴⁵ DE LA MAISONNEUVE, C., OLIVEIRA MARTINS, J., 2013. Public spending on health and long-term care: a new set of projections. *OECD Economic Policy Papers* No. 6. OECD Publishing.

Figura 7 - Effetto dell'invecchiamento puro



Fonte: de la Maisonneuve e Oliveira Martins (2013)

Figura 8 - Effetto dell'invecchiamento attenuato dall'healthy ageing



Fonte: de la Maisonneuve e Oliveira Martins (2013)

Un'ulteriore ipotesi alla base del modello, per stimare l'influenza della crescita del reddito sulla spesa sanitaria pubblica per acuti, è l'elasticità al reddito della spesa sanitaria che viene posta uguale a 0,8. Infine, si assume che l'effetto dei drivers residuali sulla crescita della spesa sanitaria pubblica per acuti converga a zero nel 2060 in presenza di interventi correttivi (scenario "cost-containment"). In termini quantitativi, il modello prevede che l'effetto dell'età sulla spesa sanitaria per acuti incida per circa 0,8 punti percentuali in più del Prodotto Interno Lordo, per la media dei Paesi dell'OCSE nel 2060. Il peso dell'invecchiamento della popolazione sulle proiezioni della spesa sanitaria per acuti è contenuto per effetto dell'healthy

ageing. L'aumento del reddito, invece, influisce negativamente sulla spesa sanitaria pubblica per acuti, portando ad una riduzione nel 2060 di -0,8 punti percentuali della quota di Prodotto Interno Lordo destinata alla spesa sanitaria⁴⁶. Complessivamente si stima che, per la media dei Paesi dell'OCSE, la spesa sanitaria pubblica per acuti in percentuale del Prodotto Interno Lordo cresca di quasi 2,5 punti percentuali, passando dal 5,5% nell'anno-base al 7,9% nel 2060, in uno scenario in cui lo Stato è in grado di contenere gli effetti dei drivers residuali. Gli incrementi maggiori si registrano in: Cile, Corea, Lussemburgo, Messico e Turchia; gli incrementi minori si registrano in: Estonia, Ungheria, Svezia e Regno Unito. Per contro, nel caso in cui lo Stato non adotti misure correttive, si stima che la spesa sanitaria pubblica per acuti in percentuale del Prodotto Interno Lordo cresca di 6,3 punti percentuali, raggiungendo l'11,8% nel 2060.

Per quanto riguarda la spesa pubblica per long-term care, la prima ipotesi alla base dell'analisi è che essa sia indipendente dall'età, ma per l'effetto dell'invecchiamento della popolazione essa aumenta, al netto dell'effetto di mitigazione dell'healthy ageing, in quanto si amplia la quota di popolazione anziana⁴⁷. Diversamente da quanto ipotizzato in precedenza per la spesa sanitaria pubblica per acuti, l'elasticità al reddito della spesa per long-term care è assunta pari a 1. Accanto all'effetto dell'età e del reddito, è rilevante considerare il morbo di Baumol, in quanto il settore long-term care, essendo ad alta intensità di lavoro (labour intensive), è caratterizzato da bassi tassi di produttività. Si ipotizza che l'elasticità della spesa per long-term care agli incrementi di produttività nei settori "progressivi" dell'economia sia pari a 1 nello scenario "cost-pressure"; viceversa, nello scenario "cost-containment", per effetto di azioni politiche finalizzate a mitigare il morbo di Baumol, l'elasticità è pari a 0,5. Infine, va considerato l'incremento della partecipazione femminile alla forza lavoro che, come già spiegato in precedenza, influenza la crescita della spesa pubblica per long-term care. I risultati del modello evidenziano che, in media per i Paesi dell'OCSE, la spesa pubblica per long-term care in percentuale del Prodotto Interno Lordo registra un incremento di 0,8 punti percentuali, passando dallo 0,8% nell'anno-base all'1,6% nel 2060, nello scenario cost-containment. Gli incrementi maggiori si ipotizzano in: Cile, Corea, Messico e Turchia; mentre si stima una crescita minore in: Finlandia, Islanda, Norvegia, Svezia, Regno Unito e Stati Uniti. Nello scenario cost-pressure, si presume che la spesa pubblica per long-term care in percentuale del Prodotto

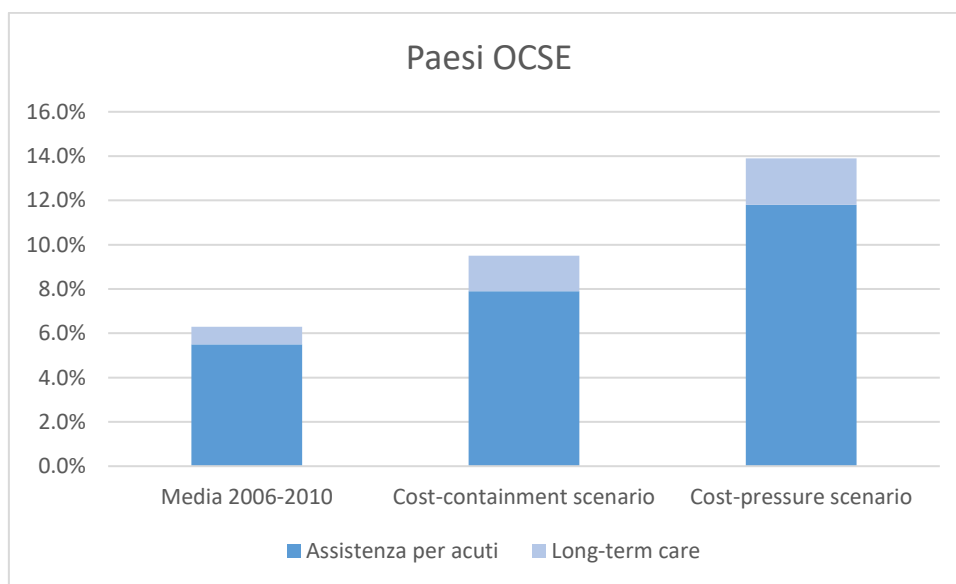
⁴⁶ Vengono riproposte le stime ipotizzando valori per l'elasticità al reddito pari a 1 e a 0,6 nello scenario "cost-containment". Si trova che la spesa sanitaria pubblica per acuti in percentuale del Prodotto Interno Lordo si attesti nel 2060 a 8,7% nel primo caso e 7,3% nel secondo caso, registrando valori rispettivamente superiori ed inferiori al valore stimato di 7,9% nel caso di elasticità al reddito pari a 0,8.

⁴⁷ L'effetto dell'età sulla spesa per long-term care si stima che determini un aumento di 0,3 punti percentuali in più del Prodotto Interno Lordo nel 2060, per la media dei Paesi dell'OCSE.

Interno Lordo raggiunga nel 2060 il 2,1%, registrando un incremento di quasi 1,4 punti percentuali.

Infine, le proiezioni della spesa sanitaria pubblica totale, che considera sia la spesa sanitaria per acuti sia la spesa per long-term care, stimano una crescita per la media dei Paesi dell'OCSE dal 6,2% del Prodotto Interno Lordo nell'anno-base al 9,5% nel 2060, nello scenario "cost-containment". Viceversa, nello scenario "cost-pressure", la percentuale di Prodotto Interno Lordo destinata alla spesa sanitaria pubblica è più che raddoppiata, raggiungendo nel 2060 il 13,9% (figura 9). Tuttavia, è bene sottolineare che le proiezioni differiscono tra i singoli Paesi: nello scenario "cost-containment", Corea e Cile (che stanno invecchiando molto velocemente), Spagna e Messico (che potrebbero affrontare un incremento della partecipazione alla forza lavoro) registrano maggiori incrementi (da 4 a 5 punti percentuali) rispetto alla media dei Paesi dell'OCSE; mentre Regno Unito, Stati Uniti e i Paesi nordici registrano incrementi minori (inferiori a 3 punti percentuali).

Figura 9 - Proiezioni al 2060 della spesa sanitaria per acuti e della spesa per long-term care, in percentuale del Prodotto Interno Lordo



Fonte: de la Maisonneuve e Oliveira Martins (2013)

	Spesa sanitaria per acuti in % del PIL			Spesa per long-term care in % del PIL			Totale in % del PIL		
	Anno- base	2060		Anno- base	2060		Anno- base	2060	
		Cost- pressure	Cost- containment		Cost- pressure	Cost- containment		Cost- pressure	Cost- containment
Paesi OCSE ⁴⁸	5,5	11,8	7,9	0,8	2,1	1,6	6,2	13,9	9,5

Altre istituzioni, quali il Fondo Monetario Internazionale e la Commissione Europea, nonché i governi stessi di molti Paesi, effettuano periodicamente proiezioni della spesa sanitaria pubblica. Le proiezioni differiscono tra di loro per la metodologia applicata e per le ipotesi riguardanti l'evoluzione dei principali fattori di crescita della spesa sanitaria. In linea di massima, tali modelli previsionali non hanno lo scopo di fornire dei valori puntuali della spesa sanitaria pubblica futura, ma piuttosto dovrebbero essere funzionali ai decisori politici nel formulare politiche di riforma per la sostenibilità dei sistemi sanitari, in quanto tracciano una panoramica dei possibili scenari di sviluppo.

⁴⁸ Media non pesata.

Capitolo 3. Come garantire la sostenibilità del sistema sanitario

Al fine di arginare i fattori di crescita della spesa sanitaria, sono state adottate o progettate politiche per cercare di assicurare la sostenibilità del sistema sanitario. In particolare, alcuni strumenti sono rivolti alla sostenibilità economica, in quanto mirano a ridurre i livelli di inefficienza ed inefficacia presenti nei sistemi sanitari, mentre altre misure rimettono in discussione il mix tra finanziamento pubblico e finanziamento privato, in modo da non pregiudicare la sostenibilità finanziaria. In Italia, un intervento è ancor più auspicabile dato l'impatto che la recente crisi economica ha avuto sulla sostenibilità finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale.

3.1. Le politiche per la sostenibilità del sistema sanitario

3.1.1. Sostenibilità economica

Essendo la sostenibilità economica condizione necessaria alla sostenibilità finanziaria, lo studio delle politiche finalizzate a garantire quest'ultima non può prescindere dagli interventi atti a promuovere la sostenibilità economica del sistema sanitario.

Gli **incentivi ad adottare corretti stili di vita** rientrano tra le politiche di governo della domanda, in quanto sono orientati ad influenzare i comportamenti dei consumatori per limitare i costi sociali associati ad un cattivo stato di salute e la perdita di capitale umano. L'adozione di stili di vita sani ha effetti preventivi e permette di prolungare la vita lavorativa e di migliorare il livello di salute in età anziana; inoltre la prevenzione non deve essere trascurata neanche negli anziani⁴⁹. Accanto ad interventi tradizionali, quali imposte e sussidi (per esempio, imposte correttive sui consumi di tabacco e alcol, sul contenuto di grassi, zucchero e sale dei cibi), che controllano i fattori di rischio di malattie, si sta sviluppando una metodologia alternativa, detta nudging (spinta gentile). Essa appartiene al filone del paternalismo libertario, in quanto orienta le scelte e i comportamenti dei consumatori senza imporre dei divieti e senza influenzarli economicamente⁵⁰. Il nudging agisce sui contesti, entro cui vengono operate le scelte non perfettamente razionali degli individui, al fine di incoraggiare i comportamenti virtuosi, ma esso può anche essere dannoso qualora spinga gli individui verso scelte scorrette. Pur essendo

⁴⁹ SALUTE24 – Il Sole 24 Ore. Stili di vita, la prevenzione è fondamentale anche in tarda età. Disponibile su: http://salute24.ilsole24ore.com/articles/18224?refresh_ce=1 [Data di accesso: 13/10/2017].

⁵⁰ MARTEAU, T., et al., 2011. Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 342.

teoricamente interessante, il nudging non ha ancora sufficienti riscontri empirici che garantiscano la sua efficacia.

L'educazione sanitaria e l'informazione sono mezzi funzionali alla promozione della salute, in quanto non solo incentivano l'adozione di corretti stili di vita, ma contribuiscono anche a creare consumatori più consapevoli, accrescendone l'**empowerment**. Tale processo aiuta le persone ad acquisire un maggior controllo sulle decisioni che riguardano la loro salute, migliorando la capacità di autogestirsi e riducendo la domanda inappropriata di beni e servizi sanitari⁵¹.

Dal lato dell'offerta, uno strumento di governo dell'innovazione tecnologica in campo biomedico è rappresentato dall'**Health Technology Assessment** (HTA). Il processo tecnico di analisi costo-efficacia delle nuove tecnologie sanitarie, funzionale alla valutazione delle stesse, richiede capacità specifiche che i decisori politici non possiedono. Per facilitare la scelta dei decisori politici sull'adozione e diffusione delle nuove tecnologie, è stato pertanto sviluppato un approccio multidisciplinare, fondato sulla metodologia della medicina basata su evidenze (Evidence Based Medicine), che all'analisi costo-efficacia affianca altri aspetti necessari a fini della decisione, come le caratteristiche tecniche, la sicurezza, la fattibilità, l'efficacia della clinica, le implicazioni e le ricadute organizzative, sociali, legali ed etiche. Tale valutazione delle innovazioni tecnologiche funge, quindi, da collegamento tra ambito tecnico-scientifico e ambito politico-decisionale, incentivando l'utilizzo delle tecnologie più costo-eficaci⁵².

Le differenti modalità di remunerazione dei medici (stipendio, quota capitaria e tariffa per prestazione) hanno effetti contrastanti sulla quantità e qualità dei servizi sanitari offerti, sebbene non incentivino direttamente i fornitori a migliorare la qualità delle cure. Infatti, nel caso del pagamento a tariffa per prestazione, se da una parte tale modalità influenza la spesa sanitaria perché porta ad un incremento della quantità di prestazioni fornite, con inevitabili perdite di efficienza, dall'altra può accidentalmente condurre ad un miglioramento della qualità. All'opposto, stipendio e quota capitaria assicurano un maggior controllo sulla spesa sanitaria, ma implicitamente disincentivano la promozione della qualità dei servizi sanitari. Pertanto, si rende necessaria l'adozione di incentivi che condizionino direttamente la qualità e l'efficacia delle cure offerte, in aggiunta alle modalità di remunerazione. Un tale meccanismo è il cosiddetto **pay-for-performance**, che prevede una ricompensa per i medici qualora raggiungano un certo target di qualità dei servizi erogati e di salute dei pazienti.

⁵¹ ANON., 2012. Patient empowerment – who empowers whom? [editorial]. *The Lancet*, 379, p. 1677.

⁵² BALLINI, L., 2010. Health Technology Assessment: un “ponte” sospeso nel vuoto? *Politiche Sanitarie*, 11 (4), ottobre-dicembre, pp. 270-272.

L'implementazione pratica di questo meccanismo passa, necessariamente, attraverso la misura della qualità. Un indicatore come gli anni di vita guadagnati ponderati per la qualità (QALY) pare il più appropriato, ma, data la sua difficile misurazione, vengono utilizzati più di frequente altri rilevatori, quali i tempi d'attesa e l'adesione a linee-guida basate su evidenze⁵³.

Per limitare la variabilità nelle prestazioni erogate, riducendo l'inappropriatezza clinica e quindi la spesa sanitaria, vengono adottati linee-guida e percorsi diagnostico-terapeutici fondati su evidenze, comunemente condivisi. La loro applicazione è incoraggiata dalle **riforme della disciplina della responsabilità medica**⁵⁴, che contribuiscono a ridurre la medicina difensiva.

La **gestione delle liste di attesa con criteri di prioritizzazione** è una politica che consente indirettamente di governare l'eccesso di domanda, inducendo ad un consumo appropriato⁵⁵. Essa determina una riduzione dei tempi di attesa dei pazienti con elevato bisogno, migliorando la qualità del servizio. Infatti, se elevati tempi di attesa hanno l'effetto di razionare implicitamente la domanda, scoraggiandola, per contro non garantiscono efficienza, qualità ed equità⁵⁶.

Ulteriori azioni per la sostenibilità economica dei sistemi sanitari mirano al **potenziamento della medicina territoriale e dell'assistenza domiciliare**. Quest'ultima può essere funzionale a sviluppare maggior coordinazione ed integrazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali, il che risponde al bisogno di una società in cui la prevalenza di malattie cronico-degenerative è in aumento. Inoltre, per diminuire gli elevati costi associati ai ricoveri ordinari, si ricorre maggiormente, ove possibile, alle **prestazioni ambulatoriali** (out-patient care) e ad innovazioni di processo, quali **day hospital** e **day surgery**.

⁵³ CASHIN, C., et al., 2014. Health provider P4P and strategic health purchasing, Chapter 1. *Paying for Performance in Health Care: Implications for health systems performance and accountability*. European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead: McGraw-Hill, Open University Press. pp. 3-8.

⁵⁴ Un esempio è rappresentato dalla riforma Gelli (L. 24/2017), riguardante la sicurezza delle cure e la responsabilità professionale di medici e sanitari, la quale interviene sulla responsabilità medica penale e civile. Riguardo alla prima, la riforma introduce nel Codice penale il nuovo articolo 590-sexies: "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario", la quale può essere esclusa per imperizia qualora il medico dimostri di essersi attenuto durante l'esecuzione della sua prestazione alle linee-guida o alle buone prassi clinico-assistenziali. Mentre per quanto concerne la responsabilità civile, questa viene attribuita al medico se di natura extracontrattuale o alla struttura sanitaria se di natura contrattuale.

⁵⁵ I pazienti che non rispettano i requisiti di priorità tendono ad uscire dalle liste di attesa, o affidandosi al mercato privato o rinunciando alla prestazione.

⁵⁶ ANON., 2012. Governare i tempi di attesa e le priorità in sanità [editoriale]. *Politiche sanitarie*, 13 (1), gennaio-marzo, pp. 1-3.

Data l'alta incidenza dei costi ospedalieri sul totale della spesa sanitaria in tutti i Paesi, un obiettivo comune risiede nella loro diminuzione. A tal proposito, è stato introdotto un sistema di **finanziamento prospettico** basato su costi standard, in sostituzione al rimborso retrospettivo basato sulla spesa storica o per giornata di degenza⁵⁷. Per implementare il finanziamento prospettico delle strutture ospedaliere, si può utilizzare il sistema dei Diagnosis-Related Groups (DRG). Esso è finalizzato alla costituzione di categorie di pazienti omogenee rispetto alla quantità di risorse consumate e quindi simili in termini economici. Il finanziamento degli ospedali si basa, pertanto, non sulle spese effettive sostenute, ma sulle spese medie attese, poiché il suo ammontare è definito da tariffe predeterminate per raggruppamenti omogenei di diagnosi, le quali si riferiscono al costo medio delle prestazioni per tutti i pazienti attribuiti alla stessa categoria. Un sistema di questo tipo ha l'obiettivo di incentivare l'efficienza e la qualità, stimolando la competizione tra gli ospedali, ma può indurre, per esempio, ad esclusione di tipologie di pazienti più rischiose, dimissioni anticipate o ricoveri ripetuti, a causa di comportamenti opportunistici che deteriorano la qualità stessa delle cure offerte.

Un'ultima manovra, che consente di registrare possibili risparmi di risorse dato l'aumento di efficienza ed efficacia, consiste nella **decentralizzazione** delle funzioni del sistema sanitario. Essa si fonda sull'idea che organizzazioni più piccole, adeguatamente strutturate ed amministrare, possano risultare più efficienti rispetto ad organizzazioni più grandi⁵⁸. La decentralizzazione è stata adottata in maniera differente da molti Paesi, con risultati però diversi in termini di riduzione dei costi del sistema sanitario⁵⁹.

3.1.2. Sostenibilità finanziaria

In tempi di recessione, come è avvenuto in seguito alla recente crisi economica, la reazione immediata consiste nell'adozione di **politiche di austerità**, che comprendono un insieme di misure di contenimento della spesa sanitaria pubblica, quali limiti massimi di spesa, blocco di turn over e contratti, tagli alla spesa per beni e servizi, blocco degli investimenti, inasprimento dei ticket, la promozione dei farmaci generici⁶⁰. Tali politiche sono efficaci nel breve termine,

⁵⁷ Il rimborso è lo stesso per ogni giorno di degenza.

⁵⁸ SALTMAN, R., et al., 2007. Introduction: The question of decentralization. *Decentralization in Health Care*. European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead: McGraw-Hill, Open University Press. p. 1.

⁵⁹ Tra i casi più virtuosi, vi è senz'altro l'Italia.

⁶⁰ QUIRINO, N., 2017. Misure per salvare il sistema sanitario nazionale e le nostre vite. *La Repubblica*. Disponibile su:

perseguendo un obiettivo di sostenibilità finanziaria di breve periodo, ma pregiudicano la sostenibilità di lungo periodo, poiché non controllano i drivers di crescita della spesa sanitaria.

I sistemi sanitari affrontano la sfida di conciliare l'innovazione tecnologia in campo biomedico e l'evoluzione dei bisogni di salute con i vincoli di finanza pubblica, più stringenti nel recente contesto macroeconomico. Pertanto, è necessario ricercare **nuovi equilibri tra finanziamento pubblico e finanziamento privato**, affinché la promozione della qualità si combini con l'esigenza di sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. A tal proposito, la gamma di beni e servizi garantiti (totalmente o parzialmente) dalla copertura pubblica è una scelta esclusivamente politica, che va supportata da valutazioni di costo-efficacia; l'utilizzo dell'Health Technology Assessment è funzionale all'aggiornamento delle innovazioni tecnologiche da far rientrare nella copertura pubblica. L'introduzione di limiti espliciti alla gamma di prestazioni coperte dall'intervento pubblico rappresenta una forma di razionamento esplicito. Prima di tutto, occorre definire il pacchetto base delle prestazioni che rispondono al requisito di essenzialità: esse sono finanziate in toto pubblicamente dal gettito di imposte generali e progressive. In secondo luogo, si individuano le prestazioni a finanziamento misto, che si suddividono in quelle finanziate in parte dal pubblico e in parte da compartecipazioni degli utenti per mezzo dei ticket e in quelle coperte da assicurazioni private di tipo integrativo, opportunamente regolate dallo Stato per incentivarne la sottoscrizione. Rimangono escluse le prestazioni finanziate esclusivamente da risorse private, per mezzo di pagamenti out-of-pocket o di assicurazioni private non sussidiate dallo Stato. I ticket rappresentano uno strumento diretto di governo della domanda di beni e servizi sanitari e non dovrebbero essere intesi come un mezzo di finanziamento della spesa sanitaria. Agli effetti positivi che potenzialmente apportano in termini di efficienza e qualità, in quanto riducono i consumi inappropriati, si affiancano delle possibili conseguenze negative sull'equità. Pertanto, i ticket devono essere opportunamente calibrati e non applicati indiscriminatamente, come è dimostrato dal nuovo approccio "value-based cost-sharing", secondo cui le compartecipazioni dovrebbero essere minori per prestazioni con maggiori livelli di costo-efficacia. La teoria standard prevedeva, invece, che le compartecipazioni fossero correlate positivamente con l'elasticità al prezzo della domanda. Si deve ricorrere, inoltre, ad esenzioni per patologia e per reddito, per limitare gli effetti negativi in termini di disuguaglianze nell'accesso alle cure⁶¹.

http://www.repubblica.it/salute/2017/07/02/news/tre_misure_drastiche_per_salvare_il_sistema_sanitario_nazionale-169771903/ [Data di accesso: 16/10/2017].

⁶¹ REBBA, V., 2013. Il futuro dei sistemi sanitari pubblici tra universalismo e sostenibilità, Capitolo 8. *Evoluzione e riforma dell'intervento pubblico. Scritti in onore di Gilberto Muraro*. Torino: Giappichelli Editore.

3.2. Le politiche per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale in Italia

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito in Italia nel 1978 (L. 833/1978). Esso si caratterizza per un'accentuata decentralizzazione, non solo per quanto riguarda i poteri amministrativi, che concernono le responsabilità per l'erogazione dei servizi, ma anche i poteri finanziari. A partire dagli anni '90, sono state emanate una serie di riforme, che hanno progressivamente attuato il decentramento fiscale, sancendo la piena responsabilizzazione riguardo ai disavanzi e l'autonomia finanziaria delle Regioni, le quali finanziano i propri Servizi Sanitari Regionali con tributi propri (IRAP e addizionale IRPEF)⁶², e puntando ad una sorta di federalismo fiscale. L'organizzazione del SSN si dispone, quindi, su tre livelli: lo Stato, che svolge la funzione di garante del diritto alla salute e definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), i quali devono essere forniti da ogni sistema regionale; le Regioni, con responsabilità amministrative e finanziarie; le Aziende Sanitarie, che hanno affrontato un processo di aziendalizzazione nei primi anni '90 ed hanno la funzione di erogare i servizi sanitari.

La spesa sanitaria in Italia ha avuto un andamento omogeneo rispetto alla media dei Paesi dell'OCSE. Il trend in crescita della spesa sanitaria in rapporto al Prodotto Interno Lordo ha registrato un primo rallentamento nella prima metà degli anni '90, per effetto della temporanea riduzione della componente pubblica anche in seguito al processo di aziendalizzazione; successivamente, si è verificata un'inversione di tendenza dal 2009 al 2013, in conseguenza delle restrizioni finanziarie imposte alla sanità pubblica, ma dal 2014 la spesa sanitaria in rapporto al Prodotto Interno Lordo ha ripreso leggermente a crescere, contestualmente alla lenta ripresa dell'economia nazionale. L'inasprimento delle restrizioni finanziarie nel periodo 2009-2013, appartenenti al gruppo dei tagli alla spesa pubblica effettuati in risposta allo scoppio della crisi, ha riguardato principalmente la riduzione dei costi del personale, tramite il blocco di turn over, e la diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata. Questi tagli, se da una parte hanno contribuito al contenimento della spesa, al punto che il finanziamento alla sanità in alcuni anni è addirittura diminuito, dall'altra rischiano di logorare il sistema sanitario e la fiducia che i cittadini ripongono in esso. La volontà di invertire questa tendenza si può riscontrare nel Patto

⁶² È necessario l'intervento dello Stato per le Regioni che non riescono a coprire interamente il loro fabbisogno di spesa con il gettito delle proprie imposte; ciò avviene attraverso un fondo perequativo (Fondo Sanitario Nazionale), finanziato dal prelievo di imposte, in particolare IVA e accise, e ripartito tra le Regioni sulla base di una quota capitaria ponderata a seconda della struttura demografica di ciascuna Regione. Le Regioni, sistematicamente in disavanzo e con scostamenti significativi rispetto al finanziamento dello Stato in aggiunta al gettito delle proprie imposte, sono soggette a Piani di rientro, che rappresentano un efficace strumento di controllo della spesa, in quanto finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni ed a raggiungere il riequilibrio dei conti dei Servizi Sanitari Regionali.

per la Salute 2014-2016, siglato nel luglio 2014 tra lo Stato e le Regioni, e in altri interventi legislativi, i quali hanno abbozzato numerose misure in direzione della sostenibilità del SSN sebbene siano rimaste in gran parte inattuato, e nel lavoro svolto dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato.

La Commissione Igiene e Sanità del Senato ha affrontato il tema della sostenibilità del SSN, conducendo un'indagine iniziata nel giugno 2013 e conclusasi nel giugno 2015⁶³. Essa ha messo in discussione i tagli alla sanità, che deteriorano la qualità e l'equità del sistema sanitario, e ha affermato la necessità di migliorare il funzionamento della sanità, contenendo gli sprechi, non solo la spesa. A tal proposito, sembra importante che l'Italia si doti di un programma nazionale di Health Technology Assessment, in quanto manca un'agenzia nazionale e ci sono state soltanto delle esperienze a livello regionale. Il Patto per la Salute 2014-2016, recependo le direttive comunitarie riguardanti l'Health Technology Assessment, istituisce un primo tentativo di coordinamento nazionale per la valutazione di dispositivi medici e di medicinali utilizzando tale metodologia. La Commissione sottolinea, inoltre, l'importanza di una revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che devono essere adattati al progresso tecnologico, ai cambiamenti demografici ed epidemiologici e ai reali bisogni di salute della collettività, secondo logiche di costo-efficacia. I LEA sono stati definiti inizialmente nel 2001 (D.P.C.M. del 29 Novembre 2001) e rappresentano la gamma di prestazioni che il SSN deve garantire uniformemente a tutti i cittadini, a titolo gratuito o dietro il pagamento di un ticket. Dunque, è necessario revisionare anche il sistema dei ticket e delle corrispondenti esenzioni. Il D.P.C.M. del 2001 è stato sostituito con il nuovo D.P.C.M. del 13 Gennaio 2017, che prevede l'introduzione di nuove prestazioni e l'eliminazione di servizi non più ritenuti essenziali. In aggiunta, la Commissione ha evidenziato la necessità di regolamentare la responsabilità medica, per la quale è stata, successivamente, emanata un'apposita legge, ovvero la già citata riforma Gelli (L. 24/2017). Una criticità, che emerge dall'indagine della Commissione, sembra essere la mancanza di un programma nazionale per la long-term care e di adeguati finanziamenti, diversamente da quanto è fatto in altri Paesi europei, per rispondere ad una domanda crescente di prestazioni socio-sanitarie per le persone non autosufficienti. È necessario puntare ad un'integrazione socio-sanitaria e potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare, promossa anche dal Patto per la salute 2014-2016, al fine di ridurre i ricoveri non necessari. Infine, ulteriori tematiche sollevate dalla Commissione riguardano la gestione del personale,

⁶³ SENATO DELLA REPUBBLICA - 12^a Commissione permanente Igiene e Sanità, 2015. Relazione sullo stato e sulle prospettive del Servizio sanitario nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità. Giugno 2015.

l'informatizzazione e la digitalizzazione della sanità, maggiore attenzione a legalità e trasparenza.

Il dibattito attorno alla sostenibilità del SSN coinvolge, oltre a figure istituzionali, anche organizzazioni non supportate dallo Stato, quali la Fondazione GIMBE. Essa ha elaborato un rapporto⁶⁴ nel giugno 2017, nel quale evidenzia le principali criticità legate alla sostenibilità del SSN, proponendo per ognuna di esse delle possibili soluzioni. In particolare, è posta l'attenzione su sprechi e inefficienze del sistema sanitario e sull'ipotrofia della spesa privata intermediata. Per quanto riguarda il primo punto, la Fondazione auspica l'introduzione di un piano nazionale di prevenzione e riduzione degli sprechi, che si ispiri alle iniziative promulgate da "Choosing wisely" negli Stati Uniti e dalla sua controparte italiana "Slow medicine", ovvero un movimento di professionisti sanitari e pazienti, che promuove un nuovo modello di salute, basato sui concetti di utilizzo appropriato e di qualità delle risorse disponibili, rispetto ed ascolto delle preferenze dei pazienti ed equità nell'accesso alle cure. In secondo luogo, viene evidenziato lo squilibrio tra spesa out-of-pocket (che nel 2015 pesava per l'87,2% della spesa sanitaria privata) e spesa privata intermediata, che si suddivide nella sottoscrizione di polizze assicurative e di fondi sanitari integrativi. La Fondazione sostiene che debba essere implementato un riordino legislativo della sanità integrativa, in modo tale da fornire prestazioni che non siano già incluse nei LEA ed affidarne la gestione anche ad enti pubblici, quali Regioni ed INPS. L'obiettivo è, quindi, quello di aumentare la quota di spesa coperta dai fondi sanitari integrativi, limitando i rischi finanziari associati alla spesa out-of-pocket.

Sebbene il Servizio Sanitario Nazionale italiano, al pari di altri Paesi, debba fronteggiare numerosi fattori di crescita della spesa sanitaria, esso registra comunque dei buoni risultati che lo collocano ai primi posti di diverse classifiche sulla performance dei sistemi sanitari (per esempio, quella stilata da Bloomberg nel 2014 posiziona l'Italia al terzo posto nel mondo e dati positivi sono confermati anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2015). Non si può, dunque, rinunciare ai principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale italiano, quali universalità, solidarietà ed equità, la cui garanzia dipende inevitabilmente dalla sostenibilità di lungo periodo.

⁶⁴ FONDAZIONE GIMBE, 2017. 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Giugno 2017.

Conclusioni

Dall'analisi condotta in questa prova finale, emerge che, data la scarsità di risorse disponibili, risulta fondamentale promuovere un sistema sanitario basato sui principi dell'efficienza e dell'efficacia. Solo così è possibile contenere la crescita della spesa sanitaria, dovuta ad un eccesso di domanda e di offerta di prestazioni sanitarie. Il concetto di "fare bene con poco", che si può sviluppare in un contesto con forti vincoli alle finanze, si potrebbe rivelare un know-how utile anche in periodi in cui tali vincoli diventeranno meno stringenti. Nella tabella sottostante, sono elencate le principali politiche implementabili e le determinanti della spesa sanitaria su cui tali politiche hanno un impatto maggiore.

Politiche	Fattori
Incentivi ad adottare corretti stili di vita e promozione di invecchiamento attivo e in buona salute	Invecchiamento della popolazione, trend epidemiologici
Empowerment	Aspettative della popolazione
Health Technology Assessment	Progresso tecnologico
Pay-for-performance	Modalità di remunerazione
Riforma della disciplina della responsabilità medica	Medicina difensiva
Gestione delle liste di attesa con criteri di prioritizzazione	Eccesso di domanda
Potenziamento della medicina territoriale, dell'assistenza domiciliare, di day hospital e day surgery	Aumento della domanda di prestazioni di tipo long-term care, costo elevato dei ricoveri
Finanziamento prospettico	Alta incidenza dei costi ospedalieri

Inoltre, è necessario adottare una visione di lungo periodo, orientata alla ricerca di un nuovo mix più sostenibile tra finanziamento pubblico e finanziamento privato e strumentale al raggiungimento dell'efficienza e dell'efficacia, piuttosto che una visione di breve periodo, diretta a tagliare risorse senza intervenire sui fattori di crescita della spesa sanitaria.

La filosofia portata avanti per l'intera economia, secondo cui in un momento di difficoltà è necessario investire invece che tagliare e risparmiare, andrebbe applicata soprattutto al settore sanitario, in quanto rappresenta un'importante leva per lo sviluppo economico attraverso i benefici che apporta in termini di capitale umano.

Riferimenti bibliografici

ANON., 2009. What is health? The ability to adapt [editorial]. *The Lancet*, 373, p. 781.

ANON., 2012. Governare i tempi di attesa e le priorità in sanità [editoriale]. *Politiche Sanitarie*, 13 (1), gennaio-marzo, pp. 1-3.

ANON., 2012. Patient empowerment – who empowers whom? [editorial]. *The Lancet*, 379, p. 1677.

BALLINI, L., 2010. Health Technology Assessment: un “ponte” sospeso nel vuoto? *Politiche Sanitarie*, 11 (4), ottobre-dicembre, pp. 270-272.

CASHIN, C., et al., 2014. Health provider P4P and strategic health purchasing, Chapter 1. *Paying for Performance in Health Care: Implications for health systems performance and accountability*. European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead: McGraw-Hill, Open University Press. pp. 3-8.

CNESPS - Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute. Malattie croniche. Disponibile su: <http://www.epicentro.iss.it/temi/croniche/croniche.asp> [Data di accesso: 29/09/2017].

DE LA MAISONNEUVE, C., OLIVEIRA MARTINS, J., 2013. Public spending on health and long-term care: a new set of projections. *OECD Economic Policy Papers* No. 6. OECD Publishing.

FIGUERAS, J., MCKEE, M., 2012. *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: assessing the case for investing in health systems*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead: McGraw-Hill, Open University Press. pp. 1-17.

FONDAZIONE GIMBE, 2017. 2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Giugno 2017.

GELIJNS, A., ROSENBERG, N., 1994. The dynamics of technological change in medicine. *Health Affairs*, 13(3). pp. 33-39.

GERDTHAM, UG., JONSSON, B., 2000. International comparison of health expenditure: Theory, data and econometrics analysis, Chapter 1. *Handbook of Health Economics, Volume 1*, Edited by A.J. Culyer and J.P. Newhouse. Amsterdam: Elsevier. pp. 33-36, 45-46.

- GROSSMAN, M., 1972. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80 (2), pp. 223-255.
- HARTWIG, J., 2008. What drivers health care expenditure? – Baumol’s model of “unbalanced growth” revisited. *Journal of Health Economics*, 27. p. 603.
- HUBER, M., et al., 2011. How should we define health? *British Medical Journal*, 343.
- LIAROPOULOS, L., GORANITIS, I., 2015. Health care financing and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity in Health*, 14 (80).
- MARTEAU, T., et al., 2011. Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 342.
- MURARO, G., REBBA, V., 2008. Il finanziamento della sanità nei paesi dell’OCSE: struttura e dinamica. *Politiche Sanitarie*, 9 (3), luglio-settembre, pp. 121-132.
- OECD, 2015. *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. Paris: OECD Publishing. pp. 23-44.
- PAMMOLLI, F., RICCABONI, M., MAGAZZINI, L., 2008. The Sustainability of European Health Care Systems: Beyond Income and Ageing. *Working Paper No. 52*. Università degli Studi di Verona, Dipartimento di Scienze Economiche.
- PIRANI, M., 1992. Il welfare state è caro come suonare Mozart. *La Repubblica*.
- QUIRINO, N., 2017. Misure per salvare il sistema sanitario nazionale e le nostre vite. *La Repubblica*. Disponibile su: http://www.repubblica.it/salute/2017/07/02/news/tre_misure_drastiche_per_salvare_il_sistema_sanitario_nazionale-169771903/ [Data di accesso: 16/10/2017].
- REBBA, V., 2013. Il futuro dei sistemi sanitari pubblici tra universalismo e sostenibilità, Capitolo 8. *Evoluzione e riforma dell’intervento pubblico. Scritti in onore di Gilberto Muraro*. Torino: Giappichelli Editore.
- REBBA, V., 2014. The long-term sustainability of European health care systems. “Marco Fanno” *Working Paper No. 191*. Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali “Marco Fanno”.
- SALTMAN, R., et al., 2007. Introduction: The question of decentralization. *Decentralization in Health Care*. European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead: McGraw-Hill, Open University Press. p. 1.

SALUTE24 - Il Sole 24 Ore. Stili di vita, la prevenzione è fondamentale anche in tarda età. Disponibile su: http://salute24.ilsole24ore.com/articles/18224?refresh_ce=1 [Data di accesso: 13/10/2017].

SENATO DELLA REPUBBLICA - 12^a Commissione permanente Igiene e Sanità, 2015. Relazione sullo stato e sulle prospettive del Servizio sanitario nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità. Giugno 2015.

SMITH, S., NEWHOUSE, J., FREELAND, M., 2009. Income, Insurance and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth? *Health Affairs*, 28 (5), pp. 1276-1284.

THOMSON, S., et al., 2009. *Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. pp. 5-15.

THOMSON, S., FOUBISTER, T., FIGUERAS, J., et al., 2009. *Policy Summary 1, Addressing financial sustainability in health systems*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. pp. 2-3.

WHO. Constitution of the World Health Organization.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion.

WHO. What is “active ageing”? Disponibile su: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/ [Data di accesso: 29/09/2017].