

LE POLITICHE SANITARIE IN ITALIA: UNA RICERCA DI ASTRID*

di FRANCO BASSANINI

L'efficienza delle amministrazioni pubbliche e la qualità dei servizi pubblici non sono annoverati tra i punti di forza del nostro Paese nella competizione internazionale, se li consideriamo nel loro complesso (prescindendo dalle rilevanti *best practices*, di cui pure l'Italia dispone). Fa eccezione il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che è collocato in buona posizione nelle graduatorie internazionali più accreditate. Si tratta, certo, di graduatorie che, secondo un approccio universalistico, tendono spesso a privilegiare, più che l'efficacia delle prestazioni, la copertura della popolazione assicurata dal SSN. E che forse sottovalutano le contraddizioni, i ritardi, le lacune, da cui il processo di riforma è stato fin qui segnato (come testimoniano i casi di "malasanità" denunciati dalla stampa), e le forti differenziazioni territoriali che ancora persistono, tanto nella qualità dell'offerta delle prestazioni, quanto nella capacità di governo dei bilanci sanitari (disuguaglianze tipiche di un Paese che accoppia, sul versante delle strutture e dei servizi pubblici, esempi straordinari di eccellenza e diffuse pratiche di inefficienza e corruzione).

La sanità italiana continua in più a soffrire, come non pochi altri settori, di gravi e perniciose ingerenze politiche nella gestione dei servizi, gestione che dovrebbe invece essere presidio esclusivo delle professionalità manageriali e sanitarie, in forza di quella distinzione tra responsabilità della politica e autonomo ruolo della dirigenza, che la Costituzione sancisce.

Ma non si può negare che il SSN, nei tre decenni della sua non lunga esistenza, abbia ciononostante dimostrato una notevole capacità di innovazione e di adattamento e una forte reattività di fronte al modificarsi dei bisogni sanitari: dalla riforma Amato del 1992 che, con l'aziendalizzazione di unità sanitarie locali e ospedali, ha introdotto principi di gestione economica delle risorse, alla riforma Bindi del 1999 che ha incanalato l'evolversi dei modelli regionali in un confronto intorno alle modalità più idonee ad assicurare livelli essenziali di assistenza omogenei sul territorio nazionale; dal Patto per la Salute del 2006, che ha impostato una strategia di "governo condiviso" multilivello, adeguando le risorse, ma anche rafforzando i vincoli di bilancio regionali e avviando i "piani di rientro" per le regioni in disavanzo, alla Finanziaria 2008, che ha riformato la regolazione del settore farmaceutico,

* Prefazione al volume di Astrid, *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di Claudio De Vincenti, Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola, il Mulino, 2011.

superando la pratica dei tagli di prezzo orizzontali, e costruendo un ambiente più favorevole alla ricerca farmaceutica e ai relativi investimenti.

Il quadro normativo e istituzionale, che per tappe successive si è venuto così delineando, presenta una forte e (forse) inevitabile complessità: una grande pluralità di attori – governo centrale, regioni, aziende sanitarie e ospedaliere, erogatori privati, medici e professioni sanitarie, cittadini, imprese farmaceutiche e dei dispositivi medici – chiamati a ottimizzare i propri comportamenti, a sperimentare nuove forme di organizzazione, regolazione e produzione dei servizi, a ridefinire le proprie strategie di breve, medio e lungo periodo. Il gruppo di Astrid ne ha discusso a lungo, cercando di individuare i principali nodi da sciogliere e le possibili soluzioni. In questo volume sono raccolti i risultati di questa analisi dell'evoluzione e dei problemi che oggi affronta il sistema sanitario italiano e sono sintetizzate le proposte operative che hanno ottenuto nel gruppo i maggiori consensi. Mi limito qui a indicare, a volo d'uccello, i principali punti di questa vasta agenda.

Sul piano della governance della sanità, alcuni punti fermi paiono consolidati: (i) la strategia del “governo condiviso”, che colloca autonomia gestionale e responsabilità di bilancio delle regioni nel quadro di un coordinamento attivo del governo centrale, volto a garantire i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale, la tenuta delle compatibilità finanziarie, la diffusione delle *best practices*; (ii) la ripresa, a partire dal 2007, di una maggiore capacità di controllo sulle dinamiche della spesa sanitaria pubblica, il cui tasso di aumento medio annuo è sceso dal 7% del periodo 2000-2006, al 2,9% del triennio 2007-2009; (iii) lo stabilizzarsi di criteri di riparto del finanziamento condivisi tra le regioni.

L'assetto di governo del SSN si presenta così sostanzialmente pronto all'appuntamento con una riforma del federalismo fiscale basata sulla definizione di fabbisogni e costi standard. Non mancano punti critici da risolvere, in particolare sul fronte della direzione politica dei processi, della composizione dei conflitti interistituzionali e dell'interazione a livello tecnico tra le strutture statali e regionali (specialmente quando si tratta di risanare situazioni di disavanzo regionali e/o di ristabilire livelli essenziali di servizio); né mancano rischi: oltre a quello, sempre in agguato, di un ritorno a vincoli di bilancio *soft* per le regioni, il rischio che la riforma federale alla lunga eroda le risorse a disposizione dei servizi sanitari delle regioni a più basso reddito. Di tutto ciò si discute nella prima parte del volume.

Con riferimento alle esperienze regionali, la II parte della ricerca ha fatto emergere una convergenza, significativa pur nelle differenze, tra le esperienze regionali più avanzate, come quelle di Lombardia ed Emilia Romagna. Ma restano diversi nodi da sciogliere sia nella promozione della qualità delle prestazioni sia nel

conseguimento di più elevati livelli di efficienza. Ed è ormai ineludibile impostare anche nelle regioni in disavanzo le innovazioni organizzative e regolatorie che sole possono superare le resistenze degli interessi costituiti.

Per quanto riguarda i rapporti tra SSN e settore privato, in particolare quello dell'industria farmaceutica, la situazione è migliorata grazie alla Finanziaria per il 2008, al quale Astrid aveva contribuito con una importante ricerca sulla regolazione dei prezzi dei farmaci e la ricerca farmaceutica¹. Venivamo da anni di ripetuti sforamenti del tetto aggregato di spesa e di misure di ripiano basate su tagli di prezzo che penalizzavano i farmaci innovativi e riducevano l'attrattività del nostro paese per gli investimenti in R&S. Dal 2008, la stabilizzazione dei prezzi e del mercato e il cuscinetto di risorse creato dalla riforma per garantire prezzi remunerativi ai farmaci innovativi hanno cominciato a cambiare la percezione che le imprese hanno del mercato italiano. Ma restano diversi nodi da sciogliere, affrontati nella III parte del volume: metodologia di prezzo per i farmaci di nuova autorizzazione; più adeguati strumenti di governo della spesa farmaceutica ospedaliera; sviluppo della concorrenza nel comparto dei generici; superamento di vecchie incrostazioni corporative che riducono concorrenza ed efficienza della distribuzione farmaceutica; interazione tra istituzioni pubbliche, centri di ricerca non profit, imprese private nella promozione e diffusione della ricerca e dell'innovazione.

Per il governo della sanità è poi essenziale disporre di flussi informativi tempestivi e completi in materia di spesa, costi delle prestazioni, efficacia dei servizi, bisogni sanitari della popolazione. Col Nuovo Sistema Informativo Sanitario si sono realizzati passi avanti importanti. Ma c'è ancora molto da fare in materia di omogeneizzazione dei criteri di rilevazione tra le regioni, e di tempestività e completezza dei flussi. Se ne discute nella quarta parte del volume.

L'ultima parte del libro è dedicata al tema della sostenibilità della spesa sanitaria nei decenni futuri, affrontato in termini assai più costruttivi di quelli propri del dibattito corrente. La crescita dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL non è un destino ineludibile. Le riforme e le innovazioni proposte in questo libro possono invertire la dinamica e ricondurre la spesa sanitaria entro il quadro di compatibilità macroeconomiche sostenibili. La cornice che, anche alla luce dei confronti internazionali, contribuisce meglio a contenere l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL resta, probabilmente, quella basata su un'ampia copertura assicurativa pubblica della popolazione. Ma i fondi sanitari integrativi possono svolgere un'importante funzione complementare, apportando maggiore qualità ed efficienza nella

¹ Ricerca poi pubblicata in ASTRID, *La salute e il mercato, La ricerca farmaceutica tra Stato, industria e cittadini*, a cura di G. Macciotta, Il Sole-24 Ore, 2008.

componente privata della spesa, oggi in Italia ancora di tipo prevalentemente *out of pocket* e quindi in posizione di debolezza nei confronti dei soggetti erogatori delle prestazioni.

Certo, le innovazioni e le riforme proposte in questo libro sono politicamente difficili e impegnative. Ma nessun pasto è gratis. La crisi e i colossali cambiamenti oggi in atto (geopolitici, geoeconomici, demografici, tecnologici e climatici) offrono, peraltro, straordinarie opportunità per i riformatori coraggiosi. E' infatti ormai chiaro (quasi) a tutti che senza riforme radicali e forti innovazioni non sarà possibile (per l'Italia e per l'Europa) difendere il modello europeo di welfare e, nel contempo, recuperare l'equilibrio delle finanze pubbliche e vincere le sfide del nostro tempo.