

Capitolo 1

L'economia Sanitaria

Questa tesi riguarderà la costruzione di un modello di simulazione che mi permetta di riprodurre il funzionamento della centrale operativa del 118. però credo sia necessario fare una piccola permesso riguardante l'Economia Sanitaria Nazionale per capire in quale contesto si situa la realtà dei servizi di emergenza urgenza. Questa necessità nasce dal fatto che pur essendo servizi regionali, quelli del pronto intervento sanitario sono servizi che comunque fanno capo al Servizio Sanitario Nazionale.

La prima cosa che farò è descrivere la disciplina dell'economia Sanitaria per capire quali sono i punti salienti di tale insegnamento e come questa materia di studio sia cresciuta molto negli ultimi anni. Successivamente analizzerò i principi fondamentali che accompagnano la disciplina e dai quali non si può prescindere. In fine analizzerò la voce che in genere suscita maggiori polemiche nel dibattito socio politico e nel dibattito tra Regioni e Governo, ossia la voce dei costi.

1.1 La disciplina

L'economia sanitaria è una branca molto giovane delle scienze economiche, la cui crescente importanza nei dibattiti di politica economica in corso nei Paesi occidentali è riconducibile sostanzialmente a due fenomeni concomitanti:

- Il continuo aumento della richiesta di servizi sanitari (prevalentemente collegato all'invecchiamento della popolazione) e di conseguenza della spesa sanitaria;
- La limitatezza delle risorse finanziarie disponibili, il fenomeno è determinato in quasi tutte le nazioni dalla necessità di porre un freno alla spesa pubblica

Proprio a causa della sua "*giovane età*", l'economia sanitaria, al di là di alcuni principi base consolidati, ha bisogno di altri approfondimenti teorici e, soprattutto, di ricerche empiriche in grado di verificare gli stessi.

Questa scienza ha conosciuto il suo maggiore sviluppo solo a partire dagli anni '90, anni che rappresentano per la disciplina un periodo di straordinario vigore e vitalità.

Nei periodi precedenti lo studio di questa materia era delegato a pochissimi addetti ai lavori che ricoprivano un ruolo del tutto marginale. Questo stato di cose era dovuto principalmente alla mancata consapevolezza della scarsità delle risorse, alla mancata valutazione economica delle strutture sanitarie ed alla mancata introduzione di strumenti volti a valutare i costi e a tenerli sotto controllo.

Questo stato di cose è cambiato quando la crisi della finanza pubblica ha reso evidente come fosse necessaria la ristrutturazione dell'intero Sistema Sanitario Nazionale. Questo processo avrebbe dovuto toccare, sia il modo di finanziare le strutture locali, sia il modo di "produrre" delle stesse.

Le difficoltà che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha incontrato lungo il suo cammino hanno spinto gli economisti a considerare l'economia sanitaria un campo meritevole di interesse.

I primi studi e le prime indagini hanno reso evidente come in questo campo, così delicato, l'eccellenza sia molto lontana e come esistano ancora ampi margini di miglioramento a cui il SSN deve puntare.

La forte evoluzione che ha investito questa disciplina ha portato un notevole incremento del numero di studiosi in questo campo, l'istituzione di nuovi corsi universitari volti a spiegare il funzionamento e le peculiarità dell'economia sanitaria e l'organizzazione di numerosi corsi di formazione extrauniversitari.

Tutto l'interesse attorno all'economia sanitaria e tutte le nuove opportunità nate attorno a questa nuova disciplina sono stati alimentati dalla crescente esigenza delle aziende pubbliche di conoscere ed interpretare i cambiamenti in atto e di favorire i processi di crescita professionale dei propri dirigenti, nonché dalla crescente concorrenza a livello europeo.

In Elementi di economia sanitaria (N. Dirindin, P. Vineis, 1999) si sostiene che il sempre maggiore interesse verso l'economia sanitaria va però guardato con sospetto perché, se non vi è dubbio che un approccio economico può contribuire sensibilmente al progresso degli studi e della pratica del settore, è altrettanto indubbio che le capacità della disciplina sono in gran parte ancora inadeguate ai reali problemi del settore e che la sopravvalutazione degli aspetti meramente efficientistici può portare, alla lunga, su posizioni criticabili. Ciò che maggiormente spaventa gli economisti che si occupano del settore sanitario è che per l'analisi del settore si adottino modelli di studio e di gestione basati sulle esperienze di altri settori, perdendo di vista le peculiarità tipiche di questo campo.

Il principio fondamentale che regola il mondo economico è la scarsità delle risorse, e la Sanità ne è un esempio sotto gli occhi di tutti. Infatti esistono sempre maggiori difficoltà a coprire i costi che un servizio sanitario nazionale comporta con i fondi disponibili. L'economia è appunto lo studio

dell'allocazione ottimale delle risorse. Secondo Stiglitz (1993) l'economia è la scienza che:

“Studia il modo in cui all'interno della società gli individui, le imprese, le autorità pubbliche e le altre organizzazioni compiono le proprie scelte; studia inoltre come queste scelte determinano il modo in cui le risorse disponibili vengono utilizzate. (J. E. Stiglitz, In un mondo imperfetto, Mercato e democrazia nell'era della globalizzazione, Saggine, 2001)”.

Quindi l'Economia sanitaria si occupa del modo in cui i singoli individui e le società effettuano le loro scelte circa la quantità di risorse da destinare al settore sanitario, l'allocazione di tali risorse fra impieghi alternativi all'interno del settore sanitario e la distribuzione dei prodotti ottenuti fra gli individui appartenenti ad una società.

Per la sanità come per gli imprenditori le domande da porsi al momento in cui si mette in essere un processo produttivo sono:

- cosa produrre;
- come produrre;
- per chi produrre.

La maggior parte delle regole e dei principi economici possono essere applicati in campo sanitario stando però attenti a precisare che se in un normale processo produttivo è sufficiente un'analisi dei fattori produttivi impiegati (input) e dei prodotti/servizi realizzati (output), in sanità è d'obbligo analizzare anche gli outcome con i quali si possono valutare i risultati ottenuti in termini di miglioramento dei livelli di salute, è infatti proprio questa la peculiarità di questo settore .



In sanità una delle maggiori difficoltà che si incontrano è la natura fortemente probabilistica delle decisioni e quindi la dinamicità degli eventi. Si pensi, ad esempio, all'incidenza del fumo sul cancro ai polmoni. È infatti certo a livello collettivo che il fumo è una delle principali cause che genera questo tipo di malattia, però l'evidenza empirica scompare non appena l'analisi si sposta da un livello collettivo ad un livello individuale, infatti non è detto che ogni fumatore sviluppi la patologia.

Le decisioni degli individui quindi incidono fortemente sul modo di utilizzare le risorse e, in ambito sanitario, per rendere maggiormente evidente questa incidenza si divide in due quesiti la domanda “*cosa produrre*” per porre l'accento su come non si possa spendere di più in un servizio se non si è disposti a spendere meno per qualche cos'altro. Questo è dovuto principalmente alla natura pubblica del SSN, alla scarsità delle risorse, ai vincoli di bilancio ed alle decisioni degli individui sul come utilizzare le risorse.

I quesiti fondamentali diventano quindi quattro e possono così essere sintetizzati:

- quale combinazione tra servizi sanitari e non deve essere prodotta a livello aggregato;
- fra tutte le prestazioni sanitarie quali specifici servizi devono essere prodotti;
- attraverso quali processi produttivi devono essere prodotti;
- chi deve ricevere le prestazioni sanitarie.

Queste sono tutte problematiche che hanno a che vedere con l'efficienza. Tale nozione viene distinta in letteratura in *efficienza allocativa* ed *efficienza produttiva*. In sanità il primo tipo di efficienza impone che al settore siano destinate risorse fino a quando i benefici marginali sono uguali a quelli ricavabili da impieghi alternativi in altri settori, mentre il secondo tipo di efficienza impone, come negli altri settori economici, la possibilità di

scegliere tra diversi processi produttivi, il compito degli operatori sanitari è quindi quello di scegliere quello ottimale.

La valutazione dell'efficienza produttiva implica considerazioni di tipo tecnico (valutazione delle risorse impiegate, conoscenza del processo produttivo...) e gestionale (studio delle performance tenendo conto dei vincoli politici ed istituzionali che limitano la libertà d'azione).

Per capire come l'efficienza in campo economico è raggiunta si deve studiare il comportamento del mercato ed individuare le condizioni che ne consentono il raggiungimento.

In Italia la maggior parte delle decisioni sono prese dal mercato e quindi regolate da un sistema di prezzi che è in grado di disciplinare gli scambi fra individui tenendo conto delle preferenze e della scarsità delle risorse, realizzando in questo modo il massimo benessere per l'intera collettività. Tutto questo si realizza in presenza di concorrenza. Tale stato di cose però non si concretizza all'interno della sanità che assomiglia più ad un mercato pianificato che non ad un sistema di libera concorrenza. Si può esemplificare questo stato di cose descrivendo due situazioni reali:

- gli organigrammi all'interno dei vari reparti sono stabiliti per legge disponendo il numero di personale medico e paramedico per ogni assistito;
- il mercato dei farmaci è regolato attraverso l'introduzione degli stessi all'interno di fasce per le quali è prevista una diversa esenzione.

Quindi il mercato in cui opera la sanità è molto lontano dal modello ideale della concorrenza perfetta, infatti, sovente ci troviamo di fronte a quelli che vengono chiamati “fallimenti del mercato” e quindi, al fine di superare le difficoltà incontrate dal mercato in questo campo, si opera attraverso l'intervento statale. Il motivo per cui all'interno del settore sanitario si hanno numerosi fallimenti è da attribuirsi in particolare alla

natura del “bene” salute che, pur non essendo un bene pubblico e quindi non avendo le caratteristiche di quest’ultimo¹, risulta in ogni caso un bene meritevole di tutela. Date le caratteristiche di questo bene spesso la società si trova a dover effettuare una scelta tra efficienza nella “produzione” ed equità nell’erogazione. Interessante a questo proposito è lo studio proposto da N. Dirindin e P. Vineis in “*Elementi di economia sanitaria*” (1999) e che riporto in appendice.

In genere gli interventi effettuati per garantire una maggiore equità vanno a discapito dell’efficienza. L’eguaglianza ha quindi un costo, ciò non vuol dire che il costo sia necessariamente maggiore del beneficio, infatti, maggiore salute in un futuro potrebbe voler dire maggiore possibilità di sviluppo del sistema economico.

L’utilizzo sempre più diffuso di incentivi/disincentivi economici nella gestione dei sistemi sanitari è un fenomeno inevitabile e potenzialmente giusto, vista anche la documentazione esistente sui comportamenti difforni dei medici nei confronti della stessa patologia. Tuttavia la preoccupazione è che tali strumenti gravino solo (e spesso con scarso successo, come ad esempio, è accaduto in Italia con i ticket sui farmaci) sui consumatori, vale a dire sull’anello più debole della catena dal punto di vista delle conoscenze e dell’opportunità di difesa. È chiaro che queste iniziative potrebbero essere applicate con maggiore efficacia ai medici, e, più in generale, a tutti i fornitori di beni/servizi sanitari (aziende e altri professionisti erogatori di servizi e produttori di beni sanitari).

L’impressione avuta negli ultimi anni è che si parli tanto e a volte a sproposito di sanità. Infatti una corretta analisi del sistema sanità non può prescindere dalla visione del sistema sanitario integrato col sistema paese in quanto ogni fenomeno sanitario ha ripercussioni sociali ed economiche che non possono essere ignorate.

¹ Le caratteristiche sono :

1. bene non contendibile
2. bene non escludibile
3. bene con costo marginale pari a zero

Classico esempio di bene pubblico è la difesa nazionale.

Si pensi, ad esempio, come la scoperta del virus dell'HIV e l'epidemia di AIDS degli anni '80 non fosse prevedibile e come tale scoperta abbia influenzato il comportamento sociale e le abitudini di consumo dei cittadini nei confronti delle prestazioni sanitarie e farmacologiche, nonché la spesa sanitaria. Molte risorse infatti sono state dirottate verso la lotta contro il virus, la cura degli infetti e la prevenzione a discapito di altre patologie.

1.2 I principi fondamentali

Il principio fondamentale che regola il mondo economico, come già detto, è la scarsità delle risorse e l'economia è la scienza che studia il modo ottimale di allocarle. Secondo uno schema sviluppato da alcuni studiosi dell'università di York, l'Economia Sanitaria può essere articolata distinguendo alcuni campi di interesse²:

- bisogno e domanda di salute;
- produzione ed offerta di prestazioni sanitarie;
- valutazione economica dei servizi sanitari;
- programmazione e controllo dei servizi.

Proviamo ora ad approfondire le singole aree tematiche per capire il significato dato i singoli punti seguendo quanto detto da N. Dirindin e P. Vineis in *"Elementi di economia sanitaria"* (1999).

Secondo quanto affermato i maggiori campi di interesse nel settore sanitario sono quattro:

Bisogno e domanda di salute

Quest'area tematica affronta problemi che tentano di capire cosa influenza la salute esplorando soprattutto le differenze tra bisogno e

² Le aree tematiche proposte nella letteratura anglosassone sono otto (si veda Wagstaff [1989]). Per esigenze di sintesi sono raggruppate in solo quattro aree tematiche [Bariletti e France 1997].

domanda di prestazioni sanitarie e cercando di capire quando gli utenti ricorrono al Servizio Sanitario.

Per analizzare questi problemi si deve partire dalla nozione di salute (cosa si intende per salute? Come si misura?), tentano di indagarne le determinanti (Cosa influenza la salute? Qual è il contributo dei servizi sanitari al miglioramento delle condizioni di salute di una collettività?), esplorano le differenze tra bisogno e domanda di prestazioni sanitarie e indagano i modelli di consumo degli utenti (da che cosa dipende la domanda di prestazioni? Qual è il ruolo dell'incertezza? Come superare i problemi di informazione imperfetta?).

Produzione ed offerta di prestazioni sanitarie

Quest'area si occupa dei problemi delle decisioni dell'impresa. Il processo produttivo di una struttura sanitaria è in analogia con quanto si osserva in una qualsiasi azienda di produzione, un processo attraverso il quale un'impresa trasforma risorse di capitale, mano d'opera e materiali in servizi destinati al mercato. Il processo produttivo di una struttura sanitaria è un processo analogo a quanto detto per le imprese di beni ed è quindi un processo attraverso il quale capitale, mano d'opera ed materiali vengono trasformati in servizi destinati al mercato ed agli utenti del Servizio Sanitario Nazionale.

L'introduzione di forme embrionali di competizione all'interno del settore e la pressione dei vincoli di bilancio sempre più stringenti hanno stimolato i responsabili dei servizi sanitari a controllare i costi e ad incoraggiare gli studi in questo campo.

Valutazione economica dei servizi sanitari

Quest'area tematica si occupa della scelta fra allocazioni alternative di risorse. In particolare si occupa dell'applicazione al settore sanitario dell'approccio di analisi noto come approccio costi-benefici. Si tratta di un campo di indagine ampiamente frequentato dagli esperti del mondo della

medicina anche in risposta alle crescenti esigenze di confronto a scelta fra diversi programmi diagnostico-terapeutici.

Valutazioni a livello di sistema

L'area tematica in questione si affronta, sia sul piano normativo che su quello positivo³, temi quali la relazione fra efficienza ed equità, i criteri di finanziamento dei sistemi pubblici, gli effetti redistributivi dell'intervento pubblico. In tale ambito si collocano gli studi riguardanti l'evoluzione del sistema sanitario, con particolare riguardo a temi quali il rapporto pubblico-privato all'interno del settore sanitario e sulla necessità di introdurre meccanismi di mercato anche nella componente pubblica del settore.

1.3 I costi

Afferma Giovanni Barletta in una lettera indirizzata a Salute⁴:

“La mia impressione (...) è che si parli tanto, tantissimo (e a sproposito), dei costi e degli sprechi della sanità, ma che non si abbia alcuna idea su quello che concretamente serve per migliorare la situazione (...). La nostra povera Sanità assomiglia sempre più ad un grosso albero da cui si tagliano rami a casaccio allo scopo di fare legna da ardere, senza curarsi se in questo modo si rischia di ucciderlo.”

Il pezzo viene riportato perché la voce più importante del dibattito degli ultimi anni riguarda proprio i costi e gli sprechi di questo settore, e a questo proposito è in corso una fase di grande cambiamento del Sistema Sanitario italiano.

³ L'economia normativa si occupa di quesiti la cui soluzione è affidata più alle decisioni politiche che alle analisi tecniche, mentre l'economia positiva descrive la realtà del sistema economico.

⁴ Tratto da Salute, Anno VIII, n. 334/17 Ottobre 2002

La Riforma del '92, con i conseguenti tagli alla spesa sanitaria ed una regionalizzazione della sua amministrazione, ha reso più di prima necessaria un'accorta gestione delle risorse. Se un simile ridimensionamento è fonte di contrasti già in un'impresa produttrice di beni di consumo, in un'azienda ospedaliera le conseguenze potrebbero essere ancora più rilevanti. L'output di quest'ultima, infatti, è la salute e la vita del cittadino quindi il management è chiamato, per dovere sia professionale che morale, ad una gestione secondo efficienza, tenendo però fermo, ed è questo il punto cruciale, il vincolo dell'efficacia della cura e quindi limitando tantissimo i costi.

In *Elementi di economia Sanitaria* si afferma che sembra però sempre più evidente come non ci sia in realtà alcuna idea su quello che concretamente serve per migliorare lo stato delle cose. Il momento appare in tutta la sua gravità soprattutto quando si va ad indagare quello che è stato fatto e si fa. Infatti, nonostante le riforme, gli interventi appaiono generici, i tagli indiscriminati e gli accorpamenti degli ospedali sembrano compiuti con l'unica speranza di ottenere economie di scala.

La realtà è che nella sanità si possono razionalizzare le spese, ridurre gli sprechi, riorganizzare le strutture in modo più efficiente senza dover necessariamente ridurre i servizi o scaricare su altri i costi che non si riescono a gestire.

Esistono da tempo gli approcci metodologici ed anche gli strumenti per capire il funzionamento di strutture ad elevata complessità, analizzare i costi in maniera dettagliata, individuare i flussi di lavoro valutarne i risultati in base alle esigenze da soddisfare. Tutto questo deve partire dalla conoscenza del funzionamento dei processi reali per analizzare e migliorare la struttura.

Per chiarire è sufficiente un semplice esempio qui di seguito riportato.

Se ci si accorge che un determinato processo costa troppo le soluzioni a disposizione sono sostanzialmente due:

- fare a meno del processo a scapito, se si tratta di sanità, della salute di molti cittadini;
- analizzare il processo e accorgersi a cosa è dovuto un costo così elevato.

Ipotizzando che durante l'analisi del processo la causa dei maggiori costi sia dovuta ad una difficoltà di comunicazione tra i reparti si potrebbe intervenire apportando delle modifiche nei modi di comunicazione degli stessi. Ciò potrebbe consentire di diminuire il costo e di ridurre il tempo dell'iter ospedaliero senza però modificare in alcun modo la capacità del SSN di offrire il servizio. Chiaramente prima dell'intervento si dovrà capire dove si annidano le voci di maggior costo e, se è possibile, intervenire su queste senza rischiare di aggravare la situazione per altre voci di costo. Il punto è quindi l'analisi delle criticità necessaria per far venire alla luce i costi superflui e limarli senza per questo limitare il servizio.

La necessità di procedere nella direzione di una migliore gestione delle risorse e il particolare valore sociale rivestito del settore rendono il tema della riorganizzazione ospedaliera non solo attuale, ma un terreno fertile per la formulazione e il perfezionamento di nuove teorie e tecniche di analisi.

Come risulta chiaro da quanto detto fino ad ora l'economia sanitaria è stata affrontata, nonostante sia un'economia giovane, seguendo i dettami neo-classici e quindi accettando tutti i limiti di tale teoria che punta all'equilibrio ed alla staticità allontanandoci da quella che è la realtà. Per chiarire come l'analisi dell'economia condotta con metodo neoclassico sia una semplificazione eccessiva della realtà possiamo utilizzare le parole di Sergio Ricossa⁵:

“L'idea stessa di equilibrio presuppone un mondo uniforme, prevedibile, senza rischi, senza fallimenti, (...), un mondo in cui il

⁵ E. Colombatto, A. Mingardi, *Il coraggio della libertà. Saggi in onore di Sergio Ricossa*, Rubbettino, 1999

futuro è trasparente e i dati di partenza, in base ai quali decidiamo, si mantengono costanti, non mutano all'improvviso, e tutt'al più seguono regole ben conosciute. Questo mondo(...) non esisteva, non esiste (...)"

Quest'idea, concepita da Ricossa per spiegare come il capitalismo non sia ciò che viene insegnato dall'economia neoclassica, può essere adattata ed utilizzata per illustrare come l'economia sanitaria non può essere concepita seguendo delle regole troppo rigide dell'economia neoclassica. Ciò è dovuto al fatto che forse più di ogni altra economia, è soggetta all'incertezza ed alla necessità di assicurare dei servizi imprescindibili per la salute della popolazione nonostante i vincoli stringenti di bilancio.

La definizione mette in evidenza soprattutto come il mondo economico non sia statico e come non sia possibile studiare fenomeni dinamici con un'ottica che prevede la staticità dei fenomeni e comportamenti sempre razionali da parte di tutti gli operatori (sia i produttori del servizio che consumatori). È soprattutto il fatto che non sia possibile pensare all'economia sanitaria come un mondo statico e perfettamente prevedibile che mi ha suggerito l'idea di una simulazione ad agenti⁶ in questo campo.

1.4 Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Particolare attenzione deve essere posta sui diversi sistemi di assistenza sanitaria. In linea di massima i sistemi adottati dai diversi paesi in via di sviluppo sono ricondotti a soli tre modelli istituzionali:

⁶ La specificazione "ad agenti" è assolutamente necessaria perché la simulazione in campo sanitario non è nuova ma è soprattutto simulazione di processo. Proprio a questo proposito ricordo la simulazione fatta con Ithink per il Giubileo 2000 sul servizio di pronto intervento sanitario (118)

- il Servizio Sanitario Nazionale;
- il Sistema mutualistico;
- le Assicurazioni private.

Proviamo ad analizzare brevemente le caratteristiche di tutti e tre i sistemi per poi passare all'evoluzione fino ai giorni nostri del Servizio Sanitario italiano.

Il primo modello riconosce a tutti i cittadini il diritto alla tutela della salute. Tale sistema per le sue caratteristiche deve essere finanziato attraverso la fiscalità generale ed erogare in forma gratuita o semi gratuita tutte le prestazioni sanitarie ritenute efficaci. Il principio a cui è ispirato tale modello è quello secondo cui pagano i cittadini che possono a favore di coloro che hanno bisogno, quindi l'assistenza sanitaria prescinde da qualunque considerazione circa la disponibilità a pagare dei singoli cittadini. Questo sistema è apparso per la prima volta in Gran Bretagna e si è poi diffuso, con alcune varianti, in alcuni paesi del Nord Europa ed a partire dal 1979 anche in Italia.

Il sistema mutualistico invece si avvale di fondi e di casse malattia organizzati per settori produttivi e finanziati prevalentemente tramite i contributi di malattia versati dai lavoratori. In questo sistema la solidarietà è garantita all'interno delle singole casse o mutue sanitarie ma non fra le stesse. Questo sistema opera con modalità piuttosto disomogenee in Francia ed in Germania.

Il sistema delle Assicurazioni private è stato sviluppato principalmente negli Stati Uniti. Tale sistema viene finanziato attraverso i premi pagati da coloro che scelgono di sottoscrivere, senza alcun obbligo, una polizza assicurativa privata. In tale sistema non vi è alcun tipo di solidarietà tra i cittadini salvo quella che si verifica a posteriori a favore dei sinistrati a carico degli indenni.

In Italia come detto è stato istituito un SSN come quello descritto per primo, e un buon punto di partenza per capire i destinatari degli effetti redistributivi prodotti da questo modo di “governare” la sanità è costituito dalle caratteristiche degli individui che in assenza di intervento pubblico rimarrebbero senza assistenza sanitaria per necessità (perché impossibilitati a pagare un premio assicurativo) o per scelta. La principale distinzione tra un sistema assicurativo ed un sistema di assistenza sanitaria pubblica è che nel primo caso ciascuno paga in base al proprio rischio mentre nel secondo caso si paga in base alla propria capacità contributiva. In un sistema assicurativo restano quindi esclusi i consumatori che hanno vincoli di reddito troppo stringenti e coloro che ritengono il prezzo della polizza troppo elevato rispetto al rischio che pensano di correre. Già da questa semplice distinzione si individuano due possibili categorie destinatarie dell'intervento pubblico, e cioè i *poveri* ed i *malati*⁷. Un sistema sanitario nazionale produce oltre agli effetti redistributivi classici sopra evidenziati anche effetti redistributivi a favore dei produttori del servizio.

Quindi in un sistema di assistenza sanitaria come quello italiano, che si ispira a principi di solidarietà tra individui con diversa esposizione al rischio e con diversa capacità contributiva, gli effetti che produce possono essere definiti redistributivi in senso stretto⁸ perché valutabili anche ex-ante indipendentemente dal verificarsi o meno del evento dannoso.

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in poi indicato solo con la sigla SSN) è stato istituito, come già detto, nel 1979 e da allora ha seguito una trend della spesa crescente seppur con periodi alterni. Le fasi della spesa possono essere divise in due periodi fondamentali, il primo periodo va dal 1979 al 1991 ed il secondo periodo va dal 1992 fino al 1997,

⁷ Va sottolineato come in letteratura si può notare una relazione tra condizioni di salute e condizioni socioeconomiche del malato. Quindi si pensa che i poveri sono anche i più malati.

⁸ In un settore nel quale il godimento dei benefici dipende dal verificarsi di un evento aleatorio è molto importante evitare di confondersi tra effetti tipici di un meccanismo assicurativo ed effetti redistributivi in senso proprio. Nel primo caso la tutela è circoscritta agli appartenenti a determinate categorie ed è comunque modellata tenendo conto della correlazione tra contributi versati e rischi protetti.

anno in cui Amato impone al governo la svolta per quanto riguarda la spesa pubblica. Analizziamo ora i due periodi singolarmente.

Periodo 1979-1991

Questa fase è preceduta da un periodo di forte aumento della spesa complessiva caratterizzata però da un forte rallentamento della componente pubblica e da un'accelerazione di quella privata per ciò che riguardava la sanità.

Il rallentamento della spesa pubblica è sorprendente se si pensa che proprio in questo periodo sono stati raggiunti traguardi importanti come l'estensione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini e le parità di trattamento.

Nel corso degli anni ottanta il rallentamento della spesa è stato ottenuto allungando l'iter burocratico da seguire, rendendo più complesse le procedure di spesa e rinviando l'assunzione di impieghi da parte delle unità sanitarie locali. Ciò ha chiaramente contribuito alla riduzione delle attività ospedaliere ed al blocco degli organici.

La crescita della spesa privata nello stesso periodo è riconducibile alla crescente insoddisfazione degli utenti nei confronti del servizio pubblico, inoltre un fattore che ha contribuito alla forte crescita della sanità privata è il trattamento fiscale delle spese mediche private (parzialmente deducibili) e la nascita di polizze assicurative di gruppo stipulate dai datori di lavoro (e anch'esse parzialmente deducibili).

Da questo processo derivano effetti redistributivi a favore di classi con reddito medio alto che sono maggiormente interessate ad integrazioni salariali sotto forma di *frange benefits* e che hanno preferenze nei confronti di prestazioni di "lusso".

Oltre agli effetti redistributivi il ricorso ad assistenza sanitaria privata produce altri effetti indiretti sul mercato che alla lunga sono più preoccupanti. Si pensi ad esempio come l'uso sempre più diffuso di strutture private potrebbe ampliare il divario qualitativo percepito dal cittadino, ciò porta gli utenti del servizio pubblico a chiedere un adeguamento, ed in

assenza di politiche accomodanti si potrebbe verificare l'aumento della domanda di polizze private.

Periodo 1992-1997

Questo periodo si contraddistingue per la sostanziale stabilità in termini monetari dell'ammontare di risorse impiegate nel SSN. Ne risulta un'aforte contrazione dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL.

I vincoli imposti dalla necessità di risanamento della finanza pubblica hanno comportato a partire dal 1992 la modificazione della struttura della spesa pubblica ed un graduale spostamento della spesa sanitaria dal settore pubblico a quello privato.

Gli interventi apportati hanno fatto crescere l'insoddisfazione degli utenti nei confronti del SSN. Una preoccupazione importante fa riferimento alla possibilità che il sistema sanitario pubblico conduca a risultati insoddisfacenti dal punto di vista dell'efficienza, e ciò perché gli operatori sanitari e i consumatori non rispondono, se non marginalmente, delle conseguenze economiche dei loro comportamenti.

Tali problemi sono stati affrontati attraverso l'adozione di interventi di riordino che a partire dalla legge delega 421/1992 hanno apportato modifiche sostanziali al sistema. Nel riordino particolare attenzione va posta sul nuovo sistema di remunerazione dei prodotti di prestazioni sanitarie.

Attualmente il SSN è oggetto di importanti riforme, quella che ha ricevuto la maggiore attenzione da parte dei governi è la così detta riforma *ter* di cui al decreto legislativo 229/1999. In verità il processo di riforma si è sviluppato lungo due direzioni:

- la riforma del modello di organizzazione e funzionamento del SSN contenuta nel decreto legislativo 229/1999⁹;

⁹ Il quale si può trovare all'indirizzo
<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/99229dl.htm>

- la riforma del sistema di finanziamento del SSN contenuta nel decreto legislativo 56/2000¹⁰.

Il primo decreto legislativo si inserisce all'interno di un importante processo di riorganizzazione sanitaria iniziata con il decreto 502/1992¹¹. con questo decreto si rinnovano completamente alcuni aspetti dell'organizzazione sanitaria, chiaramente questo decreto non è l'unico che viene ad intervenire in questa materia ma come tutti gli altri non entra nel merito del finanziamento del servizio sanitario nazionale. Questo delicato argomento viene a lungo trascurato dalla legislazione nazionale, è solo di recente (con il decreto del 2000) che si è avviato il processo di *federalismo fiscale* che è tutt'ora in atto.

Vediamo ora brevemente le importanti innovazioni che sono state introdotte con il federalismo fiscale e quali sono i principali effetti di questa politica attuata dal governo.

Il primo grosso effetto della politica governative è che il provvedimento prevede la sospensione dei trasferimenti statali alle Regioni e la loro sostituzione con una compartecipazione delle Regioni al gettito dell'Iva. Questo meccanismo ha garantito entrate invariate per il primo anno (2001) ma queste entrate si sono discostate gradualmente e continueranno a farlo fino al 2013, anno in cui le Regioni potranno contare su un ammontare di risorse commisurate alle reali funzioni che devono svolgere.

Il secondo grosso effetto previsto dal decreto è la nascita di un *fondo perequativo nazionale* destinato alla realizzazione della solidarietà interregionale. La legge prevede che questo fondo sia alimentato dalle quote di compartecipazione all'Iva che le Regioni ricche mettono a disposizione di quelle povere. L'obiettivo di questo fondo è permettere alle Regioni che hanno minore capacità fiscale di ridurre la differenza fra il proprio gettito e quello delle Regioni con una capacità fiscale più elevata.

¹⁰ Il quale si può trovare all'indirizzo

http://www.camera.it/chiosco_parlamento.asp?content=/parlam/leggi/deleghe/dlhome.asp

¹¹ Il quale si può trovare all'indirizzo

<http://www.nursesarea.it/normativa/dec502/inddec.htm>

Il terzo grosso effetto del decreto è che la sanità viene messa in competizione con gli altri settori di interesse delle Regioni. Detto in altre parole i fondi destinati al SSN non sono più riservati esclusivamente alla sanità ma possono essere destinati a qualsiasi altro intervento.

Quindi quella del federalismo fiscale può essere definita una vera e propria rivoluzione che come tale ha portato molti dibattiti e molte critiche e che continua tutt'oggi a scatenare polemiche che potranno attenuarsi solo con la piena entrata in vigore di tale regime.