

PREMESSA

Il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** è un tassello fondamentale del nostro sistema di welfare, progettato per garantire a tutti i cittadini l'accesso alle cure, indipendentemente dalle condizioni economiche e sociali. Un sistema il cui funzionamento richiede grandi capacità gestionali e ingenti risorse, sia in termini di personale che di strutture e di tecnologie. Oggi il SSN è sempre più sotto pressione: tanti cittadini lamentano difficoltà nell'ottenere visite, esami o interventi in tempi ragionevoli e con una qualità soddisfacente. È quindi naturale che la sanità sia diventata uno dei temi centrali della politica.

Quello che sorprende, però, è la **superficialità del dibattito**. Le coalizioni politiche del centro-sinistra e del centro-destra si accusano a vicenda di aver tagliato i fondi al sistema sanitario. Ciascuno dei due poli rivendica di avervi investito più dell'altro. Tutti promettono di ridurre le liste d'attesa, ma i cittadini hanno capito ormai che **manca una visione chiara** sul futuro della sanità pubblica. Molti italiani temono che il modello a cui eravamo abituati stia per crollare.

In questo scenario, alcuni ritengono necessario modificare il sistema attuale, mantenendo una copertura pubblica di base, ma affiancandola a soluzioni integrative a carico del cittadino, come una maggiore partecipazione alla spesa o l'attivazione di polizze sanitarie complementari. Una parte dell'opinione pubblica – ancora minoritaria – ritiene che il sistema universalistico sia diventato troppo oneroso per le casse dello Stato, già appesantite da una spesa pubblica strutturalmente superiore alle entrate, da un debito pubblico tra i più elevati al mondo e da una pressione fiscale già molto alta.

La domanda che essi pongono è la seguente:

“Con la situazione attuale del bilancio pubblico e l'aumento dei bisogni sanitari, possiamo ancora permetterci un Servizio Sanitario Nazionale a copertura universale? Oppure dobbiamo, volenti o nolenti, passare a un sistema integrato (o addirittura sostitutivo) basato sulle assicurazioni private?”

I primi due capitoli di questo volume aiuteranno il lettore a rispondere in modo consapevole a questa domanda, partendo dai dati e dai fatti: un corredo fondamentale per difendersi dai facili slogan.

Il percorso prosegue con un breve **viaggio nella storia della sanità italiana**, dall'Unità fino al 1978, anno in cui è nato il SSN, grazie alla Legge n. 833 del 23 dicembre 1978. Verranno evidenziati i punti di forza di quel modello e anche i suoi limiti strutturali, che in poco più di un decennio hanno portato alla sua implosione.

Si passerà poi all'analisi dell'attuale assetto del Servizio Sanitario, riformato con il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, poi modificato e integrato dal D.Lgs. n. 517/1993 e dalla Legge n. 229 del 19 giugno 1999. Saranno messi in luce i grandi pregi dell'attuale modello e le numerose criticità che ne offuscano le performance.

Infine, a completamento del percorso, verranno presentate un nutrito insieme di **proposte programmatiche**, nate dall'esperienza sul campo, per proteggere il SSN, migliorare la qualità dei servizi offerti e renderlo sostenibile nel tempo, sia dal punto di vista economico che sociale. Sulla validità di ciascuna di esse mi assumo la piena responsabilità. Esse sono condivise e sostenute dalla Lega nazionale dei Diritti del Malato (LDM). Gran parte di tali proposte rientrano nella piattaforma programmatica per la sanità che il Partito Liberaldemocratico (PLD) intende perseguire attraverso la propria attività politica. Altre non sono ancora state sottoposte all'attenzione del dipartimento sanità per motivi di tempo, ma lo saranno a breve.

Il principale obiettivo di questo lavoro è offrire un contributo serio e qualificato al dibattito pubblico in materia sanitaria. A fronte della rilevanza del tema e dell'impatto che la sanità esercita sulla vita sociale, economica e politica del Paese, sorprende la povertà del confronto politico: maggioranza e opposizione si limitano quasi esclusivamente alla questione del finanziamento, spesso affrontata con argomenti approssimativi e privi di fondamento nei dati. Eppure, la complessità del nostro sistema sanitario necessita di riflessioni ben più ampie, che richiederebbero analisi approfondite, conoscenza e volontà di elaborare proposte concrete di miglioramento. L'aumento del finanziamento, da solo, non risolverebbe tutti i problemi dovuti all'inadeguatezza della gestione.

In queste pagine ho cercato di ricostruire con chiarezza i presupposti storici, sociali ed economici, l'assetto attuale e il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Mi auguro che la lettura di questo volume possa offrire a tutti, e in particolare ai decisori politici, le basi necessarie per contribuire in modo consapevole ed efficace alla salvaguardia di uno dei beni più preziosi del nostro Paese.

FRANCO ANCONA

Parte prima

EVOLUZIONE STORICA,
ARCHITETTURA E MODALITÀ
DI FUNZIONAMENTO DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Capitolo 1

I POSSIBILI MODELLI DI PROTEZIONE SANITARIA

Prima di presentare il nostro sistema sanitario, di illustrarne le caratteristiche e un po' della sua storia, è opportuno acquisire alcuni semplici concetti base che permettono di comprenderne meglio le specificità e di valutarne i diversi aspetti con maggiore consapevolezza.

I sistemi sanitari sviluppatisi nei diversi paesi hanno prodotto un'ampia varietà di modelli di protezione sanitaria, che si distinguono per modalità di finanziamento, per possibilità di accesso e per estensione delle coperture, nonché per gli effetti redistributivi sul reddito. Tuttavia ciascuno di essi può essere ricondotto a uno dei tre possibili "standard", definiti in letteratura:

- il **modello Beveridge**, che prevede l'esistenza di un sistema sanitario nazionale a copertura universale, finanziato attraverso la fiscalità generale;
- il **modello Bismarck**, nel quale la copertura è fornita da mutue o da assicurazioni sociali obbligatorie;
- il **modello privato**, nel quale le prestazioni sono a carico degli assistiti, che le pagano direttamente o, più frequentemente, si coprono attraverso l'acquisto di polizze assicurative (es. Stati Uniti e paesi a basso reddito).

1.1. Il modello Beveridge

Questo modello prende il nome da William Beveridge, un importante economista che, durante la seconda guerra mondiale, fu incaricato dal governo britannico di studiare un modello di welfare in grado di affrontare i problemi di povertà, malattia e disoccupazione. Il risultato fu il noto rapporto Beveridge, prodotto nel 1942, sulle cui basi nel 1948 venne realizzato il **National Health Service (NHS)**. Trent'anni dopo, l'NHS ispirò anche la creazione del nostro **Servizio Sanitario Nazionale a copertura universale**. Si tratta di un sistema pubblico, universalistico, finanziato attraverso la fiscalità generale. Riconosce a tutti i cittadini il diritto a ricevere le prestazioni sanitarie di cui necessita, a titolo gratuito o a fronte di una moderata compartecipazione alla spesa (ticket). Esercita un effetto economico redistributivo sul reddito in quanto ciascun cittadino attinge ai servizi sulla base delle proprie necessità, mentre contribuisce al sostenimento dei costi in base alla propria capacità fiscale. L'imposizione fiscale cresce (più che proporzionalmente) all'aumentare del reddito.

1.2. Il modello Bismarck

Il nome si deve a Otto von Bismarck, cancelliere dell'Impero Germanico verso la fine del XIX secolo. Per contrastare l'influenza del movimento socialista in Germania, Bismarck introdusse alcune riforme sociali. Tra queste, la Legge sull'assicurazione sanitaria (1883): un sistema di casse malattia finanziate attraverso contributi obbligatori, proporzionali al reddito, versati dai lavoratori dipendenti e dai datori di lavoro. L'intervento dello Stato si limitava a normare l'introduzione e il funzionamento delle casse mutue ed a rendere obbligatori i versamenti, mentre la gestione delle varie mutue era autonoma. Le coperture erano limitate agli iscritti.

Si tratta di un sistema ibrido, che presenta molte affinità con il precedente, finanziato non attraverso la fiscalità generale, ma con i contributi versati dai lavoratori alla propria cassa mutua di riferimento. Presenta caratteristiche di minore equità, rispetto al primo, in quanto le diverse casse mutue possono prevedere aliquote contributive diverse e livelli di prestazione differenziati. Il nostro Paese ha conosciuto il sistema mutualistico, che è stato in vigore dagli anni del ventennio fino al 1978. Si ricordano: l'INAM – Istituto Nazionale di Assicurazione contro le Malattie; l'ENPAS – Ente Nazionale Previdenza e Assistenza dipendenti Statali. Ancora oggi, fatti gli opportuni aggiornamenti, il modello Bismarck è alla base del sistema sanitario tedesco, francese e belga.

1.3. Il Modello privatistico/assicurativo

Questa soluzione prevede il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei cittadini, o la copertura mediante la stipula di polizze assicurative, che presentano costi e livelli di copertura fortemente differenziati. In alcuni casi può essere previsto l'obbligo per i cittadini di contrarre una polizza assicurativa di base.

1.4. La valutazione dei diversi modelli sanitari

Ogni sistema sanitario, pur ispirandosi a uno dei tre modelli "ideali", non ne realizza esattamente lo standard ma assume una configurazione parzialmente ibrida. In Italia, ad esempio, l'esistenza della copertura universale non esclude la possibilità che una parte degli utenti stipulino anche un'assicurazione sanitaria privata. Negli Stati Uniti, modello di tipo privatistico assicurativo per eccellenza, esistono tuttavia vari programmi pubblici, per la copertura di fasce di popolazione in particolari condizioni socio-economiche. Per valutare gli effetti dei diversi modelli, gli economisti sanitari fanno in genere riferimento a tre parametri fondamentali: efficacia, efficienza ed equità.

- Per **efficacia** si intende la capacità di un sistema sanitario di agire positivamente sulla salute della popolazione.
- Per **efficienza** si intende la capacità del sistema di impiegare le risorse private e pubbliche (risorse scarse per definizione) per massimizzare i risultati positivi sulla salute della popolazione.
- Per **equità** si intende la capacità di garantire l'equità di accesso a tutti i cittadini, a prescindere dalle loro condizioni economiche e sociali.

Ciascun modello sanitario si caratterizza per una diversa incidenza dei tre parametri. Vediamo quindi quali sono le motivazioni a favore o contro i diversi modelli.

Motivazioni a sostegno del sistema sanitario pubblico universale

Numerose sono le motivazioni a sostegno di questo modello.

1. Primo fra tutti l'importanza del **principio dell'equità di accesso alle cure**, senza distinzione di carattere economico e sociale dei pazienti. Questa caratteristica è tra gli obiettivi dichiarati del modello Beveridge e, in subordine, del modello Bismarck, mentre non è affatto perseguita nel modello privato. La possibilità di accedere all'assistenza sanitaria per tutti non è soltanto un beneficio individuale, ma rappresenta anche un supporto allo sviluppo economico, permettendo a categorie di lavoratori economicamente svantaggiate, di partecipare attivamente all'attività produttiva con minori limiti dovuti alle proprie condizioni di salute. Questa considerazione è tanto più forte in un'epoca di declino demografico, quale quella che stiamo vivendo, in cui la disponibilità di lavoratori diventerà sempre di più un fattore critico di sviluppo.
2. Gran parte dei servizi sanitari sono classificabili nella categoria dei **beni di merito**. Si tratta di un tipo di bene o servizio che viene considerato fondamentale per il benessere individuale e della popolazione. Per questa ragione se ne promuove il consumo anche verso quelle fasce di popolazione che non sono in grado di pagarlo o, semplicemente, non sono consapevoli del loro valore. Tipicamente questo concetto viene associato all'istruzione, alla cultura, all'arte e ai servizi sanitari. Spesso il mercato non è in grado di garantire a tutti l'equità di accesso a questi servizi. Per questa ragione può essere opportuno l'intervento dello Stato, o di altre istituzioni pubbliche, per permetterne il consumo a tutta la popolazione, indipendentemente dalla situazione economica di ciascuno. L'istruzione è considerata un bene di merito perché contribuisce al progresso individuale e collettivo di una nazione. La cultura e l'arte sono viste come strumenti per migliorare la qualità della vita della popolazione e favorire il progresso sociale. Anche l'accesso alle cure mediche e all'assistenza sanitaria è un tassello fondamentale per fornire a tutti pari opportunità di sviluppo personale e per il benessere dell'intera popolazione

3. Diversi servizi forniti dai sistemi sanitari evoluti vanno annoverati nella categoria dei cd. **beni pubblici**. Con questa definizione si individua un bene o un servizio caratterizzato da due aspetti fondamentali:

- la **non escludibilità**, cioè l'impossibilità di impedire a qualcuno di usufruirne, anche se non lo ha pagato;
- la **non rivalità nel consumo**, cioè la possibilità di beneficiarne per più persone, senza per questo ridurne la disponibilità per gli altri.

Esempi classici di bene pubblico sono la difesa delle frontiere esterne e l'illuminazione stradale. In entrambi i casi, ne beneficiano tutti senza per questo impedirne il consumo ad altri. Esistono alcuni servizi forniti dal sistema sanitario che rientrano di diritto tra i beni pubblici, si pensi ai controlli sugli alimenti o alle attività di prevenzione collettiva, tipici dei dipartimenti di prevenzione delle ASL, o ai servizi di emergenza sanitaria.

4. I servizi forniti dal sistema sanitario presentano numerose **esternalità positive**. Le esternalità sono effetti collaterali alle attività economiche, in grado di influenzare il benessere di terzi esterni, il cui valore non si riflette nei prezzi di mercato. Tali effetti possono essere positivi o negativi. Si parla di esternalità positive quando producono un beneficio su altri, senza che questi ultimi siano tenuti al pagamento. Ecco alcuni esempi di esternalità positive:

- l'istruzione – essa va a beneficio non solo dell'individuo che la riceve, ma anche dell'intera società, che potrà contare su persone competenti e forza lavoro più produttiva;
- la piantumazione di alberi – va a beneficio non solo di chi la realizza o la paga, ma dell'intera comunità perché concorre a ridurre l'inquinamento e a migliorare l'estetica del paesaggio;
- la ricerca – perché chi investe in ricerca contribuisce a sviluppare nuove conoscenze e nuove tecnologie, in grado di migliorare la vita di ciascuno e di elevare l'efficienza produttiva.

In campo sanitario, un classico esempio di esternalità positiva è rappresentato dalle vaccinazioni. Chi si vaccina, oltre a proteggere sé stesso, contribuisce a ridurre il rischio di contagio per gli altri, anche non vaccinati.

5. Infine, ma non ultimo, occorre tenere presente che il diritto all'assistenza sanitaria è sentito intimamente dalla maggior parte degli italiani ed è ormai una componente essenziale del nostro *“contratto sociale”*. Questo principio è sancito dalla Costituzione che, all'articolo 32 primo comma, recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.

Motivazioni a sostegno del sistema privatistico

Uno dei punti deboli dei sistemi sanitari pubblici o mutualistici è la scarsa consapevolezza dei costi delle prestazioni, non solo da parte degli utenti che ne beneficiano, ma anche da parte degli stessi operatori che le erogano.

I sostenitori del modello privatistico sono particolarmente preoccupati della elevata onerosità del sistema sanitario pubblico a copertura universale e argomentano la loro tesi sulla presunzione di maggiore efficienza del sistema privatistico, basato sulla competizione di mercato e sulla ricerca dell'equilibrio tra domanda e offerta, dove i clienti premiano l'offerta che presenta il miglior rapporto qualità-prezzo e i produttori ottimizzano la loro offerta su servizi di alta qualità, al prezzo più basso possibile, che consenta loro di battere la concorrenza. Essi ritengono quindi che il ricorso al mercato permetta:

- una maggiore efficienza del sistema;
- un miglior rapporto qualità/prezzo delle prestazioni sanitarie, con conseguente contenimento del costo complessivo dell'assistenza sanitaria a livello nazionale;
- la riduzione della spesa pubblica destinata al servizio sanitario.

Tutte queste argomentazioni sono valide in linea teorica, ma si basano sul presupposto che si realizzi un vero mercato e che questo funzioni. A questo punto non resta che chiarire una questione fondamentale: “Esiste realmente la possibilità di realizzare una vera competizione di mercato nel settore sanitario, con tutti i benefici in termini di qualità ed efficienza che ne derivano?”

Nel prossimo capitolo indagheremo le caratteristiche e gli effetti del mercato in sanità.