

La salute dei sistemi sanitari Evoluzioni e prospettive future

Introduzione di Stefano Manzocchi e Gilberto Turati*

Recenti indagini dell'Eurobarometro mostrano come, nel 2024, la salute sia la seconda priorità per i cittadini europei. La salute è addirittura la principale questione di politica economica in un gruppo relativamente ampio di paesi, quali Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Portogallo e Ungheria¹. Si tratta di un insieme eterogeneo di paesi, se non altro dal punto di vista delle risorse spese per la salute pubblica: in Francia sopra il 10% del PIL, in Grecia, Irlanda e Ungheria intorno al 5%.

Eppure, solo pochi anni prima, nel 2019, i temi della salute (e della sanità) erano esclusi dalle prime dieci questioni prioritarie per la politica economica, se non per un vago legame con la sicurezza dei cibi e la necessità di proteggere i consumatori. Il tema principale era la "crescita economica", seguito dalla "lotta alla disoccupazione giovanile" e da "immigrazione" e "cambiamento climatico". La pandemia da Covid-19, affacciata a Wuhan in Cina alla fine del 2019, ha ribaltato completamente la prospettiva, ha cambiato l'ottica con la quale guardare alla sanità: dalla sanità solo come "costo sul quale risparmiare" alla sanità anche come "investimento sociale".

Se torniamo al dibattito sul Covid-19, soprattutto nella prima parte della pandemia, nel 2020, quando gli effetti sulla salute sono stati più marcati, un filone di pensiero ha attribuito la responsabilità della difficile situazione che abbiamo attraversato all'*austerità* degli anni successivi alla doppia crisi finanziaria internazionale dei mutui *sub-prime* e dei debiti sovrani. Nel caso del nostro Paese, si è scritto che sono stati i tagli di risorse finanziarie e di risorse materiali come posti letto e personale a rendere il sistema sanitario incapace di rispondere alla improvvisa crisi e alla conseguente pressione che questa ha generato sugli ospedali, ancora i principali fornitori di servizi sanitari. In pochi hanno ricordato che quelli definiti come "tagli" di risorse erano parte di un processo di ristrutturazione industriale che riguardava da tempo tutti i sistemi

* smanzocchi@luiss.it, Università Luiss Guido Carli; gilberto.turati@unicatt.it, Dipartimento di Economia e Finanza e Osservatorio Conti Pubblici Italiani, Università Cattolica del Sacro Cuore. Ringraziamo Federica Cornacchia e Luca Del Vecchio dell'Area Life Science di Confindustria per i preziosi suggerimenti e Adriana Leo di Confindustria Servizi per l'eccellente lavoro editoriale.

¹ Si veda Codogno L., Monti M., "How Voters' Preferences and Policy Priorities Have Shifted ahead of the European Elections", *European Politics and Policy*, LSE, 2024.

sanitari dei paesi avanzati, che stavano cercando di prepararsi per gestire un'epidemia silenziosa di malattie croniche non trasmissibili². Un altro filone di pensiero se l'è invece presa con la *governance* dei sistemi sanitari, in particolare nel nostro Paese, attribuendo all'eccesso di regionalismo le conseguenze nefaste della pandemia. Anche in questo caso, tuttavia, si è ricordato come la legislazione vigente già attribuisse al governo nazionale tutti i poteri necessari per una gestione centralizzata delle politiche di contrasto epidemico³.

La pandemia, insomma, è stata utilizzata come un possibile grimaldello per tornare indietro rispetto a politiche di ristrutturazione del Sistema sanitario condivise in passato: macché riduzione del ruolo degli ospedali a favore dei servizi territoriali, servono più ospedali (e, forse, anche più servizi territoriali) per affrontare i casi gravi delle pandemie; macché regioni a gestire la sanità, serve lo Stato che è l'unico garante dell'eguaglianza territoriale. In tutto ciò, si è perduto il messaggio che l'efficiente organizzazione del sistema e la sua produttività sono obiettivi irrinunciabili di qualsiasi discorso sulla sanità. A dispetto delle flebili voci fuori dal coro, entrambe le tesi (l'impatto negativo dell'*austerità* e del regionalismo) sono state facilmente accolte dall'opinione pubblica, che ha chiesto a gran voce maggiori risorse per il settore da un lato (imputando all'Unione europea e alle sue regole fiscali l'incapacità dei paesi membri di investire nel settore sanitario) e un ri-accentramento delle funzioni che riguardano la tutela della salute in capo allo Stato centrale dall'altro, contribuendo a fare della salute pubblica una priorità di politica economica in questi tempi incerti.

Due sono le questioni, dunque, che animano il dibattito attuale. La prima concerne il volume di risorse destinato al settore. L'argomento di facile presa politica è che la sanità pubblica italiana è largamente sottofinanziata: il confronto è con partner europei come Francia e Germania, che hanno superato il 10% del PIL in termini di spesa, ma con un sistema differente rispetto al nostro, basato su assicurazioni sociali. Qualcuno si spinge fino a dire che il finanziamento del SSN, oggi sotto il 7%, debba arrivare fra qualche anno a livelli simili ai due paesi dell'Europa continentale, tralasciando sovente di affrontare due aspetti. Il primo è che l'argomento delle risorse trascura il nodo della produttività del SSN, tema spesso richiamato dalla Ragioneria generale dello Stato e che interroga le modalità di funzionamento della Pubblica Amministrazione in questo comparto come in altri ambiti. Il secondo aspetto negletto nelle argomentazioni sulle risorse è che tre punti aggiuntivi di PIL per

² In questo senso, Angelici M., Berta P., Moscone F., Turati G., "Ospedali, dove e perché si è tagliato", *lavoce.info*, 2020, disponibile online: <https://lavoce.info/archives/64538/ospedali-dove-e-perche-si-e-tagliato/>.

³ Si veda, per esempio, Bordignon M., Turati G., "Adesso c'è chi vuole riportare la sanità al centro", *lavoce.info*, 2020, disponibile online: <https://lavoce.info/archives/65386/adesso-ce-chi-vuole-riportare-la-sanita-al-centro/>.

passare dal 7 al 10% equivalgono oggi a 60 miliardi, e una manovra del genere equivarrebbe ad aumentare di circa il 50% le risorse oggi destinate alla sanità, con ovvie conseguenze sugli equilibri già difficili della finanza pubblica.

Al di là dei numeri, impietosi, resta anche il fatto che focalizzare il dibattito solo sulle risorse consente di eludere quella che invece dovrebbe essere la discussione da affrontare: più risorse per cosa? Il punto di partenza per qualsiasi ragionamento dovrebbe essere un progetto, serio e coerente, sul SSN che vorremmo. Da questo punto di vista, le domande chiave sono: come si completa la transizione incompiuta verso una sanità territoriale fulcro del trattamento delle cronicità? E in che modo la sanità territoriale si deve integrare con l'ospedale? Non c'è alcun dubbio che questo processo comporti una riallocazione di risorse che favorirà alcuni *stakeholder* a scapito di altri, pur pensando ad un aumento delle risorse complessive destinate al settore. Se cambia la distribuzione delle rendite complessive è inevitabile che chi perderebbe in termini relativi provi in tutti i modi a rallentare il processo.

La seconda questione di attualità concerne il regionalismo, in particolare il progetto di aumentare gli spazi e le forme di autonomia previsto dall'articolo 116 della Costituzione sotto il cappello del "federalismo asimmetrico" o "differenziato". Si continuano ad attribuire le colpe delle diseguaglianze sociali (nell'accesso ai servizi e nei livelli di salute) alle politiche di decentramento statuite con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, scordandosi che il decentramento amministrativo è iscritto nella stessa legge fondante del SSN e il decentramento funzionale parte con la riforma del 1992, mentre il decentramento fiscale – se si escludono gli anni tra il 1997 e la metà dei primi Duemila – è rimasto largamente sulla carta. Inoltre, alcune diseguaglianze sociali si osservano in materie (si pensi all'istruzione) di esclusiva competenza statale. Nessuno si indigna se i risultati dei test Invalsi sono largamente differenti tra scuole diverse e aree diverse del Paese, mentre ci si straccia le vesti se i pazienti del Sud sono costretti a migrare negli ospedali del Nord.

Questo numero della Rivista di Politica Economica prova a fare chiarezza su alcune delle tante questioni da affrontare per un dibattito serio sul tema della sanità; e prova a farlo in modo oggettivo a partire dai numeri e dalle evidenze che oggi abbiamo sul settore. Il volume è diviso in due parti. Nella prima parte, dedicata all'evoluzione del settore e alle grandi questioni organizzative, si affrontano i temi della spesa sanitaria, della *governance* e delle due grandi componenti di un sistema sanitario nella produzione di servizi, il comparto ospedaliero e quello dei servizi territoriali.

Nel contributo che apre il volume, Sara Basso, Maria Assunta Fugnitto, Lucia Martina ed Emanuele Pallotti presentano un quadro informativo

sulla spesa sanitaria complessiva in Italia attraverso la misura dei flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari nel periodo 2012-2023. Si tratta, a nostra conoscenza, del quadro più aggiornato e documentato dei flussi riferibili al Sistema dei conti della sanità (ISTAT), ovvero lo strumento principe per monitorare e valutare la spesa sanitaria pubblica, quella privata sostenuta direttamente dalle famiglie e quella privata finanziata dalle imprese per la promozione della salute nei luoghi di lavoro. Il Sistema dei conti della sanità consente di spaccettare la spesa lungo tre dimensioni: il regime di finanziamento (pubblico o privato), gli erogatori di assistenza (ospedali pubblici e privati accreditati, ambulatori pubblici e privati e altro) e le funzioni di spesa (cura e riabilitazione, prevenzione, assistenza farmaceutica e altro). La quota della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) sul PIL, negli anni osservati, si è mantenuta abbastanza stabilmente intorno ad una media di 8,8% (fatta eccezione naturalmente per il biennio 2020-21, con la pandemia che ha ridotto il PIL e, allo stesso tempo, aumentato la spesa). Il contributo della spesa privata ha compensato nel tempo le minori risorse e i minori investimenti pubblici, mentre il sistema ospedaliero resta il maggior erogatore di servizi di assistenza in Italia, con oltre il 40% delle prestazioni. I vincoli di bilancio stanno tuttavia delineando una modifica del sistema sanitario nel suo complesso, sia nella componente pubblica sia in quella privata, verso strutture di assistenza che assorbano minori risorse economiche e siano più vicine alle esigenze dei pazienti. Il lavoro si chiude con un confronto della situazione italiana con i paesi dell'Unione europea, dal quale risulta chiaramente come il nostro Paese sia caratterizzato da un livello di spesa inferiore a quello medio dei paesi UE.

Il contributo di Massimo Bordignon, Marco Buso e Gilberto Turati parte proprio da un confronto dei sistemi sanitari nazionali dei diversi paesi europei (non solo dal punto di vista degli assetti organizzativi, ma anche dei risultati in termini di salute) per discutere della *governance* dei sistemi sanitari, da intendersi come l'allocazione di differenti funzioni tra livelli di governo diversi. In particolare, rispetto al dibattito corrente nel nostro Paese che vede come protagonisti il governo centrale e le regioni, gli autori allargano lo sguardo considerando esplicitamente un terzo livello di governo costituito dall'UE. Gli autori sottolineano come riferire la discussione solo alla dicotomia tra decentramento e accentramento, quando si discuta del ruolo dei diversi livelli di governo nell'ambito dei sistemi sanitari, sia riduttivo e fuorviante, poiché in molti casi le differenti funzioni sanitarie sono nei fatti *condivise* tra differenti livelli di governo. In termini normativi, la definizione della *governance* ottimale dovrebbe basarsi su argomenti tradizionali quali gli *spillover* e i rendimenti di scala delle politiche sanitarie, nonché le preferenze politiche dei cittadini delle diverse comunità subnazionali. L'assenza di *spillover* e modeste economie di scala spingono a considerare ottimale il decentramento della funzione e l'allocazione a livelli di governo più vicini ai cittadini, quanto più poi le diverse comunità si differenziano in termini di prefe-

renze verso lo specifico servizio. Al contrario, in presenza di *spillover* e di rilevanti economie di scala (ad esempio, nel caso del *procurement* di grandi volumi di farmaci o attrezzature mediche) una soluzione più accentrata è preferibile. In questo quadro, il ruolo fondamentale dei singoli paesi membri dell'UE per le politiche sanitarie del futuro diverrà quello di costruire un quadro normativo che riallochi funzioni sia verso il basso agli enti subnazionali di governo che inevitabilmente continueranno ad avere il compito di fornire il servizio ai cittadini, sia verso l'alto all'UE, che dovrebbe assumere un ruolo nella produzione di beni pubblici europei (garantendo, ad esempio, a tutti un equo accesso ai farmaci innovativi come è stato per i vaccini nel caso del Covid-19).

Gli ultimi due contributi della prima parte del volume analizzano i comparti principali in cui è possibile suddividere la produzione di servizi sanitari: il territorio e l'ospedale. Per quanto riguarda il primo, a fronte delle tendenze demografiche del nostro Paese e del conseguente aumento delle patologie croniche connesse all'invecchiamento della popolazione, il ruolo della medicina di famiglia è al centro dell'analisi di Marta Giachello e Cristina Ugolini. Le malattie croniche richiedono un approccio assistenziale diverso dalla gestione delle patologie acute perché necessitano di interventi per periodi di lunga durata e una forte integrazione tra servizi sanitari e sociali, con investimenti in servizi residenziali e territoriali che spesso in Italia non sono ancora né diffusi né distribuiti in modo uniforme sul territorio. Come rileva anche Cinzia Di Novi nel suo contributo alla seconda parte di questo volume, l'invecchiamento della popolazione richiede un approccio integrato al benessere fisico, psicologico e sociale. Dopo il varo del primo Piano Nazionale della Cronicità nel 2016, l'impatto della pandemia e la disponibilità di nuove risorse provenienti dal programma *Next Generation EU* hanno stimolato una rinnovata progettualità per rifondare le basi dell'assistenza territoriale nell'ambito del SSN recentemente disegnata dal DM 77/2022, che ha introdotto le Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità. Le autrici propongono, alla luce di questa evoluzione, interventi che vanno dalla riforma del percorso formativo per i medici di medicina generale o di una migliore ponderazione della lista assistiti, a riforme che richiedono scelte più radicali come un maggiore ancoraggio dei pazienti assistiti dal medico di famiglia al territorio afferente o la creazione di un terzo livello della medicina di famiglia rivolto alla popolazione più anziana.

Marina Di Giacomo, Rosella Levaggi, Massimiliano Piacenza e Luca Salmasi si interrogano invece sulla condizione e sulle prospettive dell'altro pilastro del sistema sanitario, quello ospedaliero. In particolare, l'analisi verte sulla fornitura di prestazioni ospedaliere, che da sola conta per quasi metà della spesa sanitaria pubblica totale, e sull'individuazione di modelli organizzativi a livello regionale (favoriti dalle riforme degli anni Novanta) basati sul ruolo degli ospedali privati accreditati e sul grado di de-integrazione delle ASL rispetto all'attività di produzione dei

servizi. La conclusione degli autori è che, osservando i risultati per le regioni italiane, non vi sia una chiara correlazione tra una determinata soluzione organizzativa (più verso un modello verticalmente integrato, o no; con un maggiore coinvolgimento dei fornitori privati, o no) e gli esiti in termini di prestazioni. Regioni con modelli organizzativi formalmente simili mostrano valori molto diversi degli indicatori relativi agli interventi di cura, mentre emergono performance comparabili anche per regioni che hanno recepito in modo differente le linee di riforma del SSN. È la qualità delle istituzioni, politiche e di mercato, e del management dei sistemi ospedalieri che sembra determinare i miglioramenti nelle performance, e tale qualità secondo gli autori dà conto anche dal persistente divario tra le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud.

Nella seconda parte del volume, presentiamo una serie di approfondimenti sulle prospettive dei sistemi sanitari, in relazione all'evoluzione demografica, delle competenze e dei mercati. Il primo contributo, quello di Cinzia Di Novi, affronta il tema della *long term care* (LTC), partendo dalle dinamiche demografiche e dalle conseguenze sociali della pandemia da Covid-19 nell'UE, per analizzare i bisogni non soddisfatti nei servizi di LTC, rivolti alle persone anziane con limitazioni nelle attività quotidiane dovute a fragilità mentale, fisica o disabilità prolungata nel tempo. Lo studio mostra come i bisogni non corrisposti influenzino una delle principali variabili associate allo sviluppo della depressione durante la fase di invecchiamento: la solitudine, che a sua volta può comportare declino cognitivo, peggioramento delle comorbidità, aumento del rischio di ansia. Emerge quindi l'importanza critica di garantire un adeguato supporto e assistenza agli anziani con limitazioni funzionali per migliorare il loro benessere emotivo e psicologico, anche mediante una rete di medicina di prossimità con integrazione tra servizi sanitari e sociali, come suggerito anche nel lavoro di Marta Giachello e Cristina Ugolini.

I due lavori successivi si focalizzano sulle competenze. La salute dei sistemi sanitari dipende infatti strettamente dalla disponibilità e dalla "qualità" degli operatori del sistema, siano essi medici, infermieri, manager. Come già discusso per la sfera socioeconomica in generale in un precedente numero della Rivista di Politica Economica⁴, gli investimenti in formazione e l'offerta di competenze adeguate sono e saranno elementi decisivi per la performance. In particolare, Rossana Arcano, Ilaria Maroccia e Gilberto Turati affrontano il tema del mercato del lavoro dei professionisti sanitari. Gli autori dimostrano come, dai dati OCSE, emerga che in Italia il numero dei medici sia sostanzialmente in linea con quello osservato in Francia e Germania, mentre si registra al contempo una forte carenza di infermieri. Questa evidenza

⁴ Si veda "L'impresa delle competenze. I nuovi saperi e il lavoro", *Rivista di Politica Economica*, 2023, vol. 1, a cura di Manzocchi S., Ranieri A.

potrebbe essere un sintomo delle difficoltà del nostro sistema sanitario di sviluppare cure territoriali orientate al trattamento delle cronicità, rispetto alla impostazione centrata sugli ospedali discussa in altri contributi del volume. La definizione dei fabbisogni dovrebbe essere guidata dalla definizione del sistema sanitario che si vuole realizzare: un sistema meno fondato sugli ospedali e più sulle cure territoriali richiede medici con alcune specializzazioni e non altre e, soprattutto, infermieri. Il *mismatch* nel mercato del lavoro dei servizi sociosanitari si concretizza in un eccesso di domanda rispetto all'offerta di lavoro di infermieri e di medici specializzati in alcune discipline come l'emergenza e urgenza, l'anestesia e rianimazione o la medicina territoriale. Possono contribuire a spiegare questi disequilibri le possibilità di integrazione salariale offerte dalla libera professione, i rischi per la responsabilità medica e la possibilità di incorrere in violenze verbali e fisiche durante l'esercizio della professione, tutti fattori differenti per diverse specializzazioni che richiederebbero adeguate risposte.

Anche la qualità del management influisce in modo decisivo sulle performance delle strutture ospedaliere, e competenze manageriali all'avanguardia rappresentano un'opportunità per l'incremento della produttività, come argomenta il contributo di Elenka Brenna e Anna Menozzi. Adeguate capacità gestionali si configurano come un elemento complementare per far fronte alle richieste di assistenza sanitaria, in aggiunta alle strategie incentrate sull'aumento degli input di natura clinico-medica. Le evidenze disponibili sulla formazione manageriale dei direttori generali sono frammentate e rispecchiano il frazionamento del SSN in differenti modelli sanitari regionali. Più informazione circa le caratteristiche individuali dei componenti della direzione strategica (che includono, tra l'altro, età, genere, retroterra educativo, eventuale esperienza politica, *tenure* ed esperienza) e sul ciclo politico con cui la direzione si confronta durante il mandato, potranno consentire una migliore analisi delle relazioni tra capacità manageriali, attributi personali, formazione e performance ospedaliere.

Chiudono il volume due contributi che esplorano il ruolo dei mercati e delle imprese nel contribuire alla realizzazione dei fabbisogni sanitari. Questo ruolo sta aumentando, come conseguenza della "crisi fiscale" dello Stato, che in un Paese come il nostro caratterizzato da bassa crescita, alto debito statale e una spesa pubblica molto sbilanciata verso le pensioni, è particolarmente acuta. Il contributo del settore privato al sistema sanitario passa sia attraverso il ruolo del comparto assicurativo, sia attraverso il contributo diretto delle imprese con il welfare aziendale. Martina Celidoni e Vincenzo Rebba partono dalla considerazione che circa il 90% della spesa privata per la sanità è pagata in Italia direttamente dai cittadini, una quota decisamente più elevata di quella della maggior parte dei principali paesi europei. Questa spesa *out-of-pocket* può determinare consistenti rischi finanziari per le famiglie, acuire le disuguaglianze esistenti e determinare un uso poco efficiente delle

risorse finanziarie private. La quota di spesa privata intermediata da assicurazioni e fondi è in lenta espansione, soprattutto per la crescita delle forme di welfare aziendale sanitario che negli ultimi anni hanno ricevuto particolare impulso dagli incentivi fiscali previsti dalla normativa. La percentuale di popolazione coperta con assicurazioni e fondi privati è consistente (oltre il 30%) ma gli importi assicurati e coperti nel caso italiano sono piuttosto contenuti e determinano una limitata rilevanza macroeconomica della spesa sanitaria privata intermediata rispetto ai principali paesi europei. In prospettiva, la previdenza sanitaria integrativa potrà rappresentare un secondo pilastro a sostegno del sistema sanitario pubblico, con la capacità di limitare effettivamente i rischi finanziari per le famiglie, se verrà governata in maniera efficace, puntando a incentivare e a potenziare soprattutto le coperture assicurative di tipo supplementare.

Per quanto concerne il contributo diretto delle imprese, Francesco Ferroni e Francesco Iervolino illustrano l'evoluzione normativa della sanità integrativa, la disciplina fiscale di sostegno alle forme di welfare aziendale per la salute, la dimensione e le principali caratteristiche dei fondi sanitari e l'efficienza della spesa sanitaria privata intermediata. Gli autori discutono anche il potenziale ruolo futuro della sanità integrativa alla luce delle tensioni che rendono sempre più complessa la tenuta del SSN come sistema universale con una ampia copertura in termini di servizi, riferendosi in particolare all'assorbimento dell'innovazione in ambito sanitario, all'invecchiamento della popolazione e ai cambiamenti dei modelli di consumo dei cittadini. Sul fronte dell'innovazione, è importante ricordare come la filiera della salute sia il primo settore europeo per rapporto tra investimenti in R&S e ricavi netti. Due esempi aiutano a capire: nel solo settore farmaceutico, sono in fase di studio più di 20mila prodotti, di cui il 55% di sintesi chimica e il 45% di origine biotecnologica. Inoltre, tramite la sanità digitale - mercato attualmente in crescita in Italia da 3,8 miliardi di euro nel 2022 a 5 miliardi di euro nel 2025 - non solo sarà possibile rendere più efficienti i processi di produzione e di erogazione dei beni e dei servizi sanitari, ma anche rispondere meglio alla domanda di salute dei cittadini. Questi processi innovativi richiedono già oggi al legislatore interventi normativi anche per evitare frammentazioni dell'accesso universale ai servizi sin qui garantito dal SSN e oggi messo in discussione soprattutto dal procrastinarsi di decisioni ineluttabili da parte del pubblico, in particolare dello Stato, in un quadro dove i mercati sono molto più rapidi ad agire.

Come sempre, in conclusione, i volumi della Rivista di Politica Economica non hanno ovviamente pretesa di esaustività. Alcuni temi, dalla misurazione delle performance in sanità al finanziamento dei sistemi, sono fuori dal perimetro di questo numero. Nonostante ciò, restiamo convinti che questa raccolta di saggi possa contribuire ad alimentare un dibattito più informato su un tema decisivo per il presente e il futuro.