



Partenariato Pubblico Privato

Le origini



La nascita del SSN - Universalismo e monopolio

Il SSN Italiano nasce formalmente il 23 dicembre 1978 con la legge n. 833, a seguito di un lungo e articolato dibattito culturale e politico, in un Paese all'epoca caratterizzato dalla spinta verso forme sempre più forti di socialismo e statalismo, dalla presenza di un grande Partito Comunista e da un clima culturale incline alla statalizzazione delle attività produttive e all'esaltazione di una visione collettiva dei diritti fondamentali. In Sanità, il modello di riferimento è il National health service (Nhs) britannico, di netta impostazione laburista, statalista e pubblicista. Il nuovo SSN ne comprenderà le caratteristiche fondamentali.

Non deve essere trascurato, inoltre, l'elemento di contrapposizione con il sistema mutualistico di tipo Bismark preesistente, ormai ampiamente screditato per l'inefficienza, la scarsa attitudine a confrontarsi con le nascenti tecnologie e il dissesto finanziario ormai cronico. La mutualità sanitaria, in realtà, poteva essere considerata una grande conquista sociale e durante il fascismo costituì sicuramente un importante fattore di coesione sociale e di consenso.

I grandi enti mutualistici avevano fornito per la prima volta l'opportunità di accedere alle prestazioni sanitarie a larghi strati della popolazione tramite un sistema di assicurazione promosso e gestito dallo Stato, ma nel secondo dopoguerra la macchina organizzativa degli storici enti mutualistici (Inam, Enpam etc.) era ormai superata, e messa pubblicamente alla berlina dalla satira, con l'indimenticabile film *Il medico della mutua* interpretato da Alberto Sordi.



Partenariato Pubblico Privato

Un nuovo sistema



Era giunto il momento di cambiare, e le idee portanti del nuovo sistema possono essere sintetizzate in pochi fondamentali contenuti:

a) Universalità e solidarietà

In coerenza con gli analoghi modelli di welfare sanitario di tipo Beveridge, il SSN promette di assicurare la copertura di tutti i bisogni sanitari come diritto di cittadinanza e pertanto universale, finanziando gli oneri che ne derivano tramite la fiscalità generale, seppure con articolate modalità, attuando così un principio di solidarietà molto ampio.

b) Accentramento di tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione

Un unico soggetto, l'Unità sanitaria locale (Usl) è titolare della responsabilità di produrre ed erogare agli abitanti del territorio di competenza tutte le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione, gestendo al proprio interno tutti i livelli di assistenza e assicurando altresì le attività di vigilanza igienico-sanitaria, valutazione e controllo sulla propria attività.

c) Gestione pubblica

Il SSN si presenta almeno idealmente come un perfetto monopolio completamente autoreferenziale, nei confronti del quale l'unico giudizio possibile da parte dei cittadini avviene nel momento delle periodiche elezioni amministrative, nelle quali peraltro non si eleggono gli amministratori della Sanità, ma quelli delle istituzioni locali (Regioni e Comuni), che a loro volta e con modalità molto complesse esprimeranno gli amministratori sanitari, che gestiscono soggetti di diritto pubblico (le Usl) rispondendo esclusivamente a chi li ha nominati.

Partenariato Pubblico Privato

Un nuovo sistema

Anno	Ospedali pubblici (%)	Ospedali di diritto privato %
1997	78,50	21,43
1996	78,12	21,88
1995	75,96	24,04
1994	76,79	23,21
1993	77,51	22,49
1992	78,48	21,52
1991	81,16	18,84
1990	76,50	23,50
1989	79,69	20,31
1988	82,80	17,20
1987	83,50	16,50
1986	84,05	15,95
1985	84,54	15,46
1984	85,00	15,00
1983	85,09	14,91
1982	85,31	14,69
1981	85,48	14,52
1980	85,78	14,22



Partenariato Pubblico Privato

Un nuovo sistema



Rapporto Stato Regioni

Il modello di welfare sanitario cui il SSN italiano si ispira, il modello Beveridge, è sostanzialmente un sistema statalista e centralista. Ciò significa che è pensato come un soggetto unitario, distribuito uniformemente su tutto un territorio nazionale ma strettamente governato da organi dello Stato, cui è demandato il compito, fra l'altro, di assicurare gestione e organizzazione uguali in tutto il Paese tramite una rete di enti pubblici dipendenti dal centro. Questa impostazione però non può esistere in Italia, dove la Costituzione prevede ampi elementi di autonomia delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di organizzazione sanitaria, e dove la stessa storia e la realtà viva del sistema sanitario locale presenta profonde difformità. Da questa situazione di partenza l'assegnazione di importanti funzioni di programmazione e governo alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano da parte della stessa legge 833/78 non fa che innescare, già a partire dal 1980, un processo di differenziazione che andrà ad approfondirsi sempre di più, e che autorizza ad affermare, già nella prima fase attuativa del SSN, che in realtà esistono in Italia 21 sistemi sanitari diversi.



Partenariato Pubblico Privato

Un nuovo sistema



Rapporto pubblico-privato

Il clima culturale e politico in cui nasce la legge 833/78 e l'esplicito e convinto riferimento al modello Nhs britannico hanno in sé l'idea di una completa proprietà e gestione pubblica del sistema sanitario. Questa visione, originariamente fondata su presupposti storici e su radicate appartenenze ideologiche diffuse in tutte le principali forze politiche dell'epoca, si scontra fin dall'inizio con una realtà che vede la presenza di erogatori di diritto privato, religiosi e non, grandi e piccoli, che sono di fatto indispensabili per raggiungere volumi minimamente accettabili di prestazioni in molti settori dell'attività specialistica ambulatoriale e soprattutto nell'attività ospedaliera, dove fin dal 1980 più del 14% delle disponibilità di posti letto è presso operatori privati (Tab. 1). E pur in un clima sostanzialmente ostile, e in un contesto politico e giuridico che li spinge verso la marginalità, i privati saliranno come presenza lentamente e costantemente, fino a superare il 20% della disponibilità di posti letto nel 1997. Ma negli altri anni la loro condizione comincerà a cambiare, in concomitanza con la crisi della prima fase di vita del SSN e le "riforme della riforma".



Partenariato Pubblico Privato

Le riforme della riforma



Alla fine degli anni Ottanta la prima versione del SSN italiano giunge al termine, sommersa da infinite critiche, travolta dagli scandali e in cronico deficit. L'idea di una ampia e pervasiva politicizzazione della Sanità, con i Comitati di Gestione delle Usl espressione della lottizzazione partitica dei Comuni che governano e gestiscono ospedali, assunzioni e appalti, mostra tutti i suoi limiti, fra reparti ospedalieri pubblici a sempre più basso livello di utilizzazione e liste di attesa sempre maggiori. Mentre nuove tecnologie si rendono disponibili e la domanda di prestazioni di buona qualità sale, il metodo del finanziamento a piè di lista di ospedali e Usl diventa un modo per sviluppare clientele politiche e malagestione, mentre amministratori pubblici sicuri del flusso economico si perdono in infinite alchimie e spartizioni localistiche, protetti da un oligopolio sempre meno difendibile.

Questo sistema, nel quale le peculiarità e le differenze da regione a regione si fanno sempre più importanti, è oggetto di una serie di profonde modificazioni, che formalmente cominciano a realizzarsi nel 1992 e che determineranno una fase evolutiva complessa e a tratti contraddittoria. Queste modificazioni interessano l'assetto istituzionale, l'organizzazione operativa e le modalità di finanziamento, e sono disciplinate da norme di rilevanza nazionale che complessivamente sono conosciute come "riforme della riforma".

Partenariato Pubblico Privato

Le riforme della riforma

I provvedimenti normativi più significativi sono almeno tre, rappresentati dai decreti legislativi 502/92 e 517/93 conosciuti come “seconda riforma sanitaria” dal decreto legislativo 299/99, conosciuto come “terza riforma sanitaria” (Tab. 2).

Decreti legislativi 502/92 e 517/94 II riforma	Regionalizzazione Aziendalizzazione degli erogatori pubblici (Asl e Aziende ospedaliere) Parità fra erogatori pubblici e privati (potenziale) Libertà di scelta del luogo di cura su tutto il territorio nazionale Pagamento a prestazione Riorganizzazione erogatori pubblici Nuovi rapporti di lavoro
Decreto legislativo 229/99 III riforma	Programmazione Aziendalizzazione Accreditamento e contratto per i privati Livelli essenziali di assistenza (Lea) Distretto e Dipartimento
Legge Regionale della Lombardia 31/97	Separazione fra Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere Parità fra erogatori pubblici e privati Pagamento a prestazione (parziale)



Partenariato Pubblico Privato

Le riforme della riforma



I decreti legislativi 502 e 517 espressione del Governo guidato da Giuliano Amato rappresentano il punto di partenza dell'intero processo. Con essi si completa la regionalizzazione del governo del SSN, si avvia la trasformazione degli enti pubblici in aziende (le Usl diventano Asl, Aziende sanitarie locali, i residui enti ospedalieri pubblici diventano Ao, Aziende ospedaliere). I Comitati di gestione, espressione diretta della politica locale, vengono sostituiti da Direttori generali scelti dalle Regioni tentando in tal modo di costruire un management più professionale nel settore pubblico; si determina un nuovo rapporto pubblico-privato su un principio di almeno potenziale parità fra tutti gli erogatori; si istituisce il pagamento a prestazione (per le attività di cura ospedaliera) fondato sul metodo Drg sostituendo il precedente sistema di pagamento a costi (e a retta di degenza per il privato).



Partenariato Pubblico Privato

Le riforme della riforma



Aziendalizzazione e pagamento a prestazione rappresentano due innovazioni estremamente originali nel contesto dei sistemi sanitari di tipo Beveridge, anticipate soltanto, e parzialmente, dai Trust imposti, con scarsi risultati, dalle riforme Thatcher del Nhs britannico. In effetti, l'idea di trasformare gli enti pubblici sanitari e ospedalieri, fortemente politicizzati e in cronico passivo economico, in aziende costruite in larga misura secondo schemi privatistici, e per di più remunerate esclusivamente in base alle prestazioni effettivamente erogate (con l'utilizzo dei Drg di provenienza americana) rappresenta potenzialmente una innovazione rivoluzionaria, in grado di introdurre elementi di efficienza e competizione in un sistema di forte oligopolio pubblico. Un disegno interessante ma incompleto, che non troverà adeguata attuazione per l'ampia elusione da parte delle Regioni e per la scarsa incisività dell'azione di governo centrale, all'epoca poco incline o troppo debole per scontrarsi con le forti autonomie regionali. In effetti il pagamento a prestazione sarebbe dovuto diventare rapidamente la fonte di finanziamento quasi esclusiva per tutte le istituzioni ospedaliere pubbliche e private (con la sola eccezione di poche funzioni non tariffabili quali il pronto soccorso, la didattica e la ricerca). Questo, nell'intenzione del Legislatore, avrebbe dovuto produrre un forte aumento di efficienza, e mettere premesse per una competizione virtuosa fra pubblico e privato.



Partenariato Pubblico Privato

Le riforme della riforma



Nei decreti legislativi 502 e 517 si afferma inoltre con forza “il diritto di libera scelta del luogo di cura” su tutto il territorio nazionale e in tutte le strutture pubbliche e private convenzionate che potranno entrare a far parte del servizio pubblico tramite il percorso dell’accreditamento istituzionale. **Aziendalizzazione degli erogatori pubblici, parità pubblico-privato, pagamento a prestazione e diritto di libera scelta del luogo di cura disegnano un modello di sistema sanitario fortemente centrato sul cittadino, al quale con la libertà di scelta e il pagamento a prestazione si conferisce il vero potere di premiare o castigare il singolo erogatore portando o sottraendo linfa economica, e costringendo tutti gli operatori, rappresentanti delle aziende pubbliche e private poste sul piano di parità, ad una competizione che è certamente virtuosa, in quanto completamente orientata a rispondere alla domanda dell’utenza.** Perdono così d’importanza e discrezionalità politica e la burocrazia, mentre la pianificazione sanitaria deve trasformarsi in un più snello e leggero strumento di programmazione flessibile in base al variare delle scelte dei cittadini.



Partenariato Pubblico Privato

Le riforme della riforma



La prima riforma della riforma esprime così una visione coraggiosa e innovativa della Sanità, e ovviamente incontrerà la più ferma e ostinata opposizione, che dopo pochi anni si concretizzerà in un netto cambiamento di rotta. Infatti la terza riforma (il D. Lgs 229/99), usualmente chiamata Riforma Bindi dal nome del Ministro della Sanità che ne fu strenuo sostenitore, rappresenta un contributo normativo che in parte integra ma soprattutto modifica l'impianto della precedente seconda riforma, tentando di ritornare a una visione più centralistica e a rafforzare l'oligopolio pubblico e il potere di burocrazia e politica riducendo gli elementi di competitività della precedente normativa. Da un lato, infatti, esprime il rafforzamento dei principi di pianificazione con il ricorso a metodologie rigide e introduce limitazioni nella libera professione dei medici; dall'altro contiene affermazioni sulla necessità di accelerazione del processo di aziendalizzazione degli erogatori pubblici e interviene a disegnare un percorso molto definito per l'equiparazione degli erogatori privati a quelli pubblici, fondato sul meccanismo accreditamento/contratto.



Partenariato Pubblico Privato

Il trionfo del regionalismo e la sfida della Lombardia



Il nuovo testo costituzionale compare in una fase storica caratterizzata da acceso e diffuso regionalismo, e dall'aspirazione all'evoluzione dello Stato verso un modello federalista presente in forme più o meno esplicite in più di uno dei principali partiti politici del periodo. Federalismo e regionalismo si proiettano con forza sulla sanità, che essendo la principale funzione affidata alle Regioni e alle Province autonome ne diviene il terreno di massima applicazione. Questa situazione, inevitabilmente, porta da un lato ad incrementare

le differenze fra i sistemi sanitari regionali, differenze che per altro affondano le loro radici in un lungo passato, dall'altro a produrre una forma di competizione fra gli stessi, facilitata dalla libertà di movimento dei pazienti su tutto il territorio nazionale e dall'applicazione del pagamento a prestazione alla mobilità interregionale, che genera un flusso di risorse economiche importante. Sul medio periodo questa situazione avrà molti rilevanti effetti, che in estrema sintesi possono essere indicati nella crescente disparità

fra le regioni italiane sia degli indicatori qualitativi, che delle condizioni finanziarie e della diversa capacità di attrarre pazienti da altre regioni.

Partenariato Pubblico Privato

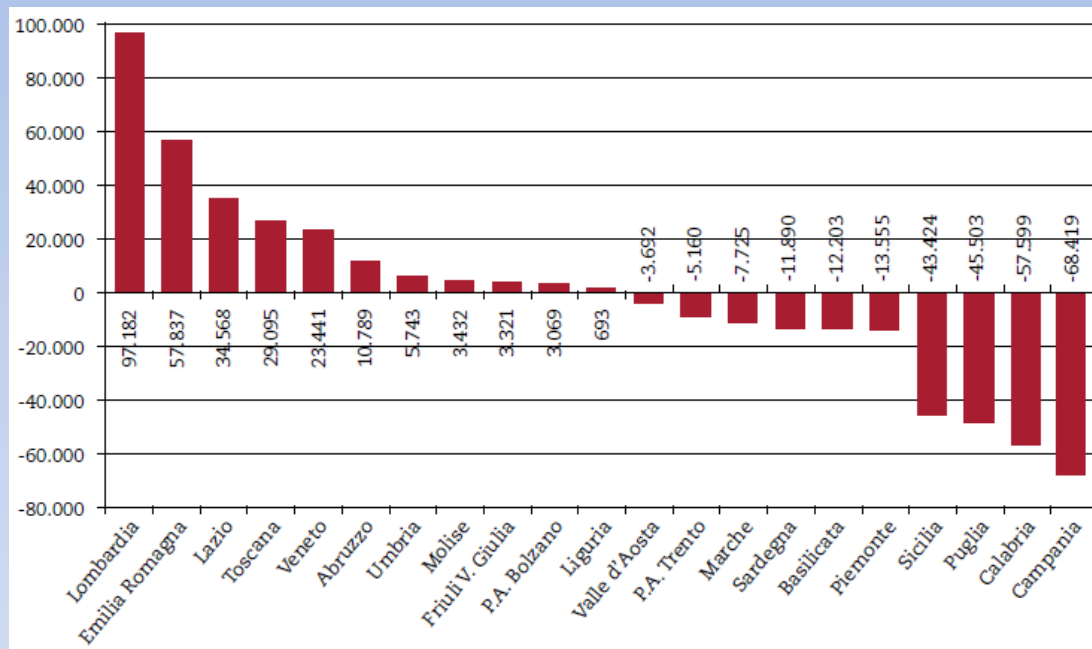
Il trionfo del regionalismo e la sfida della Lombardia

Regioni	2001		2002		2003		2004	
	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop
Piemonte	1,09	1,13	1,10	1,20	1,11	0,98	1,14	1,28
Lombardia	1,08	1,18	1,08	1,20	1,06	1,19	1,05	1,41
P.A. di Bolzano	0,92	n.d.	0,89	n.d.	0,91	0,91	0,91	0,93
P.A. di Trento	1,03	-	1,02	-	1,02	-	1,02	-
Veneto ^(*)	1,09	0,98	1,09	0,99	1,08	1,03	1,08	1,20
Friuli V.G.	1,16	0,98	1,16	0,99	1,15	1,00	1,13	1,09
Liguria ^(*)	1,06	n.d.	1,07	n.d.	1,09	2,47	1,11	2,45
Emilia Romagna	1,11	1,19	1,10	1,15	1,08	1,12	1,08	1,28
Toscana	1,10	1,11	1,10	1,26	1,12	1,30	1,14	1,36
Umbria	1,03	0,94	1,05	1,00	1,05	1,00	1,04	1,16
Marche	1,05	0,83	1,05	0,86	1,05	0,88	1,05	0,88
Lazio	1,00	0,91	1,00	0,90	0,99	0,92	0,98	0,96
Abruzzo	0,94	0,81	0,93	0,80	0,92	0,82	0,92	0,89
Molise	0,91	0,77	0,90	0,73	0,92	n.d.	0,94	n.d.
Campania	0,89	0,85	0,90	0,85	0,91	0,87	0,91	0,93
Puglia	0,89	0,92	0,89	0,93	0,89	0,92	0,90	1,31
Basilicata	0,91	0,85	0,91	n.d.	0,94	n.d.	0,95	n.d.
Calabria	0,86	0,81	0,86	0,83	0,85	0,87	0,85	1,00
Sicilia	0,88	0,81	0,89	0,86	0,90	0,94	0,91	0,97
Sardegna	0,92	0,72	0,92	0,71	0,91	0,72	0,90	0,75
Totale	1,00	0,96	1,01	0,97	1,01	0,98	1,01	1,08

Partenariato Pubblico Privato

Il trionfo del regionalismo e la sfida della Lombardia

In questo contesto di marcata differenziazione nei livelli qualitativi e nella capacità di soddisfazione della domanda di prestazioni, l'ampia autonomia amministrativa concessa con la revisione costituzionale del 2001, le inevitabili pressioni del territorio unite alla necessità di mantenere e accrescere il consenso dei cittadini, uniti all'aspettativa di un periodico ripianamento dei deficit assicurato dal Governo nazionale porta molte Regioni ad adottare politiche di spesa che formano disavanzi crescenti, in ciò facilitate dalla oscurità dei bilanci e delle scritture contabili sia degli enti sanitari pubblici che delle Regioni stesse, unita ad un clima generale di tolleranza. In questo modo, dal 2001 al 2005, il disavanzo regionale si sviluppa in tutta la sua ampiezza, seppure ancora una volta in modo fortemente differenziato fra le diverse Regioni, che si distinguono sempre più fra quelle "virtuose" e quelle "prodighe", che con espressione indubbiamente brutale saranno chiamate negli anni successivi "canaglia".



La tabella 4 e la figura 2 mostrano con eloquenza incontrovertibile questo fenomeno, che di lì a pochi anni esploderà in concomitanza con la più ampia crisi economica mondiale imprimendo una radicale inversione di tendenza al processo di regionalizzazione della Sanità. Un cambio di rotta che inizierà con i piani di rientro che il Governo nazionale imporrà alle Regioni in disavanzo, per concretizzarsi in una profonda modifica dei rapporti Stato-Regione di cui parleremo più avanti.

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	210	40	100	671	232
Valle d'Aosta	0	7	10	13	14
Lombardia	281	323	-64	-131	-31
Provincia di Bolzano	0	71	25	-25	-23
Provincia di Trento	0	-1	5	9	2
Veneto	304	204	145	-6	191
Friuli Venezia Giulia	0	-34	-19	-9	-14
Liguria	77	44	48	168	253
Emilia Romagna	16	50	40	380	-26
Toscana	88	44	-20	240	-18
Umbria	7	10	46	52	-7
Marche	125	98	72	163	16
Lazio	987	574	711	1.855	1.397
Abruzzo	76	136	216	130	183
Molise	37	19	73	51	79
Campania	629	638	556	1.303	1.433
Puglia	166	4	-109	-42	60
Basilicata	28	1	19	31	31
Calabria	226	148	-12	169	54
Sicilia	415	342	264	879	516
Sardegna	106	175	143	242	237
Totale	3.778	2.891	2.252	6.143	4.577
Nord	888	704	292	1.070	596
Centro	1.207	726	808	2.310	1.388
Sud e isole	1.683	1.461	1.152	2.763	2.593



Partenariato Pubblico Privato

Il trionfo del regionalismo e la sfida della Lombardia



Sul piano dei principi generali, il modello lombardo incorpora pienamente i principi di universalità e solidarietà posti alla base del SSN italiano, ma accanto a essi introduce con particolare vigore il diritto di libera scelta, reso concreto tramite il principio della sussidiarietà. Sotto il profilo organizzativo ciò che contraddistingue l'originalità lombarda e riconducibile a due aspetti fondamentali:

- tentativo di eliminare (o almeno di attenuare fortemente) il conflitto di interessi derivante dalla concezione centralistica e oligopolistica dominante nelle altre Regioni;
- il trasferimento di poteri dall'organizzazione sanitaria, con i suoi interessi e le sue burocrazie, ai cittadini, attuato tramite l'attivazione di processi che rendono più concreto il principio della libertà di scelta del luogo di cura.

Il primo punto trova espressione nella netta separazione fra le funzioni di sanità pubblica, assistenza di base e controllo dell'attività specialistica e ospedaliera affidate alle Asl e le funzioni di produzione ed erogazione di prestazioni specialistiche affidate ad Aziende ospedaliere pubbliche e private, soggette a uguale percorso di accreditamento e al sistema di controlli operato da Regione e Asl (Fig. 3).

Questa soluzione evita che si verifichi in Lombardia la condizione paradossale, ma normale in tutte le altre Regioni, dove ispettori dell'Asl controllano ospedali della stessa Asl e riferiscono al Direttore Generale della stessa Asl che potrebbe dover adottare provvedimenti contro se stesso. La separazione fra Asl e Aziende ospedaliere, invece, consente di realizzare un contraddittorio permanente fra Asl ed erogatori ospedalieri, che ha prodotto innumerevoli correttivi nella quotidianità delle attività sanitarie, rivolti all'incremento dell'efficacia e dell'appropriatezza. Il secondo punto affronta risolutamente uno dei nodi centrali di tutti i sistemi sanitari europei e una criticità fortemente lamentata per decenni.

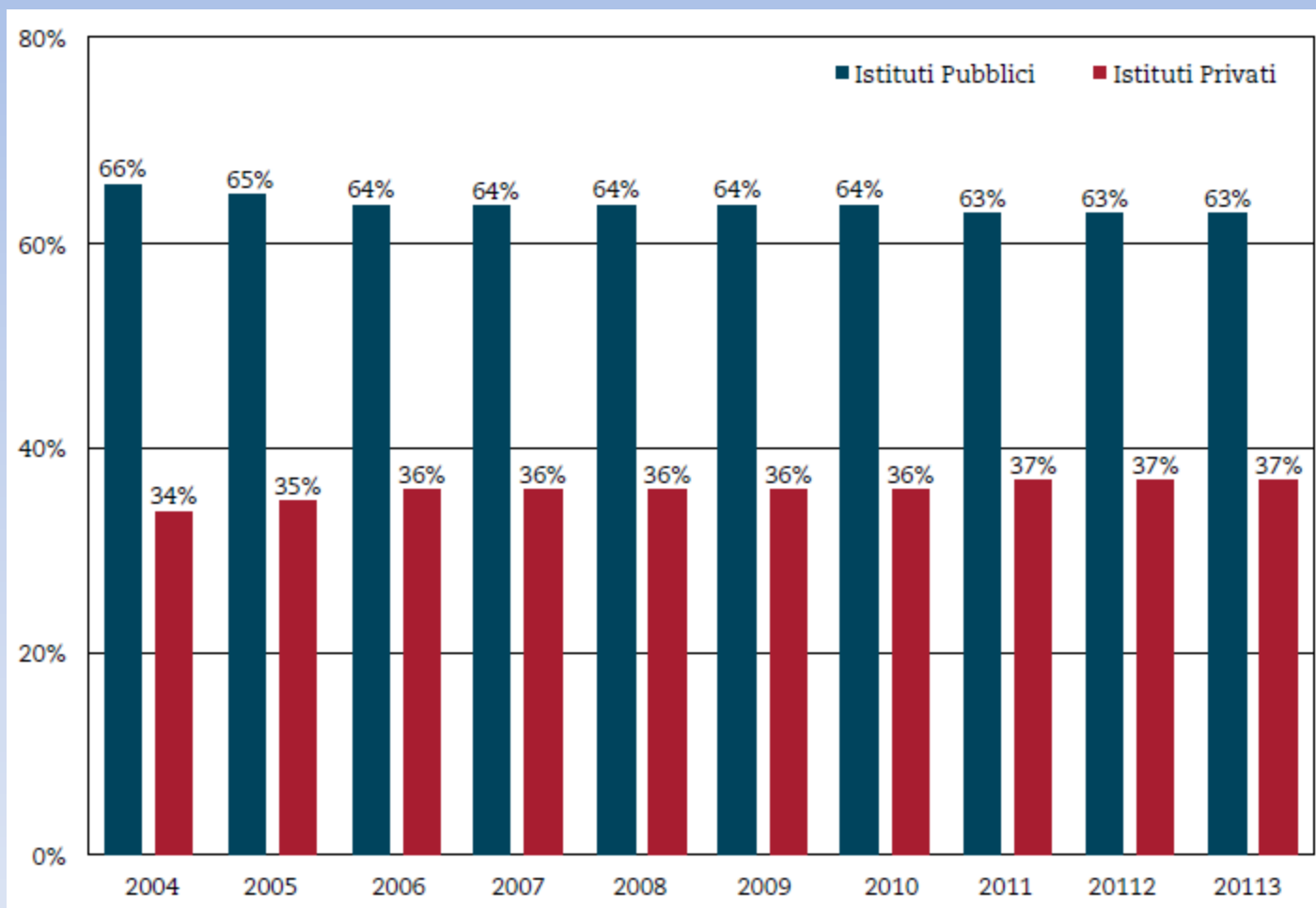
Partenariato Pubblico Privato

Il trionfo del regionalismo e la sfida della Lombardia



Partenariato Pubblico Privato

Il trionfo del regionalismo e la sfida della Lombardia





Partenariato Pubblico Privato

Gli anni della crisi e il nuovo ruolo dello stato



L'ultima fase di evoluzione del SSN italiano trae origine, come abbiamo detto, dalle crescenti difficoltà della finanza pubblica conseguente al diffondersi della crisi economica mondiale iniziata nel 2008. In realtà, bisognerà attendere fino al 2010 per cominciare a vedere in Italia effetti concreti nelle politiche sanitarie, ma le crescenti e gravi difficoltà del Paese, l'emergere di un'ineludibile esigenza di controllare la spesa pubblica e le pressioni internazionali, politiche e finanziarie, determinano in quegli anni convulse vicende politiche e sempre più pressanti interventi normativi, nei quali la Sanità è ampiamente interessata. Bisogna però rilevare che l'assunzione da parte dello Stato di un ruolo determinante nella gestione dei sistemi sanitari di molte Regioni, sicuramente peraltro colpevoli di aver fatto cattivo uso della propria autonomia, erano già iniziate nel 2007 con l'attivazione dei piani di rientro di cui abbiamo già accennato e che si configurano come un vero commissariamento di fatto improntato all'unico obiettivo di riportare la spesa sanitaria nella misura programmata, senza con questo però affrontare i fattori strutturali della *governance* e del modello organizzativo generale che erano alla base del disavanzo economico.

Partenariato Pubblico Privato

Gli anni della crisi e il nuovo ruolo dello stato

Voci di spesa	Anno 2012	Anno 2013			Anno 2014			Anno 2015		Anno 2016		Totali 2012-2016
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	Legge di stabilità 2013	L. 111/11	L. 135/12	Legge di Stabilità 2013	Legge di Stabilità 2014	Decreto enti territoriali 2015	Legge di Stabilità 2014	Decreto enti territoriali 2015	
Ospedaliera accreditata	45,00		90,00			180,00			89,00		89,00	493,00
Specialistica accreditata	25,00		50,00			100,00			106,00		106,00	387,00
Totali ospedaliera e specialistica accred.	70,00		140,00			280,00	-	-	195,00	-	195,00	880,00
Personale dipendente e convenzionato		-			163,50							163,50
Farmaceutica	325,00	1.000,00	747,00		1.090,00	747,00			308,00		308,00	4.525,00
Beni e servizi Appalti e forniture	505,00	750,00	463,00		1.199,00	393,00			788,00		805,00	4.903,00
Beni e servizi Standard posti letto			20,00			50,00			210,00		251,00	531,00
Beni e servizi Dispositivi medici		750,00	400,00		817,50	500,00			550,00		792,00	3.809,50
Erogatori privati Prestazioni a funz.			30,00			30,00						60,00
Nuovi ticket					2.180,00							2.180,00
Ad assegnazione indistinta				600,00			1.000,00	540,00		610,00		2.750,00
Investimenti finanziari in c/esercizio									300,00			300,00
Totali manovre con impatto 2012-2016	900,00	2.500,00	1.800,00	600,00	5.450,00	2.000,00	1.000,00	540,00	2.352,00	610,00	2.352,00	20.104,00



Partenariato Pubblico Privato

Gli anni della crisi e il nuovo ruolo dello stato



Che la stagione dei tagli al SSN sia il prodotto di una ben definita visione e di un preciso orientamento di politica sanitaria emergerà per altro con chiarezza nel 2015 con la pubblicazione del Rapporto Cottarelli sulla spending review, dove esplicitamente compare un target di spesa sanitaria pubblica pari al 5,25% del PIL. Una visione che di fatto determinerebbe veramente quella mutazione genetica del SSN di cui già abbiamo parlato, avverso la quale però nello stesso periodo si sviluppa una forte azione da parte del nuovo Ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Un'azione che, non negando l'esistenza di sprechi e inefficienze nella spesa sanitaria pubblica, ne sottolinea comunque i bassi livelli di investimento complessivo, chiedendo con forza la stabilizzazione del finanziamento e il pieno recupero all'interno del SSN delle risorse recuperabili con i necessari miglioramenti gestionali. Questa visione trova una sua prima espressione nel Patto per la salute 2014-2016, un documento complesso e articolato che contiene in sé forti orientamenti centralistici e statalistici, espressione della impostazione di politica sanitaria dell'allora Ministro della Salute Renato Balduzzi, uniti però allo sforzo di dare certezza e stabilità al finanziamento. Quest'ultimo punto è ben evidenziato nella previsione di spesa sanitaria pubblica 2014-2016 (Tab. 6) che pur accettando un livello molto basso rispetto agli standard europei, tenta di assicurare un livello di finanziamento almeno costante nel triennio.



Partenariato Pubblico Privato

Gli anni della crisi e il nuovo ruolo dello stato



	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Fabbisogno del SSN e dei Servizi Sanitari Regionali	109.928,0	112.062,0	115.444,0
Incidenza % sul PIL	6,93	6,89	6,89



Partenariato Pubblico Privato

Gli anni della crisi e il nuovo ruolo dello stato

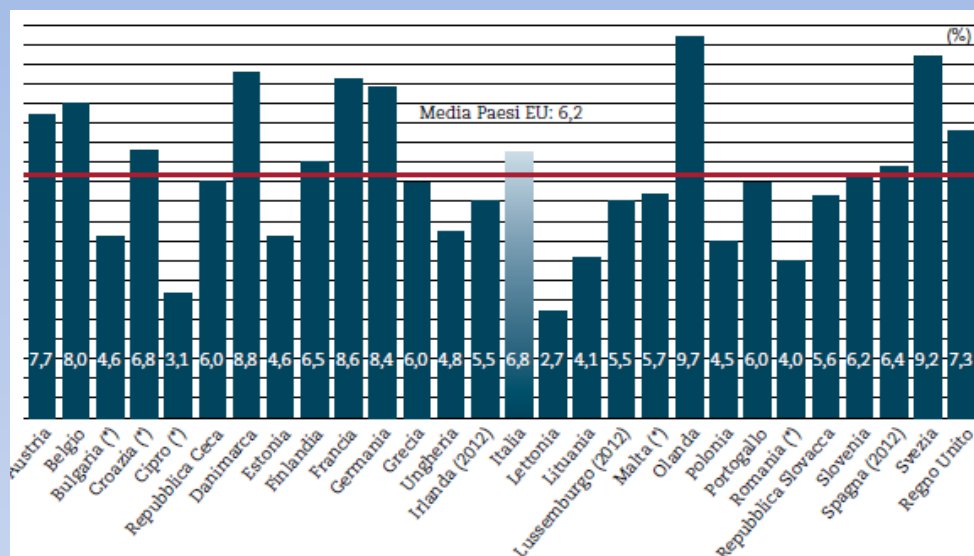


Con questa impostazione, che per altro sarà in parte rimessa in discussione dopo pochi mesi con un'ulteriore limatura del finanziamento, si consolida la spesa pubblica sanitaria italiana a valori intorno al 6,8% del PIL, un po' superiori alla media dei Paesi EU ma nettamente

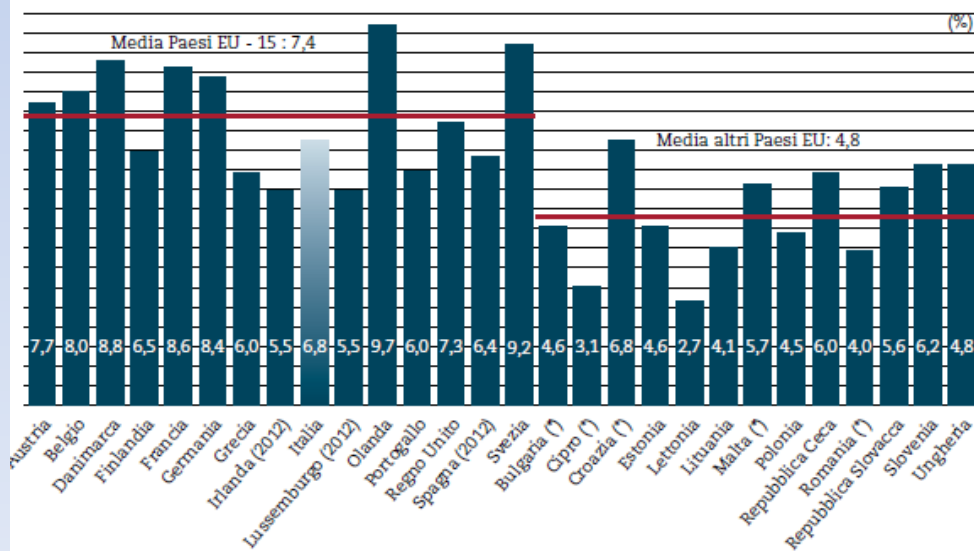
al di sotto della media dei Paesi EU confrontabili con l'Italia rappresentati dal gruppo dei 15 Paesi uniti prima dell'allargamento ai 13 Paesi dell'Est europeo (Fig. 5 e 6). Una situazione ai limiti della sostenibilità per un sistema di welfare avanzato e una grande sfida, perché con livelli di finanziamento così bassi la qualità della *governance* e dei modelli organizzativi torna ad essere fondamentale per la sopravvivenza stessa del SSN.

Partenariato Pubblico Privato

Gli anni della crisi e il nuovo ruolo dello stato



Fonte: Oecd Health Data, Oct. 2015; (*) Eurostat



Partenariato Pubblico Privato

Una spesa sanitaria stabilmente sottofinanziata rispetto agli altri Paesi

Tav. 18 – Spesa sanitaria totale e spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil

Valori %	Spesa sanitaria totale			Spesa sanitaria pubblica		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Stati Uniti	16,4	16,4	16,6	7,9	8,0	8,2
Giappone	11,2	11,3	11,4	9,4	9,6	9,6
Germania	10,8	10,9	11,0	9,0	9,2	9,3
Francia	10,8	10,9	11,1	8,5	8,6	8,7
Italia	8,8	8,8	9,1	6,8	6,8	6,8
Regno Unito	8,5	9,9	9,9	6,9	7,9	7,9
Canada	10,3	10,2	10,0	7,2	7,2	7,1
Media dei Paesi del G7 (*)	11,0	11,2	11,3	8,0	8,2	8,2
Australia	8,7	8,8	9,0	5,9	6,0	6,0
Austria	10,1	10,1	10,3	7,7	7,7	7,8
Belgio	10,2	10,4	10,4	7,9	8,1	8,1
Danimarca	10,3	10,3	10,6	8,8	8,7	8,9
Finlandia	9,3	9,5	9,5	7,0	7,2	7,2
Grecia	8,9	8,7	8,3	6,0	5,6	4,9
Islanda	8,7	8,8	8,9	7,0	7,1	7,2
Irlanda	10,1	10,5	10,1	7,7	7,3	7,0
Lussemburgo	6,7	6,5	6,3	5,5	5,3	5,2
Olanda	10,9	10,9	10,9	8,9	8,9	8,8
Nuova Zelanda	9,7	9,4	9,4	7,8	7,5	7,5
Norvegia	8,8	8,9	9,3	7,4	7,6	7,9
Portogallo	9,3	9,1	9,0	6,1	6,1	6,0
Spagna	9,1	9,0	9,1	6,5	6,4	6,3
Svezia	10,9	11,1	11,2	9,1	9,3	9,3
Svizzera	11,0	11,2	11,4	7,1	7,4	7,4
Turchia	5,0	5,1	5,1	3,9	4,0	3,9
Media Paesi Ocse Europa (*)	9,4	9,5	9,6	7,3	7,3	7,3
Media totale Paesi Ocse (*)	9,8	9,9	9,9	7,3	7,4	7,4

(*) I valori medi sono calcolati come medie aritmetiche non ponderate.

Fonte: elaborazioni Ermeneia su dati "Oecd Health Data 2016", Oecd, Parigi, November 2016