

Spending review: **per riqualificare la spesa o per tagliare ancora sanità e welfare ?**

I documenti sulla *spending review* presentati dal Governo indicano per la spesa sanitaria una revisione possibile di 97 miliardi. Una cifra enorme, pari all'89% della spesa sanitaria totale (è stata di 112 miliardi nell'anno 2010). L'enfasi, posta dal documento governativo, sulla crescita della spesa sanitaria rispetto ad altre voci di spesa pubblica, oltre ad essere assai discutibile (il finanziamento è stato pesantemente ridotto, il disavanzo continua a calare da sei anni e la spesa è da almeno sette anni al di sotto delle previsioni contenute nei documenti di programmazione economica – vedi: Corte dei Conti Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica), è indice di un approccio che vede il welfare come un mero costo invece che un formidabile investimento, necessario anche per la crescita.

La *spending review* ipotizzata dal Governo si configura non solo come una, opera di riqualificazione della spesa inappropriata, certamente necessaria, ma anche come una riduzione del finanziamento sanitario, fino alla possibile privatizzazione di alcune attività, riducendo i confini della copertura pubblica e universale. Confermando i pesanti tagli delle ultime manovre e il rischio di compromettere il sistema sanitario pubblico e quindi il diritto costituzionale alla salute e alle cure.

Questo esito della *spending review* per la sanità non è accettabile per diversi, fondati motivi.

Riqualificare la spesa sanitaria è invece necessario, giusto e possibile: come dimostra l'esperienza di alcune regioni, che associano bilanci in ordine a buoni livelli di assistenza. Al contrario di quelle dove il disavanzo è sempre associato a scarsi risultati assistenziali. Perciò una *spending review* che non considera le diverse condizioni e i diversi comportamenti tra le regioni, e il legame tra bilancio economico e assistenziale, diventa una mera operazione ragionieristica per ridurre la spesa.

Tuttavia è certo che la spesa sanitaria non può essere sprecata, bisogna usarla in modo rigorosamente appropriato: capace di rispondere in modo efficace, efficiente ed equo alla domanda di salute e di cure dei cittadini e *per questa via* contribuire al risanamento e alla crescita del nostro paese.

maggio 2012

Preoccupa l'obiettivo della *spending review* del Governo:

- a) è dichiaratamente quello di ridurre la spesa pubblica per la sanità, confermando i pesanti tagli di questi ultimi tre anni (17 miliardi cumulati: vedi figura 1) e magari aggiungendone altri (vedi: pagina 2 e 3 documento "La spending review – Consiglio dei Ministri 30.4.2012").

Tabella 1 - I tagli al finanziamento del SSN nelle ultime manovre finanziarie (milioni di euro)

Tipo di tagli Fonte: Conferenza delle Regioni e P.A.	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	TOTALE TRIENNIO
Art 9 comma 16 L. 122/2010 Misure sul personale	1.132	1.132	1.132	3.396
Art 11 comma 12 L. 122/2010 Economie di spesa farmaceutica	600	600	600	1.800
Art 17 comma 6 L. 111/2011 Reintroduzione super ticket 10 euro	834	834	834	2.502
Art 17 L. 111/2011 Tagli vari (e nuovi ticket dal 2014)		2.500	5.450	7.950
Risorse necessarie per Indennità Vacanza Contrattuale (previste Patto Salute 2010 – 2913: non stanziate)	466	466	466	1.398
TOTALE TAGLI	3.032	5.532	8.482	17.046

Rammentiamo che il confronto Governo e Regioni sul nuovo Patto per la Salute 2013 – 2015 è stato rinviato a ottobre proprio per evitare si riducesse ad una mera registrazione contabile dei tagli lineari previsti dalla manovre finanziarie (7,5 miliardi il saldo netto da finanziare per il biennio 2013 - 2014). Fino ad oggi la spesa è stata tagliata riducendo "a monte" il finanziamento per il SSN e quindi scaricando sulle regioni l'onere di coprirne la differenza, oppure di accollarsi il disavanzo fino ad entrare in piano di rientro.

- b) si potrebbe conseguire, sostiene il documento governativo, anche "attaccando i confini dell'intervento pubblico" in modo quindi da ridurre la copertura del SSN pubblico e quindi dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, e decidendo "se un'attività può essere mantenuta all'interno del settore pubblico, se deve essere rimandata per intero verso il settore privato dell'economia oppure se il coinvolgimento pubblico nel suo sostegno deve essere ridotto" (vedi: pagina 11 documento "La spending review – Consiglio dei Ministri 30.4.2012").

La *spending review* ipotizzata dal Governo si configura quindi come una riduzione del finanziamento sanitario, fino alla possibile privatizzazione di alcune attività, riducendo i confini della copertura pubblica e universale.

Come dicevamo, questo esito della *spending review* per la sanità non è accettabile.

Le enormi differenze tra le regioni, sia in termini di bilancio che di qualità dell'assistenza, dimostrano che vi sono margini di recupero di efficienza, di efficacia e di equità (in una parola: di appropriatezza) per riqualificare la spesa: con un uso più rigorose e mirato delle risorse per rispondere alla domanda di salute e di cure espressa dai cittadini. Per questo bisogna insistere per riconvertire il nostro sistema sanitario, che in alcune regioni è ancora "ospedalocentrico", verso i servizi nel territorio e per superare l'attuale rigida separazione fra assistenza sociale e sanitaria. Come occorre una seria regolazione dell'acquisto di servizi dai soggetti privati accreditati (verso i quali la spesa delle regioni in piano di rientro è sopra la media nazionale). Sono scelte non più rinviabili per controllare la spesa sanitaria. E comunque i bisogni legati alla transizione demografica ed epidemiologica e le scarse risorse a disposizione, tanto più in tempi di crisi economica, impongono scelte selettive.

Nella pagina successiva i dati sulla spesa sanitaria che confermano: cala il disavanzo, nessun boom della spesa, nemmeno quando scende il PIL. Il problema resta quello della crescita, anche per evitare che la spesa sanitaria aumenti più del PIL.

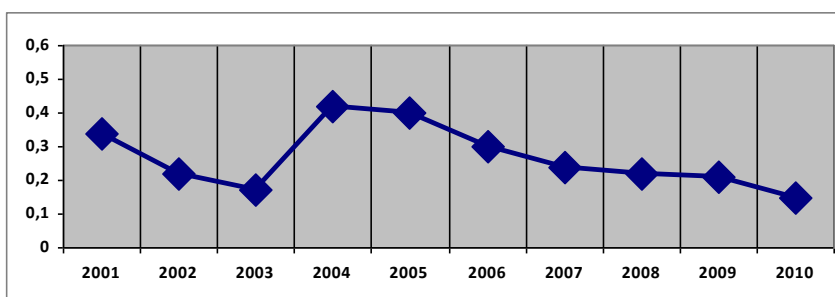
Finanziamento spesa e disavanzo negli ultimi dieci anni

Tabella 2 - Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo e Pil (miliardi di euro)							
Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	Pil	Spesa/Pil	Finanz/Pil	Disavanzo/Pil
2001	75,999	71,878	-4,121	1.218,535	6,24%	5,90%	0,34%
2002	79,549	76,658	-2,891	1.295,226	6,1%	5,9%	0,22%
2003	82,290	79,967	-2,323	1.335,354	6,2%	6,0%	0,17%
2004	90,528	84,738	-5,790	1.390,539	6,5%	6,1%	0,42%
2005	96,785	91,060	-5,725	1.423,048	6,8%	6,4%	0,40%
2006	99,615	95,131	-4,483	1.479,981	6,7%	6,4%	0,30%
2007	103,805	100,095	-3,709	1.546,177	6,7%	6,5%	0,24%
2008	107,138	103,669	-3,469	1.567,761	6,8%	6,6%	0,22%
2009	110,219	106,967	-3,252	1.519,702	7,3%	7,0%	0,21%
2010	111,168	108,842	-2,326	1.548,816	7,2%	7,0%	0,15%

Fonte: ex Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio IV

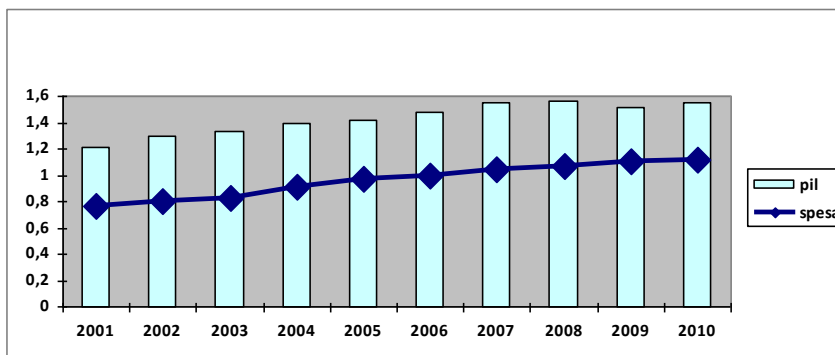
Il disavanzo negli ultimi quattro anni cala

Figura 1 Andamento del DISAVANZO in % sul PIL (dati: colonna 8 tabella 2)



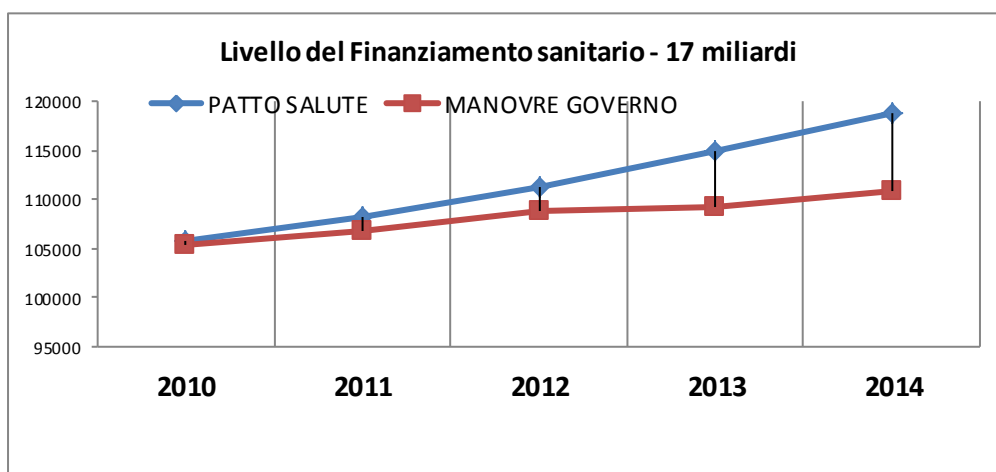
La spesa sanitaria (linea blu) cresce più del PIL (colonne), ma non c'è nessun boom della spesa, nemmeno quando il PIL scende

Figura 2 illustra tabella 2: andamento crescita della spesa sanitaria pubblica e del PIL nominale (dati: colonne 2 spesa e 5 PIL tabella 2)



Il livello del finanziamento tagliato di 17 miliardi

Figura 3 illustra la Tabella 1

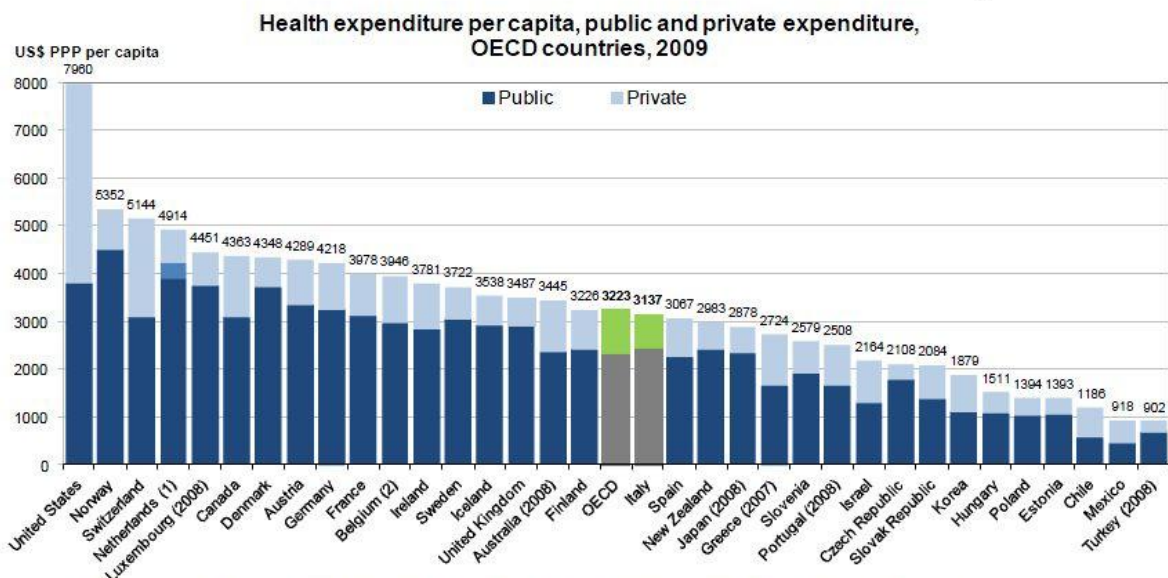
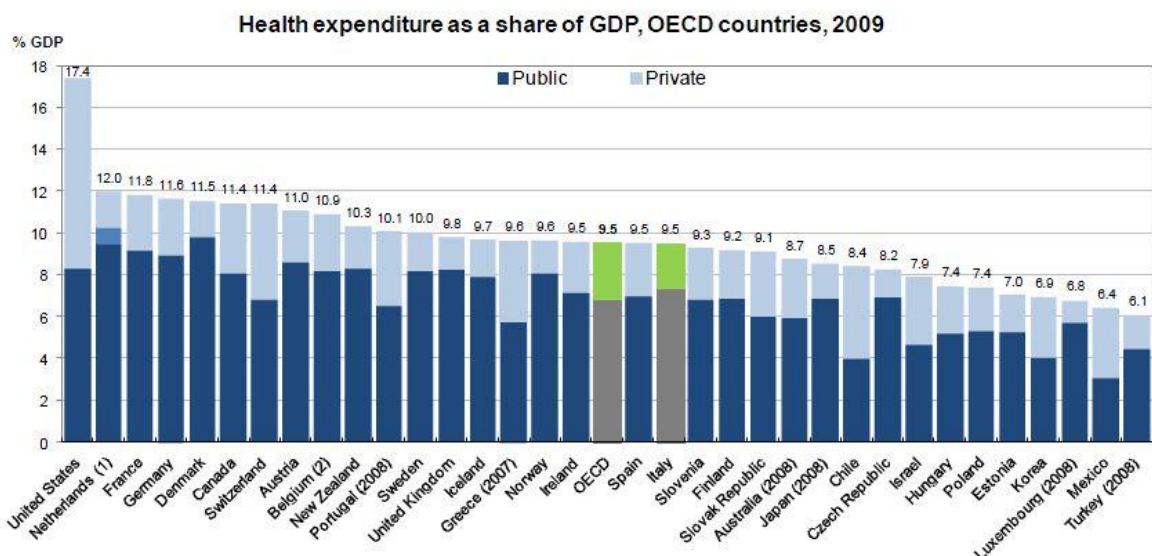


La spending review non è una novità per la sanità: l'Italia spende meno della media dei paesi UE e OCSE e con risultati migliori.

La sanità italiana associa una spesa più bassa della media dei Paesi UE e OCSE (fonte ultimo Rapporto OCSE/OECD (giugno 2011) vedi: Figura 4 e 4 bis) ad una valutazione sui sistemi sanitari (fonte OMS/WHO) che la vede collocata ancora ai primi posti nelle classifiche internazionali.

Come ci ricorda Nerina Dirindin (*“Salvaguardare il sistema di welfare, riconvertire le risorse”* - maggio 2012) *“Il buon stato di salute è sicuramente legato alle condizioni socio-economiche, ma è anche il risultato di una ampia accessibilità a trattamenti sanitari efficaci, grazie alla presenza di un servizio sanitario universalistico, finanziato a carico della fiscalità generale. Ne è riprova la stima dell’Oecd (2011) delle “morti potenzialmente evitabili attraverso interventi sanitari tempestivi e appropriati”: fra i 27 paesi europei, l’Italia occupa il terzo posto (dopo Francia e Islanda) per il minor numero di morti evitabili¹¹. E ciò nonostante il basso tasso di ospedalizzazione (il 24% in meno della media europea) e la bassa spesa sanitaria pubblica.”*

Figure 4 e 4 bis spesa sanitaria 5 sul PIL e procapite paesi OCSE/OECD (OECD giugno 2011)



1. In the Netherlands, it is not possible to distinguish clearly the public and private share for the part of health expenditures related to investments.
2. Total expenditure excluding investments. Source: OECD Health Data 2011, June 2011.

Data are expressed in US dollars adjusted for purchasing power parities (PPPs), which provide a means of comparing spending between countries on a common base. PPPs are the rates of currency conversion that equalise the cost of a given 'basket' of goods and services in different countries.

I dati sulla spesa restano sostanzialmente confermati nelle “analisi provvisorie” anche per gli anni 2010 e 2011.

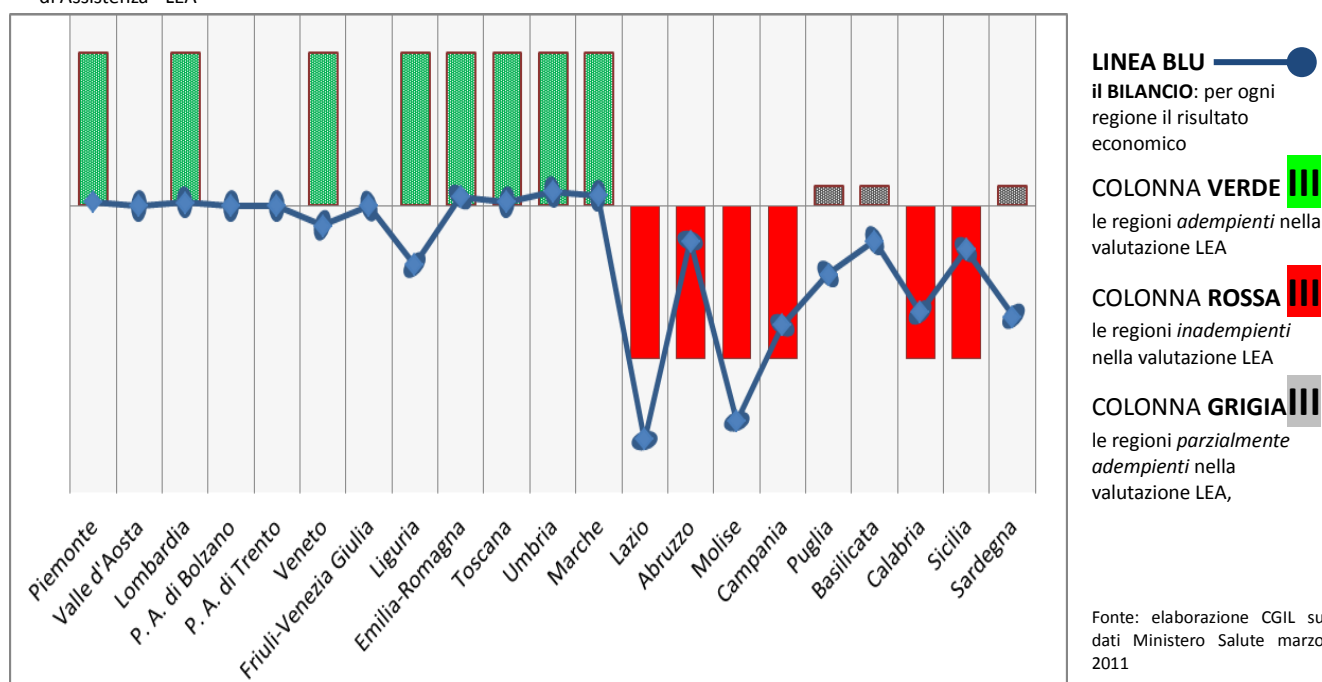
L'Italia non è un paese "uniforme", il vero problema sta nel divario tra le regioni: il nesso tra bilanci economici e qualità dell'assistenza.

Riqualificare la spesa sanitaria è necessario, giusto e possibile: come dimostra l'esperienza di alcune regioni, che associano bilanci in ordine a buoni livelli di assistenza. Al contrario di quelle dove il disavanzo è sempre associato a scarsi risultati assistenziali (*clamorosamente segnati dalla mobilità sanitaria verso altre regioni*).

Il nesso tra bilanci economici e assistenziali è chiaro ed inestricabile, la FIGURA 5 segnala che le regioni con i risultati di bilancio "migliori" (la linea blu è prossima alla linea orizzontale del pareggio di bilancio) sono anche quelle con una migliore valutazione sui LEA erogati (presenza di colonne verdi). Al contrario le regioni in disavanzo presentano inadempienze sui LEA (colonne rosse)

Perciò una *spending review* che non considera le diverse condizioni e i diversi comportamenti tra le regioni, e questo nesso tra bilancio economico e assistenziale, diventa una mera operazione ragionieristica che riproduce la logica dei tagli lineari, senza agire in modo selettivo sulle cause della spesa inappropriata.

RISULTATO DI BILANCIO = RISULTATO LEA: Figura 5 - Il nesso tra il risultato di bilancio e il risultato della valutazione Livelli Essenziali di Assistenza - LEA¹



E non serve imporre improbabili (e strumentali) *costi standard per la sanità*, dove le variabili produttive sono influenzate da moltissimi fattori (in primo luogo la variabilità dei bisogni) e dove efficienza, efficacia e risultato (appropriatezza) non sono separabili. Abbiamo giudicato preferibile, anche se non priva di rischi, la scelta che ha fatto il Decreto 68/11 sul federalismo sanitario di utilizzare un "benchmark" tra regioni, scegliendo come standard quelle giudicate "migliori". In questo caso il benchmark non agisce per determinare i fabbisogni regionali ma piuttosto per favorire il *percorso di convergenza* verso gli standard economico/assistenziali "migliori". Purché, ecco il punto fondamentale, la virtuosità non si deve basare sul solo equilibrio di bilancio, con un'impostazione tutta ragionieristica, sbagliata per la sanità, ma guardare contemporaneamente alla qualità dell'assistenza.

¹ Fonte: Ministero della Salute marzo 2011: Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia – Metodologia e risultati dell'anno 2009 (Regioni a statuto ordinario). Analoghi risultati si ottengono utilizzando la griglia completa degli indicatori

Primo obiettivo azzerare disavanzo e debito, costruire percorsi di convergenza (ma non tagliare il finanziamento)

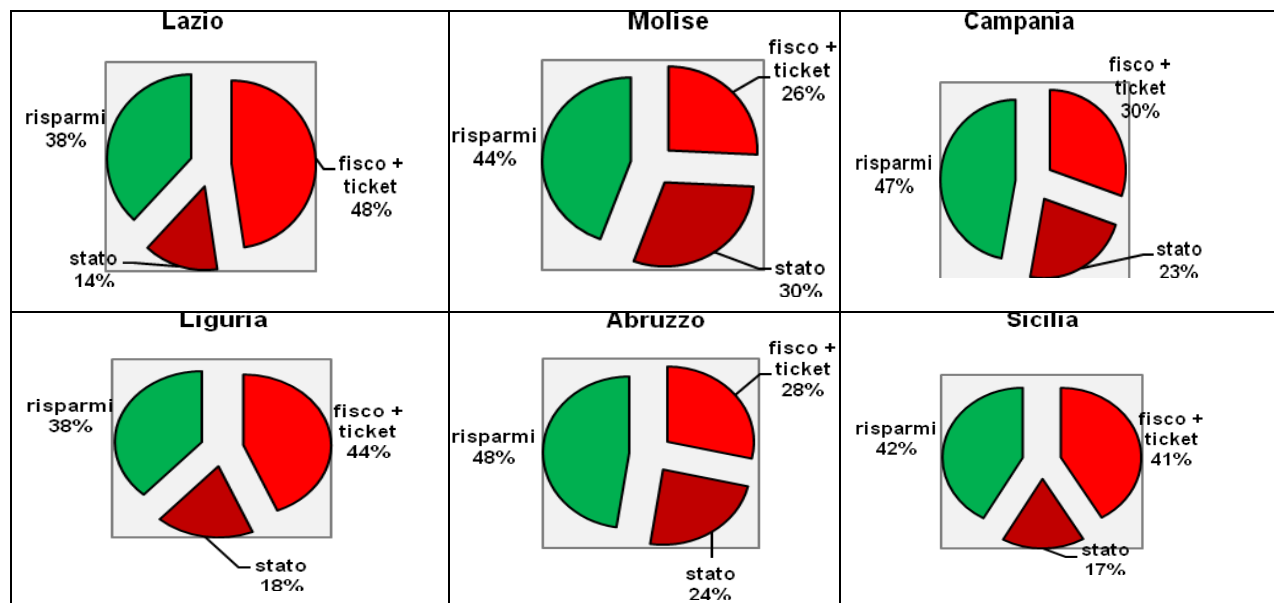
- Non si possono giustificare performances e costi di produzione così diversi tra regioni “virtuose” e quelle in “disavanzo cronico”. L’obiettivo primario deve essere quello di eliminare il disavanzo e il debito accumulato, che sappiamo essere concentrati in alcune regioni (Corte de Conti 2011: *i disavanzi sanitari continuano a rappresentare un fenomeno prevalentemente localizzato nelle regioni del sud del Paese*). Ciò significa intervenire *sul differenziale* tra finanziamento e spesa, in questo caso sul disavanzo: eliminando le cause strutturali che lo determinano, oramai ben conosciute (vedi il successivo capitolo “*spending review e spesa appropriata*”).
- Ma se si continua a ridurre il finanziamento, aumenta il differenziale a carico delle regioni, e quindi il risanamento è una “mission impossible”. Anzi ora siamo al punto che rischiano di precipitare nel piano di rientro anche regioni storicamente “virtuose”: non perché queste regioni abbiano la spesa fuori controllo ma perché il finanziamento è diventato insufficiente (perfino più basso dell’inflazione) e perché i tagli sul sociale scaricano costi impropri in sanità. L’ultimo allarme è di Federico Spandonaro “*sono dell’opinione che sulla spesa si possa sempre discutere, quindi non trovo nulla di errato nella spending review come strumento di lavoro. Per quanto riguarda la sanità, però, credo che i margini di azione siano davvero limitati. A meno che non si decida di tagliare i servizi o spostare una consistente quota di spesa sui bilanci delle famiglie italiane, ad esempio aumentando i ticket o decidendo che l’assistenza farmaceutica o la specialistica escono dal Ssn.* (intervista a Quotidiano Sanità 8 maggio 2012)

Spending review e piani di rientro

Il problema è che la *spending review* non è stata guidata dall’appropriatezza nemmeno nei Piani di rientro.

L’utilità dei piani di rientro è stata fuori discussione, sono serviti per evitare il rischio di un vero e proprio “default”. Ma i piani non possono produrre risultati duraturi se restano fondati solo su tagli, imposte aggiuntive e ticket (per i cittadini un peso ormai insopportabile). Un’analisi dei Piani 2007/2009, evidenzia che, anziché agire sulle cause dei disavanzi, sono stati sostenuti principalmente da ricavi aggiuntivi per oltre il 50%: addizionali fiscali, ticket e fondo statale (vedi i grafici Figura 6). Altro che *spending review*.

Figura 6 composizione per macro voci dei piani di rientro 2007 - 2009



Ecco perché abbiamo proposto di “*affiancare ai Piani di Rientro dai disavanzi dei veri e propri Piani di Salute, per garantire i LEA in modo appropriato, e così facendo contribuire al risanamento*” ([documento Cgil “Salute Fondamentale Diritto”](#) novembre 2011)

Spending review e spesa appropriata.

Margini di recupero di risorse sono possibili puntando decisamente all'appropriatezza. I settori più ricorrenti su cui agire sono analizzati e proposti negli stessi piani di rientro, ma ancora poco agiti, e segnalati anche dalla Corte dei Conti (vedi il Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica).

<p>MENO OSPEDALE (ma più qualificato) PIU' PREVENZIONE e ASSISTENZA h 24 NEL TERRITORIO</p> <p>Meno ricoveri più cure a domicilio</p>	<p>E' raccomandabile di fronte al quadro demografico ed epidemiologico, e quindi come fonte di risparmi appropriati: il ridimensionamento e la riqualificazione della rete ospedaliera e la sua riconversione per aprire servizi nel territorio (vedi la proposta CGIL "assistenza continua h 24 nel distretto socio sanitario"): con il potenziamento della prevenzione, dei servizi distrettuali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari in particolare), delle cure primarie e della rete dell'emergenza.</p> <p>Potenziare la Prevenzione e le cure primarie è raccomandato dalla stessa Commissione economica Unione Europea per rendere sostenibili i sistemi sanitari. (Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema «Le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione sui sistemi sanitari e di protezione sociale» - luglio 2010 - Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea 11.2.2011)</p> <p>Mentre Nerina Dirindin suggerisce un intervento anche sul sistema di residenzialità privilegiando la "risposta domiciliare": <i>"anche il ricovero in strutture residenziali per anziani e disabili mortifica le capacità residue delle persone fragili, peggiora la qualità della loro vita e comporta costi molto elevati (30-50 mila euro pro capite anno). Il superamento della residenzialità a favore di forme alternative di assistenza sul territorio, attraverso progetti personalizzati e co-progettati richiede tempi non brevissimi, ma produce risultati significativi, sotto tutti i profili, come dimostrano le esperienze disponibili. ("Salvaguardare il sistema di welfare, riconvertire le risorse" - maggio 2012)</i></p>
<p>APPROPRIATEZZA e LEA</p> <p>Monitorare e valutare i LEA insieme ai bilanci</p> <p>Task force per l'appropriatezza</p>	<p>Dall'appropriatezza è possibile conseguire risultati importanti per la qualità dell'assistenza e per il controllo della spesa: ricoveri evitabili, durata delle degenze, frequenza dei parti cesarei, ecc.) Vedi anche Ministero della Salute: Valutazione e Monitoraggio dei LEA. Agenas: Programma Nazionale Valutazione Esiti)</p> <p>Bisogna elevare al rango di "sistema di garanzia costituzionale" il monitoraggio sui LEA, come previsto dall'ultimo Patto per la Salute e dal D.Lvo 68/2011 sul federalismo. La valutazione degli adempimenti regionali relativi ai LEA deve diventare più "stringente" e pesare quanto quella sui bilanci economici, anche per premi e sanzioni alle regioni. E accanto al monitoraggio "quantitativo", delle performance e dell'assistenza ospedaliera, che è più strutturato, bisogna sviluppare quello sui LEA distrettuali e della prevenzione, sull'appropriatezza e sugli esiti. Perciò bisogna aggiornare gli indicatori su cui è basata la valutazione.</p> <p>Serve unificare il Tavolo di verifica degli adempimenti (che si occupa soprattutto di bilanci) con il Comitato LeA: in un <i>unica struttura Stato Regioni di valutazione</i> che possa intervenire a supporto e affiancando le regioni (una sorta di <i>task force per l'appropriatezza</i>).</p>
<p>INTEGRAZIONE TRA INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO</p>	<p>Il rapporto fra bisogni sociali e sanitari è il tratto che caratterizza la domanda di salute e di cure (si pensi alla non autosufficienza o alla salute mentale). L'attuale separazione fra assistenza sociale e sanitaria è inappropriata. L'integrazione fra l'ambito dell' intervento sociale e quello sanitario implica un soggetto unitario (Comuni/Asl), con ambiti territoriali coincidenti e quindi una programmazione e gestione integrata e associata. Si può superare così l'attuale frammentazione e separatezza, che comporta dispersione e maggiori costi impropri, scaricati spesso sulla sanità o pagati direttamente dai cittadini.</p>
<p>REGOLE E GOVERNO RIGOROSO DEGLI ACCREDITAMENTI E PER ACQUISTO SERVIZI</p>	<p>Le regioni in piano di rientro hanno avuto per anni una spesa verso strutture private accreditate più alta della media nazionale e per molto tempo è mancato un sistema di regolazione. "Miglioramenti" sono intervenuti solo da poco. Serve un governo rigoroso degli accreditamenti, riconducendo l'offerta (tetti di prestazioni) entro i limiti della programmazione pubblica in modo appropriato. Colpisce il fatto che in questi anni la rete ospedaliera pubblica sia stata ridotta molto più di quella privata.</p> <p>Per l'acquisto di servizi da terzi, pure da controllare attentamente, la riduzione dei costi non può avvenire con la mera logica del massimo ribasso (colpendo qualità dei servizi e diritti dei lavoratori). Semmai vanno ripensate forme di rientro di servizi affidati all'esterno senza un'accurata analisi dei costi/benefici</p>
<p>GOVERNO ASSISTENZA FARMACETICA E PER ACQUISTO BENI</p>	<p>Serve un governo dell'assistenza farmaceutica (convenzionata e oggi ancor di più ospedaliera), estendendo le misure adottate con successo dalle regioni più "virtuose" (ad esempio l'utilizzo dei medicinali equivalenti, la distribuzione diretta).</p> <p>Le spese per l'acquisto di beni vanno "accentrate" il più possibile (tenendo conto delle indicazioni cliniche dei professionisti, perché una standardizzazione meramente "industriale" può essere rischiosa o comunque non appropriata).</p>

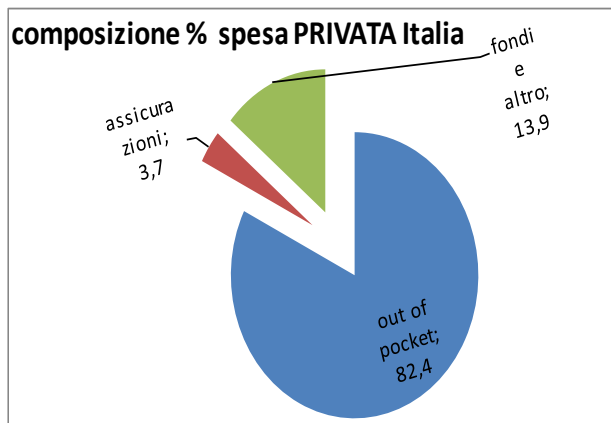
Le proposte principali sono contenute negli ultimi documenti Cgil: ["Linee guida per la contrattazione sociale 2011"](#), ["Sanità e Federalismo Diritti e Risorse"](#), ["Salute fondamentale diritto"](#), ["Sul nuovo Patto per la Salute 2013 – 2015"](#), ["Assistenza continua h 24 nel distretto socio sanitario \(Linee guida per la contrattazione sociale\)"](#) [Documento proposta FPCGIL Medici "Il medico delle cure primarie"](#)

Investire nel cambiamento la vera spending review

- I percorsi di riorganizzazione che abbiamo indicato devono continuare nelle regioni “più virtuose” ma sono addirittura vitali per quelle in disavanzo. Rispondono alla trasformazione della domanda di cure e di salute, legata alla transizione demografica (invecchiamento della popolazione) ed epidemiologica (cronicità) e quindi orientano verso un utilizzo più appropriato delle risorse a disposizione, come raccomandato dalla stessa Unione Europea².
- Le misure che producono una reale riorganizzazione dei servizi e che possono produrre risanamento economico, vanno sostenute anche con investimenti ad hoc, perché la fase di riconversione ha alcuni costi aggiuntivi, necessari anche per ottenere successivamente risparmi stabili e duraturi. E vanno adottate valorizzando il lavoro: anche per questo è importante il [Protocollo d’Intesa sul lavoro pubblico](#) sottoscritto da Governo e Sindacati il 4 maggio 2012.
- Le scelte da compiere impongono coraggio, riguardano questioni delicate: le condizioni dei lavoratori del settore, le attese dei cittadini, interessi economici, aspetti culturali, e hanno bisogno di una partecipazione democratica a tutti i livelli: bisogna formalizzare sedi di confronto nazionale e sedi di confronto in tutte le regioni.
- Nelle Aziende Sanitarie Locali la scelta di un governo clinico che valorizzi il contributo degli operatori, in luogo della gestione monocratica solitaria del manager, può favorire scelte basate su criteri professionali e di appropriatezza, sconfiggendo clientele e invadenza della “mala politica” (vedi anche il documento FP CGIL “*Per la Salute Bene Comune, quale Governo Clinico. Una risposta delle professioni sanitarie contro la deriva politico-aziendalistica*” – maggio 2012).
- Infine, non va dimenticato che la riqualificazione dei Servizi Sanitari Regionali, il controllo rigoroso degli accreditamenti e dell’acquisto di beni e servizi, sono “antidoti” contro le stesse infiltrazioni criminali cui è esposto un settore “economicamente attraente” come la sanità.

La spesa privata aumenta: serve un secondo pilastro (privato) per la sanità ?

Sta crescendo un fenomeno preoccupante, la spesa privata “out of pocket”. La spesa pubblica è stata circa 111 miliardi nel 2010, quella privata circa 30 miliardi. Si paga per prestazioni non coperte (o coperte male) dal servizio sanitario, come la non autosufficienza o l’odontoiatria, ma anche per evitare lunghe liste di attesa. Ovvio che tagliare ancora i finanziamenti al SSN significherebbe alimentare la spesa a carico dei cittadini. La Spesa *out of pocket* % sul totale della spesa privata in Italia, stimata fra l’82 e l’ 87%, è tra le più elevate al mondo (vedi [Figura 7](#) - Fonte: 2010 OECD Health Data).



In questa situazione, avanza l’ipotesi di un “secondo pilastro sanitario privato”, che dovrebbe coprire la spesa “out of pocket” (vedi il “Libro Bianco del Governo Berlusconi sul welfare” 2009, ma ne parla anche il documento sulla *spending review* del Governo e il Censis “*quale futuro per la sanità dopo i tagli*” - aprile 2012). Il problema è che l’esperienza di questi anni dei fondi sanitari (e delle assicurazioni) segnala una preoccupante tendenza ad offrire prestazioni già coperte dal SSN, alimentando un’antieconomica competizione, piuttosto che un’utile integrazione.

Si tratta di capire se eventuali “forme collettive” possano offrire vantaggi ai cittadini, che oggi con l’“out of pocket” sono lasciati alla mercé dell’offerta, a causa della ben nota asimmetria informativa, tipica dei sistemi sociosanitari. Ma di farlo senza intaccare la funzione universale del SSN pubblico nel garantire il diritto alla salute e alle cure. Infatti, non è conveniente né opportuno che questo diventi il “secondo pilastro” della sanità.

² (Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema «Le conseguenze dell’invecchiamento della popolazione sui sistemi sanitari e di protezione sociale» - luglio 2010 - Gazzetta Ufficiale dell’Unione Europea 11.2.2011)

Salvaguardare il sistema pubblico e universale: la prima garanzia per i diritti e il controllo dei conti.

La presenza di un qualificato e robusto Servizio Sanitario Nazionale, pubblico e ed universale, è decisiva per garantire il diritto alla salute e alle cure sancito dalla nostra Costituzione. Ma serve anche alla crescita economica: 1 euro speso in sanità “genera” 1,70 euro, con ricadute in settori cruciali per la crescita: a intensa occupazione, elevata professionalità, forte innovazione organizzativa e tecnologica (vedi anche: [la sanità in Italia costa poco e rende molto](#)).

Rispetto ad altri paesi OCSE la spesa sanitaria italiana è più bassa ed è in gran parte pubblica (77% contro il minimo del 47 % di spesa pubblica degli USA, che però hanno una spesa complessiva doppia della nostra). Viene riconosciuto da più parti che proprio il nostro modello pubblico e universale ha evitato un boom della spesa, in un settore pressato da una domanda “teoricamente infinita”.

La questione cruciale è mantenere questi effetti positivi della sanità anche sull’economia, possibili proprio grazie al “modello pubblico e universale”, che assicura il diritto alla salute e alle cure, dimostra maggiori capacità di controllo della spesa pubblica e contemporaneamente “frena” l’eccesso di consumismo sanitario privato (una spesa non appropriata alla lunga si rivela un boomerang per la stessa economia, trascinando e distorcendo la spesa pubblica).

Per questo è decisivo mantenere e adeguare il livello del finanziamento sanitario pubblico – che il governo invece intende ridurre – e, *repetita iuvant*, usarlo in modo virtuoso e appropriato (cioè per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e non a logiche consumistiche o clientelari).

Ecco perché sosteniamo che fare *spending review* non è tagliare ma spendere meglio.