

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO: PER QUANTO DURERÀ ANCORA?

***Livio Garattini, Antonino Mazzone, Andrea Zovi, Luigi Bracchitta,
Paola De Compadri, Alessandro Nobili***

Quadro Generale

Il sistema sanitario è una pietra miliare per tutti i paesi sviluppati. Ne consegue che la sanità è sempre stata un argomento molto dibattuto in politica, oggetto di influenze ideologiche in ogni nazione. Al fine di governare la sanità, a partire dal 1978 l'Italia ha adottato un Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che fornisce una copertura universale prevalentemente finanziata dalla tassazione generale e con servizi quasi totalmente gratuiti all'atto dell'erogazione.¹

A cominciare dal 1992 il SSN è stato progressivamente decentralizzato, con molti poteri trasferiti dal governo centrale alle regioni.² Va ricordato che il territorio italiano è suddiviso in 20 regioni (una delle quali in due province autonome) governate da politici eletti. Le Regioni italiane variano molto in termini sia di dimensione (dai 3.261Km² della Val d'Aosta ai 25.832Km² della Sicilia) sia di popolazione (dai circa 130.000 abitanti della Val d'Aosta ai 10.000.000 della Lombardia); in pratica, da una provincia italiana di modeste dimensioni a una nazione Europea di medie dimensioni.³

In questa sede proviamo innanzitutto a riassumere i problemi principali che affliggono il nostro SSN e successivamente illustriamo i principali rimedi che riteniamo necessari e urgenti per affrontarli e risolverli.

Problemi principali

Vengono di seguito analizzate le principali debolezze istituzionali, organizzative e finanziarie che allo stato attuale indeboliscono il SSN. Senza avere la pretesa di essere esaustivi, abbiamo volutamente escluso dall'analisi i problemi correlati ai beni sanitari acquistati dall'industria privata (ad esempio, farmaci e dispositivi medici) e ai servizi sociali (tuttora principalmente erogati da enti pubblici locali al di fuori del SSN).

- Il primo problema rilevante è di carattere istituzionale. La salute è di gran lunga la voce di costo più importante di tutti i finanziamenti regionali (in molte regioni più dell'80% del bilancio complessivo), rendendola quindi un problema politico prioritario per tutte le elezioni regionali.⁴ Come già sottolineato, le venti regioni italiane sono troppo eterogenee fra di loro e ciò rende impossibile per tutte essere parimenti organizzate per la gestione e la fornitura omogenea degli stessi tipi di servizi sanitari. Inoltre, l'autonomia istituzionale regionale rende il SSN troppo esposto all'influenza delle politiche locali, indebolendo il suo governo a livello nazionale.⁵ Grazie all'autonomia locale, alle regioni è concesso di sviluppare strategie sanitarie sostanzialmente diverse in assenza di un'approvazione nazionale pregressa. Questa decentralizzazione ha gradualmente trasformato il SSN in un insieme di servizi sanitari regionali assai disomogenei nell'ambito dello stesso paese, minando a lungo andare la sua omogeneità nazionale.

Per fornire un esempio emblematico dell'attuale eterogeneità, vengono di seguito riassunte le differenze principali fra Veneto e Lombardia,⁴ due ricche regioni del Nord confinanti fra loro, non poi così diverse sotto il profilo geografico e con contesti politici abbastanza simili negli ultimi decenni (in entrambi i casi governate da coalizioni politiche di centro-destra). Sebbene il

territorio della Lombardia sia di circa 1/4 più ampio e la sua popolazione circa 1/2 più elevata (principalmente dovuta all'area metropolitana di Milano), vi sono 41 aziende sanitarie e 97 ospedali per acuti (dei quali 68 pubblici e 29 privati convenzionati) in Lombardia, mentre il Veneto ha solamente 13 aziende sanitarie e 36 ospedali (di cui solo tre privati convenzionati). Il numero di enti sanitari quasi tre volte più elevato in Lombardia evidenzia chiaramente una situazione molto eterogenea dei due servizi sanitari regionali analizzati, confermando che l'organizzazione e i sistemi di gestione dei servizi sanitari erogati nell'ambito del SSN sono oramai configurati in modi assai diversi anche in regioni abbastanza simili sotto il profilo geografico, economico e politico.

- Il secondo problema è soprattutto organizzativo. I servizi territoriali sono stati storicamente penalizzati in tutti i paesi dell'Europa occidentale, e l'Italia non fa eccezione, a causa del loro impatto inferiore sulle economie locali rispetto a quelli ospedalieri. I Medici di Medicina Generale (MMG) dovrebbero costituire i "pilastri" delle cure primarie nel SSN. I MMG sono formalmente professionisti autonomi remunerati principalmente a quota capitaria in base a contratti nazionali, sebbene diversi incentivi finanziari e tariffe per servizi aggiuntivi possano essere concessi dalle singole regioni.⁶ Caso unico nel panorama europeo, in Italia vi sono due tipi di medici di famiglia: uno per gli adulti (MMG) e uno per i bambini (Pediatri di libera scelta, PLS). Ciascun medico ha la propria lista di pazienti (fino a 1.500, con eccezioni locali) e deve garantire un numero minimo di ore settimanali di apertura (ad esempio, almeno 15 ore alla settimana per 1.500 pazienti in base all'ultimo contratto nazionale). Tuttavia, il numero minimo di ore settimanali di apertura è quasi sempre diventato in pratica il numero medio in tutte le regioni. Dal momento che la maggior parte dei MMG lavora tuttora su base singola nel proprio ambulatorio (diversamente dai loro colleghi inglesi), l'accesso settimanale dei pazienti è assai limitato, così come sono limitati il ruolo di filtro dei MMG nei confronti dei livelli superiori di assistenza e le loro concrete opportunità di condivisione di competenze con gli altri clinici del SSN. Inoltre, il numero complessivo dei MMG si è progressivamente ridotto nel tempo e si prevede che una ancor più grave

carezza possa verificarsi nei prossimi anni.² In ultima analisi, il modello del MMG che opera su base singola nel proprio ambulatorio si è rivelato inadeguato per incentivare l'integrazione fra i vari erogatori di servizi sanitari, la qualità delle cure cliniche e la loro efficienza.

Al di là degli ambulatori dei MMG, molte altre strutture tradizionalmente forniscono servizi territoriali nelle unità operative delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), il terzo livello territoriale del SSN interamente gestito dal secondo (le Regioni). Sebbene il mix di servizi sanitari erogati a livello locale possa variare molto anche sul territorio della stessa regione, i più importanti sono comunque le vaccinazioni infantili, gli screening di massa della popolazione, le prestazioni erogate dai consultori familiari e i servizi domiciliari.⁶ In generale, l'erogazione frammentaria dei servizi di assistenza primaria è difficile da gestire sotto il profilo organizzativo e tuttora disorienta i pazienti italiani e i loro *caregivers* dal punto di vista dell'utenza. Di conseguenza, è parso assai logico il recente tentativo (avviato già nel lontano 2007 a livello normativo) di collocare tutti questi servizi nelle cosiddette "Case di Comunità" insieme ai MMG.² Tuttavia, com'era facile prevedere, le principali associazioni di medicina generale si sono fermamente opposte fin dall'inizio a questo cambiamento logistico rilevante, motivo per cui la presenza di MMG e PLS in queste strutture multifunzionali è tuttora assai scarsa quasi ovunque sul territorio italiano.

- Il terzo problema è principalmente indotto da vari aspetti di natura finanziaria. Complessivamente l'Italia spende meno degli altri principali paesi Europei occidentali (ad esempio, Francia, Germania, Spagna, Regno Unito) sia in termini di spesa pro-capite che di percentuale sul Prodotto Nazionale Lordo (PNL).² Allo stesso tempo, il numero di italiani che hanno siglato una forma di assicurazione sanitaria privata è quasi triplicato negli ultimi due decenni (attualmente circa 15 milioni) e l'ammontare di spesa sanitaria privata è continuamente cresciuto (circa 42 miliardi di euro nel 2024, di cui 6,4 attraverso le assicurazioni private). Questa tendenza è stata fortemente favorita da due leggi nazionali (del 2008 e del 2009) che hanno previsto agevolazioni fiscali per i fondi assicurativi e le società di mutuo soccorso che offrono coperture sanitarie sostitutive.⁷

Successivamente, altri due provvedimenti legislativi (del 2016 e del 2017) hanno permesso di trasformare i bonus addizionali (sia per i datori di lavoro che per i dipendenti) in contributi a piani di assicurazione sanitaria integrativa esentasse.

Dal lato dell'offerta, va sottolineato che l'attività *intra moenia* in ospedali pubblici (introdotta nel 1996) è una forma quasi paradossale di doppia pratica (DP), dal momento che i dipendenti pubblici del SSN forniscono direttamente prestazioni private nelle strutture sanitarie in cui operano.⁸ Tale forma estrema di DP viene associata in letteratura al concetto etico di corruzione istituzionale,⁹ in quanto potenzialmente indebolisce la capacità delle istituzioni pubbliche di raggiungere i propri obiettivi primari. In particolare, la gestione contemporanea di attività pubbliche e private nella stessa struttura provoca necessariamente anche un impiego di risorse lavorative in quelle private e quindi uno spreco di tempo per le amministrazioni degli ospedali pubblici.¹⁰ Recentemente la regione Lombardia ha adottato un provvedimento per incentivare la cosiddetta attività *super intra moenia*, che privilegia i pazienti titolari di assicurazioni private per sfruttarla al fine di ridurre le lunghe liste di attesa del SSN pubblico. Come è già spesso successo in passato, è assai probabile che altre regioni seguiranno la più grande regione italiana in questa esperienza destinata a creare ulteriori diseguglianze sociali nell'erogazione delle prestazioni.

Infine, l'adozione nel 1995 di tariffe fisse basate sulle diagnosi derivate dall'esperienza americana dei DRGs per finanziare i ricoveri ospedalieri, la quota di gran lunga più elevata della spesa sanitaria complessiva),¹¹ ha condotto nel lungo periodo a distorsioni rilevanti nell'allocazione finanziaria delle risorse nell'ambito del SSN. Infatti la determinazione per legge di tariffe risulta necessariamente un esercizio arbitrario perché difficilmente può tenere conto di tutte le differenze di costo correlate alle condizioni di ciascun specifico paziente.⁸ Di conseguenza, il finanziamento basato sull'attività ha premiato la fornitura dei trattamenti maggiormente remunerativi, soprattutto da parte degli ospedali privati convenzionati con il SSN, i quali (ovviamente) tendono a concentrare la propria attività sui servizi più convenienti.

Possibili rimedi

Alla luce delle criticità fin qui analizzate, vengono di seguito esposti i principali cambiamenti istituzionali, organizzativi e finanziari a nostro avviso necessari per rilanciare il SSN.

- Il ruolo istituzionale delle Regioni nell'ambito del SSN dovrebbe essere drasticamente rivisto e ridotto. Una soluzione molto logica sarebbe quella di escludere le autorità regionali dalla gestione del SSN a livello finanziario e organizzativo, sostituendole con un secondo livello prettamente amministrativo e interamente gestito dal Ministero della Salute a livello centrale (analogamente a quanto già accade per il terzo livello locale).⁴ Ciò permetterebbe anche di ridisegnare razionalmente i confini geografici del secondo livello senza farli necessariamente coincidere con quelli delle giurisdizioni regionali, in modo tale da ridurre anche il flusso di pazienti fra regioni confinanti. Tuttavia, dando per scontata la forte opposizione da parte delle regioni a rinunciare completamente ai propri poteri in sanità, una soluzione alternativa potrebbe essere quella di lasciare alle regioni un ruolo meramente di controllo, comunque privo di qualsiasi forma di finanziamento a livello centrale, suddividendo il SSN in aree geografiche accorpate in funzione dei territori delle regioni confinanti. Ad esempio, assumendo un limite minimo di 5.000.000 di abitanti e tenendo conto dell'assetto geografico italiano, potrebbero essere individuate nove aree geografiche:³ due (a Ovest e a Est) per l'Italia Settentrionale, Centrale e Meridionale, in aggiunta alla Lombardia (di gran lunga la regione italiana più popolosa) e alle due isole principali (geograficamente isolate per definizione).

Peraltro, poiché un regime democratico implica necessariamente un potenziale impatto dei governi in carica sulla sanità attraverso politiche e leggi spesso influenzate dalle ideologie dominanti, i governi di partiti di fazioni politiche opposte possono comunque introdurre cambiamenti contrastanti e sovrapposti nel SSN, alterando profondamente il suo funzionamento nel lungo periodo come conseguenza negativa.⁸ Per tale motivo, ai governi nazionali non dovrebbe essere concesso di modificare troppo facilmente la struttura

istituzionale di base del SSN e quindi le leggi in materia di politica sanitaria dovrebbero essere sottoposte a clausole di salvaguardia (ad esempio, l'obbligo di approvazione da parte di una maggioranza di almeno due terzi del Parlamento), in modo tale da restringere l'influenza sulla sanità dei politici al governo.⁴ Inoltre, una formazione post-laurea ad hoc dovrebbe essere resa obbligatoria per i dirigenti apicali nominati nel SSN, al fine di limitare l'influenza dei politici a tutti i livelli nella loro selezione e accrescere al contempo le loro specifiche competenze gestionali in ambito sanitario.⁸ Tale formazione dovrebbe essere garantita da una Scuola Superiore di Sanità, un'organizzazione che ad oggi non è mai stata introdotta nel nostro Paese.⁴

- La necessità di un riequilibrio organizzativo dei servizi fra assistenza ospedaliera e territoriale nell'ambito del SSN risulta abbastanza evidente in questo periodo caratterizzato da una popolazione sempre più anziana e affetta da multimorbilità. Assumendo che tutti i professionisti sanitari debbano essere lavoratori dipendenti del SSN per gestire in modo più efficace la loro attività, anche i MMG dovrebbero diventare dipendenti a tempo pieno e essere funzionalmente collocati nelle Case di Comunità.¹² Queste strutture di grandi dimensioni dovrebbero includere tutti i professionisti sanitari, sociali e amministrativi operanti nell'ambito dell'assistenza primaria, diventando il polo di riferimento per microaree di 5-10mila residenti e coinvolgendo anche tutti gli enti del terzo settore attivi nei diversi territori. Un ampio staff di professionisti sanitari dovrebbe contribuire ad allungare notevolmente l'accesso ai servizi giornalieri, a migliorare la gestione dei servizi fuori orario e ad accrescere l'erogazione di cure domiciliari ai pazienti non autosufficienti. In particolare, queste organizzazioni complesse potrebbero erogare l'assistenza giornaliera urgente per i casi di bassa complessità, in modo da filtrare l'accesso superfluo ai servizi di pronto soccorso ospedalieri. Ciò dovrebbe contribuire a integrare le cure di emergenza fra i diversi livelli di assistenza, come già accade nel SSN spagnolo.⁶

In generale, la dirigenza del SSN dovrebbe promuovere la collaborazione fra professionisti sanitari a tutti i livelli, piuttosto che adottare rigidi approcci

gerarchici.¹³ Ad esempio, tutto lo staff medico già formato potrebbe essere posto allo stesso livello gerarchico, come da sempre accade nel SSN inglese, e la responsabilità dei pazienti trattati potrebbe essere suddivisa fra ciascuno di loro nelle strutture sanitarie (ospedali inclusi).¹³ I servizi ambulatoriali per pazienti non degenti potrebbero essere erogati esclusivamente nelle Case di Comunità, anche con il contributo di medici ospedalieri presenti a rotazione settimanale in queste strutture. La rotazione lavorativa dei professionisti sanitari fra i servizi dovrebbe essere sfruttata nel maggior modo possibile per favorire l'integrazione nell'ambito del SSN.¹³ Il lavoro di gruppo in ambienti integrati e non eccessivamente influenzati dal comportamento dei singoli dovrebbe essere la strategia più produttiva e soddisfacente per i professionisti sanitari del SSN.¹⁴ Questo approccio organizzativo dovrebbe contribuire anche a limitare i sempre più diffusi fenomeni di malessere e burnout. Inoltre, al fine di favorire l'integrazione (e, si spera, anche a limitare la potenziale corruzione), il numero di società scientifiche e associazioni di professionisti sanitari (recentemente quantificato addirittura in 411 a livello nazionale) dovrebbe essere drasticamente ridotto, autorizzando i dipendenti del SSN a iscriversi soltanto alle singole associazioni di categoria della loro professione.

- Dopo aver riconosciuto una volta per tutte che lo Stato è l'assicuratore più adatto per coprire il rischio malattia dei propri cittadini e perciò il criterio più logico da applicare per finanziare il SSN è la copertura universale tramite tassazione generale, i datori di lavoro e i cittadini che sottoscrivono schemi di assicurazione sanitaria addizionale non dovrebbero beneficiare in alcun modo di sgravi fiscali, onde evitare distorsioni finanziarie che possano compromettere il finanziamento del SSN.⁸ Inoltre, il budget totale attuale del SSN dovrebbe essere incrementato e ancorato al Prodotto Nazionale Lordo, in modo tale da garantire la sua consistenza finanziaria nel corso degli anni.

Vale la pena ricordare che il divieto di qualsiasi forma di DP nell'erogazione di servizi sanitari è fortemente supportata dall'economia aziendale. Infatti, risulterebbe molto strano trovare un datore di lavoro che permette ai propri dipendenti di fare affari privatamente con i propri clienti nel loro tempo

libero;¹⁵ di conseguenza, anche l'attività *intra moenia* dovrebbe essere abolita nel SSN. Allo stesso tempo gli stipendi attuali delle principali professioni sanitarie del SSN dovrebbero essere significativamente aumentati e avvicinati alla media europea, in modo tale da essere sufficientemente generosi per far parte di una società civile, così scoraggiando i professionisti sanitari ad abbandonare il SSN per motivi soprattutto finanziari com'è spesso avvenuto di recente.⁸ Di conseguenza, anche gli stipendi del SSN dovrebbero essere ancorati a un parametro economico comune (ad esempio, il reddito medio nazionale per lavoratore dipendente). Inoltre, il SSN dovrebbe divenire giuridicamente responsabile per le spese legali indotte da cause giudiziarie sollevate per (non macroscopica) negligenza medica.¹⁶

Infine, una volta abbandonati la concorrenza e la fissazione dei prezzi come criteri economici per gestire il SSN in considerazione del fatto che la sanità è un classico esempio di "fallimento del mercato" nella teoria economica,⁸ la pianificazione territoriale e la conseguente applicazione di logiche budgetarie dovrebbero essere la giusta "cultura" da adottare per migliorare l'efficienza locale dei servizi del SSN. Di conseguenza, anche qualsiasi forma di tariffazione per finanziare i servizi erogati (vedi i DRGs) dovrebbe essere cancellata.

C*oncludendo, riteniamo sia giunta l'ora di introdurre rapidamente importanti rimedi istituzionali, organizzativi e finanziari per garantire il ripristino di un corretto funzionamento del SSN. Altrimenti, se ciò non accadrà, abbiamo la netta sensazione che purtroppo il SSN inevitabilmente collasserà.*

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Bozzetto M, Remuzzi G, et al. Primary care in a National Health Service: time for radical reform. *Fam Pract.* 2022;39(5):994-5.
2. Ferre F, de Belvis AG, Valerio L, et al. Italy: health system review. *Health Syst Transit.* 2014;16(4):1-168.
3. Giulio de Belvis A, Meregaglia M, Morsella A, et al. Italy: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2022;24(4):1-236.
4. Garattini L, Zanetti M, Freemantle N. The Italian NHS: What Lessons to Draw from COVID-19? *Appl Health Econ Health Policy.* 2020;18(4):463-6.
5. Garattini L, Badinella Martini M, Zanetti M. The Italian NHS at regional level: same in theory, different in practice. *Eur J Health Econ.* 2022;23(1):1-5.
6. Armocida B, Formenti B, Ussai S, et al. The Italian health system and the COVID-19 challenge. *Lancet Public Health.* 2020;5(5):e253.
7. Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. General practice in the EU: countries you see, customs you find. *Eur J Health Econ.* 2023;24(2):153-6.
8. Maietti E, Sanmarchi F, Toth F, et al. Changes in private health service utilisation and access to the Italian National Health Service between 2006 and 2019: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open.* 2023;13(5):e070975.
9. Garattini L, Badinella Martini M. Modeling European health systems: a theoretical exercise. *Eur J Health Econ.* 2023;24(8):1249-52.
10. Sommersguter-Reichmann M, Stepan A. Hospital physician payment mechanisms in Austria: do they provide gateways to institutional corruption? *Health Econ Rev.* 2017;7(1): 11.
11. De Pietro C. Private medical services in the Italian hospitals: the case for improving HRM. *Health Policy.* 2006;78(1): 56-69.
12. Thompson JD. Diagnosis-related groups. *N Engl J Med.* 1983;308(18):1107.
13. Garattini L, Badinella Martini M, Zanetti M. More room for telemedicine after COVID-19: lessons for primary care? *Eur J Health Econ.* 2021;22(2):183-6.
14. Garattini L, Badinella Martini M. Modeling European health systems: an ideal chain of services. *Eur J Health Econ.* 2024;25(2):189-92.
15. Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1955-7.
16. Holmstrom B. The firm as a subeconomy. *J Law Econ Organ.* 1999;15: 74–102.
17. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? *Eur J Health Econ.* 2020;21(2):165-70.



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".