

Politiche sanitarie

Economia, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari

Anno 2, numero 3,
maggio-giugno 2001

Direttore
Gilberto Muraro

Condirettori
Piervincenzo Bondonio
George France
Francesco Taroni

Direttore esecutivo
Renato Balma

Dal convegno dell'Associazione italiana di economia sanitaria

La sanità tra Stato e mercato

Università di Padova, 13-14 ottobre 2000

Parte seconda

123

• **RELAZIONI**

Problemi di modellizzazione dei livelli essenziali di assistenza

Mario Braga, Cesare Cislaghi

133

Pubblico e privato nell'offerta di servizi ospedalieri in Italia

Vincenzo Guardabasso, Giacomo Pignataro, Ilde Rizzo

145

Case mix ospedaliero nella sanità universitaria

Calogero Guccio

162

Analisi dell'efficienza tecnica nel settore ospedaliero italiano:
un confronto tra tecniche parametriche e non parametriche

Luigi Siciliani

175

Differenziazione nell'offerta di coperture sanitarie e razionamento:
il contributo della sanità integrativa

Federico Spandonaro



Il Pensiero Scientifico Editore

Differenziazione nell'offerta di coperture sanitarie e razionamento: il contributo della sanità integrativa

Federico Spandonaro

Laboratorio di Ricerca e Formazione in Economia e Management Sanitario, Università Tor Vergata, Roma

Riassunto. Il lavoro si propone di tentare una valutazione del contributo che i fondi sanitari integrativi potranno offrire al riassetto del Sistema sanitario nazionale (Ssn), permettendo in prospettiva di abbandonare i sinora infruttuosi tentativi di operare un razionamento compatibile con la scarsità di risorse, in favore di una migliore definizione dei confini dell'intervento pubblico per la tutela della salute. Dopo avere accennato ai problemi di definizione dell'intervento pubblico in sanità, analizzeremo sinteticamente il problema della determinazione dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, con particolare attenzione alle conseguenze su tale processo derivanti dallo sviluppo della sanità integrativa. Di questa ultima si tratterà poi un quadro interpretativo, tentando inoltre di verificare quali siano la portata potenziale del fenomeno e le conseguenze sulle ipotesi di razionamento delle prestazioni erogate dal Ssn.

Infine si affronterà brevemente un tema di pratica rilevanza, connesso alla coesistenza di fondi cosiddetti "doc" e "non doc".

Parole chiave. Livelli essenziali di assistenza, razionamento, sanità integrativa.

Abstract. This paper examines the role of complementary health funds in the recent reform of the Italian national health service (Nhs). These funds offer the possibility of avoiding having to define criteria for rationing Nhs services so to live within the public budget constraint. The paper argues that development of complementary health funds could help in defining the boundaries of public intervention in the health care sector. After briefly considering how to measure public intervention in health care, the paper examines the essential and uniform health care levels which the Italian Nhs is supposed to provide and how these relate to the definition of the complementary health fund. The paper then assesses possible outcome of the new arrangements, paying specific attention to rationing of Nhs services. In conclusion, the paper analyses problems arising from the coexistence of two types of funds: namely "doc" and "non Doc".

Key words. Complementary health funds, essential health care levels, rationing.

1. Formulazione del problema

In tutti i sistemi sanitari dei paesi sviluppati l'onere delle prestazioni sanitarie si tripartisce, sebbene in varia misura, fra quota a carico del bilancio pubblico (locale o centrale), quota assicurata (presso fondi collettivi o in forma individuale) e spesa *out of pocket* dei cittadini.

La distribuzione fra i "tre pilastri" della spesa non sembra peraltro rappresentare un fattore discriminante nella definizione della natura dei sistemi sanitari. Si osservi (tabella 1) a tal proposito che la quota di spesa pubblica è, in taluni casi, maggiore in sistemi comunemente definiti privatistici che in paesi dotati di Sistema sanitario nazionale (Ssn).

La crescita della quota di spesa a carico dei bilanci pubblici è stata oggetto di crescente e generalizzata preoccupazione, tanto che in molti paesi sono state adottate politiche tese, direttamente o indirettamente, a ridefinire il contributo dei "tre pilastri" al finanziamento complessivo della spesa sanitaria.

Sebbene anche l'ammontare complessivo della spesa sanitaria possa rappresentare oggetto di riflessione in termini di welfare¹, il punto cruciale appare

¹ Ad esempio, qualora una quota della spesa fosse attribuibile a una domanda non "congrua", indotta dal medico secondo la teoria della *Supplier induced demand*, si trova in letteratura evidenza di rischi di perdita di welfare: cfr Calcott, 1999; Carlsen-Gritten, 2000; De Jaeger, 1999; Farley, 1986; Sorensen-Grytten, 1999.

Tabella 1 - Quota di spesa sanitaria pubblica

| Paese | Val. % |
|-------------------|--------|
| Argentina | 57,5 |
| Australia | 72,0 |
| Belgio | 83,2 |
| Brasile | 48,7 |
| Canada | 72,0 |
| Cina | 24,9 |
| Danimarca | 84,3 |
| Finlandia | 73,7 |
| Francia | 76,9 |
| Germania | 77,5 |
| Grecia | 65,8 |
| Ungheria | 84,9 |
| India | 13,0 |
| Italia | 57,1 |
| Giappone | 80,2 |
| Olanda | 70,7 |
| Nuova Zelanda | 71,7 |
| Norvegia | 82,0 |
| Portogallo | 57,5 |
| Federazione russa | 76,8 |
| Arabia Saudita | 80,2 |
| Senegal | 55,7 |
| Slovenia | 80,8 |
| Spagna | 70,6 |
| Svezia | 78,0 |
| Turchia | 74,0 |
| Regno Unito | 96,9 |
| Stati Uniti | 44,1 |

Fonte: Oms/Who 2000

Tabella 2 - Quota di spesa sanitaria out of pocket

| Paese | Val. % |
|-------------------|--------|
| Argentina | 32,6 |
| Australia | 16,6 |
| Belgio | 14,7 |
| Brasile | 45,6 |
| Canada | 17,0 |
| Cina | 75,1 |
| Danimarca | 15,7 |
| Finlandia | 19,3 |
| Francia | 20,4 |
| Germania | 11,3 |
| Grecia | 31,7 |
| Ungheria | 15,1 |
| India | 84,6 |
| Italia | 41,8 |
| Giappone | 19,9 |
| Olanda | 16,8 |
| Nuova Zelanda | 22,0 |
| Norvegia | 18,0 |
| Portogallo | 40,9 |
| Federazione russa | 23,2 |
| Arabia Saudita | 6,3 |
| Senegal | 44,3 |
| Slovenia | 10,2 |
| Spagna | 20,4 |
| Svezia | 22,0 |
| Turchia | 23,3 |
| Regno Unito | 3,1 |
| Stati Uniti | 16,6 |

Fonte: Oms/Who 2000

però essere quello della suddivisione della stessa: per un verso la definizione dei livelli efficienti di intervento pubblico e per un altro quello del livello ottimo di assicurazione².

Il presente contributo non affronta il secondo tema, ove si contrappongono i rischi di moral hazard legati all'assicurazione e i problemi di equità delle politiche di compartecipazione. Ci limitiamo solo ad osservare che, a seconda della prevalenza data al primo o al secondo fattore nella formulazione delle politiche sanitarie, è possibile costruire una significativa tassonomia dei sistemi sanitari.

A livello internazionale, ad esempio, l'Oms/Who, nello stilare di recente una classifica dei sistemi sanitari in base alla loro performance globale, ha in generale dimostrato una più forte attenzione all'equità del sistema che non alla rilevanza dei costi di moral hazard, come si evince dalla penalizzazione dei paesi in cui è forte il ricorso alla spesa *out of pocket*³.

Il tema dei confini dell'intervento pubblico è, invece, fortemente connesso a quello delle priorità, ovvero alla possibilità di giungere ad un raziona-

mento delle prestazioni a carico del bilancio pubblico. Seguendo la tesi di Dirindin (1999) riteniamo fondamentale interrogarsi sulla reale natura del razionamento, potendo questo essere distintamente strumento di contenimento della spesa pubblica nell'ambito di un budget prefissato (per effetto della scarsità di risorse), ovvero rappresentare una compiuta modalità di esplicazione delle finalità del sistema pubblico di tutela della salute.

La questione ci sembra trascurata, mentre riteniamo che possa aiutare a comprendere il ripetuto fallimento delle politiche di razionamento esplicito.

Dobbiamo, infatti, prendere atto della concreta difficoltà di implementare criteri espliciti di razionamento; a ben vedere, con rare eccezioni⁴, difficilmente si è andati oltre le raccomandazioni o le mere affermazioni di principio⁵.

Secondo Bariletti (1999) le ragioni che renderebbero difficile l'adozione di misure di razionamento sono molteplici e come regola generale non

⁴ In letteratura ci si riferisce solitamente al noto caso "Oregon".

⁵ Si veda per una disamina dei modelli di razionamento Mappelli, 1999.

² Si veda sul tema il recente contributo di Petretto, 1999.

³ cfr. OMS/WHO, *The World Health Report 2000*.

si può stabilire la dominanza dei criteri espliciti su quelli impliciti o viceversa⁶. Sempre Bariletti fa riferimento alla teoria delle "scelte difficili" quale paradigma per interpretare la problematicità del fenomeno.

Parrebbe peraltro di buon senso ipotizzare che la probabilità di un'accettazione sociale dell'esclusione di una patologia o di una prestazione dalla lista di quelle garantite, sia inversamente proporzionale al rischio immediato sulla vita (o sulla qualità della stessa) che l'esclusione in oggetto comporta.

Aggiungiamo inoltre che un fatto evidente è che i sistemi sanitari dei paesi sviluppati hanno, negli ultimi decenni, enormemente ampliato la propria sfera di competenza, allargandola a prestazioni genericamente connesse ad un miglioramento del benessere psico-fisico, così che nella pratica quotidiana le "scelte difficili" si pongono certamente con meno frequenza di quanto si tenda ad assumere nei ragionamenti teorici.

La difficoltà di stabilire criteri universalmente accettati di razionamento ci sembra, quindi, debba essere cercata altrove.

Si osservi che le difficoltà maggiori si incontrano nel fare accettare liste di priorità definite a livello di singole prestazioni o patologie; l'esclusione di aree di possibile tutela, ed anche le forme implicite di razionamento (sebbene a scapito del principio di onestà⁷) sembrano invece più facilmente subite, ma anche accettate.

Ci sembra di poter affermare che qualora ci si limiti ad imporre compartecipazioni alla spesa, oppure ad escludere branche o funzioni ben definite dalla sfera di intervento pubblico, si pensi ad esempio all'esclusione della medicina estetica o al limite a funzioni quali l'assistenza termale, l'esperienza storica, anche italiana, dimostra che le difficoltà sembrano ridursi fortemente.

Sembrerebbe quindi che alcune "aree" di assistenza possano essere ritenute non meritevoli di tutela pubblica con una certa generale accettazione sociale, e che un razionamento limitato ad esse potrebbe trovare generale consenso, definendo compiutamente i confini dell'intervento pubblico.

Il razionamento diventa di contro un problema quando questo set di esclusioni "possibili", che definirebbe l'ambito di tutela pubblica desiderato, non è da solo sufficiente a contenere l'onere assistenziale nel limite, definito a priori, della disponibilità di ri-

sorse, divenendo necessario procedere ulteriormente nel razionamento⁸.

Ci sembra che sia un fatto generalmente riscontrabile la crescente distanza fra la percezione sociale sempre più ampia del benessere psico-fisico, tradotta in un possibile livello di intervento pubblico fondato sul solo merito delle prestazioni erogabili, e il vincolo finanziario che grava sui bilanci pubblici: in altri termini ciò che davvero impedirebbe la definizione di liste di priorità potrebbe essere l'eccessiva distanza fra risorse disponibili e aspettative di tutela della popolazione.

In questo senso finisce per trovare una spiegazione anche il maggior successo delle forme di razionamento implicito, in quanto contribuiscono a ridurre il gap fra risorse pubbliche ed aspettative, diluendo in piccole dosi l'onere della riduzione e permettendo, di fatto, una deriva decisionale sul problema di definire concretamente un livello di razionamento coerente con i vincoli di bilancio.

La distinzione fra le due possibili nature degli interventi di razionamento, malgrado l'esistenza di reali ed inseparabili sovrapposizioni sottolineate in Dirindin (1999), ci sembra quindi che possa contribuire a chiarire l'empasse in cui praticamente tutti i sistemi sanitari si trovano; se l'aspetto critico del razionamento è di fatto quello connesso con la scarsità delle risorse rispetto alle aspettative delle persone, sarebbe auspicabile separare nettamente l'aspetto finanziario dal momento di definizione degli ambiti pubblici di tutela della salute.

La legislazione italiana, ancora con il d.lgs. 229/1999, non prende peraltro una chiara posizione sul problema, confondendo ancora le due opzioni. I livelli uniformi ed essenziali di assistenza dovrebbero, infatti, essere espressione dell'area di "meritorietà" e quindi dell'area di tutela pubblica della salute, ma allo stesso tempo risultano soggetti ai vincoli derivanti dalle compatibilità finanziarie complessive. La recente esperienza del Ssn italiano dimostra che con queste premesse si rischia di generare una deriva decisionale; non si riesce infatti ad andare oltre una definizione in termini monetari dell'impegno pubblico pro capite, finendo per soddisfare solo l'aspetto della limitatezza delle risorse, mentre nulla è di fatto stato realizzato sul versante della definizione delle liste di priorità.

In questo contesto si è innestato il ruolo della sanità integrativa, per la quale sono state individuate alcune sfere di competenza e, di recente, definito l'assetto fiscale.

⁶ Scrive Bariletti, 1999: "L'adozione di questo o di quel metodo dipenderà dalla sua capacità di accomodare il conflitto fra valori sociali antagonisti, rendendo così più sopportabile la scelta. Da ciò si comprende facilmente come, nel nostro caso, non esista una ricetta unica che ottimizzi il problema del razionamento in sanità una volta per tutte e per tutti i sistemi sanitari".

⁷ Si veda ancora Bariletti, 1999.

⁸ Nell'economia del presente contributo si trascurano i problemi di razionalizzazione, in altre parole si assume che questa da sola non sia sufficiente a ricondurre il fabbisogno nei limiti delle risorse disponibili per il settore.

Anche nella definizione di "integrativo" si risente del duplice obiettivo sopra citato: per un verso si esplicita la non appartenenza all'area di competenza pubblica di alcune tipologie di prestazioni, come ad esempio quelle definite "non convenzionali". Per un altro si assegna all'area dell'integrazione la copertura degli oneri connessi direttamente o indirettamente a forme implicite di razionamento: ticket, prestazioni libero-professionali intramoenia, prestazioni di maggiore comfort.

Possiamo quindi pensare che si siano fatti passi avanti nel processo di definizione delle finalità del sistema pubblico di tutela della salute, con alcuni dubbi residui relativamente al concreto posizionamento dell'assistenza termale e dell'area delle prestazioni sul confine del socio-sanitario, con particolare attenzione all'assistenza residenziale e semi-residenziale per pazienti con patologie croniche ed invalidanti tipiche della terza e quarta età⁹.

Sembrerebbe invece del tutto irrisolto il problema di operare un ulteriore razionamento coerente con la scarsità di risorse, che giunga a definire cosa sia compreso nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, ovvero sia erogabile con un costo non superiore a quello sopportabile dal bilancio pubblico.

In un'ottica meramente pragmatica, possiamo aspettarci che la sanità integrativa possa facilitare la deriva decisionale sul tema, di fatto ponendosi come una forma implicita di razionamento posta a cavallo fra il diniego e la diluizione¹⁰.

Si introduce (o forse meglio, si ribadisce), infatti, il principio che l'area di tutela pubblica non si identifica con la gratuità di tutte le prestazioni; ciò che appare però più significativo è che se gli atti clinici rilevanti (praticamente tutti) fanno parte dell'area di tutela pubblica, non lo sono alcune forme organizzative che si traducono in maggiore comfort e personalizzazione del servizio.

In tal modo escludendo o diversificando (come detto: diniego o diluizione) alcune componenti del servizio potrebbe essere possibile effettuare un razionamento "soft", compatibile con la scarsità delle risorse, lasciando definitivamente nel limbo il problema della determinazione dei livelli uniformi ed essenziali¹¹.

⁹ Il nostro parere è che su questi temi sia possibile giungere ad un razionamento generalmente accettato, vuoi per la natura dell'assistenza, vuoi perché si tratta di tipologie assistenziali non storicamente acquisite come facenti parte del "pacchetto" garantito dal Ssn, sul quale quindi ancora non si sono formate nella popolazione "aspettative forti" di tutela.

¹⁰ Ci riferiamo alla classica tassonomia in 7 voci dei meccanismi di razionamento proposta da Klein: diniego, selezione, deflessione, deterrenza, dilazione, diluizione, interruzione.

¹¹ Si potrebbe ipotizzare che finiscano per confluire nei criteri di accreditamento e nei requisiti minimi strutturali.

In tal modo la lista delle priorità potrebbe essere costituita, e quindi gestita, non sulla base delle singole patologie o prestazioni, bensì su quella degli standard di servizio, abbassando di molto la carica emotiva che solitamente si accompagna all'analisi delle prime, rendendole aprioristicamente male accette.

Evidentemente uno scenario del genere non è scevro di quei rischi che, seppure non oggetto del presente contributo, è necessario ricordare: primo fra tutti quello di creare forti iniquità, non tanto nell'accesso, quanto nella qualità dell'assistenza ricevuta dai cittadini in funzione delle loro individuali capacità economiche.

2. Livelli essenziali ed uniformi di assistenza e razionamento

Con l'approvazione dell'ipotesi federalista e con la definizione del ruolo della sanità integrativa, la determinazione dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza sembra assumere fondamentale importanza.

Come sarà più avanti argomentato, infatti, la sanità integrativa dovrà erogare prestazioni eccedenti i livelli uniformi ed essenziali, e quindi è in essi che trova compiuta definizione.

Inoltre, nel nuovo assetto federalista è sempre in base ai livelli che si esplicherà il potere di controllo delle istituzioni centrali sull'operato delle regioni.

Per la determinazione dei livelli appare in primo luogo necessario dare un significato compiuto ai concetti di "essenzialità" e "uniformità", ovviamente con riferimento al quadro generale della riforma sanitaria.

Il tema dell'essenzialità appare quello più complesso. L'art. 1 del d.lgs. 229/1999 afferma infatti che il Ssn assicura, con le risorse pubbliche, livelli essenziali e uniformi di assistenza, caratterizzati dagli attributi di appropriatezza ed efficacia. Lo stesso articolo specifica che tali livelli saranno assicurati nel rispetto del principio dell'equità e qualità delle cure, nonché dell'economicità delle risorse impiegate; nel comma 6 bis, lett. c del medesimo articolo, infine, si esplicita che l'economicità è da intendersi sia in termini finanziari (ovvero come quota di risorse assegnabili al Ssn) sia come efficienza tecnica e organizzativa nell'erogazione delle cure.

Appropriatezza, efficacia, qualità, equità, economicità, efficienza sono quindi tutti requisiti necessari dell'essenzialità, e la loro esplicitazione dimostra lo sforzo compiuto per definire un criterio di delimitazione delle garanzie di copertura fornite dall'intervento pubblico in sanità.

Possiamo provare ad analizzare singolarmente il contributo dei principi sopra esposti alla definizione della essenzialità e uniformità delle prestazioni.

Una prestazione per essere valutabile come essenziale dovrà quindi essere, in primo luogo, appropriata ed efficace: termini questi definibili con una certa oggettività in funzione di una dimostrata efficacia potenziale (appropriatezza) e altrettanto dimostrata efficacia clinica effettiva (intesa quest'ultima come capacità di incidere sul corso naturale della malattia).

Evidentemente la mera sovrapposizione dell'essenzialità con l'efficacia¹² sarebbe certamente poco selettiva¹³, lasciando alla sanità integrativa solo prestazioni residuali di scarsa indicazione clinica.

In secondo luogo è richiesto il rispetto dei principi di qualità ed equità: anch'essi non sembrano essere criteri operativamente discriminanti; sembra tra l'altro difficile pensare l'esistenza di prestazioni efficaci non dotate intrinsecamente di qualità. Sul lato dell'equità verificiamo che nel d.lgs. 229/1999 essa si riconduce alle condizioni di accesso al servizio (art. 1, c. 2). In questo contesto l'equità non va, quindi, confusa con una indiscriminata standardizzazione delle prestazioni (equità orizzontale) e ciò apre, come vedremo, importanti spazi per la definizione di un ruolo specifico della sanità integrativa¹⁴.

Più stringente appare in questa ottica il criterio dell'economicità, importato dalle leggi di riforma amministrativa, che va principalmente inteso come vincolo di bilancio¹⁵; esso potrà delimitare più strettamente la categoria delle prestazioni essenziali in funzione delle risorse assegnate alla sanità, oggi nell'ambito del bilancio statale, domani in quello regionale.

Sempre nell'art. 1, c. 3, del d.lgs. 229/1999, si afferma genericamente la contestualità nell'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi e delle risorse finanziarie destinate al Ssn. Tale dispositivo non sembra capace di dissipare i dubbi sull'applicazione del criterio: in pratica qualora la via dell'effettiva contestualità si rilevasse, come probabile, del tutto teorica, la questione è se le risorse verranno stabilite sulla base di pacchetti di prestazioni essenziali da erogare o piuttosto l'essenzialità sarà commisurata alle risorse disponibili. A livello macroeconomico il problema è chiaramente allocativo, nel senso di privilegiare o meno la sanità rispetto ad altri comparti di intervento pubblico.

In pratica, ad oggi, ci sembra di poter affermare che la seconda opzione abbia prevalso, portando con

sé la scelta implicita di un razionamento per scarsità di risorse.

Il riferimento all'uniformità dei livelli comporta invece una lettura che vede svilupparsi una sempre maggiore autonomia regionale, contenuta nei limiti di un set "minimo" uniformemente erogato sul territorio nazionale, di cui sarebbe garante l'istituzione centrale.

La norma appare sostanziale osservando la rinuncia al vincolo di destinazione dei fondi oggi assegnati al settore sanitario, così come previsto nel testo del d.lgs. 56/2000 sul federalismo sanitario.

Peraltro l'operatività del controllo richiederebbe una riflessione che ancora non pare oggetto di adeguata attenzione.

La definizione di una lista positiva di prestazioni, che sancisca l'uniformità di un set di prestazioni da erogarsi gratuitamente (o con un definito limite di compartecipazione) su tutto il territorio nazionale, è problema, come già detto, complesso; si noti inoltre che ancorché fosse stilata, essa non garantirebbe la equa capacità di accesso all'assistenza da parte dei cittadini. Un controllo ex ante sullo stanziamento per la sanità o ex post sulla spesa effettiva (magari con un benchmark rappresentato da un ammontare pro capite, eventualmente pesato per le caratteristiche sociodemografiche della popolazione, ritenuto congruo per l'erogazione dei livelli assistenziali) sembra anch'esso insoddisfacente, non scontando la diversa efficienza dei sistemi sanitari regionali.

Abbandonando la logica insoddisfacente della definizione delle singole prestazioni da erogarsi, come anche del livello minimo di spesa pro capite, sembrerebbe "teoricamente" auspicabile che il monitoraggio si indirizzi sull'outcome clinico per un verso e sull'equità del finanziamento dall'altro.

3. Sanità integrativa del Ssn

In Italia il ruolo delle assicurazioni sanitarie è stato recentemente oggetto di apposita normativa, tesa in particolar modo a fare chiarezza nel panorama delle organizzazioni operanti nel campo dell'assistenza sanitaria complementare "non profit" a carattere collettivo.

Tale comparto era infatti articolato in due grandi settori:

- regimi promossi da e per lavoratori, sulla base di accordi collettivi o regolamenti aziendali;
- società di mutuo soccorso, associazioni fra cittadini che liberamente scelgono di associarsi.

In questo ambito il legislatore ha introdotto la figura del fondo sanitario, a cui affida in via principale (anche se non esclusiva) il compito di garantire le coperture sanitarie complementari.

¹² Intendendo l'efficacia come condizione necessaria ancorché non sufficiente per l'essenzialità.

¹³ O forse troppo selettiva se si dovesse accettare, come qualcuno afferma, che oltre l'80% delle prestazioni sanitarie non ha prove conclusive di efficacia.

¹⁴ Incidentalmente notiamo che è anche alla base della libertà delle regioni di diversificare i propri servizi sanitari in funzione delle caratteristiche della propria popolazione.

¹⁵ Tant'è che l'efficienza è citata a parte.

L'art. 9 del d.lgs. 229/1999 evidenzia come l'elemento caratterizzante i fondi sanitari sia la loro natura integrativa del Servizio sanitario nazionale, intesa, come chiarito dal comma 1, quale erogazione di prestazioni eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza.

Il riferimento all'uniformità dei livelli, in conseguenza di quanto detto nel paragrafo precedente, induce ad una lettura che vede il concetto di integrazione definita in rapporto alla programmazione nazionale dei livelli assistenziali (art.1 del d.lgs. 229/1999) e non, quindi, alla programmazione regionale. Alle regioni spetterebbe, nell'ambito della loro autonomia e ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. 229/1999, la potestà di definire livelli assistenziali essenziali non necessariamente uniformi a quelli delle altre regioni, e presumibilmente maggiori del set minimo che definirebbe l'uniformità. Il riferimento ai livelli regionali creerebbe peraltro non poche difficoltà, dovendosi immaginare che l'area di competenza dei fondi possa essere variabile a seconda delle regioni ove si trovassero ad operare.

Non di meno qualche rischio in tal senso sussiste comunque: si pensi, ad esempio, all'eventualità che ogni regione trattenga su di sé una quota diversa del costo del ricovero in caso di opzione per la camera a pagamento, così che i fondi registrerebbero costi per prestazione diversi a seconda della residenza dell'iscritto¹⁶.

Per quanto concerne il riferimento all'essenzialità, in considerazione di quanto detto nel paragrafo precedente, risulta fondamentale il vincolo dato dall'economicità, senza il quale, per assurdo, sarebbero da considerarsi integrative prestazioni non dotate di efficacia o qualità. Quindi già nell'impostazione i fondi integrativi assumono un rilevante ruolo nella copertura di prestazioni che, pur facenti parte dell'area della meritorietà, non risultano erogabili con gli attuali vincoli di bilancio.

I nuovi fondi sanitari – i cd "fondi doc" – avrebbero comunque un campo di azione ridimensionato rispetto ai regimi già operanti nel settore, poiché i predetti fondi possono esplicare la loro attività solamente avendo riguardo alle tipologie di prestazione previste nel d.lgs. 229/1999 medesimo; secondo alcuni si paventerebbe il rischio che l'offerta dei fondi doc possa rivelarsi non esaustiva del bisogno sanitario dei potenziali destinatari.

Cercheremo nel seguito di argomentare perché ci pare infondato il timore; possiamo intanto ricordare le aree di offerta espressamente previste per tali fondi.

In primo luogo sono comprese fra le prestazioni erogabili in regime integrativo (c. 4, lett. a) alcune

aree assistenziali definitive aggiuntive in quanto escluse dai livelli uniformi ed essenziali, e fra esse sono espressamente citate l'area della medicina non convenzionale¹⁷ e alcune prestazioni termali ed odontoiatriche.

Le disposizioni contenute nel c. 4 lett. b comprendono, inoltre, nell'ambito di applicazione dei fondi doc gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e dei servizi alberghieri di maggiore comfort. In pratica, quindi, visite e diagnostica ambulatoriale con scelta del medico, scelta dell'equipe chirurgica, camere a pagamento appaiono essere tutte forme di integrazione erogabili dai fondi doc purché erogate in regime di intramoenia.

La gamma delle prestazioni erogabili dai fondi doc comprende inoltre anche i rimborsi dei ticket.

Infine fanno parte (lett. c) del pacchetto le prestazioni sociosanitarie erogate da strutture accreditate, residenziali o semi-residenziali o in forma domiciliare, per la quota a carico dell'assistito, per le quali è facile immaginare un rapido sviluppo, in constatazione dell'affermarsi delle patologie cronicodegenerative derivanti dall'invecchiamento della popolazione e dall'allungamento della speranza di vita.

Si noti, in particolare, che per le prestazioni odontoiatriche (comma 5, lett. c) viene anche a cadere la condizione dell'erogazione in regime di intramoenia.

I fondi doc potranno quindi garantire prestazioni ospedaliere complesse, garantendo per esse livelli di personalizzazione e comfort aggiuntivi, rispetto ad uno standard peraltro non ben definito, in strutture sia pubbliche sia private purché accreditate.

Nella relativa indeterminatezza della definizione dei livelli eccedenti l'essenziale sembra quindi in pratica prevalere la filosofia di un Servizio sanitario nazionale che garantisce quasi tutte le prestazioni di rilevanza clinica, ma con livelli standardizzati di servizio, mentre viene attribuita alla sfera delle scelte dirette dei cittadini la possibilità di adeguare ai propri bisogni tali prestazioni con l'acquisto di livelli di maggior comfort e personalizzazione delle stesse.

La scelta appare coerente con l'ipotesi di una sempre più divaricata forbice fra le pure necessità assistenziali (in qualche modo essenziali in quanto espressione della razionalità dell'istituzione) e la domanda espressa, in continua ed esponenziale crescita, che risulta non sopportabile dai bilanci pubblici.

Accettato che ad oggi i livelli essenziali hanno trovato una esplicitazione soltanto finanziaria che ne garantisce in buona misura soltanto la coerenza con

¹⁶ Ulteriori complicazioni potrebbero derivare dai fenomeni di mobilità interregionale.

¹⁷ Si noti che si tratta dell'unica fattispecie per la quale la prestazione è considerabile in regime integrativo seppure erogata da strutture non accreditate dal Ssn.

le politiche di bilancio, uno sviluppo della sanità integrativa, accollandosi l'onere di soddisfare una quota della domanda esistente sotto forma di prestazioni personalizzate, presumibilmente rappresenterà nel tempo un aiuto sostanzioso per il bilancio del Ssn o delle regioni, scongiurando l'urgenza di una definizione puntuale dell'essenzialità.

Per completare il quadro di riferimento istituzionale della materia dell'assistenza sanitaria complementare dobbiamo citare il d.lgs. 41/2000 emanato in attuazione della delega contenuta nell'art. 10, c. 1, lett. l) della l. 133/1999.

Quest'ultimo provvedimento, definendo il regime tributario dei regimi che erogano prestazioni complementari di assistenza sanitaria, ha, infatti, completato il nuovo assetto normativo inquadrando di fatto le interrelazioni fra i diversi possibili strumenti di copertura.

A tal proposito si noti che la l. 133/1999 attribuisce al governo la facoltà di emanare decreti legislativi volti, fra l'altro, a riconoscere un trattamento fiscale di "prevalente agevolazione" per i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Sul punto è opportuno peraltro ricordare che in tal modo si sarebbero penalizzati essenzialmente i regimi di assistenza sanitaria complementare costituiti sulla base di accordi collettivi o regolamenti aziendali. Infatti esclusivamente nei confronti dei contributi destinati a tali regimi (siano essi di competenza dell'azienda o del lavoratore) l'art. 48 del Tuir ammetteva l'esenzione dalla base imponibile fino al limite annuo massimo di L. 7.000.000, non essendo tale disposizione applicabile alle società di mutuo soccorso.

L'impostazione originaria è stata "ammorbida" dal legislatore delegato; il d.lgs. 41/2000 prevede, infatti, due diversi regimi fiscali per i contributi versati a forme erogatrici di prestazioni sanitarie complementari, articolando di fatto l'offerta in due distinte tipologie:

- per i fondi costituiti ex art. 9 d.lgs. 229/1999 – i fondi doc il tetto annuo di deducibilità aumenta progressivamente da un minimo di L. 2.000.000 nel 2001, ad un massimo di L. 4.000.000 a decorrere dal 2007;
- per i fondi "non doc", fra i quali rientrano evidentemente i regimi di assistenza sanitaria integrativa preesistenti, il già ricordato vigente plafond annuo di deducibilità di L. 7.000.000 diminuisce progressivamente a partire dal 2003, sino ad attestarsi a L. 3.500.000 a far tempo dal 2008.

Il provvedimento peraltro consente il cumulo dei limiti di deducibilità, nel caso in cui si effettuino versamenti sia a fondi doc sia ad altri regimi di assistenza sanitaria complementare. In tal caso il limite massimo annuo di deducibilità è fissato in L.

9.000.000 per gli anni 2001 e 2002, e quindi è ridotto a L. 6.500.000 a decorrere dal 2003.

Dal 2001, nel caso in cui per uno stesso individuo si effettuino versamenti contributivi a fondi doc e a fondi non doc, il limite di deducibilità per i contributi destinati al fondo non doc è dato dal minor valore fra il limite singolo e la differenza fra il limite cumulato diminuito dei contributi destinati al fondo doc.

L'aver introdotto la nozione di tetto massimo cumulabile di deducibilità dei contributi versati ai fondi sanitari ha importanti conseguenze che vanno oltre la materia fiscale. Con tale modifica, infatti, il legislatore ha ammesso implicitamente la possibilità di realizzare la copertura sanitaria complementare tramite un doppio intervento: la costituzione di fondi doc, accompagnata dalla costituzione (o dal mantenimento) di fondi non doc, per i quali non è stabilita alcuna regolamentazione specifica, ad eccezione della disciplina fiscale dei contributi versati.

La possibilità di realizzare una doppia copertura non è riservata esclusivamente ai regimi già operanti nell'ambito dell'assistenza sanitaria complementare alla data di entrata in vigore del decreto medesimo, ma potrà essere utilizzata anche ai fini della costruzione di uno schema di copertura sanitaria complementare costituito ex novo dopo tale data.

In definitiva, in caso di coesistenza di entrambi i tipi di regime finalizzati alla realizzazione di una medesima copertura sanitaria complementare, il limite di deducibilità a regime sarà di poco inferiore al tetto attuale (L. 6.500.000 invece di L. 7.000.000).

Nella sostanza, quindi, la nuova normativa più che limitare la portata o l'operatività dei fondi sanitari avrà delle ripercussioni importanti sulle loro modalità organizzative.

Nel progettare la costituzione di uno schema di copertura sanitaria complementare (o nel procedere alla riorganizzazione di uno schema pre-esistente) sicuramente verrà sfruttata l'opportunità di distribuire le prestazioni da erogare fra le due tipologie di fondo, in modo da sfruttare in maniera ottimale le possibilità offerte da ciascuna tipologia in relazione alle rispettive "capienze" in termini di deducibilità fiscale dei versamenti contributivi.

Ci sembra che le limitazioni contenute nel citato d.lgs. 229/1999 riguardino, quindi, più la problematica della scelta dei fornitori di prestazioni che non quella delle tipologie delle prestazioni erogabili.

Appare quindi evidente come la limitazione più importante, almeno sul piano giuridico, riguarda l'obbligo per i fondi doc di far riferimento esclusivamente alle strutture accreditate dal Servizio sanitario nazionale: lo spazio di elezione per fondi "non doc" sembra quindi restringersi a quelle prestazioni che non vedano in nessun modo coinvolti professionisti (in primo luogo medici) dipendenti dal Ssn.

L'individuazione delle strutture e dei professionisti con i quali i fondi doc possono in qualche modo "convenzionarsi" non sembra particolarmente problematica, poiché (e recenti dati lo confermano) è ragionevole immaginare un progressivo sviluppo dell'attività libero-professionale intramoenia, anche in considerazione che per il futuro il rapporto di lavoro dei medici sarà caratterizzato dall'esclusività con il Ssn.

Per quanto concerne le strutture è invece lecita qualche perplessità derivante da possibili utilizzi distorti del principio di accreditamento. Il rischio potrebbe, infatti, essere quello dell'esclusione, per carenza dei criteri di accreditamento, di alcune strutture dal meccanismo dei convenzionamenti con i fondi doc.

La carente chiarezza sui requisiti dell'accreditamento delle strutture può provocare un'impropria barriera per le strutture private che volessero entrare nel circuito del Ssn, magari solo per poter erogare prestazioni integrative.

Il rischio ci pare si aggravi con l'introduzione prevista dal d.lgs. 229/1999 della pratica degli accordi contrattuali.

L'introduzione di fatto di tetti di attività per le strutture, derivanti dall'introduzione del meccanismo degli accordi contrattuali (art. 8/V e VI), configurando un finanziamento a budget prospettici delle strutture, se ha il pregio di eliminare la preesistente disparità di trattamento fra aziende ospedaliere e territoriali, potrebbe in prospettiva definire un ulteriore criterio di accreditamento, nel senso di escludere implicitamente quelle strutture alle quali non sia stato assegnato un obiettivo assistenziale nell'ambito della programmazione regionale.

Peraltro, è da rilevarsi che le prestazioni coperte da fondi, non gravando sul bilancio del Ssn, non dovrebbero a ragion di logica essere sottoposte a limiti di volume erogato.

4. Scenari di sviluppo della sanità integrativa

Le possibilità di sviluppo dei fondi integrativi sono un fatto fortemente aleatorio, come dimostra la recente esperienza dei fondi complementari previdenziali, che stentano a decollare malgrado le attese.

Da questo punto di vista i fondi integrativi sanitari sembrano peraltro godere di qualche vantaggio relativo: ove quelli previdenziali si aggiungono, infatti, a prestazioni già piuttosto generose, e quindi la loro convenienza è fondamentalmente una questione di rendimento finanziario (magari ottenuto con un forte incentivo fiscale), quelli sanitari hanno nell'esistenza di una rilevante quota di spesa *out of pocket* delle famiglie un motivo d'essere. La convenienza dell'adesione, in questo caso, risiede nella capacità

del fondo di acquistare sul mercato dei servizi sanitari a prezzi contenuti, grazie alla stipula di convenzioni con gli erogatori oltre che ai vantaggi fiscali che vengono riconosciuti.

Di seguito si prova a descrivere un ipotetico scenario di sviluppo dei fondi, tentando di incorporarvi la propensione degli aderenti verso le varie componenti di copertura secondo esperienze reali, con lo scopo fondamentale di indagare due distinte questioni: in primo luogo, quale potrebbe essere il vantaggio per il Ssn derivante dall'erogazione in forma integrativa di una quota di prestazioni oggi finanziate per intero dal Ssn; in secondo luogo, la congruenza dei limiti di deducibilità previsti, relativamente ad una possibile riduzione della spesa media *out of pocket* delle famiglie ed allo sviluppo di coperture per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

In quanto segue non si ha alcuna pretesa previsiva, tanto più che i dati a disposizione sarebbero certamente insufficienti per un esercizio di questo tipo; inoltre lo scenario che si affermerà è dipendente dalla reale propensione (e possibilità) dei cittadini ad assicurarsi che, come l'esperienza dei fondi complementari previdenziali insegna, è di difficile quantificazione a priori. Aggiungiamo, inoltre, che nell'esperienza di molti fondi si assiste ad un trend crescente di prestazioni erogate, ad indicare ancora una situazione non a regime.

Lo scopo che si vuole raggiungere è quindi assolutamente limitato a fornire ordini di grandezza dei fenomeni, cercando di razionalizzare le principali variabili rilevanti per la loro comprensione, al fine di indirizzare il dibattito e le politiche sanitarie future nel settore specifico.

Una prima valutazione necessaria riguarda l'attuale livello della spesa *out of pocket* delle famiglie. Nel 1998 la spesa sanitaria delle famiglie secondo l'Istat era di poco superiore a 40.000 miliardi di lire e secondo Piperno (1997) essa è quasi totalmente *out of pocket* (97,4% nel 1997). Si determinerebbe in definitiva una quota di spesa sanitaria *out of pocket* (sul totale della spesa sanitaria) intorno al 26%¹⁸. In termini pro capite la spesa sanitaria diretta ammonterebbe quindi a circa 700.000 lire.

Di tale spesa circa la metà è destinata ai prodotti farmaceutici (in senso lato), mentre risulta residuale la quota destinata ai servizi ospedalieri.

Il "paniere" consumato si modifica radicalmente considerando i cittadini assicurati. Sul lato dei fondi sanitari esistenti alcune utili informazioni si desumono da una recente indagine condotta da Mastrobuono e Pompili (1998), la quale ancorché abbia posto in evidenza una certa eterogeneità dell'ambito di

¹⁸ Il dato Oms/Who 2000, della spesa *out of pocket* sembrerebbe quindi notevolmente sovrastimato.

attività degli attuali regimi di assistenza sanitaria, consente di enucleare alcune tipologie di prestazioni che hanno indubbiamente una diffusione più ampia.

Si tratta essenzialmente dei settori del ricovero, delle visite specialistiche e della diagnostica.

I rimborsi per ricoveri (comprensivi sia della degenza/servizi alberghieri sia delle spese per intervento chirurgico) rappresentano in questo caso quasi il 32% del totale degli eventi e oltre l'87% del totale delle spese¹⁹. I ricoveri possono intervenire sia nel settore privato sia in quello pubblico e fra le tipologie degli interventi più frequenti si riscontrano il parto cesareo, le artroscopie, le ernie e le neoplasie.

La spesa per visite specialistiche e diagnostiche è pari all'8,5% della spesa complessiva, anche se queste costituiscono senza dubbio gli eventi più frequenti (quasi il 62% del totale). Le visite specialistiche maggiormente richieste riguardano i settori dell'ortopedia, ginecologia, oculistica, otorinolaringoiatria e dermatologia, mentre per quanto riguarda la diagnostica strumentale sono maggiormente richieste le ecografie, le radiografie, la Tac e la risonanza magnetica²⁰.

Un discorso a parte meritano le prestazioni odontoiatriche, la cui incidenza sul totale delle prestazioni è limitata poiché tali prestazioni sono previste in un numero limitato di regimi: laddove presente, peraltro, tale tipologia di prestazioni ha un'incidenza significativa (quasi il 40% dei rimborsi effettuati)²¹.

Dobbiamo quindi presumere che un eventuale sviluppo generalizzato della sanità integrativa possa sortire due effetti distinti: in primo luogo prendere in carico la quota parte dell'attuale spesa diretta delle famiglie, e quindi anche incrementare la quota di servizi ospedalieri a pagamento diretto.

Per il Ssn ci sembra che si evidenzino due effetti principali: un limitato vantaggio derivante dalla possibilità che parte della spesa diretta specialistica si indirizzi su prestazioni erogate in intramoenia, per le quali le aziende sanitarie del Ssn possono trattenere una quota superiore ai puri costi sostenuti. Più rilevante appare invece l'opzione che una parte dei ricoveri avvenga a pagamento, nel qual caso il Ssn rimborsa solo quota parte (e variabile) della tariffa del corrispettivo Drg. L'onere per i fondi, diversificato nel caso di ricovero in struttura pubblica ovvero privata accreditata, potrebbe porsi fra il 50 e il 25% del corrispondente Drg.

Per fare qualche calcolo si è sfruttata la disponibilità di dati di gestione di un fondo sanitario aziendale del settore bancario, dalle evidenze del quale si è ricostruito il paniere di prestazioni indennizzate

per età, provvedendo a riportarlo alla struttura per età della popolazione italiana (figure 1 e 2); si è poi voluto immaginare uno scenario che veda applicata un'analoga copertura assicurativa, in modo generalizzato a tutta la popolazione.

Si noti che il fondo si presta alla "simulazione", prevedendo il mantenimento dell'assicurazione ai pensionati e l'erogazione delle spese odontoiatriche che sono parte esplicitamente prevista delle prestazioni erogabili dai fondi doc.

Si è, invece, inclusa una quota di rimborso dei medicinali, in quanto non previsti nella copertura reale.

Il livello delle prestazioni erogate appare medio, nel senso che si è voluto evitare l'utilizzo di esperienze di fondi che erogano prestazioni definibili di lusso che difficilmente potrebbero essere rappresen-

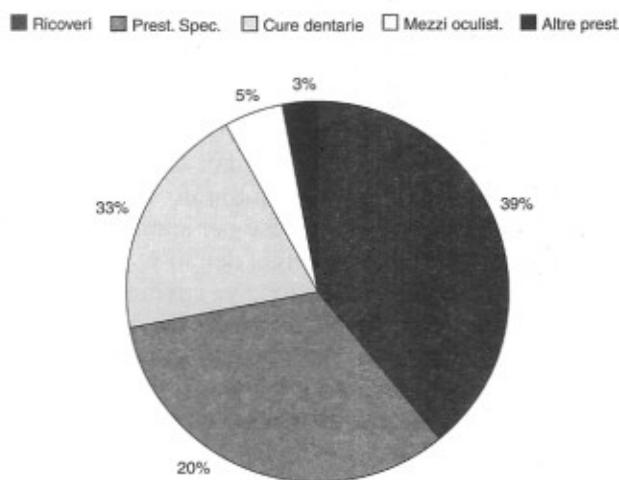


Figura 1. - Composizione dei rimborsi di un fondo sanitario aziendale del settore bancario.

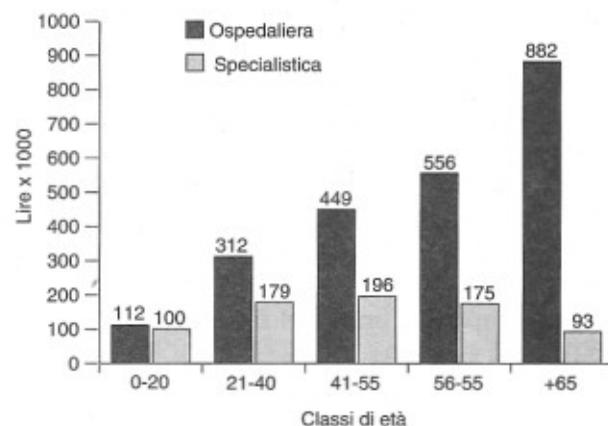


Figura 2. - Importo medio dei rimborsi per età del beneficiario e tipologia di prestazione di un fondo sanitario aziendale del settore bancario.

¹⁹ Cfr Mastrobuono-Pompili, 1998.

²⁰ Cfr Mastrobuono-Pompili, 1998.

²¹ Cfr Mastrobuono-Pompili, 1998.

tative nel caso di una generalizzazione del fenomeno assicurativo. In pratica il livello medio dei rimborsi per iscritto si attesta sulle 800.000 lire, di poco superiore alla spesa diretta sanitaria pro capite dei cittadini (700.000 lire), come è ragionevole in presenza di una copertura significativa dei rischi.

Il fondo prevede inoltre franchigie variabili fra il 15 e il 30% secondo le prestazioni, l'età dei partecipanti e massimali (peraltro di scarsa rilevanza quantitativa sugli importi liquidati) che determinano l'esistenza di una residua quota di spesa *out of pocket* delle famiglie.

In quanto segue non si terrà conto delle spese amministrative dirette, o quanto meno si può ipotizzare che vengano coperte dalla quota di proventi finanziari derivante dalla gestione delle giacenze.

Partendo dai dati del suddetto fondo, possiamo valutare che un'analogia copertura applicata ad una collettività, con la struttura per età della popolazione italiana comporterebbe erogazioni annue di costo pari a circa 890.000 lire.

Ad esse dobbiamo aggiungere circa 135.000 di spesa media pro capite di farmaci, che dovrebbe essere sufficiente, sulla base dei dati di spesa farmaceutica pubblica netta e del fatturato farmaceutico complessivo, a coprire le spese per specialità medicinali al netto di una franchigia del 30%.

Qualche ulteriore riflessione va aggiunta sugli effetti della nuove modalità di erogazione delle prestazioni da parte del Ssn (intramoenia, camere a pagamento, ecc.). Per quanto concerne le cure dentarie poco dovrebbe cambiare, essendo di fatto erogate ed erogabili anche extramoenia; per la specialistica possiamo invece ipotizzare effetti, seppure limitati, non tanto sul volume complessivo delle prestazioni, quanto sulla trasformazione di una quota di prestazioni attualmente erogate extra Ssn, in prestazioni rese in regime di intramoenia²². Per quanto concerne i ricoveri ospedalieri, oltre ad una analogia trasformazione di ricoveri in strutture non accreditate in ricoveri in camere a pagamento del Ssn, è legittimo aspettarsi anche un maggiore numero di richieste di rimborso: infatti per le prestazioni di maggior complessità si ricorre comunque prevalentemente al ricovero nelle strutture pubbliche, cosa che potrà nel futuro divenire oggetto di assicurazione per la quota di servizi di maggior comfort, scelta della équipe, ecc.

Seguendo tale ragionamento e a partire dell'esperienza del nostro fondo, possiamo immaginare che l'attuale copertura unica nel futuro sia sostituita da una doppia copertura.

In carenza di informazioni attendibili sui criteri che guideranno la suddivisione dei fondi in "quota

doc" e "non doc", adottiamo il seguente scenario: un fondo doc che potrebbe assicurare in prima battuta le spese per le cure dentarie e il rimborso dei medicinali, il 40% delle prestazioni di specialistica (in intramoenia) e metà dei ricoveri, prevedendo per essi un aumento complessivo del numero del 20% e una riduzione del 30% del costo unitario.

Tutte le prestazioni residue (o perché non erogabili come integrative, o perché espressione della scelta di rivolgersi comunque ad erogatori extra Ssn), rimarrebbero a carico di una copertura non doc.

Il risultato, sulla base dell'evidenza attuale del fondo considerato, sarebbe una quota di rimborsi di poco superiore alle 600.000 lire per il fondo doc e 400.000 per quello non doc²³.

Da tali importi sono escluse, poiché non si sono potute raccogliere sufficienti informazioni per azzardare scenari, la copertura per l'assistenza termale e per la quota a carico dell'assistito delle prestazioni socio-sanitarie, sia erogate da strutture accreditate, residenziali o semi-residenziali sia in forma domiciliare.

Con le limitazioni dette, e con riferimento ad un nucleo familiare di 3 persone, emergerebbe peraltro un ampio margine di "capienza" in termini di deducibilità, che permetterebbe di incentivare forme di assistenza per la terza e quarta età.

Un siffatto scenario, allargato a tutta la popolazione (per avere un riferimento limite) comporterebbe anche un risparmio per il Ssn, che solo per effetto del minore finanziamento garantito ai ricoveri in camere a pagamento potrebbe anche raggiungere il 10% dell'attuale spesa ospedaliera. Ovviamente a fronte di tale risparmio del Ssn abbiamo il costo connesso all'agevolazione fiscale. Al di là del fatto che con le attuali prospettive di prestazioni erogabili dai fondi sanitari quest'ultimo potrebbe essere superiore al risparmio per il Ssn, in una ottica federalista si proporrà il problema di gestire la suddivisione dell'onere.

Un ultimo aspetto di riflessione concerne l'allocation delle prestazioni fra le due tipologie di fondo (doc e non doc); l'ipotesi avanzata è che, anche qualora la "capienza" in termini di deducibilità per i fondi doc fosse garantita, dovrà provvedersi alla suddivisione delle prestazioni erogate fra le due tipologie di fondo (se non altro per garantire alcune prestazioni non erogabili come integrative), non in base ad un criterio per così dire "orizzontale" ovvero per singola tipologia assistenziale, ma piuttosto in senso "verticale", ponendo tetti massimi di spese rimborsabili.

²² Numerosi fondi lamentano peraltro una lievitazione dei costi unitari delle prestazioni in conseguenza dell'introduzione dell'intramoenia.

²³ Gli importi sono volutamente approssimati, in quanto la natura dell'esercizio numerico e degli scenari adottati non ha alcuna pretesa previsiva, avendo l'unico scopo di verificare il "senso" dei cambiamenti attesi.

Al fondo doc sarebbe assegnato il compito di assicurare l'erogazione delle prestazioni previste entro limiti massimi prestabiliti, mentre sul fondo non doc graverebbero gli oneri relativi alle medesime prestazioni, ma per la parte eccedente il massimale stabilito nel fondo doc.

Tale tipo di soluzione sembra preferibile²⁴ in quanto eviterebbe che una ripartizione delle prestazioni nelle due categorie di fondo in base alla tipologia renda, di fatto, non "attraente" uno dei due regimi per una parte della platea dei potenziali destinatari.

Ad esempio, una distribuzione di prestazioni che prevedesse l'attribuzione delle cure di lungo periodo esclusivamente al fondo non doc, trattandosi di prestazioni che comportano oneri rilevanti, e quindi un corrispettivo contributo senza dubbio significativo, presumibilmente indurrebbe ad iscriversi al fondo solamente coloro che ritengono di poter beneficiare a breve di tali prestazioni, mentre alcune categorie, in particolare le generazioni più giovani, non perfezionerebbero l'adesione.

Si innescherebbe così un meccanismo di selezione avversa, che, annullando l'elemento solidaristico caratteristico dei regimi collettivi di assistenza, comprometterebbe l'equilibrio economico dei fondi stessi.

Nello stesso tempo essendo sancita la totale separazione dei fondi, si dovrà anche prevedere una duplicazione dei costi amministrativi, che forse potrebbe suggerire una ulteriore riflessione in termini di efficienza della scelta operata dal legislatore.

5. Conclusioni

Nel presente contributo si è tentato di argomentare come la puntuale definizione dei principi, che dovrebbero guidare la determinazione dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, non sembri ancora sufficiente per stilare una lista di priorità condivise, capace sia di operare un razionamento delle prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale compatibile con i vincoli di bilancio sia di essere socialmente accettata. Questa difficoltà nell'esplicitare i contenuti dei livelli uniformi ed essenziali è certamente connessa al progressivo aumento delle aspettative di tutela dei cittadini e dei costi assistenziali, derivanti da numerosi fattori fra cui l'invecchiamento demografico.

In questo contesto, lo sviluppo della sanità integrativa potrebbe facilitare una differenziazione delle

coperture offerte, sancendo nei fatti una nuova forma di razionamento delle prestazioni. Tale forma di razionamento si fonderebbe su caratteristiche definite del servizio, tipicamente legate al comfort alberghiero che, non essendo connesse all'atto clinico di per sé, sarebbero da un punto di vista sociale più facilmente accette.

Non di meno, non possiamo trascurare che un razionamento sulla base di criteri di comfort e personalizzazione del servizio non è comunque scevro da rischi d'iniquità.

A fronte dei rischi appena accennati, lo sviluppo della sanità integrativa permetterebbe altresì di rendere meno stringente il vincolo di bilancio e di proseguire nella deriva decisionale sull'esplicitazione dei livelli, che come si è detto non sembrano di facile definizione.

Questi benefici effetti sul vincolo di bilancio deriverebbero dal progressivo spostamento di alcune tipologie di assistenza da un ambito a totale carico del Ssn, ad uno che vede l'intervento economico dei fondi sanitari integrativi. Particolarmente significativo in tal senso sembra che possa essere lo sviluppo di ricoveri in camere a pagamento.

Peraltro, a fronte di un vantaggio per i bilanci regionali, si evidenzia un costo fiscale, la cui suddivisione fra Stato e regioni non sembra, però, ancora essere oggetto di approfondita discussione.

Seppure in forma del tutto approssimativa, e definendo scenari a puro titolo di riferimento, si è poi voluto provvedere a quantificare il potenziale di risparmio per i bilanci regionali, evidenziando come esso potrebbe essere concretamente significativo.

Le conseguenze che derivano da uno sviluppo dei fondi sanitari integrativi pongono, quindi, rilevanti questioni di politica sanitaria ed economica.

Sembra indubbio che le potenzialità di sviluppo dei fondi siano elevate, per effetto di un'ampia quota di spesa sanitaria *out of pocket* che caratterizza il nostro paese e che discosta in questa caratteristica l'esperienza dei fondi sanitari da quella dei fondi integrativi pensionistici, il cui sviluppo non appare essere in linea con le aspettative.

Inoltre, le attuali normative sui fondi appaiono complessivamente offrire ampi spazi di sviluppo agli stessi, garantendo ampia "capienza" in termini di deducibilità fiscale per sviluppare, in particolare, forme assistenziali a fronte dell'invecchiamento demografico.

Nel contempo rimangono irrisolti alcuni problemi di natura tecnico-attuariale e gestionale. Da una parte nella progettazione delle coperture, ove si dovrà avere cura di evitare rischi di antiselezione; dall'altra nella suddivisione in fondi "doc" e "non doc", che appare artificiosa e origine di duplicazione di costi amministrativi.

²⁴ La preferibilità è legata al mantenimento dell'attuale normativa, che a parere di chi scrive andrebbe superata eliminando una inutile e costosa differenziazione fra fondi "doc" e "non doc".

Bibliografia

- Bariletti A (1999), Il razionamento in sanità come problema di "scelte difficili": aspetti teorici e applicativi, in Bariletti A, Cavicchi I, Dirindin N, Mapelli V, Terranova L, *La sanità tra scelta e razionamento*, Milano, Edizioni Farminindustria, Il Sole 24 Ore.
- Calcott P (1999), Demand inducement as cheap talk, *Health Economics*, 8: 721-733.
- Carlsen F, Gritten J (2000), Consumer satisfaction and supplier induced demand, *Journal of Health Economics*, 19: 731-753.
- De Jaegher K, Jegers M (1999), A model of physician behaviour with demand inducement, *Journal of Health Economics*, 19: 231-258.
- Dirindin N (1999), I criteri di priorità, razionamento e contenimento della spesa sanitaria, in Bariletti A, Cavicchi I, Dirindin N, Mapelli V, Terranova L, *La sanità tra scelta e razionamento*, Milano, Edizioni Farminindustria, Il Sole 24 Ore.
- Farley PJ (1986), Theories of the prices and quantity of physician services, *Journal of Health Economics*, 5: 315-333.
- Mapelli V (1999), I modelli e i criteri di razionamento in sanità, in *La sanità tra scelta e razionamento*, Milano, Edizioni Farminindustria, Il Sole 24 Ore.
- Mastrobuono I, Pompili S (1998), *Lo stato attuale delle forme integrative di assistenza sanitaria del settore non profit: casse aziendali, fondi di categoria e società di mutuo soccorso*, in "Atti del convegno Nazionale FIMIV", Roma, luglio 1998.
- Nyman JA (1999), The economics of moral hazard revisited, *Journal of Health Economics*, 18: 811-824.
- Oms/Who (2000), *The world health report 2000*, Geneve.
- Petretto A (1999), Optimal social health insurance with supplementary private insurance, *Journal of Health Economics*, 18: 727-745.
- Piperno A (1997), *Mercati assicurativi e istituzioni*, Bologna, Il Mulino.
- Sørensen RJ, Gritten J (1999), Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees, *Journal of Health Economics*, 8: 497-508.

