



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE

Scienza delle finanze

Lezione 10 – La spesa sanitaria

5 maggio 2026

Trieste

Nicola Comincioli

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali

1

Introduzione

- La spesa in **welfare** (e.g, protezione sociale, pensioni, disoccupazione, sussidi, etc.) è una delle **uscite principali** nei **conti economici** dei paesi europei:
 - **UE**: circa il 28,1% del PIL;
 - **Italia**: circa il 28,9% del PIL (pensioni molto più rilevanti che in UE).
- In particolare, la spesa per **sanità, vecchiaia e disoccupazione**:
 - Dipende da eventi caratterizzati da incertezza, perché non sappiamo con precisione **se, quando** e con **quale intensità** si manifesteranno;
 - **Teoricamente**, i cittadini potrebbero ricorrere al **mercato assicurativo privato**, pagando un premio oggi in cambio di copertura futura;
 - **In pratica**, il mercato assicurativo può generare problemi di **efficienza, selezione e accessibilità** che spingono il mercato alla sottoproduzione, lasciando cittadini scoperti.
- Per giustificare un **intervento** da parte dello **Stato** in questi settori, intervengono:
 - **Motivazioni di efficienza**, per correggere il fallimento del mercato;
 - **Motivazioni di equità**, per garantire diritti basilari dei cittadini.

2



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TRIESTE

2

Introduzione

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EU-27 (**)	25,5	26,1	28,8	28,7	28,3	28,7	29,1	28,9	28,6	28,5	28,1
Belgio	26,3	27,9	30,2	29,6	29,9	29,7	30,0	30,0	29,8	29,2	28,8
Danimarca	30,4	30,4	34,3	34,0	33,5	33,6	34,5	34,4	33,7	32,5	32,2
Germania	27,0	27,4	30,8	30,1	28,8	28,9	29,3	29,1	29,4	29,7	29,7
Irlanda	17,7	20,4	24,2	25,1	24,5	23,9	22,9	21,1	16,0	15,7	15,0
Grecia	21,3	22,8	24,8	25,9	27,3	28,1	26,4	26,0	26,1	26,1	25,2
Spagna	20,4	21,6	24,7	24,8	25,5	25,7	26,0	25,5	24,7	23,8	23,4
Francia	30,4	30,8	33,2	33,2	33,0	33,8	34,2	34,5	34,3	34,3	34,1
Italia (**)	25,6	26,6	28,7	28,7	28,4	29,1	29,7	29,8	29,7	29,2	28,9
Austria	27,0	27,6	29,6	29,6	28,8	29,2	29,6	29,8	29,9	29,9	29,4
Polonia	18,4	19,3	20,3	19,7	18,7	18,9	19,6	19,3	19,4	21,0	20,3
Portogallo	23,0	23,4	25,8	25,8	25,8	26,4	27,6	26,9	25,7	25,1	24,6
Finlandia	24,4	25,0	28,9	29,1	28,7	29,9	31,0	31,7	31,8	31,6	30,6
Svezia	27,4	27,8	29,9	28,4	28,0	29,1	29,9	29,4	29,0	29,4	28,8
Norvegia	22,1	21,8	25,6	25,2	24,8	24,6	25,1	26,1	28,0	29,2	28,4

Tabella Spesa per prestazioni sociali in percentuale del PIL (2007-2017). Fonte: Rosen & Gayer.

Contenuti della lezione

- **Capitolo 10:** La spesa sanitaria:
 - **Le ragioni di efficienza per l'intervento pubblico in sanità:**
 - Il ruolo delle assicurazioni;
 - L'importanza di sommare i rischi individuali;
 - Selezione avversa nel mercato delle assicurazioni sulla salute
 - La selezione avversa giustifica l'intervento da parte dello Stato?
 - Assicurazione sanitaria e azzardo morale
 - L'azzardo morale giustifica l'intervento da parte dello Stato?
 - Altri problemi di informazione nel mercato dell'assistenza sanitaria
 - I problemi informativi giustificano l'intervento da parte dello Stato?
 - Esternalità dell'assistenza sanitaria
 - La sanità pubblica come intervento "equo"
 - **Il sistema sanitario in Italia:**
 - Le cifre della spesa sanitaria pubblica
 - L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e la sua riforma
 - Le modalità di finanziamento e la separazione tra chi fornisce e chi acquista le prestazioni

Le ragioni di efficienza per l'intervento pubblico in sanità

- La discussione della **spesa sanitaria** parte da un'osservazione molto semplice: tutti possono avere **bisogno** di **cure**, ma nessuno sa con quando, quanto e a che costo;
- In un mercato in **concorrenza perfetta**, questo rischio potrebbe essere gestito tramite **assicurazioni private**, ma la sanità presenta caratteristiche che rendono il **mercato assicurativo** particolarmente **fragile**, e.g.:
 - I **rischi** individuali sono **difficili** da **osservare** e sono meno **noti** all'assicuratore;
 - Una volta assicurati, gli **individui** possono **modificare** i propri **comportamenti**;
 - I **costi** delle cure possono essere **molto elevati** e **concentrati** su pochi soggetti.
- Queste caratteristiche rendono il problema della copertura sanitaria non è solo **redistributivo**, ma anche di **efficienza allocativa**;
- Da qui si origina la **necessità dell'intervento pubblico**:
 - Assicurarsi è **conveniente** in **teoria**;
 - Tuttavia questa soluzione **tipicamente non è efficiente**.

5

5

Il ruolo delle assicurazioni

- La **malattia** è un **evento incerto** che rappresenta un **rischio** per il **cittadino**:
 - Non sappiamo **se/quando** si verificherà né conosciamo il **costo** economico **associato**;
 - L'assicurazione nasce come strumento privato per **trasformare** un **rischio individuale** elevato (e.g., spese mediche, perdita del lavoro) in un **costo certo** più contenuto (premio);
 - Il **pagamento** certo del **premio** dà diritto ad una **prestazione** finanziaria **incerta**, ossia un rimborso in caso di evento avverso.
- Si parla quindi di **risk smoothing**:
 - **Ridurre** leggermente il **reddito** in uno scenario **favorevole** per
 - **Evitare** una **perdita** forte in caso di scenario **avverso**.
- La **sanità** è quindi un **caso naturale** per studiare il **mercato assicurativo**:
 - La **necessità** di cure che comportano spesa sanitarie è **incerta** ma
 - Quando si manifesta può generare **costi** molto **elevati**.

6

6

Il ruolo delle assicurazioni

- Per orientarci in una scelta rischiosa serve introdurre il concetto di **valore atteso**, cioè la **media ponderata** dei possibili **esiti** di un evento incerto, dove i pesi sono le **probabilità associate** a ciascuno di essi;
- Consideriamo, e.g., il caso di un **cittadino** per cui:
 - Il **reddito** in **salute/malattia** è rispettivamente di 50k e 20k (I_1 e I_2);
 - La **probabilità** di avere una **malattia** è del 10% (p_2);
 - In questo caso il **valore atteso** del suo **reddito** è:

$$VA = I_1 \cdot p_1 + I_2 \cdot p_2 = 50k \cdot 90\% + 20k \cdot 10\% = 47k$$

- Con un' assicurazione, il cittadino si tutela dall'incertezza, pagando un premio c per avere:
 - In caso di **evento favorevole**, un reddito I_1 decurtato del **premio** c ;
 - In caso di **evento avverso**, un reddito I_2 aumentato della **copertura** K ;
 - È quindi possibile eliminare l'incertezza se $I_1 - c = I_2 - c + K$.

7

7

Il ruolo delle assicurazioni

- Definiamo inoltre il **premio pagato** per acquistare una copertura totale come **equo** se è equivale alla **probabilità** dello **scenario avverso**, cioè se $c = p_2$;
- Per capire l'importanza dell'assicurazione confrontiamo le due possibili scelte:
 - **Non assicurarsi**, quindi correre il rischio di ottenere un **valore atteso** di 47k, ottenuto dalla media ponderata dei due possibili scenari futuri (50k oppure 20k);
 - **Assicurarsi** ed ottenere con certezza 47k;
 - Le due opzioni hanno lo stesso **valore atteso**, ma in termini di **benessere individuale** quale è **migliore**?
- La scelta in merito all'**assicurazione ottimale** dipende dalla funzione di utilità che il cittadino utilizza per valutare il benessere generato dal reddito:
 - Se l'**utilità marginale** del reddito è **decresciente**, una perdita di reddito quando si è già in una situazione peggiore riduce molto l'utilità (**avversione al rischio**);
 - In questo caso, un individuo preferisce un **reddito certo** ad uno **incerto**, a **parità di VA**;
 - Con premio **equo** e **avversione** al rischio, la scelta ottima è la **copertura completa**.

8

8

Il ruolo delle assicurazioni

- Nella realtà i **premi assicurativi** non sono quasi mai esattamente pari al premio equo:
 - Le assicurative devono coprire costi amministrativi, imposte, margini operativi, quindi il **premio richiesto** può essere **superiore** alla **perdita attesa**;
 - Un individuo avverso al rischio può comunque essere **disposto a pagare più** del premio equo pur di eliminare l'incertezza;
 - La differenza tra ciò che l'individuo è disposto a pagare e il premio equo è il **premio** per il **rischio**, che cresce con l'avversione al rischio (**equivalente certo**).
 - La **quota di ricarico** è invece la differenza tra il premio effettivamente richiesto dalla compagnia e il premio equo.
- Quindi il **mercato assicurativo** funziona se la **disponibilità a pagare** degli individui avversi al rischio è sufficiente a **coprire**:
 - **Perdita** attesa;
 - **Costi** di gestione;
 - **Margine** normale dell'assicuratore.

9

9

Il ruolo delle assicurazioni

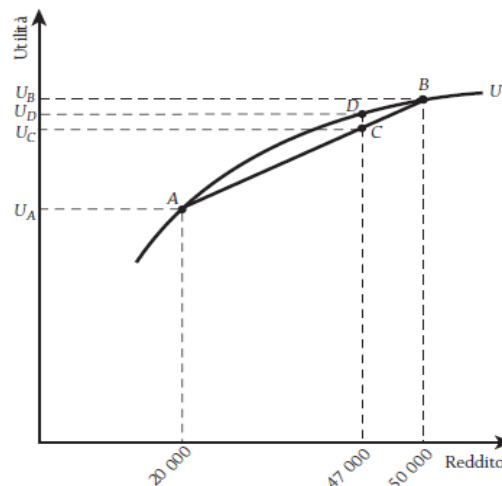
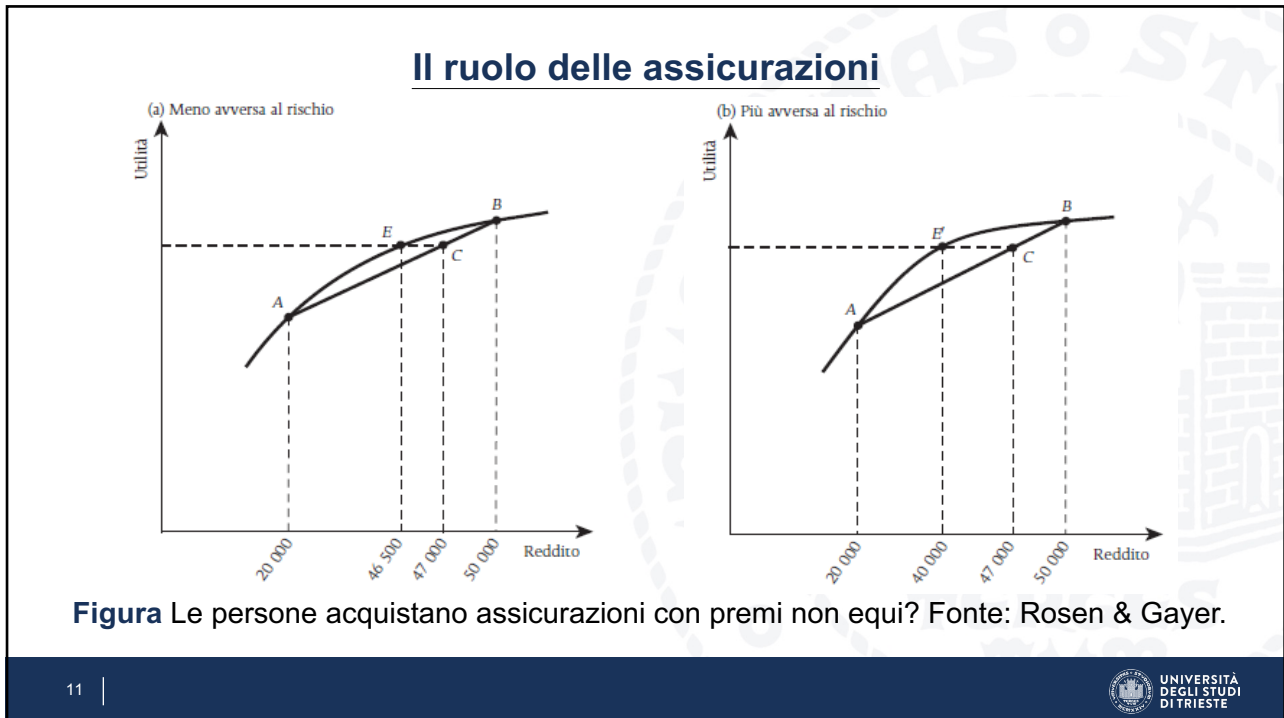


Figura Perché le persone acquistano assicurazioni? Fonte: Rosen & Gayer.

10

10



11

11

L'importanza di sommare i rischi individuali

- L'assicurazione **non elimina il rischio**:
 - Se una compagnia **assicurasse una sola persona**, il **rischio** verrebbe semplicemente **trasferito** dall'individuo alla compagnia;
 - La vera **funzione economica** dell'assicurazione è **aggregare** il **rischio** di molti individui esposti a rischi simili ma non perfettamente correlati tra loro;
 - In questo caso il totale dei premi incassati è sufficiente a coprire l'**esborso atteso** per i pochi «sfortunati», ma resta una possibilità di perdite superiori alle attese;
 - Con **sufficienti assicurati**, gli **esborsi** diventano **prevedibili** con maggiore accuratezza.
- Consideriamo il seguente **esempio**:
 - Un individuo ha una **probabilità** de 10% di **ammalarsi** e perdere 30k;
 - In questo caso, il **premio equo** è $(I_1 - I_2)p_2 = 30k \cdot 10\% = 3k$;
 - Con un solo assicurato, la compagnia **incassa 3k** ma **rischia di pagarne 30k!**
 - Con 10 **assicurati uguali**, la compagnia incassa 30k (dieci premi) e in media paga 30k;
 - Il premio incassato è **sufficiente a coprire l'esborso atteso**, ma il **rischio** non scompare, infatti potrebbero **ammalarsi due o più persone**.

12

12

L'importanza di sommare i rischi individuali

- Il **principio alla base** dell'assicurazione è la **legge dei grandi numeri**:
 - Quando aumenta il **numero** degli **assicurati**, la **frequenza** effettiva degli eventi **tende** ad avvicinarsi alla **probabilità attesa**;
 - **Nessuno sa quale individuo** si **ammalerà**, ma la compagnia può **prevedere** con maggiore precisione **quanti individui** si **ammaleranno** nel gruppo;
 - Questo **riduce l'incertezza** per l'**assicuratore** e rende possibile fissare un **premio** finanziariamente **sostenibile**.
- Questa mutualizzazione funziona solo se i **rischi** sono sufficientemente **indipendenti**:
 - Se i **rischi** sono **molto correlati**, l'**assicurazione** privata diventa più **fragile**, perché molti assicurati potrebbero subire la perdita nello stesso momento;
 - Per esempio, le **malattie contagiose** e le **pandemie** generano rischi non indipendenti, perché il contagio di un individuo aumenta il rischio per gli altri;
 - Nella maggior parte dei **casi sanitari ordinari** la mutualizzazione del rischio resta possibile;
 - Nei **rischi sistemici**, invece, emerge più chiaramente il limite del mercato privato.

13

13

Selezione avversa nel mercato delle assicurazioni sulla salute

- Il mercato **assicurativo sanitario** non è un normale mercato **concorrenziale**:
 - Gli **individui** conoscono molte **informazioni** sul **proprio rischio** sanitario, e.g. storia familiare, stile di vita, condizioni di lavoro, stress, stato di salute percepito, etc.;
 - La **compagnia assicurativa**, invece, osserva solo una **parte** di queste **informazioni**;
 - **Informazione asimmetrica**: una delle due parti conosce meglio dell'altra la probabilità che si verifichi l'evento assicurato, dando origine a **selezione avversa** e/o **azzardo morale**;
- L'**asimmetria informativa** è un **problema** particolarmente **rilevante** in sanità:
 - Il **rischio individuale** può **variare molto** tra persone apparentemente simili;
 - Se l'assicuratore non **distingue** bene tra **soggetti ad alto** e **basso** rischio, tende a fissare un **premio** basato sul **rischio medio**;
 - Un **premio** adatto in **media** può però **alterare** la **composizione** degli **assicurati**:
 - **Attrahendo** soggetti **rischiosi** (per i quali il premio è più che equo);
 - **Allontanando** quelli **meno rischiosi** (per i quali il premio non è equo).
 - Si parla in questo caso di **selezione avversa**.

14

14

Selezione avversa nel mercato delle assicurazioni sulla salute

- Consideriamo il seguente **esempio**:
 - Popolazione di 10 individui esposti ad una perdita sanitaria di $30k$;
 - Per metà di loro, la probabilità di danno è 20%, quindi la perdita attesa è $20\% \cdot 30k = 6k$;
 - Per metà di loro, la probabilità di danno è 10%, quindi la perdita attesa è $10\% \cdot 30k = 3k$.
- Con **informazione completa**, viene proposto ai primi un premio di $6k$ e $3k$ agli altri. Se l'**informazione** invece **non è completa**:
 - L'assicuratore, per **assicurare tutti**, può proporre un premio di $3k$ ma così facendo l'incasso di $10 \cdot 3k$ non copre la perdita attesa di $5 \cdot 6k + 5 \cdot 3k = 45k$;
 - Altrimenti può proporre un **premio medio** di $4.5k$ ma in questo caso si ritroverà ad assicurare solamente i **soggetti** più **rischiosi**, attendendosi una perdita di $5 \cdot 6k = 30k$ ma incassando solamente $5 \cdot 4.5k = 22.5k$.
- Il **premio medio** funziona solo se restano nel mercato tutti i soggetti, indipendentemente dal livello di rischio. Se i soggetti a basso rischio escono, il **premio medio smette** immediatamente di **essere sostenibile**.

15

15

Selezione avversa nel mercato delle assicurazioni sulla salute

	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
Acquirente dell'assicurazione	Probabilità di ammalarsi	Perdita di reddito in caso di malattia	Perdita attesa di reddito	Indennità attesa meno il premio (premi differenziali)	Indennità attesa meno il premio (premio = € 3000)	Indennità attesa meno il premio (premio = € 4500)
Olivia	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Giacomo	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Emma	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Michele	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Mariù	1 su 5 (rischio elevato)	€ 30 000	€ 6000	€ 0	€ 3000	€ 1500
Giuseppe	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€ -1500
Emilia	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€ -1500
Matteo	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€ -1500
Anna	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€ -1500
Enrico	1 su 10 (rischio basso)	€ 30 000	€ 3000	€ 0	€ 0	€ -1500
Profitti netti dell'assicuratore				€ 0	€ -15 000	€ 0

Tabella Informazione asimmetrica e fallimento del mercato. Fonte: Rosen & Gayer.

16

16

Selezione avversa nel mercato delle assicurazioni sulla salute

- La **selezione avversa** nasce quando il **premio** è calcolato sul **rischio medio**, ma la **composizione** degli assicurati **non resta media**:
 - I soggetti ad **alto rischio** hanno un forte **incentivo** ad **acquistare** la polizza;
 - I soggetti a **basso rischio** hanno invece un **incentivo a non assicurarsi**, perché il premio è troppo alto rispetto al loro rischio individuale;
 - Se i soggetti a basso rischio escono, il **rischio medio** del gruppo assicurato **aumenta**;
 - L'assicuratore deve quindi **aumentare il premio**;
 - Ma l'aumento del premio **spinge fuori** altri soggetti relativamente meno rischiosi;
 - Si parla di «**spirale della morte**» per descrivere il **fallimento del mercato** privato per cui **persone** che avrebbero **voluto assicurarsi** a condizioni eque restano **senza copertura**.
- La selezione avversa **non implica** sempre il **completo fallimento** del mercato:
 - Se gli individui sono **molto avversi** al rischio, possono assicurarsi comunque;
 - Il **mercato** quindi **si forma**, ma con copertura incompleta/premi elevati/parziale esclusione;
 - L'**intervento pubblico** nella sanità può quindi **migliorare l'efficienza allocativa**.

17

17

La selezione avversa giustifica l'intervento da parte dello Stato?

- L'**impatto** della selezione avversa può essere **ridotto** raccogliendo più **informazioni** sugli assicurati (**experience rating**) per **adattare i premi** a diversi livelli di rischio;
- Più informazione può quindi **migliorare il funzionamento** del **mercato** assicurativo in termini di **efficienza**, ma **genera problemi di equità**:
 - Se i premi riflettono fedelmente il rischio individuale, chi ha una **probabilità** più **alta** di **ammalarsi** (e.g., malattie croniche o pregresse, etc.) **paga** molto di **più**;
 - Il rischio è che proprio chi ha **più bisogno** di **copertura** assicurativa trovi **premi troppo elevati** o venga escluso dal mercato.
 - Il mercato diventa più efficiente, ma **meno accettabile** dal punto di vista **sociale**.
- L'intervento pubblico può andare nella direzione opposta:
 - Con il **community rating**, individui con rischi sanitari diversi pagano lo stesso premio all'interno della stessa collettività assicurata;
 - Dal **punto di vista dell'equità**, però, evita che malati cronici, persone fragili o soggetti con patologie pregresse siano esclusi dalla copertura (a prezzo di una minore efficienza)

18

18

Assicurazione sanitaria e azzardo morale

- L'**assicurazione protegge** l'individuo dal **rischio**, ma può **modificare** il suo **comportamento**. Quando infatti una parte rilevante del costo delle cure è coperta dall'assicurazione, il **paziente non percepisce** più il **prezzo** pieno del servizio sanitario, generando due comportamenti **distorsivi**:
 - **Minore attenzione** alla prevenzione o agli stili di vita salutari;
 - **Maggiore domanda** di prestazioni sanitarie, anche se il beneficio marginale è basso.
- Questo problema prende il nome di **azzardo morale**, che nasce quando la parte meno informata (assicuratore) non riesce a controllare perfettamente il comportamento della parte più informata (cliente/paziente);
- Nel caso **sanitario**:
 - L'assicuratore **non osserva** perfettamente le **scelte** del paziente;
 - Il paziente, una volta assicurato, **sopporta** solo una **parte** del **costo** delle cure;
 - La **domanda** di **servizi** medici può quindi **aumentare** oltre il livello efficiente.

Assicurazione sanitaria e azzardo morale

- In assenza di assicurazione, il paziente paga il prezzo pieno delle cure sanitarie.
- Consideriamo una **prestazione sanitaria** con un **costo** marginale è 800 euro;
 - In **assenza di assicurazione**, il paziente sostiene l'intero costo;
 - Con **assicurazione**, paga solo una quota di costo totale, e.g. il 20%, quindi 160 euro.
- Dal p.v. del paziente quindi il **prezzo percepito** non è il **costo reale**, ma solo quanto **paga**, pertanto, secondo la **legge** della **domanda**, richiederà più prestazioni;
- Il **complemento** a 1 della **spesa** sanitaria è in carico all'**assicuratore**:
 - L'aumento di spesa non dipende da **reale necessità**, ma dal cambiamento degli **incentivi**;
 - Una parte delle cure aggiuntive ha un **beneficio marginale** inferiore al **costo marginale**;
 - Per questo l'**assicurazione** genera **protezione** dal rischio, ma anche un possibile **eccesso di consumo sanitario**.

Assicurazione sanitaria e azzardo morale

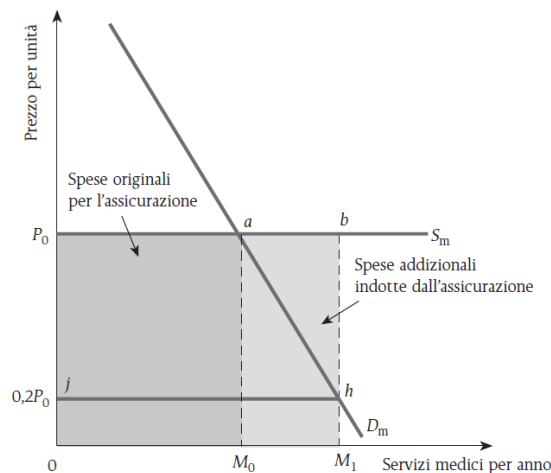


Figura Azzardo morale nel mercato dell'assistenza sanitaria. Fonte: Rosen & Gayer.

21

21

L'azzardo morale giustifica l'intervento da parte dello Stato?

- L'offerta di copertura di **copertura assicurativa** dà origine ad un **trade-off** tra **protezione dal rischio** e **azzardo morale**. Infatti:
 - Una **polizza generosa** riduce l'incertezza, ma può generare una domanda eccessiva;
 - Una **polizza meno generosa** limita l'azzardo morale, ma lascia l'individuo esposto a rischi economici rilevanti.
- Una **buona copertura** assicurativa può generare comunque **distorsioni**, l'obiettivo del «**terzo pagatore**» è minimizzarle per avvicinarsi ad un **livello efficiente** di copertura, e.g., attraverso la **copertura differenziata**:
 - **Maggiore partecipazione** al costo per prestazioni frequenti e poco costose;
 - **Copertura più ampia** per eventi rari, gravi e molto costosi.
- Lo Stato **non riesce a gestire l'azzardo morale** necessariamente meglio del privato:
 - Può **modificare il terzo pagatore** facendosi carico della spesa;
 - Questo però **non altera** il comportamento dei beneficiari.

22

22

Altri problemi di informazione nel mercato dell'assistenza sanitaria

- La sanità è un **mercato** in cui il **consumatore** è spesso molto **meno informato** rispetto al **venditore** del **servizio** riguardo al servizio stesso:
 - Sui mercati di **beni e servizi**, il consumatore può **valutare abbastanza** bene il prodotto prima dell'acquisto, in termini di, e.g., caratteristiche, prezzo, alternative, qualità, etc.;
 - Nel caso delle **cure mediche**, invece, il **paziente** spesso **non** sa, e.g., quale trattamento sia davvero necessario, quale medico o struttura sia più competente, se una prestazione aggiuntiva abbia benefici rilevanti, se il prezzo richiesto sia proporzionato alla qualità, etc.
- Il **paziente** deve quindi affidarsi al **giudizio** del **medico**, creando una **relazione economica particolare**, i.e. il medico è insieme **consulente** e **fornitore** del servizio;
- Il problema informativo non riguarda solo il rapporto tra paziente e assicurazione, ma anche il rapporto tra **paziente, medico** e **struttura** sanitaria;
- In sanità, quindi, la **domanda** non è sempre una domanda pienamente **autonoma**, può essere influenzata da chi possiede l'**informazione tecnica**.

23

23

Altri problemi di informazione nel mercato dell'assistenza sanitaria

- Idealmente il **medico** dovrebbe quindi agire come **agente** del **paziente**, i.e., usando la propria competenza per scegliere la **cura** più adatta all'**interesse** del paziente;
- Tale relazione funziona **efficacemente** se gli interessi sono allineati:
 - Il paziente vuole **cure appropriate**;
 - Il medico **prescrive** solo ciò che è **utile**;
 - Il pagamento non incentiva **prestazioni non necessarie**.
- Quando il medico o la struttura sanitaria hanno anche un **interesse economico** nella quantità o nel tipo di prestazioni erogate, il paziente, può accettare **trattamenti** che **non** avrebbe **scelto** con informazione completa;
- Questo può generare **domanda indotta** dal fornitore:
 - Una parte della domanda sanitaria nasce dall'offerta stessa;
 - Fenomeno diverso dall'azzardo morale, ma con la medesima conclusione, ossia una domanda non efficiente (eccessiva) di prestazioni sanitarie.

24

24

I problemi informativi giustificano l'intervento da parte dello Stato?

- Per risolvere i problemi informativi dei pazienti, lo stato interviene fissando **standard minimi di accesso** alla **professione**, e.g., titolo di studi, albi professionali, etc., per ridurre il rischio che il paziente, poco informato, scelga un fornitore di bassa qualità;
- La regolazione pubblica funziona come una forma di **garanzia minima di qualità**, tuttavia, pur migliorando l'informazione disponibile per il paziente, ma può **creare nuovi problemi di efficienza**;
- Se l'accesso alla professione viene **regolato** in modo **troppo restrittivo**, l'**offerta** di medici o strutture può **ridursi**. Un'offerta più limitata può infatti generare, e.g., minore concorrenza, maggiori salari, liste d'attesa, etc.;
- Il problema è particolarmente delicato quando i **medici** stessi definiscono gli standard:
 - Da un lato, hanno le **competenze** tecniche per **definire** cosa sia una buona formazione;
 - Dall'altro lato, possono avere **interesse** a **mantenere** alta la **barriera** all'ingresso per proteggere i propri redditi.

25

25

Esternalità dell'assistenza sanitaria

- Le **scelte sanitarie** non producono effetti solo su chi le compie, ma anche su altri individui, creando **esternalità** e quindi **inefficienza** (a prescindere dall'informazione);
- La **sanità** è un settore in cui le esternalità sono **particolarmente visibili** perché molte decisioni individuali **influenzano** la **salute collettiva**:
 - **Esternalità positiva**: vaccinarsi contro una malattia infettiva riduce il rischio per il vaccinato, ma riduce anche la probabilità di contagio per gli altri (effetto gregge);
 - **Esternalità negativa**: un uso eccessivo o improprio di antibiotici può favorire lo sviluppo di batteri resistenti, con conseguenze sanitarie per l'intera collettività.
- Nel caso delle **vaccinazioni**, in un mercato **puramente privato**, il livello rischia di essere **inferiore** all'**ottimo sociale**. Lo Stato può correggere questa inefficienza attraverso, e.g., fornitura gratuita, obblighi vaccinali, campagna informativa, etc.;
- Le **esternalità non** sono **sempre presenti**, quindi l'intervento dello Stato:
 - È fortemente **giustificato** quando la **scelta** individuale **modifica** nettamente il **rischio** o il **benessere** della collettività;
 - **Meno giustificato** quando il **beneficio** resta sostanzialmente **privato**.

26

26

La sanità pubblica come intervento «equo»

- Le **ragioni di efficienza** spiegano perché il mercato sanitario può funzionare male, i.e. selezione avversa, azzardo morale, informazione imperfetta, esternalità;
- Ma l'**intervento pubblico** in sanità ha anche una forte **giustificazione di equità**:
 - La **salute non** è un **bene** come gli **altri**: l'accesso a cure **essenziali** è considerato una **condizione minima** per una vita dignitosa e per la piena partecipazione sociale;
 - Un sistema **puramente privato** rischia di lasciare **scoperte** proprio le persone più **fragili**, e.g., individui con reddito basso, soggetti con patologie pregresse o rischi sanitari elevati, residenti in aree periferiche o poco profittevoli per gli operatori privati, etc.
- L'intervento pubblico serve quindi a separare, almeno in parte, l'accesso alle cure dalla capacità individuale di pagare. La **sanità pubblica** è quindi:
 - **Assicurazione** contro un **rischio**: trasferisce le conseguenze economiche di uno scenario sfavorevole per il cittadino;
 - **Strumento di cittadinanza sociale**: perché il mercato non riesce sempre a offrirle, ma perché una società può decidere che nessuno debba esserne escluso.

Il sistema sanitario in Italia

- Il **sistema sanitario** italiano è caratterizzato da un **ruolo prevalente** del settore pubblico in, e.g., accesso alle cure, finanziamento, regolazione, etc.;
- La **sanità** è una delle voci di **spesa pubblica** più rilevanti in termini di:
 - **Spesa pubblica** corrente al netto di interessi (13,5% al 2020);
 - **PIL** (7,0% al 2020).
- Tali valori, mostrano un trend di crescita di lungo periodo, anche a causa dell'impatto della pandemia sui conti pubblici;
- In Italia, il **problema principale** della sanità non è quindi l'**assenza** di copertura tipica dei sistemi **assicurativi privati**, ma la **gestione** di un **sistema** pubblico ampio e **complesso**, per utilizzare in modo efficiente risorse pubbliche molto rilevanti;
- Basandosi sui principi economici generali, lo Stato utilizza gli strumenti dell'analisi normativa per offrire soluzioni concrete, che dipendono dal disegno istituzionale.

Le cifre della spesa sanitaria pubblica

	1990	2000	2010	2012	2014	2016	2018	2020
In % del PIL								
Totale protezione sociale	20,2	21,4	25,9	26,3	27,1	26,4	26,3	31,7
di cui:								
Sanità	5,3	5,2	6,6	6,4	6,4	6,1	6,1	7,0
Previdenza	13,3	14,7	17,1	17,8	18,2	17,6	17,4	20,6
Assistenza	1,6	1,5	2,1	2,1	2,6	2,7	2,8	4,1
In % della spesa corrente al netto degli interessi								
Totale protezione sociale	55,2	59,0	62,4	63,1	63,7	57,9	58,3	61,2
di cui:								
Sanità	14,6	14,4	16,0	15,4	15,0	13,4	13,4	13,5
Previdenza	36,3	40,6	41,3	42,7	42,6	38,5	38,7	39,8
Assistenza	4,3	4,1	5,2	5,0	6,1	6,0	6,2	7,9

Tabella Spesa per protezione sociale. Fonte: Rosen & Gayer.

L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e la sua riforma

- Il **Servizio Sanitario Nazionale** (SSN) nasce con la L.833/1978, superando il precedente sistema mutualistico, con una logica **universalistica** ispirata all'articolo 32 della Costituzione (salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività);
- Il **disegno originario** prevedeva, e.g., il finanziamento dalla fiscalità generale, prestazioni gratuite per l'utente, etc., con un'organizzazione su **tre livelli**:
 - **Stato**: Piano Sanitario Nazionale, Fondo Sanitario Nazionale e riparto tra Regioni;
 - **Regioni**: programmazione sanitaria sul territorio;
 - **USL**: gestione concreta dei servizi, inclusa l'assistenza ospedaliera.
- Nel tempo vengono introdotti i **ticket**, cioè pagamenti inferiori al costo pieno della prestazione, per responsabilizzare la domanda e correggere l'**azzardo morale**;
- Le **riforme successive** nascono dall'esigenza di **contenimento** della **spesa** e **controllo** dell'**efficienza** dell'uso delle risorse, obiettivi perseguiti mediante:
 - Riallocando le risorse tra Regioni secondo la logica del **federalismo fiscale** (efficienza);
 - Modificare il **modello organizzativo** del sistema sanitario.

Le modalità di finanziamento

- Originariamente, le **risorse finanziarie** per sostenere il SSN venivano **reperite** a livello **centrale** e **gestite localmente** dalle USL:
 - Questo **separava** chi **decideva** la spesa da chi doveva **finanziarla**;
 - Si generava un **debole incentivo** al controllo dei costi (ripianamento da parte dello Stato).
- Le **riforme successive** cercano quindi di aumentare la **responsabilità** finanziaria regionale, collegando più direttamente risorse disponibili, fabbisogni sanitari e capacità fiscali dei territori. Le principali **fonti di finanziamento** regionale diventano:
 - **IRAP** (Imposta Regionale sulle Attività Produttive);
 - Addizionale regionale **IRPEF** (Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche);
 - Compartecipazione al gettito **IVA** (Imposta sul Valore Aggiunto).
- Questo criterio però **non è sufficiente**:
 - Tra **diverse Regioni** cambiano età, bisogni sanitari, capacità fiscale e mobilità sanitaria;
 - Le Regioni con **minore capacità** fiscale ricevono quindi ricevere **risorse aggiuntive** tramite meccanismi di **perequazione**, per non compromettere l'uniformità dei diritti sanitari.

31

31

La separazione tra chi fornisce e acquista prestazioni

- Le **riforme** del **SSN** introducono una **distinzione** più netta tra:
 - Chi **acquista/finanzia** le prestazioni, i.e. le ASL;
 - Chi le **eroga**: strutture pubbliche, e.g., ospedali, strutture private accreditate, etc. o convenzionate.
- Le USL vengono sostituite dalle **ASL**, con personalità giuridica, autonomia gestionale e finanziaria, per perseguire una **migliore efficienza**. Le ASL possono infatti:
 - Fornire **direttamente** il servizio oppure
 - **Acquistarlo** dall'esterno se più **conveniente** o **adeguato** (offerta, concorrenza, etc.).
- Le **strutture private**:
 - Entrano nel sistema solo se autorizzate, accreditate o convenzionate, cioè riconosciute idonee secondo **standard regionali di qualità**;
 - Vengono pagate tramite **DRG** (*Diagnosis-related groups*), cioè gruppi omogenei di diagnosi, i.e. a ogni diagnosi/intervento corrisponde un rimborso predeterminato;
 - Questo però può generare **comportamenti opportunistici**.

32

32

Prossima lezione

La spesa previdenziale
Capitolo 12, Rosen & Gayer