

Riconfigurare l'universalismo? Sanità integrativa e Servizio sanitario nazionale per nuove tutele del diritto alla salute

Massimo Campedelli

Laboratorio Wiss/Dirpolis, Scuola Superiore di Studi Universitari e Perfezionamento Sant'Anna, Pisa

Riassunto. Focus dei contributi che compongono questo numero di *Politiche sanitarie* è l'ipotesi relativa al se e come sia possibile che la sanità integrativa possa rappresentare:

- una soluzione non individualistica di efficace socializzazione di rischi sanitari rilevanti, attualmente riconducibile a buona parte della spesa *out of pocket*,
- una risorsa aggiuntiva stabile per il Servizio sanitario nazionale,
- l'occasione per aumentare i tratti pluralistici della sua *governance* e quelli universalistici della sua funzione, nell'ottica del mantenimento e della promozione della salute della cittadinanza tutta.

In altri termini, se sia immaginabile, e come, riconfigurare:

- l'attuale universalismo sanitario, e in parte anche sociosanitario, finanziato con la fiscalità generale, in grado di coprire solo parzialmente i bisogni sanitari della popolazione, in un quadro di significative differenze territoriali e di progressive riduzioni compensate in modo diseguale con una quota rilevante di *out of pocket*,
- in un universalismo finanziato (e gestito, incorporando nella funzione pubblica attori privati portatori di interessi pubblici) in modo plurale, capace di ampliare la copertura dei bisogni e di ridurre l'*out of pocket*, attraverso una diversa *governance* delle politiche per la salute, con un coinvolgimento più fattivo delle parti sociali e della società civile organizzata.

Parole chiave. *Governance*, sanità integrativa, spesa sanitaria *out of pocket*, universalismo sanitario.

Classificazione JEL. I11, I13, I18.

Abstract. The focus of the contributions to this new issue of *Politiche sanitarie* is the hypothesis on whether and how it is possible that voluntary private health insurance may represent:

- a non-individualistic solution of effective socialization of relevant health risks, currently due to most of the out of pocket expenses,
- a permanent additional resource for the National healthcare service,
- an opportunity to increase both the pluralist features of its *governance* and the universalistic ones of its function, in order to maintain and promote the health of all citizens.

In other words, how to reconfigure:

- the current universalism in the health system, and partially in the social system, financed by general taxation, that is able to only partially cover the health needs, with significant local differences and progressive reductions, unequally compensated with a relevant quota of 'out of pocket' payments,
- in a universalism funded (and managed by involving private operators in the public sector) by many actors that is able to expand the coverage of needs and to reduce the 'out of pocket' through a different governance and with a more active involvement of the social partners and civil society organizations.

Key words. Governance, healthcare universalism, out of pocket healthcare costs, voluntary private health insurance.

JEL classification. I11, I13, I18.

In questo numero monografico di *Politiche sanitarie* parliamo di un possibile futuro ruolo dei fondi sanitari integrativi¹, ovvero di quelle "organizzazioni prevalentemente private, variamente denominate, che raccolgono, su base volontaria, risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini o risparmio di tipo contrattuale a livello nazionale, regionale o locale, per fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie che integrano quelle assicurate dal Servizio sanitario

nazionale (Ssn) e dal sistema di protezione sociale, per finalità non orientate al profitto" (Mastrobuono 2012b, p 18)².

Rispetto ai suoi tratti distintivi, insieme all'istruzione, la sanità rappresenta nel nostro paese il settore di politiche pubbliche (Ferrera 2006) in cui, attraverso un tortuoso percorso politico istituzionale pluridecennale (Taroni 2011; Mapelli 2012; Balduzzi e Servetti 2013; Veronelli 2013), si è (parzialmente,

come poi meglio vedremo) applicato il modello universalistico³ di welfare fondato sul dettato della Costituzione (artt. 2, 3, 32 e 38) (Rossi e Di Carlo 2011; Jorio 2013; Balduzzi e Carpani 2013).

A distanza di 35 anni dalla sua prima compiuta traduzione nella legge di riforma sanitaria approvata con la l. 833/1978, le principali problematiche strutturali che lo attraversano, accentuatesi con la crisi economico-finanziaria in corso⁴, possono essere così sintetizzate:

- l'evoluzione dell'idea di universalismo (assoluto, elettivo, selettivo, proporzionale) (Oggi Domani Anziani 2011; Who 2012; Salerno 2012; Mapelli 2012; Ginebri 2013), e di giustizia sociale⁵;
- i problemi di equità (Petretto 2009) emersi nella sua implementazione (Spandonaro 2013a);
- la corrispondenza tra offerta e domanda sanitaria e, più in generale, di efficacia dell'offerta rispetto ai bisogni di salute delle popolazioni interessate, ovvero all'effettività del diritto alla tutela della salute (Campedelli et al 2009);
- la capacità di programmazione e *governance* del sistema multilivello di governo del welfare (Campedelli 2010, 2012, 2013, 2014; Rgs 2014);
- la sostenibilità economica del sistema sanitario e, dentro questo, del Ssn (Spandonaro 2013; Cergas Bocconi 2013a).

Tali questioni, che con mix differenziati accomunano i sistemi dei paesi più sviluppati (Mapelli 2012, p 227 e ssgg), accompagneranno, come un fiume carsico, i diversi capitoli di questo numero.

Focus dei contributi che compongono la proposta è l'ipotesi relativa al se e come sia possibile che la sanità integrativa, in particolare i fondi integrativi così come identificati dalla normativa vigente (Labate 2011; Labate e Tardiola 2011; Mastrobuono 2012; Rebba 2010, 2013), possa rappresentare:

- una soluzione non individualistica di efficace socializzazione di rischi sanitari rilevanti (Mastrobuono 2013; Cislighi 2013) – attualmente riconducibile a buona parte della spesa *out of pocket*;
- una risorsa aggiuntiva stabile per il Ssn;
- l'occasione per aumentare i tratti pluralistici della sua *governance* e quelli universalistici della sua funzione nell'ottica del mantenimento e promozione della salute della cittadinanza tutta.

In altri termini, se sia immaginabile e come, riconfigurare:

- l'attuale universalismo (sanitario, e solo in parte anche sociosanitario), finanziato con la fiscalità generale, a copertura parziale dei bisogni sanitari, territorialmente differenziata e progressivamente ridotta, compensata in modo diseguale con una

quota rilevante di *out of pocket*,

- in un universalismo finanziato (e gestito, incorporando nella funzione pubblica attori privati portatori di interessi pubblici) in modo plurale, capace di ampliare la copertura dei bisogni e di ridurre l'*out of pocket*, attraverso una diversa *governance* delle politiche per la salute, con un coinvolgimento più fattivo delle parti sociali e della società civile organizzata.

Attori, questi, interpellati non solo sul lato dell'intermediazione tra domanda e offerta sanitaria – compratore collettivo⁶ – ma pure su quello:

- della co-programmazione e della valutazione della offerta e delle *performance* sanitarie⁷;
- del governo della domanda, in termini di educazione/prevenzione della salute (stili di vita sani; prevenzione di secondo livello) e di educazione ai consumi sanitari, per ridurre sprechi e per evitare condizioni patologiche paradossali (Welch et al 2013);
- e, con uno sconfinamento sui fondi previdenziali integrativi, di finanziamento degli investimenti e della ricerca indipendente.

Per quanto riguarda i riferimenti necessariamente multidisciplinari con cui si sviluppa la proposta:

- dal punto di vista del diritto, è coerente con una visione pluralista (Rigaux 2012, p 74 e ssgg), che riconosce l'esito dell'effettività del diritto alla tutela della salute determinato da una pluralità di fonti normative (ordinamenti), le quali esprimono una pluralità di sistemi di produzione di servizi e prestazioni, interagendo tra loro e producendo effetti diversi (Bonardi 2012), con la conseguente necessità di migliorare i compiti di coordinamento (governo/*governance*) e integrazione (istituzionale, gestionale, operativa, comunitaria), garantendo la saldatura/convergenza multilivello (dimensione comunitaria, nazionale, regionale e locale) e multi attori (*public, non profit*, parti sociali) (Carrozza 2013);
- dal punto di vista delle politiche sanitarie, rinvia alla prospettiva della salute in tutte le politiche (Commissione Ue 2007), soprattutto per quanto riguarda la responsabilità di tutti i principali attori sociali nel garantire la sostenibilità-appropriatezza del sistema sanitario⁸;
- dal punto di vista epidemiologico, il riferimento è all'approccio dei determinanti sociali della salute (Marmot 2008, 2013a, 2013b; Wilkinson e Pickett 2009);
- mentre dal punto di vista politologico, all'*evidence based policies* (Rps 2009) e alla *social innovation* (promosso tra gli altri dall'Ocse e dalla Ue) (Abburà et al 2011; Sgritta 2012; Pirone 2012; Canale 2012; Maino 2014).

Questo numero monografico si compone di quattordici contributi (comprensivi di saggi, commenti ed esperienze) suddivisi in quattro sezioni (Contesto, Tendenze, Esperienze e Proposte). Nell'insieme in esso è possibile ritrovare:

- il *work in progress* del dibattito in corso; senza la pretesa di essere esaustivi, viene messo a disposizione del lettore un inquadramento della letteratura sul tema e sulle sue articolazioni;
- una parte istruttoria e una esperienziale; la prima, contenente due presentazioni, una economico-gestionale della sanità italiana e una di taglio giuridico sul sistema dei fondi integrativi; la seconda, con la ricognizione delle principali esperienze europee e un commento che fa il punto, insieme ad alcune sperimentazioni regionali e aziendali, della situazione italiana;
- una parte progettuale, in cui sono contenute alcune proposte funzionali al potenziamento del ruolo dei fondi nella prospettiva della riconfigurazione qui indicata.

Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare va ad Isabella Mastrobuono, direttore generale dell'Asl di Frosinone e a Grazia Labate, economista sanitaria all'Università di York, per aver condiviso, mettendo a disposizione esperienza e competenza, fin dalle sue origini questo progetto.

Grazie a Michele Buonerba, Amleto Cattarin insieme a M Loretta Tonello e Valerio Vergadoro, Marzia Guerritore e Marco Trivelli, Loredana Luzzi, Franco Ischia e Alberto Mattei, Loredana Vergassola è stato possibile mettere a disposizione alcune significative esperienze e progettualità sviluppate a livello territoriale: sia per offrire al lettore casi concreti di studio raccontati da chi, a diverso titolo, ne è un protagonista; che per far emergere come il tema qui proposto sia un'esigenza interna a settori importanti del nostro sistema sanitario.

Così come altrettanta riconoscenza va ad Uliano Stendardi e Anna Rosa Munno per la scheda sui contenuti sociosanitari presenti nei contratti di secondo livello registrati dall'Osservatorio Ocsel della Cisl nazionale.

Sono inoltre debitore, per consigli, critiche e documentazione messa a disposizione, a: Giuseppe Argentino del Patronato Nazionale Acli di Roma; Vincenzo Rebba dell'Università di Padova; Maurizio Bonati dell'Istituto Mario Negri di Milano; Elio Borghonovi, Giorgio Fiorentini, Carlo De Pietro e Roberto Randazzo dell'Università Bocconi di Milano; Paolo Carrozza e Emanuele Rossi della Scuola Sant'Anna di Pisa; Pietro Cerrito e Alessandro Geria della Cisl nazionale di Roma; Carla Colicelli del Censis di Roma; Luca Comodo, Cecilia Pennati e Monica Mantovani di Ipsos di Milano; Nerina Dirindin dell'Università di Torino e oggi Senatrice della Repubblica; Emanuele Pavolini dell'Università di Macerata; Federico Spandonaro dell'Università di Roma Tor Vergata; Gianni Tognoni della Fondazione Mario Negri Sud di Santa Maria Imbaro (Chieti); Raffaele Tomba dell'Ance Emilia-Romagna di Bologna.

Al di là dei risultati raggiunti, di cui ovviamente è responsabile unicamente il sottoscritto, l'aver potuto condividere questo confronto è elemento di orgoglio professionale e di profonda gratificazione intellettuale.

Note

¹Le principali tipologie – o forme base, vista l'evoluzione organizzativa tuttora in corso – sono:

- *mutue*: costituite su base socioterritoriale, si caratterizzano per l'adesione volontaria e individuale; negli anni hanno ampliato la loro sfera di attività anche ad adesioni collettive in virtù di accordi sindacali;
- *casce*: di natura aziendale o interaziendale ed intercategoriale; sono previste solo adesioni a carattere collettivo a seguito di contratti/accordi sindacali;
- *casce edili*: organismi tipici del settore delle costruzioni, a base provinciale, gestite dai datori di lavoro aderenti all'Ance e dai lavoratori aderenti a Feneal, Filca e Fillea; l'iscrizione alla Cassa è condizione necessaria per ritenere l'impresa adempiente della contrattazione collettiva di settore;
- *fondi*: categoriali o intercategoriale di natura bilaterale, prevedono esclusivamente adesioni a carattere collettivo e possono essere costituiti anche su base territoriale.

²Per Labate (2009, p 60) con sanità integrativa si intende “una modalità per integrare e aggiungere ai Lea la possibilità di fruire di prestazioni e servizi sanitari investendo in forma solidaristica risorse private, raccolte o su base negoziale o su base volontaria per far fronte alle necessità di integrare, coprendo in parte o del tutto le eventualità sanitarie di cui lavoratori dipendenti o autonomi, professionisti o semplici cittadini, abbiano bisogno durante il corso della loro vita”. Vedi anche Lippi Bruni et al (2012, p 110 e ssgg).

³L'assistenza sanitaria non è una contropartita di una contribuzione diretta ma diritto collegato alla cittadinanza, basato sui principi di solidarietà e uguaglianza, che implica copertura universale, equità nell'accesso, globalità della risposta (Balduzzi e Servetti 2013, p 58).

⁴Per esempio, dal punto di vista dei loro profili giuridici e operativi (Campedelli et al 2010), come da quelli della comunicazione pubblica (delle retoriche) con cui vengono dibattuti (Campedelli 2014).

⁵Facciamo riferimento, in particolare, alla ricerca di questi ultimi anni di M Nussbaum e A Sen, ampiamente dibattuta sia a livello internazionale che italiano.

⁶O *sponsor*, nell'accezione data dall'economista A Enthoven (Mapelli 2012, p 234).

⁷In merito a questo ultimo aspetto, con un approccio metodologico finalizzato ad aumentare i livelli di sussidiarietà del sistema, cfr Spandonaro e D'Angela (2014).

⁸Secondo il Libro Bianco “*Insieme per la salute: un approccio strategico per l'Ue 2008-2013*”, salute in tutte le politiche significa: desanitarizzazione del discorso salute; responsabilizzazione sugli impatti sulla salute di tutte quelle politiche che tradizionalmente si considerano estranee o indifferenti per la salute; affrontare il problema della spesa sanitaria che cresce con un approccio non riduzionista, ma ambizioso e orientato alla tutela dei diritti; consolidare e concretizzare i valori in salute condivisi, quali l'universalità, l'accesso alle cure, la solidarietà e l'equità, la riduzione delle disuguaglianze in salute l'*empowerment* dei cittadini, la ricerca di politiche fondate sull'evidenza scientifica.

Bibliografia

- Abburà L, Borrione P, Cagno R, Marocchi G (a cura di) (2011), L'innovazione sociale in provincia di Cuneo, *Quaderni della Fondazione della Cassa di Risparmio di Cuneo*, n 12.
- Balduzzi R, Carpani G (a cura di) (2013), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino.
- Balduzzi R, Servetti D (2013), La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario na-

- zionale, in Balduzzi e Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino.
- Bonardi O (2012), *Sistemi di welfare e principio di uguaglianza*, Torino, Giappichelli.
- Campedelli M (a cura di) (2010), La governance delle politiche per la salute e il benessere in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e miglioramento, *Dossier*, n 192, Bologna, Arss Regione Emilia-Romagna.
- Campedelli M (2011), Invecchiamento, tra capacità e disuguaglianze, *Questione giustizia*, n 34.
- Campedelli M (2012), La programmazione regionale di fronte alla crisi: note a partire da un caso di eccellenza, *Rps*, n 4.
- Campedelli M (2013), Riprogrammare la programmazione socio-sanitaria, *Mecosan*, n 87.
- Campedelli M (2014), Il welfare della Costituzione, *Annale de Il Regno 2012-2013*, Bologna, Edizioni Dehoniane.
- Campedelli M, Lepore V, Tognoni G (a cura di) (2009) (a cura di), *Epidemiologia di cittadinanza. Welfare, salute, diritti*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Campedelli M, Carrozza P, Pepino L (a cura di) (2010), *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, Bologna, Il Mulino.
- Canale L (2012), Innovazione sociale e secondo welfare: quale impulso dall'Unione Europea?, *Rps*, n 4.
- Carrozza P (a cura di) (2013), *Affidamento del servizio di trasporto sociale e di altri servizi alla persona alle associazioni di volontariato (Misericordie e Pubbliche Assistenze)*, Laboratorio Wiss/Dirpolis, Sssup Sant'Anna, Pisa.
- Cergas Bocconi (2013), *Rapporto Oasi 2013*, Milano, Egea.
- Cislaghi C (2013), *La spesa sanitaria out of pocket*, in occasione del WelfareDay 'Scenari evolutivi per il welfare integrativo: sanità, previdenza, e assistenza nel secondo pilastro', Roma, 4 giugno.
- Commissione Ue (2007), *Libro Bianco. Insieme per la salute: un approccio strategico per l'UE 2008-2013*, Brussels.
- COM (2007), 630 final, 23.10.2007.
- De Vincenti C, Finocchi Gheri R, Tardiola A (a cura di) (2009), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.
- Ferrera M (a cura di) (2006), *Le politiche sociali*, Bologna, Il Mulino.
- Fisacat Cisl Nazionale (a cura di) (2009), L'assistenza sanitaria integrativa in Italia nell'ambito del welfare contrattuale, *Laboratorio Terziario*, n 1 (suppl n 2).
- Ginebri S (2013), Le differenze sociali nelle attese di vita. La necessità di un universalismo proporzionale, *Rps*, n 1-2.
- Jorio E (2013), *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, Rimini, Maggioli.
- Labate G (2009), Il concetto di sanità integrativa nella legislazione italiana, in Fisacat Cisl Nazionale (a cura di) (2009), L'assistenza sanitaria integrativa in Italia nell'ambito del welfare contrattuale, *Laboratorio Terziario*, n 1 (suppl n 2).
- Labate G (2011), Il mutualismo sanitario e socio-sanitario: cosa sta succedendo in Europa?, *Oggi Domani Anziani*, n 4.
- Labate G, Tardiola A (2009), La sanità integrativa in Italia, in C De Vincenti et al (a cura di) (2009), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.
- Lippi Bruni M, Rago S, Ugolini C (2012), *Il ruolo delle mutue sanitarie integrative*, Bologna, Il Mulino.
- Maino F (2014), Innovazione sociale in Europa, un processo che viene da lontano, *Percorsi di secondo welfare*, 23 maggio, www.secondowelfare.it.
- Mapelli V (2012), *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, Il Mulino.
- Marmot M (a cura di) (2008), *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, Geneva, Who, <http://www.euro.who.int>.
- Marmot M (a cura di) (2013a), *Health inequalities in the EU. Final report of a consortium*, Bruxelles, European Commission Directorate-General for Health and Consumers.
- Marmot M (a cura di) (2013b), *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, Geneva, Who, <http://www.euro.who.int>.
- Mastrobuono I (2012a), Le ragioni dell'istituzione del secondo pilastro nella sanità e nel sociale: il ruolo integrativo dei fondi sanitari e socio-sanitari e della mutualità volontaria, in Censis, Munich Health, Rbn salute (a cura di), *I fondi sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà*, Roma, Rbn salute spa.
- Mastrobuono I (2012b), I fondi sanitari e socio-sanitari integrativi, in Agenas (a cura di), *La presa in carico degli anziani non autosufficienti, Quaderni di Monitor*, Roma, supplemento al n 30.
- Mastrobuono I (2013), *Il sistema sanitario nazionale e i fondi sanitari e socio-sanitari integrativi: ipotesi e prospettive di riforma*, Master in Economia e Gestione Sanitaria, Ceis-Tor Vergata, Roma, giugno.
- Mastrobuono I, Guzzanti E, Cicchetti A, Mazzeo MC (1999), *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Oggi Domani Anziani (2011), *Universalismo e secondo welfare. Opportunità, criticità e necessità*, n 4.
- Petretto A (2009), *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, relazione presentata al convegno 'Diritto alla salute tra unità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto', Firenze, Fondazione Cesifin Alberto Predieri, 20 novembre.
- Pirone F (2012), Innovazione sociale: estensione semantica di un concetto in ascesa politica, *Rps*, n 4.
- Rebba V (2010), Il long term care in Italia: l'attuale mix pubblico-privato e il possibile ruolo delle assicurazioni integrative, *Politiche sanitarie*, 11 (2): 113-133.
- Rebba V (2013), Il futuro dei sistemi sanitari pubblici tra universalismo e sostenibilità, in AAVV, *Evoluzione e riforma dell'intervento pubblico. Scritti in onore di Gilberto Mura-ro*, Torino, Giappichelli.
- Rgs (Ragioneria generale dello Stato) (2014), *Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n 1*, Roma, Ministero dell'Economia e delle Finanze.
- Rigaux F (2012), *I diritti dei popoli e la Carta di Algeri*, Torino, Edizioni Gruppo Abele.
- Rossi E, Di Carlo A (2011), Cosa intendiamo per 'salute'? La prospettiva del costituzionalista, in E Stradella (a cura di) (2011), *Diritto alla salute e alla 'vita buona' nel confine tra il vivere e il morire. Riflessioni interdisciplinari*, Pisa, Plus.
- Rps (La Rivista delle Politiche Sociali) (2009), *L'informazione prima dell'informazione. Conoscenza e scelte pubbliche*, n 3.
- Salerno NC (2012), *La spending review in sanità passa per l'universalismo selettivo*. <http://www.jdsupra.com/legalnews/spending-review-e-universalismo-selettivo-07029/>
- Salerno NC (2013), Un test sulle ipotesi delle proiezioni a medio-lungo termine della spesa sanitaria, *Welfare-Reforming*, n 1, 1 ottobre.
- Sgritta GB (2012), Altre vie. Note sull'innovazione sociale, *Rps*, n 4.
- Spandonaro F (a cura di) (2013a), *IX Rapporto sanità 2013*, Ceis Tor Vergata e Crea, settembre.
- Spandonaro F (2013b), Introduzione, in Spandonaro F (2013a), *IX Rapporto sanità 2013*, Ceis Tor Vergata e Crea, settembre.
- Spandonaro F, D'Angela D (a cura di) (2014), *Una misura di performance dei Ssr. Risultati dello studio*, Chiari (Bs), Sidera.
- Taroni F (2011), *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Veronelli G (2013), *Compendio di diritto sanitario*, Napoli, Edizioni Simone.

Welch GH, Schwartz LM, Woloshin S (a cura di) (2013), *Sovradignosi. Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Wilkinson R, Pickett K (2009), *La misura dell'anima. Perché le*

disuguaglianze rendono le società più infelici, Milano, Feltrinelli.

Who (World Health Organization-Regional Office of Europe) (2012), *Report on social determinants of health and health divide in the Who European region*, Executive summary, Copenhagen.