

# *Idee per una sanità migliore*

**Federalismo,  
spesa sanitaria,  
qualità dei servizi**

**FRANCOANGELI**

**Forum**  
PER LA **ricerca** **BIOMEDICA**

## **Il Forum per la Ricerca Biomedica**

Il Forum per la Ricerca Biomedica nasce nel 1992 per iniziativa dell'Università di Milano, del Censis, di Farmindustria e di alcune industrie farmaceutiche, con lo scopo di contribuire allo sviluppo del settore sanitario in Italia, attraverso lo studio e il confronto tra i principali soggetti istituzionali, scientifici e politici.

La strumentazione usata va dalla ricerca socio-economica all'analisi statistico-sociologica, al confronto e alla concertazione tra i referenti del comparto, alla comunicazione pubblica. Le tematiche affrontate fino a oggi hanno riguardato:

- la ricerca biomedica e le problematiche ad essa connesse, dalla autorizzazione, alla sperimentazione, alla formazione dei ricercatori, ai comitati etici, alla collaborazione tra industria e università;
- l'economia sanitaria e la regolazione dei consumi dalla farmacovigilanza, alla determinazione dei prezzi, alla Health Technology Assessment;
- il *fine-tuning* regolatorio nel campo della salute, dalle linee guida diagnostico-terapeutiche, alle politiche per le biotecnologie, all'autodeterminazione del paziente;
- il monitoraggio dei comportamenti dei cittadini italiani rispetto alla salute, dalle opinioni sul tema della devoluzione sanitaria alla funzione ed al valore del farmaco;
- l'analisi delle dinamiche che muovono il mondo della ricerca biotecnologica e dei problemi bioetici ed economici che la condizionano;
- la qualità della comunicazione sulla salute, sulla sanità e sul farmaco ed il ruolo dei rappresentanti dei pazienti.

### **Consiglio Direttivo del Forum per la Ricerca Biomedica**

Giuseppe De Rita (*Presidente*), Censis

Carla Collicelli (*Segretario Generale*), Censis

Liberato Berrino, Sif

Luc Debruyne, GlaxoSmithKline

Sergio Dompé, Farmindustria/Dompé Biotec

Enrico Garaci, Istituto Superiore di Sanità

Paolo Grillo, Merck Serono s.p.a.

Teresita Mazzei, Università di Firenze

Bernard Millet, Laboratoires Servier

Guido Rasi, Aifa

### **Sede legale**

Via Livorno 45, 00162 Roma

E-mail: [forumbm@fpstudio.it](mailto:forumbm@fpstudio.it)

C.F.: 1088110155

### **Coordinamento scientifico**

Fondazione Censis

Piazza di Novella 2, 00199 Roma

tel. 06860911 - fax 0686211367

E-mail: [censis@censis.it](mailto:censis@censis.it)

### **Sito internet**

[www.forumbm.it](http://www.forumbm.it)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

CENSIS  
Centro Studi Investimenti Sociali

FORUM PER  
LA RICERCA BIOMEDICA

# **IDEE PER UNA SANITÀ MIGLIORE**

**FEDERALISMO, SPESA SANITARIA,  
QUALITÀ DEI SERVIZI**

FRANCOANGELI

La ricerca è stata realizzata da un gruppo di lavoro della Fondazione Censis – Centro Studi Investimenti Sociali – diretto da Carla Collicelli, coordinato da Francesco Maietta e composto da Maria Grazia Viola, Vittoria Coletta, Maria Avolio.

Assistente di segreteria: Maria Antonella Di Candia.

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# INDICE

<b>1. Non bastano gli automatismi della <i>devolution</i> per una sanità più efficace ed equa</b>	pag.	7
<b>2. Il federalismo non convince i meridionali</b>	»	11
<b>3. Come finanziare una spesa destinata a crescere</b>	»	17
<b>4. Servizi sanitari: valutazioni, aspettative e opinioni</b>	»	25
4.1. Il funzionamento	»	25
4.2. Le migrazioni sanitarie	»	32
4.3. Alcuni problemi	»	36
4.4. La spesa e la crisi	»	40
<b>5. Il rapporto con i farmaci</b>	»	47
<b>6. Quale futuro per la sanità?</b>	»	57
<b>7. La domanda di salute</b>	»	63
7.1. Lo stato di salute percepito	»	63
7.2. Gli stili di vita e la prevenzione	»	67
7.3. Il ruolo del web	»	71
<b>8. Alcune questioni di bioetica</b>	»	73



## 1. NON BASTANO GLI AUTOMATISMI DELLA *DEVOLUTION* PER UNA SANITÀ PIÙ EFFICACE ED EQUA

Una frattura attraversa la realtà del Servizio sanitario italiano, tra regioni con una sanità adeguata e in miglioramento ed altre dove la sanità è inadeguata e addirittura in peggioramento; ed è questa dinamica divaricante a generare preoccupazioni tra i cittadini, soprattutto delle regioni meridionali, tanto che allo stato attuale essi dichiarano di avere poca fiducia nella capacità dei meccanismi della *devolution* di contenere la divaricazione e, meno ancora, di invertirla.

È questo uno dei principali risultati emersi dall'indagine del Monitor Biomedico realizzata su un campione di 1.000 cittadini da 18 anni in su, che costituisce un ulteriore importante contributo di conoscenza e proposta reso da un osservatorio unico in Italia, che da anni realizza un lavoro di rilevazione e analisi del punto di vista dei cittadini sui tanti aspetti della sanità e del rapporto con la salute in Italia.

Attualmente i cittadini che dispongono di una buona sanità guardano con favore alle forme di responsabilizzazione che la regionalizzazione della sanità ha introdotto, ma gli altri ritengono che le differenze antiche abbiano in questi anni finito per accentuarsi, e per il futuro temono che la piena responsabilità regionale, anche sui finanziamenti, finirà per penalizzare i soggetti più fragili delle regioni più deboli.

I timori si concentrano sullo iato tra risorse e reali fabbisogni sanitari, non solo come effetto della inadeguata gestione della sanità in alcuni territori, ma anche come effetto più generale del divario tra domanda sanitaria in crescita (per tante ragioni) e una offerta che non può certo tenere lo stesso ritmo di crescita, vincolata com'è dalle risorse disponibili.

Su questo tema, però, si rileva anche una maturità, forse sorprendente, dei cittadini italiani, che, oltre a richiamare l'introduzione di meccanismi di partecipazione a contemperare l'intensità dei consumi sanitari con le risorse disponibili, guardano anche a strumenti più tradizionali di contenimento dei

consumi farmaceutici, come quello dei *ticket*, considerato come strategico, o le forme di verifica dei prescrittori, atti a liberare la spesa farmaceutica pubblica da comportamenti di eventuali quote di spesa indotte da iperprescrizione o consumerismo.

Un'altra prova della maturità dei cittadini sul tema delle risorse per la sanità emerge dalla elevata consapevolezza che sia possibile recuperare margini di efficienza nei tanti processi che caratterizzano l'azione della pluralità di soggetti che operano nel Servizio sanitario.

Ecco perché non trovano consenso proposte di tagli orizzontali, che coinvolgono tutti allo stesso modo; per i cittadini c'è nella sanità un giacimento di risorse poco e/o male utilizzato, sul quale è possibile intervenire rimettendole in gioco a tutto vantaggio di obiettivi che possono impattare positivamente sulla salute.

Ne sono un esempio i tanti aspetti dell'innovazione, dai farmaci alle attrezzature diagnostiche e per i trattamenti, che sicuramente hanno costi elevati, difficili da sostenere in un contesto di bilancio stretto, ma che non possono non essere messi a disposizione di chi ne ha bisogno, soprattutto quando è provato che possano garantire un'efficacia più alta.

Nessuno, quindi, chiede impossibili finanziamenti illimitati per la sanità, ma si pretende che l'organizzazione e la gestione del Servizio sanitario siano riorientate per massimizzare il valore creato dalle risorse utilizzate; e che sia possibile finanziare quell'innovazione delle cure che, pur costose, sole possono permettere di affrontare patologie non curabili o di migliorare la qualità della vita dei sopravvissuti.

Comunque, dalla sanità i cittadini esigono un contributo efficace alla cura in caso di malattia, la certezza di essere coperti in caso di bisogno (tanto da sentirsi veramente sicuri) e, per il futuro prossimo, oltre ad un accorciamento robusto della lunghezza delle liste di attesa, anche un più forte impegno nella umanizzazione delle relazioni tra operatori e pazienti, nella convinzione che per quanto si possa tecnologizzare la sanità e ricondurla entro parametri di economicità, al suo cuore rimane il rapporto umano tra le persone.

Dare qualità al Servizio sanitario in questa fase vuol dire, anche e soprattutto, umanizzare i contesti in cui le persone entrano in contatto con coloro che, a vario titolo, si occupano della loro salute. Il successo del volontariato ospedaliero è un indicatore indiretto di questa domanda di umanizzazione e di relazionalità, che non può essere sottovalutata, e che va di pari passo con la richiesta di un utilizzo più oculato delle risorse investite.

D'altro canto, guai a non considerare le microstrategie di autotutela di fronte ad una sanità che non soddisfa le aspettative. I tanti espedienti per sal-

tare le liste di attesa troppo lunghe, dalla mobilità interregionale per beneficiare dei medici o delle strutture sanitarie di cui si ha fiducia, fino al rischio di esodo verso le sanità di altri Paesi, fanno parte di questo quadro. Ma è evidente che si tratta di comportamenti che possono produrre, come saldo netto, una lacerazione dell'equità che il Servizio sanitario universalistico ha contribuito a generare nel Paese, in quanto ne risultano avvantaggiate le persone che hanno risorse economiche, culturali, di relazioni tali da consentire l'individuazione di strade individuali per aggirare i vincoli sistemici.

Traspare, soprattutto in alcune regioni, un certo grado di rassegnazione rispetto all'inevitabilità del ricorso ad espedienti, quali raccomandazioni o addirittura donazioni (anche in denaro) per ottenere servizi, di cui si ritiene di avere bisogno, così come colpisce l'intensità della sfiducia verso la politica, vista da molti, addirittura, come una minaccia per la qualità del Servizio sanitario.

Tuttavia il Servizio sanitario si conferma come una piattaforma decisiva per la tenuta del benessere delle famiglie, ed in particolare di quelle più colpite dalla crisi nel lavoro e dalle riduzioni di reddito, se è vero che chi ha maggiori difficoltà a ricorrere al privato per difficoltà economiche può rientrare nell'ombrello dell'offerta pubblica, riuscendo così ad essere curato limitando le spese di tasca propria, anche se al prezzo della sopportazione di liste di attesa più lunghe.

La sanità può, infine, essere migliorata, secondo gli italiani e in alcune regioni, anche di molto, così come si ritiene che essa possa diventare più efficiente nell'utilizzo e nell'allocazione delle risorse di cui dispone, ma questi obiettivi socialmente condivisi convivono con quell'effetto di assicurazione e con la produzione di equità che sono parte della *mission* originaria del Servizio sanitario, inestricabilmente connesse alla garanzia della tutela della salute per tutti e ovunque.

Se poi si vuole identificare un agente di cambiamento della sanità, rispetto al quale i cittadini italiani hanno da anni il massimo della fiducia, e che è in grado, ancora oggi, di orientare in modo stringente i loro comportamenti, allora occorre collocare al cuore delle strategie il medico di medicina generale.

Presidio radicato sui territori, fonte primaria di informazione, soglia d'accesso alle prestazioni, ben visto e ben valutato dai pazienti, il medico di medicina generale, in un quadro di sanità che deve muovere sempre più verso la prevenzione, contenere le spese inutili e riorientare le risorse verso quelle patologie e quelle cure che inevitabilmente sono costose, va coinvolto attivamente, pena il rischio di disegnare ennesime riforme, nazionali o regionali che siano destinate, nella migliore delle ipotesi, a restare lettera morta e, nella

peggiore, a produrre irrazionali e iniqui tagli alla cieca, che finiscono per penalizzare chi della sanità ha realmente bisogno.

## 2. IL FEDERALISMO NON CONVINCHE I MERIDIONALI

Nell'ordinamento federalista, nato dalla riforma del titolo V della Costituzione realizzata con la legge costituzionale n. 3/2001, alle Regioni spetta la potestà legislativa con riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato, e sono inoltre fissate sia l'entità delle risorse da attribuire al Servizio sanitario nazionale (Ssn) che i Livelli essenziali di assistenza (Lea), che dovrebbero individuare le prestazioni ed i servizi da garantire in ogni regione ai cittadini.

Più di recente, nella "Relazione sul federalismo fiscale" sono stati individuati nuovi strumenti di implementazione del federalismo con, in particolare, l'ipotesi del passaggio dal costo storico al costo standard fondato sulla determinazione di una quota capitaria ponderata, laddove il riferimento di *benchmark* diventa il costo standard praticato nelle Regioni in cui la sanità ha *performance* migliori.

In sostanza, per la spesa sanitaria il federalismo dovrebbe innescare una doppia dinamica di contenimento e razionalizzazione poiché:

- sono i responsabili regionali ad assumersi la responsabilità di applicare rialzi di tasse per coprire eventuali disavanzi;
- il confronto virtuoso tra i vari contesti regionali obbliga chi ha costi standard più alti ad armonizzarsi con le regioni che, invece, praticano costi standard più bassi. Un meccanismo che, se effettivamente attivato, metterebbe in moto una convergenza verso l'efficienza, ammesso ovviamente che i costi standard siano effettivamente rappresentativi delle *performance* delle sanità locali, e quelli più bassi lo siano delle sanità migliori.

L'importanza di queste dinamiche ovviamente non può sfuggire, in tempi di politiche di rientro che condizionano il Servizio sanitario di molte Regioni,

in particolare delle quattro in cui la sanità risulta commissariata e delle otto impegnate in piani di rientro dai disavanzi.

La citata “Relazione” delinea gli obiettivi da raggiungere e gli strumenti per farlo nel “percorso del federalismo fiscale”; è prevista la determinazione di aliquote statali e regionali relative al finanziamento del Ssn tali da assicurare un equilibrio generale, il dimensionamento dei fondi di perequazione, nonché l’alimentazione di un fondo di riserva per gestire le eventuali crisi all’interno dei sistemi regionali.

Va considerato che nell’articolazione regionale della sanità sono presenti non solo la differenza dei livelli e delle capacità di spesa, ma anche notevoli disuguaglianze negli *outcome*, vale a dire nella capacità dei Servizi sanitari locali di garantire concretamente, negli esiti sulla salute dei pazienti, il principio della tutela per la salute di tutti.

La territorialità della qualità dei servizi sanitari è tema antico, ma è indubbio che la regionalizzazione abbia fatto emergere con ancora maggiore chiarezza il fatto che vi sono contesti regionali dove ad una spesa più elevata corrisponde una qualità più bassa, cosa che un meccanismo di armonizzazione verso le *performance* più elevate dovrebbe consentire di superare.

Occorre evitare letture semplificatorie riguardo alla capacità armonizzatrice verso l’alto della dinamica federalista, perché essa passa attraverso una responsabilizzazione collettiva, e in primo luogo dei vertici amministrativi, senza la quale è difficile ipotizzare che (quasi spontaneamente) il federalismo possa curare le sanità ad oggi in stato patologico.

In tutta questa complessa evoluzione del Servizio sanitario, delle sue modalità organizzative e di finanziamento, da anni il Monitor Biomedico rappresenta un importante riferimento rispetto al punto di vista dell’opinione dei cittadini, ed a quello che pensano delle scelte che riguardano la responsabilità regionale in sanità.

Nel periodo 2002-2009, rispetto all’attribuzione alle Regioni di maggiore responsabilità in sanità, si registra un incremento percentuale dei soggetti favorevoli dal 56,3% ad oltre il 58%; nelle aree territoriali, invece, si registra un *range* di variazione che va da +0,5% nel Sud-Isole a +12,5% nel Nord-Est, con l’eccezione del Nord-Ovest, dove si registra una flessione negativa, pari al -4,2% (tab. 1).

La distribuzione territoriale è altamente significativa, in quanto ad esempio nel 2009 si passa dal 78,8% dei favorevoli nel Nord-Est, al 63,6% del Nord-

Ovest, al 52,9% del Centro, al 45,8% del Sud-Isole. Ed anche in precedenza la quota dei favorevoli è sempre stata maggioritaria nel Centro-Nord, e minoritaria nel Sud-Isole (tab. 2).

Di estremo interesse sono le motivazioni del sostegno alla regionalizzazione, dalle quali risulta che per la maggioranza degli intervistati la regionalizzazione è positiva perché consente di costruire una sanità più vicina alle esigenze delle popolazioni locali (33,2%), per un ulteriore 21,2% è un modo per responsabilizzare maggiormente gli attori del sistema, e per una quota residuale finisce per rispecchiare l'effettiva differenziazione tra le sanità regionali.

È nel Nord-Est che spicca l'attenzione degli intervistati al fatto che la regionalizzazione voglia dire una sanità modulata maggiormente sui bisogni locali (47%).

Quanto alle motivazioni dei contrari, pesa il richiamo al rischio di un'accentuazione delle disparità territoriali (13,1%), mentre l'8,3% mette in luce che in alcune regioni è alto il rischio che i costi a carico dei cittadini diventino eccessivi, ed il 7,5% sottolinea un altro rischio riguardante l'accentuazione delle differenze contributive per le sanità delle diverse regioni.

Nel Meridione in particolare sembra non passare l'idea che il federalismo sanitario sia un meccanismo di potenziale armonizzazione verso l'alto, viene visto piuttosto come un acceleratore delle disparità, con penalizzazione delle regioni meridionali che si percepiscono come più deboli. E questo è uno dei punti decisivi: non convince i cittadini del Sud il fatto che sia possibile ac-

**Tab. 1 - Cittadini favorevoli all'attribuzione alle Regioni di maggiori responsabilità in sanità, per ripartizione geografica, 2002-2009 (val. %)**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Italia
2002	67,8	66,3	49,8	45,3	56,3
2003	71,4	71,9	56,7	38,8	56,9
2004	58,9	57,9	62,7	49,8	56,3
2006	64,3	67,1	64,9	49,5	59,8
2007	65,2	72,3	51,0	42,9	56,3
2009	63,6	78,8	52,9	45,8	58,2
Diff. 2002-2009	-4,2	12,5	3,1	0,5	1,9

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2009

crescere le capacità di governo e di gestione della classe dirigente locale tramite la logica della responsabilizzazione, ed il fatto che ciascuna regione debba rispondere di un livello di spesa compatibile con costi modulati su quelli delle regioni “migliori” non piace, così come non piace l’idea che l’obbligo per i responsabili regionali di aumentare la tassazione per le proprie comunità in caso di disavanzo sia un fattore di maturazione della classe dirigente locale.

È come se la sanità rappresentasse paradigmaticamente l’emblema della sfiducia crescente dei cittadini delle regioni del Sud nei confronti dei meccanismi correttivi, emulativi e di competizione tra territori, letti piuttosto come implicitamente punitivi e portati a generare tagli nelle spese e nella qualità di una sanità che, già ora, è peggiore rispetto a quella del Centro-Nord.

**Tab. 2 - Opinioni sull’attribuzione alle Regioni di maggiore responsabilità in sanità, per ripartizione geografica (val. %)**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Italia
Favorevoli	63,6	78,8	52,9	45,8	58,2
- è un fatto positivo per una sanità più vicina alle esigenze delle popolazioni locali	35,7	47,0	27,6	27,3	33,2
- responsabilizza i vari soggetti della sanità (operatori, amministratori, ecc.)	23,2	26,4	20,8	16,8	21,2
- rispecchia l’attuale situazione di differenziazione nella sanità di varie regioni	4,7	5,4	4,5	1,7	3,8
Contrari	29,1	10,0	26,9	40,3	28,9
- c’è il rischio di un’accentuazione delle disparità territoriali	13,1	5,4	15,7	15,8	13,1
- c’è il rischio che su alcune regioni i costi a carico dei cittadini divengano eccessivi	8,2	1,7	7,3	12,5	8,3
- c’è il rischio che si accentuino le differenze di contribuzione alla sanità nelle varie regioni	7,8	2,9	3,9	12,0	7,5
Altro	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
Non so	7,3	11,2	20,2	13,6	12,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2009

I dati del Monitor Biomedico, in sostanza, sia quelli diacronici che quelli sincronici, sembrano sottolineare la fragilità del consenso sociale al federalismo sanitario, laddove esso dovrebbe più incidere nella spesa e nell'organizzazione della sanità, vale a dire al Sud-Isole. E se per alcune regioni nel federalismo si individua la soluzione delle difficoltà, per altre, quelle con maggiori difficoltà, si determina una preoccupazione crescente, e si teme di rimanere da soli, con risorse insufficienti, a finanziare una sanità della quale poco ci si fida e dalla quale non ci si aspetta salti di qualità nel contenuto dell'offerta.



### **3. COME FINANZIARE UNA SPESA DESTINATA A CRESCERE**

Con la riforma del Servizio sanitario nazionale del d.lgs. n. 56/2000 (“Disposizioni in materia di federalismo fiscale”) viene prevista l’abolizione del Fondo sanitario nazionale, si predispongono nuovi strumenti di finanziamento (compartecipazione delle Regioni al gettito Iva, innalzamento aliquota addizionale Irpef, compartecipazione sulle accise benzina e la possibilità di far oscillare dell’1% l’aliquota regionale sull’attività produttiva) e sono rimossi i vincoli di destinazione dei tributi (art. 9). Il finanziamento della sanità entra in competizione con gli altri settori di intervento regionale, in quanto il ripiano dei disavanzi è di competenza regionale e le differenze tra le varie regioni assumono maggiore visibilità. Un simile trasferimento della responsabilità del finanziamento in capo alle Regioni, chiamate ad innalzare la fiscalità applicata ai propri cittadini per colmare i disavanzi, viene proposto come una delle chiavi di volta della responsabilizzazione regionale in quanto ogni territorio deve spendere quello che si può permettere.

Se questa è la rappresentazione semplificata di quello che molti si aspettano dal federalismo (responsabilizzare le classi dirigenti locali rispetto alle decisioni di spesa e alle scelte gestionali, ed esporli alla valutazione dei cittadini dei territori di riferimento obbligandoli a scelte impopolari come quella del rialzo delle tasse se non sono in grado di garantire il rispetto del vincolo di bilancio) dal Monitor Biomedico emergono risultati di estremo interesse per quanto riguarda il punto di vista dei cittadini. In particolare trova conferma il dato storico della spaccatura del territorio nazionale tra il Nord-Ovest e il Nord-Est, dove la piena autonomia finanziaria delle Regioni viene considerata positivamente ed il Centro e il Sud-Isole che giudicano negativamente il fatto che le singole Regioni siano chiamate a finanziare la sanità con le proprie tasse.

Il dato medio nazionale indica che è il 44,9% dei cittadini ad essere favorevole ad una sanità regionale modulata sulla sola tassazione locale come fonte di finanziamento, mentre la maggioranza, oltre il 55%, si dichiara invece contraria (tab. 3). Il valore medio è frutto di una sintesi, quindi, tra un Nord dove prevale una maggioranza importante di favorevoli, e un Centro-Sud con una maggioranza di contrari.

È importante entrare nel merito delle motivazioni dei diversi punti di vista: a livello nazionale il 34,5% degli intervistati si dichiara favorevole all'autonomia nel finanziamento della sanità, perché così facendo vi sarà responsabilizzazione a spendere solo quello che ci si può permettere, e questa motivazione è fatta propria da quasi il 53% degli intervistati del Nord-Est, dal 38,4% di quelli del Nord-Ovest e da quote nettamente inferiori al Centro (30,1%) e al Sud-Isole (23,9%). Oltre il 10% degli italiani, oltre il 17% dei residenti del Nord-Est e quasi il 15% del Nord-Ovest, invece, ritengono che le risorse siano poche e non vi sia più spazio per una solidarietà tra le regioni.

Di estremo interesse, poi, le motivazioni che animano il punto di vista dei contrari, dalle quali risulta che per quasi il 34% degli intervistati la tutela della salute è un diritto che va garantito dallo Stato, anche con la redistribuzione delle risorse, mentre il 21,3% ritiene che con l'autonomia finanziaria imposta

**Tab. 3 - Opinioni sul finanziamento della sanità da parte delle Regioni con i propri tributi/tasse, per ripartizione geografica (val. %)**

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Italia
Favorevoli	53,1	69,9	36,9	29,1	44,9
- così ognuno sarà responsabilizzato a spendere anche in sanità solo quello che può permettersi	38,4	52,8	30,1	23,9	34,5
- le risorse sono poche e non c'è più spazio per la solidarietà tra regioni	14,7	17,1	6,8	5,2	10,4
Contrari	46,9	30,1	63,1	70,9	55,1
- la tutela della salute è un diritto che va garantito dallo Stato, anche con la redistribuzione territoriale delle risorse	33,9	22,5	34,7	39,5	33,8
- altrimenti pagherebbero solo i poveri delle regioni più deboli e i più ricchi andrebbero altrove	13,0	7,6	28,4	31,4	21,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2009

alle Regioni, obbligandole ad una spesa sanitaria modulata sulla fiscalità locale, a pagare le conseguenze di una sanità insufficiente in alcune regioni saranno i più poveri.

Al Centro e al Sud-Isole si registrano, per entrambe le motivazioni, percentuali di rispondenti particolarmente elevate; oltre il 39% degli intervistati nel Sud-Isole e quasi il 35% al Centro sottolineano che la sanità è un diritto che deve prevalere sulla disponibilità regionale di risorse e, pertanto, laddove la sanità costa più di quanto la fiscalità locale è in grado di finanziare occorre fare ricorso a meccanismi redistributivi; il 31,4% al Sud-Isole, ed il 28,4% al Centro, invece, sottolineano l'effetto socialmente regressivo dell'autonomia finanziaria regionale, che finirebbe per penalizzare i più poveri delle regioni più fragili.

È evidente che agli occhi dei cittadini il federalismo, come meccanismo di finanziamento e gestione della sanità, oscilla tra due effetti estremi che catalizzano le aspettative e le paure: da un lato la sua modernità, perché tende a responsabilizzare chi decide e rende visibili agli occhi di tutti eventuali errori, dall'altro la sua regressività, perché rischia di dare meno servizi a chi meno può difendersi, dispone di minori risorse e vive in una regione meno efficiente.

Non è improbabile che il concreto implementarsi del modello operativo federalista nella sanità, anche sul lato del finanziamento, possa in un prossimo futuro ricondurre le aspettative e le paure verso più equilibrati e pratici punti di vista; anche se è certo che si sta andando verso modelli finanziari, gestionali e di utilizzo delle risorse in sanità dove a contare dovrà essere, in misura molto maggiore rispetto al passato, il *value for money*, e quindi non solo il contenimento dei costi, ma anche la massimizzazione della qualità e dell'*outcome*, anche dal punto di vista dei cittadini, dei servizi e delle prestazioni erogate.

Solo se la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse sortirà questo effetto benefico per la salute, anche la dimensione finanziaria del federalismo sanitario finirà per essere valutata positivamente; quello che sicuramente mette ansia, quando non addirittura paura, in questa fase è l'insistenza sugli aspetti economico-finanziari della sanità, sulla spesa eccessiva e sulla necessità di ridimensionarla e di forzarla dentro i limiti rappresentati dalla capacità fiscale.

Ma quali le iniziative che si giudicano auspicabili per rendere la sanità compatibile con la quantità limitata di risorse esistenti? Tenuto conto che si sta andando verso una fase in cui le risorse pubbliche saranno meno ampie di