

➤ da pag. 7

diventa indispensabile rileggere in termini di maggiore responsabilizzazione e integrazione il ruolo dei medici di famiglia, punto obbligato di congiunzione dei servizi e di orientamento della domanda. Questo naturalmente nell'ottica della scelta del Sistema sanitario nazionale pubblico. La sua disgregazione non comporta scelte particolari (anzi è la rinuncia ad ogni scelta), ma neanche permette alcuna relazione fra l'organizzazione degli erogatori e obiettivi di salute ed equità.

L'Italia continua ad essere, anzi lo è in misura sempre maggiore, un territorio diviso dal punto di vista epidemiologico. Ormai la parte centrale del Paese si caratterizza per le migliori condizioni di salute e la più alta speranza di vita. La cosiddetta "rettangolarizzazione" ha maggiori probabilità di fare passi avanti soprattutto nelle regioni centrali. Il Nord-Est, caratterizzato da ottimi parametri di salute per alcuni aspetti, mantiene per altri delle difficoltà che derivano dalle condizioni socio-ambientali e dagli stili di vita più che dalla qualità dei servizi (vedi il problema dell'alcol e delle patologie correlate).

Il Nord-Ovest, che rappresenta il territorio a più alto reddito, e quindi dovrebbe, secondo i dati internazionali, presentare i migliori livelli di salute, sconta in par-

te le proprie contraddizioni sociali e difficoltà di inserimento di alcune fasce di popolazione. Comunque, presenta parametri di salute buoni, con una caratterizzazione europea delle patologie più rilevanti. Un discorso a parte merita il Sud: in passato questo territorio presentava un netto vantaggio di salute rispetto al resto d'Italia, presumibilmente dovuto ad un modello di vita più parco (dieta, fumo, alcol, anche inquinamento), e non certo alla migliore qualità e disponibilità dei servizi sanitari, cronicamente carenti come dimostra il fenomeno storico della migrazione per cause sanitarie. Oggi questo vantaggio di salute si sta rapidamente perdendo, anzi, per alcuni territori la situazione si presenta in peggioramento (nel resto del Paese le condizioni di salute tendono prevalentemente a migliorare in funzione del tempo). Ne è un esempio la Campania, e in particolare Napoli e il suo hinterland: qui si associano condizioni demografiche ormai sconosciute nel resto d'Italia (una piramide per età con base larga dovuta alle molte nascite e alle morti relativamente precoci), con l'alta frequenza, e spesso il cattivo esito, di alcune patologie cronico-degenerative, come il diabete e l'ipertensione e di alcuni fattori di rischio noti (l'obesità, soprattutto nel genere femminile). A testimonianza che

non occorre il federalismo in sanità per creare le differenze (è difficile peraltro che le risolva, a meno che non vi sia una precisa volontà in questo senso).

Per fronteggiare le nuove esigenze di assistenza bisognerebbe integrare lo strumento dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza, con i cosiddetti Lis, i Livelli essenziali sociali, in quanto molte delle problematiche degli anziani devono essere affrontate con interventi sociali. I Lea in quanto tali presentano alcune carenze, anche in ambito sanitario, e questo porterebbe a sostenere che non sono sufficienti. Tuttavia il problema principale non è questo, ma il fatto che i Lea non sono realmente garantiti allo stesso modo su tutto il territorio nazionale; ne è testimonianza il perdurare della migrazione per ragioni sanitarie da Sud al Centro-Nord e le differenze palesi nei parametri di qualità e di appropriatezza delle prestazioni sanitarie tra regioni italiane che lo stesso Ministero, pur nella povertà dei sistemi informativi nazionali, registra.

In sintesi, occorrerebbe davvero garantire equamente i Livelli essenziali di assistenza; strutturare i Livelli essenziali sociali; garantire equamente i Livelli essenziali sociali; rivedere i Livelli essenziali di assistenza, in ordine di priorità.

## Le tre ere del Ssn: Equità, Efficienza e Appropriatelyzza

### Tutto inizia con la legge 833 quando si afferma il principio dell'equità. Per il futuro più domande che risposte

**Federico Spandonaro**  
Ceis - Sanità  
Facoltà  
di Economia,  
Università di Roma  
Tor Vergata

#### L'era dell'equità

In origine fu la volontà di ridurre le disparità di condizioni di fronte ai bisogni sanitari; volontà così forte da spingere la classe politica italiana a varare una legge, la L. n. 833/1978, in cui, ancora oggi, si riconosce un afflato riformistico "alto", teso a modernizzare il Paese, a renderlo più equo e nello stesso tempo più solidale.

Le disuguaglianze, ereditate da un sistema mutualistico che agiva e si innestava in tessuto socioeconomico storicamente dispari, con metà Paese rapidamente sviluppatosi e un'altra metà che segnava il passo, furono il vero centro delle preoccupazioni del legislatore, che assegnò al Ssn l'obiettivo di ridurle. Fu anche un momento di transizione verso un nuovo modo di intendere la medicina, come testimoniato, forse ancor meglio, da un'altra legge di quel periodo, rimasta storica: la legge Battaglia. La 833 fece della prevenzione la sua bandiera, e della programmazione sanitaria lo strumento principe per modernizzare il sistema di erogazione. Questo contesto "ambientale", per i medici (e in generale per gli operatori sanitari del Ssn) delineava un ruolo chiaro, centrato sulla funzione clinica. Con le parole (o categorie) di oggi, potremmo dire che mancava ogni riferimento al ruolo manageriale: la ragione è che esso era assegnato alla rappresentanza democratica; le Usl costituivano in effetti "uffici pubblici" deputati al perseguimento di un fine sociale, da rappresentanti eletti della volontà popolare.

Esiste, mi pare, un altro ruolo che poi con gli anni si è meglio definito: quello del medico con funzioni di gestione della domanda: il medico, quindi, attento non più al solo benessere individuale del suo paziente/assistito, ma anche all'appropriatezza delle risposte fornite dal sistema alla collettività nel suo complesso.

Ruolo	Importanza
Clinico	Fondamentale
Manageriale	Assente
Governo della domanda	Scarso

In quegli anni questa funzione era limitata, sia in quanto riassunta nella convinzione che la politica dell'offerta potesse di per se stessa riassumere il problema, sia perché non emergeva la consapevolezza di un divario strutturale fra risorse disponibili e domanda espressa.

#### L'era dell'efficienza

Già a metà degli anni '80, si assunse consapevolezza che coniugare programmazione sanitaria e programmazione economica fosse fatto tutt'altro che ovvio. Si è però dovuto aspettare l'inizio degli anni '90 (e i Dd. Lgss. gemelli n. 502/1992 e n. 517/1993) perché questa consapevolezza si potesse trasformare in una riforma strutturale del sistema.

Riforma da tempo urgente, resa però possibile, solo grazie ad un nuovo afflato alto, ma esogeno al sistema sanitario: l'"entrata in Europa". Questo spiega perché efficienza e economicità furono messe al centro del sistema riformato, nella pretesa che la diminuzione degli sprechi potesse ridurre i costi del sistema, sino a rendere compatibili risorse e bisogni.

Per i medici si apre una fase del tutto nuova, centrata sulla crescita della funzione manageriale. La matrice dell'importanza dei ruoli della classe medica si trasforma di conseguenza come segue.

Ruolo	Importanza
Clinico	Fondamentale
Manageriale	Crescente e qualificante
Governo della domanda	Scarso

Tutti sappiamo come sia poi andata: da una iniziale diffidenza dei professionisti, si è passati ad una accettazione sostanzialmente entusiastica e forse ingenua, sancita dal recepimento nel contratto collettivo di categoria (1994/96) dell'assegnazione del budget al dirigente medico, quale riconoscimento "ultimo" del ruolo dirigenziale.

A posteriori, "col senno di poi", può essere utile ripen-

sare alle scelte fatte e alle loro ragioni di essere.

Nella scelta della classe politica di affidare al medico la responsabilità manageriale, hanno certamente contribuito vari fattori. In primo luogo la probabile convinzione che affidare ai medici la gestione economica avrebbe reso politicamente più accettabile (tardiva) ammissione che anche la assistenza sanitaria doveva sottostare alle logiche delle compatibilità economiche. Si aggiunga che uno storico ritardo di ruolo degli infermieri italiani rispetto ai colleghi dei Paesi anglo sassoni escludeva, agli occhi dei più, questa importante categoria dalla possibilità di assumere responsabilità manageriali. Peraltro la carenza di formazione della classe medica rispetto alle responsabilità manageriali, attestata dalla persistente limitatezza dei programmi economico manageriali nei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, non era da meno di quella degli infermieri. Ma la classe medica ha forse sottovalutato il problema, e ritenendosi matura per la gestione dei fatti economico aziendali, in virtù della conoscenza dei fatti tecnico clinici, ha preteso la gestione dei budget di reparto, forse (ingenuamente) pensando che avrebbe così avuto "libertà di borsa" e di conseguenza raddrizzato il sistema con un uso più finalizzato delle risorse.

Da un altro punto di vista è stato un "cambiare tutto per non cambiare nulla": in particolare per non affrontare in modo radicale le logiche dell'organizzazione dei servizi sanitari, ad iniziare da quella degli istituti ospedalieri, che rimane ancora oggi ferma alle indicazioni stesse negli anni '20. Probabilmente nessuna categoria ha percepito sino in fondo che larga parte dell'inefficienza del sistema era (ed è) annidata nelle inefficienze organizzative, quindi non all'interno dei processi quanto nelle loro reciproche relazioni.

Così la classe medica si è improvvisamente ritrovata a dover assumere un ruolo economico manageriale che spesso è divenuto forzatamente "economicistico", sino al punto che l'iniziale entusiasmo si è per molti trasformato in una delusione a posteriori, certamen-

te non contribuendo a far crescere motivazioni e cultura del cambiamento.

### L'era dell'appropriatezza

Sono bastati pochi anni per passare all'era dell'appropriatezza, neologismo che racchiude in sé l'acquisizione della consapevolezza di come il governo del sistema mediante la competizione fra erogatori era pur sempre un tentativo di creare un equilibrio agendo solo sul lato dell'offerta.

Agire sul lato della domanda è peraltro molto più complesso, in un ambito, quale quello sanitario, in cui l'offerta condiziona fortemente la domanda. Di conseguenza, sebbene negli ultimi anni si sia osservato un aumento di attenzione verso le politiche di informazione ed educazione dei cittadini, restano prioritarie le azioni sul medico prescrittore, che con le sue scelte condiziona la domanda espressa da parte dei pazienti.

Dal D.lgs. n. 229/1999, sino al noto decreto sui Lea (Dpcm Gennaio 2001), abbiamo avuto un continuo riaffermare il principio per cui un servizio pubblico può assicurare solo prestazioni appropriate: peraltro non senza qualche confusione fra appropriatezza clinica e appropriatezza organizzativa. In pratica ai medici non si chiede di "fare ancora di più", bensì di "fare di meno", selezionando solo cosa sia appropriato e quindi clinicamente utile. Si modifica ancora la mappa dei ruoli assunti dalla classe medica.

Ruolo	Importanza
Clinico	Fondamentale
Manageriale	Stazionario o in riduzione
Governo della domanda	Elevato

La nuova richiesta rivolta alla classe medica è, in ultima istanza, quella di farsi carico del governo della domanda, utilizzando questa volta le conoscenze scientifiche in suo possesso.

Chi scrive è convinto che la logica di un sistema sanitario che eroga solo prestazioni "clinicamente utili" sia socialmente perdente in assenza di un secondo pilastro (quella Sanità Integrativa di cui si è persa traccia dopo il D.lgs. n. 41/2000), che possa garantire anche una quota di prestazioni richieste ancorché non strettamente necessarie. Indipendentemente da ciò, se nel passato la classe medica ha subito le difficoltà derivanti dal non essere formata rispetto alle esigenze di un moderno management dell'assistenza sanitaria, ancor di più ha oggi scarsi strumenti per gestire da sola la domanda: passa-

re da una logica di relazione individuale con il paziente, ad una logica di priorità per i bisogni collettivi della popolazione, è cosa tutt'altro che semplice, quand'anche non in conflitto con la propria deontologia professionale. In assenza di regole chiare ed esplicite di razionamento, in Italia surrogate (come peraltro in molti, se non tutti, i sistemi sanitari nel mondo) da regole di razionamento implicito, il medico non potrà far fronte alla differenza fra domanda e offerta.

Il governo clinico, che pure è funzione fondamentale in un moderno Servizio sanitario, non comprende, e non potrà probabilmente neppure nel futuro, comprendere, le scelte orientate al governo della domanda.

Potremmo sintetizzare il ragionamento dicendo che pur cambiando i ruoli, si chiede ancora ai depositari del sapere tecnico di far quadrare il cerchio, senza però mettere mano alle ragioni profonde di malessere del nostro Sistema sanitario.

### L'era che verrà

Difficile dire come evolverà il sistema sanitario nel nostro Paese nel prossimo futuro: apparentemente gli anni recenti hanno portato a Finanziarie neutre, se non addirittura generose (si veda l'aumento del Fsn per il 2005), pur in presenza di prospettive economiche del Paese, tutt'altro che rosee. In verità le modificazioni del Ssn sono state profonde, ancorché estranee alla Legge Finanziaria. Alcune Regioni si sono incamminate su un sentiero stabile di risanamento finanziario, mentre altre hanno fatto ricorso alla finanza cosiddetta innovativa per tamponare situazioni di disavanzo non più altrimenti sostenibili. In molte Regioni i "danni" finanziari si sono ridotti anche (e soprattutto) grazie ad un uso spregiudicato della regressione tariffaria, che è l'estrema (e naive) ratio del principio di assicurare solo le prestazioni appropriate.

Quanto sopra ci dice che probabilmente non ci saranno più prove di appello: sarà difficile che si possa ulteriormente ricorrere a strumenti eccezionali, qualora il processo di formazione dei disavanzi dovesse (come effettivamente pare di capire dalle informazioni ad oggi disponibili sui preconsuntivi 2005) in breve cumulare nuovi e rilevanti disavanzi.

Lecito quindi chiedersi cosa potrebbe venire dopo, e cosa comporterà di nuovo per la classe medica.

L'esercizio è affascinante, e arbitrario, perché del futuro non si ha nessuna certezza: a mo' di gioco proviamo a immaginarci lo scenario.

Di fronte all'ennesimo probabile fallimento delle rifor-

me messe in atto negli anni '90, si andrà verso una rivisitazione complessiva (per non dire ad un ridimensionamento) dell'erogazione pubblica delle prestazioni sanitarie, e probabilmente questo si accompagnerà ad una richiesta di ridimensionamento del ruolo manageriale dei medici; nella migliore delle ipotesi si potrebbe tornare a dare al medico il suo ruolo naturale, quello diagnostico e terapeutico, riposizionando le responsabilità manageriali in funzione della loro caratteristica eminentemente organizzativa, e riportando quelle sociali nel loro alveo proprio, che è quello della politica.



La domanda che sorge lecita è se il medico sia oggi davvero disposto a rinunciare alla gestione delle strutture, concentrandosi davvero sul governo clinico (quello vero!). Personalmente mi sentirei più tranquillo se potessi contare su un sistema maggiormente capace di prendere scelte fondate: questo sarebbe un forte incentivo a rinunciare a un presenzialismo spesso degenerare. In conclusione, mi pare di poter affermare che malgrado i ruoli dei medici siano ripetutamente cambiati, seguendo un quarto di secolo di riforme del Ssn, alla fine siamo ancora a metà del guado: forse dovremo alla fine capire che non è sufficiente cambiare i ruoli, e che questa volta deve profondamente cambiare la cultura del sistema e dei suoi vari attori; purtroppo, almeno sul versante della politica sanitaria "alta", già sembrano mancare idee e coraggio, e questo non è un buon viatico.

**Pagina miniata di una traduzione ebraica del Canone di Avicenna**  
Biblioteca Universitaria, Bologna  
Paricolare

## Evoluzione e prospettive dell'assistenza ospedaliera

### Dalla legge Mariotti all'Aziendalizzazione. Ma oggi la sfida è quella della umanizzazione dell'assistenza

Il settore ospedaliero è stato disciplinato, da un punto di vista organizzativo, per la prima volta nel nostro Paese, con il Regio Decreto 30 settembre 1938 n. 1631, che superò la legge Crispi del 1890 sull'istituzione degli Istituti pubblici di assistenza e beneficenza, chiarendo, tra l'altro, le condizioni e i limiti temporali entro i quali l'assistito poteva reclamare il diritto al ricovero.

Da allora si sono succedute diverse integrazioni e riforme, arrivando agli anni '70, quando, l'aumento della popolazione anziana, l'introduzione di altre normative, (dalla legge n.386 del 17 agosto 1974 che definitivamente sancì il principio dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera senza limiti di tempo, alla legge 180 del 1978 sul-

la tutela della salute mentale, alla legge 194 dello stesso anno sull'interruzione volontaria di gravidanza), e il pagamento a retta di degenza, influenzarono molto l'assetto degli ospedali, chiamati a svolgere sempre più complesse funzioni di interesse sociale.

Negli anni successivi, il numero di posti letto, a partire dalla legge 833 del 1978 di istituzione del servizio sanitario nazionale, cominciò a registrare una lenta ma significativa discesa (257.547 letti in meno) favorita anche dall'introduzione, nel 1995, del sistema di pagamento secondo tariffe predeterminate (Drg's). In quell'anno, il numero dei posti letto si attestò intorno a 330.000 unità, mentre la degenza media scese a 9,1 giorni.

Arriviamo così alla situazione attuale che registra un'ulteriore diminuzione dei posti letto, nonostante l'aumento considerevole dei soggetti anziani, un decremento della degenza media, la diversificazione dei posti letto in ordinari e diurni, a testimonianza dell'introduzione di nuovi modelli organizzativi che privilegiano i ricoveri brevi per le patologie gravate da una minore complessità.

Il momento della svolta è stato segnato certamente dalla promulgazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, modificato dal decreto 517/93 e successivamente integrato dal decreto legislativo 229/99, che ha introdotto il concetto di aziendalizzazione (degli ospedali e dei Policlinici universitari, oltre che delle Usl), stabilito gli obblighi regionali nella ristrutturazione

**Isabella Mastrobuono**  
Direttore sanitario aziendale dell'Azienda universitaria Policlinico Tor Vergata