



Rapporto CEIS - Sanità 2007

*Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà,
Integrazione, Valutazione e Empowerment:
6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN*

Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà, Integrazione, Valutazione e Empowerment: 6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN

di Spandonaro F.¹

1. Premessa

Il 2007 è stato caratterizzato da ipotesi di modifica sostanziale della *governance* del SSN, che in parte si sono già realizzate: è il caso di citare la gestione dei piani di rientro delle Regioni in maggiore dissesto finanziario (cfr. cap. 1.5) che, introducendo il principio dell'affiancamento da parte del Ministero della Salute e dell'Economia, hanno sancito una perdita (parziale e temporanea) di autonomia da parte delle Regioni.

Pertanto, già con la passata Legge Finanziaria e grazie ad un quadro politico favorevole, si era potuto apprezzare il tentativo di ripensare i rapporti fra governo centrale e regionale del sistema: va in tal senso, ad esempio, la definizione delle risorse rese disponibili per le spese correnti su base triennale, orientata a dare maggiore certezza di risorse pubbliche al sistema. Assistiamo quindi, ad un impegno di “normalizzazione” delle relazioni istituzionali, che riteniamo sia da far risalire all'obiettivo di “trasformare” il sistema evitando nuove “riforme”, ovvero soluzioni di continuità con il passato: lo testimonia la volontà annunciata dal Governo di varare, a breve, una legge dal titolo “modernizzazione del SSN”. Il sistema avrà però bisogno di riforme se è vero che le evidenze raccolte nel Rapporto CEIS – Sanità (e concordemente in altri Centri di ricerca universitari e non) tratteggiano un sistema ancora incompiuto rispetto alle previsioni fatte alla sua istituzione, e malgrado la L. n. 833/1978 sia ormai giunta al suo trentesimo compleanno.

Un sistema quindi ampiamente perfettibile, anche se probabilmente non merita né “bocciature” animate da spirito scandalistico, che pure ogni tanto riceve, né promozioni con lode basate su classifiche i cui risultati dipendono da alchimie non sempre del tutto comprensibili. Il sistema sanitario è complesso ma, sebbene nessuno smentisca questa affermazione, nel momento in cui occorre formulare giudizi e proposte tutto viene ricondotto a pochi parametri essenziali. Invece, un sistema complesso, per definizione, necessita di analisi e politiche complesse (non complicate!), anche se fondate su principi semplici, trasparenti e condivisi.

In tal senso ci eravamo espressi già nel Rapporto CEIS – Sanità del 2005, allorché abbiamo sottotitolato “7 parole chiave del SSN”, proprio per ricordare come l'impianto nel nostro sistema sanitario fosse dotato di indicazioni ineccepibili sui principi che dovevano informare lo sviluppo del sistema.

Oggi ci chiediamo se l'ammodernamento del sistema possa basarsi sullo stesso insieme

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

di principi, o se nuove indicazioni debbano essere aggiunte. Propendiamo per la seconda soluzione, che ci ha spinto a sottotitolare questo V Rapporto CEIS – Sanità: “6 nuove parole chiave per il futuro del SSN”.

Nel proporre di aprire un costruttivo dibattito su temi ben definiti (senza pretesa di esauritività o esclusività), siamo ottimisti sui risultati, perché osserviamo che i valori fondanti del sistema, prima di tutti l'Universalità e l'Equità, sono ormai nel DNA di larghissima parte della popolazione italiana, e vengono quindi difesi in modo sostanzialmente bi-partisan, evitando che si pongano contrapposizioni di principio fra difensori e oppositori del sistema sanitario pubblico: ci pare quindi che esistano le condizioni per far avanzare il dibattito, concentrandolo sui modi (tutt'altro che neutrali!) con cui realizzare compiutamente l'Universalismo e l'Equità.

La Responsabilizzazione degli attori del sistema ci pare una prima direzione fondamentale in cui il sistema dovrà andare. In tutte le politiche sanitarie attuali troviamo un forte e reiterato richiamo alla Responsabilità: del Governo centrale nel garantire sostenibilità e unitarietà al sistema, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie sul rispetto dei LEA e dei *budget* finanziari, persino dei cittadini chiamati a rispondere dei “propri sprechi” (ricordiamo il pagamento del *ticket* sulle prestazioni prenotate e non effettuate).

Sebbene il tema sia ormai da alcuni anni al centro del dibattito, esso assume per il futuro una valenza fondamentale, travalicando l'aspetto strumentale, ovvero quello di garantire il rispetto dei *budget* finanziari. Sembra, infatti, ormai evidente che la stessa sostenibilità del sistema richiede una Responsabilizzazione nuova di tutti i suoi *stakeholder*. Nel seguito proveremo a portare qualche evidenza in tal senso attingendo ai contributi del Rapporto. Non ci può essere Responsabilità senza Autonomia, che è la seconda parola chiave di questo Rapporto. L'Autonomia è da tutti rivendicata (di solito per se stessi, più che per gli altri!), spesso però senza il giusto equilibrio: a volte è utilizzata in modo parossistico, in altri casi viene nei fatti negata. L'esperienza di questi primi anni di federalismo induce a riflettere sul modello: siamo, infatti, di fronte ad una sempre maggiore autonomia regionale, mentre contemporaneamente si assiste ad una progressiva contrazione di quella concessa alle Aziende Sanitarie.

Questa apparente contraddizione è probabilmente l'effetto di risultati non sempre coerenti: se i meriti dell'Autonomia sono in astratto indiscutibili, cogliamo l'esistenza di ambiti nei quali si generano rischi non indifferenti per l'Equità del sistema.

Un terzo elemento su cui ci si dovrà esprimere è quello della Sussidiarietà (sia verticale che orizzontale): su questo tema si coglie una certa confusione. Ad esempio il nostro sistema spesso implode in discussioni sul cosiddetto rapporto pubblico/privato, fornendone valutazioni discutibili sui meriti/demeriti degli uni e degli altri, senza che prenda corpo un disegno coerente basato sul principio della Sussidiarietà, ovvero che dovrebbe essere sempre scelta la soluzione più efficiente ed efficace, indipendentemente dalla natura del soggetto che se ne fa carico. La Sussidiarietà è coerente con il fatto che è ragionevole pensare che al cittadino poco importa se la struttura che gli eroga una prestazione sanitaria è di proprietà pubblica o privata: la (lecita) aspettativa è che gli fornisca una prestazione di qualità ad un costo che sia *value for money*.

Il quarto elemento, non in ordine di importanza, è quello dell'Integrazione. E trova il suo

fondamento nel fatto che un sistema sanitario non può prescindere dalla capacità di interpretare correttamente la domanda espressa dai cittadini. Ad oggi appare discutibile che questo avvenga: ad esempio, l'invecchiamento (i cui effetti sono più rapidi di quanto non si percepisca comunemente) è rappresentato più come una preoccupazione finanziaria, che non come esigenza di riadattare assetti organizzativi e finalità del nostro modello di sistema sanitario ad una nuova domanda dei cittadini.

L'Integrazione non è quindi una mera questione organizzativa: rappresenta un nuovo paradigma culturale, che sposta l'attenzione dal concetto di allungamento della vita (tipico della risposte alle acuzie) a quello di maggiore qualità della vita. Questo concetto, che riteniamo sia nella consapevolezza dei singoli operatori, oltre che dei cittadini, non riesce a traslarsi in scelte organizzative: la conseguenza è che il nostro sistema è assolutamente carente di risposte e tutela nelle aree della cronicità o comunque della lunga convivenza con la malattia, quali quelle dell'assistenza nella fase terminale della vita. L'Integrazione è anche un modo nuovo di pensare i rapporti fra cittadino e sistema sanitario, e richiede il riconoscimento della impossibilità di continuare a tenere (artificialmente) in vita discrimini fra aspetti sociali e sanitari.

Per garantire un futuro al SSN universalistico che conosciamo, è poi necessario investire sulla sua credibilità: riteniamo che essa dipenda in modo sostanziale dalla trasparenza delle scelte che vi si operano. Scelte trasparenti necessitano di metodi e strumenti di Valutazione. Ancora oggi, e malgrado gli sforzi di monitoraggio centrale e regionale, nonché quelli prodotti dai principali istituti di ricerca, l'aneddotica prevale nelle Valutazioni. Manca, in altri termini, una cultura della Valutazione scientifica: il fatto è facilmente riscontrabile in tutti i livelli del sistema, dalla scelta dei dirigenti ai metodi di introduzione delle tecnologie innovative, sino alla valutazione della *customer satisfaction*.

La Valutazione, che è la condizione per essere *accountable*, è una emergenza del sistema, su cui investire. Ma la Valutazione sarebbe sterile senza un reale *Empowerment* dei cittadini: questa ultima parola chiave è in effetti "vecchia", nel senso che, anche se non citata nella L. n. 833/1978 e successive riforme degli anni '90, era già stata inserita fra quelle del Rapporto Ceis 2005. La riproponiamo perché ancora stenta a divenire patrimonio del nostro sistema.

Il soggetto valutatore, nel nostro sistema, che troppo spesso indulge nell'autoreferenzialità o in esagerati paternalismi, è spesso lo stesso che viene valutato. Che la Pubblica Amministrazione si valuti è certamente fatto positivo e necessario, ma non certo sufficiente. Non solo deve imparare a rendere conto ai cittadini, ma anche a garantirne una maggiore partecipazione diretta alle scelte: la partecipazione informata dei pazienti/cittadini alle scelte appare nel nostro sistema ancora oggi molto marginale rispetto agli altri Paesi.

Con l'*Empowerment* si chiude in qualche modo il cerchio: Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà, Integrazione, Valutazione ed *Empowerment* sono, in effetti, elementi inseparabili di un unico disegno teso a modernizzare il sistema, ponendo concretamente il cittadino al centro del sistema socio-sanitario. Richiamare la centralità del cittadino può essere interpretata come la mera riproposizione di un principio abusato: non è così, anzi è un fondamentale elemento di efficienza del sistema; per convincersene è sufficiente osservare come il dato maggiormente ricorrente in tutte le Valutazioni sul sistema sanita-

rio nazionale sia la pessima *performance* sul versante della soddisfazione dei cittadini, a fronte di buone *performance* sui valori degli output e forse degli *outcome*.

Sarebbe ingenuo pensare che il sistema non goda di buona reputazione fra i cittadini solo a causa di un uso troppo disinvolto di notizie, spesso scandalistiche, relative alla cosiddetta “malasanità”, oppure per mera carenza di comunicazione: i dati di cui disponiamo dimostrano che il sistema negli ultimi anni ha erroneamente (o meglio per autoreferenzialità) posto al suo centro la sostenibilità finanziaria, relegando a fattore secondario l’analisi delle priorità e dei bisogni dei cittadini; in tal modo si nega l’evidenza di una quota rilevante di bisogni insoddisfatti, come è dimostrato dal fatto che, anche escludendo la non autosufficienza che pure è un onere rilevante, quasi il 25% delle spese sanitarie nel nostro Paese sono sostenute direttamente dai cittadini.

Il Rapporto CEIS – Sanità, come è nella sua vocazione, è un prodotto di ricerca, che ha l’ambizione di fornire supporto alle decisioni, mediante analisi, se non oggettive, almeno quantitative. Di seguito, per ogni “parola chiave” sintetizzeremo quanto emerge dagli studi contenuti nel volume, a supporto di quanto sin qui argomentato.

2. Responsabilità

Dare un futuro al sistema sanitario richiede un nuovo patto di responsabilità fra gli *stakeholder* del sistema. Un primo dato che rende evidente questa necessità è quello relativo all’evoluzione della spesa. Sebbene il suo livello sia in linea (leggermente inferiore) con la media dei Paesi OCSE, e tendenzialmente inferiore ai Paesi europei più vicini (cfr. cap.1.1), la preoccupazione per la sostenibilità finanziaria rimane al centro dell’agenda politica. Il dato eclatante è che dal 2000 la spesa sanitaria sembra essere cresciuta molto rapidamente portando la quota di PIL assorbita dalla Sanità dal 7,9% all’8,9%. Questo dato, apparentemente allarmante, deve però essere analizzato in un’ottica di lungo periodo: dal 1990 al 2000 la crescita è stata, infatti, praticamente nulla (+0,2), così che l’incremento nel lungo periodo (1990-2005) risulta essere uno dei più contenuti fra tutti i Paesi OCSE (1,2 punti di PIL); tale risultato appare ancor più degno di attenzione a fronte di un lungo ristagno del PIL e quindi di una scarsa crescita del “denominatore”.

Tabella 1 - Spesa sanitaria

Anni	Spesa sanitaria su PIL	Spesa sanitaria pubblica su spesa totale
1990	7,71	79,51
1995	7,26	70,78
2000	8,06	72,51
2005	8,91	76,56

Fonte: nostre elaborazioni su dati OECD

In effetti, è lecito interpretare gli aumenti degli ultimi anni come un “recupero” seguito alla stasi degli anni '90, che ha riportato la spesa sanitaria italiana su livelli “naturali”, nel senso di comparabili con quelli europei: semplici calcoli dicono che in assenza degli incrementi dell'ultimo quinquennio, la spesa sanitaria in Italia sarebbe oggi su un livello lontano dalla media degli altri Paesi europei.

Sarebbe interessante capire a quali fattori si possa attribuire il successo del contenimento della spesa realizzato nella fase “finanziariamente virtuosa” degli anni '90. Ci sembra che la questione sia stata poco indagata; rimane il dubbio che almeno in parte dipenda da anomalie statistiche: osserviamo, infatti, che il contenimento è coinciso con il passaggio delle Aziende Sanitarie dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale, e quindi esiste la possibilità che parte del risultato sia frutto di disomogeneità nella serie statistica. Dobbiamo, inoltre, aggiungere che l'attribuzione per competenza degli ingenti disavanzi emersi negli ultimi anni è certamente difficile, e potrebbe aver traslato nel tempo gli incrementi.

In ogni caso ci sembra che emerga come sia preferibile e prudente analizzare i dati su orizzonti medio-lunghi. A tal fine, è stato predisposto un modello econometrico (cfr. cap. 1.2), il quale conferma che la crescita della spesa sanitaria è strutturale, essendo legata allo sviluppo economico, all'invecchiamento della popolazione, ma anche a numerosi fattori istituzionali. Primo fra tutti il livello di finanziamento della spesa sanitaria pubblica, il cui aumento non si accompagna ad una proporzionale riduzione della quota di spesa privata.

Anche i livelli di scolarizzazione della popolazione sembrano modificare la domanda e quindi la spesa: questo fattore, che lega i livelli di spesa alla struttura socio-economica regionale, ci sembra di poter affermare che ha sinora ricevuto insufficiente attenzione (basti pensare che non ve ne è traccia nel sistema di riparto delle risorse, né nella determinazione dei LEA).

In altri termini la pressione finanziaria sul sistema sembra derivare e da condizioni economiche congiunturali (scarsa crescita) e da fattori strutturali; questi ultimi sia sul versante socio-demografico, sia su quello strettamente economico (pensiamo al debito pubblico italiano, il cui obiettivo di riduzione non permette di liberare risorse per investimenti, se non in misura limitata).

Una questione particolarmente delicata che emerge dal modello appare quella dell'effetto espansivo della spesa pubblica (sanitaria): il fenomeno, percepito da tempo dagli addetti del settore, ha negli anni portato a contenere quanto più possibile la crescita del finanziamento, fenomeno da alcuni interpretato – in modo forse semplicistico – come una sottostima del fabbisogno.

La definizione di un assetto che possa evitare la “sottostima” del finanziamento richiede una responsabilizzazione molto più stringente delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, ma anche dei cittadini. Infatti, l'effetto (cfr. cap. 1.4) della “sottostima” è stata la creazione di un disavanzo strutturale pari in media (nell'arco di vita del SSN) allo 0,41% del PIL. Per apprezzare l'entità della questione si consideri che a moneta attuale equivale a € 105 pro-capite, ovvero una cifra modesta rispetto a quanto le famiglie già spendono privatamente per aspetti connessi alla salute.

Ci sembra evidente che la questione di fondo sia quindi la ripartizione della spesa sani-

taria fra pubblico e privato: argomento che è strettamente legato ai livelli di responsabilizzazione individuale dei cittadini che si vogliono fissare. In ogni caso la “forbice” fra finanziamento e spesa tende a ridursi significativamente negli ultimi anni (cfr. cap. 1.4).

Fare previsioni sulla futura evoluzione congiunturale del sistema appare quanto mai problematico. Se la componente di spesa privata evolve regolarmente, in funzione del reddito delle famiglie, del bisogno (colto nel modello dall’età e dal livello di istruzione), ma anche delle decisioni pubbliche in termini di livelli di compartecipazione (cfr. cap. 1.3), altrettanto non si può dire per quella pubblica che è predominante.

Ci sembra doveroso in premessa rimarcare che le serie storiche disponibili per quanto concerne l’evoluzione della spesa sanitaria pubblica (Ministero della Salute, ASSR, ISTAT, OCSE) appaiono diverse nei livelli e anche nei tassi di variazione, rendendo incerte le valutazioni.

Tabella 2 - Spesa sanitaria pubblica in Italia, anni 2000-2006

Anni	Ministero della Salute		ASSR		ISTAT		OCSE	
	mld. di €	T.V.	mld. di €	T.V.	mld. di €	T.V.	mld. di €	T.V.
2000	69,66		69,28		67,11		69,64	
2001	76,83	10,29	75,82	9,44	74,23	10,60	76,55	9,92
2002	80,27	4,48	78,99	4,19	78,56	5,84	80,46	5,10
2003	82,88	3,25	81,10	2,67	81,33	3,52	83,21	3,43
2004	89,78	8,32	87,23	7,56	89,36	9,87	91,48	9,93
2005	96,41	7,39	92,80	6,39	95,16	6,49	97,12	6,17
2006	99,60	3,31	97,54	5,11			102,57	5,61

Fonte: Ministero della Salute, ASSR, ISTAT, OCSE

La spesa pubblica evolve nel medio periodo in funzione del livello di risorse assegnato, mentre nel breve periodo prevale l’inerzia dovuta alle note rigidità della struttura dei costi, dominati dal fattore personale (dipendente).

Per molte voci di spesa pubblica, l’andamento è altresì condizionato dal ciclo dei rinnovi contrattuali (e delle convenzioni).

La spesa per beni e servizi, che negli ultimi anni è stata quella maggiormente dinamica, risente di un coacervo di fattori difficilmente districabili: l’andamento inflativo, la tensione sui prezzi generata dalle variazioni dei tempi di pagamento, la revisione e centralizzazione delle procedure di acquisto (cfr. cap. 3.6), etc.; a causa di un sistema di monitoraggio contabile ormai inadeguato, nell’andamento di tale aggregato registriamo anche fenomeni “spuri”, nel senso di spostamenti dalla voce “personale dipendente”: si pensi all’IRAP (prima i contributi di malattia venivano contabilizzati nella voce personale) e alla sostituzione di personale a contratto di dipendenza con personale a contratto libero-professionale, dovuto tanto al ricorso all’*outsourcing*, quanto alle politiche in atto sulle sostituzioni del personale rese necessarie dal *turn-over*. Anche le scelte in tema di accreditamento delle strutture private, modificando la quota a gestione diretta, incidono sull’aggregato.

La spesa farmaceutica pubblica, pur evolvendo nel medio termine (cfr. cap. 2.4) in funzione di fattori economici, sociali, dell'innovazione, della scadenza dei brevetti e del conseguente avvento dei generici, nel breve periodo è fortemente condizionata dalla regolazione; negli ultimi due anni essa si è concentrata prevalentemente sui prezzi, su cui si è agito in via amministrativa con reiterati "tagli" (cfr. cap. 2.4).

L'attività specialistica, invece, comporta un costo per il SSN difficilmente quantificabile, a causa della carenza di sistemi informativi atti a desumere dalla contabilità delle strutture ospedaliere pubbliche, l'onere attribuibile all'attività specialistica ambulatoriale erogata intra-ospedale.

Secondo le nostre stime (cfr. cap. 2.5), al 2004, la spesa totale per specialistica dovrebbe ammontare ad un valore compreso fra € 10,1 e 11,0 mld. Appare interessante notare che la spesa sarebbe imputabile per il 70-71% alle strutture pubbliche e per il 29-30% a quelle private accreditate nel 2005 e nel 2006. In altri termini alle strutture private accreditate, pur rappresentando circa la metà delle strutture, sarebbe imputabile meno di un terzo della spesa anche per effetto di una presumibile dimensione media inferiore.

Al momento di andare in stampa, non sono ancora noti i contenuti della manovra finanziaria, si è quindi optato per una ricostruzione dei tendenziali di spesa pubblica e privata, al netto delle possibili manovre e dei costi dei rinnovi contrattuali.

Il quadro emerso dalle nostre valutazioni è riassunto nella tabella seguente.

Tabella 3 - Andamento congiunturale della spesa sanitaria, anni 2007-2008

Anno	Finanz.	Spesa sanitaria pubblica mld €	Tassi di variaz.	Spesa sanitaria privata mld €	Tassi di variaz.	Disav.	Spesa sanitaria su PIL%	Quota spesa pubblica su totale %
2007	97	105,5	4,1%	27,6	3,5%	4,6	8,9	79,3
2008	99,9	109,7	3,9%	28,7	4,0%	5,8	9,1	79,3

Fonte: nostra elaborazione

Il quadro complessivo conferma una progressiva normalizzazione della situazione finanziaria, ma anche una ulteriore crescita della spesa pubblica nonché di quella totale rispetto al PIL. I disavanzi probabili, ancora una volta, sembrano essere il risultato di una sottostima dei livelli di spesa pregressi: al momento di varare la Legge Finanziaria non è infatti noto il consuntivo e i dati di pre-consuntivo disponibili hanno negli anni mostrato di essere regolarmente sottostimati. Anche per il 2007 questo sembra essere il quadro: la Relazione Previsionale e Programmatica 2008 riporta una spesa pubblica 2006 notevolmente superiore a quella inizialmente prevista, che giustifica un disavanzo 2007 pari a € 4,6 mld., sui livelli massimi previsti lo scorso anno nel Rapporto CEIS - Sanità. Per trascinarsi, questo avrà una ripercussione anche sul 2008, portando il disavanzo atteso a € 5,8 mld.

Si deve peraltro considerare l'incombenza dei rinnovi contrattuali e convenzionali, che

potrebbe spingere ulteriormente in alto la spesa.

La questione della Responsabilità si pone quindi prima di tutto in termini di scelte allocative: sul versante pubblico, se la tendenziale sottostima del fabbisogno può essere giustificata in termini di disincentivo all'espansione non programmata della spesa, non si giustifica però il ritardo con cui il disavanzo viene sanato, che porta a notevoli (e costose) distorsioni nel mercato a causa dell'allungamento dei tempi di pagamento dei fornitori; sul versante della spesa privata, essa invece cresce regolarmente e in parte indipendentemente dalle manovre sulla spesa pubblica (compartecipazioni, etc.), mancando una strategia compiuta per la sua riqualificazione.

Sempre sulla questione della responsabilizzazione, osserviamo che se in media la situazione finanziaria del sistema appare sufficientemente sotto controllo, non si può dire altrettanto per la sua "distribuzione" regionale (cfr. cap. 1.4).

Esiste, e si è aggravato negli ultimi anni, il problema dell'incapacità di alcune Regioni nel rispettare gli atti di programmazione, con la conseguente creazione di disavanzi patologici. Qui la questione della Responsabilità diviene assolutamente centrale, con intrecci a volte di difficile soluzione. La richiesta di provvedere con entrate proprie regionali ai disavanzi, a parte i limiti fisici nella capacità reale di gettito che si possono incontrare, sconta l'impossibilità di attribuire con certezza la Responsabilità sugli amministratori locali, se non altro per la frequenza con cui si sono sinora alternate le Giunte.

In ogni caso, ci sembra di poter dire che l'eziologia delle difficoltà che incontrano alcune Regioni non sia stata chiaramente individuata e attribuirle ai troppi posti letto o all'eccesso di organico, sembra invertire la causa con l'effetto: ciò che nelle Regioni in crisi è sempre mancato è un patto di Responsabilità fra gli attori del sistema, che ha impedito una programmazione e gestione virtuosa.

La scelta di "soccorrere" le Regioni in difficoltà, probabilmente ineludibile, suscita comunque indubbie perplessità, in quanto finisce per disincentivare le Regioni virtuose nel proseguire nei loro sforzi indebolendo il patto responsabile che si è realizzato.

Guardando al futuro, il processo di affiancamento evidenzia rischi rilevanti: il primo è che si penalizzi l'autonomia delle Aziende Sanitarie al punto di vanificare il lento processo di responsabilizzazione iniziato nel 1992 (cfr. cap. 1.5). Il secondo e ancor più rilevante rischio è che, in assenza di radicali cambiamenti di rotta, ci si ritrovi in poco tempo a dover nuovamente risanare esogeneamente alcuni SSR, con effetti prevedibilmente devastanti sulla tenuta dell'assetto federalista.

La questione della Responsabilizzazione non si ferma a livello di Regioni e Aziende Sanitarie. L'introduzione dei LEA ha creato l'illusione che fosse possibile all'infinito continuare ad erogare gratuitamente tutto ciò che è essenziale (concetto peraltro di dubbia consistenza logica e operativa). Di fatto con il passare del tempo è sempre più evidente che sarà difficile mantenere una promessa siffatta.

Per garantire l'Universalismo è in prospettiva necessaria una maggiore Responsabilizzazione delle fasce più forti della popolazione, ad esempio in termini di maggiore partecipazione economica ai servizi che ricevono, per continuare a poter mantenere l'impostazione universalistica del sistema. D'altra parte le Regioni economicamente meno sviluppate hanno facile gioco nel giustificare la mancata adozione dei *ticket*, con

la loro inefficacia (in termini di gettito) dovuta alle regole di esenzione; peraltro l'evidenza empirica è sufficientemente concorde nell'attribuire anche benefici effetti di razionalizzazione alla compartecipazione (cfr. cap. 1.6) ed effetti "collaterali" limitati. Sarà necessario ripensare completamente gli schemi di esenzione, cosa resa difficile – e qui di nuovo la Sanità non è esente dai problemi di assetto complessivo dell'economia italiana – nello specifico dalla scarsa credibilità dei redditi dichiarati. In ogni caso l'attuale impatto dei *ticket* è iniquo: a fronte di livelli medi di compartecipazione decisamente inferiori a quelli di larga parte degli altri Paesi (cfr. cap. 1.6 e 1.7), il loro impatto si concentra su pochi soggetti. Il Rapporto evidenzia sia che i *ticket* in cifra fissa contribuiscono significativamente all'impoverimento delle famiglie meno abbienti (cfr. cap. 4.1), sia che essi ormai incidono significativamente sull'accesso ad alcuni tipi di prestazioni (in particolare quelle di specialistica) nel caso dei ceti medi.

Responsabilità, infine, può anche voler dire che è necessario ammettere che i possibili – e auspicabili – recuperi di efficienza non potranno essere finanziariamente risolutivi, sia per le loro dimensioni, sia perché gli eventuali risparmi possiamo considerarli già ampiamente "impegnati" per gli investimenti necessari per ammodernare il sistema.

3. Autonomia

L'Autonomia e la Responsabilità sono inscindibili; l'Autonomia trova la sua essenziale ragion d'essere nella promozione dell'efficienza allocativa e tecnica. Nel disegno federalista si ritrova chiaramente questo approccio: il decentramento decisionale dovrebbe, infatti, principalmente garantire scelte più aderenti ai reali bisogni delle popolazioni.

Il limite all'autonomia va cercato nei rischi di vedere corrotta l'unitarietà sostanziale del sistema, che trova nei LEA il suo principale riferimento.

Il bilanciamento fra Autonomia ed Equità è certamente uno dei principali problemi del nostro sistema.

L'altro elemento critico che si segnala è la capacità di verifica che l'Autonomia concessa porti all'individuazione di modelli organizzativi veramente efficienti. Il Rapporto affronta il tema in vari contributi.

Una prima osservazione è che, sul piano dell'efficienza allocativa, solo poche Regioni si discostano davvero dalle indicazioni nazionali in termini di assegnazione delle risorse alle Aziende Sanitarie sui diversi LEA (cfr. cap. 2.1): dovremmo, a rigor di logica, desumerne che la quota di fabbisogno per le varie tipologie assistenziali (ospedaliera, territoriale, etc.), siano identiche in tutte le Regioni, e quindi indipendenti dalle caratteristiche socio-demografiche delle popolazioni. Tale assunto appare però difficilmente difendibile: più probabilmente le Regioni non utilizzano la propria Autonomia per massimizzare l'efficienza allocativa, quanto per esercitare uno stringente controllo finanziario. Questa tesi trova conforto (cfr. cap. 3.1) nell'osservazione di una diretta correlazione fra dimensioni del disavanzo regionale e accentramento delle risorse finanziarie: come già evidenziato nelle precedenti edizioni del Rapporto, il neo-centralismo regionale sembra essere l'effetto di un tentativo di sanare situazioni di sbilancio finanziario, piuttosto che un vero modello organizzativo.

Sul versante dell'Autonomia organizzativa, si deve ammettere che essa è usata con molta

parsimonia, confermando il primato delle politiche finanziarie.

I modelli di organizzazione ospedaliera sono fermi alle leggi di organizzazione sanitaria degli anni '20, solo marginalmente modificate nel 1968 dalla cosiddetta Legge Mariotti; quelli di organizzazione territoriale, sebbene stiano emergendo vari approcci (cfr. cap. 2.6), stentano a definirsi, come dimostra il dibattito (ancora non compiuto) sulle Case della Salute.

Se il mancato utilizzo dell'autonomia organizzativa è un elemento di chiara contraddizione del sistema, su altri fronti – ridefinizione della rete di offerta, dei rapporti con i *provider* pubblici e privati, dei livelli di esenzione e compartecipazione (cfr. cap. 1.6) – essa viene pienamente utilizzata, con risultati non sempre condivisibili.

L'elemento forse più eclatante, oltre che discutibile, è che – in un quadro di autonomia vincolata dalla unitarietà dei diritti di cittadinanza – le Regioni abbiano modificato localmente i criteri di esenzione dalle compartecipazioni.

L'altro aspetto che ci sembra doveroso sottolineare è che non sembra esserci traccia di una razionalizzazione organizzativa: sul lato dell'offerta, ad esempio, appare difficile comprendere quali siano i motivi organizzativi e/o socio-demografici che giustificano le differenze di disponibilità del personale nel SSN: i dati per mille abitanti (2005 ultimo dato disponibile per tutte le Regioni) passano dai 9,2 della Puglia, ai 17,8 della Pr. Aut. di Bolzano, con 2,4 medici in Sardegna e 1,4 in Lombardia, 6,5 infermieri nella Pr. Aut. di Bolzano e 3,5 in Puglia (cfr. cap. 2.2).

Analoghe differenze si ritrovano sul versante delle strutture: i posti letto sono 5,8 per mille abitanti nel Lazio e 3,7 in Umbria; per non parlare della disponibilità di posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali che sono 0,3 in Molise e 7,6 in Veneto.

Anche in termini di dimensioni delle strutture le disparità sono rilevanti. Il caso dei laboratori di analisi è eclatante: quelli della Sicilia erogano in media 87.000 prestazioni annue, contro le 579.000 in Friuli Venezia Giulia (cfr. cap. 2.5). Le disuguaglianze non si limitano peraltro all'offerta: anzi questa condiziona le capacità di risposta alla domanda dei cittadini.

Il cap. 2.3, dedicato all'assistenza ospedaliera, mostra l'esistenza di notevoli differenze regionali non attribuibili a ragioni demografiche o epidemiologiche, quanto alla diversità nelle strutture di offerta e nelle capacità organizzative.

A conferma di questa proposizione è sufficiente citare qualche dato di funzionalità ospedaliera (cfr. cap. 2.3): nelle Regioni del Nord si ricorre di più al *day hospital* a tutte le età; nella classe di età 1-14 in Puglia oltre l'82% dei ricoveri è ancora ordinario, contro il 43% del Lazio e della Liguria; la degenza media "pediatrica" è di 3 giorni in Friuli Venezia Giulia, ma di 4 in Sardegna; per gli *over 75* la percentuale di ricoveri ordinari è dell'87% in Molise e del 69% in Liguria, con una degenza media di 13 giorni in Valle d'Aosta e di 7 in Sardegna.

I tassi di ospedalizzazione degli anziani variano dai 254 per mille in Piemonte ai 436 dell'Abruzzo.

In Umbria la spesa per un neonato è pari al 30% di quella di un adulto della classe di età 25-44; nella Pr. Aut. di Trento arriviamo al 71%; corrispettivamente un anziano in Toscana costa in media il 138% degli adulti della fascia centrale e in Valle d'Aosta il 90%.

Più in generale, nel ricorso all'ospedalizzazione i tassi regionali variano nell'ordine del

300% (le differenze sono ancora maggiori in *day hospital*), mentre le degenza medie variano anche del 130%.

La difficoltà di cogliere elementi di effettiva razionalizzazione si conferma anche nelle altre tipologie d'assistenza: negli ultimi 5 anni disponibili, le prestazioni specialistiche di laboratorio sono aumentate del 24% annuo nella Pr. Aut. di Trento, mentre sono diminuite del 9% annuo nel Lazio. Tali percentuali, per la diagnostica, diventano del 26% in Molise e - 10% nel Lazio. Per la medicina fisica e riabilitativa, aumentano del 4% in Valle d'Aosta e calano del 27% in Sicilia. In termini pro-capite, per il laboratorio abbiamo 19 prestazioni in Molise e 9 nel Lazio; i valori diventano per la diagnostica 2 (ancora nel Molise) e 0,6 (ancora nel Lazio); per la medicina fisica e riabilitativa le prestazioni sono 3 in Basilicata e 0,2 in Umbria.

Le disparità di offerta si riverberano anche a livello finanziario: la spesa per specialistica (2006) pubblica e privata stimiamo che assorba il 15,4% della spesa sanitaria nelle Marche, contro l'8,3% della Puglia (mentre per i LEA la quota dovrebbe essere analoga in tutte le Regioni!).

L'autonomia regionale è forte anche nella determinazione delle tariffe: le Regioni del Nord remunerano (sulla carta) maggiormente gli ospedali: fatta 100 la remunerazione media italiana, il Friuli si attesta a 149% e la Sardegna a 83%.

La regola ricorrente dell'evoluzione tariffaria regionale è un incremento dei livelli decisamente inferiore all'evoluzione dei prezzi e dei costi dei principali fattori produttivi: mediamente le tariffe si sono rivalutate del 10% in 10 anni (cfr. cap. 4.2), ma in alcune Regioni, in particolare Calabria e Basilicata, le tariffe sono addirittura mediamente diminuite; altra costante è una remunerazione inferiore per le strutture private rispetto a quelle pubbliche: mediamente del 20% con punte del 27% (cfr. cap. 4.2).

In termini di utilizzo dell'Autonomia regionale, il caso della Calabria appare paradigmatico di una non chiara strategia tariffaria, essendo state prima ridotte, poi aumentate e quindi di nuovo ridotte.

Considerando i principali DRG, si apprezza una differenza nelle tariffe regionali che spesso supera il 100% e in alcuni casi il 200%: differenze che è difficile spiegare con costi unitari locali difforni o peculiarità organizzative. Le disuguaglianze segnalate sembrano dimostrare (si veda anche quanto detto nel seguito sulla valutazione dell'efficienza) che l'autonomia stenta a tramutarsi in modelli efficienti e ben adattati alle esigenze dei singoli contesti locali. L'evidenza empirica sembra quindi segnalare che l'uso dell'Autonomia segue una logica essenzialmente di breve periodo, orientata al soddisfacimento dei vincoli finanziari.

Come anticipato in premessa, a soffrirne è anche l'Equità del sistema: molti dei dati sopra esposti suggeriscono l'esistenza di barriere all'accesso, o comunque livelli inappropriati (in eccesso o in difetto) di servizio.

L'analisi che il Rapporto reitera ormai da alcuni anni sull'equità del SSN, quest'anno condotta sui dati 2005 (gli ultimi diffusi dall'ISTAT), conferma i timori già espressi in passato: si dimostra un preoccupante aumento dell'impoverimento che colpisce in particolare le famiglie con anziani (persone sole con 65 anni e più e coppie senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più), ma è in netta crescita anche tra le coppie con figli dove la

percentuale di famiglie colpite è passata dallo 0,6% all'1,6% per le coppie con un figlio e dall'1,1% all'1,9% per quelle con tre o più figli. Tale fenomeno conferma, tra l'altro, come le politiche di *welfare* (in questo caso tutela della salute e della famiglia) siano strettamente interrelate fra loro.

Tabella 4 - Distribuzione percentuale delle famiglie impoverite e di quelle soggette a spese catastrofiche secondo la tipologia familiare Italia, anni 2004-2005

Tipologia Familiare	2004		2005	
	impoverite	catastrofiche	impoverite	catastrofiche
Persona sola con meno di 35 anni	0,0%	0,3%	0,0%	0,5%
Persona sola con 35-64 anni	1,9%	2,4%	2,2%	2,9%
Persona sola con 65 anni e più	25,1%	31,2%	28,3%	25,7%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con meno di 35 anni	0,0%	0,2%	0,7%	0,6%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 35-64 anni	3,8%	3,2%	3,7%	3,2%
Coppia senza figli con Persona di Riferimento con 65 anni e più	24,5%	20,1%	17,4%	18,9%
Coppia con 1 figlio	8,8%	8,3%	13,7%	9,7%
Coppia con 2 figli	15,6%	12,2%	14,2%	13,8%
Coppia con 3 e più figli	3,8%	6,0%	5,4%	7,9%
Monogenitore	7,4%	7,3%	7,0%	6,7%
Altre tipologie	9,3%	8,8%	7,3%	10,2%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT

Le misure di equità a livello geografico sono – non sorprendentemente – ancora abbastanza disomogenee: in particolare emerge un miglioramento della situazione delle Regioni del Centro a cui però si affianca un peggioramento della situazione di molte Regioni del Nord e di tutte quelle del Sud. A fronte di una percentuale di impoverimento a livello nazionale dell'1,5%, si passa dallo 0,3% della Toscana al 4,9% della Calabria. Ancora una volta si conferma il ruolo determinante delle spese per la disabilità che, seppure compongono una parte relativamente piccola (3,61%) delle spese dell'intera popolazione, hanno la caratteristica di avere un'alta probabilità di trascinare sotto la soglia di povertà le famiglie obbligate a sostenerle.

Il ruolo della farmaceutica nel generare iniquità è invece particolarmente accentuato nei confronti delle famiglie più povere, probabilmente a causa di schemi di compartecipazione a cifra fissa che, seppur piccoli in valore assoluto sulla singola prescrizione, lasciano comunque un carico eccessivo sulle famiglie più deboli.

Si conferma quindi che appare urgente ripensare complessivamente e in modo coordinato le politiche di compartecipazione/esenzione, ma soprattutto che bisogna trovare forme di tutela per la non autosufficienza e le cure odontoiatriche. Se quelle citate

appaiono le priorità, in quanto coinvolgono i ceti indigenti e in generale più fragili, non si può neppure tacere che aumenta la platea di coloro che di fatto “escono” dal SSN: il 4,1% delle famiglie sostiene spese sanitarie “catastrofiche”, con una punta dell’11,2% in Calabria e il valore minimo (1,2%) in Emilia Romagna. Sia che tale comportamento (si tratta di spese in buona misura fuori dal SSN) vada attribuito a insoddisfazione per i servizi pubblici o a carenza di offerta, certamente esso mina alla base la logica dell’universalità del sistema, incentivando le spinte all’*opting out* da parte di rilevanti fasce di popolazione: si noti non più solo a reddito alto, ma ormai anche in una parte del cosiddetto ceto medio.

Sono quindi urgenti politiche per l’Equità, che necessitano di trovare, insieme all’Autonomia regionale e aziendale, forme di coordinamento, anche a livello nazionale.

4. Sussidiarietà

Il concetto di sussidiarietà verticale e orizzontale è ormai stabilmente entrato nel lessico politico e sociale. Lo stesso processo federalista può essere fatto risalire all’applicazione del principio di Sussidiarietà verticale e in particolare alla ricerca dei livelli ottimali di governo a cui attribuire le varie funzioni.

Per varie ragioni, che tenteremo di esplicitare nel seguito, nell’evoluzione del SSN il principio di Sussidiarietà, in particolare quella orizzontale, è rimasto in secondo piano, nell’illusione che basti una buona programmazione per avere buoni servizi.

L’equivoco ha origini lontane. La L. 833/1978, istituendo il SSN, ne ha definito i principi ispiratori, in modo così moderno che ancora oggi essi mantengono tutta la loro validità, ma è nello stesso tempo voluta entrare in dettagli organizzativi che, forse, oggi non verrebbero considerati necessari, o addirittura verrebbero considerati configgenti con l’Autonomia concessa alle Aziende Sanitarie.

Nella L. 833/1978, una previsione riconducibile alla Sussidiarietà verticale può forse trovarsi ove si indica l’opportunità di un decentramento amministrativo regionale; appare invece poco esplicitato l’interesse per la Sussidiarietà orizzontale.

La scelta dell’aziendalizzazione ha rappresentato una radicale modificazione del sistema nella misura in cui, portando l’efficienza in primo piano, ha implicitamente sancito un principio tipico della Sussidiarietà: ruoli e funzioni devono essere definiti in funzione della capacità di ogni livello del sistema di fare in modo ottimale la propria parte.

Oggi l’aziendalizzazione è però già in una fase di ripensamento, sebbene non del tutto esplicita. Ad esempio il modello neo-centralista, adottato in misura minore o maggiore in molte Regioni, in qualche modo confligge con l’idea originaria di aziendalizzazione.

Se l’Autonomia è il *leit motiv* dei rapporti fra Governo centrale e regionale, altrettanto non può dirsi dei rapporti fra Regioni e Aziende Sanitarie. Anzi, la ricerca dei risparmi sta diminuendo la fiducia nei meccanismi concorrenziali, mentre si privilegia la ricerca di economie di scala: consorzi di acquisto, centralizzazione della logistica, ma anche la fissazione di prezzi di riferimento nazionali per alcuni tipi di gare sono strumenti di razionalizzazione del mercato che modificano l’assetto della *governance*.

In una logica di Sussidiarietà, prima di liquidare l’aziendalizzazione, sarebbe però opportuno osservarne oltre ai difetti, anche i meriti, possibilmente su basi oggettive. Questa

valutazione è ovviamente difficile, anche a causa della natura “spuria” delle Aziende Sanitarie pubbliche, che genera confusione fra fallimenti dovuti al modello aziendale e quelli dovuti alla natura pubblica delle aziende.

Altrettanto delicate, se non forse di più, sono le questioni riconducibili alle scelte di Sussidiarietà orizzontale.

Negli assetti futuri del SSN, due aspetti incombono: la separazione fra acquirenti e produttori e il rapporto pubblico/privato. Sul primo tema, più volte richiamato nei Rapporti CEIS – Sanità, osserviamo che nessun Servizio Sanitario Regionale è riuscito nell’operazione di totale (o meglio sostanziale) separazione dei ruoli. La questione, che è stata centrale nelle riforme pro-competitive degli altri Paesi, è rimasta nel nostro Paese sospesa, probabilmente a causa della poca incidenza quantitativa degli erogatori privati (se non in alcune Regioni) e della peculiarità del rapporto di lavoro dei dipendenti delle aziende pubbliche, che rende difficili eventuali modifiche di assetto.

In prospettiva si dovrà scegliere: ad esempio, se si vuole continuare nella strada della remunerazione tariffaria degli erogatori, allora si dovrà affrontare definitivamente la questione della separazione dei ruoli, in modo che il sistema di pagamento prospettico possa esplicitare il suo ruolo, su tutti gli erogatori, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata; se invece si vorrà mantenere l’attuale commistione, allora si dovrà ripensare il sistema di remunerazione: mancando la sanzione economica, magari converrà ridurlo a *benchmark* di riferimento, come nell’esperienza francese.

Al contrario, molto si è detto sul cosiddetto rapporto pubblico/privato. A ben vedere, la L. n. 833/1978 pose gli erogatori privati in una posizione ancillare rispetto a quelli pubblici: l’istituto del convenzionamento configurava una facoltà del SSN, da esercitarsi in modo sostanzialmente residuale, ove si fosse ritenuto di non supplire ad un bisogno della popolazione con strutture pubbliche.

Il D.Lgs. n. 502/1992 ha ribaltato questo assetto, ponendo erogatori privati e pubblici sullo stesso piano, che è quello dell’accreditamento. Tale istituto si configura come un diritto per le strutture pubbliche e private, dotate di idonei requisiti: non è però mai stato rispettato totalmente, vuoi per mancanza di accordo sui requisiti da richiedere, vuoi per protezione degli erogatori pubblici.

Il D.Lgs. n. 229/1999 ha sancito definitivamente la “debolezza del diritto”, subordinandolo alle esigenze di programmazione sanitaria: in tal modo si è fatto cadere il principio della pari dignità, come anche quello di operare scelte in funzione della semplice efficienza delle strutture.

Si coglie nel dibattito in corso, specialmente quello in essere sulle ragioni del dissesto finanziario di alcune Regioni, l’idea che le strutture private siano prevalentemente orientate al profitto e come tali debbano essere tenute in un ambito strettamente subordinato. A livello regionale, si evidenzia una forte correlazione fra disavanzo accumulato e quota di “spesa accreditata”: in tal senso si esprime anche il modello di spesa descritto nel cap. 1.1.

La questione è certamente delicata: la letteratura non sembra assegnare alla natura della proprietà valenza significativa in termini di maggiore o minore efficienza: non sembra quindi esserci motivo perché una struttura pubblica debba essere meno efficiente di una

privata, ma neppure perché una privata non debba avere la stessa qualità di una pubblica. Semmai è la natura *profit* o *non profit* che può fare la differenza, dove la seconda dovrebbe massimizzare lo sforzo delle Aziende ad erogare prestazioni di buona qualità, orientate alla soddisfazione del cliente.

In altri termini, anche il dibattito sul rapporto pubblico/privato sembra condizionato da valutazioni di tipo finanziario, perdendo così di vista la questione della misurazione dei meriti delle varie tipologie di aziende (*non profit* pubbliche, *non profit* private e *for profit*) in termini di efficienza, qualità e personalizzazione delle prestazioni rese.

Particolarmente penalizzato, sin qui, appare essere stato il cosiddetto “terzo settore”, per il quale manca una sufficiente esplorazione della possibilità che rappresenti una valida alternativa o, quanto meno, un’integrazione al settore pubblico, permettendo tra l’altro una più chiara separazione dei ruoli: la creazione dei trust nel NHS inglese va in tal senso. Nel futuro del SSN si affacciano, quindi, nuovi attori e nuove esigenze che devono trovare una loro collocazione: lo sviluppo che avranno dipende in larga misura da come il sistema vorrà interpretare il principio di Sussidiarietà.

5. Integrazione

L’Integrazione è la quarta “provocazione” di questo Rapporto CEIS – Sanità 2007. Invecchiamento e cronicità sono, infatti, un binomio inscindibile, che certamente condizionerà il nostro futuro. Il nostro sistema tenta faticosamente (e come argomentato nei cap. 2.2 e 2.3 con dubbi risultati economici, visto che si riducono i letti ma non gli organici) di ridurre la quota di assistenza ospedaliera, ovvero la quota di offerta eminentemente orientata alle acuzie, senza però ancora avere definito un modello alternativo di assistenza per la cronicità.

La cosiddetta “assistenza territoriale”, già il nome adottato per indicare questo LEA appare sintomo di una certa confusione, contiene tanto prestazioni per l’emergenza che per l’acuzie, e infine per la cronicità, finendo per essere un aggregato definito in negativo, ovvero come tutto ciò che “non è ospedale”.

Le analisi condotte sulla spesa privata (cfr. cap. 4.1) ci dicono con chiarezza che la maggior parte dei bisogni non soddisfatti è di tipo socio-sanitario: in effetti, il sistema attuale è certamente inadeguato, sia come offerta che come organizzazione, a far fronte alle esigenze legate alla convivenza con la malattia, che sono a cavallo fra sociale e sanitario, come anche a tutto ciò che è sociale e legato alla disabilità.

Gli anziani rappresentano certamente la fascia più fragile della popolazione, quella che unisce maggiori e più complessi bisogni, e insieme minore capacità economica.

L’analisi della disabilità, contenuta nel cap. 5.3, evidenzia che abbiamo un esercito di oltre 2,3 milioni di disabili, con un forte aumento di quelli che vivono soli, a conferma della necessità di rafforzare l’assistenza sociale. Solo il 10% delle famiglie con un disabile riceve aiuti dalle ASL o dal Comune, e solo il 13,5% ha una collaborazione a pagamento.

La disabilità è un fenomeno di genere: il 7,3% degli uomini over 50 è disabile, contro una percentuale quasi doppia per le donne (13,2%). È anche un fenomeno con caratteristiche geografiche: nel Nord gli over 50 disabili sono il 9,0%, ma salgono al 12,9% nel Sud. Principalmente, però, è un fenomeno legato allo stato socio-economico: i disabili sono il

3,7% dei laureati e diplomati, ma addirittura il 15,2% di quelli con licenza elementare. Crescono, inoltre, le multi-disabilità e, anche se si diventa sempre meno disabili, o quanto meno si posticipa la sua insorgenza, per effetto dell'invecchiamento il numero dei disabili aumenta. Un modello organizzativo che dia risposta a queste tipologie di bisogni, con le diversità evidenziate, appare ancora assente.

Gran parte dell'attenzione si sta oggi concentrando sull'aggregazione dei medici di base (cfr. cap. 2.6), ritenendo che la medicina di gruppo possa offrire soluzioni più adeguate alla popolazione; questo è certamente vero in generale, ma paradossalmente più per i casi di bisogno acuto (che trovano così una risposta più adeguata, di livello più complesso), che non per quelli cronici.

Negli altri Paesi europei sul tema della cronicità si sta investendo, ad esempio sperimentando percorsi di *disease management*, almeno per le principali forme (Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco), che da sole si stima assorbano il 70% dei costi delle cronicità.

Il pregio di questi modelli, oltre a quello (non da poco) di aumentare *compliance* e soddisfazione dei pazienti, è quello di definire un modello organizzativo fondato sulla presa in carico dei pazienti, e insieme di razionalizzare il percorso di cura della parte maggiore dei pazienti cronici; si noti che disporre di percorsi definiti crea le condizioni per disegnare interventi (quasi) *ad personam* per le altre tipologie di cronicità.

L'Integrazione è, quindi, insieme un modello organizzativo nuovo, che ancora deve essere definito, basato sia su una reale presa in carico, sia sull'attenzione alla qualità della vita del paziente/disabile. Essa però è anche un atteggiamento culturale diverso nei confronti del ruolo del SSN, in quanto deve abbandonare la logica della quantità delle prestazioni (uguali per tutti) in favore della loro personalizzazione sui bisogni specifici della popolazione: un maggiore orientamento al "cliente" che ancora stenta a realizzarsi compiutamente.

6. Valutazione

Senza sistemi di Valutazione trasparenti e credibili il sistema italiano non potrà migliorare e principalmente sarà difficile che possa conquistare la fiducia dei cittadini, la cui mancanza o carenza è l'elemento ricorrente, e maggiormente preoccupante, delle classifiche che vengono periodicamente proposte. Si tratta quindi di un'esigenza legata non solo alla possibilità di operare scelte efficienti e efficaci, ma anche e soprattutto alla volontà di garantire credibilità complessiva al sistema.

Allo stato attuale, purtroppo, dobbiamo osservare che in Italia è difficile persino tracciare un quadro epidemiologico consistente, che pure dovrebbe essere la base di qualsiasi forma di pianificazione. In un tale contesto, non stupisce che l'opinione pubblica rimanga in balia dell'aneddotica e/o delle classifiche che gli vengono proposte, le quali giungono, a seconda del parametro di volta in volta utilizzato, a risultati assolutamente difformi relativamente alla bontà del nostro sistema.

Stilare classifiche o valutazioni sintetiche oggettive è forse impossibile, anche perché i sistemi sanitari sono fortemente legati ad aspetti sociali e culturali peculiari di ogni Paese, così che ciò che è una priorità in una realtà, può non esserlo in altre; ciò non di meno, ai cittadini andrebbe offerta la possibilità di conoscere il grado di raggiungimento degli

obiettivi a fondamento del sistema, per i quali destinano una quota rilevante delle proprie risorse.

Sebbene quindi la Valutazione sia un'operazione difficile, essa dovrebbe assurgere a principio ispiratore del SSN.

Il Rapporto contiene numerosi contributi che mostrano la debolezza dei sistemi di monitoraggio e anche altri che provano a dimostrare la possibilità di crearne di nuovi.

Sul lato della Valutazione dei bisogni e dei fabbisogni per finanziarli, va detto che l'esperienza inglese in termini di *capitation*, ovvero di finanziamento dei *Primary Care Trust*, dimostra che molto si può fare, disponendo però di sistemi informativi adeguati.

Nel cap. 2.1 si evidenzia, allo stato attuale, la mancanza di una chiara indicazione di come garantire il rispetto sostanziale dei LEA, ovvero dell'equo accesso alle prestazioni assistenziali ritenute essenziali, e si analizza poi la versione italiana della citata *capitation*, per giungere alla conclusione che il sistema di riparto delle risorse fra le Regioni è stato ondivago, sta perdendo quella patina di scientificità che in origine aveva e, con buona probabilità, è distorsivo. Si evidenzia, altresì, che la scelta dei parametri su cui stimare il fabbisogno è tutt'altro che neutrale.

Le modifiche intervenute nel tempo nei criteri di assegnazione delle risorse, in effetti, sono abbastanza significative e spesso modificano anche sensibilmente i risultati finali (avanzi/disavanzi). Nel capitolo si evidenzia come sia importante, nella scelta del criterio di riparto, fermarsi all'osservazione dell'utilizzo (ai sensi della L. n. 662/1996), ovvero "ripulire" quanto più possibile le osservazioni dall'inefficienza, ad esempio utilizzando le *best performance* (es. più basso tasso di ospedalizzazione). Sembra anche difficile non riconoscere che, data la prevalenza di strutture erogatrici pubbliche, non si riconosca l'esigenza di considerare una quota di costi fissi.

Purtroppo, come detto, in assenza di basi informative affidabili non siamo in grado di apprezzare l'impatto di variabili escluse dal sistema di riparto, quali i fattori socio-economici (deprivazione, etc.).

In carenza di una Valutazione scientifica, diventa difficile anche condividere il giudizio sui disavanzi maturati: è infatti evidente che essi siano il prodotto tanto della spesa, che del finanziamento accordato. In prospettiva, la mancanza di un approfondimento del tema mina alle basi il progetto di federalismo fiscale; l'idea del fondo di perequazione (in senso solidaristico) contenuto nel D.Lgs. n. 56/2000 mancherebbe, infatti, di un condiviso metodo di Valutazione del fabbisogno sanitario.

Il cap. 3.3 indaga, a complemento di quanto detto, il rapporto fra mobilità e ricoveri inappropriati, suggerendo che l'attuale sistema di riparto potrebbe finire per creare incentivi non corretti, generando flussi di mobilità di ricoveri inappropriati che finirebbero per nascondere eccessi di offerta nelle Regioni di attrazione.

Si conferma quindi che la Valutazione dei bisogni e dei correlati fabbisogni finanziari dovrebbe essere un investimento prioritario, cosa che non viene invece spinta a causa di una mal interpretata autonomia delle Regioni, che tendono a risolvere orizzontalmente le questioni legate al finanziamento.

Il Rapporto contiene anche esempi di valutazioni possibili, sebbene in ambiti specifici. Iniziamo dall'efficienza delle strutture, e nello specifico delle Aziende ospedaliere. I diffe-

renziali di efficienza fra le strutture tendono anno dopo anno ad aumentare. Nel 2004 (ultimo anno disponibile) il costo per punto DRG delle strutture considerate (92) varia da quasi € 1.800 a oltre € 7.100, ovvero di oltre il 400%.

Differenze di questo genere non sono attribuibili ad imprecisioni contabili, né tanto meno

Tabella 5 - Costo per punto DRG, anni 2003-2004

Costo per punto DRG (ord.+ day hospital)	2003	2004	Var 2004/2003
Osservazioni	92	92	0
Media Nazionale	3.728,72	3.835,55	2,87%
Mediana	3.572,21	3.747,05	4,89%
Media Troncata (5%)	3.695,90	3.809,60	3,08%
Media Troncata (15%)	3.666,01	3.789,41	3,37%
S.Q.M.	795,39	806,17	1,35%
Max	7.055,54	7.161,05	1,50%
Min	2.278,46	1.779,40	-21,90%
Max/Min	3,10	4,02	+ 0,93

Fonte: nostra elaborazione su dati ASSR

a difetti del DRG (peraltro presenti): esistono inefficienze rilevanti che devono ancora essere affrontate; l'esercizio dimostra l'utilità della Valutazione, nella misura in cui una successiva analisi econometrica (cfr. cap. 3.2) permette di attribuire l'inefficienza in larga misura alle piante organiche squilibrate (in particolare per la quota di personale non sanitario) e alla produttività del personale.

Per quanto concerne la qualità, il cap. 5.1 sottolinea le difficoltà statistiche e concettuali di misura della stessa in ambito clinico. Evidenzia però anche l'importanza e la possibilità di scegliere una politica di incentivo alla qualità, descrivendo pregi e difetti del *pay-per-performance*, del *pay-per-participation*, della creazione di centri di eccellenza. Molti Paesi sono già partiti e dimostrano che approcci integrati sono probabilmente la cosa più sensata. Meccanismi di *pay-per-performance* sono già presenti in ambito internazionale, sia a livello ospedaliero che di cure primarie, e sarebbe auspicabile venissero introdotti anche in Italia.

L'Atlante sulla mortalità evitabile (ERA), rapporto annuale che condivide con quello CEIS le filosofie del supporto alla Valutazione e alle scelte di politica sanitaria, ci sembra un altro esempio di buona valutazione: nel cap. 5.2 si riporta un esempio di utilizzo dello strumento, dedicato alla mortalità evitabile per tumori alla mammella e all'utero, che evidenzia come siano già oggi disponibili informazioni utili ai fini della razionalizzazione del sistema e alla valutazione della qualità.

Il cap. 5.4, infine, evidenzia la necessità di approfondire la Valutazione dell'ingente investimento in corso sull'ECM, concentrando l'attenzione sulla Valutazione dei servizi dei *Provider* e dei ritorni della formazione.

7. Empowerment

La sostenibilità (sociale ancor più che finanziaria) del SSN, così come è stato improntato alla fine degli anni '70, si fonda sulla sua credibilità.

La scommessa per il SSN è di riuscire a invertire le sue scarse performance sul versante della soddisfazione dei cittadini, ricorrenti in tutte le "classifiche" prodotte.

Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà assumono ruoli strumentali, che poco senso avrebbero se non orientati alla centralità del cittadino.

La stessa Valutazione, si è già detto, ha poco valore se non è in ultima istanza finalizzata a permettere ai cittadini di orientarsi autonomamente nel SSN e di scegliere i servizi migliori.

Anche l'Integrazione deve essere ricondotta ad un modello partecipativo: "calata dall'alto" avrebbe ben poche chances di realizzarsi compiutamente.

L'*Empowerment*, quindi, riassume in sé la vera sostanza della modifica necessaria per il futuro del SSN: un sistema che deve essere meno auto-referenziale e paternalistico e più orientato a interpretare la tensione verso una migliore qualità della vita espresso dalla Società.

Non si tratta solo di avere cittadini più informati: si devono anche trovare forme di maggiore partecipazione diretta. La presenza dei cittadini nei gangli decisionali del sistema è ancora molto limitata, contrariamente a quanto avviene in molti altri sistemi europei, forse a causa del timore che divenga una forza espansiva endogena sul lato della spesa: si sottovaluta, forse, che la partecipazione al difficile compito di governare il sistema aumenta la Responsabilità degli attori.

Va quindi ripensato il rapporto fra SSN e Società: il rapporto con i cittadini, fruitori ultimi del servizio, deve basarsi su una reciproca Responsabilità, che deve riconoscere in un'ottica di Sussidiarietà anche l'Autonomia decisionale dei cittadini stessi. La trasparenza delle Valutazioni è la condizione essenziale per la partecipazione; lo sviluppo dell'Integrazione il primo obiettivo urgente su cui verificare la bontà dell'intuizione.