

Rapporto **CEIS - Sanità 2006**

Il governo del sistema sanitario

Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

a cura di

A. Donia Sofio
M. Meneguzzo
F.S. Mennini
F. Spandonaro

CEIS - Sanità, Facoltà di Economia
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Il Governo del sistema sanitario: complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

Spandonaro F.¹

1 Premessa

Il 2007 per il settore sanitario nasce sotto gli auspici di un nuovo “Patto per la Salute”. Nell’esigenza istituzionale di stabilire un nuovo (e si spera non “ennesimo”) “Anno Zero”, ci sembra si possa leggere il bisogno e la volontà di *governare* il Sistema sanitario, ovvero di mettere il SSN al servizio degli obiettivi di tutela per cui è stato creato.

Per il quarto anno consecutivo, il Rapporto CEIS offre alcuni elementi di riflessione e proposte, nell’ottica di un consapevole ed efficace *governo* del Sistema.

I contributi contenuti nel Rapporto sono il frutto di ambiti diversi di ricerca, raccolti sulla base del supporto che possono dare al processo decisionale e legati da un filo logico che, quest’anno, è la complessità del *governo* del Sistema.

In questo capitolo introduttivo si argomentano, sebbene in modo non esaustivo, le ragioni di complessità e, ove possibile, le risposte da parte dei *policy makers*, fornendo così una chiave di lettura del volume.

2 Il contesto

La riflessione introduttiva riguarda il peso dell’aspetto finanziario nel dibattito di politica sanitaria: anno dopo anno, l’accordo sulle questioni finanziarie assume, nei fatti, la veste di condizione necessaria per poter siglare accordi regionali, come il nuovo *Patto per la Salute*.

L’importanza attribuita all’aspetto finanziario è ben sintetizzata dall’allarme sui costi della Sanità, spesso tacciati di essere fuori controllo. L’analisi dei dati disponibili non sembra però suffragare completamente questa tesi.

Secondo l’ultimo OECD *Health Data*, utilizzato per ragioni di confrontabilità, la spesa sanitaria italiana (2004) ammontava all’8,4% del Pil, ben al di sotto del 9,5% della media dei 22 Paesi considerati (cfr. cap. 1.1 Francia, Mennini).

Si evince, inoltre, che la crescita della spesa sanitaria, anche se è stata più veloce dell’aumento del Pil in tutti i Paesi, in Italia lo è stata in modo più contenuto, facendo del nostro Paese uno di quelli maggiormente virtuosi; l’aumento di 0,7 punti percentuali di Pil fra il 1990 e il 2004, anche se rilevante, rappresenta il terz’ultimo valore in Europa e questo risultato assume una valenza ancora maggiore se consideriamo che si è realizzato a fronte di un livello di spesa iniziale basso e di una crescita del Pil molto modesta.

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

3 Lo scenario finanziario: il governo della spesa e dei disavanzi

Alla luce di quanto argomentato nel precedente paragrafo, il “problema di sostenibilità finanziaria” della Sanità in Italia sembra debba essere circoscritto, e in particolare all’aspetto della spesa pubblica.

In termini di livello, la preoccupazione per la spesa sanitaria pubblica può ricondursi al persistere di un debito pubblico che ha pochi paragoni in Europa; in termini di crescita, all’altrettanto persistente disavanzo che annualmente si crea, giustificando la tesi di chi ritiene fuori controllo la spesa.

Sul primo aspetto, ci sembra si possa aggiungere che, se non ci sono dubbi sul fatto che sia necessario comprimere la spesa pubblica, non è invece del tutto evidente *ex ante* quali debbano essere le priorità e quali, di conseguenza, i settori da “penalizzare” o salvaguardare.

Forse non è del tutto matura la consapevolezza che le politiche sanitarie devono, sempre più, essere inquadrare nel contesto globale degli interventi di *welfare*; si comprende allora come, in presenza di un vincolo globale, la mancanza di scelte in alcuni settori (pensiamo alla previdenza), possa comportare oneri in altri (pensiamo alla Sanità): in pratica si leva con una mano (in termini di servizi in natura) quello che l’altra mano ha “lasciato” in termini di prestazioni in denaro.

Sul secondo aspetto, quello legato al disavanzo, possiamo osservare che esso è strutturale. Giordani e Spandonaro (cfr. cap. 1.7) rilevano che il finanziamento è sempre stato inferiore alla spesa sanitaria pubblica, sin dall’esordio del SSN: il *gap*, nel periodo 1982-2005, è stato in media pari allo 0,4% del Pil, con variazioni annue relativamente modeste. In via di principio, quindi, non sarebbe stato impossibile colmare tale *gap*.

Lo stanziamento delle risorse per la Sanità non sembra peraltro essere il frutto di una attenta programmazione: osserviamo, ad esempio, che in alcuni anni la crescita del finanziamento è stata inferiore a quella del costo per il personale dipendente che, oltre a essere la maggiore e predominante voce di costo, è per sua natura facilmente prevedibile.

La legge Finanziaria in corso di discussione prevede un rilevante incremento del finanziamento centrale, che raggiunge i € 96,0 mld., più € 1,0 mld. a destinazione vincolata per le Regioni in condizioni finanziarie peggiori. A queste risorse centrali si aggiungerebbero anche € 3,7 mld. di risorse regionali, portando il finanziamento complessivo a € 100,7 mld., ovvero al 6,7% del Pil (ove quest’ultimo cresca come previsto nei documenti di programmazione economica).

Mediante un modello di simulazione (cfr. cap. 1.3, Polistena, Spandonaro) si stima che la crescita economica e demografica, oltre che lo stesso aumento del finanziamento, spingeranno il tendenziale di spesa pubblica a € 104,8/106,1 mld. (a seconda dello scenario), pur in presenza di incrementi nelle compartecipazioni: in Finanziaria sono previsti aumenti per specialistica e pronto soccorso.

Per completare il quadro, vanno considerati, esogeneamente, gli effetti delle razionalizzazioni, conseguenti ai piani di rientro delle Regioni con elevati disavanzi (effetto netto stimato in Finanziaria di € 1 mld.) e gli effetti delle manovre sui prezzi (dei farmaci e dei dispositivi medici) e delle tariffe (di laboratorio), per ulteriori € 1,1 mld.

A seconda del grado di ottimismo sull’efficacia dei piani di rientro, nonché dei tagli sui

prezzi, ma anche sulla misura in cui, in sede di approvazione, troverà conferma l'attuale assetto della Finanziaria, lo scenario di spesa pubblica finale potrebbe quindi attestarsi fra € 102,7 mld. e € 105,0 mld., con un disavanzo effettivo compreso fra € 2,0 e € 4,3 mld.

Sintetizzando, nella "peggiore" delle ipotesi si confermerebbe un *gap* fra finanziamento e spesa di 0,4 punti percentuali di Pil, in linea con lo storico, mentre nella "migliore" lo scarto si ridurrebbe a 0,15 punti.

Alla luce delle numerose testimonianze internazionali raccolte nel Rapporto (cfr. cap. 2), non sembra questa essere una anomalia italiana, né tanto meno un fattore di particolare criticità. Se escludiamo i Paesi che evitano "per definizione" di maturare disavanzi, mediante l'aggiustamento dei premi assicurativi (vd. Olanda), o adottando politiche di razionamento esplicito (vd. Australia), negli altri casi (Argentina, Francia, Spagna, USA) le problematiche sembrano piuttosto simili alle nostre; la differenza che si riscontra è piuttosto una minore conflittualità o, quanto meno, sensibilità relativamente all'attribuzione della responsabilità del disavanzo stesso; questo comporta una maggiore rapidità nel ripiano, evitando così i costi impliciti indotti dall'accumulo dei debiti, ovvero dal ritardo dei pagamenti del settore pubblico.

L'esperienza internazionale ci indica, quindi, che un aspetto del *governo* del sistema riguarda il modo di evitare di aggiungere al fallimento (magari parziale) delle politiche di contenimento, l'inefficienza di una gestione finanziaria farraginoso dei disavanzi.

Tornando all'analisi dello scenario italiano, i risultati finali dipendono fortemente dalla capacità della politica sanitaria centrale e locale di agire coerentemente e coordinatamente, al fine di realizzare le misure di razionalizzazione proposte in Finanziaria.

La lettura degli interventi previsti lascia, peraltro, intravedere una sorta di "Federalismo immaturo": la logica (quella positiva) del Federalismo comporterebbe che sia compito locale quello di perseguire le condizioni di massima efficienza, lasciando ai livelli di *governo* centrale il compito di regolare i principi generali e vigilare sul rispetto dei diritti. Da una legge Finanziaria, in particolare, ci si attende la definizione delle risorse disponibili centralmente e, se del caso, una indicazione sui livelli di razionamento delle prestazioni, tali da garantire l'equilibrio.

Nell'attuale Finanziaria (centrale, pur se frutto, anche grazie alla congiuntura politica, di un accordo fra Stato e Regioni) praticamente tutte le azioni riguardano invece aspetti riconducibili alla competenza regionale, mentre sono molto limitati gli interventi sui principi generali. Per circa il 50% si tratta di razionalizzazioni derivanti dai piani di rientro regionali, e per l'altro 50% misure di responsabilizzazione dei cittadini, la cui efficacia è qualitativamente certa, poiché configurano trasferimenti finanziari, ma è quantitativamente incerta perché legata a situazioni specifiche regionali (in primo luogo i livelli di esenzione).

Sembra lecito chiedersi se le azioni citate debbano o meno essere oggetto di regolazione centrale.

Riprendendo l'esempio delle compartecipazioni, se volessimo ragionare in punta di principio, potremmo (o dovremmo) concludere che ove esse precludessero solo a ragioni di responsabilizzazione verso un uso appropriato delle risorse, allora dovrebbero più cor-

rettamente essere oggetto di legislazione regionale, al cui livello è possibile un ottimale *fine tuning* in base alle caratteristiche locali; sarebbero, invece, correttamente di pertinenza del Governo centrale, nella misura in cui configurano razionamenti (impliciti) dei LEA.

Se è, quindi, istituzionalmente discutibile una regolazione minuta a livello centrale dei livelli di compartecipazione, sarebbe invece assai più auspicabile affrontare il tema delle esenzioni, poiché per i cittadini più fragili esse configurano un diritto di cittadinanza: invece, paradossalmente, esse sono oggi soggette all'arbitrio regionale, con comportamenti abbastanza difforni.

Una spiegazione di questa inversione di ruoli e del persistere di una certa confusione istituzionale, può farsi risalire alla mancanza di un Federalismo fiscale compiuto, capace di responsabilizzare definitivamente le Regioni sul versante economico.

La sensazione è che le Regioni "usino" in qualche modo il livello di Governo centrale per farsi "omologare" le proprie scelte (nel caso delle Regioni più attive e spesso più virtuose) o per farsi indicare (o imporre) la strada delle razionalizzazioni (nel caso delle Regioni meno efficienti).

La precedente osservazione giustifica l'idea di un Federalismo "immaturo", il cui rischio è quello di spostare semplicemente il conflitto istituzionale a livello di riparto regionale delle risorse, lasciando alla Finanziaria il mero compito di configurare le condizioni per affrontare *ex post* la spinosa questione della responsabilità del disavanzo.

Ad una Finanziaria, in presenza di Federalismo più maturo, si potrebbe quindi chiedere di rinunciare a definire le modalità di riequilibrio dei bilanci regionali, spostando il focus sul monitoraggio e l'indirizzo. Si può obiettare che non è compito di una Finanziaria definire criteri di qualità e/o equità dell'assistenza, ma l'esperienza internazionale dimostra che scollegare completamente tali funzioni dalla leva finanziaria rende almeno parzialmente inefficace l'intervento centrale. Quanto meno, si dovrebbe immaginare la definizione di un sistema di incentivi a perseguire una logica di miglioramento della qualità, che è poi la filosofia della *Clinical Governance*, in Italia spesso citata a sproposito se non in modo distorto.

In definitiva, sarebbe auspicabile che il Governo centrale sposasse logiche di *pay per performance*, incentivando così i comportamenti regionali efficienti, efficaci (e di qualità), equi, lasciando alla responsabilità locale l'onere di individuare le modalità di realizzazione.

Senza che questo escluda che una aggiuntiva attenzione possa essere data al sostegno delle situazioni maggiormente critiche, come peraltro si è fatto nell'attuale Finanziaria con il fondo aggiuntivo di € 1 mld.

Che scopo ultimo debba essere quello dell'incentivazione di comportamenti complessivamente efficienti, efficaci ed equi, se mai necessitasse di conferma, è reso evidente dalla stretta relazione che i comportamenti, anche di spesa, del settore pubblico hanno con la spesa sanitaria totale e quindi con quella privata, ovvero con i bilanci delle famiglie.

L'evoluzione della spesa sanitaria totale (cfr. cap. 1.2, Polistena, Ratti e Spandonaro) dipende da fattori di crescita economica e modificazioni demografiche, ma non è neppure esente da impatti riconducibili a fattori istituzionali.

In particolare, il modello di Polistena, Ratti e Spandonaro indica un effetto espansivo della

spesa pubblica sulla spesa totale, che potrebbe essere attribuita tanto ad una duplicazione di funzioni, quanto ad una tendenza inerziale della spesa pubblica ad adeguarsi al finanziamento. Questo ultimo riscontro “giustifica”, in qualche modo, la storica tendenza a sottostimare il finanziamento, evitando espansioni di spesa non necessariamente appropriate.

Per quanto concerne l’aspetto della duplicazione, si aggiunga che anche la composizione della spesa pubblica (intesa come rapporto fra quota a gestione diretta e quota a gestione accreditata) sembra produrre un effetto non neutrale: in particolare, si riscontra una correlazione positiva fra spesa e quota a gestione accreditata, sebbene questo fenomeno sia limitato alle Regioni del Centro-Sud; in altri termini, la composizione (pubblico/privato) della spesa non sarebbe di per sé un fattore discriminante, se non dove una gestione apparentemente errata del rapporto pubblico/privato configura inefficienze di sistema.

L’analisi econometrica fornisce altri elementi di interesse: ad esempio, si conferma che le Regioni del Nord si presentano come un gruppo caratterizzato da una omogeneità di fondo dei comportamenti di spesa, mentre il Centro-Sud costituisce una “sommatoria” di comportamenti difformi, con differenze interne ancora da spiegare compiutamente.

Infine, il modello permette anche di quantificare gli effetti di redistribuzione impliciti, prodotti dalla gestione solidaristica del SSN. Essi sono rilevanti per dimensioni e caratteristiche: le Regioni del Nord “rinunciano” a quote di spesa che raggiungono e superano il 15%, in favore di Regioni del Sud che arrivano a registrare il 50% di spesa in più rispetto al livello “presumibile” in assenza di solidarietà. Si lascia così apprezzare, anche quantitativamente, quanto sia ancora in “salita” una compiuta realizzazione del Federalismo in Sanità.

In termini quantitativi, il modello prevede un aumento di spesa totale più veloce dell’incremento del Pil, sebbene per il 2007 limitato dalla previsione di una crescita reale significativa di quest’ultima variabile: si arriverebbe all’8,2%-8,3% del Pil², rimanendo sempre al di sotto delle medie europee.

L’impatto sulle famiglie è limitato, in quanto la crescita delle risorse pubbliche rese disponibili è controbilanciata dagli effetti dei nuovi (o aumentati) ticket.

Per le famiglie si assiste ad un decremento della spesa sanitaria, dell’ordine del 6-12%: la manovra, tesa a una maggiore responsabilizzazione degli utenti, innesca però complessi meccanismi equitativi; da questo punto di vista, l’adozione di ticket in cifra fissa sulle ricette della specialistica lascia supporre un impatto equitativo discutibile, in particolare sulle fasce di popolazione più a rischio (cfr. cap. 4.1 Doglia, Spandonaro).

4 Lo scenario economico: il governo dell’efficienza

Misurare l’efficienza, uscendo dalla (pur utile) evidenza aneddotica è notoriamente difficile, specialmente in un settore caratterizzato da grandi complessità come quello sanitario. Un coerente *governo* del sistema richiede peraltro di dipanare l’intreccio fra interventi

² Il modello utilizza dati ISTAT e Ministero della Salute; il livello di spesa citato è approssimativamente coerente con un livello dell’8,5%, secondo gli standard OECD Health Data (cfr. cap. 1.1).

puramente finanziari e recuperi d'efficienza complessiva del sistema.

Secondo Fioravanti e Spandonaro (cfr. cap. 3.1), l'analisi congiunta delle politiche finanziarie regionali (*ex-ante*) e dei relativi risultati (*ex-post*), fa emergere come le Regioni siano fortemente condizionate dall'esigenza di ottenere risparmi a breve termine.

Incrociando le informazioni relative ai modelli di finanziamento delle aziende sanitarie territoriali e di quelle ospedaliere, con quelle relative ai disavanzi/avanzi sanitari regionali, sembra confermarsi che il cosiddetto (neo)centralismo regionale è una risposta alla pressione a cui sono sottoposte le Regioni, sul versante dell'equilibrio di bilancio.

Questa osservazione è piena di conseguenze: in primo luogo sembra indicare che i meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo, ma condizione necessaria affinché possano esplicare la loro funzione è quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori; in secondo luogo, che la mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori, oltre ad impedire di trasformare i "segnali" di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzi strutturali) in sanzioni efficaci (la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti), determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappropriatazza; infine, che gli scostamenti del finanziamento regionale dalle indicazioni nazionali sui LEA, possono essere interpretati tanto come il perseguimento di una maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto come adattamenti (magari parziali) alla spesa storica.

In termini di *governo* del Sistema, dobbiamo rilevare che in assenza di un piano straordinario che sani le situazioni di disavanzo patologico, allentando quindi la pressione finanziaria sulle Regioni stesse, si perde la possibilità di utilizzare la leva competitiva per razionalizzare il mercato.

Un altro esempio evidente di questo intreccio, non sempre virtuoso, fra risparmi finanziari a breve termine ed efficienza complessiva del Sistema, è rappresentato dalla regolazione in campo farmaceutico.

Gli interventi di politica pubblica si sono ultimamente incentrati su tagli di prezzo (conseguenti a incrementi di quantità non sempre giustificabili), la cui efficacia in termini finanziari è confermata dal modello sviluppato da Barrella, Polistena, Ratti, Spandonaro (cfr. cap. 1.4): in termini quantitativi, le variazioni dei prezzi medi avrebbero infatti una elasticità intorno a 0,2.

Peraltro, il miglioramento delle condizioni economiche e l'invecchiamento hanno una influenza "naturale" sulla spesa farmaceutica, spingendola al rialzo: questa banale evidenza indica l'esigenza di rivedere una politica fondata su un tetto finanziario unico, indipendente dalla struttura demografica, fissato al 13% o 16% complessivo della spesa (peraltro a fronte di una nostra previsione del 18% ca. per la spesa pubblica più privata, esclusa però l'ospedaliera).

A questa prima evidenza, il modello permette di aggiungere alcune interessanti specificazioni: in primo luogo l'effetto dell'invecchiamento è significativo al Nord e, sorprendentemente, non nel Centro-Sud. In particolare, l'aumento di un punto percentuale della popolazione con più di 65 anni aumenterebbe la spesa farmaceutica totale pro-capite di € 18,16 in Italia, pari al 4,93%, e al Nord di € 13,64 pari al 3,57%.

Ancora, se nel Centro-Sud il numero di prescrizioni per medico fosse uguale a quello medio del Nord, si avrebbe una diminuzione della spesa farmaceutica totale pari al 4,41%. Il modello predisposto indica quindi l'urgenza, specialmente nel Centro-Sud, di intervenire prioritariamente sull'inappropriatezza prescrittiva.

Le rilevanti differenze regionali sul versante prescrittivo, come anche l'assenza di considerazione per gli aspetti demografici legati al bisogno, suggeriscono in definitiva nuove strategie per le politiche farmaceutiche: per incentivare l'efficienza esse debbono essere calate nei contesti locali, abbandonando la pretesa di *governare* il sistema con regole troppo semplici, come è il tetto del 13%.

Un analogo discorso può essere fatto per le politiche di razionalizzazione ospedaliera basate sul taglio dei posti letto.

Una prima banale, ma non scontata, osservazione è che la chiusura dei posti letto non implica necessariamente la riduzione dei costi connessi: quelli relativi al personale prima di tutto, ma ciò vale anche per i costi fissi relativi alle attrezzature ecc.

Sembra poi rilevante verificare se la progressiva riduzione dei posti letto, e il (quanto meno parziale) successo nel ridurre i costi del LEA "Assistenza Ospedaliera", siano effettivamente forieri di una effettiva razionalizzazione della rete, oppure i risparmi siano fondamentalmente finanziari.

Il quadro quantitativo appare piuttosto complesso (cfr. cap. 1.5, Rocchetti, Spandonaro): osserviamo, infatti, tassi di ospedalizzazione (standardizzati per l'età) variabili regionalmente nell'ordine del 300% (e anche più per il regime diurno e per riabilitazione e lungodegenza) e casistiche medie diverse, anche di 1,5 volte (in termini di tariffe associate).

Sembra che ci siano pochi dubbi sulla persistenza di situazioni di ricorso alla struttura ospedaliera non riconducibili a fattori demografici ed epidemiologici.

Non stupisce allora che le curve di assorbimento delle risorse per età risultino fortemente diverse per i cittadini di una Regione rispetto a un'altra: in alcune classi di età troviamo un fattore di variabilità regionale (differenze di assorbimento di risorse) dell'ordine del 250%. Tra l'altro ai diversi comportamenti assistenziali si sommano livelli tariffari anch'essi estremamente variabili: con differenze medie massime (rispetto alle classi di età) che raggiungono il 60%.

Le politiche nazionali indifferenziate (come è il caso dei target massimi di posti letto per abitante) sembrano, quindi, incapaci di incentivare una razionalizzazione effettiva, quando non sono addirittura fonte di ulteriori rischi di inappropriatezza e inefficienza. Prevale, infatti, l'uso dello strumento tariffario per ragioni finanziarie (rispetto dei tetti di finanziamento), piuttosto che per regolare quali-quantitativamente le prestazioni erogate.

Per esclusione, si deve ammettere che i differenziali di performance rilevati giustificano la presunzione dell'esistenza di diffusa inappropriatezza.

In definitiva, osserviamo una domanda in larga misura condizionata dall'offerta, secondo un meccanismo autoreferenziale tipico di molti ambiti del SSN italiano. Per superarla, in termini di *governo* del sistema, appare quindi auspicabile concentrarsi per un verso sulla valutazione del ricorso all'ospedale, e per un altro sulle dimensioni delle dotazioni organiche, abbandonando la regolazione dell'offerta di letti.

Questa opzione di politica ospedaliera è corroborata, altresì, dalla valutazione dei livelli di

(in)efficienza delle strutture ospedaliere (cfr. cap. 3.2, Fioravanti, Polistena, Spandonaro). L'analisi, giunta alla sua terza revisione annuale, permette di affermare, con sempre maggiore convinzione, che nel sistema ospedaliero italiano esistono problemi significativi sia sul lato del finanziamento che su quello dell'efficienza: i costi per unità omogenea di ricovero, analizzati limitatamente a 96 aziende ospedaliere pubbliche, variano di oltre il 300%: da un minimo di circa € 2.000,00 per punto DRG a oltre € 6.000,00; il dato non solo si conferma di anno in anno, ma assistiamo anche ad un progressivo incremento della sua variabilità.

Pur rimanendo lecito il dubbio che possano esistere rilevanti problemi di confrontabilità dei dati contabili, la cui importanza quantitativa è peraltro allo stato attuale non inferibile, emergono indicazioni significative relativamente all'inadeguatezza dell'attuale sistema tariffario, basato sui DRG: in particolare sul versante della corretta rappresentazione della complessità assistenziale. Peraltro è noto come il sistema di classificazione, ormai quasi universalmente adottato seppure con differenti modalità di utilizzo, quasi ovunque abbia utilizzato versioni molto più recenti e raffinate di quella adottata in Italia.

Sembra, altresì, dimostrarsi l'esistenza di problemi di inefficienza tecnica: osserviamo una chiara associazione statistica dei maggiori livelli di produttività con i minori livelli di costo, come anche una quota rilevante di variabilità residua, sia sovra-regionale, che a livello di singola Regione, che non trova spiegazione in fattori strutturali o attinenti alla natura (contabile e tariffe DRG) dei dati utilizzati.

I DRG hanno sicuramente incentivato una maggiore produttività, e le nostre stime indicano che questa si è, almeno parzialmente, trasformata in maggiore efficienza: ai fini di una più corretta incentivazione di comportamenti virtuosi da parte delle aziende sanitarie, sarebbe però auspicabile che le tariffe fossero definite per singola tipologia di struttura, tenendo conto di fattori aggiuntivi, quali ad esempio la complessità clinica.

Si evidenziano, inoltre, seri problemi sul versante delle modificazioni strutturali dell'assetto produttivo (confermando indirettamente le argomentazioni del cap. 1.5): piante organiche squilibrate sembrano rappresentare elementi fortemente critici per l'efficienza delle strutture.

Attualmente i sistemi di finanziamento regionale suppliscono ai limiti intrinseci nell'attuale sistema di tariffazione, riconoscendo finanziamenti aggiuntivi per funzione, o semplicemente *ad hoc*. Il rischio è però che così prevalga la logica del finanziamento a piè di lista (o storico), vanificando le proprietà del sistema di pagamento prospettico in termini di incentivazione dell'efficienza del settore ospedaliero.

Dobbiamo aggiungere che i risultati ottenuti, letti congiuntamente ad una analisi effettuata sui finanziamenti medi per punto DRG corrisposti alle case di cura private iscritte all'AIOP (Piasini, Spandonaro, 2006), pongono anche rilevanti problemi di interpretazione sul ruolo di committenza svolto dalle ASL.

Emerge infatti un rilevante *gap* di costo per i SSR (dell'ordine del 50%), a favore dell'uso dei servizi in convenzione/accreditamento rispetto a quello dell'uso dei servizi diretti. Le dimensioni della differenza non sembrano giustificabili con le sole funzioni assistenziali specifiche di cui si fanno carico le aziende pubbliche, quali l'emergenza. Piuttosto sembra opportuno indagare quanto il differenziale di costo sia relativo alle differenti capacità

di approvvigionamento dei fattori produttivi, in primo luogo del personale.

Si tratta quindi di trovare nuovi strumenti di *governo* che premino le aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performance peggiori, ma anche nuovi assetti istituzionali che permettano a tutte le aziende di approvvigionarsi efficientemente. Oltre a perfezionare (e per le aziende pubbliche: ripristinare) il sistema di pagamento prospettico, appare necessario, come già proposto nel Rapporto CEIS Sanità 2005, integrarlo con la promozione di informative sulle reali performance degli ospedali. Tale misura appare opportuna tanto per incentivare una maggiore attenzione delle aziende verso l'efficienza complessivamente intesa, quanto per permettere ai pazienti/consumatori di svolgere consapevolmente la propria funzione di scelta, incentivando il miglioramento della qualità.

L'integrazione delle politiche di *governo* nel settore ospedaliero rappresenta la condizione necessaria, ma non sufficiente, per una razionalizzazione del Sistema: infatti, l'Ospedale non potrà certamente modificarsi se non si sviluppa, parallelamente, una efficace assistenza primaria.

Da questo punto di vista, sia l'assistenza ospedaliera che quella primaria soffrono il mancato adeguamento/sviluppo dei propri modelli organizzativi.

Come è noto, gran parte dei presidi della rete ospedaliera italiana adotta un assetto organizzativo elaborato negli anni '20 e giunto sino a noi con poche modifiche, oggi certamente debole sul versante dell'integrazione delle cure che sempre più rappresenta un imperativo.

A livello territoriale si è sinora privilegiata la componente strutturale di committenza e di offerta (creazione dei distretti, incremento dei posti in RSA, sviluppo di Case della Salute, ecc.), senza però che si sia approfondito (come peraltro si fa all'estero) quale modello assistenziale permetta migliori *outcome* e *customer satisfaction*.

Sul versante della medicina di base emerge (cfr. cap. 1.6, Barrella, Rebba) un primo tentativo positivo di passare da obiettivi di razionamento della domanda ad una reale presa in carico dei problemi dei pazienti. Negli accordi regionali più recenti si evidenzia un minore riferimento a tetti di spesa e/o a limiti di prestazioni erogabili, assumendo una maggiore attenzione alla progettazione di percorsi diagnostico-terapeutici.

Secondo Barrella e Rebba risulta, però, ancora lontano il raggiungimento dell'obiettivo di una reale promozione e valutazione degli outcome di salute. Anche perché è ancora relativamente ridotta la parte variabile della remunerazione dei medici di base, gestita per perseguire obiettivi a livello decentrato (dove è più agevole misurare e controllare i risultati).

Il *governo* del sistema di assistenza territoriale passa per un insieme multi-dimensionale di interventi: la creazione di sistemi informativi locali integrati, la messa in rete e l'informatizzazione degli studi dei medici di base, l'adozione di modelli organizzativi di presa in carico basati sull'evidenza (EBM) e l'integrazione delle cure, la sperimentazione di meccanismi di *pay per performance*.

L'attenzione agli aspetti organizzativi è condivisa da Tanese (cfr. cap. 3.4) che sostiene «... il dinamismo che ha caratterizzato l'assetto delle aziende sanitarie in questi dieci anni è stato il segno tangibile di una assoluta rilevanza della dimensione organizzativa e una prova dei margini di manovra creati dalla condizione di autonomia organizzativa in cui le aziende operano. Occorre tuttavia interrogarsi, da un lato, sull'efficacia del cambiamen-

to indotto da tali processi e, dall'altra, sulla reale autonomia in cui le aziende si trovano ad operare. L'ipotesi è che esistano elementi endogeni al SSN che possono condizionare e limitare fortemente sia l'efficacia del cambiamento che il grado di autonomia delle aziende».

Tanese identifica alcuni rischi del processo: in primo luogo un irrigidimento dei processi di cambiamento, derivanti da una inopportuna identificazione dell'organizzazione con l'Atto Aziendale; quindi una sbagliata identificazione dell'organizzazione aziendale con l'elenco delle strutture, e di conseguenza con le posizioni rispetto alle quali attribuire gli incarichi dirigenziali; infine, il rischio di un ritorno ad un approccio più giuridico-formale che sostanziale dell'organizzazione.

Tutte osservazioni che, evidentemente, confermano lo scollamento esistente fra bisogni e risposte organizzative, a tutti i livelli del Sistema sanitario.

Se a livello macro non mancano le criticità nel sistema di *governo*, a livello micro (aziendale) si muovono vari elementi, ancorché spesso fuori da una logica comune di coordinamento.

Sul versante degli approvvigionamenti, che abbiamo visto essere fattore centrale nella spiegazione di alcune enormi differenze di costo fra strutture, Bettacchi, Russo (cfr. cap. 3.3) illustrano, in una ottica CONSIP, le prospettive di razionalizzazione degli acquisti. La crescente presenza di CONSIP, anche sul versante dei servizi di supporto alle procedure di acquisto, rende opportuna una riflessione strategica sui rapporti fra i servizi centralizzati a livello nazionale e lo sviluppo di forme neo-centralizzate a livello regionale. In particolare sembra opportuno inserire la materia in un quadro complessivo di supporto alle scelte regionali: si consideri che in alcune Regioni (a volte anche semplicemente per ragioni dimensionali) sembra più difficile che si possano sviluppare efficienti programmi di razionalizzazione degli acquisti.

A livello aziendale, si segnala la crescente attenzione (seppure l'avanzare sia lento e ancora in alcuni casi embrionale) per l'analisi dei processi. Casati, Marchese, Roberti, Vichi (cfr. cap. 3.7) testimoniano l'importanza dell'analisi sistematica dei percorsi diagnostico-terapeutici, che sembrano il luogo ideale per la valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza assistenziale. La continua crescita delle informazioni raccolte, e quindi la possibilità di effettuare *benchmarking* significativi, lascia ben sperare per il futuro, anche se manca un momento di sintesi dei progetti, capace di rendere al sistema informazioni utili per il suo *governo*, ad iniziare dall'aggiornamento delle tariffe.

A livello di programmazione e controllo, nelle aziende sanitarie ha preso vita un ibrido, che riassume in sé le caratteristiche della gestione budgetaria, con quelle strategiche delle *Balanced Scorecard* (BSC). Peraltro Ferrari, Greco e Merlini (cfr. cap. 3.5), dall'analisi di alcuni *case studies*, traggono l'idea di una configurazione della BSC nelle organizzazioni sanitarie più come mezzo di comunicazione che come strumento gestionale. Frittoli e Granzotto (cfr. cap. 3.6) si ricollegano alle analisi di processo, ricordando che quando tra «le strategie aziendali è prioritario il controllo dei costi, o la comprensione delle relazioni tra i costi e una vasta gamma di prodotti/servizi, l'*Activity Based Costing* (ABC) offre gli strumenti più efficaci per la comprensione degli accadimenti»; in un'ottica di BSC, e in particolare della prospettiva business interno, l'integrazione fra ABC e BSC

sembra quindi una opportunità da non mancare per ricondurre la BSC alla sua funzione gestionale.

Riassumendo, ci sembra di poter affermare che la “partita” dell’efficienza si gioca sia a livello macro, che è quello delle scelte istituzionali, sia a livello micro, quello dello sviluppo di strumenti manageriali.

Gran parte delle azioni normative si situano invece esattamente in mezzo a questi due momenti fondamentali, in un’area grigia caratterizzata da essere il momento della definizione dei livelli di offerta: ancora una volta si dimostra una pericolosa autoreferenzialità, che rischia di trasformare l’innovazione organizzativa, che è il vero motore della razionalizzazione, in un fatto più formale che sostanziale.

5 Il governo degli aspetti equitativi

Un sistema sanitario universale che, almeno parzialmente, sacrifica il principio della libertà di scelta dei pazienti, per privilegiare la globale copertura dei bisogni di assistenza sanitaria della popolazione, deve porre molta attenzione, in termini equitativi, all’impatto delle spese sanitarie *out of pocket* sui bilanci delle famiglie.

In presenza di risorse pubbliche sempre scarse, almeno se confrontate con la tendenziale crescita dei bisogni, il concetto si rafforza, in quanto risulta necessario governare il processo di razionamento. Sia che esso sia esplicito (modifiche nei LEA), sia che (più frequentemente) sia implicito, capire il “segno” in termini equitativi delle politiche economiche sanitarie adottate è fondamentale da un punto di vista sociale.

Ad esempio, il ritorno di forme di compartecipazione, assolutamente auspicabile per *governare* la questione della appropriatezza, tanto sul lato dell’offerta che su quello della domanda, implica anche effetti finanziari sulle famiglie che devono essere attentamente valutati e monitorati.

Il Rapporto CEIS Sanità è giunto al terzo anno di attento monitoraggio dell’equità del nostro SSN: Doglia e Spandonaro (cfr. cap. 4.1) concludono che esiste uno “zoccolo duro” di iniquità sociale, numericamente rappresentato dalle famiglie che si impoveriscono e, almeno in parte, da quelle che sostengono spese “catastrofiche”.

Nel triennio 2002-2004 (ultimi dati resi disponibili dall’ISTAT), tale zoccolo duro è quantitativamente rappresentato da circa l’11% di famiglie povere, a cui si aggiunge l’1,3%, di impoverimento causato da bisogni di salute. In altri termini la salute provoca un aumento di circa il 10% dei poveri “effettivi”. A questi si aggiunga oltre il 4% di famiglie che, malgrado siano titolari “sulla carta” di una copertura globale dei propri bisogni sanitari, sostengono direttamente una spesa per assistenza sanitaria che supera la soglia di riferimento proposta dall’OMS, ovvero il 40% della loro *capacity to pay*.

In termini assoluti il fenomeno è ragguardevole, essendo coinvolti complessivamente oltre 1.200.000 nuclei familiari. Questi nuclei rappresentano contemporaneamente un’area particolare di fragilità e una platea di cittadini che non riescono o non vogliono esercitare il proprio diritto all’assistenza: ad essi va evidentemente deputata una particolare attenzione dai *policy makers*.

L’anzianità è un catalizzatore potente della fragilità: oltre il 60% delle famiglie impoverite contiene anziani; in altri termini, la condizione anziana aumenta del 50% la probabilità di

un impoverimento causato da spese sanitarie *out of pocket*.

Le aree assistenziali che maggiormente contribuiscono al fenomeno sono la farmaceutica e la specialistica per i nuclei più poveri, ma anche l'odontoiatrica e la non autosufficienza per le famiglie che "possono permettersela": per questi ultimi bisogni, quindi, il fenomeno è maggiore di quanto appaia, poiché non avere avuto spese può non implicare che il bisogno sia stato soddisfatto gratuitamente, quanto che potrebbe essere stato semplicemente posticipato (spesso comportando maggiori costi diretti e indiretti nel futuro) o "risolto nella famiglia", con costi che sfuggono alla contabilizzazione.

Si noti, ancora, che nella spesa diretta delle famiglie sono comprese tanto le spese del tutto private, quanto quelle derivanti da compartecipazioni alle prestazioni erogate dal SSN, oltre a quelle "miste" rappresentate dal pagamento di prestazioni rese in *intra-moenia*.

Malgrado la leva dei trasferimenti finanziari, rappresentata nello specifico dai ticket, sia una di quelle più utilizzate a livello di politiche economiche sanitarie, del fenomeno sappiamo poco, non avendo rilevazioni che distinguono per tipologia le spese *out of pocket*. Dai risultati ottenuti, in particolar modo relativamente alla farmaceutica e alla specialistica, si può peraltro immaginare che l'attuale regime di compartecipazioni/esenzioni non sia ben tarato: è infatti presumibile che il meccanismo della quota fissa per ricetta (non soggetto a esenzione), sia in larga parte responsabile dell'impoverimento nelle fasce più povere.

Si aggiunga che l'attuale sistema di esenzione comporta un'unica soglia intorno a € 36.000 di reddito familiare, creando una ingiustificabile disparità fra chi è di poco sopra o sotto tale soglia.

Sarebbe quindi auspicabile che il settore, proprio per la sua valenza strategica e per il suo impatto sociale, sia monitorato molto più approfonditamente, adeguando allo scopo le rilevazioni statistiche.

Si consideri, infine, che a livello regionale si registrano differenze significative; in parte esse sono spiegate dai differenziali endemici di livello socio-economico: citiamo come la distribuzione dei poveri sia molto disforme, dal 3,4% in Emilia Romagna fino a sfiorare il 30% in Sicilia.

Non di meno gli impoveriti sono solo lo 0,3% in Friuli Venezia Giulia, dove evidentemente il SSR riesce a svolgere in modo egregio la sua funzione di collettivizzazione del rischio economico derivante dalla malattia, sino al 2,6% della Calabria. Si noti che la Regione più virtuosa, e quella che lo è meno, non coincidono con quelle del *ranking* per incidenza dei poveri, a dimostrazione sia che i fenomeni sono differenti, sia che l'impoverimento dipende in modo rilevante dalle scelte di politica economica sanitaria.

Ci sembra non casuale che anche l'incidenza delle famiglie che sostengono spese catastrofiche veda nuovamente la primazia del Friuli Venezia Giulia (1,9%) e come fanalino di coda la Calabria (10,2%).

Se ne può concludere che le scelte di politica sanitaria regionali non appaiono affatto neutrali in termini di equità, sia locale che complessiva del sistema.

Un'ultima considerazione riguarda l'importanza dei livelli socio-economici, nello spiegare i diversi livelli di fabbisogno sanitario; mentre a livello di finanziamento si tiene conto, specialmente, delle strutture demografiche (utilizzate nella valutazione delle quote capi-

tarie ponderate come *proxy* del fabbisogno), non vengono presi in considerazione gli effetti dei diversi livelli socio-economici.

Questi ultimi rilevano doppiamente: in primo luogo perché inducono differenti livelli di esenzione nelle varie Regioni, e questi contribuiscono in modo rilevante a determinare il livello di equità del sistema.

Da questo punto di vista sarebbe auspicabile che le compartecipazioni siano strettamente legate ai livelli di inappropriatezza dei consumi, e che i livelli di esenzione siano regionalmente specificati sotto il vincolo, che rappresenta un principio basilare di cittadinanza, di un livello massimo di spesa ritenuto accettabile in funzione della *capacity to pay* della famiglia, ad esempio utilizzando strumenti quali l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

In secondo luogo, come dimostrato da Rocchetti (cfr. cap. 4.2), a parità di bisogno, gli utilizzi dei servizi assistenziali si concentrano in modo diverso a seconda della posizione socio-economica degli individui, determinando forme di iniquità orizzontale.

In particolare, per servizi di base, come le visite generiche, l'indice di iniquità orizzontale è negativo: ovvero, chi ha una posizione socio-economica più bassa fa un uso maggiore dei suddetti servizi rispetto al proprio grado di bisogno. Di contro per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, l'indice di iniquità orizzontale è positivo, indicando un utilizzo maggiore nelle classi più abbienti.

In termini di *policies* queste evidenze implicano sia la necessità di un impegno per rimuovere le cause di impedimento all'accesso, ma soprattutto le cause di inappropriatezza delle risposte, sia di rivedere il sistema di riparto.

Il sistema attuale di riparto, che discende dai criteri della L. 662/1996, non tiene conto degli elementi citati; anzi si fonda sulla frequenza, ma non sull'appropriatezza, dei consumi sanitari, apparendo oggi superato e fonte potenziale di iniquità.

Il *governo* del sistema sanitario non può limitarsi alla gestione della spesa pubblica. La nostra analisi ha confermato la presenza di una notevole quota di spesa *out of pocket*, alimentata da scelte di *opting out*, ma anche dai ticket e dalle forme miste, come il ricorso ai servizi in *intra-moenia*.

Una risposta a questa problematica, in coerenza con l'evoluzione europea, va ricercata nei meccanismi di assicurazione integrativa.

L'analisi degli attuali livelli di copertura assicurativa delle famiglie ci fornisce elementi utili ai fini di un efficace sviluppo delle polizze integrative.

Nelle condizioni attuali, di scarsa incentivazione e anche di incertezza normativa, il mercato dell'assicurazione sanitaria integrativa non solo non cresce, ma rischia di implodere definitivamente, con nocumento tanto per le compagnie che per i cittadini.

Questa è la conclusione a cui giungono Borgia e Doglia (cfr. cap. 3.8), i quali documentano come la spesa OOP delle famiglie assicurate sia sostanzialmente analoga in livello e in composizione a quella delle famiglie non assicurate.

Questo fenomeno apparentemente paradossale è il frutto sia di una sorta di selezione avversa, per cui solo le famiglie più ricche, ma fra queste solo le più propense al consumo sanitario, stipulano oggi una polizza, sia di una natura sostanzialmente duplicativa di tali polizze.

L'assicurazione privata non dovrebbe, peraltro, essere prerogativa solo delle famiglie più ricche: l'intervento pubblico dovrebbe quindi mirare ad un sistema di incentivazione doppiamente selettivo: che favorisca coloro che hanno un reddito più basso e che tenga anche conto della tipologia delle prestazioni coperte. Tale incentivazione avrebbe il doppio pregio di incentivare un allargamento della popolazione assicurata, e quindi grazie ad una maggiore dispersione del rischio di contenere i premi richiesti dalle Compagnie e anche di evitare la selezione avversa precedentemente segnalata.

6 I benefici del sistema: il governo della qualità e altro

Il sistema sanitario ha dei costi rilevanti, ma apporta anche benefici importanti, sia diretti che indiretti.

A parte le ovvie conseguenze dirette in termini di tutela e miglioramento delle salute, è relativamente recente una rinnovata attenzione per il contributo del settore al valore aggiunto prodotto nel Paese.

Iniziando dal primo aspetto, è nota e persistente la difficoltà di raccolta dei dati sulla mortalità, sebbene il sistema sanitario nazionale italiano, con quello del Regno Unito, sia forse fra i pochi a poter teoricamente implementare un monitoraggio pressoché completo degli stati di salute.

In pratica abbiamo un'informazione carente, limitata agli aspetti di mortalità: per molti aspetti, quelli tradizionalmente analizzati, il sistema sanitario italiano ottiene ottime performance: è il caso dei bassi tassi di mortalità infantile.

Ciò non di meno alcune aree di intervento dimostrano la possibilità di ampi spazi di miglioramento.

Bruzzone, Mennini, Palazzo, Ricciardi (cfr. cap. 5.1), hanno indagato un'area di sicuro interesse per la Sanità Pubblica, osservando come esista un *gap* sfavorevole di mortalità per la popolazione delle donne del Sud e delle Isole (si noti che tale differenziale non si riscontra per gli uomini).

Sia per i tumori della mammella, che per quelli al collo dell'utero e anche per quelli del colon-retto, le mediane di morte delle donne del Sud e Isole sono sistematicamente inferiori a quelle delle donne delle altre Regioni.

Questo differenziale è associato con una tendenza delle donne meridionali e insulari a non effettuare una buona prevenzione mediante diagnosi precoce; non si può far ricadere interamente sui ritardi del settore pubblico la responsabilità per la bassa adesione ai programmi di screening che caratterizza il Sud, dettata da scorrette abitudini della popolazione femminile: evidentemente il *governo* del sistema richiede in questi casi interventi mirati sulle popolazioni, capaci di aumentarne l'*empowerment*.

La capacità di risposta del settore pubblico ai bisogni e alle caratteristiche della popolazione ha comunque una rilevante importanza, come sembra confermato dal fatto che, nel Centro, Regioni adiacenti hanno outcome fortemente difforni: il Lazio, ad esempio, si comporta come una Regione del Sud, mentre le altre tre Regioni (Toscana, Umbria e Marche) hanno andamenti analoghi a quelle del Nord.

Utilizzando lo strumento metodologico della mortalità evitabile (cfr. cap. 5.2, Conti, Mennini, Minelli, Palazzo, Ricciardi), si confermano i ragionamenti sopra espressi: il

31,4% della mortalità evitabile è da riferirsi alle donne e “solo” il 2,3% agli uomini.

Un altro modo di valutare la qualità dei nostri servizi può essere quello di analizzare la mobilità internazionale dei pazienti.

La tendenza in Italia è quella di considerare il Sistema sanitario chiuso nei confini nazionali, anche per effetto di una normativa europea che, in sanità, ha sinora privilegiato l'autonomia delle scelte degli Stati membri.

Secondo Donia Sofio e Gabellini (cfr. cap. 5.4), in un'ottica europea, la mobilità dei pazienti può avere effetti positivi, incentivando la competizione tra i *provider* relativamente all'efficienza/efficacia nell'erogazione dei servizi.

D'altro canto, la mobilità può anche comportare dei rischi sia per i pazienti che per i sistemi sanitari, soprattutto se il processo non è *governato* adeguatamente.

Dal lato della domanda un'efficiente mobilità può aprire al paziente/cittadino un mercato più ampio dei servizi assistenziali e quindi una maggiore possibilità di scelta, anche se, sicuramente, esistono problemi di equità: le persone che vanno all'estero a curarsi di propria iniziativa superano le procedure di priorità interne, mentre i cittadini che non possono affrontare i costi aggiuntivi dei trattamenti all'estero hanno un accesso relativamente ridotto alle cure.

A riprova di una crescente dimensione europea della materia, citiamo il progetto *Europe for Patients* (2004), il quale si concentra sullo sviluppo delle reti informative per superare l'asimmetria informativa, in un'ottica di miglioramento della qualità.

Tornando all'Italia, Donia Sofio e Gabellino notano come nella valutazione regionale, la mobilità sanitaria intra-europea sia considerata assolutamente marginale, laddove invece potrebbe rappresentare, per molte di esse, uno strumento attraverso il quale sviluppare una sana competitività tra gli operatori sanitari.

Il Veneto, in particolare, rappresenta un'eccezione: in tale Regione è stato sviluppato un *case study* che è, forse, il più significativo sia a livello nazionale che europeo.

Il Veneto è anche tra le poche Regioni italiane (le altre sono l'Emilia Romagna, il Friuli V.G. e le Province Autonome di Trento e Bolzano) che possono vantare un saldo attivo nella compensazione finanziaria della mobilità sanitaria internazionale, grazie anche ad una esplicita organizzazione dell'assistenza ai pazienti stranieri.

“Provocatoriamente” possiamo concludere che il dato sulla mobilità internazionale può rappresentare un buon banco di prova per dimostrare la reale qualità dei SSR italiani.

Concludiamo riprendendo la questione dell'apporto indiretto del SSN al sistema Paese. L'attenzione alla Sanità sul versante industriale non è nuova (cfr. il cosiddetto “*Health Industry Model*”, Di Tommaso, Schweitzer, L'Industria n.s. 2000); recentemente, tanto Confindustria che il progetto Meridiano dello Studio Ambrosetti hanno riproposto il tema, elaborando stime del valore aggiunto (diretto e indotto) creato dal settore sanitario: a fronte di un 8,5% circa di spesa (per estensione: costo), oggi il settore sanitario produrrebbe fra l'11 e il 12% del valore aggiunto italiano, ponendosi nelle prime 3 o 4 posizioni per settore di attività.

Non c'è peraltro dubbio che oltre a rappresentare un importante settore produttivo, relativamente (nel bene e nel male) soggetto alla competizione globale, il Sistema Sanitario offre contributi importanti sul versante della Ricerca, della Coesione sociale, dello svilup-

po del Capitale Umano, ecc.

Una sintesi di questa importante area di benefici non ci risulta sia ancora stata sviluppata. Nel cap. 5.3, Mennini, Polistena, Ratti e Spandonaro hanno tracciato una sintetica radiografia dei principali settori industriali legati al settore sanitario, quello farmaceutico e quello dei dispositivi medici, nella convinzione che il tema dello sviluppo industriale e quello del contenimento dei costi sanitari debbano procedere in una logica integrata.

In primo luogo, infatti, colpisce la correlazione fra saldo commerciale e dimensione media d'impresa, ricordandoci che le imprese devono poter crescere per essere competitive e contribuire così al benessere del Paese.

La regolamentazione tesa al contenimento dei costi, certamente necessaria, deve quindi porre attenzione anche alle prospettive di sviluppo delle imprese, da cui il Paese trae un beneficio in termini di valore aggiunto, bilancia commerciale, occupazione, ricerca, maggiore gettito erariale, e che si aggiunge al benessere creato dalla disponibilità di tecnologie che migliorano e allungano la vita.

Si consideri, inoltre, che l'Italia, e in generale l'Europa, stanno cercando di colmare un *gap* rispetto agli USA, in termini di innovatività, accumulatosi negli anni '90: per raggiungere tale obiettivo è necessario che si sviluppi un ambiente favorevole alla ricerca e all'innovazione. Fra gli elementi a tal fine necessari, uno certamente importante è la "stabilità" ambientale che, in un sistema di tipo monopsonistico pubblico, implica porre grande attenzione all'impatto delle politiche sanitarie.

In altri termini, un ambiente "perturbato" da regolazioni troppo frequenti e invasive, è molto probabile che incida negativamente sulle performance aziendali e quindi sulle prospettive di sviluppo, disincentivando in ultima istanza gli investimenti e la creazione di valore aggiunto, ovvero deprimendo il vantaggio delle regolazioni in termini di minori costi finanziari per il sistema.

Il *governo* del sistema, quindi, richiede anche una stretta correlazione fra politiche sanitarie (*strictu sensu*) e politiche industriali.

7 Conclusioni

In questo primo capitolo si è cercato di giustificare perché il *governo* del Sistema sanitario sia materia complessa, e anche di fornire qualche prospettiva nuova per le politiche sanitarie, fornendo allo stesso tempo una chiave di lettura coerente dei contributi che formano il IV Rapporto CEIS Sanità (2006).

In conclusione, proviamo a sintetizzare i risultati principali e alcune "ricette" proposte (in corsivo):

- la spesa sanitaria italiana cresce più del Pil (che peraltro ristagna da tempo), ma meno velocemente che negli altri Paesi europei, rimanendo abbondantemente sotto la media;
- la spesa sanitaria italiana si confronta con un vincolo forte, rappresentato dall'ingente debito pubblico, che non permette una crescita del livello di spesa sanitaria, come quello programmato e in parte realizzato da Blair in UK;
- *una conseguenza rilevante di ciò è quella di dover stabilire delle priorità: sembra difficile poter procedere in modo indifferenziato, penalizzando egualmente tutte le componenti del sistema;*

- la spesa pubblica italiana tende a uniformarsi al Finanziamento garantito centralmente che, forse non a caso, è strutturalmente inferiore alla spesa, sin dall'esordio del SSN, in misura però forse inferiore a quanto percepito: in media 0,4 punti percentuali di Pil, che non sposterebbero la posizione dell'Italia in termini di spesa sanitaria;
 - l'evoluzione del Finanziamento è peraltro scollegata dall'evoluzione dei costi del sistema (in primo luogo quelli del personale) a dimostrare una carenza di programmazione;
 - la Finanziaria 2007 prevede un incremento rilevante del finanziamento, che potrebbe ridurre il *gap*, anche se non completamente, sempre che le manovre di rientro regionali siano efficaci;
 - la manovra prevede misure di responsabilità dei cittadini, condivisibili in via di principio, ma con effetti equitativi discutibili per effetto dell'introduzione di ticket in cifra fissa;
 - quello che è più discutibile è l'assetto istituzionale sotteso alla manovra, che configura una sorta di "Federalismo immaturo": si chiede alla Finanziaria per un verso di omologare scelte regionali già fatte (dalle Regioni più virtuose) e per l'altro di "imporre" dall'alto scelte difficili o impopolari (prevalentemente alle Regioni più in difficoltà);
- *le funzioni strettamente centrali, quali il monitoraggio della qualità dell'assistenza e il rispetto dei diritti sono, in larga misura, rimandate ad altra norma: sarebbe però auspicabile non scollegarle dalla Finanziaria, poiché in questo caso gli interventi sarebbero sicuramente meno cogenti;*
- i recuperi di efficienza rimangono sostanzialmente "scatole nere", affidate alle Regioni, ma con poche prospettive di una responsabilizzazione effettiva a causa dell'incompletezza del Federalismo fiscale;
 - si preannuncia l'annoso problema dell'attribuzione delle responsabilità dei disavanzi (ad esempio se il gettito dei ticket sarà inferiore a quanto previsto), con il conseguente allungamento dei tempi di pagamento dei creditori;
- *l'esperienza internazionale mostra che anche la gestione del disavanzo è un problema di Governo e che è inefficiente sommare al fallimento programmatico i costi impliciti derivanti dall'allungamento dei tempi di pagamento;*
- la spesa pubblica ha un effetto moltiplicatore sulla spesa totale (pubblica più privata), attribuibile a meccanismi di duplicazione dei servizi;
 - anche la composizione fra quota a gestione diretta e quota a gestione accreditata non appare neutrale; (solo) nel Centro-Sud si evidenzia una programmazione inefficiente del rapporto pubblico-privato, con induzione di costi impropri;
 - ovviamente la spesa cresce anche per effetto dello sviluppo economico e dell'invecchiamento;
 - complessivamente la spesa sanitaria totale dovrebbe attestarsi nel 2007 fra l'8,2% e l'8,3% del Pil, con un incremento della quota pubblica; la spesa privata diminuirebbe solo leggermente, a causa dell'effetto dei maggiori ticket;
 - il passaggio dal controllo della spesa a quello della razionalizzazione del sistema richiede la separazione dell'intreccio fra elementi finanziari e di efficienza: la pressione a ottenere risparmi nel più breve tempo possibile spiega i fenomeni di neo-centralismo, ma manca una evidenza nel medio-lungo periodo sull'efficienza degli assetti istituzionali che si creano;

- le politiche settoriali basate su programmazioni “generiche” sembrano foriere di risultati limitati, quando non distorti: è il caso del tetto unico alla farmaceutica e delle indicazioni sulla riduzione dei posti letto, che tra l’altro non implica necessariamente riduzione dei costi;
- il problema della farmaceutica sembra essenzialmente essere quello della inappropriata prescrizione, specialmente nel Centro-Sud; analogamente per l’ospedaliera permangono livelli abnormemente difforni di ricorso al ricovero, a cui si sovrappongono politiche tariffarie centrate più sull’obiettivo del “risparmio” finanziario a breve termine, che non su quello della qualità dei servizi;
- inoltre, l’ospedale non può razionalizzarsi se non si sviluppa un’assistenza primaria adeguata: in questo settore malgrado una tendenza a legare gli incentivi agli outcome, ancora stenta ad affermarsi un modello efficace di presa in carico;
- *in questi settori è necessario sviluppare modelli e benchmark che tengano conto dei reali bisogni della popolazione, contrastando l’inappropriatezza e promuovendo qualità, in una logica di pay per performance;*
- a livello aziendale cresce l’attenzione per l’analisi dei processi, anche se ancora non si configura un sistema coordinato di gestione capace di sfruttare tali informazioni a livello strategico; si configura un sistema manageriale ibrido, ove budget e *balanced scorecard* convergono, anche se spesso con funzioni più comunicative che gestionali;
- cresce anche l’importanza della razionalizzazione degli acquisti, ove va chiarito il ruolo di servizio di CONSIP, alla luce del proliferare dei modelli regionali delle centrali di acquisto;
- un elemento critico di razionalizzazione è rappresentato poi dall’aspetto organizzativo: in questo campo si evidenzia il rischio di avere innovazioni più formali che sostanziali, ovvero di ricadere in una logica giuridico-formale;
- in presenza di chiare indicazioni sulle necessità di razionalizzazione a livello macro (si pensi alla separazione fra *purchaser* e *provider*), e anche a livello micro (acquisti, personale, ecc), spesso le indicazioni normative si concentrano invece nell’area di mezzo (interventi sulla “ospedaliera”, sulla “specialistica”, ecc.), ovvero quella identificata da una tipologia di offerta, in una logica tipicamente autoreferenziale;
- *nuovi modelli organizzativi e logiche di razionalizzazione dovrebbero spostarsi sulla domanda, scegliendo le opzioni più efficienti e appropriate (in una logica evidence based) per fronteggiare i bisogni espressi dai vari gruppi di popolazione: donne, anziani, cronici, ecc.;*
- dal punto di vista dell’equità va affrontato lo zoccolo duro rappresentato dai poveri, dagli impoveriti e anche da una parte delle famiglie soggette a pagamenti catastrofici: il loro numero è sostanzialmente stabile a dimostrare l’inefficacia degli interventi sin qui messi in atto;
- i ticket in cifra fissa hanno un effetto tendenzialmente iniquo, specie per le fasce di popolazione più povere;
- l’età anziana è un catalizzatore di rischio di impoverimento molto forte;
- odontoiatria e LTC sono le aree scoperte a maggiore rischio per le famiglie;
- esistono anche iniquità di accesso, nel senso di un uso differente e potenzialmente inappropriato dei servizi a seconda dello stato socio-economico;

- *quanto sopra porta a giudicare prioritaria una rivisitazione complessiva del meccanismo delle esenzioni legandole alla capacity to pay delle famiglie;*
- *inoltre esiste evidenza che l'attuale sistema di riparto regionale delle risorse, che identifica nell'età l'unico sostanziale fattore di fabbisogno, vada ripensato, alla luce dell'effetto della condizione socio-economica sull'utilizzo e anche del diverso impatto regionale delle compartecipazioni;*
- *il persistere di una quota rilevante di spesa out of pocket incentiva alla ricerca di soluzioni assicurative integrative: si evidenzia la necessità di utilizzare sistemi di incentivazione mirati, sia sul versante reddituale (per permettere di ampliare in modo solidale la platea dei sottoscrittori), sia su quello delle coperture previste, onde evitare un ruolo meramente duplicativo delle polizze;*
- *il sistema ancora soffre di aree di carenza di intervento: citiamo quest'anno il gap negativo di mortalità che grava sulle donne del Sud e Isole, in particolare nell'area dei tumori soggetti a screening nazionale; la disparità di genere è confermata dalla concentrazione della mortalità evitabile in capo alle donne;*
- *a parte i ritardi delle aziende sanitarie meridionali, si evidenzia anche la necessità di un forte impegno per modificare abitudini e stili di vita a rischio, in particolare fra le donne meridionali;*
- *l'Italia ha una mobilità sanitaria internazionale passiva, tranne che in poche e selezionate Regioni; la sfida di offrire servizi anche all'estero, ribaltando questo dato, è un buon banco di prova sulla capacità di dare servizi di qualità;*
- *infine non si possono dimenticare i benefici indiretti, in termini di valore aggiunto, ricerca, coesione sociale, capitale umano, creati dal settore sanitario; peraltro si evidenzia, anche in questo campo, una correlazione positiva fra dimensione media di impresa e saldo della bilancia dei pagamenti, suggerendo l'urgenza di una politica industriale nel settore;*
- *politica di sviluppo industriale e politiche di contenimento dei costi dovrebbero congiungersi, ad esempio garantendo una sorta di stabilità regolatoria che è necessaria all'industria per fiorire.*