
Riflessioni sulla recente evoluzione del servizio sanitario nazionale e linee di intervento della politica sanitaria

di Federico Spandonaro*

Sintesi

Il lavoro analizza gli effetti delle politiche sanitarie di riforma del SSN intraprese in Italia negli anni '90, indicandone alcuni elementi di fallimento e alcune aree di possibile intervento. In particolare si considerano le dimensioni dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'*empowerment* dei pazienti e i modelli di *management* delle aziende sanitarie. Si evidenzia come a fronte della complessità del sistema, solo un utilizzo combinato di più strumenti ha possibilità di avere successo.

Abstract

The aim of the present contribution is to analyse the impact on the Italian National Health Service due to the nineties' reforms. Efficiency, efficacy, appropriateness, patients empowerment and health care management have been considered. We argue that only a joint use of many instruments could prove to be effective in facing the complexity of the sector.

149

Sommario:

1. Premessa 2. L'efficienza del sistema 3. L'equità del sistema 4. Appropriatezza ed *Empowerment* 5. Modelli manageriali 6. Conclusioni

1. Premessa

I sistemi sanitari assorbono quote crescenti del prodotto dei Paesi sviluppati; questo *trend* si attribuisce all'agire congiunto di vari fattori: la rapida innovazione tecnologica, il differenziale di produttività rispetto agli altri settori economici, l'invecchiamento della popolazione, la crescita delle possibilità di cura e delle aspettative di benessere.

A fronte della richiamata pressione finanziaria, le risposte elaborate negli anni '90 a livello internazionale sono state relativamente omogenee e sintetizzabili nell'evidenza di un'azione tesa alla creazione di mercati competitivi in Sanità.

* Ricercatore di Metodi matematici economici e Scienze attuariali e finanziarie, Università di Roma "Tor Vergata".

Le aspettative delle riforme intraprese sono state, però, in larga misura disattese: le caratteristiche peculiari dei mercati sanitari, che mal si prestano ad applicazioni "semplici" dei principi di competizione, hanno vanificato almeno parte degli sforzi intrapresi.

Forse a seguito del "fallimento" delle riforme, oggi l'attenzione sembra progressivamente spostarsi su approcci più micro, riassunti nel paradigma della *Clinical Governance* introdotto alla fine degli anni '90 nel NHS britannico.

In questo contesto generale, per l'Italia le macro tendenze indicano un risultato sostanzialmente positivo. La crescita della spesa sanitaria rispetto al PIL negli ultimi anni è risultata decisamente meno rapida rispetto alla media degli altri Paesi OCSE: 0,5 punti di PIL fra il 1990 e il 2003, contro 1,6 punti nella media dei Paesi OCSE, 1,5 nella media EUR, 2,6 in Germania, 3,1 in USA; il livello complessivo di spesa (8,4% del PIL) si situa anch'esso tuttora sotto la media OCSE pari al 9,3% del PIL¹; secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), le *performance* del sistema italiano sono complessivamente seconde solo a quelle francesi².

Malgrado ciò, il dibattito interno si concentra fortemente sull'esigenza di una razionalizzazione del sistema: a questa filosofia si riconduce l'emanazione delle due norme principali di riforma (il D.Lgs. n. 502/1992 e il D.Lgs. n. 229/1999), cui si è aggiunta la proposta di regolazione del federalismo fiscale (D.Lgs. n. 56/2000), peraltro attualmente "congelata", e anche le riforme costituzionali, che hanno prima assegnato la Sanità alla legislazione concorrente Stato/Regioni, e successivamente l'hanno devoluta definitivamente alla sfera di responsabilità legislativa regionale.

L'apparente discrasia fra dato quantitativo (se non positivo, almeno meno negativo di quanto spesso evocato) e *focus* delle norme riformatrici, può essere ricomposta facendo riferimento a tre distinti fenomeni.

In primo luogo, ai bassi livelli di soddisfazione per il servizio (cfr. Eurobarometro vari anni), sebbene tali risultanze generali siano solo parzialmente confermate dalle indagini svolte a livello locale tra gli utenti del servizio stesso.

In secondo luogo, al persistere di uno scarto fra fondo assegnato (finanziamento) e spesa pubblica, che genera un meccanismo di ripiano a posteriori dei disavanzi e una continua pressione finanziaria sul sistema.

Infine, al permanere di differenze rilevanti nei livelli di servizio erogati a livello locale e anche nei livelli di salute, malgrado l'impegno della L. n. 833/1978 nella riduzione delle disuguaglianze di accesso alle cure.

Aggiungiamo a questa sintetica premessa che il sistema italiano si connota per un servizio pubblico universale e globale, ispirato al NHS del Regno Unito, ma anche per una quota di spesa pubblica (75,1%) inferiore a quella degli altri Paesi a servizio sanitario pubblico universale (UK 83,4%, Danimarca 83,0%), sebbene sempre maggiore della media dei Paesi OCSE (72,4%).

Quest'ultima osservazione aggiunge un elemento ulteriore di possibile riflessione, riguardante la determinazione del livello ottimale di spesa pubblica.

¹ Francia-Mennini (2005).

² OMS (2000).

Le note precedenti delineano una situazione complessa, non facilmente riconducibile ad una questione di mero "spreco di risorse" (inefficienza tecnica): anzi, sembrano prevalere problematiche di tipo allocativo; sembra anche trovare scarsa giustificazione una politica sanitaria orientata in via prioritaria al contenimento finanziario, che pure è stata perseguita, apparentemente con successo, dai governi succedutisi dagli anni '90 ad oggi.

L'elemento maggiormente critico rimane la capacità del sistema sanitario di soddisfare i bisogni della popolazione, ridistribuendone l'onere in modo da garantire accesso alle cure indipendentemente dalle condizioni economiche.

In questo contesto assumono particolare rilevanza i modi atti a garantire l'incontro fra domanda ed offerta sanitaria, ancora oggi legati ad un paradigma paternalistico che vede l'offerta formarsi sulla base di un meccanismo di programmazione dei bisogni di tipo strettamente epidemiologico, e, quindi, la domanda costretta ad adeguarsi all'offerta esistente.

Di seguito si propongono alcune evidenze che, seppure singolarmente parziali, tentano di offrire una visione di insieme delle problematiche del SSN e, conseguentemente, delle possibili linee di azione per farvi fronte.

2. L'efficienza del sistema

Il tema dell'efficienza è, come detto, al centro delle politiche sanitarie da oltre un decennio, stante il perdurante scarto fra risorse stanziare e spesa realizzata: per i prossimi anni le stime del CEIS Sanità indicano una perdurante creazione di disavanzi, la quale potrebbe aggirarsi nell'ordine del 5-10% del FSN³.

Stime recenti⁴ sembrano peraltro indicare che esistono ampi margini di ulteriore razionalizzazione, sia sul versante della gestione delle aziende sanitarie pubbliche, sia su quello della distribuzione delle risorse ai vari livelli assistenziali. Utilizzando le elaborazioni del Rapporto CEIS Sanità 2005, possiamo giustificare le affermazioni precedenti, notando come fra i costi standardizzati per ricovero delle aziende ospedaliere italiane permanga un differenziale di oltre il 300%, difficilmente giustificabile senza fare ricorso anche ad elementi di inefficienza tecnica⁵. Sul versante della allocazione delle risorse, si dimostra come le Regioni siano costrette a centralizzare risorse, tanto più quanto maggiore è il disavanzo finanziario, erogandole poi alle ASL/AO non in base ai bisogni della popolazione, quanto ai disavanzi realizzati⁶.

In ultima istanza, però, il tema più rilevante rimane quello degli incentivi alla razionalizzazione.

³ Atella (2005).

⁴ Cfr. Rapporto CEIS Sanità (2005).

⁵ Fioravanti-Polistena-Spandonaro (2005).

⁶ Fioravanti-Ratti-Spandonaro (2005).

È facile convincersi che i meccanismi di pagamento a prestazione introdotti nel 1992 per le aziende ospedaliere, di fatto non sono cogenti per le strutture pubbliche, il cui bilancio è in realtà ripianato a piè di lista. Per quanto concerne l'area della assistenza territoriale, gli accordi contrattuali previsti dal D.Lgs. n. 229/1999 sono ancora poco diffusi ed il finanziamento è sostanzialmente rimasto legato alla numerosità della popolazione residente, più che ai livelli di assistenza erogati.

Nella letteratura internazionale risulta esserci ampia condivisione sull'importanza di separare le funzioni di acquirente (*purchaser*) da quelle di erogatore (*provider*).

In Italia il processo di separazione non si è sviluppato: persino in Lombardia, ove pure la separazione è dichiaratamente una priorità nelle politiche regionali sanitarie, fattivamente perseguita rendendo aziende ospedaliere autonome tutti i presidi ospedalieri indipendentemente dalla loro complessità, le ASL territoriali mantengono comunque un ruolo rilevante di erogazione diretta.

Il limite fondamentale nel processo di separazione è rappresentato dall'assetto istituzionale del SSN, che vede la Regione "proprietaria" degli ospedali come anche delle ASL territoriali, configurando così un palese conflitto di interessi.

La dimostrazione di questa affermazione si ritrova nelle logiche dell'accreditamento che, contrariamente allo spirito iniziale della normativa in materia, continuano a mantenere una condizione di privilegio per le strutture pubbliche rispetto a quelle private: in molte Regioni sono "provvisoriamente accreditate" le strutture precedentemente convenzionate (configurando una evidente barriera all'entrata) e, anche dove si è optato per un accreditamento esteso (ovvero in capo a tutte le strutture autorizzate), il regime dei tetti e delle regressioni tariffarie non rende paritario il trattamento.

In termini pratici si pone quindi il problema di come poter incentivare l'efficienza tecnica, in un assetto istituzionale/organizzativo, che, di fatto, configura un'assenza di "sanzioni economiche" per le aziende sanitarie pubbliche.

Il sistema di pagamento prospettico a DRG, in un contesto di erogazione pubblica, non riesce, infatti a espletare pienamente la sua funzione.

Probabilmente, una soluzione che si potrebbe suggerire è quella di affiancare al sistema DRG una forma di "sanzione dal basso" per le strutture non virtuose, utilizzando il meccanismo della reputazione: sviluppando un sistema informativo che possa elaborare e rendere pubbliche le *performance* comparative e legando poi ad esse livelli premiali o punitivi di finanziamento: promuovendo, inoltre, un meccanismo di *pay per performance*, legato alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni rese, oltre che dei livelli di efficienza raggiunti, si potrebbero altresì incentivare i professionisti sanitari a collaborare con il *top management* aziendale, innescando un processo virtuoso di razionalizzazione.

3. L'equità del sistema

Un sistema di tutela pubblica non può esimersi dal considerare attentamente le implicazioni equitative delle proprie scelte. In particolare, la valutazione di un sistema di assicurazione sociale non può prescindere dalla misurazione della pro-

pria capacità di eliminare i casi di impatto economico rilevante sulle famiglie, derivante, nel nostro caso, da bisogni sanitari.

L'attenzione al tema è dimostrata dalla volontà di riduzione delle disparità assistenziali e di salute a livello territoriale, volontà che è stata uno dei fondamenti dell'istituzione del SSN avvenuta alla fine degli anni '70.

Nel tempo l'attenzione, anche solo conoscitiva, circa l'equità del sistema è però stata, in pratica, molto bassa: oggi si può assumere che le disparità si siano parzialmente ridotte, ma pure permangono differenze inaccettabili tanto in termini di offerta quanto di risultati.

Il rapporto CEIS Sanità 2005 evidenzia il permanere di situazioni di impoverimento, ancorché temporaneo, delle famiglie a causa di spese sanitarie sostenute direttamente (1,3% delle famiglie, ovvero circa 300.000 nuclei), come anche un rilevante numero di famiglie (4,2%, ovvero oltre 900.000 nuclei) chiamate a sostenere spese sanitarie per importi rilevanti, rispetto alla propria capacità di consumo⁷.

La questione più significativa a livello macro, sul lato dell'equità, è sintetizzabile nell'esistenza di un alto livello di spesa *out of pocket* (ovvero non assicurata), che caratterizza il nostro sistema.

La spesa privata si avvicina ormai ad un quarto della spesa sanitaria complessiva e, differentemente dagli altri Paesi, è quasi tutta (oltre il 90%) di tipo *out of pocket*.

Il mancato sviluppo di un sistema assicurativo (sia individuale che collettivo) in campo sanitario discende da una congerie di aspetti, alcuni addirittura risalenti alla fase di superamento del sistema mutualistico.

A causa degli oneri e delle disparità lasciate in eredità dal sistema mutualistico, la L. n. 833/1978 ha vietato il finanziamento pubblico di forme di assicurazione complementari, come anche l'organizzazione di forme di assistenza sostitutive.

Nella realtà la norma è stata sempre interpretata in modo molto libero, essendo state riconosciute alle forme assicurative momenti (sebbene differenziati) di incentivazione fiscale. Nello stesso modo, gran parte dell'offerta assicurativa sanitaria di tipo collettivo è, di fatto se non formalmente, a carattere sostitutivo.

Com'è noto, il D.Lgs. n. 229/1999 ha posto l'attenzione sulla sanità integrativa, seguendo un indirizzo riconosciuto a livello europeo, demandando poi a successive norme l'emanazione dei regolamenti.

Sulla materia, tuttavia, sembra essere calato un generale disinteresse, forse per la mancata consapevolezza del ruolo equitativo che le forme integrative possono assolvere. Evidentemente va risolto il problema tecnico⁸, con particolare riferimento agli aspetti relativi alle prestazioni erogabili, al ruolo dell'accreditamento nella scelta degli erogatori, alle discutibili differenze di incentivazione fra fondi ex D.Lgs. n. 229/1999 rispetto agli altri. Sarà però necessario pensare anche ad una maggiore finalizzazione dello strumento verso le aree di maggiore fragilità e di bisogno sociale.

⁷ Doglia-Spandonaro (2005).

⁸ Si veda il Quaderno di ASSOPREVIDENZA n. 7/2002.

Da questo ultimo punto di vista, per valutare i contesti di maggiore bisogno e, quindi, di fragilità sociale, si può ricorrere al processo metodologico proposto dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS), che vede nell'impoverimento e nella catastroficità (impatto) delle spese sanitarie sostenute direttamente dalle famiglie un segnale di fallimento della *mission* dei servizi sanitari.

Come precedentemente accennato, questo approccio è stato applicato dal CEIS Sanità sin dal 2004, evidenziando una situazione non ottimale da un punto di vista equitativo.

Potremmo sintetizzare le evidenze ivi prodotte, con tre elementi critici maggiormente rilevanti.

In primo luogo un funzionamento insoddisfacente del meccanismo dei *ticket*.

È noto come la questione dei *ticket* sia stata a più riprese affrontata, a volte incrementandoli per far fronte a difficoltà finanziarie del servizio pubblico, altre, volte eliminandoli, per presunti rischi di iniquità.

Nei fatti, lo strumento dovrebbe assumere un ruolo di controllo del *moral hazard*, implicito in un sistema di tutela assicurativa pubblica: in altri termini, dovrebbe avere lo scopo di responsabilizzare il cittadino ad effettuare un consumo consapevole e parsimonioso dei beni e dei servizi sanitari offerti.

Nello stesso tempo, il meccanismo delle esenzioni dal pagamento della compartecipazione dovrebbe garantire equità di accesso alle prestazioni, in particolare per le fasce di popolazione meno abbienti.

In pratica nessuno degli obiettivi viene raggiunto. Si rileva che in alcune zone del Paese, in particolare nelle Regioni meridionali, gran parte della popolazione risulta esente (il meccanismo si basa su un'autodichiarazione, per lo più non controllata, circa il proprio reddito; e, in ogni caso, i livelli reddituali non sono automaticamente adeguati), vanificando le capacità di responsabilizzazione dello strumento. D'altra parte si rileva⁹ che le famiglie povere (secondo i parametri di povertà relativa adottati dall'ISTAT) sostengono spese sanitarie *out of pocket* e che per l'88% esse sono di tipo farmaceutico.

Presumibilmente, quanto da ultimo rilevato è da farsi risalire alla quota fissa sulla ricetta, non ricompresa nel meccanismo di esenzione, la quale in caso di famiglia non abbiente, può comunque rappresentare un rilevante onere economico.

Il sistema delle compartecipazioni va, quindi, rivisto complessivamente, tenendo assieme il binomio *ticket*-esenzione. In particolare quest'ultimo pone problemi rilevanti di applicazione, come per ogni forma di *means testing*. Tuttavia anche la definizione del livello ottimale di compartecipazione meriterebbe maggiori approfondimenti.

In secondo luogo osserviamo che nell'impoverimento delle famiglie riveste un ruolo rilevante l'assistenza per la non autosufficienza. Quest'ultimo è notoriamente esclusa dai LEA sanitari ed è finanziata in modo residuale. I bisogni sociali legati alla non autosufficienza sembrano difficilmente scindibili da quelli sanitari, sia per le forme che assume l'erogazione (assistenza domiciliare, ad esempio), sia per l'eziologia che è spesso sanitaria.

⁹ Doglia-Spandonaro, cit.

Il rapido invecchiamento della popolazione italiana rafforza la consapevolezza dell'importanza del tema, che trova un suo limite nella difficoltà di reperire risorse pubbliche aggiuntive¹⁰.

Non di meno i dati sui consumi delle famiglie dimostrano che esse fanno evidentemente già fronte ai bisogni di *Long Term Care* (LTC) con risorse proprie, ma che questo comporta per alcuni nuclei un impatto economico difficilmente sostenibile.

Il problema sembra quindi, prioritariamente, di tipo equitativo, sebbene non manchino considerazioni di efficienza. Fatto salvo che le assicurazioni di tipo LTC, per le loro caratteristiche, molto probabilmente richiedono l'obbligatorietà di iscrizione, a pena di una forte *adverse selection*, la questione diventa se utilizzare lo strumento dell'erogazione pubblica (in analogia al settore strettamente sanitario) o se non sia preferibile garantire libertà di scelta sulla gestione dei fondi e sull'erogazione delle prestazioni. Ovviamente quest'ultima opzione, se supportata da un meccanismo di perequazione dei rischi, sembra più efficiente e orientata all'*empowerment* dei cittadini.

In terzo luogo, è possibile formulare un'analogia proposizione sul versante dell'assistenza o odontoiatrica, che rappresenta la seconda causa di impatto economico sulle risorse familiari.

La natura dell'assistenza fa sì che l'onere percentuale sui bilanci familiari sia crescente con il reddito, evidenziando la palese difficoltà per una fascia di popolazione, di accedere alle prestazioni odontoiatriche.

Questo comporta, quanto meno, una minore qualità di vita per gli anziani, che, non avendo potuto accedere a forme di assistenza conservativa, saranno costretti ad utilizzare protesi dentarie mobili.

Anche per questa fattispecie si intrecciano evidenti problemi di equità (si ricorda che l'assistenza odontoiatrica pur presente nei LEA, ne è di fatto fuori, per la scarsità di offerta all'interno del SSN), ma è anche doverosa una riflessione sulla contendibilità del mercato. Evidentemente in materia si può agire sia sul versante della copertura integrativa, quanto stimolare una maggiore concorrenza sul mercato, con benefici effetti per il livello dei prezzi.

155

4. Appropriatazza ed *Empowerment*

Negli ultimi anni molta parte delle politiche sanitarie in Italia sono state intraprese sulla scorta di considerazioni relative alla loro appropriatazza.

La sensazione diffusa è che esista un vasto sovra-consumo di prestazioni sanitarie dovuto ad aspettative non corrette sulla loro utilità. Inoltre, è spesso osservato che si manifesta uno spreco di risorse derivante dall'utilizzo di *setting* non ottimali di assistenza: è il caso delle prestazioni di ricovero ordinario eseguibili senza perdita di qualità e sicurezza in Day Hospital. Il problema dell'appropriatazza è peraltro complesso: un recente studio¹¹ sotto-

¹⁰ Per una quantificazione recente si veda Beltrametti (2005).

¹¹ Filocamo *et al.* (2005).

linea che, a fronte di un deciso spostamento di prestazioni verso il Day Hospital, quasi il 70% di quelle di tipo medico risulta comunque inappropriato, perché eseguibile ambulatorialmente.

A ben vedere, la questione apparentemente solo clinica dei *setting* assistenziali presenta elementi comuni ed inscindibili con la necessità di procedere all'eliminazione delle inefficienze di origine organizzativa; di nuovo il passaggio a forme organizzative più efficienti trova un ostacolo nella rigidità della struttura di erogazione pubblica.

Ad esempio, la trasformazione dei ricoveri ordinari in ricoveri diurni è stata realizzata senza sensibili riduzioni di risorse (personale, attrezzature, etc.), per effetto della rigidità delle piante organiche. I ricoveri in *day hospital* continuano, per lo più, ad essere erogati all'interno dei reparti pre-esistenti: pur realizzandosi benefici significativi per i pazienti, in assenza di riduzioni della pianta organica, si ottengono risparmi marginali per le aziende, per lo più legati al servizio alberghiero. Maggiore impatto economico si sarebbe avuto con un'estrapolazione dei servizi, organizzando *stand alone units* (strutture esterne all'ospedale specializzate in ricoveri diurni), o passando direttamente al livello di erogazione ambulatoriale.

Evidentemente, osta a questo processo tanto la difficoltà di reperire fondi di investimento per istituire nuovi centri di assistenza, quanto la rigidità dei fattori produttivi delle aziende pubbliche (ove la rigidità va intesa anche come scarsa disponibilità alla mobilità) e, infine, probabilmente anche questioni culturali, che indirizzano gli utenti prioritariamente verso la struttura ospedaliera.

Non di meno, l'esperienza internazionale sembra confermare l'assoluta necessità di procedere verso la promozione delle cure cosiddette *outpatient*, per ragioni sia di efficienza, sia di sicurezza (basti pensare ai rischi di infezioni ospedaliere).

Anche il processo di riallocazione delle risorse sanitarie (che si propone di effettuare uno spostamento dall'assistenza ospedaliera verso quella territoriale), malgrado i progressi effettuati, e pur in presenza di forti disparità regionali, dimostra una marcata sofferenza, derivante dallo scarso sviluppo di forme integrate di assistenza territoriale. In assenza di alternativa territoriale, l'ospedale non riesce a ridurre in modo drastico la degenza. È evidente che in mancanza di una filiera equilibrata e completa di *setting* assistenziali, si rischia un fallimento dell'intero percorso di assistenza territoriale: un'avvisaglia in tal senso si coglie nel progressivo snaturamento delle residenze per anziani. Queste ultime, sorte come *nursing facilities*, vanno progressivamente medicalizzandosi (e quindi divenendo più costose), per insufficienza dei posti in *Hospice*, od in residenze specializzate per malati di Alzheimer.

L'aspetto dell'appropriatezza clinica delle prestazioni trova, invece, oggetto di riflessione negli aspetti di promozione della qualità dell'assistenza: attualmente il dibattito si sta incanalando verso la definizione del ruolo del governo clinico. Un'analisi esaustiva delle prospettive del governo clinico esula dal presente scritto. Notiamo soltanto che la logica di *accountability* delle aziende sanitarie (che è propria del governo clinico) rappresenta anche un elemento necessario per l'*empowerment* della domanda. La promozione delle logiche di certificazione, di accreditamento di eccellenza, di *outcome measurement*, etc. rappresentano, quindi, non solo strumenti di razionalizzazione del sistema produttivo, ma anche occasione di riduzione delle asimmetrie informative, con possibilità di una migliore gestione della domanda.

Sarebbe, quindi, fortemente auspicabile lo sviluppo di organismi “terzi” di certificazione e accreditamento: si potrebbe così superare l’attuale autoreferenzialità del SSN (che, oggi, in pratica “certifica” se stesso), offrendo ai cittadini elementi di maggiore informazione e trasparenza sui servizi, con conseguente occasione di un consumo più consapevole.

Sul versante dei rapporti fra cittadino e SSN, si segnala poi l’assenza nel nostro ordinamento di un adeguato rilievo attribuito al principio di libertà di scelta: un rafforzamento di tale principio potrebbe essere un segnale importante della volontà di sviluppare un maggiore *empowerment* dei cittadini, non solo mediante opera di educazione e di comunicazione, ma anche aumentando il “tasso” di trasparenza del sistema sulla qualità degli erogatori.

5. Modelli manageriali

Sul versante della gestione micro-economica delle aziende sanitarie, infine, osserviamo che si assiste ad un processo dissociato: a fronte di un progressivo rafforzamento del momento devolutivo, a livello locale fa paradossalmente riscontro un progressivo ri-accentramento delle responsabilità in capo alla Regione. L’istituzione di consorzi di acquisto, delle aree vaste, recentemente della ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) nelle Marche, solo per citare alcuni casi, dimostrano una perdita di potere da parte delle aziende sanitarie¹². Il processo è attribuibile alle persistenti difficoltà finanziarie delle Regioni, a cui esse cercano di porre un limite con la ricerca di economie di scala: di contro, si rischia un passo indietro sul versante della promozione di contesti manageriali e competitivi a livello aziendale.

La contraddizione, che è insita nella contestuale ricerca a livello macro di maggiore efficienza attraverso la progressiva decentralizzazione delle funzioni e delle responsabilità, mentre a livello micro si opera attraverso il ri-accentramento delle stesse, pone nettamente il problema dell’individuazione e della rimozione degli elementi che possono avere vanificato l’efficacia della maggiore autonomia aziendale a livello di aziende pubbliche.

Ci limitiamo a segnalare come elemento potenzialmente cruciale quello della contrattazione decentrata: difficilmente, infatti, il *management* delle aziende sanitarie pubbliche potrà sviluppare in modo efficace il proprio mandato, in assenza di una reale autonomia gestionale sul Personale, il quale rappresenta la risorsa chiave (tanto in termini strategici, quanto meramente finanziari) nelle aziende sanitarie.

Si consideri, sempre su questo versante, che per i prossimi anni si paventa una crisi profonda da carenza di infermieri (di cui già abbiamo le prime avvisaglie), peraltro in presenza di un eccesso di medici: un adeguamento ed una razionalizzazione del sistema formativo è già oggi in grave ritardo, e ogni ulteriore indugio determinerà situazioni di estrema criticità.

¹² Cuccurullo-Meneguzzo (2005).

Tale adeguamento non può, tuttavia, essere solo numerico: lo sviluppo di nuove competenze, in un settore quale quello sanitario, caratterizzato da elevata dinamicità e sviluppo tecnologico, è una variabile chiave per garantire nel tempo la qualità delle prestazioni.

6. Conclusioni

In definitiva sembra evidente che si debba agire su più fronti: la complessità del sistema sanitario non permette "ricette facili": a livello macro, efficienza ed equità continuano ad essere le priorità; a livello micro, assumono un ruolo strategico l'appropriatezza e la gestione del personale. Infine sussiste l'opportunità di incidere sulla domanda, anche attraverso un più equilibrato rapporto fra SSN e cittadini.

Bibliografia

- Atella V. (2005), *Le previsioni di spesa a livello nazionale e regionale: i risultati del modello econometrico SANIMOD*, in *Rapporto CEIS Sanità 2005: Sette parole chiave del SSN*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F. S. Mennini, F. Spandonaro, Italtpromo ESIS Publishing ed., Roma.
- Beltrametti A. (2005), *Il costo di un fondo per la non autosufficienza in Italia: alcune proiezioni*, Relazione Convegno AIES, Genova.
- CEIS, Università di Roma Tor Vergata, (2005), *Rapporto CEIS Sanità 2005: Sette parole chiave del SSN*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Mennini, F. Spandonaro, Italtpromo ESIS Publishing ed., Roma.
- Cuccurullo C., Meneguzzo M. (2005), "Dai piani strategici ai piani della salute: tendenze in atto nella pianificazione strategica delle Aziende Sanitarie Italiane", in *Rapporto CEIS Sanità 2005: Sette parole chiave del SSN*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Mennini, F. Spandonaro, Italtpromo ESIS Publishing ed., Roma.
- Doglia M., Spandonaro F. (2005), "La Fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano", in *Rapporto CEIS Sanità 2005: Sette parole chiave del SSN*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Mennini, F. Spandonaro, Italtpromo ESIS Publishing ed., Roma.
- Filocamo A., Prota F., Materia E., Guasticchi G. (2005), "Valutazione dell'appropriatezza organizzativa dei day hospital medici attribuiti ai DRG esclusi dai LEA", *Tendenze Nuove*, n. 6, Il Mulino ed., Bologna.
- Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005), "L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità", in *Rapporto CEIS Sanità 2005: Sette parole chiave del SSN*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Mennini, F. Spandonaro, Italtpromo ESIS Publishing ed., Roma.
- Fioravanti L., Polistena B., Spandonaro F., 2005, "La misurazione dell'efficienza nelle aziende ospedaliere", in *Rapporto CEIS Sanità 2005: Sette parole chiave del SSN*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Mennini, F. Spandonaro, Italtpromo ESIS Publishing ed., Roma.
- Francia L., Mennini F. S. (2005), "Evoluzione della Spesa Sanitaria nei Paesi OCSE"; in *Rapporto CEIS Sanità 2005: Sette parole chiave del SSN*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Mennini, F. Spandonaro, Italtpromo ESIS Publishing ed., Roma.
- OMS (2000), *The World health Report 2000*.
- Spandonaro F. (2002), "L'assistenza sanitaria complementare in Italia: un'opportunità da non perdere", *Quaderno ASSOPREVIDENZA*, n. 7.
- WHO (2000), *The World Health Report: Health Systems. Improving Performances*, Geneve (CH).