

SCIENZA MANAGEMENT

Bimestrale per il medico
ed il manager della sanità
ANNO V - NUMERO 2
MARZO - APRILE 2001
sped. a.p. - 15% - art. 2
comma 20/b legge 662/96
Filiale di Ancona

2

SCIENZA IN DIFESA DEI VACCINI, IN DIFESA DELLA SCIENZA ■ **Aggiornamenti** NUOVE ACQUISIZIONI SULLA FISIOPATOLOGIA DELL'EDEMA POLMONARE ACUTO; GLI EOSINOFILI SONO IMPORTANTI NELL'ASMA; CONSUMO DI TE VERDE ED INCIDENZA DI CANCRO GASTRICO; ORMONI E RISCHIO CARDIOVASCOLARE; LUCE E OMBRE; RADIO TERAPIA INTRACORONARICA DOPO IMPIANTO DI STENTI; TELEFONI CELLULARI E RISCHIO DI TUMORI CEREBRALI ■ **Abstract e Multimedia** ■ **MANAGEMENT** Contributi CINQUE ANNI DI ULIVO; QUALE BILANCIO PER LA SANITÀ; PROGETTI PER LA "SANITÀ DEL FUTURO" ■ **Documenti** LA S.I.M.E.E.R. PER LA RIABILITAZIONE; ANNI 2001-2003



Scienza

Editoriale

- 2 In difesa dei vaccini, in difesa della scienza
di F. Pandolfi

Aggiornamenti

- 3 Nuove acquisizioni sulla fisiopatologia
dell'edema polmonare acuto
- 4 Gli eosinofili sono importanti nell'asma?
- 5 Consumo di tè verde ed incidenza di
cancro gastrico
- 6 Ormoni e rischio cardiovascolare.
Luci e ombre
- 7 Radioterapia intracoronarica dopo impianto
di stent
- 8 Telefoni cellulari e rischio di tumori
cerebrali

Abstract

- 25 Selezione di abstract scientifici
dalla stampa internazionale

Multimedia

- 30 Il medico navigatore

Management

Contributi

- 9 Cinque anni di Ulivo: quale bilancio
per la sanità?
di F. Spandonaro e L. Francia
- 14 Progetti per la "Sanità del futuro"
di L. Conti

Documenti

- 20 La S.I.M.F.E.R. per la riabilitazione:
anni 2001 - 2003

SCIENZA e MANAGEMENT

Bimestrale per il medico
ed il manager della sanità

DIRETTORE RESPONSABILE
Cesare Fassari

DIRETTORE SCIENTIFICO
Franco Pandolfi

COORDINAMENTO REDAZIONALE
Emanuela Pieroni

REDAZIONE
00154 Roma, Via del Commercio, 36
Tel. 06.5729981- Fax 06.57299821/2
e-mail: scienzaemangement@ihg.it
http://www.ihg.it

EDITORE
ITALPROMO - ESIS PUBLISHING SRL

SEDE LEGALE
00154 Roma - Via del Commercio, 36

ABBONAMENTI

Annuo L. 80.000
Prezzo singola copia L. 16.000
Prezzo copia arretrata L. 20.000

PROGETTO GRAFICO

AReA Antonio Romano e Associati

IMPAGINAZIONE

Silvia de Toma

PUBBLICITÀ

ITALPROMO MEDIA SRL
20122 Milano - Viale Biancamano, 19
Tel. 02.7719021 - Fax 02.6016264

STAMPA

TECNOSTAMPA SRL
Via Le Breccie 60025 Loreto (An)

Registrazione Tribunale di Roma n. 34 del 24. 01.1997
Finito di stampare: 30 maggio 2001

Tiratura 23.315 copie

Anche questo numero è illustrato ispirandoci ai cinque
sensi. Questa volta è il turno del vedere.

COMITATO SCIENTIFICO

Presidente

Mario Condorelli

Membri

Giuseppe Benagiano
Lamberto Boffi
Giovanni Battista Cassano
Ivan Cavicchi
Luca Massimo Chinni
Guido Coggi
Nerina Dirindin
Cesare Fieschi
Vincenzo Giambanco
Liborio Giuffrè
Giuseppe Ippolito
Guido Lucarelli
Giampiero Malagnino
Attilio Maseri
Roberto Passariello
Ernesto Veronesi
Giorgio Vogel

Cinque anni di Ulivo: quale bilancio per la sanità?

Punti di forza: risanamento finanziario, federalismo e coesione del sistema. Punti di debolezza: scarsa attenzione alla competizione in sanità, mancata separazione dei ruoli tra produzione e controllo

di Federico Spandonaro* e Laura Francia*

In una epoca di alternanza politica e di sempre maggiore attenzione agli aspetti gestionali dei servizi, sorge spontanea la curiosità (se non l'esigenza) di redigere un consuntivo dei cinque anni di legislatura appena conclusi, provando a far emergere miglioramenti, peggioramenti e, soprattutto, le questioni sospese in un ambito specifico come quello sanitario.

L'analisi appare indubbiamente delicata; i cinque anni della legislatura coincidono, infatti, con un periodo importante del SSN italiano: iniziano con i primi vagiti del processo della cosiddetta aziendalizzazione (partito nei fatti nel 1995) e si concludono a metà del 2001 proprio quando iniziano a farsi sentire gli effetti della "riforma Bindi" e del federalismo fiscale sanitario.

Premettiamo che, per un corretto procedere, dovremmo ragionevolmente disporre di una chiara esplicitazione degli obiettivi del Governo all'atto del suo insediamento, come anche di un sufficiente set di indicatori, capace di misurare gli scostamenti fra obiettivi previsti ed obiettivi conseguiti.

Purtroppo dobbiamo prendere atto che nessuna delle due condizioni è soddisfatta; gli obiettivi noti sono stati, per lo più, formulati sotto forma di slogan politici, e degli indicatori non vi è traccia.

Alla oggettiva "delicatezza" dei giudizi, dovuta al periodo denso di riforme ancora non concluse, si aggiungono quindi ulteriori difficoltà.

Sul lato statistico è d'obbligo l'osservazione che l'Italia della Sanità dispone, purtroppo, di informazioni statistiche spesso "date": ad oggi ancora nulla o quasi è dato di sapere sull'anno 2000, vanificando ad esempio la possibilità di oggettive riflessioni sugli effetti del d. lgs. n. 229/1999, che pure è il principale atto normativo della legislatura; a riprova del permanere di una carenza culturale dal punto di vista gestionale, appare paradossale poter pensare di programmare le attività in mancanza di un dato quantitativo di insieme (ancorché non definitivo) sull'anno appena concluso. Anzi, dalla lettura del nuovo PSN, come anche della relazione sullo Stato Sanitario del Paese, sembra emergere il progressivo abbandono degli sforzi di sviluppare un approccio quantitativo strutturato: in luogo di analisi statistiche troviamo infatti sempre più ragionamenti qualitativi, certamente condivisibili a priori e di buon senso, ma non sempre passati per il vaglio della prova empirica.

La carenza di indicatori di "performance" del sistema, problema peraltro non solo italiano, seppure sia certamente da ricondursi ad uno stile gestionale storicamente poco attento alla quantificazione dei fenomeni, risente però in origine della, già richiamata, insufficiente esplicitazione degli obiettivi politici. "Riduzione degli sprechi", "contenimento della spesa" (o quanto meno del suo trend), "salvaguardia del SSN", sono affermazioni di principio che hanno segnato la legi-

slatura, ma appaiono abbastanza indefinibili su un piano operativo, e soprattutto sono difficilmente sottoponibili a verifica sul piano empirico.

Esiste poi una ulteriore problematica degna di riflessione: ha ancora una sua coerenza un approccio alla verifica dei risultati fondato sull'analisi del livello di governo centrale? Infatti, già dal 1998, le politiche sanitarie delle Regioni hanno iniziato a divergere in modo significativo, dando vita a modelli istituzionali, oltre che gestionali, diversi ed a volte antagonisti.

L'esempio più chiaro è quello della Lombardia, il cui modello è largamente incoerente con il dettato del d. lgs. n. 229/1999, e che ha continuato a svilupparsi secondo le linee segnate nel 1997, anche dopo l'emanazione del decreto "Bindi".

Al di là delle mere contrapposizioni politiche, sorge quindi il dubbio che nelle performance del sistema globale non sia corretto includere le performance (positive o negative che siano) di Servizi Sanitari Regionali che hanno preso strade chiaramente non riconducibili al disegno ispiratore della riforma Bindi.

Nuovamente la carenza di dati statistici sull'efficienza dei sistemi regionali tarpa le ali a qualsiasi analisi oggettiva, alimentando contrapposizioni ideologiche (inutili) in un ambito ove l'unico responso valido è "quello del campo".

In ogni caso, questa realtà deve far riflettere, in quanto la prospettiva federalista certa-

TABELLA 1. - Attività di degenza in istituti di cura periodo 1995 - 1998

	1995	1996	1997*	1998
Numero di dimissioni	9.299.729	10.599.572	10.552.515	12.353.630
Giornate di ricovero	93.640.843	99.712.308	89.553.370	86.399.580
Degenza media	10,15	9,41	8,49	6,99

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat 2000

* Dal 1997 gli Istituti privati di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 sono esclusi dalla rilevazione.

**TABELLA 2. - Ricoveri in Istituti di cura
Tasso di ospedalizzazione per mille ab. - 1995/98 a confronto**

	1995	1998
Popolazione	57.332.996	57.612.615
Numero di ricoveri	9.299.729	12.353.630
Tasso di ospedalizzazione per 1000 ab.	162,21	214,43

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT 2000

mente amplificherà le divergenze nelle scelte, e non solo dal punto di vista gestionale, ma anche da quello istituzionale.

La lunga premessa tenta di giustificare il perché, pur consci del fatto che teoria e prassi più di qualche volta divergono, e che in Sanità ciò avviene a tal punto da rendere indispensabile l'analisi quantitativa, procederemo affidandoci in questa analisi ad una quota di buon senso, o meglio di *educated guess*, riservandoci il diritto/dovere di rivedere alcune affermazioni appena saranno disponibili maggiori evidenze statistiche.

Per quanto concerne gli obiettivi, e quindi il metro di giudizio, formuliamo un'ultima avvertenza di metodo, concernente il fine ultimo delle politiche sanitarie, che è certamente oggetto del contendere; ai fini della presente analisi assumiamo che lo scopo della politica sia quello di ottenere aumenti dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi offerti dal SSN, e in particolar modo della soddisfazione (qualità percepita) degli utenti e dei cittadini. Il controllo della spesa è parte integrante di questo approccio, ma non lo esaurisce in alcun modo (né tantomeno è sinonimo di per sé di efficienza). Un altro obiettivo espresso è stato quello della salvaguardia del SSN pubblico, traducibile nel tentativo di mantenere regole sufficientemente comuni in tema di assistenza sul territorio nazionale.

Per l'analisi dividiamo in due parti la legi-

slatura. La prima parte è stata segnata dall'osservazione degli effetti del d. lgs. n. 502/92. La seconda segna i correttivi all'evoluzione spontanea del sistema (decreto Bindi), con l'aggiunta del "lancio" del federalismo (d.lgs. n. 56/2000).

Evidentemente nei cinque anni sono state approvate molte altre norme di interesse sanitario (1), ma interessa qui più l'impianto generale che non il giudizio sul singolo dispositivo.

I primi 700 giorni

Iniziando quindi dal primo segmento di legislatura, e seguendo lo schema di ragionamento annunciato in premessa, la prima lecita domanda è se l'efficienza del sistema sia aumentata fra il 1993 ed il 1998.

Da questo punto di vista il terreno in Sanità è minato: se infatti è relativamente semplice valutarne i costi finanziari, è molto difficile valutarne i benefici (l'altra, troppo spesso negletta, faccia della medaglia), ed in particolar modo quelli a lungo termine.

I dati a disposizione dicono che a livello ospedaliero è diminuita la degenza media, ma è aumentato il tasso di ospedalizzazione, con un saldo inizialmente positivo delle giornate complessive di degenza.

Quantitativamente la degenza media è calata di 2,5-3 giorni in media, mentre il tasso di ospedalizzazione è aumentato anche del

50 per mille.

Questo quadro è certamente coerente con un aumento della produttività ospedaliera, ma anche con un aumento dei ricoveri inappropriati. In definitiva la variazione dell'efficienza del sistema ospedaliero ha un segno quanto meno ambiguo (Tabella 1 e 2).

La spesa non sembra essersi peraltro ridotta significativamente e, semmai, si può sperare in una maggiore soddisfazione (2) dei cittadini, nella misura in cui abbiano avuto più rapido accesso alle strutture. Qualche indizio in tal senso sembra esserci: le statistiche sulla soddisfazione degli utenti appaiono in lento ma continuo miglioramento (Grafico 1 e Tabella 3).

Pesa sul giudizio la questione irrisolta delle liste di attesa, e stupisce che sembra aumentare la percentuale di cittadini che incontra difficoltà nel raggiungere il pronto soccorso e altri servizi (Tabella 4).

Per la Sanità extra-ospedaliera, i dati sono ancora più carenti (in particolar modo quelli di attività): induttivamente, dal tentativo del d. lgs. n. 229/1999 di riequilibrare il meccanismo di finanziamento degli erogatori in favore del territorio, possiamo desumere che le cose non siano andate particolarmente bene, e che per alcune funzioni si siano ridotti i livelli di funzionalità (3).

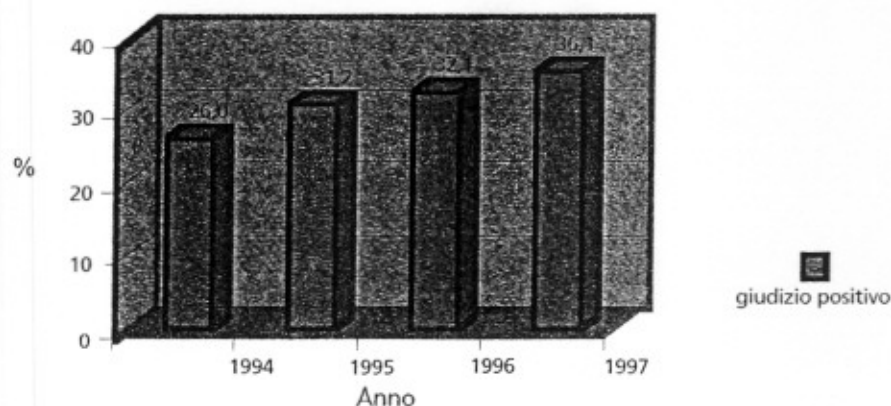
Per quanto concerne lo sviluppo del controllo manageriale, un recente documento della commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario rileva che quasi tutte le strutture hanno attivato la contabilità per centri di costo, e circa l'85% la gestione budgetaria; di contro pochissime hanno provveduto alla dipartimentalizzazione.

Al di là delle percentuali di attivazione, la questione è se le funzioni di controlling attivate, abbiano inciso nella sostanza sulla gestione aziendale o abbiano configurato la mera sovrapposizione formale di nuovi uffici sulla struttura esistente. Anche in questo caso qualche dubbio è lecito, osservando l'apparente carenza di ricaduta sulle strutture organizzative (si legga dipartimenti).

Non di meno i primi anni di "aziendalizzazione" hanno avuto effetti culturali importanti: si sono infatti configurati come gli anni della formazione di una nuova (o forse è meglio dire: di una "ritrovata") coscienza degli operatori sanitari, maggiormente attenta alla economicità della gestione.

A livello aggregato, la quota di spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale sembra comunque crescere dopo molti anni di continua contrazione, attestandosi intorno al 68%, ma rimanendo al di sotto dei principali Paesi sviluppati (Tabella 5 e 6).

Sfugge a questo dato l'ormai totale insufficienza dei fondi in conto capitale, che hanno portato ad un generale depauperamento del patrimonio del SSN, con un tasso di obsolescenza rilevante per molte strutture.

GRAFICO 1. - Percezione della qualità del SSN italiano - Giudizi positivi del cittadino. (%) periodo 1994-1997

Fonte: Ministero della Sanità, 1999

TABELLA 3. - Spesa totale per servizi sanitari delle famiglie - 1995 e 1998 a confronto

Categorie	1995		1998	
	Spesa Famiglie (mld di lire)	(%)	Spesa Famiglie (mld di lire)	(%)
Spesa totale delle famiglie	1.041.930		1.202.878	
di cui per Servizi Sanitari	33.496	3,21	39.655	3,30
- Prodotti medicinali e farmaceutici	17.027	1,63	20.666	1,72
- Servizi medici e param.non osped.	12.705	1,22	14.837	1,23
- Servizi ospedalieri	3.764	0,36	4.152	0,35

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2000

L'credità della riforma "Bindi"

La seconda fase della legislatura segna un'importante svolta nello sviluppo del sistema. La riforma Bindi sembra affermare per un verso l'insufficienza degli strumenti di gestione attivati ai fini del controllo della spesa, introducendo gli accordi contrattuali e stemperando di molto il senso pro-competitivo del finanziamento a prestazione resa delle aziende ospedaliere. Inoltre sembra prendere atto della incapacità del sistema pubblico di controllare la correttezza dei comportamenti degli erogatori privati (che più dei pubblici hanno ridotto la degenza media e aumentato più che proporzionalmente i ricoveri), reintroducendo forme di protezionismo a favore delle strutture pubbliche; un esempio è l'aver subordinato l'accreditamento alla programmazione regionale.

Infine è ridisegnato nelle fondamenta il senso del rapporto di impiego dei medici del SSN, con l'introduzione delle nuove regole sulla esclusività.

Molte altre previsioni normative del d. lgs. n. 229/1999 sarebbero degne di nota, prima fra tutte l'irrisolta questione dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, ma ai nostri fini limitiamoci a quelle citate, perché maggiormente significative.

Cosa sia successo al SSN dal 2000 in termini quantitativi non è ancora dato saperlo con sicurezza, ma possiamo inferire alcuni "sospetti".

Prima di tutto, sulla stretta di cinghia nei rapporti economici, l'intervento della riforma Bindi sembra essere arrivato tardi, nel senso che ormai era in atto il processo di regionalizzazione di fatto della Sanità, poi definitivamente sancito dal decreto sul federalismo fiscale e dalla legge costituzionale sul federalismo del 2001.

Le Regioni si sono divise (o meglio: sono rimaste divise), fra quelle che avevano scelto meccanismi di accreditamento "esteso" degli erogatori, e quelle che non hanno mai abbandonato una gestione per tetti di attività e/o spesa.

Sulle modifiche della "filosofia" dell'accreditamento pesa, invece, la mancata approvazione dei relativi criteri, attesi dal 1992, che mina all'origine la coerenza del meccanismo competitivo fra erogatori.

Sulla esclusività di rapporto dei medici, in via di principio il giudizio non può che essere positivo, ma è la conseguenza logica di un rapporto di dipendenza pubblica che è, a parere di chi scrive, la anomalia del sistema sanitario italiano.

Peraltro, su tale fronte i prezzi "politici" pagati sono stati molti, a cominciare dalla gestione della libera professione intra-muraria, introdotta senza avere risolto problemi importanti quale quello delle liste di attesa.

Il giudizio di sintesi sulla seconda fase della legislatura, per effetto della carenza di dati, non può che essere sostanzialmente qualitativo: azzardando alcune riflessioni potremmo annoverare fra i fattori positivi in primo luogo l'inversione di tendenza nel finanziamento della Sanità, che aveva visto progressivamente ritirarsi l'impegno pubblico, oltre all'attenzione verso la correzione di alcuni fattori distorsivi in senso ospedalocentrico della riforma del 1992 (si pensi anche al rilancio della tematica dei distretti). Si aggiunga, inoltre il, già ricordato, coraggio nell'affrontare il tema della esclusività di rapporto.

Fra quelli negativi l'impressione di una inversione di tendenza nei meccanismi gestionali, discutibile per almeno tre ordini di ragioni.

Innanzitutto perché "riformare una riforma", specialmente quando essa ha una forte valenza culturale ed è ai suoi primi passi concreti, comporta l'inevitabile rischio di prolungare all'infinito la fase di transizione, per sua natura problematica e densa di costi indiretti sugli utenti.

In secondo luogo, alcune preoccupazioni sull'incontrollata espansione dei ricoveri inappropriati aveva già avuto il suo punto di svolta nel 1998/99, indirizzandosi verso un progressivo rientro: si è quindi agito quando "i buoi rientravano già da soli nella stalla".

In terzo luogo, si è scelta una strada di "protezionismo" del pubblico, che qualche regione aveva già rifiutato, e che per qualche altra può aver significato il perdurare di situazioni di inefficienza ed anche inefficacia.

Va però dato atto alla legislatura nel suo complesso, di avere mantenuto una generale coesione nel sistema, pur in presenza di forze centrifughe interne, e vincoli di bilancio esterni che ne hanno minato per insufficienza finanziaria un concreto rilancio.

Nella seconda fase della legislatura, esiste però un'area di non trasparenza sui modelli

TABELLA 4. - Famiglie che dichiarano difficoltà a raggiungere alcuni tipi di servizio, ripartizione geografica (x 100 famiglie della stessa zona) - Valori %

Ripartizione Geografica	Anno	Tipologia di servizio	
		Farmacia	Pronto soccorso
Italia nord-occidentale	1995	18,9	51,6
	1998	21,8	55,2
Italia nord-orientale	1995	21,0	47,5
	1998	19,7	49,3
Italia centrale	1995	19,7	48,0
	1998	23,2	53,5
Italia meridionale	1995	26,8	64,0
	1998	30,4	67,1
Italia insulare	1995	26,6	61,1
	1998	26,6	64,8

Fonte: Istat, 2000

TABELLA 5. - Spesa Sanitaria Pubblica e Privata in percentuale sulla Spesa Sanitaria Totale - Paesi OCSE - 1995 e 1998 a confronto

Paese	1995		1998		1999	
	Pubblica (%)	Privata (%)	Pubblica (%)	Privata (%)	Pubblica (%)	Privata (%)
Australia	67,38	32,62	69,31	30,69	-	-
Austria	71,88	28,12	70,50	29,50	71,56	28,44
Belgio	88,74	11,26	89,65	10,35	-	-
Canada	71,09	28,91	69,55	30,45	69,57	30,43
Danimarca	82,57	17,43	81,92	18,08	81,61	18,39
Finlandia	75,55	24,45	76,31	23,69	-	-
Francia	76,42	23,58	76,44	23,56	-	-
Germania	78,10	21,90	74,58	25,42	75,25	24,75
Grecia	58,73	41,27	56,83	43,17	-	-
Islanda	84,12	15,88	84,17	15,83	85,12	14,88
Irlanda	72,73	27,27	75,82	24,18	77,06	22,94
Italia	67,72	32,28	67,99	32,01	68,02	31,98
Giappone	78,21	21,79	78,31	21,69	-	-
Olanda	72,46	27,54	70,40	29,60	-	-
Nuova Zelanda	77,18	22,82	77,15	22,85	-	-
Norvegia	83,24	16,76	82,79	17,21	-	-
Portogallo	65,32	34,68	66,95	33,05	-	-
Spagna	78,27	21,73	76,86	23,14	-	-
Svezia	85,18	14,82	83,80	16,20	-	-
Turchia	70,80	29,20	-	-	-	-
U.K.	84,86	15,14	83,74	16,26	84,19	15,81
USA	45,12	54,88	44,67	55,33	44,24	55,76

Fonte: OECD HEALTH DATA, 2000

TABELLA 6. - La Spesa Sanitaria Totale Paesi OCSE
Variazione % periodo 1995-99

Paese	Variazione 95/99 (%)
Australia	2,62 *
Austria	-15,02
Canada	5,99
Danimarca	-2,87
Finlandia	-8,75 *
Francia	-8,45 *
Germania	-11,59
Irlanda	10,93
Italia	11,53
Giappone	-22,10 *
Norvegia	11,66 *
Spagna	0,28 *
Svezia	-2,80 *
U.K.	27,16
USA	22,67

Fonte: OECD HEALTH DATA, 2000

* utilizzato il dato 1998, essendo il dato 1999 non disponibile

ispiratori che deve essere approfondita e che certamente ha reso più difficile il rapporto fra cittadini e servizio pubblico.

Il tema è sintetizzabile nella domanda: quale è l'area dell'intervento pubblico giustificato dalla meritorietà dei consumi sanitari, e quale lo strumento per garantire il diritto alle opportunità di assistenza?

La sensazione è che il d. lgs. n. 502/1992 avesse dato una risposta sostanzialmente coerente al tema, disinteressandosi della prima parte della questione (e lasciando quindi inalterato l'impianto della l. 833/1978), e indicando nel rapporto paritario e competitivo fra strutture pubbliche e private la strada maestra per l'aspetto delle garanzie.

Il d. lgs. n. 229/1999 è in tal senso molto più incisivo, ma molto meno "evidente".

Mette in discussione l'area della tutela pubblica, "specificando" cosa può e non può essere dato dal SSN, e ritorna agli schemi della programmazione per garantire efficienza ed equità di accesso all'assistenza:

Il modello è peraltro non del tutto chiaro e nello stesso tempo a volte "ingenuo".

Basti pensare all'indicazione che esclude fra le prestazioni a carico del SSN quelle non

dotate di "evidenze" e non efficaci. Se è vero che secondo valutazioni del Cochrane Institute circa il 70% delle pratiche cliniche non ha prove di evidenza, sorge spontaneo pensare che, in Italia, fortunatamente le leggi non si prendono mai alla lettera; altrimenti il SSN avrebbe chiuso per dubbi di scientificità sul suo operato appena giunto al sorgere del nuovo millennio...

Dietro l'irrisolto (e scientificamente ad oggi irrisolvibile) problema dei livelli essenziali di assistenza si sono intanto annidati i costituenti di ben più imponenti rivoluzioni.

Pensiamo in primo luogo alla sanità integrativa; per riaffermare (alquanto inutilmente) il primato del pubblico, si costringe ad una doppia appartenenza, amministrazione, etc. (4) e nel mentre si reintroduce prima e seconda classe nei servizi sanitari come in altri settori (trasporti, ecc...).

Se è vero che la motrice (il pendolino/atto clinico) è uguale per tutti, il comfort può infatti ora essere differenziato in origine.

Molto probabilmente non c'è nulla di scandaloso in tutto ciò, ma proprio per questo si evidenzia la debolezza di fondo di una politica che "tira il sasso e nasconde la mano".

In tal modo si favoriscono evoluzioni indesiderate e frizioni nel sistema, che allontanano i cittadini dal servizio pubblico: scelta, e quindi dichiarata, la strada da intraprendere, certamente anche la discussione sull'intramoenia verso liste di attesa avrebbe preso un altro significato.

Analogamente viene da chiedersi quale sia la diagnosi fatta sul fallimento dei meccanismi competitivi del d. lgs. n. 502/1992.

Passare agli "accordi contrattuali" e al rilancio della programmazione regionale, sembra la conseguenza di un giudizio aprioristicamente negativo sulle forme competitive, piuttosto che il frutto di un'analisi sulla corretta implementazione del sistema.

Non sarebbe forse stato più corretto, e coraggioso, affrontare il tema dell'accreditamento (eventualmente programmando seriamente i tempi di riconversione di alcune strutture pubbliche), e i problemi di trasparenza ovvero di comunicazione/informazione che sono essenziali nei mercati competitivi?

Possiamo forse dire che anche in questo caso (come quello dei livelli essenziali) si sia affrontata la questione in modo un po' troppo "accademico", e nello stesso tempo "mediando l'impossibile"?

In questo rimanere a metà del guado troviamo forse il punto più debole del dopo d. lgs. n. 229/1999.

Sembra averlo capito il Ministro Veronesi che ha dato messaggi inequivocabili, magari difendendosi dietro l'oggettività e l'autorevolezza dell'approccio scientifico alla salute, potendosi permettere (per i tempi residui della legislatura) di non affrontare le questioni spinose dell'efficienza e dell'economicità,



che a tutt'oggi sono carenti di "evidenze".

Non c'è dubbio, però, che il messaggio è risultato chiaro, anche quando non necessariamente condivisibile: si pensi ad esempio all'abolizione dei ticket assunta come fattore di equità e giustizia sociale.

I nodi irrisolti

Concludendo, ci sembra di poter dare atto al Governo di centro-sinistra di avere gestito per cinque anni il risanamento finanziario, il passaggio al federalismo, e il mantenimento della coesione del sistema sanitario: obiettivi che in origine appariva difficile se non impossibile coniugare.

Il prezzo è però stato un "messaggio debole", che ha girato intorno al nocciolo della questione senza volerla o poterla affrontare. In altri termini: la competizione in Sanità ha dato prove dubbie di sé anche in situazio-

ni di minore concentrazione della proprietà sugli erogatori e ciò fa pensare che a maggior ragione non potremo noi implementarla con successo in un SSN caratterizzato dalla proprietà e gestione quasi totalmente pubblica degli erogatori.

Se non si separano i ruoli (5) (controllo/produzione) nell'offerta e non si dà informazione sul lato della domanda, molto probabilmente poco cambierà nei prossimi anni in termini di efficienza del sistema e di soddisfazione dei cittadini, che rimane l'unico parametro oggettivo di giudizio sul successo delle politiche sanitarie.

A questa domanda urge una risposta che, volente o nolente, sarà il banco di prova anche del prossimo Governo.

Al prossimo Governo vorremmo infine sommamente chiedere di inaugurare uno stile nuovo per la politica, caratterizzato da una chiara esplicitazione degli obiettivi e da una preventiva dichiarazione degli indicatori utilizzabili per la verifica.

In altri termini ci piacerebbe leggere un impegno ad aumentare del x% la soddisfazione dei cittadini sul servizio pubblico in Sanità (misurata da una indagine annuale), di diminuire del y% l'incidenza o la prevalenza di malattie prevenibili (misurabile con statistiche appunto di incidenza o prevalenza), di diminuire del z% il costo unitario di alcune prestazioni con profili diagnostici e terapeutici individuati...

Nella ovvia banalità del breve vademecum appena stilato emerge come, insieme alla richiamata suddivisione dei ruoli, l'implementazione di un efficace sistema di controllo di gestione necessita anche di un importante investimento in sistemi informativi ed anche informatici, che possa far recuperare al sistema sanitario i ritardi accumulati negli ultimi anni, che non a caso sono citati come quelli della comunicazione ed informazione. ■

NOTE

1. Il Sole 24 Ore Sanità del 8-14 Maggio 2001 riporta come principali provvedimenti in Sanità, 52 fra leggi, decreti, contratti collettivi e documenti di programmazione.
2. Prescindiamo sulla natura di tale soddisfazione, e dal giudizio che i cittadini avrebbero espresso in assenza di asimmetrie informative sulla qualità del servizio ricevuto.
3. Peraltro i dati ISTAT indicano un seppure lieve arretramento della quota di spesa ospedaliera, ma il dato aggregato è di difficile valutazione.
4. Ci si riferisce alla suddivisione fra dei fondi sanitari in "fondi doc" e "non doc".
5. L'idea di un Garante per la Sanità sempre più spesso ventilata non sembra ancora avere ricevuto adeguata attenzione.

* Università di Roma Tor Vergata