

Rassegna Giuridica della Sanità

# RAGIUSAN

rivista mensile

spedizione in abbonamento postale - 50%

*AMALIA DONIA SOFIO e FEDERICO SPANDONARO*

formazione e innovazione in sanità

**SIPIS**

Estratto da **RAGIUSAN** - Rassegna Giuridica della Sanità - N. 189 - 2000

# formazione e innovazione in sanità

di AMALIA DONIA SOFIO e FEDERICO SPANDONARO (\*)



SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Modelli e principi normativi di riferimento - 3. La formazione nel nuovo assetto istituzionale del S.s.n. - 4. Il ruolo dei cittadini fra pubblico e privato - 5. Conclusioni.

1. La formazione in sanità assume oggi in Italia un ruolo nuovo e fondamentale. L'attualità del tema è legata alla esistenza di un processo, *in itinere*, di totale rivisitazione dei principi con i quali essa è stata sinora regolamentata; la sua fondamentale importanza deriva invece dal ruolo ineludibile che i processi formativi hanno nella transizione verso il nuovo Servizio sanitario nazionale (S.s.n.) disegnato dai decreti legislativi n. 517/93 e n. 229/99. La transizione in atto è, infatti, caratterizzata da una sorta di rivoluzione culturale richiesta in primo luogo agli operatori sanitari, ma anche ai cittadini che tutti, prima o poi, vengono in contatto con il S.s.n.

La capacità di innovare, nel caso specifico della formazione, è requisito necessario per ottenere un risultato utile dall'imponente sforzo, anche economico che sarà necessario affrontare a livello sia individuale, che collettivo. Ripercorrere il processo formativo lungo la linea dell'esperienza acquisita rischia infatti di perpetuare modelli culturali che si vorrebbero superati, mentre ancora stenta a strutturarsi un approccio veramente multidisciplinare, capace di integrare comportamenti etici corretti con il sapere clinico ed economico-gestionale.

Il rapporto fra formazione e innovazione non è infatti univoco: una formazione di eccellenza è necessaria per alimentare nel capitale umano le potenzialità di innovazione del sistema; nello stesso tempo i processi innovativi che si creano devono potersi diffondere nel sistema attraverso il processo formativo.

Sorgono quindi numerose domande, alcune delle quali richiederebbero una risposta allo stesso tempo urgente e meditata: quali modelli debbano essere diffusi mediante l'offerta didattica? Quali i destinatari privilegiati del processo formativo? Quali, infine, i criteri capaci di misurare l'efficacia del processo formativo (tenendo peraltro conto degli obiettivi della riforma sanitaria)?

Nei paragrafi seguenti si cercherà di affrontare il tema, consapevoli di non poter disporre di risposte con-

clusive ai numerosi problemi sul tappeto, limitandosi quindi a tentare una tassonomia dei problemi irrisolti.

Possiamo premettere che le riforme in atto, pur avendo di molto avanzato il livello della discussione, non possono essere probabilmente essere considerate di per sé innovative; esse hanno colmato alcune carenze della L. n. 833/78, tanto valida sul piano dei principi quanto debole in termini gestionali ed operativi, tentando di far funzionare meglio l'esistente; ancora non si sono consolidati modelli onestamente nuovi di governo del sistema.

Per assistere a concrete innovazioni è forse necessario rivedere i modelli di riferimento corrente in senso critico; la modernizzazione del sistema di intervento pubblico in sanità richiede infatti la capacità di elaborare modelli capaci di mediare fra le numerose e mutabili esigenze che sottostanno alla domanda assistenziale.



2. Il D.L.vo n. 229/99 all'art. 1, comma 2 afferma che il S.s.n. assicura, con le risorse pubbliche, livelli essenziali e uniformi di assistenza. Tali livelli sono, come specificato al comma 6-bis, lett. b), caratterizzati dagli attributi di appropriatezza ed efficacia. Lo stesso articolo specifica che tali livelli sono assicurati nel rispetto del principio dell'equità e qualità delle cure, nonché dell'economicità delle risorse impiegate; nel comma 6-bis, lett. c), infine, si esplicita che l'economicità è da intendersi sia in termini finanziari (o forse meglio come efficienza allocativa) che come efficienza tecnica e organizzativa.

(\*) Laboratorio di ricerca e formazione sanitaria C.e.i.s. università di Roma Tor Vergata. Il testo ripropone la relazione presentata dagli autori al convegno «Innovazioni in sanità tra pubblico e privato», svoltosi presso la facoltà di economia e commercio dell'università degli studi di Roma Tor Vergata, il 20 gennaio 2000.

Essenzialità, appropriatezza, efficacia, qualità, equità, economicità, efficienza sono parole chiave della riforma in atto nel nostro paese: e quindi da considerarsi linee guida del processo formativo.

Dobbiamo, conseguentemente, chiederci se abbiamo oggi da offrire modelli capaci di temperare una richiesta così qualificante e nello stesso tempo impegnativa per l'intervento pubblico in sanità. La risposta appare certamente difficile: la prudenza suggerisce forse di rispondere negativamente.

L'incertezza che, correttamente, il Nobel K.J. Arrow (1) ha suggerito essere fattore caratterizzante del mondo sanitario, non ci permette infatti facili conclusioni.

Se probabilmente un modello culturale capace di integrare tante richieste in un unico svolgersi del pensiero è ancora da elaborare, provando a ragionare con le norme, possiamo almeno seguire un filo logico enumerando le questioni più delicate.

In primo luogo, possiamo chiederci: può una prestazione essere di qualità qualora non sia appropriata ed anche efficiente? Anche volendo limitare il concetto di qualità agli aspetti tecnici ed organizzativi, possiamo ritenere che in assenza di qualità essa possa essere efficace?

Dobbiamo intendere l'appropriatezza (2) come *effectiveness*, delimitando l'uso del termine efficacia alla cosiddetta *efficacy*, o essa deve scontare anche una qualche forma di equità nella risposta assistenziale?

Una prestazione sarà essenziale (3) quando appropriata o l'economicità, intesa come vincolo di bilancio, potrà delimitare più strettamente tale categoria in funzione dell'allocatione delle risorse fra i vari bisogni?

Il passaggio contenuto nel comma 3, ancora dell'art. 1, non sembra capace di dissipare i dubbi, con l'affermazione della contestualità nell'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi e delle risorse finanziarie destinate al S.s.n.

Probabilmente le reciproche interrelazioni fra i tanti principi della riforma sono in larga misura ancora da esplorare, e di questo si deve tenere conto sul versante della formazione nel momento del rischio di cadere nella tentazione di offrire «soluzioni» facili ma incomplete.

Seppure il dubbio appare atteggiamento culturalmente ineccepibile, dobbiamo essere consci di vivere in un paese capace di grandi costruzioni teoriche ma più spesso gestionalmente carente, e non possiamo di conseguenza esimerci dal provare a dare qualche risposta ancorché soggettiva e parziale.

L'agire della riforma è duplice: un primo versante è quello macroeconomico, che possiamo sintetizzare nella determinazione dei confini dell'intervento pubblico, il secondo — per certi versi più agevole — è quello «micro», ove troneggia l'efficienza tecnica interna al sistema.

A livello «macro» il problema è chiaramente allocativo, e la ricerca si concentra sui principi equi di razionamento.

L'equità, evidentemente ed esplicitamente, si riconduce alle condizioni di accesso al servizio (art. 1, comma

2), ma probabilmente contiene anche un ulteriore elemento redistributivo, come si potrebbe immaginare dalla constatazione che nelle norme l'uniformità dei livelli assistenziali è garantita a livello nazionale, ove le Regioni (art. 3, comma 1) si limitano invece ad assicurare livelli (soltanto) essenziali.

Possiamo forse inferire — e forse è solo una presa d'atto di una realtà esistente — che oggi abbiamo tanti servizi regionali quante sono le Regioni e Province autonome, e che lo Stato centrale si riserva di conseguenza un ruolo di compensazione.

Tale compensazione non è, però, chiaro su quali parametri e con quale obiettivo ultimo si realizzi; non è infatti immediato comprendere quale sia la ragione capace di giustificare una disparità dei livelli di essenzialità (non uniformi) a livello regionale. Possiamo immaginare che ciò che risulta essenziale (ovvero fondamentale, primario, indispensabile) (4) in una realtà locale non lo sia in un'altra?

In questa ottica l'appropriatezza che poteva rappresentare un buon riferimento per l'essenzialità, se intesa come *effectiveness* in un contesto di evidenze sull'efficacia delle risposte diagnostiche e terapeutiche, non appare da sola capace di esaurire il processo di razionamento.

Non sembra che l'esperienza internazionale ci offra a tale proposito risposte pre-confezionate.

Mentre la distanza fra i paesi in termini allocatione della spesa fra settore pubblico e privato (cfr. tabella 1 e figura 1) è ormai relativamente limitata e comunque in continua diminuzione, tanto da rendere fallaci le classiche classificazioni fra sistemi pubblici, misti e privatistici, i tentativi di esplicitazione dei criteri di razionamento sulle prestazioni hanno incontrato ovunque difficoltà politiche e sociali pressoché insormontabili, tanto da rendere paradossalmente più efficaci le politiche basate su di un razionamento implicito mediante barriere di accesso (liste di attesa e quant'altro).

L'opinione pubblica non sembra sufficientemente formata per sostenere il peso di una informazione scientificamente corretta: in altri termini, il principio di razionalità del consumatore appare in campo sanitario più debole che mai.

L'essenzialità finisce nelle politiche per assumere connotati «finanziari», traducendo la disponibilità finanziaria del S.s.n. in regole di esclusione totale o parziale di bisogni e/o persone nell'ambito di accesso alla gratuità dell'assistenza.

(1) ARROW K.J., 1963, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, in *American Economic Review*, n. 53.

(2) Secondo il dizionario Zingarelli (Zanichelli ed.) il termine appropriato ha il significato di adeguato, preciso, calzante, ove il termine efficace richiede l'ottenimento di un dato effetto o scopo.

(3) Ancora secondo il dizionario Zingarelli (Zanichelli ed.) il termine essenziale concerne l'essenza, ovvero necessario, indispensabile, fondamentale, primario.

(4) Cfr. nota 2.

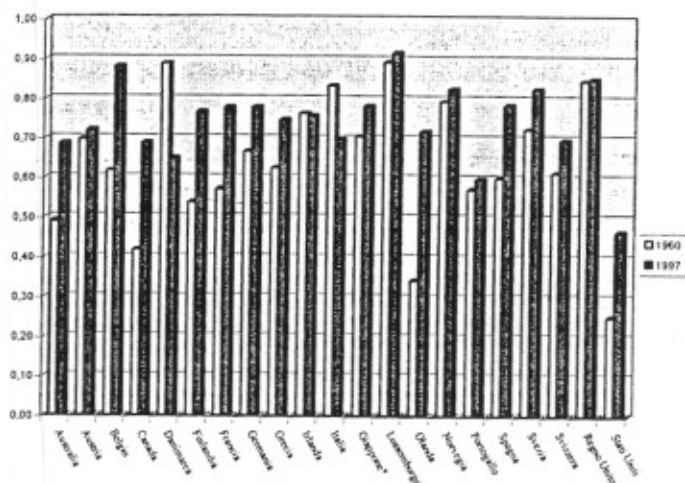
Tabella 1 - Spesa pubblica per la sanità

Paese	% del P.I.I.	Incremento % 1997-1960
Australia	5,7	+ 3,3
Austria	5,7	+ 2,7
Belgio	6,7	+ 4,6
Canada	6,4	+ 4,1
Danimarca	5,0	+ 1,8
Finlandia	5,6	+ 3,5
Francia	7,7	+ 5,3
Germania	8,1	+ 4,9
Grecia	5,3	+ 3,8
Irlanda	5,3	+ 2,4
Italia	5,3	+ 2,3
Giappone (*)	5,7	+ 2,6
Lussemburgo (*)	6,5	+ 3,2
Olanda	6,1	+ 4,8
Norvegia	6,1	+ 3,8
Portogallo	4,9	+ 4,1
Spagna	5,8	+ 4,9
Svezia	7,1	+ 3,7
Svizzera	7,1	+ 5,2
Regno Unito	5,7	+ 2,4
Stati Uniti	6,5	+ 5,2

(\*) Variazioni 1997-1970.

Fonte: O.e.c.d. Health Data 1998.

Figura 1 - Quota spesa pubblica sanitaria (anni 1960-1997)



(\*) Anni: 1970 e 1997.

Fonte: O.e.c.d. Health Data 1998.

Il problema sembra risiedere nella progressiva divergenza dalle pure necessità («indispensabili» e quindi in qualche modo essenziali) dei bisogni (in senso lato) che generano la domanda di assistenza; la scarsità di risorse genera un conflitto, se non con le necessità, almeno con i bisogni, che risultano in continua ed esponenziale crescita.

La risposta della teoria economica appare non del tutto soddisfacente: l'eccesso di domanda non trova completa spiegazione in una distorsione dovuta dalla mancanza di corrispettivo economico. Infatti, ove i beni sanitari sono maggiormente affidati alle leggi di mercato e all'acquisizione *out of pocket* dei servizi, la spesa sanitaria complessiva è tendenzialmente maggiore.

La debolezza del modello è probabilmente attribuibile al già richiamato difetto del principio di razionalità del consumatore in sanità, che è condizione necessaria perché il prezzo abbia le funzioni informative che gli sono proprie nella teoria economica.

Ne segue che anche l'analisi del rapporto di agenzia fra medico e paziente sembra ormai inadeguato rispetto alla realtà: l'affidamento del paziente al medico/agente è ormai paradigma da rivedere, ed anzi ci si chiede se e quanto il medico possa «resistere» alle richieste del paziente tese a soddisfare bisogni spesso superflui, specialmente nei casi in cui la richiesta terapeutica non risulta supportata da evidenza di appropriatezza.

In termini semplificati: il ruolo del medico è quello di soddisfare il paziente/cliente ad «ogni costo»? Il tema è riassumibile nell'idea del paziente giustamente o ingiustamente soddisfatto. Probabilmente dobbiamo immaginare un rapporto di agenzia complesso, nel quale il medico deve rappresentare allo stesso tempo l'agente del paziente, ma anche del S.s.n., assumendo così una responsabilità dei confronti della collettività.

Il medico, sinora abituato a ragionare in un contesto culturale dominato dall'idea del rapporto individuale con il paziente, deve oggi commisurarsi con un nuovo contesto in cui deve trovare spazio un rapporto complesso con la collettività.

Contestualmente l'economia e la politica devono fornire al medico criteri per poter applicare criteri di razionamento condivisi.

Il criterio di scelta basato unicamente sulla appropriatezza della prestazione non è completo, a causa sia della incertezza che caratterizza l'efficacia della prestazione terapeutica, sia per la necessità di definire comunque una scala di priorità.

Passando agli aspetti di efficienza essi sembrano risolversi più facilmente, anche se essi dipendono strettamente da una corretta allocazione iniziale delle risorse.

L'azienda sanitaria, pur estremamente complessa, non si discosta radicalmente da altre aziende in termini gestionali.

Ovviamente in carenza di un corretto processo allocativo a monte, l'efficienza tecnica di per sé avrebbe limitato significato.

Ma ciò che domina ancora la riflessione è il mandato istituzionale di tali aziende; di nuovo possiamo chiederci se la *mission* aziendale possa non tenere conto di aspetti etici che riguardano la selezione della domanda, come anche i rischi di induzione della stessa.

Con il D.L.vo n. 229/99 l'attenzione agli aspetti gestionali si è radicalmente modificata, spostandosi dall'in-

staurazione di meccanismi di concorrenza regolamentata, al rispetto dei vincoli di spesa.

L'introduzione del meccanismo degli accordi contrattuali (artt. 8/V e 8/VI), che sembrano configurare un finanziamento a *budget* prospettici, se ha il pregio di eliminare la preesistente disparità di trattamento fra aziende ospedaliere e territoriali, certamente riduce i margini di competizione.

Possiamo presumere che in presenza di tetti di attività negoziati (art. 8/V, comma 2), le strutture che più facilmente potranno riadattare la propria capacità produttiva (... quelle private?) ne trarranno un vantaggio relativo.

La *ratio* della norma risiede, ad esempio, nella constatazione di una esplosione delle giornate di degenza in ambito ospedaliero (cfr. tabella 2), che poteva far ritenere in atto una induzione di domanda inappropriata, un conseguente aumento della spesa corrente, e di conseguenza un drenaggio di risorse verso l'assistenza ospedaliera a scapito delle altre forme di intervento (specialmente territoriali).

A ben vedere però, la recente disponibilità di dati relativamente alla attività ospedaliera segnala una inversione di tendenza (anche se non è dato sapere quanto duratura), che potrebbe far ritenere tutto sommato inutile la correzione di rotta adottata.

**Tabella 2 - Attività ospedaliera anni (1995-1997)**

	1995	1996	1997
Dimissioni .....	7.381.000	9.025.000	9.121.000
Giornate di degenza ..	60.102.000	69.026.000	66.121.000
Degenza media .....	8,1	7,6	7,2
Peso medio .....	1,0000	1,0270	1,0377

Fonte: Sist. inf. sanitario, 1999.

Dobbiamo infine aggiungere che, in controtendenza con quanto appena detto, ma in ossequio a ripetute campagne giornalistiche che alimentano la diffusa disaffezione dei cittadini nei confronti del S.s.n., con la legge finanziaria 2000 si è riproposta una richiesta di maggiore produttività alle aziende sanitarie, tesa a ridurre le liste di attesa. Come si è già argomentato, risulta difficile credere che le liste di attesa non abbiano rivestito un ruolo nel contenimento della domanda; nello stesso tempo esistono evidenti rischi di alimentare una domanda di prestazioni inappropriate, ancora una volta frutto di scarsa informazione sul lato della domanda.

La domanda da porsi è se la *customer satisfaction* possa essere un valore di per sé, anche dove è frutto (almeno in parte) di consumo che soddisfa essenzialmente bisogni emotivi e/o di *status*. Seppure di difficile risoluzione, dobbiamo porci il problema del grado di paternalismo da adottare a livello pubblico. Né possiamo ritenere facilmente risolvibile il problema circoscrivendo i consumi non strettamente necessari all'area privata, poiché è facile

immaginare che in tal modo si realizzerebbe una diffusa disaffezione degli individui verso il servizio pubblico.

Nei vari aspetti della norma che abbiamo cercato di sintetizzare, un elemento appare del tutto assente, pur essendo centrale nella teoria economica: quello della simmetria delle informazioni nel mercato.

Come si è visto, è possibile ipotizzare che in assenza di una maggiore razionalità nei comportamenti del consumatore, qualsiasi riforma finirà per scontrarsi con incrementi di spesa indotti da una crescente espansione dei bisogni, frutto di informazione parziale e spesso anche di atteggiamenti emotivi più che razionali.

D'altronde è almeno in parte sostenibile che il principale problema del S.s.n. sia la scarsa credibilità del sistema stesso, misurata da una diffusa disaffezione dei cittadini che si dichiarano insoddisfatti del servizio (cfr. tabella 3).

Appare paradossale che in fondo a tale graduatoria si ritrovino sistemi sostanzialmente diversi, e che a successiva domanda i cittadini statunitensi ritengano necessario un maggiore impegno finanziario in favore della sanità al contrario degli italiani (si veda l'ultima colonna della tabella 3 per le posizioni delle nazioni in termini di spesa ...). Sembra naturale chiedersi se non esista un problema di credibilità in presenza di una oggettiva discrasia fra soddisfazione dei cittadini e «risultati» del S.s.n. (5).

**Tabella 3 - Grado di soddisfazione dei cittadini per i servizi sanitari (anno 1990)**

Paese	Necessità di cambiamenti minori	Necessità di cambiamenti sostanziali	Necessità di ricostruire completamente il sistema	Spesa pro capite per salute (USD)
Canada .....	56%	38%	5%	1.483
Olanda .....	47%	46%	5%	1.041
Germania .....	41%	35%	13%	1.093
Francia .....	41%	42%	10%	1.105
Australia .....	34%	43%	17%	939
Svezia .....	32%	58%	6%	1.233
Giappone .....	29%	47%	6%	915
Regno Unito .....	27%	52%	17%	758
Italia .....	12%	46%	40%	841
Stati Uniti .....	10%	60%	29%	2.051

Fonte: Blendon R.J. et al., 1990, Satisfaction with Health System in Ten Nations, Health Affairs, n. 9.

Osserviamo infatti uno stato sanitario del paese decisamente eccellente, anche se messo a confronto con quello delle altre nazioni europee, a fronte di una spesa

(5) Nella ultima relazione sullo stato sanitario del paese edita dal Ministero della sanità si riportano dati che pur in carenza di un quadro generale sulla morbilità, sembrano dimostrare un livello dei principali indicatori di mortalità, ma anche di sopravvivenza, decisamente di eccellenza a livello internazionale; questione diversa è l'attribuzione dei «meriti» di tale risultato ...

mediamente più bassa dei paesi a reddito confrontabile con il nostro (6).

Probabilmente ci si è interrogati poco sulla natura di tale disaffezione che, in presenza di un quasi monopolio di offerta pubblica a livello ospedaliero, forse non è errato almeno in parte attribuire ad una più generale crisi di credibilità della Pubblica amministrazione.

Qualsiasi riforma, acquisito che il S.s.n. abbia oggi un finanziamento modesto e che quindi l'obiettivo da porsi non possa essere individuato nella ulteriore contrazione della spesa sanitaria, non può in definitiva non porsi il problema della soddisfazione del cittadino. Ma in assenza di una vera campagna di informazione (di non facile realizzazione per i contenuti e i modi per cui si caratterizza) il rischio è quello di poter ottemperare al mandato soltanto distraendo risorse verso il soddisfacimento di bisogni in larga parte superflui.



**3.** Il D.L.vo n. 229/99 all'art. 16, definisce nuovi ambiti per la formazione nel nuovo assetto del S.s.n. e delle professioni sanitarie.

Si distingue in primo luogo la formazione continua da quella manageriale, in ossequio alla doppia competenza, clinica ed economico-gestionale, oggi richiesta all'operatore sanitario.

La formazione continua è a sua volta composta da aggiornamento professionale e formazione permanente.

Oggetto della prima, in estrema semplificazione, sembra essere il mantenimento del capitale umano, mediante l'adeguamento delle professionalità in funzione dell'evoluzione scientifica e tecnica; oggetto della seconda sono le «... attività finalizzate a migliorare competenze ed abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza ...», quindi il miglioramento del capitale umano.

La formazione manageriale è invece riservata agli operatori che abbiano avuto incarichi di direzione sanitaria o dirigenziali di secondo livello e si concentra sui temi della organizzazione e gestione dei servizi sanitari, finanziamento e bilanci, gestione delle risorse umane e misura della qualità.

Per quanto argomentato precedentemente, alcune osservazioni conseguono immediate. In primo luogo la coerenza richiesta all'indirizzo formativo con i principi della riforma richiede preventivamente risposte attendibili, che secondo chi scrive non sono tutte ad oggi disponibili, in ordine ai comportamenti eticamente e tecnicamente coerenti da adottarsi al fine di perseguire contemporaneamente efficacia, appropriatezza, efficienza etc.

In secondo luogo l'attestazione di capacità manageriali sembra scorrettamente slegata dai temi impropriamente definibili «macroeconomici», come se un corretto *management* possa svolgersi separatamente da una effi-

cace integrazione di sapere clinico, economico e gestionale.

Non possiamo dimenticare che l'accesso al servizio è di fatto gestito dal dirigente medico (sia esso medico di base o specialista) e solo indirettamente dal *top management* aziendale e dalla programmazione regionale.

Altra innovazione, per certi versi incompleta, è quella della valutazione delle capacità acquisite dai partecipanti.

La sovrapposizione del concetto di partecipazione con quello di apprendimento è evidentemente atteggiamento scorretto; ne segue la necessità di definire il ruolo da riservare alla valutazione stessa.

In questo ambito molte sono le questioni sul tappeto: la partecipazione ad un convegno come potrà essere valutata? un dirigente con incarico di II livello che non dovesse superare un corso di formazione manageriale verrebbe immediatamente rimosso o potrà rifrequentare il corso o l'esame? qualora si optasse per la rimozione, con che probabilità potrebbe ancora avere l'opportunità di ricoprire un incarico di II livello? Potrebbe, nelle more, acquisire una formazione manageriale da spendere nel caso di un nuovo incarico? quale validità temporale potrebbero quindi avere gli attestati di formazione manageriale?

Come si vede le domande sono numerose e di non ovvia risposta.

La commissione nazionale per la formazione continua prevista dal D.L.vo n. 229/99, avrà un compito non facile nell'accreditamento dei programmi ed anche dei formatori, come anche nella valutazione dei crediti formativi acquisibili.

Nostra opinione è che la peculiarità dell'oggetto di formazione, che non è riducibile a mero *know how* tecnico, coinvolgendo invece fortemente etica individuale e scelte collettive, richieda una stretta collaborazione fra istituti di ricerca e strutture operative, ove le seconde nella pratica clinica e gestionale sono deputate naturalmente alla verifica della validità dei modelli proposti, di fatto rappresentando luoghi privilegiati di ricerca applicata.

È del tutto plausibile che capacità di formazione siano già presenti all'interno del S.s.n., seppure si dovrà evitare il rischio di una autarchia che potrebbe sfociare in una sorta di autoreferenzialità dannosa per il sistema.

In definitiva, la massima attenzione dovrà essere posta ai processi di diffusione dei risultati della ricerca e in particolare delle innovazioni.



**4.** Seppure si può sostenere che le innovazioni introdotte non rappresentino novità assolute ed originali, è innegabile che si è di fronte ad un tentativo di razionalizzare le regole di allocazione delle risorse pubbliche, conti-

(6) Forse è il caso di aggiungere che il nostro è l'unico paese che nel periodo 1960-1990 (in realtà grazie alle politiche degli anni '90) ha visto ridurre la quota di intervento pubblico in sanità (cfr. figura 1).

nuando allo stesso tempo nel processo di introduzione di strumenti gestionali deputati al perseguimento di una maggiore efficienza, ma anche di una maggiore qualità del processo di erogazione dei servizi.

In questo ambito le riforme degli anni '90 non hanno però preso in considerazione, se non indirettamente attraverso la mediazione della delega politica (7), il ruolo del consumatore, quasi assumendo come date le sue preferenze.

Si è già brevemente argomentato come comportamenti non pienamente informati dei consumatori possano, potenzialmente, vanificare qualsiasi tentativo di perseguire all'unisono efficienza ed appropriatezza dell'assistenza.

In realtà il tema della informazione corretta del cittadino è di ben più ampio respiro; ad esempio, come hanno affermato Feldman e Dowd (8) «se il livello delle informazioni nel mercato delle cure mediche è inefficientemente basso, la soluzione è informare i consumatori e non assicurarli pienamente».

Non necessariamente, però, la disponibilità di informazioni implica l'utilizzabilità delle stesse.

Il problema della informazione si tramuta quindi in un reale problema di formazione, tanto più di difficile soluzione quanto più il sapere si rinnova rapidamente. Sembra in effetti impensabile poter sottoporre il cittadino ad un aggiornamento continuo come peraltro previsto per gli operatori.

Per quanto sopra, una indicazione sembra emergere fra le altre: in assenza di una indicazione nel senso della formazione del cittadino/utente, è almeno doveroso porsi il problema di formare l'operatore sanitario affinché sia capace di adottare comportamenti capaci non solo di informazione all'utente, ma anche di rendere intelligibili i criteri di scelta degli interventi assistenziali come anche i relativi criteri di razionamento.

Senza tale abilità dei suoi operatori, il S.s.n. continuerà a «produrre» cittadini insoddisfatti, o «ingiustamente soddisfatti» a scapito della appropriatezza e della efficienza.



5. La sanità italiana negli anni '90 è stata caratterizzata da due importanti interventi di riforma, con conseguenze decisamente rilevanti sul piano pratico.

Non possiamo nasconderci che esigenze di finanza pubblica hanno richiesto un ingente sforzo finanziario che ha comportato (caso unico, con la Danimarca, fra i paesi

maggiormente sviluppati) una contrazione della quota dell'intervento pubblico e una riallocazione sul settore privato di ingenti oneri di spesa.

Solo Danimarca e Portogallo hanno una spesa sanitaria pubblica in rapporto al P.i.l. inferiore a quella italiana, che risulta essere di 1,3 punti inferiore a quella degli Stati Uniti.

L'incremento del numero di giornate di degenza conseguente all'introduzione del sistema tariffario per i ricoveri fa dubitare che alla maggiore produttività si sia accompagnata una maggiore efficienza complessiva del sistema; comunque l'insoddisfazione generale dei cittadini non sembra calata.

Le innovazioni introdotte dalle norme riformatrici sono in larga misura rimaste allo stato della enunciazione dei principi, trovando ancora difficoltà di applicazione per effetto di carenze prevalentemente culturali, ma anche per i frequenti, reciproci conflitti sul piano pratico.

La formazione dovrà nel futuro colmare le carenze culturali, ma anche coniugarsi con la ricerca per fornire risposte ai numerosi problemi irrisolti sia sul piano teorico che su quello applicativo.

Un aspetto certamente debole di questo processo è la scarsa attenzione ai comportamenti del cittadino/utente del servizio. La filosofia della *customer satisfaction*, in presenza di un consumatore scarsamente informato e per lo più incapace di utilizzare in modo razionale le informazioni stesse, rischia di alimentare un circolo vizioso di induzione di domanda inappropriata, che vanificherebbe in larga misura gli sforzi di razionalizzazione del S.s.n.

In assenza di indicazioni normative in tal senso, una innovazione auspicabile sarebbe quella di introdurre nel sistema processi di coinvolgimento reale dei cittadini, mandandoli alla gestione razionale degli eventi per loro natura dolorosi collegati alla malattia, coniugando bisogni individuali e necessità collettive.

In condizioni di maggiore appropriatezza non solo della offerta, ma anche della domanda, molte delle questioni sul tappeto assumerebbero contorni diversi e più definiti, non ultime quelle concernenti le scelte fra pubblico e privato, sia a livello di allocazione della spesa, che dei reciproci compiti istituzionali.

(7) Ci riferiamo in particolare al coinvolgimento dei Comuni nella valutazione dei risultati delle aziende sanitarie.

(8) FELDMAN R., DOWD B., 1991, *A New Estimate of the Welfare Loss in Excess Health Insurance*, in *American Economic Review*, n. 81.

