

ENZO ALBANO EDITORE



CONSIGLIO
NAZIONALE
DELLE RICERCHE

Problemi e politiche di razionalizzazione del settore sanitario

A cura di
Pietro Genco



2002

INDICE

Introduzione (P. Genco) pag. 5

PRIMA PARTE

Problemi di management sanitario

- “Le strategie delle aziende sanitarie” F. FONTANA, P.O. ACHARD,
V. CASTELLO, S. PROFILI » 17
- “La funzione controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche:
stato dell'arte e sfide per il futuro” E. BORGONOVÌ, M. DEL VECCHIO » 59
- “Il ruolo del sistema delle tariffe nei processi di finanziamento delle
aziende sanitarie pubbliche” A. ZANGRANDI » 95
- “Il calcolo economico nella gestione manageriale delle residenze
sanitarie assistenziali pubbliche” M. ZUCCARDI MERLI » 121
- “Le politiche di domanda e offerta nel settore sanitario italiano
dagli anni '90 ad oggi” A. DONIA SOFIO, F. SPANDONARO » 155
- “Informazione statistica e devoluzione sanitaria:
nuove opportunità per le Regioni” P. BELLINI » 169

SECONDA PARTE

Nuovi attori e nuovi assetti organizzativi del sistema di offerta

- “Il ruolo del distretto sanitario nel governo della domanda di salute:
i risultati di una ricerca empirica” F. TESTA, C. BUCCIONE » 213
- “Razionalizzazione dei servizi socio-sanitari e terzo settore:
fra quasi-mercati e via societaria” P. DONATI » 255
- “Le cooperative dei medici di base in Italia: esperienze, problemi
e prospettive” I. COLOZZI » 303
- “Le problematiche della contrattazione in sanità: il caso ligure”
A. TESTI » 331
- “Le assicurazioni sulla salute” F. GRASSO » 353

Le politiche di domanda e offerta nel settore sanitario italiano dagli anni '90 ad oggi

A. Donia Sofio*, F. Spandonaro*

Negli anni '90 sono state introdotte profonde modificazioni in tutti gli aspetti che caratterizzano il funzionamento del sistema sanitario pubblico italiano: dall'impatto redistributivo del finanziamento, sino ai comportamenti dei consumatori.

L'effetto è stato rilevante sia sul lato istituzionale (si pensi da ultimo alla modifica del titolo V della Costituzione che pone il settore sanitario fra quelli a legislazione concorrente Stato/Regioni, come anche all'approvazione nel gennaio 2002 dell'atto d.p.c.m. sui Livelli Essenziali di Assistenza) sia su quello economico (i trend di spesa hanno avuto rallentamenti e quindi nuove accelerazioni, e anche la ripartizione della spesa fra settore pubblico e privato si è modificata).

Si sono infine modificate profondamente le logiche gestionali e quindi i comportamenti degli erogatori, con esiti non sempre conformi alle aspettative.

Tra queste radicali trasformazioni, non ci sembra però che abbia trovato posto un cambiamento nella politica tradizionale dello Stato italiano in tema di assistenza sanitaria, improntata alle logiche di programmazione regionale, quasi totalmente riconducibili a politiche di offerta.

Sebbene sia ormai diffusa la convinzione che sempre più le politiche orientate alla domanda debbano essere sviluppate e che, solo attraverso di esse, sia possibile garantire una sostenibilità a medio termine del Servizio Sanitario, esse ancora trovano difficile applicazione e non sempre politiche di offerta e di domanda si integrano sinergicamente.

Uno dei fattori più rilevanti nei modelli interpretativi a livello internazionale, si è infatti dimostrata la stretta interrelazione fra evoluzione della domanda e dell'offerta assistenziale delineata dalle politiche sanitarie di riforma in diversi Paesi. Tale fattore assume un rilievo predominante in presenza di un sistema sanitario pubblico, quale quello esistente in Italia, ove regolamentazione e programmazione mantengono un ruolo fondamentale anche dopo le leggi di riforma degli anni '90.

In letteratura è consuetudine distinguere tra bisogno sanitario (sintomatico e asintomatico), e domanda (implicita ed espressa); la domanda espressa si forma condizionatamente alle reali capacità di accesso al sistema assistenziale, come anche al livello di "consapevolezza" sanitaria della popolazione, frutto questa di numerosi fattori socio-economici. La composizione della domanda, e in particolare la distri-

* Centro Interdipartimentale di Studi Internazionali sull'Economia e lo Sviluppo, Università di Roma Tor Vergata.

buzione fra consumi diretti delle famiglie e servizi sociali acquisiti dal settore pubblico, è inoltre evidentemente legata alle scelte di razionamento fatte dal legislatore.

L'impatto dei nuovi assetti istituzionali ed economici, causati tanto dalle citate norme sul federalismo fiscale, quanto dalla successiva modifica in senso federale dello Stato, e per finire dalla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, evidenziano le difficoltà che si incontrano nell'esplicitazione dei criteri di razionamento e dei diritti di cittadinanza: difficoltà che hanno un evidente impatto sull'accesso all'assistenza pubblica e sulla composizione della domanda.

La relazione tra politiche di domanda e politiche di offerta è oggetto di studio del presente lavoro, in cui nel primo paragrafo, vengono esposte sinteticamente le principali innovazioni intervenute nell'assetto della sanità italiana sul lato delle politiche di offerta; nel secondo paragrafo si tenta di valutare cosa si sia modificato sul lato della domanda, e, infine, si analizza la loro integrazione nel terzo paragrafo. Segue un tentativo di conclusioni che suggerisce alcuni punti che ci pare debbano essere messi in evidenza nell'agenda dei *policy maker*, come anche alcune aree che necessitano di ulteriore approfondimento sia teorico che empirico.

1. Le politiche di offerta

Sebbene siano note le implicazioni della riforma del Servizio Sanitario Nazionale di cui ai dd. lgss. n. 502/1992 e n. 517/1993, riteniamo utile iniziare la nostra analisi dalle norme citate, focalizzando l'attenzione su quegli aspetti che sembrano utili ai fini del presente contributo.

Sul lato delle politiche di offerta, i citati decreti segnano quella che può definirsi una rivoluzione copernicana nelle politiche sanitarie del SSN, abbandonando la pratica della programmazione sanitaria, così come essa fu intesa per oltre un decennio, con esempi importanti fra i quali ricordiamo la L. 595/1985.

Il processo programmatico, spesso minuto nei parametri adottati, rappresentava un misto di valutazione del bisogno (ad es. la determinazione dei posti letto per abitante), valutazione della performance (ad es. tasso di occupazione dei letti), nonché di applicazione del criterio di accreditamento (personale per qualifica per posto letto attivato).

L'aver riconosciuto alle Unità Sanitarie Locali la natura aziendale, e quindi in particolare autonomia organizzativa, gestionale e tecnico-professionale, ha rappresentato il superamento dell'assetto fondato sulla regolamentazione centrale dell'offerta: posti letto, piante organiche, etc.

Si noti che il cambiamento nelle politiche di offerta coincide con il superamento dell'esperienza di governo della spesa attuato mediante contingentamento dell'offerta.

Tale esperienza aveva, infatti, fallito sul lato della capacità di riavvicinare previsioni di fabbisogno e costo del sistema pubblico, generando la consuetudine del ripiano a posteriori dei disavanzi accumulati dalle USL.

La riforma del 1992 è piuttosto nel segno della filosofia dei quasi-mercati, volendo indurre una competizione fra erogatori all'interno del SSN, nella logica seguita dalla riforma Thatcher del National Health Service Britannico.

L'esempio paradigmatico di questo approccio è l'introduzione del sistema di remunerazione degli ospedali a prestazione resa, basato sul sistema di classificazione noto come DRG's (*Diagnosis Related Groups*), ribattezzato in Italia ROD (Raggrupamenti Omogenei di Diagnosi).

Certamente di tutto il processo riformatorio la modifica nel sistema di remunerazione degli ospedali ha assunto un ruolo centrale, non tanto forse per la sua reale portata, quanto per il suo potere evocativo: un pagamento che premia l'efficienza, scontando, almeno in teoria, qualche rischio sul versante della qualità delle prestazioni.

La reale capacità del nuovo corso di perseguire e raggiungere gli obiettivi prefissati è stata però rapidamente messa in discussione dai risultati raggiunti.

Come è noto, si è registrata una rapida diminuzione della degenza media, e un incremento del tasso di occupazione dei letti, come peraltro era lecito aspettarsi sulla base delle esperienze maturate a livello internazionale, sin dall'introduzione pionieristica dei DRG's nel programma pubblico *Medicare* degli USA.

La peculiarità italiana di questa prima fase della riforma, risiede invece nell'incremento delle giornate complessive di degenza, fenomeno che depone per un aumento dei costi, piuttosto che per una loro riduzione. Aumento di costi che, a fronte di risorse date, rischiava di depauperare ulteriormente lo sviluppo dell'assistenza territoriale, intesa sia come prevenzione, sia come assistenza per *outpatient*, secondo la classificazione internazionale.

Il d. lgs. n. 229/1999 è corso ai ripari, di fatto modificando alla radice il sistema di remunerazione complessiva degli erogatori, siano essi ospedali, ovvero dipartimenti dell'area distrettuale. L'introduzione dei cosiddetti accordi contrattuali recepisce, infatti, una pratica già introdotta in molte Regioni, per contenere la spesa. Lo strumento tende a definire budget prospettici, contingentando il volume di prestazioni, ovvero la remunerazione totale dell'erogatore.

Rimandiamo al paragrafo successivo l'analisi del provvedimento per quanto concerne i suoi effetti sul versante della domanda e in particolare sulla rivelazione delle preferenze dei consumatori/pazienti; ci preme qui sottolineare che, con il citato decreto, si sceglie una strada che rappresenta un ritorno verso le filosofie proprie della programmazione, a scapito quindi del meccanismo competitivo; in quegli anni, a livello regionale, non mancano peraltro interpretazioni alternative del meccanismo di remunerazione, a nostro parere più coerenti con l'impianto originario: ad esempio l'applicazione di tariffe decrescenti rispetto al volume di produzione.

L'analisi delle politiche sanitarie adottate ci sembra che debba concentrarsi sulla validità delle ipotesi sottostanti, che giustificerebbero l'adozione di un sistema competitivo nel panorama della Sanità italiana in particolare nel settore ospedaliero.

In primo luogo osserviamo che storicamente la struttura dell'offerta italiana è squilibrata, con un eccesso di offerta di posti letto per le acuzie, e una carenza nel campo della riabilitazione e della lungodegenza.

A ciò si aggiunga il ritardo nei processi di deospedalizzazione: si pensi allo scarso sviluppo delle *nursing facilities*, che nel nostro servizio sono ancora presenti in modo insufficiente.

La carenza di offerta alternativa al ricovero in ospedali per acuti, collegata ad una politica tariffaria nei fatti inefficace, riteniamo che sia una causa fondamentale della esplosione del tasso di ospedalizzazione ¹.

L'inefficacia della politica tariffaria ci sembra, inoltre, attribuibile ad una commistione di ruoli fra terzo pagante e erogatore, che crea confusione sulla responsabilità finanziaria e rappresenta una ulteriore peculiarità italiana.

Si aggiunga poi che la caratterizzazione pubblica di gran parte degli erogatori comporta, nei fatti, una forte rigidità nelle funzioni di produzione, che non permette una rapida trasformazione della struttura di offerta, e quindi la riallocazione dei fattori di produzione.

Non ci sembra quindi un caso che ancora di recente si siano reiterate norme di sapore programmatico, teoricamente superate oltre che contraddittorie da un punto di vista della competenza sulla materia. Ad esempio, la definizione di uno standard di riferimento sui posti letto, in progressiva e continua riduzione (oggi 4 posti letto in acuzie per mille abitanti) indica una volontà di procedere verso la deospedalizzazione, malgrado essa trovi difficoltà nel realizzarsi a livello regionale, anche se con profonde differenze territoriali.

In presenza di rigidità produttiva, le politiche delle aziende sanitarie hanno, giuoco forza, teso a massimizzare i "ricavi", ancor prima di ridurre i costi, generando così un aggravamento tendenziale dei conti regionali.

Possiamo quindi dedurre che le possibilità di successo della scelta operata erano minate alla base dalla mancanza di alcuni fondamentali presupposti. Se non è in dubbio la bontà della riforma, è forse discutibile la sua tempistica, che doveva prima prevedere alcuni riassetamenti della rete di offerta, come anche diversi assetti giuridici e istituzionali.

L'aver voluto iniziare il processo di immissione di forme competitive nel sistema proprio dal settore ospedaliero ci pare possa essere un altro aspetto discutibile della scelta.

¹ Dobbiamo peraltro osservare che si pongono alcune problematiche nella classificazione dei ricoveri per effetto di una carenza italiana ad adottare gli standard statistici OCDE.

E', infatti, noto come il Servizio Sanitario italiano sia molto regolamentato e con una presenza debole del privato in tutte le sue componenti, con l'eccezione forse della specialistica ambulatoriale. In questo panorama il settore ospedaliero è certamente il meno facilmente riconducibile ad un mercato competitivo, per sue naturali caratteristiche, quali la non atomizzazione dei produttori e forti barriere all'entrata. La scelta di iniziare il processo di riforma concentrandosi sul settore ospedaliero, sebbene spiegabile con la rilevanza economica del settore, contiene quindi significativi rischi di fallimento.

In alternativa, altri mercati potevano essere meglio regolati e resi maggiormente competitivi: a titolo di esempio, ricordiamo che in Italia sopravvive una cesura fra *gate-keeper* (il medico di base) e terzo pagante (la ASL), che libera il primo di ogni responsabilità finanziaria; il problema, nei sistemi al nostro affini, è stato oggetto di riflessioni e sperimentazioni (si pensi al budget prefissato per i *General Practitioner Fun Holding* nel NHS britannico), in parallelo, se non prima rispetto a modifiche di regolamentazione del settore ospedaliero.

Le politiche di offerta, per gli aspetti sin qui considerati, ci sembra che abbiano in definitiva sofferto di scarsa congruità con l'assetto istituzionale nel quale si sono calate, discrasia che ne ha in larga misura vanificato gli effetti positivi.

Le recenti norme sul federalismo hanno ulteriormente rimesso in discussione tutto l'assetto, destinando le norme nazionali a fornire essenzialmente il quadro di riferimento.

Se già il d. lgs. n. 229/1999 aveva sentito il bisogno di rafforzare l'autonomia locale, riconoscendo alle ASL autonomia imprenditoriale, la riforma dell'art. 117 della Costituzione pone definitivamente la Sanità nell'ambito di competenza delle Regioni (sebbene sia prevista la legislazione concorrente), circoscrivendo quella centrale alla garanzia di uniformità dei cosiddetti diritti di cittadinanza.

Un primo effetto pratico di ciò, è stato quello di rendere maggiormente cogente la responsabilità finanziaria delle Regioni, facendo venire al pettine l'irrisolto problema della separazione fra terzo pagante e erogatori.

Alcune Regioni hanno, in effetti, tentato di risolvere la questione mediante una separazione fra ASL e strutture ospedaliere, come anche "esternalizzando" alcuni uffici e dipartimenti operanti sul territorio². Non di meno, l'attuale natura pubblica degli erogatori non permette una netta separazione delle responsabilità finanziarie.

A tale proposito, il meccanismo dell'accreditamento assume un ruolo preminente.

Si noti infatti che in un regime di prezzi quasi totalmente amministrati, la leva competitiva non può che agire sul versante della qualità (in senso lato) delle prestazioni, non essendoci margini significativi per un confronto sui prezzi.

² Ad esempio riunificando le attività e le responsabilità del dipartimento di salute mentale in un unico centro di responsabilità, tipicamente legato al Servizio ospedaliero.

A questo proposito, dobbiamo notare che le forti asimmetrie informative esistenti nel mercato della assistenza sanitaria, rischiano di far funzionare il meccanismo concorrenziale solo per quegli aspetti della qualità immediatamente percepibili dagli utenti, come le prestazioni alberghiere o l'aspetto meramente organizzativo (prenotazione, attesa, etc.).

In tal senso già il d. lgs. n. 502/1992 aveva affrontato la questione prevedendo l'emanazione di norme sull'accreditamento delle strutture, che ne garantissero a priori la capacità di erogare prestazioni di "qualità".

Come è noto tali norme non sono mai state emanate, costringendo alcune Regioni a legiferare in assenza di un quadro di riferimento nazionale, e quindi con modelli fortemente difformi, che vanno dall'accreditamento esteso, alla proroga del pre-esistente convenzionamento delle strutture private.

Fra i tanti motivi della mancanza di accordo sui principi di accreditamento, certamente ha un peso rilevante anche la confusione esistente fra "accreditamento istituzionale" e "accreditamento di eccellenza" secondo l'approccio anglo-sassone.

Il primo doveva garantire standard di qualità sufficienti per operare (per nome e conto del SSN), e inoltre associare l'erogatore ad un determinato livello di remunerazione; di contro, il secondo si orienta semplicemente alla certificazione di requisiti di eccellenza sul versante, tipicamente, clinico.

La questione del rapporto fra erogatore e tariffa appare fondamentale in assenza di un meccanismo di mercato: in sua assenza il rischio è quello di una rincorsa ad erogare prestazioni sostanzialmente inutili, o a selezionare casistiche di pazienti meno severe e quindi più "profitevoli".

Ove si è scelta la strada del mantenere logiche di convenzionamento, si sono quindi create improprie barriere all'entrata, ma anche dove si è optato per l'accreditamento esteso non mancano problemi sul versante dalla correttezza dell'impianto tariffario, che può favorire l'erogazione di prestazioni di scarsa complessità, quando anche non appropriate.

L'accreditamento, abbattendo le asimmetrie informative in modo istituzionale, ci sembra quindi essere un tassello assolutamente imprescindibile delle politiche di offerta, senza il quale le politiche tariffarie non solo sono destinate a divenire distorsive, ma diminuiscono ulteriormente la già ridotta libertà di scelta del consumatore.

Un ultimo aspetto delle riforme che ci pare debba essere segnalato in tema di politiche di offerta è quello degli effetti del razionamento delle prestazioni, operato mediante la definizione dei LEA.

Questi ultimi, frutto di un accordo Stato/Regioni del novembre 2001, recepito da un d.p.c.m., hanno di fatto confermato sulla base della normativa vigente le prestazioni da erogarsi a cura del SSN.

L'accordo innova la materia introducendo per la prima volta una seppur limitata lista negativa di prestazioni, una ulteriore lista di prestazioni erogabili solo in condi-

zioni specifiche, e una lista di DRG's potenzialmente inappropriati, da considerare come una raccomandazione verso un migliore uso dell'ospedale per acuti. L'accordo prevede inoltre che siano soggette a valutazione regionale le condizioni di erogazione, come dire la gratuità o meno, ovvero l'estensione, dell'assistenza.

In tal senso si provvede ad un razionamento non solo verticale (prestazioni ammesse o meno), ma anche ad uno orizzontale (prestazioni con diversi livelli di compartecipazione al costo).

Ad un razionamento orizzontale conducevano, peraltro, anche le norme sui fondi sanitari integrativi dettate dal d. lgs. n. 299/1999, ove prevedevano la copertura dei costi derivanti dall'eventuale maggior comfort assistenziale.

Nello stesso tempo la norma sui LEA completa il dettato dell'art. 32 della Costituzione relativamente al diritto alla tutela della salute, riempiendolo di elementi utili a definire reali diritti soggettivi in capo ai cittadini.

Sul lato dell'offerta questo può voler dire una trasformazione nelle modalità di erogazione, e l'affacciarsi in prospettiva di nuovi soggetti, quali i fondi, che intermediano la domanda dei cittadini.

Per la prima volta nella storia del SSN si prospettano possibili forme di separazione fra erogatori e terzi paganti e quindi un ruolo nuovo per le politiche sul lato della domanda.

2. Le politiche di domanda

Se le politiche di offerta nel SSN assumono un ruolo diverso a partire dal 1992, in larga misura per effetto dell'introduzione di elementi di mercato, lo stesso processo ha determinato sul lato delle politiche di domanda una aspettativa forte di regolazione del mercato attraverso le scelte dei cittadini: in altri termini la "scommessa" giocata con l'introduzione dei meccanismi di remunerazione a prestazione resa è che i cittadini, spostandosi da un erogatore ad un altro, rendono coerenti con i loro comportamenti la ricerca dell'efficienza con quella della qualità.

A ben vedere, però, non troviamo vere e proprie politiche sul lato della domanda se non quelle legate alla compartecipazione alla spesa finalizzata alla moderazione del consumo.

Questa apparente contraddizione è facilmente spiegabile con le caratteristiche dei mercati sanitari, caratterizzati da problemi di asimmetria informativa, che generano fenomeni di *moral hazard*, in un contesto per di più regolato dal rapporto di agenzia fra medico e paziente.

Le politiche sul lato della domanda sono quindi finalizzate a creare maggiore informazione, e/o a limitare i rischi di *moral hazard*.

Possiamo far risalire a logiche di domanda anche la delicata questione del

razionamento delle prestazioni meritorie, oggetto di tutela pubblica e quindi di solidarietà o mutualità fra cittadini.

In questo ambito, ciò che appare maggiormente discutibile sono invece le modalità con le quali le politiche hanno preso forma; modalità che, per molti versi, mostrano una incapacità dei policy maker nell'immaginare soluzioni innovative.

In altri termini, se sul lato dell'offerta, malgrado permangano latenti tendenze restauratrici verso le logiche della programmazione sanitaria, la riforma sembra ormai generalmente accettata, sul lato delle politiche di domanda la riforma non sembra avere avuto la capacità di agire in modo incisivo.

La difficoltà delle politiche economiche sul lato della domanda può forse trovare una spiegazione aggiuntiva nelle anomale caratteristiche del mercato dell'assistenza sanitaria, rispetto alla generalità degli altri settori di attività economica: infatti, mentre in questi ultimi le politiche di domanda sono utilizzate sia per espandere la spesa totale sia per diminuirla, nel campo di nostro interesse risultano invece per lo più tese al contenimento dei consumi. Sono i fenomeni di *moral hazard* e l'ipotesi della *supply induced demand* a giustificare, anche da un punto di vista del *welfare*, politiche finalizzate al controllo della domanda espressa.

Non appare quindi casuale il fatto che, se si escludono sporadiche politiche di sensibilizzazione alla prevenzione primaria e secondaria, le uniche politiche definibili di domanda risultano, come detto, quelle che portano all'introduzione (o eliminazione) di compartecipazione (ticket) alle spese.

L'effetto di tali politiche è di difficile misurazione; stime econometriche permettono di apprezzare come l'incremento di spesa sanitaria, specialmente quella farmaceutica che mostra le dinamiche più accentuate, abbia portato da un lato ad un abbassamento del rapporto tra spesa pubblica e privata, e dall'altro ad un aumento delle disuguaglianze nella distribuzione del consumo di beni sanitari. Si ipotizza inoltre che le politiche di controllo della spesa abbiano aumentato il rischio fronteggiato direttamente dalle famiglie nel caso del verificarsi di eventi di malattia, portando ad un incremento del risparmio precauzionale.

Le iniziative di riforma hanno quindi originato effetti redistributivi non trascurabili. Si noti che in tal senso ha operato anche la riforma del sistema di finanziamento: da prima l'abolizione dei contributi sanitari, con la conseguente introduzione dell'IRAP, quindi il d. lgs. n. 56/2000 che introduce un federalismo fiscale basato sulla sostituzione dei trasferimenti con una compartecipazione regionale all'IVA, secondo recenti stime, hanno aumentato la regressività del sistema.

Le modifiche sul lato del finanziamento, insieme all'evolversi delle preferenze dei consumatori, hanno certamente influito sui comportamenti microeconomici delle famiglie, la cui osservazione è fondamentale per la valutazione delle politiche sanitarie. Purtroppo, malgrado alcune stime econometriche, elaborate sulla base delle informazioni contenute nella indagine Multiscopo dell'ISTAT, abbiano permesso di

apprezzare alcune tendenze interessanti, su tale versante permane un forte ritardo informativo.

La quasi totale assenza di condizioni di mercato, unita ad una mancanza di informazione statistica sulla morbilità, e quindi sui bisogni della popolazione, non permette di ricostruire in modo attendibile le preferenze dei consumatori.

La mancanza appare particolarmente grave in presenza di un settore dominato dalle scelte pubbliche, che pure richiederebbero una esplicitazione della funzione di *welfare* adottata dal *policy maker*.

Quel che possiamo affermare, non senza una certa apprensione, è che proxy dello stato di salute quali la mortalità, pur nella loro imprecisione, indicano l'esistenza di trend territoriali difformi sul versante della domanda di assistenza; con il palese rischio che il riassorbimento degli squilibri che la L. n. 833/1978 metteva al centro dei propri obiettivi, non solo non si realizzi, ma che piuttosto aumentino i differenziali territoriali.

Tornando sulle politiche di contenimento dei consumi, non possiamo inoltre tacere che esse hanno spesso sconfinato dai propri obiettivi iniziali, finendo per asservirsi a logiche di controllo della spesa pubblica; d'altronde, pur non sovrapponendosi, politiche di contenimento dei consumi e governo della spesa pubblica hanno forti contiguità.

Lo strumento del ticket moderatore, nel medio-lungo periodo, si è nei fatti rivelato inadeguato al governo della spesa, così che nell'ultimi 2/3 anni l'attenzione si è progressivamente spostata verso le politiche di razionamento.

Da questo ultimo punto di vista si è confermata la difficoltà di pervenire ad un razionamento esplicito delle prestazioni a carico del SSN, fondata su criteri di efficacia ed equità. In particolar modo si soffre la carenza di prove d'efficacia diffuse per le pratiche cliniche.

A fronte delle problematiche poste dalla sostenibilità della spesa sanitaria, nella prospettiva tra l'altro di un processo di progressivo invecchiamento della popolazione e in parallelo di un aumento di domanda per trattamenti innovativi, le tendenze in atto, recepite peraltro a livello di comunità europea, vedono una sempre maggiore integrazione fra pubblico e privato, con lo sviluppo di sistemi di *welfare* fondati su più pilastri. Il razionamento delle prestazioni diviene quindi anche condizione per definire gli spazi di sviluppo della sanità complementare.

Non fa eccezione l'Italia, dove, come già si è accennato, malgrado l'approvazione della norma quadro sui LEA, lo sviluppo della sanità integrativa, che configura implicitamente un criterio di razionamento basato sulla qualità dei servizi accessori (ad. es. comfort alberghiero), sembra essere la più concreta possibilità di addivenire ad un effettivo razionamento delle prestazioni; sembra peraltro prevedibile che il nuovo assetto in itinere non potrà che coinvolgere anche aspetti legati agli aspetti clinici ed etici della prestazione: basti pensare alle problematiche connesse alla coesistenza di liste di attesa e attività libero-professionale intra-muraria.

Un ultimo aspetto degno di nota è legato alle caratteristiche proprie dei mercati sanitari, ove la domanda è per lo più intermediata dal medico, all'interno delle logiche proprie dei rapporti di agenzia, nei quali, in presenza di un vincolo di bilancio l'obiettivo della massimizzazione dell'utilità del singolo paziente può essere in contrasto con quello della massimizzazione dell'utilità sociale. Per tale motivo le politiche di domanda dovranno necessariamente affrontare il processo di trasformazione dei bisogni in domanda espressa, e quindi di questa ultima in erogazione di prestazioni; in tale processo diviene fondamentale fornire al medico strumenti (che non sono tutti necessariamente riconducibili a incentivi economici) che gli permettano agire di davvero in una prospettiva di garante del *welfare*, oltre che di agente del paziente.

Sul mancato sviluppo delle politiche di domanda, ci sembra che in definitiva pesi la questione non risolta dell'esplicitazione delle scelte politiche in tema di meritorietà dell'assistenza sanitaria, senza le quali non trova una corretta possibilità di soluzione il problema della valutazione dei bisogni del paziente e della appropriatezza delle risposte terapeutiche: le politiche sul lato della domanda dovranno quindi misurarsi sia con la consapevolezza del paziente rispetto al rapporto costo-beneficio dell'assistenza ricevuta, sia con l'autonomia professionale del medico che deve coniugarsi con le esigenze di massimizzazione della funzione di *welfare* sociale.

3. L'integrazione delle politiche

Da quanto sopra argomentato ci sembra che emerga come nel settore sanitario la connessione fra politiche di domanda e di offerta sia stretta e per molti versi problematica.

Ancor oggi si stenta a trovare una strategia sul lato della domanda capace di governare il sistema in alternativa alle classiche logiche di programmazione dell'offerta. Peraltro i Paesi che hanno più nettamente imboccato la strada del rapporto privatistico in campo sanitario, alla ricerca della sovranità del consumatore, tendono ad avere un assorbimento di risorse (solitamente misurato come quota del PIL) a livelli che sono fonte di preoccupazione interna. All'altro estremo, i successi dal punto di vista del contenimento della spesa dei Paesi a Servizio Sanitario Nazionale accentrato, scontano costi rilevanti sul versante della soddisfazione dei consumatori.

Dobbiamo inoltre prendere atto che le caratteristiche dei mercati sanitari, almeno per le prestazioni di una certa complessità, implicano che il target delle politiche di domanda è forse più il medico/agente che non il paziente/consumatore.

Crediamo che, da questo punto di vista, debbano essere oggetto di grande attenzione gli sviluppi degli ultimi anni delle forme di *managed care*, che uniscono a un forte potere di controllo sull'operato degli erogatori, anche quello di rappresentare una nuova modalità di esplicazione del contratto di agenzia.

L'esperienza italiana, pur se in qualche modo coerente con tale disegno, nella misura in cui la ASL può essere considerata alla stregua di una HMO (*Health Managed Organization*)³ per quanto attiene all'acquisto di servizi per i propri iscritti, ci sembra d'acqua si discosti fundamentalmente per la mancata separazione delle responsabilità di acquisto e di erogazione.

Questa anomalia impedisce l'efficiente funzionamento del mercato, e spesso obbliga la ASL a piegare le logiche della domanda alle esigenze (strutturali, istituzionali, organizzative) dell'offerta, vanificando ogni tentativo di garantire la libertà di scelta del consumatore.

Alla stessa radice possono farsi risalire molti vuoti normativi e istituzionali, che hanno segnato tutto il decennio delle riforme del SSN, condizionando il dispiegarsi degli effetti di scelte politiche importanti, quali possono essere quella di aumentare il livello di competizione all'interno del sistema, o di responsabilizzare finanziariamente le aziende sanitarie.

Un esempio, già citato per la sua importanza, è quello dell'accreditamento, che è condizione necessaria ancorché non sufficiente per il corretto funzionamento della remunerazione a prestazione resa.

Analogamente, la preoccupazione di trovare un punto di coerenza finanziaria fra LEA e risorse disponibili per la Sanità, rischia di depauperare il contenuto stesso dei Livelli, e nello stesso tempo di rendere inefficace il controllo centrale sul rispetto dei diritti di cittadinanza, non chiarendo, infine, neppure quali siano gli spazi di sviluppo delle forme di assistenza complementari.

4. Conclusioni

La succinta disamina delle principali tendenze nelle politiche di domanda e offerta sanitaria condotta, ci sembra che possa suggerire alcune osservazioni. Senza un ordine di merito possiamo sottolineare che:

- affinché le politiche abbiano successo, è necessario che sia tenuta nella massima considerazione la storia, oltre che l'assetto giuridico e istituzionale nel quale esse vengono calate;

³ Le HMO sono dei programmi assicurativi sorti negli USA negli anni '80 per il controllo del *moral hazard* degli assicurati e per il contenimento dei costi delle compagnie assicuratrici. Integrano nella stessa istituzione le funzioni di finanziamento ed erogazione dell'assistenza. In pratica, provvedono direttamente o organizzano e pagano gli erogatori per un "pacchetto di servizi sanitari" in cambio di un premio pro-capite periodico sborsato dagli assicurati (normalmente con un sussidio da parte del datore di lavoro o del sistema di sicurezza sociale).

- le politiche sul lato dell'offerta mostrano alcuni limiti importanti che possono essere colmati solo immaginando una stretta interrelazione con le politiche di domanda;
- il settore sanitario è costituito da mercati con caratteristiche difformi, che richiedono politiche mirate; in molti casi l'ordine temporale degli interventi può condizionare il risultato finale;
- oggetto privilegiato delle politiche di domanda è il comportamento del medico, sebbene non manchi la possibilità di agire sul singolo consumatore, aumentando la sua consapevolezza sulla reale utilità delle prestazioni ricevute.

Nei paragrafi precedenti si è cercato di argomentare come non tutte le politiche di riforma messe in atto si siano dimostrate coerenti con l'assetto istituzionale del SSN italiano, e come questo possa spiegare il loro parziale fallimento. In particolare sul lato dell'offerta la non separazione fra terzi paganti e erogatori rende ambigua l'attribuzione delle responsabilità finanziarie, rendendo inefficaci le politiche pro-competitive.

La presenza di una forte autonomia professionale contribuisce anch'essa fortemente a condizionare l'efficacia delle politiche, rendendo necessaria una forte integrazione fra politiche di offerta tese ai recuperi di efficienza e politiche di domanda tese a fornire ai medici incentivi e strumenti per rappresentare in modo corretto sia il principale (il paziente) sia gli interesse della Società.

Sul terzo punto notiamo come l'ospedaliere, sul lato dell'offerta, e la farmaceutica sul lato della domanda, siano i luoghi privilegiati delle politiche sanitarie; sebbene le loro dimensioni economiche e finanziarie giustifichino tale attenzione, non di meno rappresentano mercati particolare che, forse, meno di altri si prestano a sperimenti di competizione amministrata. La medicina di base e la specialistica hanno caratteristiche più vicine a quelle dei mercati competitivi, ma paradossalmente sono rimaste (in particolar modo la prima) ancorate a logiche di regolamentazione rigida e centralistica, in assenza di alcuna responsabilizzazione né sul versante finanziario, né su quello della tutela degli interessi del consumatore.

Infine notiamo che la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari evoluti è legata ad ipotesi di collaborazione fra pubblico e privato, nella cornice di un sistema di *welfare* su più pilastri. La realizzazione di un siffatto modello richiede una esplicita definizione degli ambiti di meritorietà e quindi di tutela pubblica. L'esperienza internazionale mostra che i processi di razionamento hanno qualche possibilità di successo solo se accompagnati da politiche di domanda capaci di incidere fortemente sia sul comportamenti dei consumatori, sia su quelli dei medici che agiscono come loro agenti.

Nello stesso tempo, la valutazione economica delle prestazioni e dei beni sanitari è ancora poco diffusa e principalmente consolidata, e richiede significativi approfondimenti, sia teorici che pratici, che ne evitino usi potenzialmente distorti.

Le recenti modifiche in senso federale dello Stato italiano, e in particolare la forte *devolution* che si è realizzata in Sanità, possono far sperare in un arricchimento delle politiche sanitarie, per effetto dei diversi modelli regionali e delle relative strutture di domanda e offerta; non di meno il processo federalista porta nuovi rischi e nuove esigenze.

La definizione dei criteri di portabilità dei diritti, per esempio, richiederà la determinazione preventiva di alcuni standard minimi di offerta, come anche, sul versante della domanda, di nuove e più efficienti regole di compensazione della mobilità.

Concludendo, nella agenda del *policy maker* in Sanità ci sono molte questioni sospese, ma due sembrano prevalenti: la separazione dei ruoli e quindi l'identificazione univoca delle responsabilità finanziarie è certamente la prima, accompagnata in successione dalla soluzione del *trade off* esistente fra i comportamenti del medico come agente del singolo paziente, e come agente della Società nella allocazione delle risorse.

Una maggiore integrazione delle politiche sembra quindi perseguibile e dovrà imparare ad affermarsi nel rispetto delle peculiarità del sistema sanitario nazionale.