



INDAGINE CONOSCITIVA

La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica

Contenuti

LE SFIDE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	2
Fattori transitori: la recessione economica	2
Fattori non transitori	3
L'invicchiamento della popolazione	3
Il cambiamento epidemiologico: "l'epidemia" della cronicità	3
Le dinamiche del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica	5
Il cambiamento nelle asimmetrie informative tra medici e pazienti	6
AMBITI DI AZIONE	8
Politiche pubbliche: <i>evidence-based policy</i> e valutazione d'impatto	10
Modalità di allocazione delle risorse economiche	11
Visione strategica e <i>performance management</i>	12
CONCLUSIONE	13
Riferimenti Bibliografici	14

LE SFIDE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Le sfide cui deve rispondere il sistema di tutela della salute in Italia sono molteplici e di natura eterogenea. Alcune di esse hanno carattere transitorio e controllabile, mentre altre rappresentano tendenze evolutive consolidate, che sono al di fuori del controllo di un singolo Paese. Tutte, però, richiedono interventi sia a livello di modello istituzionale, di processi di formulazione, implementazione e valutazione delle politiche pubbliche, di allocazione delle risorse economiche e monitoraggio sulla correttezza ed efficienza del loro impiego, di introduzione ed effettiva adozione di strumenti manageriali a livello di aziende sanitarie, aziende ospedaliere (pubbliche, ma anche private) e altre strutture. Ciò al fine di affrontare non solo le esigenze di carattere finanziario ma anche e soprattutto l'evoluzione del contesto ambientale nel rispetto del vincolo irrinunciabile di un sistema improntato all'universalità e all'equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi di prevenzione primaria e secondaria, diagnosi, cura e riabilitazione.

Fattori transitori: la recessione economica

La crisi del 2007-2008 ha messo a dura prova l'economia mondiale limitando le risorse a disposizione del sistema di finanziamento della sanità. L'impatto della crisi ha accentuato la ciclicità del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), basato in gran parte sulla raccolta fiscale che, a sua volta, decresce quando l'economia è in fase di recessione, che in Italia è stata più accentuata che in altri Paesi europei. La natura prociclica del finanziamento è, inoltre, ulteriormente inasprita dai vincoli di finanza pubblica europei e nazionali. Tra questi ultimi in particolare, la responsabilizzazione regionale sulla spesa e la parziale regionalizzazione del finanziamento, da un lato, sono finalizzati a stimolare una maggiore attenzione sulla razionalizzazione del sistema di offerta e sull'efficienza da parte delle Regioni e degli amministratori locali, ma dall'altro determinano forti criticità quando misure parziali non inserite in organico quadro di interventi determinano il rischio un servizio non universale ed equo su tutto il territorio nazionale a partire da sistemi economici regionali molto diversi tra loro. Infatti, mentre la regionalizzazione inserita in un quadro di norme, politiche e organici indirizzi del livello centrale contribuisce a valorizzare l'adattamento alle specificità dei diversi territori e comunità, la regionalizzazione in un quadro non organico e non sempre coerente di norme, politiche e indirizzi causa inevitabilmente crescenti divaricazioni sui livelli effettivi di assistenza garantiti a cittadini residenti in diverse aree del territorio nazionale. La diminuzione delle risorse complessivamente disponibili ha fatto emergere la necessità di manovre di contenimento dei costi come, ad esempio, l'aumento delle compartecipazioni alla spesa, la centralizzazione di alcune procedure di approvvigionamento, il blocco del turnover. Complessivamente, queste manovre hanno consentito nel 2012, per il secondo anno consecutivo, una leggera diminuzione della spesa sanitaria pubblica corrente. Inoltre ulteriori stimoli all'efficienza erano collegate all'ipotesi di finanziamento basata sul principio del costo standard ai fini del finanziamento, che non si è potuto avviare a seguito dell'emergenza della finanza pubblica.

Fattori non transitori

Sono ancora più rilevanti fattori strutturali quali l'invecchiamento della popolazione, il cambiamento epidemiologico, il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica e il cambiamento nelle asimmetrie informative tra pazienti e medici. Questi fattori presentano una tendenza evolutiva meno incerta ma anche più difficilmente reversibile e meno controllabile. Essi sono interdipendenti gli uni dagli altri; il loro effetto, infatti, si rinforza reciprocamente e questa mutua interazione spiega l'aumento dei bisogni sanitari e la loro traduzione in domanda di servizi.

L'invecchiamento della popolazione

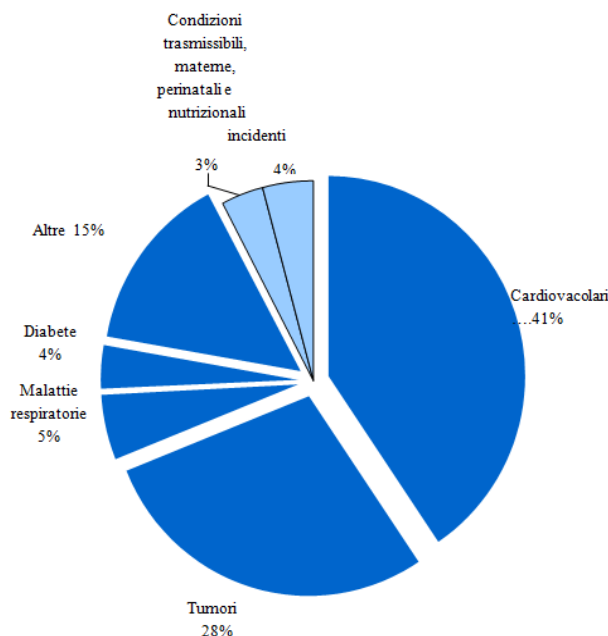
L'allungamento della vita è il risultato della crescita economica e del progresso scientifico e tecnologico che, insieme al benessere economico, ha consentito una migliore risposta ai bisogni sanitari della popolazione. Dal 1960 ad oggi l'aspettativa di vita alla nascita è aumentata di 12,3 anni per le donne e 12,2 anni per gli uomini, attestandosi rispettivamente a 84,6 e 79,4 anni (OECD, 2012). L'aumento è sensibile anche se si confrontano questi valori con quelli relativi agli inizi degli anni '90 (quando ha preso il via il processo di aziendalizzazione del SSN). Tra il 1990 e il 2009, infatti, la vita media si è allungata di 4,3 anni per le donne e 5,6 anni per gli uomini (OECD, 2012). L'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita, congiuntamente ad un rallentamento nella natalità, ha prodotto un aumento della percentuale di popolazione anziana. Nel 2012, infatti, secondo l'OCSE, il 20,3% della popolazione italiana ha più di 65 anni (5,6 punti percentuali in più che nel 1990 e 11 in più rispetto al 1960), e il 6% ha più di 80 anni (percentuale che nel 1990 era pari al 3,1% e all'1,3% nel 1960). Una popolazione anziana che raddoppia, in termini relativi, rispetto a qualche anno fa corrisponde naturalmente ad un aumento dei bisogni assistenziali di base, dovuti all'età, ma anche ad un cambiamento epidemiologico dalle conseguenze più ampie del semplice impatto finanziario.

Il cambiamento epidemiologico: "l'epidemia" della cronicità

L'invecchiamento della popolazione è tra i fattori che - insieme agli stili di vita - contribuiscono all'aumento dell'incidenza delle malattie croniche in tutti i paesi industrializzati. Ad esempio, nel 2008 (OECD, 2012) l'incidenza dei tumori in Italia è aumentata rispetto al 1998 di 27 unità di 100.000, equivalenti a 132 casi all'anno in più per una media ASL di 500.000¹ abitanti. Sempre al 2008, secondo una stima dell'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO, 2011), il 92% delle cause di mortalità in Italia è riconducibile a malattie non trasmissibili, costituite per più di due terzi da malattie cardiovascolari e tumori (Figura 1).

Figura 1: mortalità per malattie non trasmissibili, Italia (2008)

¹ Elaborazione su dati di sistema: Ferrè, F., & Ricci, A. 2012. La struttura del SSN. *Cantù E.(a cura di), "L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto Oasi."*



Fonte: WHO, NCD 2011 report

Le malattie cardiovascolari, infatti, sono responsabili da sole del 48% della mortalità in Europa. Dal punto di vista di un sistema sanitario con vincoli di bilancio, l'impatto economico delle malattie croniche sta assumendo proporzioni preoccupanti. In Gran Bretagna, ad esempio, le malattie croniche a più alta prevalenza (malattie cardiovascolari, cancro, diabete e demenze) assorbono oltre il 50% della spesa sanitaria totale annuale. Complessivamente, in Europa, le sole malattie cardiovascolari sono costate nel 2006 circa 192 miliardi di euro, dovuti per il 57% (circa 110 miliardi) ai costi sanitari, per il 21% alla produttività persa e per il 22% alle cure informali (82 miliardi) (Luengo-Fernandez, Leal, Gray, Petersen, & Rayner, 2006). A livello pro-capite, le spese sanitarie dirette per la cura delle malattie cardiovascolari ammonta a 223 euro all'anno: sono le malattie che hanno i costi economici, oltre che umani, più elevati d'Europa (Luengo-Fernandez et al., 2006; Marmot & Wilkinson, 2009).

Anche il cambiamento negli stili di vita influenza il cambiamento epidemiologico. Tra questi, le dipendenze da alcool e tabacco sono sicuramente rilevanti (secondo il WHO il fumo di tabacco è causa di 6 milioni di morti ogni anno, ovvero di una morte su 10 negli adulti in tutto il mondo (WHO, 2011)). Da un punto di vista dinamico, in Italia queste dipendenze sono meno diffuse che in altri Paesi, e soprattutto sono in diminuzione. Il consumo pro-capite in litri di bevande alcoliche in Italia era pari a 19,2 litri per abitante oltre i 15 anni nel 1960, valore che nel 1990 era già sceso a 11 litri e nel 2009 era pari a 6,9 litri (OECD, 2012). Per quanto riguarda il consumo di tabacco, similmente, la percentuale italiana di abitanti oltre i 15 anni che si dichiarano fumatori abituali era pari al 50% nella seconda metà degli anni '60, per ridursi gradualmente grazie alle politiche di prevenzione e di restrizione. Nel 1990 il 28,5% era fumatore abituale e nel 2010 questa percentuale si è ridotta al 19,5% (OECD, 2012). Diverso è il caso delle malattie legate all'eccessivo peso corporeo, la cui diffusione è legata soprattutto ad un cambiamento delle condizioni socio-economiche e degli stili di vita. Da un punto di vista socio-economico alcuni studi mostrano un'elevata correlazione tra tasso di obesità e condizioni socio-economiche svantaggiate (D'Amicis, 2011), nonché un aggravio della spesa sanitaria (farmaceutica, diagnostica, ricoveri ospedalieri) dovuta a questa patologia e alle malattie a essa correlate (Armeni et al., 2011; Fry & Finley, 2005; Müller-

Riemenschneider, Reinhold, Berghöfer, & Willich, 2008; Reidpath, Burns, Garrard, Mahoney, & Townsend, 2002). Malgrado l'Italia sia ai livelli più bassi in Europa per tasso di prevalenza dell'obesità negli adulti (≥ 18 anni), la quota di adulti in sovrappeso e obesi è in crescita: nel 2009 il 10.2% della popolazione italiana adulta, circa 5 milioni di persone, risultava obesa; nel 2001 la stessa percentuale era pari a 8.5% (Istat, 2010), mentre sempre nel 2009 il 36,1% degli adulti risultava in sovrappeso, contro il 33% del 2001 (OECD, 2012). Ancora più rilevante, in senso prospettico, è l'aumento del fenomeno in età infantile. Nel 2012, secondo uno studio del Ministero della Salute (Ministero_della_salute, 2013) il 32,3 dei bambini è in stato di sovrappeso o obesità. In termini di costi, la FAO ha recentemente stimato i costi mondiali relativi al fenomeno dell'obesità in 1,3 trilioni di dollari all'anno (FAO, 2012).

Un ultimo -ma determinante- fattore alla base del cambiamento epidemiologico e dei bisogni ad esso collegati è la riduzione della mortalità specifica sulle patologie sopra citate, fenomeno che statisticamente ne aumenta immediatamente la prevalenza. Ci si ammala di più ma si muore di meno per specifiche patologie croniche. Si muore per pluripatologie e dopo periodi più lunghi di cronicità. Questo fenomeno è in larga parte da attribuire alle dinamiche dell'innovazione scientifica e tecnologica in sanità.

Le dinamiche del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica in campo sanitario sono fattori di contesto non dipendenti (se non in minima parte) dalle specificità di un singolo Paese, in quanto derivano dagli investimenti in ricerca e sviluppo delle imprese produttrici, in particolare, di farmaci o dispositivi medici (Armeni et al., 2011; Jommi & Paruzzolo, 2003; Tarricone, 2010). Le risorse disponibili di ogni Paese condizionano, invece, il grado di accesso alle nuove conoscenze e alle nuove tecnologie e la rapidità con cui esse sono acquisite. Un sistema sanitario pubblico basato sul principio di equità quale il SSN italiano trova nel vincolo di risorse una delle sfide più complesse.

Da un punto di vista dinamico, il tasso di crescita dell'innovazione supera di gran lunga il tasso di crescita dell'economia reale e, di conseguenza, delle risorse disponibili per acquisire il frutto di tale innovazione. È difficile fornire un'evidenza quantitativa immediata: tuttavia, mentre in Italia vi è stato un significativo decremento del PIL reale tra il 2008 e il 2012 (nel 2012 il Fondo Monetario Internazionale ha stimato una crescita negativa pari al -2,3% e, purtroppo le ultime stime per il 2013 prevedono un ulteriore decremento), a livello europeo viene registrato un nuovo brevetto relativo a dispositivi medici ogni 38 minuti (EUCOMED, 2011; Tarricone, 2010; Tarricone, 2012).

Sebbene l'impatto complessivo (diretto e indiretto) del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica sulla spesa sia contraddittorio e, generalmente, stimato in modo aggregato e in ottica di breve periodo (crf. Tarricone et al., 2012), innegabile è il suo impatto sull'aumento percepito dei bisogni. La disponibilità sul solo mercato dei dispositivi medici di circa nuovi 14.000 brevetti ogni anno (EUCOMED, 2011) fornisce, in almeno alcuni dei casi, risposte a problemi prima insoluti, creando quindi luogo ad un nuovo bisogno percepito.

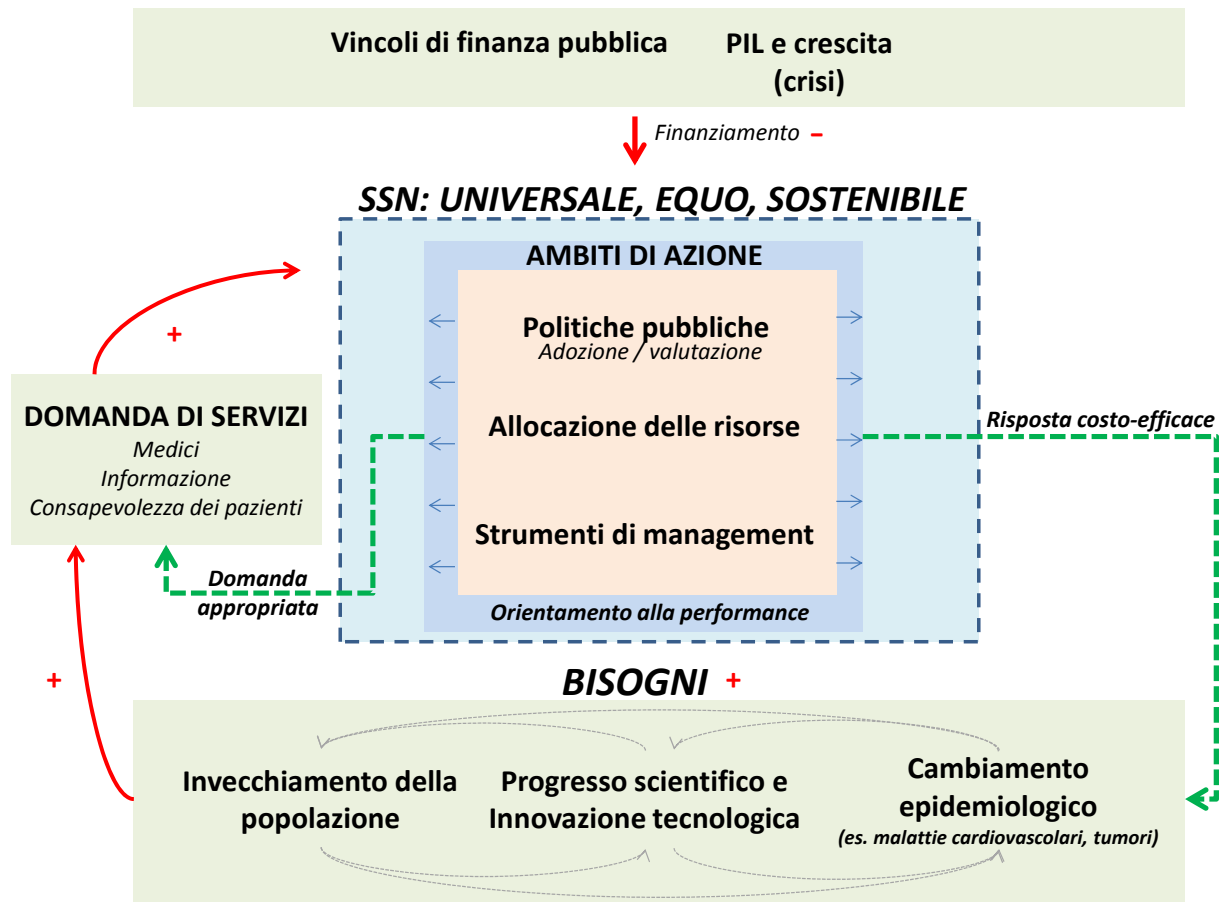
Tutto questo si aggiunge ad una sempre più ampia disponibilità di informazioni, di qualità variabile, a cui il paziente ha accesso, e che ne modifica il grado di consapevolezza rispetto ai propri bisogni e alle alternative esistenti a disposizione.

Il cambiamento nelle asimmetrie informative tra medici e pazienti

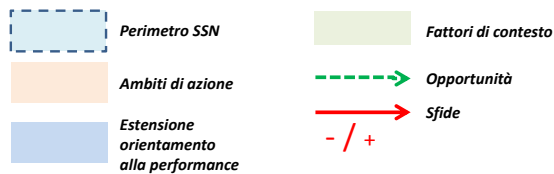
Prima della diffusione di internet e in presenza di un grado medio di istruzione meno elevato di oggi, i bisogni dei pazienti erano tradotti in domanda di servizi solo nella misura in cui un attore meglio informato, tipicamente medico, ne rilevava l'esistenza e l'associava ad un servizio. La facilità di reperimento di informazioni tramite *media* di larga diffusione –inclusi i servizi promossi da Regioni e Aziende Sanitarie, fa sì che, sempre più i pazienti siano in grado di raggiungere livelli di conoscenza più elevati circa le proprie condizioni di salute e le alternative disponibili. A ciò si aggiunge l'effetto distorsione causato dall'accesso ad informazioni non sempre controllate, che aumentano le aspettative di strati sempre più ampi della popolazione e determinano il rischio di richieste inappropriate, cui i medici e gli altri professionisti della salute spesso non sono in grado di resistere anche a seguito di norme sulla "responsabilità professionale" applicate in modo non corretto (effetto medicina difensiva stimato in alcuni miliardi di euro).

Invecchiamento della popolazione, cambiamento epidemiologico, innovazione tecnologica e maggiori aspettative dei cittadini sono tutti fattori concatenati il cui effetto complessivo pone una pressione verso l'aumento dei servizi e della loro qualità. Al contrario, la dinamica di base della crescita economica e, segnatamente in questa fase di recessione, il rallentamento dell'economia generale impone un restringimento delle risorse complessivamente destinate all'assistenza sanitaria. Le due dinamiche antitetiche potrebbero minacciare la sostenibilità del SSN o dei principi sui quali esso è fondato, universalità ed equità. Tale minaccia potrebbe rivelarsi fatale nell'assenza di adeguate azioni di cambiamento. Gli ambiti di azione a disposizione per veicolarle sono le dinamiche di introduzione e valutazione delle politiche pubbliche, l'adozione di sistemi di allocazione delle risorse basati su principi di costo-opportunità e fondati su modelli decisionali espliciti e la diffusione di sistemi manageriali che integrino visione strategia e orientamento alla performance.

Figura 2: Sfide e opportunità per il SSN



Legenda



AMBITI DI AZIONE

Sulla base delle considerazioni svolte si possono proporre gli ambiti di intervento di seguito sintetizzati.

Ambito istituzionale

In questo ambito si ritengono necessari i seguenti interventi:

1. Riequilibrio del rapporto e del potere di influenza tra MEF e Ministero della Salute. Moltissime analisi hanno dimostrato che, laddove prevale una eccessiva focalizzazione sugli aspetti finanziari, si possono ottenere anche positivi risultati nel breve periodo, ma con il forte rischio di indebolimento strutturale del sistema. Mentre prevalgono le enunciazioni secondo cui solo le riforme strutturali possono consentire la sostenibilità di lungo periodo dei conti pubblici e, più in generale, dell'economia, l'eccessiva focalizzazione sugli aspetti finanziari ha generato, come sembra emergere dai dati relativi alle regioni sottoposte a piano di rientro e da politiche di rigore di molti paesi europei (soprattutto Grecia, ma anche Portogallo e Spagna), un deterioramento delle condizioni di salute che a loro volta creano le premesse per aumenti di costi nel futuro. Si ritiene pertanto necessario rilanciare una forte ed esplicita strategia riguardante l'intera catena della tutela della salute, partendo dalla prevenzione primaria, secondaria, diagnosi, cura e riabilitazione. Tale strategia consentirà l'adozione di provvedimenti inseriti in una politica di controllo della finanza pubblica, senza che si determinino effetti negativi sullo stato di salute e sulla spesa futura;
2. La realizzazione dell'intervento di cui al punto precedente può essere attuata tramite l'istituzione di due "tavoli", uno focalizzato sulle compatibilità finanziarie di breve periodo e uno focalizzato sulla strategia di lungo periodo. L'istituzione di due tavoli distinti, ma che interagiscano tra loro, consentirebbe di evitare o di ridurre il rischio che le politiche condizionate dalle urgenze portino ad adottare soluzioni poco compatibili con le strategie di lungo periodo e che, a loro volta, l'eventuale focalizzazione sulle strategie di tutela della salute che non tengono conto delle esigenze di compatibilità di breve periodo, portino a proposte utopistiche e non realizzabili. I due tavoli consentirebbero così di evitare una specie di legge di Gresham, secondo cui le decisioni "condizionate dall'urgenza e dal breve periodo" scacciano o prevalgono su decisioni "caratterizzate dalla rilevanza e dalla sostenibilità strutturale di lungo periodo";
3. Approvare celermente i nuovi livelli essenziali di assistenza, accompagnando il provvedimento con misure finalizzate a garantire "condizioni di effettivo rispetto da parte di tutte le regioni". Ad esempio, istituzione di una *task force* congiunta Ministero-Agenas-Regioni che sia di supporto alle regioni che oggi appaiono più deboli sul piano della funzionalità;
4. In considerazione del fatto che, soprattutto a partire dalla cosiddetta "terza riforma del SSN" (Legge 229/99), vi sono stati numerosissimi interventi di carattere parziale, settoriale, non di rado tra loro contraddittori, si ritiene necessario un ripensamento e

una ridefinizione del Sistema Sanitario Nazionale che recepisca in modo organico i seguenti elementi:

- i. Pensare ad un modello di assistenza orientato ad affrontare i bisogni e i problemi di salute connessi alla cronicità e a una popolazione con una rilevante incidenza di anziani, piuttosto che a un modello assistenziale centrato sulle patologie acute e trasmissibili, come tutto sommato sono state la 833, il 502/92 e 517/93, la 229 e le loro successive modifiche;
- ii. Proporre modelli assistenziali basati su intensità del bisogno, continuità delle cure (collegamento ospedale-territorio, PDTA – Processi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, ecc.) e organizzazione a rete in grado di coinvolgere diversi soggetti nel processo assistenziale;
- iii. Proporre un sistema integrato che, ampliando la logica dell’accreditamento, distingua chiaramente la funzione di regolazione da quella di erogazione dei servizi e definisca, nel quadro di una programmazione nazionale e regionale, il ruolo degli ospedali e delle strutture pubbliche, di strutture private *for profit* ma regolate all’interno di chiari obiettivi ad esse attribuiti, di strutture *private for profit* guidate da logiche di RSI (Responsabilità Sociale di Impresa), di imprese cooperative, di imprese sociali (secondo la futura legislazione), di società miste pubblico-privato, di associazioni di volontariato, di forme di collaborazione tra aziende sanitarie e comuni, soprattutto con riguardo all’assistenza socio-sanitaria (RSA ed altre);
- iv. Definire una regolazione esplicita e chiara delle forme di finanziamento del sistema che, considerando inderogabile i principi di universalità ed equità tradotti nei LEA, consenta di trovare un mix variabile secondo i cicli economici tra finanziamento derivante dalla fiscalità generale e dalla fiscalità regionale, dalle compartecipazioni utilizzate come strumento di governo della domanda e non come strumento per “fare cassa”, fondi integrativi, altre forme di mutualità;
- v. Ridefinire un contesto di regole coordinate che consenta un rapporto di collaborazione fisiologica e non di contrapposizione (spesso conflittuale) tra Stato e Regioni, in grado di ottenere una unitarietà del sistema senza penalizzare l’autonomia delle regioni, ossia capace di orientare il SSN verso un modello di “federalismo efficiente, sostenibile e solidale“. Un federalismo capace di “valorizzare” le differenze che richiedono adattamenti nelle risposte a problemi di salute influenzati dalle caratteristiche dei diversi territori del Paese e delle comunità in essi insediati e di “eliminare o ridurre” le differenze dovute a sprechi, inefficienze, inappropriately, corruzione, prevalenza di interessi particolari sull’interesse generale di tutela della salute;
- vi. Ridefinire un contesto di regole coordinate relative alle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, la cui gestione oggi appare condizionata e molto irrigidita da “lacci e laccioli” di tipo formale: infatti, mentre dall’alto (Stato e regioni) devono e possono essere definiti principi, criteri, standard e indirizzi, solo dal basso (gestione delle aziende) possono venire le applicazioni di principi, criteri, standard e indirizzi alle concrete realtà e alle specifiche problematiche (ad esempio, mentre dall’alto possono venire indicazioni sulla necessità di attuare la spending review, solo le regioni possono attuarla razionalizzando concretamente la propria rete di offerta e solo le aziende

possono attuarla con riferimento alla propria organizzazione interna e alla individuazioni di sprechi, inefficienze, inapproprietezze della propria gestione).

Politiche pubbliche: *evidence-based policy* e valutazione d'impatto

Al fine di definire e consentire l'efficace realizzazione della strategia di fondo del SSN (rispettare il vincolo di bilancio congiuntamente agli obiettivi di fondo di universalità ed equità in un contesto di bisogni in aumento), è necessario che le politiche siano razionalmente definite, adottate e valutate. Il paradigma dell'*evidence-based policy* appare particolarmente appropriato a realizzare questa strategia. Ad oggi non sempre le politiche sanitarie sembrano riferirsi a questa impostazione. Le fasi che caratterizzano l'*evidence-based policy* sono soprattutto i) la definizione esplicita di obiettivi, entità-obiettivo e misure di *outcome* perseguite e ii) la valutazione d'impatto come strumento di misurazione del raggiungimento degli obiettivi (Mele, Compagni, & Cavazza, 2013; Pawson, 2004). La prima delle due fasi, concentrata prima dell'introduzione dell'intervento, mira in primo luogo a definire in modo concreto a quali entità (es. medici di medicina generale, ospedali, dipartimenti di prevenzione ecc.) è diretto l'intervento e quali risultati si intendono ottenere (es. il raggiungimento di una specifica percentuale di diabetici in cura con la gestione integrata, la riduzione dei posti letto, una copertura del programma di *screening* per la prevenzione del carcinoma mammario pari almeno ad una definita percentuale-soglia, ecc.). Esplicitando il risultato da perseguire si obbliga il *policymaker* a identificare quali meccanismi potranno realisticamente produrre le trasformazioni necessarie, affinché venga raggiunto il risultato ipotizzato. Il vincolo di risorse, infatti, non consente più l'adozione di politiche apparentemente migliorative e richiede, piuttosto, di avere solide e motivate conoscenze delle relazioni causali intercorrenti tra azione di politica e *outcome*. Troppo spesso le politiche appaiono "idealistiche" o fondate su una scarsa conoscenza degli effetti (positivi ma anche negativi) che si possono determinare. Decidere senza conoscere è la peggiore delle soluzioni, anche quando le intenzioni sono positive.

Tuttavia, una delle maggiori debolezze italiane riguarda le valutazioni di impatto. Si decidono le politiche senza predisporre adeguati strumenti di monitoraggio degli effetti che consentirebbero di continuare le politiche quando esse si dimostrano efficaci (apportando eventualmente piccoli aggiustamenti migliorativi) oppure di modificarle radicalmente quando esse dimostrassero di non produrre gli effetti desiderati o, addirittura, di produrre effetti negativi. Troppo spesso nel nostro paese si è assistito ad una successione non coordinata, e non di rado contraddittoria, di norme e di politiche adottate senza avere strumenti per valutare gli effetti (positivi o negativi) di norme e di politiche precedentemente assunte. Le Aziende sanitarie e territoriali e le Aziende ospedaliere che operano in frontiera sono spesso vittime di questa schizofrenia di norme e di politiche che impediscono soluzioni razionali e fattibili e irrigidiscono la gestione.

Un esempio recentemente studiato (Armeni & Jommi, 2013) riguarda l'impatto delle compartecipazioni alla spesa farmaceutica (ticket). Sebbene l'introduzione dei ticket a livello regionale sia stata motivata da obiettivi di riduzione della spesa non esplicitamente identificati (ovvero non seguendo il paradigma dell'evidence-based policy), è possibile leggere l'impatto della politica su alcune variabili di outcome. La più immediata è la spesa farmaceutica pubblica. Tuttavia, nell'ottica di un concetto multidimensionale di performance applicato anche a livello delle politiche, è

importante comprendere l'impatto dei ticket anche sui consumi e sulla spesa privata. Dallo studio è emerso come la riduzione della spesa pubblica è notevole nei primi 6 mesi (-5,9%) ma che nel medio periodo vi è una compensazione parziale, per assestarsi ad un livello di risparmio contenuto nel lungo periodo (-2,3%). Questo avviene grazie ad una parallela – ma minore – riduzione dei consumi e a una traslazione dell'onere a carico del cittadino. Questo esempio mette in luce come le dimensioni di performance siano interdipendenti: l'introduzione dei ticket ha ridotto la spesa pubblica ma ha anche ridotto l'equità del sistema (salve le esenzioni, il ticket è altamente regressivo) e posto un dubbio sulla tipologia di consumi diminuiti: si è rinunciato solo al superfluo e inappropriato, oppure è avvenuto un razionamento delle risorse con una limitazione dell'accesso alle cure?

Modalità di allocazione delle risorse economiche

Le risorse economiche a disposizione del sistema di tutela della salute sono necessariamente limitate dall'ammontare del gettito fiscale e la loro disponibilità è indubbiamente correlata al ciclo economico. Tanto è vero che nella fase di crisi il divario tra le regioni sviluppate e quelle sotto piano di rientro sembra essersi accentuato con riguardo ai livelli di assistenza effettivamente garantiti, anche a seguito del fenomeno della mobilità. Infatti, si determina un circolo vizioso in base al quale le regioni meno dotate di servizi di qualità e meno efficienti, hanno difficoltà ad effettuare gli interventi necessari a superare il divario, soprattutto quando gli interventi di carattere finanziario non sono accompagnati da adeguati interventi finalizzati a recuperare il divario in termini di dotazione di servizi e di miglioramento dell'efficienza. Già negli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso, quando le risorse apparivano non limitate come nell'ultimo decennio, interventi di puro riequilibrio finanziario a favore soprattutto delle regioni meridionali non hanno prodotto gli effetti positivi desiderati, poiché non sono state accompagnate da adeguate misure di rafforzamento di utilizzo delle risorse secondo principi e criteri di appropriatezza, qualità dei servizi, efficacia ed efficienza, accompagnati da adeguati strumenti di misurazione e valutazione. A maggior ragione, interventi di contenimento dei finanziamenti nel periodo di crisi, non accompagnati da queste misure, sembrano aver peggiorato la situazione. Il finanziamento regionalizzato, specie se basato sulla spesa storica più o meno "aggiustata", accentua la dipendenza da cicli economici diversi, quelli regionali, che storicamente hanno conosciuto non solo velocità ma anche tempistiche differenti. Il mantenimento di un SSN unico, universale ed equo, assicurato anche dall'istituto della mobilità, impedisce l'adozione di un sistema federalista puro.

Infatti, un modello di federalismo puro e interventi finanziari non accompagnati da politiche finalizzate a ridurre il *gap* di efficienza determinano un'altra condizione (oltre alla limitatezza), ovvero la scarsità, intesa come disproporzione in negativo rispetto ai livelli e alle dinamiche dei consumi. La conseguenza irrimediabile della scarsità è il razionamento (Drummond, Sculpher, & Torrance, 2005; Tarricone, 2004). Alcuni bisogni resteranno insoddisfatti anche quando idealisticamente (e a volte ideologicamente) si riafferma la volontà di non selezionare a priori i bisogni (ad esempio, se utilizzare un farmaco innovativo, se acquistare un nuovo macchinario, ecc).

La differenza è che un simile tipo di razionamento è realizzato senza che il decisore ne abbia realmente coscienza (razionamento implicito) e gli effetti sulla stessa sostenibilità potrebbero non essere controllati. Al contrario, sostenibilità ed efficacia clinica possono essere esplicitamente considerate in modo congiunto e complementare, attraverso modelli decisionali espliciti fondati sul concetto di costo-opportunità, ossia la misurazione del beneficio di un

programma che tenga conto del beneficio perduto del programma alternativo. L'esempio più noto, tanto in letteratura quanto nella pratica internazionale, è la valutazione economica delle tecnologie sanitarie, in Italia ancora applicata in modo poco sistematico a causa della scarsa diffusione delle conoscenze necessarie. L'innovazione tecnologica che accelera impone un processo di selezione che appaia non solo coerente con gli obiettivi di bilancio, ma che tenga anche conto dei benefici incrementali e dei loro potenziali effetti nel medio-lungo termine e, non ultimo, che sia anche comunicabile ai principali portatori d'interesse in modo esplicito (Tarricone, 2004).

Quindi l'adozione di espliciti strumenti di HTA, accompagnati dalla formazione di un adeguato numero di persone dotate delle necessarie conoscenze, competenze e capacità, è uno degli interventi che consente di affrontare le situazioni di limitatezza di risorse, senza causare un razionamento implicito che penalizza soprattutto i gruppi, le aziende e le regioni più deboli.

Visione strategica e *performance management*

La necessità di sistemi di *performance management* è ormai consolidata in letteratura, e anche nel nostro SSN sono stati fatti importanti passi avanti nella definizione di sistemi di rilevazione, componente necessaria del *performance management*. Tuttavia, insieme all'eterogeneità delle esperienze sul territorio italiano, e al complessivo ritardo rispetto ai migliori riferimenti internazionali, è da sottolineare come la misurazione non produca, da sola, la diffusione di una cultura orientata alla performance (AAVV, 2013; Tarricone & Valotti, 2012).

Ciò che manca oggi nelle aziende sanitarie non sono le misure, poiché è ormai copiosa la mole di indicatori sui vari aspetti della produzione e della gestione, del governo clinico, del perseguimento dell'efficienza, del rispetto degli equilibri economico-finanziari. Piuttosto si avverte l'esigenza di ragionare sulla qualità e significatività delle misure, nonché sul loro effettivo utilizzo nell'assumere decisioni fondamentali per lo sviluppo e il consolidamento delle aziende. In una fase di grande tensione del sistema sanitario è necessario contrastare i fenomeni di "cattura nell'operatività", tipici dei periodi in cui una grande pressione sulla domanda di prestazioni si deve confrontare con una crescente tensione sulle risorse finanziarie disponibili.

Conferire "respiro strategico" alle scelte aziendali e delle regioni assume, infatti, importanza tanto maggiore quanto più il contesto di riferimento appare incerto, in continua evoluzione e per molti versi più sfidante se non addirittura ostile. Ad oggi, tuttavia, in gran parte delle Aziende Sanitarie, i sistemi di misurazione e gestione della performance non sono collegati alle strategie, hanno un orizzonte di breve periodo e servono principalmente per gestire l'operatività e le relazioni con gli interlocutori istituzionali, Regioni *in primis*. Ne deriva il fatto che le strategie aziendali spesso si formano dal basso (Tarricone & Valotti, 2012) per stratificazione di decisioni emergenti dall'organizzazione (strategie implicite) piuttosto che risultare da un disegno qualificato e da un approccio *evidence-based*, che, come sopra menzionato, parte dalla definizione di obiettivi, entità-obiettivo e misure di *outcome*.

Per rendere l'attuazione della strategia efficace, evitando sprechi di risorse, è necessario garantire coerenza tra la linea strategica, i sistemi attuativi, i sistemi di controllo e, non ultimi, i sistemi di misurazione e valutazione delle *performance*.

CONCLUSIONE

La sostenibilità non è soltanto un problema di finanza pubblica. Nel complesso ed eterogeneo sistema economico della sanità, in cui le dinamiche espansive dei bisogni sono scarsamente controllabili dai *policy maker*, il vincolo di bilancio non può essere soddisfatto limitandosi a tagli orizzontali, comunque spesso necessari, ma senz'altro insufficienti a fornire una risposta adeguata alle sfide riassunte sopra. Il SSN non può affrontare la crescente complessità dell'assistenza universale, equa e sostenibile focalizzandosi solo su una delle dimensioni rilevanti della *performance*, ovvero i costi. Il concetto di *performance*, perché rispecchi realmente la natura della tutela della salute, deve essere esteso alle molteplici dimensioni che ne caratterizzano le legittime aspettative. Soprattutto, le dimensioni rilevanti di efficienza, efficacia, equità e sostenibilità sono da perseguire in ottica di complementarità al fine di coniugare vincoli di bilancio e obiettivi strategici di fondo del sistema a livello delle politiche, delle scelte di allocazione delle risorse e dell'utilizzo di strumenti manageriali.

Va infine osservato che nessuna normativa, nessuna riforma, nessuna semplificazione, nessun contenimento di spesa è sostenibile nel lungo periodo se non si agisce profondamente sui seguenti elementi:

1. Il rilancio nel Paese di una forte sensibilizzazione e tensione verso uno sfidante “progetto di sistema salute”, che risponda alle legittime attese dei cittadini. Il tema della tutela della salute, e non quello della spesa per la salute, deve ritornare ad essere al vertice dell'agenda politica. Ciò significa che la tutela della salute come diritto della persona, perseguito con un sistema universale ed equo, non significa garantire “tutto a tutti gratuitamente”, come a volte viene semplicisticamente ed ideologicamente affermato, ma significa evitare che la disponibilità dei livelli essenziali di assistenza sia condizionata negativamente da condizioni di reddito, di patologie croniche o di altri fattori di emarginazione sociale e di esclusione. Inoltre, se è vero che in periodo di crisi anche il controllo (e, a volte, anche la riduzione) della spesa è un obiettivo da perseguire, va sottolineato con forza che “la qualificazione della spesa per la salute” può diventare un potente strumento per sostenere la crescita e lo sviluppo economico. Troppo spesso si dimentica che l'economia del futuro dovrà necessariamente essere fondata sulla capacità di soddisfare i “bisogni della persona”, poiché dovrebbero essere superate e combattute le logiche delle economie trainate dalle guerre, più o meno locali, mentre le economie trainate da *real estate*, industrie pesanti (automobili, ecc...) edilizia, consumo di risorse non rinnovabili presentano limiti di sostenibilità. Mentre con una visione di breve il contenimento della spesa per la salute si pone l'obiettivo di ridurre il numeratore del rapporto spesa pubblica/PIL, una qualificata politica della salute si pone l'obiettivo di agire anche sull'incremento del denominatore e, quindi, sul miglioramento del rapporto spesa pubblica/PIL;
2. Attivazione di sistemi di responsabilizzazione a tutti i livelli, dai cittadini chiamati ad evitare un uso inappropriato o abuso di prestazioni e servizi, ai medici e altri professionisti che, oltre a garantire l'appropriatezza, la qualità e l'efficacia delle loro prestazioni, devono essere messi in condizione di non ricorrere in modo esteso alla medicina difensiva (si segnalano i rischi delle incertezze connesse alla normativa sulle responsabilità professionali), alle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere (e alla loro dirigenza, che deve perseguire elevati livelli di razionalità ed efficienza gestionale),

alle regioni (che devono adottare adeguate politiche di razionalizzazione del sistema di offerta e di governo della domanda e attivare sistemi di monitoraggio e valutazione delle aziende), al Ministero della Salute (che deve sempre più essere in grado di dare indirizzi strategici al sistema e di supporto alle regioni quando esse lo richiedono);

3. Attuazione di un piano di formazione a tutti i livelli in grado di immettere nel sistema conoscenze, competenze, capacità, attitudini richieste dal progresso scientifico, tecnologico e dall'evoluzione dei bisogni.

Riferimenti Bibliografici

- AAVV. 2013. *La valutazione delle performance per il governo strategico delle Aziende Sanitarie Pubbliche*". Milan: EGEA.
- Armeni, P., Ciani, O., Tarricone, R., Palla, I., Pierotti, F., & Turchetti, G. 2011. MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO-PDTA per la Chirurgia bariatrica: l'esperienza di sei centri italiani. *Mecosan*(79): 9.
- Armeni, P., & Jommi, C. 2013. Modeling the simultaneous impact of pharmaceutical policies: italy as a case-study. *Submitted*.
- D'Amicis, A. 2011. Epidemiologia dell'obesità in Italia. *VII rapporto sull'obesità in Italia dell'Istituto Auxologico Italiano. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma*: 1-15.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., & Torrance, G. W. 2005. *Methods for the economic evaluation of health care programs*: Oxford university press.
- EUCOMED. 2011. <http://www.eucomed.be/>.
- FAO. 2012. FAO, partners, urge greater push to reduce food losses and waste. <http://www.fao.org/news/story/jp/item/147427/icode/>.
- Ferrè, F., & Ricci, A. 2012. La struttura del SSN. *Cantù E.(a cura di), "L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto Oasi*.
- Fry, J., & Finley, W. 2005. The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64(03): 359-362.
- Jommi, C., & Paruzzolo, S. 2003. Localizzazione dell'attività di R&S delle imprese farmaceutiche e biotecnologiche: il ruolo delle pubbliche amministrazioni: Osservatorio farmaci del Cergas, Università Bocconi.
- Luengo-Fernandez, R., Leal, J., Gray, A., Petersen, S., & Rayner, M. 2006. Cost of cardiovascular diseases in the United Kingdom. *Heart*, 92(10): 1384-1389.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. 2009. *Social determinants of health*: OUP Oxford.
- Mele, V., Compagni, A., & Cavazza, M. 2013. Governing through Evidence: A Study of Technological Innovation in Health Care. *Journal of Public Administration Research and Theory*.
- Ministero_della_salute. 2013. OKkio alla SALUTE: cala obesità infantile ma situazione ancora grave. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal_ministero&id=926.
- Müller-Riemenschneider, F., Reinhold, T., Berghöfer, A., & Willich, S. N. 2008. Health-economic burden of obesity in Europe. *European journal of epidemiology*, 23(8): 499-509.
- OECD. 2012. OECD HEALTH Vol. 2013. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>.
- Pawson, R. 2004. Evidence Based Policy. *Making realism work: Realist social theory and empirical research*: 24.
- Reidpath, D. D., Burns, C., Garrard, J., Mahoney, M., & Townsend, M. 2002. An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity. *Health and Place*, 8(2): 141-145.

- Tarricone, R. 2004. *Valutazioni economiche e management in sanità: applicazioni ai programmi e tecnologie sanitarie*: McGraw-Hill.
- Tarricone, R. 2010. *Innovazione e competitività nei sistemi industriali regolati. Le imprese dei dispositivi medici*”: EGEA.
- Tarricone, R. 2012. *Politiche per la salute e scelte aziendali. Impatto sull’innovazione e diffusione delle tecnologie mediche*: EGEA.
- Tarricone, R., & Valotti, G. 2012. *Il miglioramento del performance management nelle aziende sanitarie pubbliche: oltre le mode e le tradizioni. Autori Vari (a cura di) Strategia e performance management nelle aziende sanitarie pubbliche.* : EGEA.
- WHO. 2011. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*: World Health Organization.