

FRANCESCA VANARA\*

PRESENTAZIONE.  
SCELTE PER LA SALUTE

1. Se «nella storia umana non è mai esistita un'epoca in cui siano state disponibili risorse sufficienti per soddisfare il generale e costante desiderio dell'uomo di migliorare la qualità e la durata della vita» (Klarman, 1965), mai come in questi ultimi decenni la sproporzione fra aspettative e risorse è parsa tanto rilevante e così, nel tempo, è cresciuta la consapevolezza che nessun paese può dare ai cittadini tutta l'assistenza che vorrebbe: le risorse, scarse per definizione, devono essere allocate e in ogni società la sfida consiste nell'operare scelte secondo criteri eticamente condivisi, in modo equo ed efficace.

La politica in Europa ha orientato tali scelte verso sistemi solidaristici, che garantissero a tutti l'accesso alle cure, indipendentemente dal reddito. Questi sistemi, il cui riferimento principale è il servizio sanitario nazionale inglese, si trovano però in difficoltà. I cittadini, insofferenti alle lungaggini burocratiche ed alle liste di attesa, spesso non si rendono conto che queste limitazioni esprimono una forma di razionamento occulto: lo interpretano come disorganizzazione (e talvolta è così) del servizio pubblico e progressivamente si disaffezionano.

2. Per allentare le crescenti pressioni esercitate sul sistema, è in corso di progressiva attuazione un'ampia varietà di riforme tese al controllo della domanda ed allo stimolo all'efficienza dell'offerta. Nella tabella 1 (elaborata su dati di Smeë, 1997) si riporta – a titolo esemplificativo – un confronto tra diverse strategie adottate in-

\* *Professore a contratto di Economia applicata, Università di Torino; Area politiche socio sanitarie Fondazione Smith Kline, Roma.*

TAB. 1. *Strategie adottate per ridurre il divario tra aspettative e risorse in quattro paesi anglosassoni nella prima metà del 1996, con relative priorità attribuite: A = Alta; M = Media; B = Bassa*

Strategie	Australia	Nuova Zelanda	Usa	Canada
<i>A. Controllo della domanda</i>				
1) Aumento della compartecipazione alla spesa a carico degli utenti	B	M	M	A
2) Restrizione dei servizi garantiti dallo Stato	B	A	A	A
3) Promozione della salute ed educazione sanitaria	B	B	M	B
4) Sgravi fiscali e sussidi per i sottoscrittori di assicurazioni private	A	-	M	-
<i>B. Incremento dell'offerta</i>				
1) Efficienza tecnica	A	A	A	M
2) Efficienza allocativa ed efficienza clinica	B/M	B/M	A	A
<i>C. Miglioramento dell'accettabilità del divario</i>				
Razionamento equo e trasparente	-	A	-	-

Fonte: Nostra elaborazione su dati Smee, 1997.

torno a metà anni '90 in quattro paesi anglosassoni, evidenziando l'enfasi data a ciascuna.

Per quanto riguarda le strategie dal lato della domanda, è attribuita grande rilevanza alla ridefinizione dei servizi garantiti dal settore pubblico, specie in Nuova Zelanda, Stati Uniti e Canada: è il tema delle priorità, che ha portato alla lista dell'Oregon, ai criteri olandesi per filtrare i servizi essenziali, al nucleo di servizi ed ai criteri per le liste di attesa in Nuova Zelanda, alla piattaforma etica della Svezia e, da noi, ai livelli di assistenza. Il tentativo che si percepisce nei diversi paesi è quello di intraprendere interventi volti alla ridefinizione delle garanzie di universalismo delle cure, passando da un modello di universalismo general-generico, che continua a promettere tutto a tutti, ad un modello di universalismo selettivo, anche per temperare il vecchio conflitto nella distribuzione dei benefici tra avvantaggiati e svantaggiati, i fragili, nella discrezionalità delle regole di trattamento.

Per le strategie dal lato dell'offerta, tutti e quattro i paesi riportati in tabella attribuiscono grande importanza al miglioramento dell'efficienza tecnica – in particolare nel settore ospedaliero – che fa riferimento alla capacità di usare le risorse in modo da produrre la maggior quantità possibile di output con i fattori produttivi a disposizione ovvero di utilizzare la minor quantità di input per produrre una certa quantità di output.

3. Dal punto di vista della prospettiva economica, l'argomento in discussione si fonda su tre basilari osservazioni (Samuelson e Nordhaus, 2005):

- le risorse sono scarse rispetto ai bisogni ed ai desideri dell'uomo;
- le risorse hanno usi alternativi;
- l'importanza relativa attribuita a ciò che si vuole varia sensibilmente da individuo a individuo.

Date queste tre premesse, discende la questione economica fondamentale: come allocare risorse scarse nel modo più adatto a soddisfare le esigenze delle persone? Le scelte, naturalmente, non sono di competenza dell'economia: la formulazione di obiettivi e priorità è politica, ossia espressione e rappresentazione del volere della società civile. «Economics is the science of means, not of ends [...]. It can tell us the consequences of various alternatives, but it cannot make the choice for us [...]. Economics can never replace morals or ethics» (Fuchs, 1998). Sono necessari i contributi di molte discipline, dalla medicina alla sociologia, dalla giurisprudenza all'etica, in quanto sono coinvolti obiettivi generali quali democrazia, libertà personale e solidarietà.

4. Che cosa si può fare, dunque, per contenere i costi dell'assistenza sanitaria, argomento del Rapporto Sanità 2012 della Fondazione Smith Kline, per ridurre il divario fra aspettative e risorse, per definizione limitate?

Prendendo spunto dalle argomentazioni di Fuchs

(1996, 189-191), le spese possono essere espresse come il prodotto di tre fattori (Q = quantità e P = prezzo):

$$\text{Spesa} = Q \text{ servizi} \times \frac{Q \text{ risorse}}{Q \text{ servizi}} \times P \text{ risorse}$$

Quindi, ci sono tre vie per ridurre i costi (e ogni modo comporta svantaggi per qualcuno):

– agire sulla quantità di servizi. Il consumo di assistenza sanitaria, misurato in numero di visite, prescrizioni, esami, giorni di degenza, ecc. chiesti e ottenuti in un dato periodo dipende dalla salute generale della popolazione, dalla sua propensione a chiedere assistenza, che a sua volta dipende dal singolo (che in molti casi dà inizio al processo e ne permette la prosecuzione), ma anche dal professionista che, per via della particolare competenza che la società gli riconosce, ha per consuetudine e per legge il potere di prendere decisioni sull'uso di risorse (prescrive esami e farmaci, ricoveri, interventi, ecc.) e dai servizi garantiti ed effettivamente disponibili;

– incidere sul rapporto fra la quantità di risorse e la quantità di servizi (l'inverso della produttività, la quale è il rapporto tra una misura del volume di output realizzato e una misura del volume di uno o più input impiegati nel processo produttivo), producendo i servizi con meno risorse. La produttività dipende da fattori come l'adeguatezza delle dimensioni e dell'organizzazione, la presenza e la gravità di un eccesso di capacità produttiva, il livello tecnologico, l'efficacia della formazione e degli incentivi;

– aggredire i prezzi delle risorse, ad esempio attraverso lo sviluppo degli acquisti associati e degli osservatori dei prezzi.

Muovendosi all'interno di questa cornice di riferimento, i contributi raccolti nel Rapporto Sanità 2012 trattano diffusamente la questione del contenimento dei costi.

5. Aprono il volume (Parte prima) i contributi introduttivi di Bernardino Fantini (direttore dell'Istituto di storia della medicina e della sanità presso l'Università di Ginevra), il quale ricorda che «la salute, come diritto fondamentale della persona, è un bene inalienabile, un *ab-solutus*, che deve essere sciolto – questo è il significato letterale di assoluto – da ogni dipendenza, e quindi non può essere diminuito od alterato, per divenire oggetto di scambio o di commercio, mentre le politiche sanitarie possono essere il risultato di mediazioni, di scelte economiche e politiche, di scale di priorità e di condizioni di opportunità» e di Carla Collicelli (Vice Direttore del Censis di Roma) e coll., con un'illustrazione dei livelli qualitativi dei nostri servizi sanitari – analizzati attraverso indicatori di spesa, output, outcome, qualità percepita, soddisfazione e costi/benefici – che porta a confermare a livello generale alcune ipotesi, fra cui che «particolarmente problematica dal punto di vista degli utenti è la situazione relativa ad alcuni principi fondamentali della sanità pubblica, quali l'equità (liste di attesa, informazione, disparità tra regioni per prestazioni e dotazioni infrastrutturali), gli sprechi (duplicazioni, sottoutilizzazione delle strutture, iperprescrizione, ricoveri impropri, ecc.), l'umanizzazione (centralità del paziente e delle famiglie, comunicazione empatica, tempi e modi delle cure, ecc.) e l'*outcome* (prevenzione, esiti, mortalità evitabile, qualità della vita)».

6. Nella Parte seconda sono raccolte le strategie messe in atto per contenere i costi, con riferimento ai diversi livelli di governo:

– nazionale, nel contributo di Filippo Palumbo (Capo Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute) e Lucia Lispi (Direttore Ufficio X «Siveas» – Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute).

Il sistema sanitario italiano fa registrare una variabilità importante tra aree del paese – si legge nel capitolo – riguardo alla tutela della salute della popolazione, alla qualità complessiva delle prestazioni ed ai relativi costi. Partendo da un'analisi di questa variabilità, le sfide assistenziali per il Ssn, poste dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie croniche, dalla presenza di multimorbilità, dai costi connessi alla disponibilità di nuove tecnologie per la diagnosi, cura e riabilitazione, dovranno essere affrontate agendo sul fronte del recupero delle inefficienze e delle inapproprietezze, che caratterizzano in maniera marcata alcune regioni. Le istituzioni (in tutti i livelli) ed i professionisti sono impegnati ad individuare e continuamente aggiornare strumenti e soluzioni idonei a conciliare incremento dei costi e contenuta disponibilità di risorse. Gli sforzi in tal senso dovranno finalizzarsi al difficile compromesso tra fabbisogni crescenti, legati a fattori di crescita della domanda di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, e risorse limitate in un contesto di effettiva sostenibilità di un sistema universalistico di erogazione dei servizi sanitari;

– regionale, nel capitolo di Fulvio Moirano (Direttore dell'Agenas e collaboratori, che analizzano iniziative per grandi aree di intervento: controllo della spesa farmaceutica; revisione della rete ospedaliera a livello di posti letto e di numero di strutture complesse; tetti di spesa per il personale; tetti di spesa per l'acquisto di beni e servizi; tetti di spesa per i contratti con i soggetti erogatori privati) e negli elaborati dell'assessore Luciano Bresciani relativo alla sua regione, la Lombardia, e del sub Commissario *ad acta* Giuseppe Zuccatelli per la sua esperienza di azioni finalizzate al Piano di rientro della regione Campania (ottobre 2009-febbraio 2011);

– aziendale, nella relazione di Giovanni Monchiero, Presidente della Fiaso (Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere) che afferma

la necessità che l'assegnazione dei finanziamenti alle singole aziende avvenga con assoluta trasparenza, con il superamento reale del criterio facile della spesa storica. [...] Trasparenza ed equità nel finanziamento sono condizioni necessarie per giungere ad una reale responsabilizzazione dell'azienda (non della

sola direzione generale, dell'intera Azienda sanitaria) e motivare tutti gli operatori a quel recupero complessivo di efficienza che [...] è ancora praticabile;

– distrettuale, nel contributo di Gilberto Gentili (Presidente nazionale della Card – Confederazione associazioni regionali di Distretto), e territoriale, nella elaborazione dell'esperienza di Roberto Borin (Direttore del Distretto 4 dell'Ulss 20 di Verona) e coll. che illustrano interventi di miglioramento e razionalizzazione sul territorio con ricadute immediate sull'assistenza nella loro realtà veneta;

– comunale, con Del Favero e Naldoni che analizzano l'impatto della riforma federalista sui comuni e sui loro servizi socio-sanitari – con particolare riferimento al d.lgs. 216 del 26 novembre 2010, nel quale, al fine di determinare costi e fabbisogni standard, sono elencate le funzioni fondamentali dei comuni – sollecitando un ammodernamento delle norme in direzione dell'integrazione effettiva fra sociale e sanitario e la definizione di una base finanziaria che permetta la programmazione di interventi su scala regionale e comunale tale da non essere rimessa in discussione ogni anno in occasione della nuova legge di bilancio;

– di medicina di famiglia nell'esperienza di Ovidio Brignoli (Vice Presidente nazionale Simg – Società italiana di medicina generale) – che espone l'esperienza di governo clinico dell'Asl di Brescia concludendo che

è possibile generare risparmi in medicina generale nella gestione dei pazienti cronici con un progetto che rispetti alcuni presupposti: coinvolgere dall'inizio gli operatori sanitari; valutare e misurare i costi in relazione agli esiti clinici; promuovere l'audit tra medici di medicina generale come strumento di confronto e miglioramento; affidare la regia della *governance* all'Asl.

7. Nell'ultima parte del volume sono raccolte analisi e proposte di intervento:

– Cesare Cislighi (Agenas) e collaboratori approfondi-

scono due temi attualmente tra i più discussi, i livelli di assistenza ed i tickets;

– Marco trabucchi (Università di Roma «Tor Vergata»; responsabile dell'area politiche sociali e sanitarie della Fondazione Smith Kline) e collaboratori, con riferimento ad una delle sfide più impegnative che abbiamo di fronte, sottolineano, in una «prospettiva del fare», che

la caratteristica fondamentale dei servizi per gli ammalati cronici, che vogliono allo stesso tempo garantire il massimo di efficacia ed il controllo dei costi, è la continuità dei processi di assistenza in risposta a bisogni che non hanno fine, ed uno stile di fondo caratterizzato dall'accompagnamento nel tempo, con attenzione alla collocazione vitale dell'ammalato e al mutare delle sue condizioni. La continuità deve essere costruita collegando attraverso una *governance* unitaria – che utilizzi anche le più moderne tecnologie di Ict – la realtà delle piccole «imprese» che si sviluppano nel territorio, le quali spesso a costi ridotti hanno una rilevante efficacia sui fruitori e sui loro bisogni;

– nel contributo di Walter Ricciardi (Direttore dell'Istituto di igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma) e collaboratori si discute l'apporto della prevenzione al risparmio sottolineando l'importanza dell'Evidence Based Prevention (Ebp) e dell'Evidence Based Public Health (Ebph) anche per educare e formare i ricercatori a dimostrare continuamente l'efficacia e la convenienza degli interventi di prevenzione così da fornire strumenti pronti e fruibili per informare i decisori, motivare gli operatori, educare e responsabilizzare i cittadini;

– Angelo Tanese (Direttore dell'Agenzia di valutazione civica di Cittadinanzattiva) porta il punto di vista dei cittadini, sempre più confusi e disorientati;

– Francesco Taroni (Dipartimento di Medicina e sanità pubblica, Università di Bologna) svolge una analisi nel mondo delle crisi economiche e del loro impatto su salute e politiche sanitarie e conclude che

riconoscere analogie e identificare differenze presuppone la disponibilità ad apprendere le lezioni delle esperienze passate,

proprie ed altrui e di adattarle però ai nuovi e diversi contesti, in quanto sia le istituzioni che la politica contano nel modulare gli effetti che le crisi economiche indiscutibilmente hanno sulla salute delle popolazioni.

8. L'orientamento deve essere verso una concezione di salute positiva che appare sempre più come la risultante di eventi multifattoriali che abbracciano il corpo, la mente, la società e l'ambiente, in una stretta rete di interdipendenze. Le strategie volte al contenimento dei costi devono muoversi nell'ambito di interventi che vanno al di là della sola assistenza sanitaria e riguardano iniziative per la lotta al tabagismo e all'abuso di alcool, per la promozione dell'attività fisica e di una sana alimentazione, per la prevenzione degli incidenti sul lavoro, stradali e domestici.

Biasimando la diffusa degenerazione verso la ricerca di soluzioni meramente efficientistiche, l'analisi del processo di produzione non deve limitarsi al confronto fra input ed output, ma deve prolungarsi fino all'analisi dell'outcome, ovvero degli esiti sanitari (casi risolti, morti evitate, anni di vita guadagnati, inabilità evitata, ecc.), anche dal punto di vista qualitativo, ed occorre lasciare che il sistema tragga vantaggio dall'indicazione di poche regole flessibili e semplici, che non interferiscano con la naturale spontaneità e creatività delle organizzazioni. Le scuole di management, intanto, tendono ad affiancare sempre più spesso ai manuali di tecnica aziendale e dei modelli d'impresa i testi di scrittori classici e di filosofi: il ricorso a una visione più panoramica e interdisciplinare denota il superamento della cultura tecnologica ed economicista, che non appare più sufficiente per affrontare la complessità, soprattutto se nell'ambito di un contesto molteplice come la salute.

La sfida è nello scoprire come procedere per prove e (non troppi) errori, promuovendo e supportando lotta agli sprechi e lotta all'illegalità. Individui e collettività sono chiamati a scelte difficili: conosciamo i problemi principali, quello che ci occorre è una guida politica e

professionale che ci aiuti ad affrontarli in modo tempestivo, scientifico e generoso.

### *Riferimenti bibliografici*

- Fuchs V. (1996), *What Every Philosopher Should Know about Health Economics*, in «Proceedings of the American Philosophical Society», vol. 140, n. 2, pp. 185-194.
- Fuchs V. (1998), *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice*, World Scientific Publishing.
- Klarman H.E. (1965), *The Economics of Health*, New York, Columbia University Press.
- Samuelson P.A. e Nordhaus W.D. (2005), *Economics*, New York, McGraw-Hill.
- Smee C.H. (1997), *Bridging the Gap between Public Expectations and Public Willingness to Pay*, in «Health Economics», 6, pp. 1-9.