

**MARA TOGNETTI BORDOGNA**

Docente di Politiche sanitarie nella Facoltà di Sociologia, Università di Milano-Bicocca, dirige l'Osservatorio e Metodi per la Salute della medesima Università ed è componente del Direttivo della Sezione di Sociologia della Salute e Sociologia della Medicina, Associazione Italiana di Sociologia.

# L'evoluzione del sistema sanitario tra contenimento della spesa e modelli di funzionamento

MARA TOGNETTI BORDOGNA

## 1. PREMESSA

La questione della relazione fra malattia, medicina, salute ed economia è da sempre al centro delle scelte di politica sanitaria nel nostro paese, indipendentemente dal periodo storico, dall'evoluzione e dal grado di strutturazione dei sistemi di protezione della salute e di tutela della malattia.

Possiamo affermare che, in generale, il decisore pubblico nelle strategie di modifica delle forme di protezione della salute e, quindi, di superamento della malattia, è guidato dall'obiettivo di garantire la tutela dei singoli e della collettività, ma anche dal contenimento dei costi necessari per garantire tali obiettivi, ed è condizionato dalle disponibilità economiche del paese in quel dato momento.

Allo stesso tempo l'andamento del ciclo economico, oltre che influire e impattare sulla salute degli individui e della collettività, incide non solo sulle scelte di politiche per la salute ma in particolare sull'evoluzione e le trasformazioni del quadro nosologico. Contemporaneamente, però, la domanda di salute e il quadro epidemiologico cambiano in relazione alle trasformazioni economiche siano esse positive che negative.

Un forte e costante intreccio è rintracciabile fra la salute, la sua tutela e le condizioni economiche di contesto. Gli studi sulle disuguaglianze di salute<sup>37</sup>, così come gli studi epidemiologici e sociologici, hanno messo in evidenza che la di-

mensione economica, assieme a quella sociale, sono determinanti per la presenza e l'incidenza di malattia. Ed è proprio la classe sociale a segnare la differenza in termini di mortalità e morbilità<sup>5</sup>, gli stessi studi confermano come sono i fattori socio economici ad essere alla base delle differenze in salute e della loro incidenza. In altri termini quando cresce il bene economico cresce anche il bene salute.

È stato evidenziato anche nel nostro Paese<sup>5, 29</sup> che le persone socialmente ed economicamente deprivate sono soggette ad una minore aspettativa di vita e a malattie, in misura più elevata rispetto a coloro che occupano posizioni più alte nella scala sociale.

Chi ha difficoltà economiche tende inoltre a non investire in salute e per la salute, risparmia sulle spese per il corpo, sui controlli sanitari, sui farmaci, sul fitness, e sulla qualità del cibo.

Le difficoltà economiche riducono la soglia di attenzione per la propria condizione di salute, in termini di vincoli di spesa<sup>14</sup>. Ma come gli studi sociologici hanno mostrato che l'appartenenza di classe non incide meccanicamente sulle opportunità di benessere, piuttosto il ceto, la sua identità sociale spinge il soggetto verso certi stili di vita e di consumo, mettendo a rischio la salute degli individui<sup>36, 30, 2</sup>.

Anche recenti ricerche<sup>12</sup> sottolineano che chi ha dovuto affrontare difficoltà economiche, a livello di vita quotidiana, dichiara con maggior frequenza una manchevole considerazione per il proprio stato di salute.

A volte lo stesso operato del medico può essere orientato verso la massimizzazione economica del proprio agire invece che perseguire il benessere del cittadino seguendo una operosità priva di fini lucrativi. E proprio la creazione dell'ordine professionale aveva, fra gli altri, lo scopo di salvaguardare questo principio e introdurre una deontologia professionale che mettesse al centro dell'operato medico il paziente e non le finalità lucrative. L'Ordine nasce quindi anche per reagire ad una moralità differente.

Le stesse politiche per la salute che si sono succedute nel tempo, così come le scelte professionali mediche sono state e sono condizionate dall'evoluzione economica della società e dei singoli paesi, ma la loro delineazione organizzativa e operativa persegue, sempre in modo più o meno esplicito, un controllo della spesa<sup>32</sup>. Ritroviamo dunque un forte e costante intreccio fra salute, malattie, medicina ed economia di cui cercheremo di tracciare alcune connessioni, in riferimento alle condizioni economiche che, via via, hanno connotato la storia del nostro paese, alle riforme che hanno segnato l'evoluzione della salute, delle malattie, della medicina e della sua organizzazione operativa. Ci interrogheremo poi su quanto e se pesi lo specifico modello organizzativo del sistema di protezione della salute adottato, di volta in volta, nel produrre o contenere la spesa sanitaria per la ma-

lattia e del suo apparato curativo. Ciò diventa ancora più interessante in quanto nel nostro paese l'influenza e l'attenzione al quadro economico, alle condizioni di contesto, alla società e al periodo storico di riferimento nella strutturazione delle malattie e delle forme di tutela della salute, ha lasciato il posto alla forte attenzione alle condizioni economiche e di economicità del sistema sanitario (contenimento della spesa). Questo a partire dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale e, quindi, con l'estensione a tutti gli individui delle forme di protezione e tutela della salute.

Nel dibattito in sanità è diventato prioritario ora il contenimento della spesa e sia i decisori pubblici che gli studiosi di politiche sanitarie si sono concentrati su questo tema<sup>19, 9</sup>.

Alcuni autori<sup>27</sup> ricordano come alla base della legge Crispi (legge 1889, n.6972) vi fosse, oltre all'obiettivo di sottrarre all'egemonia della Chiesa e del movimento cattolico istituzioni ritenute fondamentali per il controllo sociale degli istituti di assistenza e beneficenza, di cui gli ospedali costituivano la parte più consistente, quello di "porre fine al disordine patrimoniale e amministrativo di un cospicuo corpo istituzionale", stimato nel 1896 in oltre 23.000 enti e con un patrimonio superiore a due miliardi di lire.

"Distrazione di denaro dai fini istituzionali, sopravvento degli interessi personali degli amministratori sui fini istituzionali, spese di amministrazione esorbitanti rispetto alle prestazioni erogate"<sup>27</sup>, erano alcuni caratteri di tali istituzioni.

Questione, quella economica, in rapporto alla malattia e alle diverse forme d'intervento per superarla che attraversa i secoli, compresi quelli più moderni.

Le stesse grandi crisi economiche, che hanno segnato la storia del mondo, sono alla base delle trasformazioni in sanità, sia sul piano nosologico che su quello delle scelte di politiche<sup>16</sup>.

Diversi sono i fattori alla base della "dinamica economica" che ruota intorno alla salute e alla malattia sia per quanto riguarda la domanda di prestazioni sanitarie, per l'offerta, nonché per i costi sociali derivanti dall'insorgenza delle patologie. I costi della malattia sono, normalmente, suddivisi in diretti (medicinali, ospedalieri, assistenza medica generica e specialistica, diagnostica, terapia fisica ed occupazionale, assistenza domiciliare) e indiretti (disoccupazione, pensionamento precoce, effetti psico-sociali, mortalità).

L'economia sanitaria ha messo in evidenza come la spesa per la salute è determinata sia dalla domanda di cura, prestazioni e farmaci, sia dall'offerta che, di fatto, induce la domanda. In particolare vi è una domanda indotta dal personale sanitario e nello specifico dai medici<sup>8</sup>.

Il consumo sanitario è fortemente correlato al reddito nazionale, pertanto le maggiori disponibilità economiche incentivano e consentono un consumo più ele-

vato dei beni sanitari, presenti sul sempre più ricco mercato della salute.

Salute e sviluppo economico sono fortemente interrelati in una relazione causale a doppia direzione: da un lato lo sviluppo economico contribuisce alla scomparsa o all'insorgenza di alcune malattie, dall'altro la buona salute è un potente fattore di crescita dell'economia stessa<sup>19</sup>. Allo stesso tempo creare risorse per la salute significa produrre anche beni economici.

Le principali malattie, infatti, sono scomparse in Europa proprio grazie al miglioramento delle condizioni economiche della popolazione, fenomeno che si è ripetuto anche in Italia<sup>15</sup>.

Così come i cicli economici negativi con la conseguente disoccupazione e riduzione dei salari hanno frequentemente portato ad un peggioramento delle condizioni di salute. La stessa disoccupazione in sé, anche nei casi in cui è sostenuta da ammortizzatori sociali, costituisce un evento stressante che può tradursi in vere e proprie patologie psichiche per l'individuo che la sperimenta.

Pur se complesso valutare quanto il sistema salute (consumo e produzione) produce sul piano economico, si stima che 1/3 del Pil sia generato dal comparto sanitario (biomedicale, farmaceutico, ecc.); infatti va ricordato che la sanità rappresenta sia una risorsa che una spesa.

Come è stato fatto rilevare<sup>19</sup> il sistema sanitario produce e impiega beni e servizi appartenenti a settori produttivi differenti (industria chimico-farmaceutica, apparecchi e materiale sanitario, servizi sanitari alla persona e alla collettività) che si caratterizzano per la produzione di beni e servizi a contenuto sanitario. La produzione del settore è composta, in larga parte, da servizi, ma anche da beni di consumo e da apparecchiature. Il settore sanitario, inoltre, contribuisce alla produzione nazionale, agli investimenti fissi lordi e all'esportazione; pertanto la riduzione della spesa sanitaria può pesare, in termini negativi, sulla produzione nazionale.

In Italia nel 2005 l'8,9 % del Pil è stato dedicato alla spesa sanitaria, e quote simili sono rintracciabili anche in altri paesi occidentali: Francia 11,2%, Germania 10,7%, Svezia 9,2% e Regno Unito 8,2%. Le risorse pubbliche investite nella sanità pesano fortemente sui bilanci dei governi nazionali. In Italia, sempre nel 2005, la quota di spesa pubblica dedicata alla sanità era il 14,1 %, in Francia il 16,6%, in Germania il 17,5% ed in Svezia il 13,6%<sup>38</sup>. Nel nostro paese<sup>23</sup> i soli dipendenti pubblici del Ssn superano il numero di 600.000, mentre quelli del settore privato sono circa 500.000.

Appare chiaro come i temi della salute, della malattia, delle cure sanitarie e di tutela della salute, nonché dei relativi costi e delle risorse impegnate per esse siano delle questioni sistematicamente all'attenzione del decisore pubblico in tutte le diverse fasi storiche, al pari dell'importanza di quale sia il miglior modello isti-

tuzionale di tutela della salute. Attenzione che cresce e che in alcuni casi diventa cruciale nelle fasi economiche meno floride e che porta all'introduzione di forme di controllo della spesa più o meno strutturate in quanto, in ogni paese, l'ammontare di risorse destinate alla cura della malattia è correlato allo sviluppo economico raggiunto<sup>19</sup>.

Ricordiamo che a conferma della stretta relazione fra variabile economica e malattia nel nostro paese, molte delle misure di controllo della spesa sanitaria vengono introdotte con le leggi finanziarie (ticket, fasce reddituale per l'accesso alle cure gratuite, ecc.), e che il perseguimento del controllo e del contenimento dei costi si muove, sia sulla linea dell'offerta (tetto di spesa), sia su quello della domanda (ticket, costo differenziato dei farmaci, fasce reddituali).

Oltre alla politica del ticket, a partire dagli anni '80 si è agito anche sul comportamento diagnostico prescrittivo dei medici<sup>8</sup> introducendo dapprima (1982) il tetto al numero di "pezzi" prescrivibili per ogni ricetta, poi l'introduzione di protocolli diagnostici che hanno posto dei limiti alla discrezionalità terapeutico-prescrittiva. Successivamente si è proceduto anche con controlli sulle prescrizioni farmaceutiche dei medici di medicina generale, affinché si rendessero coscienti dei "costi indotti" da comportamenti prescrittivi non adeguati.

Va ricordato inoltre che le convenzioni stipulate, dopo l'istituzione del Ssn, oltre ad unificare hanno anche semplificato il sistema di compenso dei medici. Nuove politiche del farmaco cominciano ad essere introdotte<sup>31</sup>.

## 2 I FATTORI DI INTERCONNESSIONE TRA MEDICINA ECONOMIA E SANITÀ

Analizzare la relazione tra malattia, medicina ed economia richiede, però, di prendere in considerazione non solo il quadro economico del nostro paese nelle sue diverse fasi storiche, ma anche l'evoluzione del quadro sanitario della popolazione e le transizioni demografiche, la strutturazione demografica e la sua trasformazione che si caratterizzano per l'allungamento progressivo della durata media della vita (ci sono sempre più anziani), che va di pari passo con il miglioramento delle condizioni economiche del paese e con il cambiamento degli stili di vita degli individui che, oltre a consumare di più e meglio, vanno più frequentemente dal medico e/o consumano più farmaci.

Come abbiamo detto le trasformazioni sociali portano anche ad un cambiamento del quadro epidemiologico delle malattie.

Quelle che sono state definite patologie ambientali semplici<sup>15</sup>, legate alle condizioni abitative e igieniche come malaria, tifo e dissenteria, vengono sostituite da patologie ambientali complesse o malattie multifattoriali come tumori, leucemie, malattie dell'apparato respiratorio, legate principalmente ai fenomeni di inqui-

namento industriale e urbano.

Dalla tabella e dal grafico seguente possiamo rilevare come si evolve il quadro nosologico e quale sia la sua incidenza nel tempo.

TABELLA I

## MORTALITÀ DA MALARIA E DA INFLUENZA IN ITALIA, ANNI 1900 – 1923

ANNI	MORTI PER MALARIA	MORTI PER INFLUENZA <sup>a</sup>
1900	15.865	-
1901	13.358	-
1902	9.908	-
1903	8.517	-
1904	8.463	-
1905	7.845	-
1906	4.871	-
1907	4.231	-
1908	3.478	-
1909	3.533	-
1910	3.621	-
1911	4.420	-
1912	3.161	-
1913	2.664	-
1914	2.045	3.559
1915	3.835	4.174
1916	5.060	5.919
1917	8.407	3.814
1918	11.487	274.041
1919	5.163	31.781
1920	3.443	24.428
1921	3.456	4.162
1922	3.188	13.199
1923	2.274	8.806

*a dato disponibile dal 1914*

FONTE: *Ministero dell'Interno, Direzione generale della sanità pubblica,*

*La malaria in Italia ed i risultati della lotta antimalarica, Roma 1924.*

Ricordiamo alcune pandemie storiche: la “spagnola” degli anni 1915-1918, l’intensa epidemia del vaiolo del 1919-20, ma anche le malattie da fame<sup>15</sup>, come i

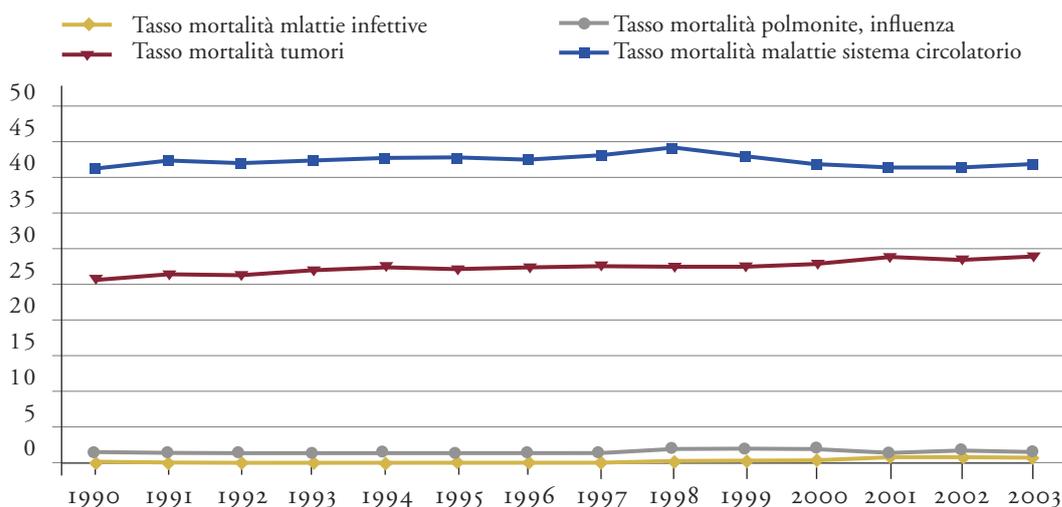
21 edemi, registrati a Roma nel 1944. L'aggravamento delle condizioni di vita degli italiani, durante la seconda guerra mondiale, non favorì dunque solo la recrudescenza delle malattie infettive.

Nel 1957 esplose l'epidemia dell'"asiatica" che colpì 8 milioni di italiani per un onere sanitario stimato in 32 miliardi di lire<sup>3</sup>.

Con i cambiamenti degli stili di vita, poi, diventano sempre più rilevanti le malattie del benessere come il diabete, le patologie cardiovascolari o le malattie da invecchiamento come l'Alzheimer e il Parkinson, a cui vanno aggiunti gli incidenti stradali. Alcuni hanno parlato di una nuova peste bianca<sup>15</sup> proprio in riferimento a questi ultimi.

FIGURA 1

### ANDAMENTO DEL TASSO DI MORTALITÀ DI NUOVE E VECCHIE PATOLOGIE. ANNI 1990 - 2003



FONTE: *Nostra elaborazione su dati Health for All*

Comparando i tassi di mortalità delle nuove e vecchie patologie, dal grafico (v. FIGURA 1) emerge come, negli anni da noi presi in considerazione, le vecchie patologie abbiano valori che non superano il 4,0. Interessante invece constatare come i tassi di mortalità per patologie, quali tumori e malattie del sistema circolatorio, abbiano valori nettamente superiori al gruppo precedente.

Anche l'introduzione progressiva e diffusa di forme di assistenza sanitaria, contribuiscono da un lato ad aumentare l'aspettativa di vita dei cittadini e dall'altro

ad incrementare la spesa. Il maggior benessere, la capillarizzazione delle protezioni sanitarie, il progresso in medicina incidono sul miglioramento delle condizioni di vita e di salute che determina, di conseguenza, una rilevante riduzione nella mortalità/morbilità tradizionale, prevalentemente di origine infettiva, legata alla povertà e alle cattive condizioni igieniche e allo stesso tempo si sviluppano e compaiono nuovi rischi sanitari, proprio collegati alla società del benessere (fumo, droghe, ecc.).

Ancora una volta più servizi, più tecnologia in sanità comportano più costi di produzione dei servizi. A differenza di molti settori industriali, la tecnologia riduce, solo in minima parte, la necessità di impiego della forza lavoro nei processi produttivi, e i servizi rimangono labour intensive.

La disponibilità economica di fatto favorisce il consumo sanitario, così come il benessere economico assume ed ha un significato di modernizzazione culturale, quindi una maggiore attenzione e preoccupazione per la salute psico-fisica<sup>8</sup>. Allo stesso tempo lo sviluppo del welfare sanitario esercita una “pressione” importante sulla domanda. Una maggior protezione in termini di patologie per un numero più elevato di persone, ma anche un più elevato consumo, come si evince dalla tabella 2.

Secondo alcuni autori sono gli stessi sistemi sanitari che sviluppano strutture perverse di incentivazione nei confronti sia dei consumatori, sia dei fornitori (in primo luogo i medici), nonché dei finanziatori, cioè lo Stato e il mercato<sup>8</sup>. Non possiamo poi non considerare che si sviluppano, sempre più, nuovi interessi economico-commerciali nel mondo della sanità, aprendo nuovi business.

### 3. LO SVILUPPO “TECNOLOGICO” IN MEDICINA

A partire dal secondo dopoguerra la medicina è segnata da forti progressi tecnici e organizzativi che si affiancano al prolungarsi della vita, alla sconfitta di alcune grandi malattie sociali come la malaria e la poliomelite.

Sono sempre più avanzate le possibilità di cura della medicina e di interventi chirurgici fino ai trapianti e alle nanotecnologie, ai progressi della genetica e della neuro immagine, così come l’uso sempre più pervasivo della robotica e della cibernetica.

Questi progressi si affiancano allo sviluppo sempre più strutturato e capillare dei sistemi per la salute (del decisore pubblico), che prenderanno poi la forma di sistemi sanitari nazionali e nel nuovo millennio di sistemi sanitari regionali, passando, come abbiamo visto, attraverso una lunga fase di sempre maggior estensione categoriale delle assicurazioni di malattia prima e dell’apparato mutualistico poi, con la riorganizzazione degli ospedali, la diffusione di laboratori di diagnosi, la capillare presenza di medici di base e di servizi territoriali, l’introduzione

L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

TABELLA 2

EVOLUZIONE NUMERO ASSISTITI, SPESA SANITARIA E PIL PRIMA DELL'ISTITUZIONE DEL SSN (1952 - 1978)

ANNI	NUMERO ASSISTITI <sup>a</sup>	SPESA SANITÀ <sup>b</sup>	PIL <sup>b</sup>	SPESA PIL
1952	23.9	212	11.534	1.8
1953	25.4	240	12.341	1.9
1954	26.6	278	13.575	2.0
1955	32.6	310	14.991	2.1
1956	36.0	370	16.314	2.3
1957	38.6	453	17.527	2.6
1958	39.6	480	18.799	2.6
1959	41.2	550	19.960	2.8
1960	42.7	632	23.207	2.7
1961	45.4	700	25.810	2.7
1962	46.6	819	28.998	2.8
1963	47.5	1.021	33.215	3.1
1964	47.5	1.242	36.360	3.4
1965	46.7	1.394	39.124	3.6
1966	47.0	1.594	42.391	3.8
1967	48.1	1.841	46.695	3.9
1968	49.4	2.024	50.614	4.0
1969	50.1	2.272	55.876	4.1
1970	51.1	2.728	62.883	4.4
1971	51.3	3.261	68.510	4.8
1972	51.8	3.903	75.124	5.2
1973	53.1	4.689	89.746	5.2
1974	54.5	6.031	110.799	5.5
1975	55.1	7.174	125.378	5.7
1976	55.2	7.992	156.657	5.1
1977	55.5	9.506	190.083	5.0
1978	55.7	11.480	222.254	5.2

a milioni di unità; b miliardi di lire.

FONTE: *Relazione generale sulla situazione economica del Paese, anni vari in Ispes*, La salute e la spesa sanitaria in Italia nel quarantennio, Roma, 1991

ne di politiche per il farmaco, l'ampliamento e la generalizzazione dei servizi sanitari.

È stato sottolineato<sup>8</sup> come l'ultima metà del secolo scorso sia caratterizzata da: un rapido e intenso processo di medicalizzazione che ha determinato una progressiva crescita delle aspettative sanitarie; una costante estensione della medicina professionale entro la sfera della salute individuale; una ridefinizione di molti episodi-problemi della vita personale (parto, morte, ansia) in chiave medica, che va di pari passo a una strategia espansiva dei servizi.

Comparti che diventano una realtà organizzativa e produttiva rilevante della nostra società, in cui la componente economica (la spesa sanitaria) acquista un peso sempre più importante e inimmaginabile solo alcuni decenni fa<sup>10</sup>.

Un nuovo scenario si impone, in modo significativo, sia sul piano istituzionale, organizzativo, industriale ed economico che costituisce il risultato anche di un'evoluzione culturale rispetto alle attese di salute.

La lettura della spesa sanitaria e del suo costante incremento va dunque affrontata in stretta relazione alle trasformazioni della condizione di salute e di malattia degli italiani, oltre alla diffusione delle tecnologie in sanità e al formarsi di una nuova domanda/cultura di maggior competenza da parte dei cittadini rispetto alla propria salute, ed un più elevato consumo di "prodotti" per la salute, oltre che alla dinamica economica.

Come è stato fatto notare<sup>12</sup> questo nuovo scenario è anche determinato dalla rilevanza scientifica e tecnologica dell'attuale società in quanto frequentemente si assiste ad un costante flusso di scoperte scientifiche che consentiranno future applicazioni alla cura delle malattie, alla protezione della salute, alla promozione del benessere, al contenimento e alla compensazione delle inabilità, al mantenimento di una buona qualità della vita fino ad un'età avanzata. Gli individui mostrano un forte interesse verso il miglioramento della propria qualità della vita e della propria salute chiedendo di essere costantemente aggiornati in merito. Lo stesso quadro epidemiologico evolve e si trasforma poiché emergono nuovi rischi con carattere planetario (Aids, virus Aviaria ed Ebola, ecc.) che oltre ad interventi sanitari in senso stretto richiedono anche azioni informative per essere contenuti. L'innovazione tecnologica in medicina va di pari passo con quella nel campo della comunicazione e dell'informazione che segna le scelte degli individui in tema di salute e di malattia, in quanto la presenza del cittadino attivo su questi aspetti, si avvale delle informazioni in rete (internet) e della forte adesione ai temi della salute proposti dai media (televisione, giornali, riviste). Ci troviamo così di fronte ad un cittadino competente che incrementa la domanda di buona salute, ma che può diventare strategico nel contenimento dei costi in sanità, poiché la corresponsabilità può rappresentare un argine agli sprechi e ai consumi inutili.

Al decisore pubblico si pone, specialmente negli ultimi decenni, non solo il problema di tenere sotto controllo la spesa sanitaria, ma anche di agire sul contenimento della domanda di salute, sulla disincentivazione e sul ri-orientamento dei consumi in sanità.

#### 4. DIFFICOLTÀ A MONITORARE I COSTI

Come è stato fatto osservare in più sedi<sup>28</sup> in Italia si incontrano alcune criticità a ricostruire i costi della salute e della malattia per la mancanza di sistemi strutturati di monitoraggio, a cui si aggiunge l'assenza di fonti informative esaustive sulla sanità privata accreditata. In particolare i dati disponibili, fanno riferimento ad aggregati non sempre in grado di isolare il privato accreditato, non coprono sistematicamente tutti i segmenti e non sono tempestivamente aggiornati, in altri casi le strutture private accreditate vengono aggregate alle strutture pubbliche, altre voci di spesa comprendono parte degli interventi (ad esempio la spesa riabilitativa accreditata/convenzionata include solo gli interventi di riabilitazione extraospedaliera e non quella ospedaliera).

A questi elementi vanno aggiunti una serie<sup>28</sup> di disfunzionamenti che solo in parte sono stati eliminati con il nuovo sistema di reporting relativo alle spese dei Sistemi sanitari regionali.

Mancanza di validi strumenti di programmazione e controllo in grado di tenere sotto controllo i costi, mettendo in evidenza una capacità limitata di gestione delle risorse.

Questo non è stato certamente favorito dai cambiamenti organizzativi e strutturali dei sistemi per la salute introdotti con una certa frequenza dal legislatore, almeno a partire dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, i quali non infrequentemente sono rimasti incompiuti<sup>28</sup>.

L'introduzione tardiva di un sistema di reporting, che consentisse di valutare in tempi reali l'andamento della spesa regionale, ha favorito da parte delle Regioni stesse l'adozione di comportamenti di occultamento delle reali spese per non incappare nelle penalità del non rispetto del Patto di Stabilità. Ad esso va aggiunto l'introduzione nel 2001 di un complesso sistema di verifica a posteriori che ha prodotto un conseguente ritardo sulla liquidità di tutte le Regioni.

Nel 2003 è stato poi adottato il "Progetto Mattoni", istituito dalla Conferenza Stato-Regioni, mediante il quale e attraverso la costituzione di 15 gruppi di lavoro (formati da esperti regionali, ministeriali, funzionari) si dovrebbe pervenire ad un sistema condiviso di raccolta, classificazione ed elaborazione di informazioni, al fine di creare un efficace sistema di monitoraggio e valutazione dei Ssr. Un quadro che è stato così descritto<sup>28</sup> "il risultato complessivo di questi meccanismi è stato quello di rendere ancora più arduo fare programmazione e svilup-

pare una politica gestionale di qualità”.

Ancora più complesso è la valutazione dei costi indiretti e sociali connessi alla malattia, anche se vi sono studi che vanno in questa direzione come ad esempio per la Sla<sup>1</sup>.

## 5. L'EVOLUZIONE DELLA TRASFORMAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

In letteratura<sup>34, 35</sup> si fanno risalire le prime politiche di protezione della salute a partire dal 1888, che corrisponde ad un periodo di fervore scientifico e di innovazioni mediche soprattutto nel campo dell'igiene e dell'infanzia. Lo stesso Codice sanitario approvato nel dicembre del 1888 struttura un servizio di Igiene e Sanità pubblica, estendendo ed ampliando il ruolo del medico condotto, assicurando ai poveri forme di cura gratuite ma, come abbiamo visto in premessa, l'intervento normativo che pone al centro dei sistemi di protezione la questione economica è riconducibile alla legge Crispi. Anche i provvedimenti successivi finalizzati alla regolamentazione delle Ipab, focalizzano la medesima questione. Il periodo successivo si connota poi per una lenta e progressiva copertura dei rischi categoriali.

Mentre nel primo dopoguerra il problema dell'assetto finanziario delle strutture ospedaliere diviene una questione nodale, sia a causa dell'incremento elevato del numero degli assistiti, sia perché tale aumento s'interseca con la forte inflazione del periodo storico e del nuovo assetto amministrativo, determinato dalle leggi sulle Opere Pie. Nel 1921 il debito ospedaliero è valutato in circa 350-400 milioni di lire<sup>27</sup>.

Il fascismo si caratterizza<sup>32</sup> rispetto alla strutturazione di politiche sanitarie, per un forte proliferazione di enti a diversa protezione (categoriale e meritocratico) e si chiude con l'approvazione nel 1943 dell'assicurazione sanitaria obbligatoria. Ricordiamo che le malattie degli anni Quaranta furono soprattutto malattie tipiche della povertà<sup>15</sup>.

Il modello strutturato per categorie professionali, quello di protezione della salute del periodo fascista, si perpetuerà anche nei decenni successivi (anni '50) in cui si amplierà la copertura assicurativa a tutti i lavoratori e ai pensionati.

Nella fase della ricostruzione del paese la farmacologia e la medicina terapeutico curativa vedono un forte sviluppo, raggiungendo anche traguardi scientifici mai toccati prima, che però non trovano riscontro nell'accesso alle cure, in quanto le condizioni reddituali ed economiche degli italiani non permettono un accesso generalizzato alle prestazioni private, con la conseguenza che la soluzione mutualistica resta l'unica possibile<sup>26</sup>.

Questa fase di sviluppo clientelare e particolaristica del sistema di cura, che è con-

notato da una forte crescita del debito mutualistico che sarà ripianato in forma straordinaria trasformandolo in debito pubblico, sarà seguita da un periodo (anni '60 e '70) caratterizzato da una forte domanda di innovazione che sfocerà nell'istituzione del Ssn. Il periodo compreso fra l'inizio degli anni '60 e l'attuazione del Ssn (1978) sia per lo sviluppo sia economico (il miracolo economico), sia per le scoperte mediche e farmacologiche, sarà definito come la "rivoluzione del benessere" proprio da uno storico della medicina<sup>6</sup>. Sono gli anni della Vespa, della Lambretta<sup>4</sup>, ma anche dell'esplosione della "tecno medicina"<sup>6</sup>; si registrano nuovi farmaci: sulfamidici, antibiotici, psicofarmaci, sieri e vaccini, ma scoppia anche lo scandalo del talidomide che produsse tra gli 8.000 e i 10.000 episodi di focomelia<sup>15</sup>.

Si passa così da un sistema occupazionale meritocratico ad un modello universalistico a regolazione pubblica<sup>32</sup>. Il deficit delle mutue nei confronti degli ospedali, viene stimato in circa 4.000 miliardi di lire. Fra i diversi fattori che spingono al passaggio verso il Ssn vi sono proprio le difficoltà finanziarie in cui versano le casse mutue<sup>33</sup>.

Come abbiamo detto il boom economico degli anni Sessanta e i movimenti per la salute, nonché la piena occupazione portano a progettare un modello di salute di tipo universalistico e teoricamente gratuito, il Servizio sanitario nazionale, ma che viene implementato negli anni successivi (fine anni '70 e inizio '80) alla crisi petrolifera del 1973, che avrà un forte impatto sia sull'economia nazionale che internazionale.

Alla base della legge 833/78 si era creato un sistema in cui Regioni e Unità sanitarie locali potevano spendere a piacimento e lo Stato era comunque tenuto a ripianare il debito<sup>17</sup>. I finanziamenti alle Usl e alle Regioni avvenivano sulla base della spesa storica e il ripiano delle spese avveniva a piè di lista, inoltre non vi erano meccanismi sostanziali di responsabilizzazione dei livelli periferici rispetto al controllo della spesa sanitaria.

Ciò che pesava sulla spesa sanitaria era però, ancora una volta, la distorsione clientelare. Così come scrive Cosmacini<sup>6</sup>: "Dalla distorsione clientelare e partitica del sistema deriva una spinta sinergica a una spesa incontrollata. Questa doppia spinta deviante porta al fatto che alle somme erogate non corrispondono i risultati ottenuti. Anzi si aggravano i difetti preesistenti" (p. 333).

Un quadro critico sul piano economico che si cerca di migliorare con l'introduzione di forme di restrizione della spesa sanitaria, limitando la domanda e agendo sull'offerta dei servizi, attraverso una quota di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, di cui alla TABELLA 3 troviamo un esempio, proprio a partire dall'istituzione del Ssn che si fondava sul principio teorico di servizi universalistici e gratuiti<sup>32</sup>. Quadro che pone le premesse per la riforma aziendalistica.

Gli anni Novanta sono stati interessati da nuove sfide, derivanti dal crescere dei vincoli di compatibilità economico-finanziaria, dalla necessità di nuove formule di governo della sanità come l'aziendalizzazione e del decentramento delle responsabilità politiche del Ssn, dalla spesa sanitaria e dal suo costante incremento che diventa una questione importante. Il fabbisogno in sanità<sup>6</sup> è di oltre 63.000 miliardi, con un deficit di 2.600 miliardi rispetto alle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, un buco che si aggiunge agli oltre 14.000 miliardi accumulati in debiti nel biennio 1987-1988.

Nel periodo 1992-1993 l'Italia si caratterizza per una fase di recessione economica, che coincide per quanto riguarda la sanità con l'introduzione dei decreti 502/92 e 517/93. Il fattore decisivo, ancora una volta, che spinge verso una nuova riforma è la grave crisi economica finanziaria in cui è precipitato il paese, a cui si rende necessario far fronte per consentire all'Italia di rientrare nei parametri del Trattato di Maastricht. Ovviamente va ricordato che in quel periodo gli scandali e le corruzioni in sanità raggiunsero un livello e una capillarizzazione mai immaginata<sup>15</sup>.

Con questi provvedimenti si persegue l'obiettivo della responsabilizzazione delle Regioni sul versante delle spese, l'assegnazione delle risorse avviene in parte sulla base del Fondo sanitario nazionale (Fsn). L'ammontare di quanto spettava alle Regioni fu definito dalla legge finanziaria, in base alla quota capitaria ponderata e corretta per tener conto di fattori come la percentuale di interventi sulla popolazione. Anche il rimborso agli istituti di ricovero viene modificato e determinato dalle Regioni su base tariffaria e in relazione ai giorni di degenza e non più a piè di lista. Con i Drg (*Diagnosis Related Groups*) si introducono per ogni malattia standard predefiniti che stabiliscono la durata della degenza e il prezzo che le Asl debbono versare al fornitore per la prestazione sanitaria erogata, al fine di limitare la spesa ospedaliera.

Una nuova modalità regolativa è così introdotta ponendo particolare attenzione ai rapporti microeconomici tra i soggetti produttori dei servizi e gli erogatori al fine di creare meccanismi di competizione tra i soggetti produttori, perseguendo una logica organizzativa di "razionalità limitata" in cui sono le specificità locali che debbono individuare soluzioni finalizzate al contenimento dei costi<sup>26</sup> a carattere competitivo anche se controllate (*managed competition*). Le Asl furono obbligate a chiudere il bilancio annuale in pareggio, ciò nonostante la spesa sanitaria continua a crescere, come si evince dai dati e dalle figure seguenti.

L'approvazione del decreto 229/99, che ha, fra gli altri, anche l'obiettivo di contenimento dei costi, si muove nella linea di rafforzare, sia il ruolo locale della programmazione, sia le forme di collaborazione e concertazione fra i diversi soggetti stimolando il passaggio dalla *managed competition* alla *managed cooperation*.

TABELLA 3

## EVOLUZIONE NUMERO ASSISTITI, SPESA SANITARIA E PIL PRIMA DELL'ISTITUZIONE DEL SSN (1952 - 1978)

1978	INTRODUZIONE dei provvedimenti a carico dell'assistito o ticket sul prezzo di vendita dei farmaci non compresi nel Prontuario Terapeutico. LIMITAZIONE alla propaganda e alla pubblicità sui farmaci.
1981	AUMENTO del ticket sui farmaci; prima esenzione in base al reddito. DISCIPLINA dell'attività di informazione scientifica sui farmaci.
1982	INTRODUZIONE del ticket sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio. FISSAZIONE di un limite massimo al numero di "pezzi" prescrivibili per ricetta. ISTITUZIONE dei protocolli relativi ai mezzi di diagnostica strumentale e ai mezzi terapeutici. ISTITUZIONE di controlli sistematici sulle prescrizioni farmaceutiche. SOSPENSIONE di alcune prestazioni integrative.
1983	REVISIONE del Prontuario Terapeutico. AUMENTO del ticket sui farmaci. AUMENTO del ticket sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio. INTRODUZIONE del ticket sulle ricette mediche. INTRODUZIONE di verifiche a campione da parte delle Usl sulle autocertificazioni a fini di esenzione. INTRODUZIONE di indagini a campione con frequenza annuale da parte delle Usl sulle prescrizioni farmaceutiche dei medici convenzionati. MIGLIORAMENTO dei flussi informativi tra medici e Usl e introduzione di ricettari unici standardizzati. LIMITAZIONE all'esecuzione di prestazioni di diagnostica specialistica ad alto costo.
1984	REVISIONE sulla normativa sui ticket (esenzione in base al rischio). AUMENTO del ticket sulle ricette mediche.
1986	AUMENTO del ticket sui farmaci. AUMENTO del ticket sulle ricette mediche. AUMENTO del ticket sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio. INTRODUZIONE del ticket sulle visite specialistiche. REVISIONE della normativa sulle esenzioni.

FONTE: Ferrera, Zincone 1986 *op cit.*

Con l'introduzione del federalismo fiscale (decreto legislativo 56/2000) e con la stipula del Patto di Stabilità vi è un impegno diretto del livello locale sul controllo della spesa sanitaria, infatti le Regioni e gli Enti Locali sono obbligati alla riduzione del disavanzo per parte corrente. Il Patto<sup>17</sup> aveva definito come obbligo per le Regioni la valutazione del disavanzo della parte corrente pari allo 0,1% del Pil. Come è stato fatto notare se le scelte improntate al rigore e al risanamento in sanità che hanno caratterizzato la parte centrale degli anni novanta, all'inizio del decennio successivo (2000) è partita l'inversione di tendenza con un aumento dell'incidenza sul Pil della spesa per la sanità pubblica a carico del Ssn, passando dal 6% circa del 2000 ad un incremento costante<sup>25</sup> fino al 6,7% del 2007. Più recentemente la Ragioneria dello Stato ha sottolineato che senza correzioni di rotta l'incidenza sul Pil della spesa sanitaria è destinata ad aumentare fino a raggiungere l'8,6% nel 2050.

Sul piano del contenimento della spesa sanitaria l'accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, riveste particolare importanza perché lo Stato s'impegna ad aumentare le risorse nazionali per la sanità dando, nello stesso tempo, via libera alla progressiva delega alle Regioni della gestione della spesa e dell'organizzazione della sanità (personale, assistenza farmaceutica, assetto delle aziende ospedaliere). Le Regioni, inoltre, sono sottoposte ad un tetto per la spesa farmaceutica e allo slittamento della prevista abolizione del ticket relativo alla diagnostica. Le Regioni poi sono impegnate a introdurre strumenti di verifica sull'andamento della spesa e a tenere sotto controllo la domanda sanitaria, anche ricorrendo a misure fiscali aggiuntive, oltre che erogare le prestazioni stabilite dai Lea.

L'approvazione delle legge 405/2001 vincola, inoltre, le Regioni a contenere la spesa sanitaria oltre limiti specifici per il triennio 2002-2004, al fine di rispettare gli obblighi comunitari previsti dal Patto di Stabilità<sup>17</sup>.

Ciò nonostante tra il 2007 e il 2008 riemerge prepotentemente<sup>18</sup> la questione della spesa sanitaria, l'indebitamento di Asl e Aziende Ospedaliere supera i 51 miliardi. Il peso della spesa sanitaria sulla spesa regionale complessiva è passato dall'80% (2005) all'83,5% (2007).

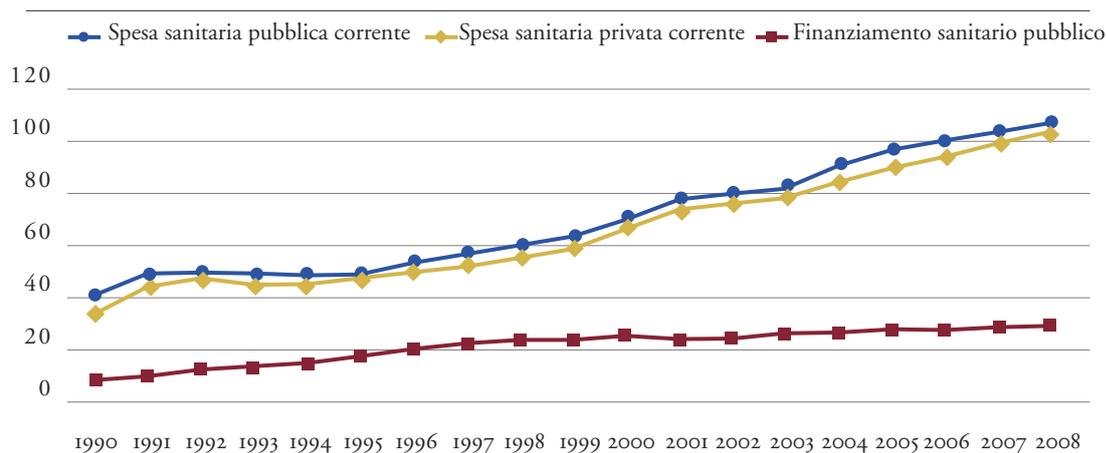
Dalla FIGURA 2 emerge come la spesa sanitaria in Italia abbia avuto dal 1990 al 2008 una crescita costante indipendentemente che questa sia pubblica o privata. Incremento che pone in luce come le diverse azioni volte proprio al contenimento della stessa non riescano a raggiungere a pieno l'obiettivo. Va ricordato che dopo il 1992 si verifica anche un parziale effetto di sostituzione tra spesa pubblica e privata, dovuta alle politiche restrittive sulla spesa pubblica.

I dati Ocse evidenziano, nella maggior parte dei paesi membri, un rallentamento della dinamica delle spese sanitarie nel corso dei primi anni del Duemila e, in particolare, dopo il 2003: il tasso di incremento annuo medio dei paesi Ocse pas-

sa dal 7,2% del 2001 al 3,1% del 2006. In parallelo la crescita tendenziale dell'attività economica ha quindi dato luogo ad una stabilizzazione della quota dei redditi nazionali dedicata alla sanità, specialmente negli ultimi anni. In media, la quota si è stabilizzata intorno all'8,9% nel 2006, pur con una forte variabilità tra singoli paesi: il livello massimo, oltre il 15%, continua a registrarsi negli Stati Uniti, seguiti da Francia, Svizzera e Germania che dedicano alla sanità circa l'11% del proprio Pil, all'estremo opposto si collocano i paesi economicamente meno sviluppati quali il Messico e la Turchia, che vi dedicano intorno al 6%. La realtà italiana risulta essere in posizione mediana, in ambito Ocse, con riferimento alla quota di Pil assorbita dalla spesa sanitaria totale, mentre in termini di crescita reale si registra una evoluzione significativamente più controllata. I valori della spesa pro capite media italiana confermano questo trend: anche se si amplia il periodo di riferimento al 1990, gli incrementi rilevati sono nettamente inferiori a quelli rilevati altrove e, nel 2006, il dato italiano è decisamente inferiore al dato medio dell'Ocse (2.614 rispetto a 2.824 dollari Usa normalizzati rispetto al potere di acquisto). La situazione della spesa sanitaria italiana nel complesso sembrerebbe non allarmante secondo il governo italiano. Tuttavia, considerata l'elevata quota di spesa sanitaria pubblica (pari in Italia, secondo i dati Ocse, al 77% nel 2007, rispetto al 79% del 1990 e al 72,5% del 2000), l'evoluzione della spesa sanitaria nel nostro paese rappresenta un'area di attenzione politica, sia per le implicazioni sulla gestione del debito pubblico, sia per gli impegni assunti in ambito europeo con il Patto di Stabilità.

FIGURA 2

SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA (IN MILIARDI DI EURO),  
ANNI 1990 – 2008



FONTE: nostra elaborazione su dati *Relazione generale sulla Situazione Economica del Paese*.

TABELLA 4

ANDAMENTO DI SPESA, FINANZIAMENTO, DISAVANZO E PIL  
(IN MILIARDI DI EURO). ANNI 1992-2008

ANNO	SPESA	FINANZIAMENTO	DISAVANZO	PIL	SPESA %PIL	FINANZ %PIL	DISAVANZO %PIL
1992	49,637	48,049	-1,588	783,774	6,33%	6,13%	-0,20%
1993	48,939	45,376	-3,563	807,362	6,06%	5,62%	-0,44%
1994	49,041	45,179	-3,862	853,911	5,74%	5,29%	-0,45%
1995	48,465	47,427	-1,038	923,052	5,25%	5,14%	-0,11%
1996	52,585	50,438	-2,147	982,443	5,35%	5,13%	-0,22%
1997	57,014	51,975	-5,039	1.026,285	5,56%	5,06%	-0,49%
1998	59,640	55,065	-4,575	1.073,019	5,56%	5,13%	-0,43%
1999	63,134	59,404	-3,730	1.107,994	5,70%	5,36%	-0,34%
2000	70,173	66,945	-3,228	1.166,548	6,02%	5,74%	-0,28%
2001	75,999	71,878	-4,121	1.218,535	6,24%	5,90%	-0,34%
2002	79,549	76,658	-2,891	1.295,226	6,1%	5,9%	-0,22%
2003	82,290	79,967	-2,323	1.335,354	6,2%	6,0%	-0,17%
2004	90,528	84,738	-5,790	1.390,539	6,5%	6,1%	-0,42%
2005	96,785	91,060	-5,725	1.423,048	6,8%	6,4%	-0,40%
2006	99,167	94,985	-4,183	1.475,401	6,7%	6,4%	-0,28%
2007	102,724	95,551	-3,286	1.535,540	6,7%	6,5%	-0,21%
2008	106,650	103,447	-3,202	1.572,243	6,8%	6,6%	-0,20%

FONTE: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio IV 2009

Analizzando i dati contenuti nella tabella 4 possiamo rilevare come dal 1992 al 2008 sia la spesa che il finanziamento siano comunque aumentati.

Analizzando invece il dato in relazione alla percentuale del Pil notiamo come nell'arco di tempo considerato l'incremento è di circa 0,5 punti percentuali, con una flessione della spesa alla fine degli anni '90 in corrispondenza all'introduzione dei Dlgs di riduzione e razionalizzazione della spesa.

## 6. I SISTEMI SANITARI REGIONALI

Se fino ad ora abbiamo visto come le diverse riforme, che si sono succedute nel tempo, abbiano alla loro origine anche il contenimento della spesa sanitaria, cercheremo ora di considerare come il processo di regionalizzazione della sanità e la

sua strutturazione in differenti modelli organizzativi incida o meno sull'andamento della spesa stessa.

La riforma del titolo V della Costituzione (L. Cost. 3/2001) ha rafforzato la responsabilità regionale in materia sanitaria, tale consolidamento è stato accompagnato da nuovi criteri di finanziamento e di responsabilizzazione, con la compartecipazione delle stesse Regioni alla spesa sanitaria.

La regionalizzazione della sanità, che da un punto di vista operativo decolla all'inizio del primo decennio dell'attuale secolo e coincide con l'esigenza sempre più urgente da parte del livello centrale di controllare la spesa sanitaria regionale, introduce vincoli di bilancio. Da qui la necessità di arrivare ad un patto fra governo centrale e Regioni affinché l'aiuto finanziario dello Stato nei confronti delle Regioni, che hanno accumulato un deficit, comporti da parte di queste ultime l'introduzione di piani che evitino disavanzi anche ricorrendo all'incremento della fiscalità regionale con i co-pagamenti<sup>26</sup>.

La regionalizzazione della materia sanitaria e la nascita dei Servizi sanitari regionali costituisce un cambiamento forte non solo per il Ssn ma anche per le amministrazioni regionali, poiché uno dei principali settori di policy in cui le competenze sono state trasferite alle Regioni è costituito dalla sanità. Un lento processo che inizia già negli anni Settanta anche se la regionalizzazione si concretizza, come detto, più recentemente. La gestione dei servizi sanitari, per le Regioni, costituisce uno dei compiti più rilevanti, almeno sul piano finanziario, basti pensare che ad esso sono dedicati circa due terzi del budget regionale; l'80% delle risorse stanziate nei bilanci regionali<sup>21</sup> infatti, sono dedicate a questo settore. Ricordiamo che negli ultimi anni ammontano a circa 100 milioni di euro le spese di funzionamento dei Ssr. Tale nuovo ruolo regionale si è attuato a partire dalla metà degli anni Novanta del secolo scorso con l'approvazione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 che hanno comportato per le Regioni un nuovo assetto istituzionale in materia sanitaria, all'interno di una cornice di regole nazionali finalizzate ad introdurre nel Ssn meccanismi di concorrenza tra le organizzazioni sanitarie e all'interno di queste, metodi e tecniche di gestione tipiche delle imprese private<sup>21</sup>.

La regionalizzazione, in Italia come altrove, si è intrecciata con i processi di aziendalizzazione del Ssn e con l'adozione della cosiddetta "concorrenza amministrata"<sup>7</sup> successivamente evoluta verso forme di "cooperazione amministrativa"<sup>13, 35</sup>. Tale processo che sostanzialmente è consistito in un trasferimento di poteri sull'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, all'interno di una cornice normativa nazionale e che non è ancora completamente definita<sup>21</sup>, ha originato, come diremo, processi differenziati con veri e propri modelli di governance dei Ssr. Secondo alcuni autori<sup>17</sup> tale scelta è guidata dalla convinzione che livelli di go-

verno sub-nazionali, più responsabili fiscalmente, potessero contenere i costi di un settore interessato da forti pressioni espansive, da un lato, dall'altro dalla grande visibilità pubblica della sanità.

Si origina così una polarizzazione dell'idea in cui lo Stato considera la sanità sempre più come onerosa (sia sul piano economico che politico) mentre le Regioni la considerano un'opportunità, almeno sul piano dei consensi politici.

Nel trasferimento delle competenze sanitarie alle Regioni la politica sanitaria nazionale è definita in modo negoziale tra lo Stato e le Regioni e si svolge prevalentemente in seno alla Conferenza Stato-Regioni.

Sono condivisi così fra livello centrale e livello regionale i poteri legislativi, mentre alle Regioni competono i poteri di gestione e organizzazione dei Ssr.

La persistenza del debito in sanità, la presenza di scandali<sup>18</sup> e l'uso improprio delle competenze in sanità, la stessa riforma del titolo V della Costituzione, hanno visto una maggior presenza della politica sanitaria concertata<sup>22</sup> proprio attraverso "Patti" e "Accordi" sottoscritti in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Fra le altre funzioni la Conferenza Stato-Regioni è responsabile per l'assegnazione delle risorse finanziarie ad ogni Regione mediante un processo di negoziazione sulla base delle spese previste. I fondi sono assegnati con un meccanismo ponderato pro capite, una parte è anche attribuita a investimenti infrastrutturali e tecnologici e a specifici progetti di sviluppo.

Compete però alle singole Regioni stabilire l'assetto organizzativo e regolativo dei propri Servizi sanitari regionali, ciò è possibile perché la legislazione approvata nel corso del 1992 e del 1993 introduceva sia il managerialismo, sia la concorrenza nel Ssn. Autonomia che determina esiti diversi nella configurazione dell'offerta e nella regolazione.

Per quanto riguarda l'offerta, le Regioni potevano scegliere fra un forte grado di integrazione fra le funzioni di finanziamento e produzione, mantenendole entrambe all'interno dell'Asl, oppure potevano separare le due funzioni, mantenendo la prima in capo all'Asl e attribuendo la seconda alle Aziende Ospedaliere, che riuniscono le strutture di produzione dei servizi scorporate dalle Asl<sup>21</sup>.

Il sistema sanitario italiano, a fianco del pubblico, contempla una serie di produttori privati accreditati sia profit che non-profit. Tutte le Regioni, inoltre, hanno previsto tetti di spesa a carico del Ssn e i cittadini possono scegliere liberamente la struttura a cui rivolgersi fra quelle accreditate o pubbliche.

Sulla base di queste ed altre variabili in letteratura<sup>11, 20, 21</sup> sono stati individuati tre modelli di governance dei Ssr:

- modello competitivo, che si fonda sulla competizione tra le organizzazioni sanitarie, tipico della Regione Lombardia;
- modello cooperativo o integrato fra le diverse organizzazioni sanitarie e che ri-

troviamo fra le Regioni centro settentrionali e quelle del Nord Est le quali si rifanno ad una programmazione negoziata;

- modello residuale-incrementale in cui sono ancora, in buona misura, i tradizionali modelli burocratici di governo a gestire i sistemi, ciò si verifica in particolare nelle Regioni meridionali.

All'interno di questi modelli selezioniamo ora alcuni Ssr rappresentativi di quelli idealtipici. Per il primo la Regione Lombardia, per il secondo la Regione Emilia Romagna e per il terzo la Regione Campania. In questi tre diversi sistemi, esemplificativi delle differenti realtà regionali, considereremo, secondo un approccio comparato, come e se il modello organizzativo pesi e condizioni l'andamento della spesa in sanità, se vi siano modalità di spesa riconducibili alla tipologia sopra elencata o se vi siano elementi di differenziazione e specificità non dipendenti dai modelli citati.

### 6.1. IL MODELLO LOMBARDO

La Regione Lombardia, già a partire dal 1996, ha optato per un modello di servizio sanitario orientato alla separazione tra acquirenti e fornitori, ispirandosi al modello inglese. Nascono così le Aziende Ospedaliere. La Lombardia ha creato 29 Aosp che oltre agli ospedali hanno assorbito anche la maggior parte dei servizi specialistici ambulatoriali, e le Asl che sempre di più dovrebbero essere incaricate della sola funzione di Programmazione, Acquisto e Controllo (Pac). Un sistema, dunque, orientato a valorizzare il regime di concorrenza tra produttori pubblici e privati, posti sostanzialmente in condizioni di parità. È stato ampliato, nel tempo, il numero di soggetti accreditati. All'interno di questo modello viene dedicata particolare enfasi alla libera scelta della struttura di cura da parte del cittadino, e sono premiati gli erogatori che sono in grado di attrarre il maggior numero di pazienti (*money follow the patients*).

Più recentemente la Regione Lombardia ha rivisitato il suo sistema<sup>21</sup> limitando il numero delle strutture accreditate ed ha introdotto accordi contrattuali tra Asl e singoli erogatori, con tetti di spesa definiti per singolo erogatore, come accade nelle altre Regioni italiane e, in particolare, in quelle riconducibili al modello integrativo. In questo modo, la Regione ha attenuato i meccanismi competitivi pur confermando l'orientamento generale alla liberalizzazione e alla "privatizzazione" del sistema.

### 6.2. IL MODELLO EMILIANO ROMAGNOLO

La Regione Emilia Romagna può essere ricondotta al modello di Ssr basato sui principi della cooperazione e della integrazione, per alcuni aspetti virtuale, tra le diverse organizzazioni sanitarie, un sistema che si fonda sulla costruzione di reti

di offerta di servizi (configurazione integrata), nel quale ogni struttura costituisce un nodo essenziale della rete stessa, pur in un rapporto di complementarità con gli altri nodi<sup>21</sup>. Ciò anche al fine di ridurre le ridondanze di servizi ed anche per una maggior appropriatezza clinica e una razionalizzazione delle risorse.

In questo tipo di sistema risulta fondamentale il ruolo giocato dalla programmazione regionale e territoriale. Seguendo la logica di razionalizzazione dell'offerta e di contenimento della spesa, è stato scelto di costituire un numero limitato di Aziende Ospedaliere<sup>20, 11</sup>. Lo spazio attribuito ai produttori privati nel sistema pubblico viene regolato, rendendolo il più possibile funzionale agli obiettivi della programmazione pubblica. Infatti questa Regione assieme alla Regione Toscana ha scelto di porre un limite a tale libertà, in particolare per quanto riguarda la scelta dei fornitori privati.

Questo modello presenta due varianti, la prima enfatizza il ruolo della programmazione negoziata (Toscana, Emilia-Romagna), la seconda attribuisce minore importanza alla concertazione e alla negoziazione territoriale affidandosi maggiormente alla programmazione regionale (Veneto).

Proprio seguendo il modello della programmazione negoziata sono fortemente coinvolte le organizzazioni pubbliche e private, sia a livello locale che regionale.

### 6.3. IL MODELLO CAMPANO

La Regione Campania, al pari delle altre Regioni meridionali, si caratterizza per aver optato per un modello poco definito e che oscilla, o ha oscillato per un lungo tempo, fra quello della concorrenza e quello dell'integrazione. Una ricerca<sup>11</sup> ha definito tale modello burocratico, in quanto si affida prevalentemente a modelli burocratici di tipo gerarchico, con scarsi meccanismi di programmazione e controllo manageriale, nonché per l'assenza di accordi contrattuali.

Secondo alcuni autori<sup>21</sup> lo spazio attribuito alla concorrenza in questo modello sembra essere più che il frutto di chiari ragionamenti e di una scelta deliberata, il risultato di disfunzionamento di meccanismi che in altri contesti riuscirebbero a limitare o a neutralizzare questi effetti.

Le Regioni, che afferiscono a questo modello, sono attualmente interessate da un forte debito e da relativi piani di rientro concordati con il governo. Probabilmente proprio questo elemento sta contribuendo in modo rilevante, negli ultimi anni, ad orientare le Regioni verso l'adozione di meccanismi integrativi, vicini a quelli tipici del secondo modello considerato, in quanto ritenuti più idonei ad interventi di razionalizzazione e di contenimento della spesa.

I modelli descritti presentano, indipendentemente dalla loro tipologia organizzativa e gestionale, trend di spesa in crescita, pur con alcune differenze, anche se negli ultimi anni vi è una convergenza, almeno su alcuni elementi, verso un mo-

dello basato sulla cooperazione, in particolare da parte della Regione Lombardia, pur mantenendo il suo sistema di “particolare mercato di regolazione orientata”, così come da parte dalle Regioni del Centro Sud che hanno sviluppato come le alte Regioni del Centro Nord e del Nord Est, accordi istituzionali e soluzioni organizzative.

Tale scelta è riconducibile alla preoccupazione per la crescita della spesa e alla necessità della riduzione del debito pubblico<sup>22</sup>.

Il modello d'integrazione sanitaria sembra rispondere meglio alla necessità di razionalizzazione e offrire maggiori garanzie rispetto al controllo dei costi.

Ricerche<sup>11</sup> sembrano però evidenziare che più che i modelli regolativi ciò che influisce sono la “tradizione amministrativa”, la “forza della burocrazia territoriale” e i “fattori socio economici”.

Il deficit in sanità si concentra in Campania, Sicilia, Lazio tutte Regioni che afferiscono al modello di Ssr burocratico. Queste sono anche le Regioni con la più alta spesa privata.

Allo stato attuale sono stati attivati piani di recupero in ben sette Regioni, di cui 6 nel Centro-Sud (Campania, Campania, Lazio, Sicilia, Abruzzo, Molise) più la Liguria. Particolarmente critiche sono le situazioni di Lazio, Calabria e Campania.

L'attenzione alle questioni finanziarie sembra lasciare in secondo piano tutti gli altri aspetti. Permane la debolezza dei sistemi di monitoraggio e di valutazione, così come le forme di controllo contabile, che sarebbero invece utili per il miglioramento delle performance organizzative e la qualità dei servizi<sup>22</sup>.

Mettiamo ora a confronto le tre Regioni considerate in relazione ad alcune variabili di spesa sanitaria.

Osservando i grafici della FIGURA 3 possiamo notare, nel quadrante alto di sinistra, come la Regione Lombardia rispetto alle tre Regioni considerate presenti valori di spesa pubblica nettamente superiori alle altre Regioni infatti nel 2000 presenta valori pari a 10.341 contro 4.897 della Regione Emilia Romagna e 6.636 della Regione Campania. Scarto che cresce nell'arco di tempo considerato fino a raggiungere nel 2006 valori pari a 15.243 contro 7.166 in Emilia Romagna e 9.505 in Campania. In tutte le Regioni si riscontra una minima riduzione della spesa tra il 2002 e il 2003. Sembra così emergere che il modello di cooperazione integrato, tipico della Regione Emilia Romagna, presenti una situazione di maggior controllo ed attenzione alla spesa sanitaria.

La Regione Campania presenta, invece, percentuali superiori per tutto il periodo storico preso in esame. Per quanto riguarda la spesa sanitaria a carico delle famiglie nelle tre Regioni analizzate possiamo notare come la Regione Emilia Romagna presenti la spesa più alta (2000: 554; 2006: 625) seguita a brevissima

FIGURA 3

SPESA SANITARIA PUBBLICA CORRENTE, % SPESA PUBBLICA SU SPESA TOTALE E % SPESA SANITARIA TOTALE RISPETTO AL PIL E SPESA SANITARIA DELLE FAMIGLIE (PROCAPITE). ANNI 2000 – 2006

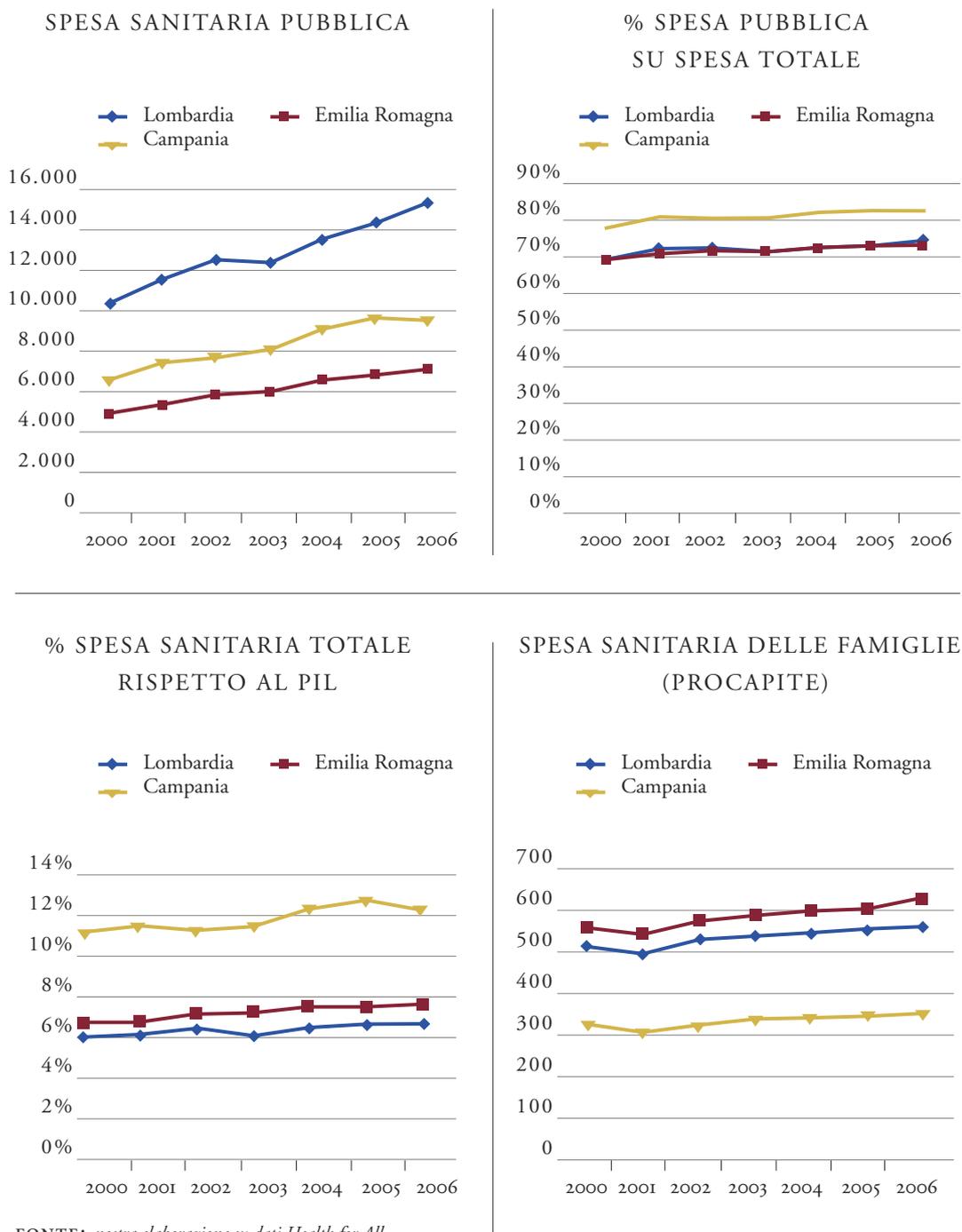
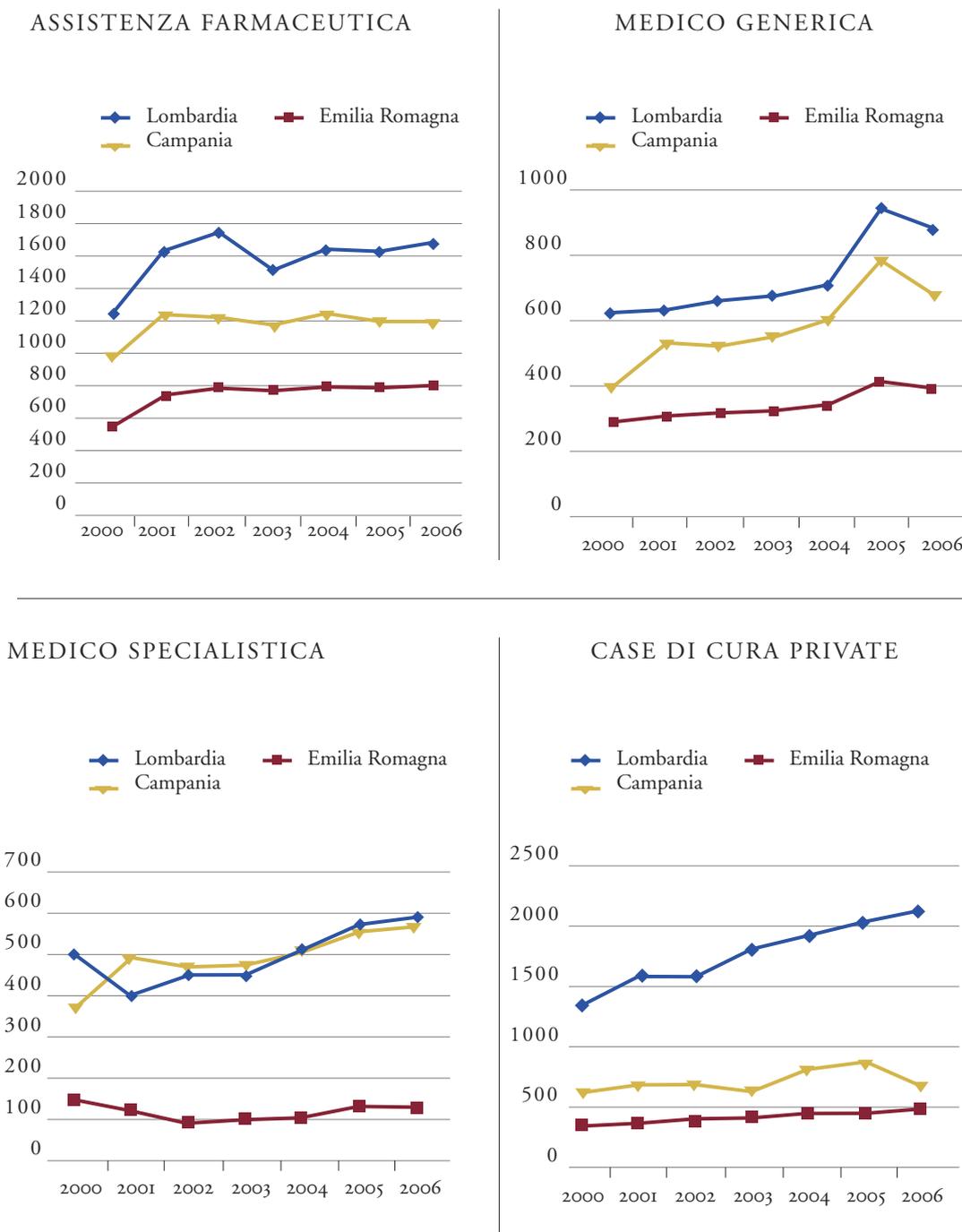


FIGURA 4

SPESA SANITARIA PUBBLICA CORRENTE IN CONVENZIONE PER ASSISTENZA FARMACEUTICA, ASSISTENZA MEDICO GENERICA, MEDICO SPECIALISTICA E PER CASE DI CURA PRIVATE . ANNI 2000 – 2006



FONTE: nostra elaborazione su dati Health for All

distanza dalla Lombardia (2000: 515; 2006: 559).

Interessante invece la posizione della Campania con una spesa per famiglia nettamente inferiore alle altre due regioni. Analizzando la spesa percentuale totale rispetto al Pil emerge come Lombardia ed Emilia Romagna presentino tra loro valori molto simili, che si posizionano mediamente intorno al 6,35% per la Lombardia e al 7,27% per l'Emilia Romagna. In Campania invece la media è pari all'11,78% negli anni osservati.

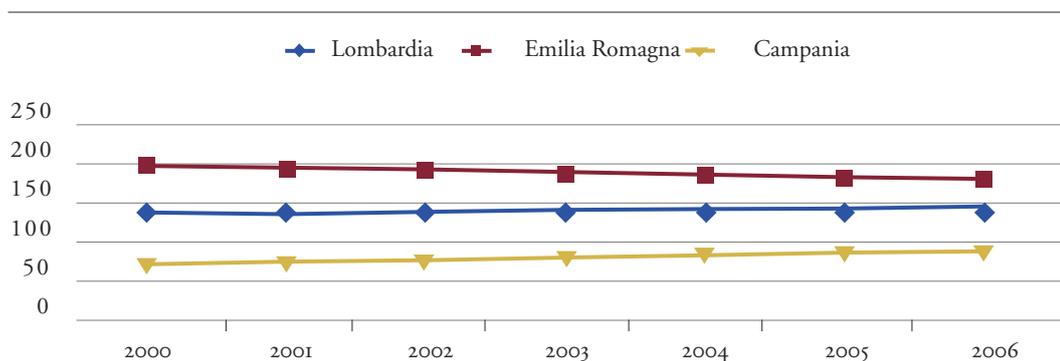
Se invece consideriamo i grafici in FIGURA 4 relativi ad alcune prestazioni di base e specialistiche, possiamo rilevare che è la Regione Emilia Romagna ad essere più virtuosa, quasi che l'integrazione dei servizi e il loro coordinamento pesi positivamente sull'accesso a prestazioni di base e specialistiche.

Analizzando la spesa sanitaria per l'assistenza farmaceutica notiamo come la Regione Lombardia abbia una spesa maggiore, oltre il doppio in alcuni anni di quella della Regione Emilia Romagna, con una riduzione tra il 2002 e il 2003.

Interessante il dato della spesa per l'assistenza medico generica dove riscontriamo in tutte le Regioni, anche se con valori differenti (Lombardia: +239; Campania +187; Emilia Romagna +83), un picco significativo tra il 2004 e il 2005. Per quanto riguarda la medicina specialistica la Regione Lombardia e la Campania hanno valori sovrapponibili negli ultimi anni. Spicca il dato relativo alle strutture private della Regione Lombardia coerentemente con il modello organizzativo adottato. Anche se consideriamo i dati relativi al consumo di prodotti per la salute e l'indice di invecchiamento della popolazione nelle tre Regioni da noi considerate non emergono forti differenze se non in relazione alla Regione Emilia Romagna in cui ad una popolazione anziana corrisponde un alto uso di farmaci e di accertamenti diagnostici.

FIGURA 5

INDICE DI INVECCHIAMENTO. ANNI 2000-2006

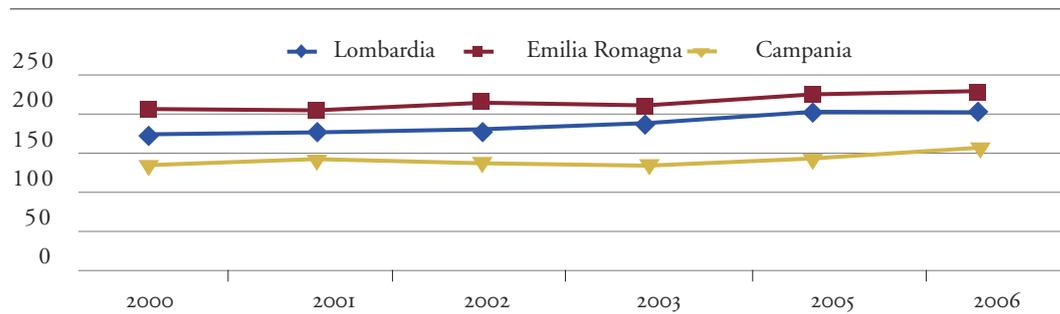


FONTE: nostra elaborazione su dati Health For All

## L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

FIGURA 6

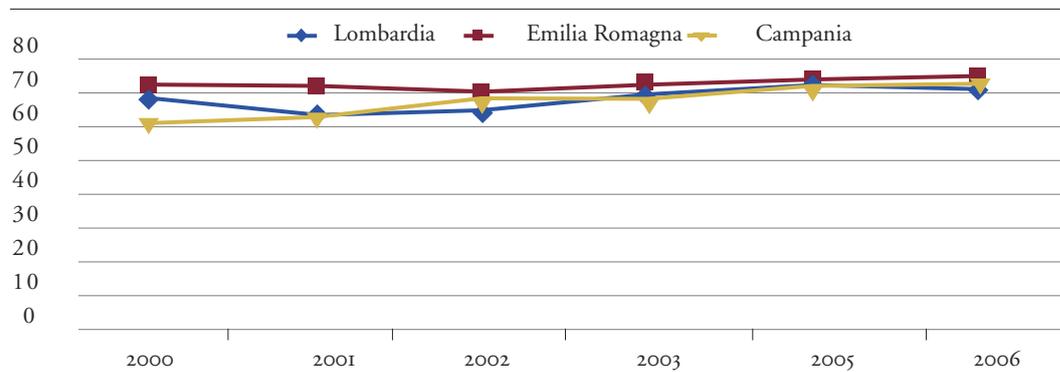
### TASSO CONSUMO DI FARMACI. ANNI 2000-2006



FONTE: nostra elaborazione su dati Health For All

FIGURA 7

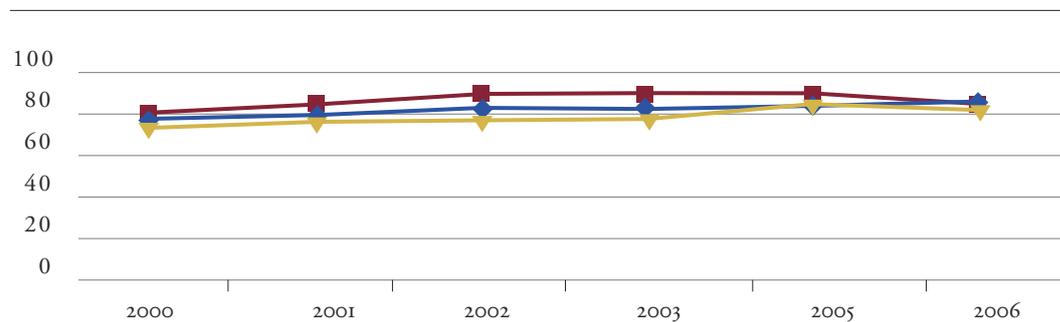
### TASSO CONSUMO FARMACI E CLASSE D'ETÀ 65-74 ANNI. ANNI 2000-2006



FONTE: nostra elaborazione su dati Health For All

FIGURA 8

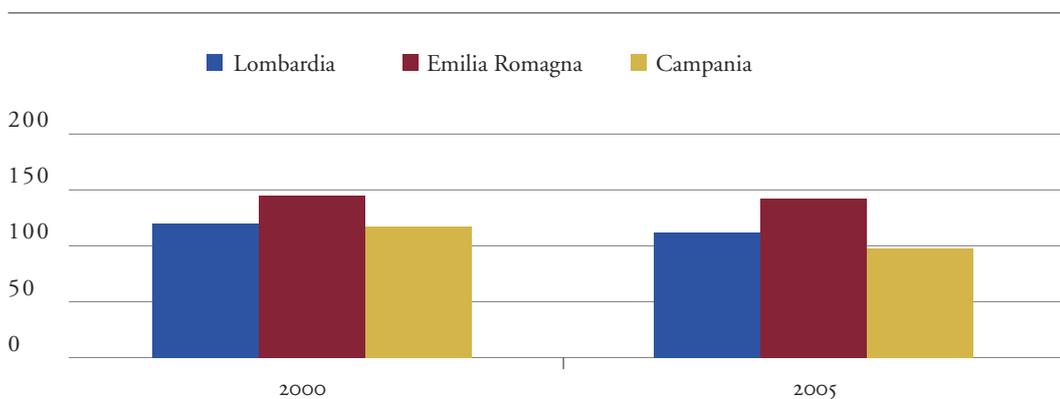
### TASSO CONSUMO FARMACI CLASSE D'ETÀ 75 + ANNI. ANNI 2000-2006



FONTE: nostra elaborazione su dati Health For All

FIGURA 9

## TASSO ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI. ANNI 2000E 2005



FONTE: *nostra elaborazione su dati Health For All*

## 7. CONCLUSIONI

Le riforme che nel tempo sono state introdotte nel sistema per la salute avevano l'obiettivo di contenere la spesa sanitaria, ciò nonostante l'incremento è stato progressivo nel tempo.

L'obiettivo del contenimento dei costi che stava alla base di ogni riforma sanitaria, indipendentemente dal modello organizzativo sotteso non è stato raggiunto. La crescita continua della spesa è una criticità di forte preoccupazione per la politica sanitaria come abbiamo visto. Secondo alcuni autori<sup>22</sup> la politica di contenimento dei costi non è tanto determinata dalla spesa sanitaria elevata, relativamente bassa per gli standard internazionali, ma è determinata dall'enorme debito pubblico, uno dei più alti dell'Unione Europea.

Di fatto anche i livelli regionali di spesa sono aumentati nel corso di tutto il periodo compreso anche il 2007 e il 2008. Incremento presente anche nelle Regioni in difficoltà finanziaria come Abruzzo, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia.

Pur in presenza di alcune differenze, in termini di costi in relazione ai diversi modelli regionali e in relazione al tipo di spesa, la sostanza non cambia.

Il controllo della spesa sanitaria e il suo costante incremento restano dunque aspetti nodali indipendentemente dal modello organizzativo sia del Ssn prima che dei Ssr poi, ma anche dai tentativi e dalle forme di contenimento adottate.

Le forme di controllo diretto e indiretto, per il contenimento della spesa sanitaria, appaiono essere insufficienti, si apre così il problema del coinvolgimento del cittadino quale soggetto sempre più competente che può diventare un attore strategico sia per la domanda che per il consumo del bene salute<sup>12, 8</sup>.

Se poi guardiamo al quadro nosologico e alle sue trasformazioni appare ovvio che la prevenzione rappresenta una leva di forza per il contenimento dei costi della salute, così come risulterà strategico agire in modo sempre più puntuale sui prescrittori e sulle prestazioni e ricoveri impropri.

L'andamento in crescita della spesa sanitaria sembra anche attraversare indenne le diverse crisi economiche, che nel tempo si sono succedute nel nostro Paese.

Per quanto concerne la crisi attuale che ha investito il mondo sembra pesare non tanto sul contenimento della spesa generale in sanità ma piuttosto sulle singole persone e sulle famiglie. Sono gli individui a ridurre la domanda di prestazioni indipendentemente dal bisogno effettivo, come già la letteratura ha mostrato per gli individui che in presenza di risorse limitate debbono decidere come utilizzarle e il bene salute passa sempre in secondo piano<sup>14</sup>, dato che anche recenti ricerche evidenziano<sup>24</sup>.

Secondo tali studi, gli italiani pur ancora in buona salute stanno risentendo su questo piano dei colpi inferti dalla crisi economica di questi ultimi anni, in particolare le fasce più deboli di popolazione anziana e donne. “Sotto il peso della scarsa disponibilità economica si spegne il sorriso degli italiani, infatti il ricorso alle cure odontoiatriche, quasi sempre a carico delle famiglie, è stato un lusso che solo poco più di una famiglia su tre si è potuta permettere (39,7%). Anche a tavola gli italiani sembrano essere costretti a fare economia, la dieta mediterranea diventata troppo costosa da seguire, consumano così poca frutta e verdura, solo il 5% degli italiani mangia le 5 porzioni raccomandate al dì, sommando questo dato al fatto che solo un italiano su cinque pratica sport abbiamo che un italiano su tre è sovrappeso. Si rileva poi un trend nazionale in forte aumento del consumo di farmaci antidepressivi che è salito del 310% (si è triplicato) dal 2000 al 2008. Impennata dei consumi che in parte è legata all'aumento dei casi di depressione e ad una maggior attenzione al disagio psichico, ma che è anche figlia di un aumentato disagio sociale difficilmente quantificabile, che potrebbe a sua volta essere stato spinto dalla crisi economica”, recita letteralmente il rapporto sopra citato (p. 2). Un nodo complesso e fortemente intrecciato e irrisolto, che in parte sembra non avere soluzioni, quello dell'economicità del sistema sanitario, ma anche quello dell'economia in relazione allo stato di salute e di malattia. Il rapporto di reciprocità fra queste dimensioni sembra essere una costante cruciale nel tempo, e le riforme che si sono succedute, sempre motivate anche da questioni economiche, risultano essere misure insufficienti per il contenimento della spesa in sanità e per il superamento delle disuguaglianze in salute, riconducibili proprio a differenze reddituali e di status.

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Maria Pia Amato, Gianfranco Siracusa, Emilio Portaccio, *Costi di malattia: una revisione degli studi europei e nordamericani*, Springer Science and Business Media 2005.
2. Mildred Blaxter, *Class, time and biography*, in Simon J. Williams, Jonathan Gabe, Michael Calnan, (eds), *Health, medicine, and society*, Routledge, London 2000.
3. Giovanni Cavina, *L'influenza epidemica attraverso i secoli*, Pozza, Roma 1958.
4. Maria Cacioppo, Mara Tognetti Bordogna, *Il racconto del servizio sociale*, Franco Angeli, Milano 2008.
5. Mario Cardano, Giuseppe Costa, *Classi sociali e salute*, in *Quaderni di Sociologia*, n.17, 1998, pp. 86 -121.
6. Giorgio Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari 1994.
7. Alain Enthoven, *Reflections on the management of the National Health Service*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
8. Maurizio Ferrera, Giovanna Zincone, *La salute che noi pensiamo*, Il Mulino, Bologna 1986.
9. Maurizio Ferrera, *Crescita da domanda e crescita da offerta*, in *Rivista italiana di Scienza Politica*, n. 2, 1982, pp. 207-231.
10. Fondazione Zole, *La comunicazione della salute*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
11. Formez, *I sistemi di governance dei servizi sanitari*, in *Quaderni Formez* n. 57, 2007.
12. Marco Ingrosso (a cura di), *La salute comunicata*, Franco Angeli, Milano 2008.
13. Donald Light, *From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and lessons from the British Experience*, in *The Milbank Quarterly* 1997, n.3, pp. 297-341.
14. Katia Lurbe i Puerto, *Mujeres de origen extracomunitario, nuevas usuarias de los servicios de salud reproductiva*, in Carlota Solè, Lluís Flaquer, *International Migration*, Rowman & Allanheld, Totowa 2005.
15. Saverio Luzzi, *Salute e Sanità nell'Italia Repubblicana*, Ed. Donzelli, Roma 2004.
16. Gavino Maciocco, *Politica, Salute e Sistemi Sanitari*, in *Politiche Sanitarie*, n. 4, 2003, pp. 133-152.
17. Franca Maino, *Servizio Sanitario Nazionale. Un cantiere ancora aperto fra regionalizzazione e impatto dell'Europa*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 4, 2004, pp. 73-82.
18. Franca Maino, *Il sistema sanitario italiano tra contenimento della spesa malasanità e politicizzazione*, in Gianfranco Baldini, Anna Cento Bull (a cura di), *Politica in Italia*, Il Mulino, Bologna 2009, pp.241-60.
19. Vittorio Mapelli, *Il Sistema Sanitario Italiano*, Il Mulino, Bologna 1999.
20. Vittorio Mapelli, *Tre riforme sanitarie e ventun modelli regionali*, in Luigi Bernardi (a cura di), *La finanza pubblica in Italia. Rapporto 2000*, Il Mulino, Bologna 2000, pp. 299-344.

21. Stefano Neri, *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 2008, n. 3, pp. 97-114.
22. Stefano Neri, *Lo sviluppo delle politiche sanitarie e la nuova governance del Ssn in Italia*, paper presentato alla 7 Conferenza Espanet 2009, Urbino 2009.
23. *OECD Health Data 2009*, OECD, Paris, 2009.
24. *Osservatorio sulla salute nelle Regioni, Rapporto Osserva Salute 2009*, cicl. 2009.
25. Fabio Pammoli, Nicola C. Salerno, *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna 2008.
26. Emmanuele Pavolini, Giovanna Vicarelli, *La performance del sistema sanitario italiano nel periodo della regionalizzazione*, paper presentato alla 7 Conferenza Espanet 2009, Urbino 2009.
27. Domenico Preti, *La questione ospedaliera nell'Italia Fascista (1922-1940)*, in *Storia d'Italia, Annali 7*, Malattia e Medicina, Einaudi, Torino 1984.
28. Roberto Polillo, *La spesa sanitaria: proposte per un nuovo patto tra Stato e Regioni*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 4, 2004, pp. 87-132.
29. Simone Sarti, Mario Lucchini, Mara Tognetti Bordogna, *I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, in Andrea Brandolini, Chiara Saraceno, Antonio Schizzerotto (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Il Mulino, Bologna 2009.
30. Peter Saunders, *Social class and stratification*, Routledge, London 1990.
31. Vittorio Sironi, Mara Tognetti Bordogna, *La politique du médicament en Italie: histoire et perspectives*, in *Revue Sociologie Santé*, n. 30, 2009, pp. 65-81.
32. Mara Tognetti Bordogna, *Lineamenti di politica sociale*, Franco Angeli, Milano 1998.
33. Federico Toth, *La politiche sanitarie, modelli a confronto*, Laterza, Bari 2009.
34. Giovanna Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia*, Il Mulino, Bologna 1997.
35. Giovanna Vicarelli, *La sovranità dissolta? Modelli di regolazione dei sistemi sanitari europei*, in *Politiche Sanitarie*, n. 3, 2002, pp.64-92.
36. Alan WARDE, *Introduction to the sociology of consumption*, in *Sociology*, vol. 24, n. 1, 1990, pp. 328-353.
37. Richard Wilkinson, Michael Marmott (eds), *Social determinants of health: the solid facts*, Who, Copenhagen 2003.
38. *WHO European Health for All Database*, WHO Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/HFADB>, Copenhagen, 2010.