

# Italian Health Policy Brief

## La sanità italiana e la manovra finanziaria

*La sfida del Sistema Sanitario Nazionale: garantire servizi sanitari ottimali, innovazione e sostenibilità del sistema in un'epoca di ridotte risorse*

### SOMMARIO

La crisi economica che ha colpito quasi tutte le Nazioni del mondo, impatta su un Paese come l'Italia, caratterizzato dal 2001 da un progressivo processo di devolution dal livello centrale a quello regionale ed in cui circa un terzo delle Regioni (spesso meridionali) stavano affrontando restrizioni di budget già dal 2007.

Questo documento descrive brevemente le principali risposte prese a livello centrale e regionale e sottolinea i limiti dell'introduzione di tagli orizzontali nell'erogazione dell'assistenza, anche confrontando la situazione italiana con le principali evidenze dagli studi recentemente proposti. Il rischio - senza impatti concreti verso altre dimensioni della governance clinica e della qualità globale dell'assistenza (sicurezza dell'assistenza, EBM, sistemi sanitari informativi, liste d'attesa, continuità assistenziale, integrazione socio-sanitaria, "centeredness" del paziente) - è l'incremento delle disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria e soprattutto nella qualità dei servizi (dalla prevenzione alla riabilitazione e all'assistenza a lungo termine).

### Parole chiave

Economic crunch, inequalities, devolution, healthcare

Prof. Walter Ricciardi,  
Presidente EUPHA  
European Public Health Association

*In collaborazione con i professori Antonio Giulio de Belvis (Università Cattolica del Sacro Cuore Roma) e Giuseppe La Torre (Sapienza Università di Roma)*

### CONTESTO ED IMPORTANZA DEL PROBLEMA

#### Organizzazione sanitaria e dati di contesto economico in Italia

L'Italia ha un sistema sanitario fondato nel 1978 e basato sul modello Beveridge di Servizio Sanitario Nazionale, finanziato attraverso le tasse, per garantire copertura universale e assistenza integrata su tutto il territorio Nazionale.

L'assistenza sanitaria è sotto la responsabilità condivisa tra Governo centrale e 21 Regioni/Province Autonome, con una sempre maggiore tendenza verso il decentramento. Le priorità dell'assistenza sanitaria, i criteri di allocazione delle risorse e di pianificazione

sono stabiliti dal Governo centrale attraverso il Ministero della Salute, con un ruolo sempre più importante svolto da parte dalla Conferenza Stato-Regioni. Il Governo centrale ha il compito di stabilire i Livelli Essenziali di Assistenza, che devono necessariamente essere resi disponibili a tutti i residenti in Italia e garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale in termini di una lista positiva e negativa nell'ambito dell'assistenza primaria, secondaria e terziaria, oltre il Piano Sanitario Nazionale e la quota capitaria per il finanziamento.

Il Sistema Sanitario Nazionale è largamente finanziato tramite la fiscalità nazionale e regionale. Il 77.6% del finanziamento dell'assistenza sanitaria deriva da fondi pubblici mentre la maggior parte dei contributi privati sono pagamenti "out-of-pocket" (soprattutto per spese farmaceutiche e odontoiatriche), integrati da forme di compartecipazione (ticket) e dal ricorso ad assicurazioni, che coprono meno del 23% della spesa totale (OECD Health Data, 2011).

L'Italia è stata coinvolta nella recessione globale ad un livello simile, se non superiore, a quello di altri Paesi della Regione Europea con un tasso di crescita del PIL nominale dell' 1,1% rispetto ad una media OCSE del 4,3% nel 2010. Senza alcun dubbio il sistema economico italiano sta soffrendo una stagnazione che dura da 10 anni (OECD Health Data, 2011).

L'OECD stima che il debito pubblico accumulato in Italia è destinato a superare il 120.1% del PIL già nel 2011 (EU, 2011). A causa della riduzione in termini economici della produttività, la disoccupazione ha raggiunto l'8% nel Luglio 2011 (EU, 2011).

I finanziamenti a carico del Sistema Sanitario Nazionale Italiano sono costantemente aumentati dal 2007 al 2009, secondo quanto programmato prima della crisi attraverso il Patto della Salute tra Stato e Regioni in Autunno 2006, in vigore nel triennio 2007-2009.

Nel Dicembre 2009, la spesa pianificata per il 2010 è stata fissata a 104,6 miliardi di euro, per il 2011 a 106,9 e per il 2012 ne è previsto l'aumento del 2.8% rispetto al 2011. Non si tratta di un decremento in termini di spesa, ma di una decelerazione

del trend di crescita rispetto al passato, e questa decelerazione è stata causata dalla recessione economica che ha colpito le finanze pubbliche. Dovrebbe anche essere considerato che la spesa attuale tende ad essere significativamente maggiore della spesa pianificata, attraverso aggiustamenti in corso d'opera e di accordi Stato-Regioni. Nel Patto per la Salute del dicembre 2009, la riduzione degli investimenti delle strutture di assistenza sanitaria è stata bloccata, con un allargamento della disponibilità di fondi che includevano anche l'utilizzo di quelli per le aree sottosviluppate, che raccolgono finanziamenti Italiani e della Comunità Europea per lo sviluppo delle infrastrutture mai usati precedentemente nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

Nondimeno, il Sistema di assistenza sanitaria italiano è ancora classificato tra i più virtuosi tra quelli delle Nazioni OECD comparando l'aspettativa di vita, la spesa finanziaria e, soprattutto, l'efficienza (OECD,2011).

## Le enormi e crescenti differenze regionali

Ad eccezione del tasso di mortalità per malattie infettive, non esiste alcun indicatore sanitario che indichi una situazione omogenea in tutte le Regioni del nostro Paese, e la salute degli Italiani, ancorché complessivamente buona, sta subendo duramente anche i colpi della crisi economica, i cui effetti si riscontrano su più fronti e tendono a colpire soprattutto le fasce più deboli di popolazione, anziani e donne.

Si va approfondendo il gap in termini di stato di salute e di comportamenti/stili di vita tra Nord e Sud, con i cittadini del Nord più attenti alla salute, menù grassi e sedentari; il Sud, invece, presenta crescenti fattori di rischio per malattie cardiovascolari e tumori, che, infatti, proprio nelle Regioni meridionali registrano un aumento di incidenza.

E il divario Nord-Sud si vede anche nelle opinioni dei cittadini sul servizio sanitario offerto dal proprio territorio. Giudizi più positivi sul Servizio Sanitario vengono espressi al Nord: a riportare un giudizio maggiormente favorevole sono infatti le

Province Autonome di Bolzano e Trento e la Valle d'Aosta con la quota di coloro che esprimono un punteggio elevato (voto da 7 a 10) pari rispettivamente al 68,5%, 60,2% e 59,8% per gli uomini e 68,5%, 57,7% e 59,1% per le donne.

Decisamente inferiore è la quota di cittadini di Calabria, Sicilia e Campania che esprime un giudizio positivo: rispettivamente 14,6%, 21,2% e 22,8% per gli uomini residenti in queste Regioni e 15,9%, 21,6% e 23,0% per le donne.

E il giudizio dei cittadini è un po' lo specchio delle realtà regionali sul profilo organizzativo ed economico dei rispettivi sistemi sanitari territoriali. Infatti, nonostante gli sforzi verso la perequazione interregionale nei livelli di spesa, differenziali nella spesa pro capite continuano a persistere nel Paese e per di più non mostrano un evidente gradiente Nord-Sud.

Dal 2007 al 2008 quasi tutte le Regioni hanno aumentato i livelli di spesa, anche 5 delle Regioni allora in "difficoltà" finanziaria (Abruzzo, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia) e, quindi, soggette ai piani di rientro, segno che i piani non funzionano come dovrebbero né sul versante finanziario né su quello sanitario.

## CRITICA DELLE OPZIONI DI POLICY

### Risposte di politica sanitaria alla recessione economica

L'impatto della crisi sull'assistenza sanitaria è stato fortemente indirizzato all'accelerazione delle misure correttive in corso piuttosto che all'istituzione di strategie più restrittive e severe. Inoltre, nessuna delle strategie politiche di investimento e di innovazione nell'assistenza sanitaria in atto è stata interrotta.

L'Italia ha approvato una serie di risposte alla crisi economica globale che coinvolgono le attività del Governo centrale, le relazioni tra Governo e Regioni, e le attività delle Regioni in materia di politiche sanitarie. Comunque, la gran parte delle risposte politiche sono state legate strettamente ai progressivi sforzi per contenere i costi del si-

stema sanitario, specialmente con politiche per incrementare l'efficienza della macchina pubblica avviate tra il 2004 ed il 2007.

Il rapporto istituzionale tra Governo Centrale e quello Regionale è stato perfezionato nel 2006 attraverso il Patto per la Salute provvedendo così a tagli drastici e ad una vera e propria supervisione dei Ministeri delle Finanze e della Salute nei confronti delle Regioni (7 Regioni nel 2007, soprattutto al Sud) con deficit economico.

Il nuovo Patto per la Salute, firmato nel Dicembre 2009, stabiliva trasferimenti finanziari dallo Stato alle Regioni per il 2010-2012. Inoltre, obbligava anche le Regioni più indebitate a implementare tre strumenti riguardanti gli aspetti finanziari e di spesa dei loro sistemi di assistenza sanitaria:

- Introduzione di forme di compartecipazione per i servizi o l'aumento degli esistenti;
- Incremento della quota regionale di due tasse, la tassa sul reddito "IRPEF" e la tassa sulle attività produttive "IRAP";
- Chiusura di ospedali;
- Taglio delle assunzioni di personale per incrementare il lavoro flessibile e l'esternalizzazione dell'assistenza e dei servizi non strettamente clinici.

Ancora una volta queste misure severe, avrebbero, molto probabilmente, trovato spazio a prescindere dalla crisi economica globale, ma avrebbero dovuto essere portate avanti e rese più rapide a causa delle pressioni della crisi finanziaria.

Nel periodo 2001-2009, tre Regioni da sole (Lazio, Campania e Sicilia) hanno generato il 69% dei disavanzi accumulati dal SSN. In termini pro capite, disavanzi molto significativi si sono generati anche in Molise, Valle d'Aosta, Abruzzo e Sardegna. Solo nel Centro-Nord le Regioni (tranne appunto Valle d'Aosta, nonché Piemonte, PA di Trento, Liguria e, nel 2009, Veneto) da alcuni anni chiudono i conti in sostanziale equilibrio, talvolta peraltro solo grazie all'integrazione rappresentata dalle risorse regionali "extra-fondo". Di qui il carattere *de facto* "asimmetrico" del federalismo sanitario italiano. In linea di principio, tutte le Regioni godono di un'ampia autonomia; nei fatti, moltissime Regioni (quasi tutte

del Centro-Sud) sono state private, almeno temporaneamente, di tale autonomia tramite l'assoggettamento ai Piani di rientro ed, in alcuni casi, il commissariamento.

Negli ultimi anni, peraltro, forse proprio per effetto dei Piani di rientro e, più in generale, della maggiore attenzione agli equilibri economico-finanziari nei rapporti tra Stato e Regioni, i differenziali tra Regioni pare abbiano cominciato a restringersi.

L'analisi della situazione economico-finanziaria del SSN evidenzia alcune criticità piuttosto significative: in primis, anche per effetto della crisi economica, la sanità italiana ha quasi completamente eroso quel "vantaggio di costo" che l'ha tradizionalmente caratterizzata e che aveva significativamente contribuito, nel 2000, al suo posizionamento quale secondo miglior sistema sanitario al mondo nel ranking dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2000).

Si conferma inoltre l'incapacità del SSN di rispettare i tetti di spesa. Per le singole aziende, il disavanzo è la normalità anziché l'eccezione. Certo, la spesa sanitaria in Italia continua ad essere allineata a quella europea e sarebbe, quindi, improprio affermare che la prassi dei soft *budget constraint* (ipotesi di forte contenimento ex ante, aspettative di ripiano in itinere, effettivi ripiani ex post) abbia causato l'«esplosione» della spesa stessa. Indubbiamente, però, ne risente la programmazione e, quindi, in molti casi, l'efficacia e l'efficienza della gestione (Osservasalute, 2010).

Le ultime manovre economiche, approvate tra agosto e settembre 2011 in risposta alla tempesta finanziaria e agli imperativi stringenti della Commissione Europea e della Banca Centrale Europea per un totale di 47 miliardi di euro, hanno portato ad una complessiva conferma degli attuali livelli di finanziamento dell'assistenza sanitaria e pensionistica, a fronte dei tagli drastici nei trasferimenti alle Regioni ed alle municipalità dei fondi sulla disabilità, l'infanzia, gli immigrati e su altri aspetti sociali delle politiche di "welfare", che sono anche tra i principali determinanti sociali di salute.

Le evidenze epidemiologiche dimostrano, invece, che è necessario rafforzare (o, almeno non decurtare) il finanziamento per promuovere i sopracitati determinanti so-

ciali di salute, per garantire la sostenibilità a medio e lungo termine nell'interesse globale del Paese.

Inoltre, le politiche specifiche rivolte alle Regioni più indebitate aumenteranno ancora di più le disegualianze già in atto tra le Regioni (Franzini e Giannoni, 2010, Mangano, 2010, Osservasalute, 2010).

Nello specifico, nell'estate 2011, il Parlamento Italiano ha approvato un pacchetto di austerità da quasi 50 miliardi in tre anni in un voto pressato dalla tempesta finanziaria che ha portato ad un'impennata gli interessi dei prestiti italiani. Il mix di tagli della spesa e misure fiscali era rivolto a proteggere l'Italia da una crisi finanziaria a pieno regime e ad assicurare che il governo raggiunga il suo obiettivo di pareggio di bilancio per il 2014. Tra le misure introdotte, sono previsti obiettivi di spesa sanitaria, per esempio in riferimento alle visite ambulatoriali alle quali il Governo Centrale allocherà solamente € 105 milioni per l'anno in corso, invece dei € 486,5 milioni pianificati. Il decremento nell'allocazione delle risorse dal Governo centrale alle Regioni verrà principalmente coperto dall'introduzione di forme di compartecipazione-ticket nelle visite specialistiche ambulatoriali, negli accessi impropri al PS e per i farmaci cosiddetti di classe A, cioè a carico del SSN.

In riferimento alle visite ambulatoriali il Governo centrale ha introdotto ticket di € 10 per le visite a specialisti pubblici e privati accreditati e di € 25 per gli accessi ai Pronto soccorso o ai dipartimenti di emergenza ospedaliera inappropriati nei pazienti dai 14 anni in su. Le esenzioni definite dal Ministro della Salute per i redditi bassi, i disabili, i malati cronici e gli anziani sono ancora esistenti.

Il decentramento ha reso le Regioni libere di decidere o meno se applicare questi "ticket" e in quale misura; alcune Regioni Italiane hanno annunciato che stanno cercando il modo per ridurre il prezzo del ticket a seconda del reddito familiare o della tariffa del servizio. Per esempio Toscana, Umbria ed Emilia-Romagna hanno congiuntamente deciso di applicare il "ticket" di € 10 per le visite ambulatoriali mentre per la diagnostica ambulatoriale ci si basa sul reddito dei pazienti seguendo questo schema:

- per un reddito lordo inferiore a € 36.000: esenzione dal “ticket”
- per un reddito lordo tra € 36.000 e € 70.000: “ticket” da € 5
- per un reddito lordo tra € 70.000 e € 100.000: “ticket” da € 10
- per un reddito lordo maggiore di € 100.000: “ticket” completo da € 15

Anche il Veneto ha corretto la compartecipazione per livello di reddito imponendo il pagamento completo per redditi annuali superiori ai € 29.000 ed ha dimezzato quelli per redditi sotto il valore soglia.

La Lombardia ed il Piemonte hanno corretto la compartecipazione la quota di rimborso del servizio erogato. Questa compartecipazione varia da € 0 a € 30 ed è resa equivalente al 30% del valore del servizio prestato. Per esempio un servizio di € 10 sarà aumentato di € 3 anche se per i servizi che valgono meno di € 5 non è applicato nessun “ticket” e per servizi che superano € 100 può essere applicato un massimo di € 30 (come nel caso della Risonanza Magnetica Nucleare).

Uno schema dei differenti approcci seguiti dalle Regioni è elencato nella Tabella 1.

Tabella 1. Sommario dei differenti approcci seguiti dalle Regioni in termini di compartecipazione alla spesa

Regione	Visita Specialistica e Ticket per Assistenza Ambulatoriale	Note	Data di Introduzione del Ticket Farmaceutico dopo Luglio 2011	Quantità di Compartecipazione Farmacologica (range in Euro)
Piemonte(**)	SI	Corretta per Tariffa di Servizio	Non Cambiato	1-4
Valle d'Aosta (*)	NO		-	NO
Lombardia	SI	Corretta per Tariffa di Servizio	Non Cambiato	1-4
PA Bolzano (*)	NO		Non Cambiato	1-4
PA Trento (*)	NO		-	NO
Veneto	SI	Corretta per Livello di Reddito. No Ticket per Visita in Pronto Soccorso	Non Cambiato	2-4
Friuli VG (*)	SI		-	NO
Liguria	SI		Novembre 2011	2-4
Emilia Romagna	SI	Corretta per Livello di Reddito	Agosto 2011	1-6
Toscana	SI	Corretta per Livello di Reddito	Agosto 2011	1-6
Umbria	SI	Corretta per Livello di Reddito	Settembre 2011	1-6
Marche	SI	Corretta per Livello di Reddito	-	NO
Lazio (**)	SI		Non Cambiato	1-4
Abruzzo (**)	SI		Non Cambiato	0,5-4
Molise (**)	SI		Non Cambiato	0,5-3
Campania (**)	SI	Corretta per Livello di Reddito	Non Cambiato	1-2
Puglia (**)	SI		Ottobre 2011	3
Basilicata	SI		Ottobre 2011	1,5-2,5
Calabria (**)	SI		Non Cambiato	1-5
Sicilia (*) (**)	SI		Non Cambiato	2-4,5
Sardegna (*) (**)	NO		-	NO

(\*) Regioni/Province Finanziariamente Autonome  
 (\*\*) Regioni in Piano di Rientro  
 Fonte: de Belvis et al, 2011

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica coperta dal Servizio Sanitario Nazionale, le Regioni stanno recependo in varia misura le iniziative nazionali tenute nell'estate 2011. Alcune Regioni hanno prontamente introdotto dei criteri di compartecipazione rigorosi (7 su 31) mentre altre, che hanno confermato precedenti schemi di compartecipazione (9 su 21), eccetto la Lombardia e la Provincia Autonoma Bolzano, sono Regioni con Piano di Rientro. Infine 5 Regioni su 21 non hanno mai previsto forme di compartecipazione e, eccetto le Marche, sono tutte Regioni/Province Autonome. Tra le misure annunciate dal Governo Italiano nell'estate 2011 per ridurre la spesa farmaceutica sono previste:

- la riduzione obbligatoria del 12,5% nei prezzi dei farmaci generici;
- la soglia dei prezzi di rimborso dei generici a livello della media dei prezzi degli altri Paesi Europei;
- l'introduzione di un sistema interregionale di monitoraggio e comparazione dell'uso e del prezzo di farmaci generici;
- il rimborso di farmaci di classe A al prezzo più economico;
- la riduzione del rimborso dei farmaci di classe A del 1,82% e del 1,83% rispettivamente per i farmacisti e per le aziende farmaceutiche;
- un più serrato controllo sui budget degli ospedali, da conseguire con la centralizzazione degli appalti e trasferendo la distribuzione di alcuni farmaci, tradizionalmente disponibili solo in ospedale, ai farmacisti;
- la revisione degli schemi di rimborso dei farmaci su principi di efficacia concreta, attraverso il cosiddetto "pay for performance".

Si tratta, pertanto, di misure essenzialmente di aumento della produttività e/o dell'efficienza nell'assistenza e non toccano concretamente altre dimensioni come la riduzione dell'inappropriatezza, l'implementazione della "clinical governance" (attraverso cure più sicure, l'EBM, il rafforzamento dei sistemi informativi), né altre importanti dimensioni "core" o rilevanti dell'assistenza sanitaria (liste d'attesa, con-

tinuità della cura, integrazione socio-sanitaria, centralità del paziente). In tal modo, si rischia di incrementare la quota di spesa a carico delle famiglie (circa il 7,6% delle famiglie sono a rischio di povertà, a fronte di una quota di oltre il 15,5% di povertà accertata cosiddetta assoluta/relativa).

Cosa ci dovremmo aspettare in termini di impatto sulla salute in tempi di crisi?

Certamente l'argomento è complesso e la risposta non è né semplice né immediata. E questo deriva dal fatto che anche a livello del dibattito politico ed economico su come considerare i tagli in risposta alla crisi economica vi è ancora molta incertezza su pro e contro.

Un'analisi condotta nel Regno Unito condotta da Stuckler et al (2010) mette in chiara evidenza la necessità di contrastare, prima di accettare tagli di una certa entità nella spesa pubblica, la mancanza di evidenza degli effetti a breve termine di tali tagli, che possono avere ripercussioni sulla salute della popolazione e sul welfare.

Secondo quanto riportato da McKee (2011) l'impatto sulla salute della popolazione di una crisi economico-finanziaria, quale quella che stiamo vivendo a livello globale, potrebbe portare ad un incremento dei suicidi e delle morti correlate all'uso/abuso di bevande alcoliche, mentre l'impatto sulle malattie infettive è praticamente impossibile da prevedere.

D'altronde lo stesso Fondo Monetario Internazionale nel 2010 si mostrava d'accordo con l'OECD nel condannare i tagli di budget pianificati a livello mondiale, così anche nel mettere in guardia relativamente all'impatto di tali tagli sulla sicurezza e la dignità delle persone (Inman 2010).

Cosa sta accadendo in termini di impatto sulla salute della popolazione? A questa domanda non si riesce a rispondere in una maniera completamente soddisfacente, stante il ritardo con cui le statistiche correnti diventano disponibili. A livello internazionale, mentre i dati finanziari sono pressoché disponibili in tempo reale, quelli relativi a morbilità e mortalità hanno un periodo di latenza che può variare dai 2 a 5 anni. Quello che si può ricavare dai dati ufficiali

disponibili a livello europeo è c'è un netto incremento nel 2008 e nel 2009 dei tassi di incidenza dei suicidi, un decremento nei tassi di mortalità da incidente stradale (che seguono però trend decennali).

Per avere altri dati, occorre dare uno sguardo a quanto accade a singole Nazioni. In Irlanda e in Spagna si è osservato in questi ultimi due anni una riduzione drastica del numero di organi donati; in Grecia (*Kentikelenis et al 2011*) fra il 2007 e il 2009 vi è stato un incremento del 15% delle persone che non si sono fatte visitare da un medico anche se ne avevano bisogno; fra il 2009 e il 2010 un incremento del 24% dei ricoveri ospedalieri e una diminuzione del 25% dei ricoveri in ospedali privati; un incremento del 40% dei suicidi nel 2011. In Spagna si registra un incremento del 20% e del 12% di depressione maggiore e distimia, rispettivamente, fra il 2006 e il 2010.

In Italia i dati sono ancora non del tutto disponibili. Pur tuttavia si possono fare alcune considerazioni. Nel Rapporto Osservasalute 2009 (Osservasalute, 2010) si riporta l'aumento della percentuale di pagamenti "out of pocket" nell'assistenza odontoiatrica e l'aumento dell'incidenza dell'edentulismo nel 2009, rispetto al 2008. Ciò è evidente anche nel ricorso ridotto – a causa della crisi - ad altre abitudini salutari come assunzione di frutta e verdura con i pasti e l'esercizio fisico, anche se l'analisi di tali dati richiede valutazioni longitudinali e più prolungate. Si può comunque ritenere che la crisi economica sta avendo un impatto nei comportamenti preventivi e nei risultati di salute. Inoltre, si è registrato, dopo un netto trend in discesa fra il 2001 e il 2010, un incremento dei morti da incidente stradale, e questo si è verificato in particolar modo in autostrada.

D'altronde, l'Organizzazione mondiale della Sanità (WHO 2011) mette in evidenza che gli effetti sulla salute mentale della crisi economica possono essere affrontati con strumenti di welfare sociale ed altre misure di politica, quali programmi di mercato del lavoro, che aiutino le persone a mantenere il proprio lavoro o a riguadagnarlo; pro-

grammi di supporto alle famiglie che contrastino gli effetti sulla salute mentale della crisi economica; politiche che portino ad un aumento dei prezzi delle bevande alcoliche e a una restrizione della disponibilità di tali bevande.

## RACCOMANDAZIONI DI POLITICA SANITARIA

Il primo strumento suggerito è nella necessità di perfezionare (e sviluppare ex-novo) **leve** ed **ambiti di azione** per migliorare *la capacità di monitoraggio, supporto alle decisioni, valutazione e di accountability* a vario livello richieste per ognuno dei cinque principali attori del sistema sanitario italiano:

1. il Ministero della Salute
2. le Regioni e Province Autonome
3. le strutture erogatrici di assistenza
4. i professionisti e gli operatori
5. i cittadini.

Come noto, al Ministero sono affidati i compiti di programmazione, indirizzo e controllo per la garanzia del diritto costituzionale alla tutela della salute. Alle Regioni e alle PA quelli di programmare, organizzare e gestire le organizzazioni socio-sanitarie per tutelare effettivamente la salute dei propri cittadini, attraverso un sistema di erogatori pubblici e privati.

Registriamo come ancora non si possa contare su reti e sistemi di informazione in grado di valutare i fenomeni legati alla salute in maniera efficiente, valida, tempestiva e sostenibile, e soprattutto con un'estensione ed un'articolazione tale da mettere in rete i diversi attori del sistema sanitario. L'innovazione tecnologica, in particolare quella dell'informazione e della comunicazione (ICT), può assumere un ruolo significativo, ponendosi a garanzia della base unitaria del sistema sanitario nazionale, quale strumento necessario per il superamento dei divari tra le Regioni italiane sul piano dell'efficienza, accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari da parte dei cittadini.

## Le leve

- 1) La realizzazione di un sistema partecipato, responsabile e decentrato richiede, in materia di sanità, la necessità di **introdurre e governare i nuovi livelli essenziali di assistenza**, al fine di garantire l'equità territoriale e la sostenibilità nell'erogazione delle prestazioni socio sanitarie. Il nuovo Titolo V della Costituzione, da un lato, infatti, riconosce i diritti sociali e li equipara ai diritti civili (intesi quali prestazioni sociali, sanitarie, assistenziali, educative, ecc.), dall'altro, attribuisce allo Stato il fondamentale compito di definire gli standard essenziali delle prestazioni volte ad affermare tali diritti. Ciò al fine di garantire omogeneamente - il principio di eguaglianza tra titolari degli stessi diritti, che sono però residenti in diverse Regioni.
- 2) Per quanto attiene il **finanziamento** del sistema, posto, come si è visto, che la spesa sanitaria italiana non è di certo più alta di altri sistemi sanitari internazionalmente riconosciuti come virtuosi, l'affiancamento di fonti finanziarie integrative/sostitutive volte ad ampliare le disponibilità del sistema senza ulteriori aggravii per i cittadini (quali ad esempio le fonti provenienti da fondi integrativi), può sicuramente migliorare la situazione complessiva in termini di budget annuale stanziato. Ciò è particolarmente utile per quelle aree assistenziali direttamente correlate con l'evoluzione della demografia e della epidemiologia del territorio (malattie cronico-degenerative, non auto-sufficienza), che rappresentano peraltro voci di spesa ancora ampiamente sotto-dimensionate nell'ambito del fondo sanitario nazionale e dei fondi sanitari regionali.
- 3) La **qualità** del sistema sanitario a livello regionale dovrà essere centrata su elementi di controllo sempre più attento delle prestazioni erogate e della relativa appropriatezza e definizione delle linee guida e dei percorsi di assistenza definiti per le diverse patologie. In tale contesto, il rafforzamento della qualità del sistema potrà essere garantito dall'adozione diffusa degli strumenti necessari ad una efficiente governance clinica delle strutture sanitarie, attraverso il perseguimento in una prospettiva unificante degli aspetti clinici e di quelli economico-gestionali delle prestazioni sanitarie finalizzato ad una gestione attiva degli elementi che determinano la qualità del servizio erogato (Ricciardi, 2010).
- 4) La **programmazione sanitaria regionale**, inoltre, dovrà affiancare ed integrare gli attuali criteri di destinazione delle risorse, ancora fortemente improntati sui risultati economico/gestionali, con indicatori di salute e valutazione degli esiti delle prestazioni. Tale modalità di programmazione dovrà garantire la focalizzazione di tutto il sistema sul risultato delle attività di cura e non solo sul processo di erogazione, come prevalentemente realizzato in questi ultimi anni. Ulteriore elemento fondamentale della pianificazione e programmazione sanitaria a livello regionale si identifica con la **valutazione costo/efficacia e costo/benefici** dei programmi sanitari e delle tecnologie sanitarie.
- 5) Tale attività dovrà essere supportata, a livello centrale, dalla previsione di scenari, attraverso l'acquisizione di dati statistico-epidemiologici a supporto e dalla consultazione sistematica di esperti attraverso meccanismi rigorosi e validati, e costituisce un approccio indispensabile per una programmazione rivolta al futuro, *towards the future*, che a fronte dei trend previsti sviluppi delle soluzioni fattibili. L'aspetto innovativo di tale approccio consiste non solo nella valutazione d'impatto di ciascun determinante del sistema, ma anche dell'effetto prodotto dalle relative interdipendenze con le altre variabili prese in esame. Ciò potrà avvenire attraverso strumenti di **forecasting**, per delineare scenari futuri, utili a fornire indicazioni su quali saranno i bisogni di salute e le caratteristiche della domanda in ciascuna regione italiana nel medio periodo (esempio, i prossimi dieci anni), attraverso un flusso di informazioni continuo e che possa, quindi, essere rimodellato in corso d'opera. Tale strumento sarà alla base di una programmazione in grado di ade-



guarsi tempestivamente alle mutate realtà, consentendo un allineamento, in termini di caratteristiche dell'offerta dei servizi sanitari e di modalità operative delle strutture, rispetto ai fabbisogni emergenti a livello di singola regione. Ciò consentendo una concreta operatività per i decision maker nell'identificare le linee di azione da intraprendere e nel supportare la validità delle scelte decise.

Gli **ambiti di azione prioritari** di intervento quelli di: a) prevenzione e degli stili di vita, b) diseguaglianze economico-sociali e geografiche nella capacità di finanziamento, gestione e nella qualità dell'assistenza; c) rapporto territorio-ospedale e d) rapporto cittadino-sistema di cura.

1) Nell'ambito della prevenzione, e nel controllo/riduzione dei principali determinanti ambientali e comportamentali, continuiamo a registrare la preoccupante "normalizzazione" nella cultura e nei modelli per alcuni comportamenti e stili di vita (dall'alcol alle sostanze di abuso; dalla guida al volante alle abitudini sessuali; dalla sedentarietà al fumo di sigaretta), sia nei giovanissimi, che da parte dall'intera società. Tale normalizzazione è scarsamente contrastata dalla mancanza di coordinamento delle azioni centrali, e tra queste e quelle regionali, nonostante forme di *stewardship* si vanno proponendo, soprattutto in attuazione del processo di devoluzione in sanità. Anche la comunicazione istituzionale non favorisce talvolta la diffusione di un'informazione valida e corretta proponendo messaggi in maniera spesso incoerente. Tuttavia, quando condivise e puntali, le policy di sanità pubblica riescono a modificare positivamente i comportamenti e, quindi, la salute: si vedano gli effetti all'avanguardia in Europa della Legge 3/2003 sul fumo di sigaretta. L'attuale quadro epidemiologico demografico e sociale potrà essere contrastato – sui temi della prevenzione e degli stili di vita - solo attraverso alleanze intersettoriali e con una convinta azione istituzionale che riconsideri le logiche di intervento e che ri-

qualifichi e finanzi prevenzione, sanità pubblica e ricerca evidence-based, come strumenti capaci di contribuire a produrre salute, sicurezza e benessere compatibili.

- 2) Le differenze geografiche e quelle sociali si stanno invertendo – e l'attuale crisi economica sta acutizzando il dato - con uno svantaggio per il Mezzogiorno e con la creazione di "isole di Mezzogiorno" in zone del Centro-Nord: la tradizionale protezione meridionale dall'incidenza di alcune malattie croniche importanti, come i principali tumori, si sta riducendo, mentre lo svantaggio nella letalità si sta allargando. La spiegazione di tali differenze geografiche risiede, senz'altro, nella maggiore concentrazione al Sud delle persone con svantaggi socio-economici e nella modalità con cui tali svantaggi si sono legati, nel tempo e nei contesti, ad una maggiore insorgenza di problemi di salute e della risposta dei servizi ai bisogni. Inoltre, in alcune Regioni la mancanza di razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali ha, nel corso degli anni, determinato scenari finanziari problematici e di difficile ricomposizione con conseguenze nell'offerta, nell'accesso e nella qualità dei servizi erogati. Certamente, in un quadro in cui si devono temperare, da un lato, la garanzia di livelli di assistenza definiti a livello nazionale e, dall'altro, una progressiva spinta federalista, le Regioni dovranno impegnarsi a ricercare sempre più le cause e concordare strategie di intervento capaci di colmare tali differenze.
- 3) Nel rapporto territorio-ospedale, se la vera lotta per la sostenibilità del sistema sarà sulla capacità di prevenire e di gestire la cronicità e la disabilità, gli interventi non potranno essere soltanto sanitari e non sono soltanto di natura istituzionale, specie per il sostegno alle famiglie che si fanno carico di costi di assistenza elevati dovuti a problemi di disabilità e nella gestione della multi cronicità, soprattutto della popolazione anziana. Tale situazione, come visto, è aggravata dalla riduzione dei finanziamenti agli enti locali in tale direzione.

Gli interventi passeranno per lo sviluppo e la diffusione di modalità integrate di sviluppo di reti, non solo istituzionali, di tutela ed assistenza agli anziani che vivono soli specie al momento della loro perdita di autosufficienza. Se appare ragionevole operare verso la riqualificazione del ruolo dell'ospedale come luogo di cura per le patologie acute più complesse, va rilevato come, in assenza di un adeguato sviluppo dell'assistenza primaria, l'ospedale risponderà sempre più in modo meno coerente, sicuro ed efficiente alla domanda di prestazioni ed ai bisogni espressi dai cittadini, assumendosi una pluralità di funzioni e compiti (anche di minore complessità) che non sono direttamente correlati alle fasi di acuzie della patologia.

- 4) A tutto ciò deve affiancarsi un vero processo di *accountability* di un sistema sempre più regionalizzato, nei confronti del suo primo vero riferimento e finanziatore, ovvero il cittadino, seppur mediato attraverso il Ministro della Salute ed il Governatore regionale eletto. Non si può immaginare, e non sarebbe neanche auspicabile, infatti, un totale distacco tra politica e sanità, ma la piena responsabilità di entrambi al cittadino deve essere assolutamente garantita. Per contro, è provata la mancanza di correlazione tra la qualità oggettiva del servizio ed il livello di soddisfazione del cittadino in Sanità, e tra questa ed il voto regionale espresso (Osservasalute, 2010).

Per favorire questa correlazione si deve dotare il cittadino di strumenti semplici e comparabili di lettura delle performance sanitarie regionali. Si tratta di strumenti (rendicontazione socio-sanitaria, relazioni sugli outcome di salute e sulla qualità conseguita, etc.), ancora poco diffusi nel nostro Paese e, comunque, a macchia di leopardo sull'intero territorio.

Garantire una diffusa e consapevole partecipazione alle decisioni riguardanti la salute è, pertanto, l'unica chiave per garantire una solida sostenibilità del nostro sistema sanitario nel prossimo fu-

turo. La diffusione di tali sistemi avrebbe, inoltre, un forte impatto sulla capacità delle Aziende e delle Regioni di coinvolgere i differenti stakeholders – in primis il cittadino – sui temi dell'appropriatezza, della sostenibilità del sistema, e sulla responsabilizzazione del singolo sulle scelte di salute. Il sistema proposto è necessario perché, a livello nazionale:

- a. All'interno della struttura: Le organizzazioni che monitorano sistematicamente e rendono disponibili agli *stakeholders* i dati sulla qualità dell'assistenza migliorano la qualità dell'assistenza al proprio interno (Ann Intern Med, 2008).
- b. Complessivamente, nei confronti degli *stakeholders*, monitorare in maniera rigorosa, misurarsi rispetto a standard di eccellenza e "garantire una diffusa e consapevole partecipazione alle decisioni riguardanti la salute è l'unica chiave per garantire una solida sostenibilità del nostro sistema sanitario nel prossimo futuro, facendo sì che:
  - i cittadini possano operare le proprie scelte comportamentali e sanitarie in piena consapevolezza, trasparenza e responsabilità;
  - i professionisti sanitari possano svolgere il proprio lavoro concentrandosi sul miglioramento continuo della qualità di servizi che devono essere efficaci, efficienti, appropriati ed umani;
  - i manager possano gestire le organizzazioni sanitarie focalizzandosi sugli obiettivi di salute dei cittadini;
  - i politici possano svolgere il loro ruolo di rappresentanti del popolo nell'interesse di quest'ultimo, con piena collaborazione tra il livello nazionale e quello regionale, consapevoli della complessità dei problemi sanitari e della loro dimensione contemporaneamente globale e locale" (Ricciardi, 2010). Questo, a condizione che ai meccanismi di valutazione seguano meccanismi di incentivazione e di valorizzazione anche monetaria condivisi e trasparenti.

## Autori

Prof. Walter Ricciardi,  
Presidente EUPHA  
European Public Health Association

### *In collaborazione con i professori*

Antonio Giulio de Belvis  
Università Cattolica del Sacro Cuore Roma  
Giuseppe La Torre  
Sapienza Università di Roma

## Fonti consultate e consigliate

- Fung C, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med* 2008;148:111-123
- OECD Statistics. Disponibile sul sito: [http://www.oecd.org/document/0,3746,en\\_2649\\_201185\\_46462759\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html)
- Eurostat indicators. Press Release, August 2011. Disponibile sul sito: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/4-24102011-AP/EN/4-24102011-AP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/4-24102011-AP/EN/4-24102011-AP-EN.PDF)
- European Commission 2011. Disponibile sul sito: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2011/pdf/ee-2011-3\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2011/pdf/ee-2011-3_en.pdf)
- Franzini M, Giannoni M. Determinants of health disparities between Italian regions. *BMC Public Health* 2010, 10:296
- Mangano A. An analysis of the regional differences in health care utilization in Italy. *Health & Place* 16 (2010) 301-308
- Ricciardi W, De Belvis AG (a cura di). Rapporto Osservasalute 2010. Milano: Prex S.p.A., 2011. Disponibile sul sito: [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it)
- OECD. Health care systems: getting more value for money [PDF: 880 Kb]. Economics Department Policy Notes n. 2, 2011
- Istat, anno 2010. La povertà in Italia. Disponibile sul sito: [www.istat.it](http://www.istat.it)
- Ricciardi W (a cura di). Sanità è partecipazione. 2010. Disponibile sul sito web: <http://www.italiafutura.it/dettaglio/110491/presentazione>
- Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Predisposizione di una metodologia per la lettura integrata e sintetica di indicatori di valutazione dell'appropriatezza del sistema di garanzia dei LEA a livello aziendale, in applicazione di logiche di clinical governance. Progetto SIVEAS – Ministero della Salute. Relazione finale. Roma, maggio 2008
- de Belvis AG, Specchia ML, Valerio L, Ferrè F, Fattore G, Ricciardi W. Answers to the financial crisis in Italy. *Health Policy*, in press
- Stuckler D, Basu S, McKee M, Suhrcke M. Responding to the economic crisis: a primer for public health professionals. *J Public Health (Oxf)*. 2010 Sep;32(3):298-306
- McKee M. The consequences of economic crises and the responses to them for population health. *Eur J Public Health* 2011; 21 (suppl.1): 7.
- Phillip Inman. IMF warns of the 'human cost' of public spending cuts. [guardian.co.uk](http://guardian.co.uk), Monday 13 September 2010 18.08 BST
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet* 2011; 378: 124-5.
- World Health Organisation. Impact of economic crises on mental health. WHO Regional Office for Europe 2011.
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolaou I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet* 2011; 378: 1457-8.
- World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva 2000.

**Italian Health Policy Brief**

Anno 1 Numero 1 - Supplemento Speciale

**Direttore Responsabile**

Eleonora Benfatto

**Direttore Editoriale**

Massimo Cherubini

**Comitato degli esperti**

Pierluigi Canonico

Claudio Cricelli

Andrea Mandelli

Lorenzo Mantovani

Antonio Nicolucci

Renato Lauro

Walter Ricciardi

Federico Spandonaro

Ketty Vaccaro

Stefano Vella

**Registrazione**

In attesa di registrazione presso il Tribunale  
di Milano