

Interventi per l'efficienza della sanità pubblica

di Stefano Micossi

Il Ministro Livia Turco ha annunciato un'ampia consultazione in vista di una nuova legge delega in materia di sanità. Dalla seconda metà degli anni ottanta il sistema sanitario è stato oggetto di **numerosi interventi di riforma**; anche se qualche nuovo intervento appare necessario, prima di metter mano a una nuova legge si dovrebbero valutare gli effetti dei passati interventi, cosa finora mai fatta. Ogni ministro, infatti, preferisce ripartire con nuovi interventi che portino il suo nome. Discuto qui alcuni aspetti di efficienza e buona gestione dove gli interventi passati andrebbero valorizzati e ripeto una proposta di cambiamento, tralasciando molte altre questioni importanti.

La dinamica della spesa sanitaria resta elevata

La spesa sanitaria rappresenta nel nostro paese l'8,8 % per cento del pil, di cui il 6.6% a carico del settore pubblico; quest'ultima percentuale è più o meno in linea con quella di vari altri paesi europei, ma è aumentata rapidamente negli ultimi anni (era scesa al 5,8% con la manovra correttiva del governo Amato del 1992, è risalita sui valori attuali con il governo Berlusconi). La dinamica tendenziale resta sostenuta, gettando **seri dubbi sulla realizzabilità degli obiettivi di stabilizzazione della spesa indicati dal governo nella legge finanziaria**: secondo talune stime, vi sono 5-7 miliardi di disavanzo non coperto dagli accordi stato-regioni, per non parlare dei debiti sommersi che periodicamente riemergono, come ora – colossali – nel Lazio.

Due innovazioni da salvare

Tuttavia, anche prendendo per buoni tali obiettivi e gli interventi per realizzarlo, va avviata anche la discussione sui modi per migliorare l'efficienza delle gestioni e la qualità dei servizi. **Due innovazioni fondamentali**, introdotte negli anni novanta, **andrebbero confermate, anzi consolidate**: la cd. "aziendalizzazione" delle aziende sanitarie e degli ospedali e la fissazione di tariffe predeterminate di rimborso per le prestazioni del sistema pubblico.

L'aziendalizzazione è stata vanificata dall'abbandono, da un lato, dei criteri di competenza gestionale e operativa nella scelta dei dirigenti, in favore di un sempre più esteso sistema di lottizzazione politica, dall'altro, dell'obbligo del pareggio di bilancio per le aziende pubbliche. Le pratiche di outsourcing di servizi e forniture a strutture create dal personale sanitario e dai gestori pubblici del sistema hanno condotto in molte aree a un'attenuazione dei controlli gestionali, alla dilatazione della

spesa e a diffusi fenomeni di corruzione. Qui **tocca alla politica fare un passo indietro**, rinunciare alle estese cointeressenze e ripristinare il valido disegno originario: un obiettivo non semplice, che richiede un esplicito impegno politico ai massimi livelli di governo. Esso dovrebbe anche trovare presidio in appropriati meccanismi di selezione del personale dirigente a tutti i livelli e nel rafforzamento dei controlli delle gestioni da parte delle regioni, oggi spesso debolissimi per esplicita volontà politica.

La **fissazione delle tariffe** di prestazione è rimasta, ma viene oggi investita dal fuoco concentrico dei sindacati del settore, dei fornitori di apparati e medicinali e degli stessi gestori. L'origine dell'ostilità è presto detto. Mentre le strutture ospedaliere private guadagnano bene con le tariffe esistenti, quelle pubbliche tendenzialmente perdono a tutto vapore: a causa degli eccessi di personale e delle inefficienze di gestione, ma anche della tendenza dei servizi a più elevato valore aggiunto a spostarsi verso il sistema privato. Quest'ultimo fenomeno, peraltro, riflette anche i rapporti incestuosi tra gestori della sanità pubblica e sistema delle cliniche private, del quale troppo poco si parla; il fenomeno sarebbe più facilmente contrastabile, se gli ospedali fossero gestiti in maniera più attenta all'efficienza.

Ristabilire il vincolo di bilancio e misurare il risultati

I disavanzi vengono saldati a piè di lista dalle regioni; ciononostante, il sistema delle tariffe mantiene un utile elemento di verifica sulla qualità delle gestioni. Se si applicasse alle aziende ospedaliere un vincolo di bilancio stringente, le inefficienze sarebbero col tempo riassorbite. Il sistema potrebbe essere utilmente completato con la pubblicazione regolare di **indicatori di performance e di costo** per ogni azienda ospedaliera – ma ciò richiede di superare l'opposizione del sindacato e della politica, che vedono ogni trasparente misura dell'efficienza come il fumo negli occhi.

Chi chiede di abbandonare le tariffe propone di ristabilire il sistema precedente di fissazione aggregata del fabbisogno delle aziende ospedaliere; si tornerebbe nel mare magno del negoziato politico sui fabbisogni, nel quale non sarebbe facile distinguere le spese per assunzioni inutili e contratti di fornitura di favore da quelle necessarie per le prestazioni ai pazienti.

La capacità di scelta dei pazienti

Ho discusso fin qui elementi di miglioramento già presenti nel sistema; il rafforzamento di quelle regole darebbe grandi miglioramenti gestionali e finanziari. Tuttavia, ciò non basta; occorre affrontare la questione cruciale della **capacità di scelta delle prestazioni sanitarie da parte dei pazienti**, che oggi non hanno voce nel sistema. Il sistema pubblico negozia con gli *stakeholders* – sindacati dei dipendenti, fornitori, gestori privati di cliniche e sistemi diagnostici, industria farmaceutica e delle macchine medicali – ma non con i pazienti. Se aumentasse la

capacità di scelta dei pazienti, aumenterebbe anche la pressione competitiva sugli ospedali a usare bene le risorse e produrre servizi di qualità

Il sistema per ottenere questo risultato già esiste e viene applicato con successo in Germania, Olanda e Svizzera; una sperimentazione in questa direzione è stata avviata dalla regione Lombardia. Si tratta di **sottrarre l'acquisto delle prestazioni sanitarie all'amministrazione pubblica**, attribuendone la responsabilità a **fondi di natura mutualistica (non profit) o assicurativa (for profit)**; tali fondi potrebbero essere costituiti anche da **organizzazioni sindacali o associazioni di utenti** e sarebbero assoggettati a stringenti controlli gestionali, *mutatis mutandis* come avviene già per le società di assicurazione e i fondi pensione integrativi.

Il compito dei fondi per l'acquisto delle prestazioni sanitarie

Il compito fondamentale di questi fondi sarebbe quello di aiutare i pazienti a scegliere le prestazioni migliori: essi negozierebbero i livelli di prestazione con le strutture sanitarie, pubbliche e private, scegliendo per conto dei propri associati le strutture meglio in grado di prestare servizi di qualità. Il sistema sanitario dovrebbe fronteggiare interlocutori forti e capaci di valutare la qualità dei servizi sanitari. La **difesa degli interessi dei pazienti**, che individualmente faticano a discriminare la qualità dei servizi sanitari, sarebbe presidiata dalla molteplicità dei fondi, posti tra loro in concorrenza, e dai vincoli sulla gestione – anzitutto nella forma di **obblighi penetranti di trasparenza** sui criteri di valutazione e le scelte compiute. Trasparenza che è quasi del tutto assente nel sistema attuale di gestione burocratica.

I fondi sarebbero alimentati con contributi pubblici, corrispondenti alla quota capitaria nel fondo sanitario nazionale degli associati, **e da contribuzioni private** di natura assicurativa per le prestazioni non coperte dal sistema sanitario.

Gli effetti sulla gestione degli ospedali...

Un effetto positivo rilevante sarebbe quello di obbligare le amministrazioni pubbliche a **liberare le mani al management delle strutture sanitarie**; invece di limitarsi al contenimento dei costi, come in pratica avviene oggi, i gestori dovrebbero necessariamente **agire anche sui modelli organizzativi** per migliorare la qualità delle prestazioni. La sanzione per la cattiva gestione sarebbe la perdita dei pazienti e dei fondi per continuare ad operare.

... e l'universalità del sistema sanitario

Questo modello viene criticato perché metterebbe a rischio **l'universalità del sistema sanitario**. La critica è infondata: infatti, la fissazione dei livelli di prestazione e delle tariffe resterebbero al settore pubblico, né più né meno come avviene oggi. Ciò che non sarebbe più possibile è il finanziamento a piè di lista

dell'inefficienza. Gli ospedali inefficienti dovrebbero cambiare o chiudere. Le amministrazioni regionali potrebbero dedicarsi più intensamente ad amministrare i controlli, che oggi spesso trascurano.

Ridare scelta agli utenti dei servizi pubblici

Nel dibattito sul miglioramento della qualità dei servizi pubblici il nostro paese continua pervicacemente a rifiutare le soluzioni che implicano una maggior **libertà di scelta degli utenti** – nella scuola e nell'università, nei servizi pubblici locali, nella sanità. Resta fortissimo il pregiudizio ideologico a favore del sistema paternalistico nel quale lo stato decide per tutti. Eppure, un'esperienza sempre più estesa conferma che ridare la scelta agli utenti è la strada maestra per migliorare, insieme ai servizi, la qualità del settore pubblico. Non è una strada facile, complessi problemi di disegno istituzionale devono essere risolti. Ma almeno gli utenti prenderebbero posto al tavolo delle decisioni, dal quale oggi pervicacemente sono esclusi dal coagulo degli interessi organizzati.

Signora Turco: perché non incomincia lei a mostrare la strada?