

POLITICA

PERCHÉ IL FEDERALISMO NON FA FUNZIONARE LA SANITÀ

I vincoli economici imposti dall'Unione europea e una necessità generalizzata di razionalizzazione hanno spinto i Governi a rivedere profondamente l'impianto del Ssn con risultati insoddisfacenti. Le tesi di Walter Ricciardi e Alessandro Solipaca nell'ebook "Il Servizio sanitario nazionale. Performance ed equità dopo decentramento, autonomia e sussidiarietà"

■ **Michela Perrone**

Il principio della sussidiarietà ha mostrato tutti i suoi limiti e in generale l'autonomia regionale non ha funzionato come si era sperato. Sono queste le conclusioni cui giungono, dati alla mano, Walter Ricciardi e Alessandro Solipaca nell'ebook "Il Servizio sanitario nazionale. Performance ed equità dopo decentramento, autonomia e sussidiarietà" edito da **Vita e Pensiero**.

I due esperti, rispettivamente direttore e direttore scientifico dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane dell'Università **Cattolica** di Roma, iniziano la loro analisi partendo dagli anni '90 e dalle riforme che hanno cambiato radicalmente il Ssn.

Da una parte i vincoli economici imposti dall'ingresso nell'Unione europea, dall'altra una generale necessità di razionalizzazione hanno spinto i Governi a rivedere profondamente l'impianto del Ssn come lo avevamo conosciuto fino a quel momento.

Tre gli aspetti qualificanti dei cambiamenti avvenuti in questo periodo: il decentramento delle responsabilità; l'introduzione del concetto di mercato e di competitività tra strutture sanitarie; il passaggio da un'assistenza sanitaria uniforme su tutto il territorio a una limitata solo al Lea, i Livelli essenziali di assistenza.

Tutto questo ha di fatto trasformato gli ospedali in aziende, introducendo sistemi di finanziamento non più basati sulla remunerazione dei fattori produttivi, ma sulle prestazioni effettivamente erogate. La via dell'autonomia imboccata in quegli anni ha avuto il suo culmine nei primi anni Duemila, con la riforma del Titolo V della Costituzione, con la quale la competenza sanitaria è passata in capo alle Regioni.

IL CONCETTO DI PERFORMANCE

Nonostante siamo ormai abituati a utilizzare la parola performance in sanità, il suo significato non è molto chiaro. Prima di tutto perché, come notano gli stessi autori, si tratta di un concetto complesso e multidimensionale. Dunque di difficile valutazione. E poi perché la correlazione tra le azioni intraprese e la loro efficacia non è dimostrabile in maniera rigorosa. Si possono comparare i vari modelli regionali o lo stesso Ssr a distanza di tempo, ma si tratta di analisi che sono condizionate da dinamiche dipendenti dalle dotazioni tecniche e di personale delle singole strutture, oltre che dagli stili di vita e dai fattori genetici della popolazione.

Per questo motivo, Ricciardi e Solipaca, dopo aver descritto i caveat, si limitano a pochi indicatori per misurare la qualità dell'assistenza sanitaria:

- le quote di spesa destinate all'assistenza erogata a gestione diretta dalle strutture pubbliche;
- quelle destinate all'assistenza erogata da strutture private accreditate;
- la quota privata a carico delle famiglie;
- esiti di salute;
- garanzia del Lea;
- soddisfazione per l'assistenza ospedaliera.

"Lungi dall'arrivare a conclusioni definitive circa le scelte compiute dalle varie Giunte regionali, grazie a questi indicatori siamo riusciti a individuare alcuni trend utili a stimolare riflessioni future", afferma Solipaca.

UN'AUTONOMIA IMPERFETTA

La legge 56/2000 introduce il federalismo fiscale, che in ambito sanitario non ha (ancora) avuto la sua piena attuazione: "Si tratta di un'autonomia che non è stata perfezionata – spiega Alessandro Solipaca – perché le Regio-



ni continuano ad avere numerosi vincoli, per esempio per quanto riguarda l'assunzione del personale o i posti letto ospedalieri. Inoltre, al momento le Regioni non possono aumentare l'imposizione fiscale".

“La sanità è un settore altamente tecnologico e sappiamo che l'innovazione nel breve e medio periodo è molto costosa. Difficilmente in futuro riusciremo a finanziare farmaci e servizi destinando una percentuale così bassa del Pil”

Per l'esperto, tuttavia, la politica non è stata molto incisiva in questi ultimi vent'anni: “I governatori hanno ricevuto una struttura ereditata dal passato ma non sono mai intervenuti a modificarla”. E, aspetto bizzarro, dal punto di vista dell'allocazione della spesa gli schieramenti politici non si sono comportati in maniera significativamente diversa.

Nella loro analisi i due esperti passano in rassegna i profili di spesa delle Giunte regionali tra il 2000 e il 2018. Quattro i trend emersi:

- allocazione di una parte significativa di spesa alla gestione diretta, con una quota medio-bassa destinata al privato accreditato. Ridotta anche la spesa out of pocket (questo scenario ha caratterizzato Liguria, Umbria, Toscana, Sardegna, Marche);

- allocazione di una quota leggermente maggiore al privato accreditato, alta spesa out of pocket (le Regioni che hanno seguito questo modello sono Lombardia, Veneto, Lazio, Piemonte);

- spesa diretta medio-bassa, quota più elevata della media nazionale per l'assistenza ospedaliera delegata al privato accreditato. Questo è il gruppo caratterizzato dalla più bassa spesa out of pocket dei quattro (è successo in Sicilia, Puglia, Calabria, Campania, Abruzzo);

- allocazione di una parte significativa di spesa alla gestione diretta, con una quota medio-bassa destinata al privato accreditato. Il profilo è simile a quello del gruppo 1, ma in questo caso la spesa out of pocket è la più alta dei quattro (il modello seguito da Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna).

“Probabilmente, a caratterizzare davvero la politica sanitaria di una Regione è la sua storia sanitaria e culturale”, azzarda Solipaca.

IL PUNTO SULL'AUTONOMIA REGIONALE

Il 22 ottobre 2017, in Lombardia e Veneto si sono tenute due consultazioni sull'autonomia. Ai cittadini venne chiesto se volessero che la propria Regione si impegnasse nel richiedere allo Stato centrale maggiore autonomia, di fatto dando gambe a quanto previsto dalla riforma del Titolo V che prevedeva, tra le altre cose, che le Regioni con i conti in ordine potessero vedersi assegnare maggiori competenze. Benché previsto dalla Costituzione,

POLITICA

il passaggio non è tuttavia automatico: si tratta di una lunga trattativa con il Governo, regolamentata dal terzo comma dell'articolo 116 (quest'ultimo è quello che, nella prima parte, descrive i poteri delle Regioni a statuto speciale).

Nel 2017, oltre a Veneto e Lombardia, anche l'Emilia Romagna aveva iniziato l'iter per ottenere una maggiore autonomia.

La legge del Veneto prevede il quorum anche per i referendum consultivi: nel 2017 andarono

legge sull'autonomia differenziata. Il documento è stato approvato dal governo nel mese di febbraio, ma l'iter legislativo che dovrebbe portarlo a diventare legge appare in salita, anche per la quantità di passaggi da compiere.

Da una parte, una commissione nominata del governo ha sei mesi di tempo per definire i Lep, i Livelli essenziali di prestazione. Si tratta di parametri previsti dall'articolo 117 della Costituzione dalla riforma del 2001 e servono a stabilire il livello minimo dei servizi a cui ciascuno ha diritto ad accedere, a prescindere da dove abita.

Una volta terminata questa fase, dovrà essere emanato un decreto del presidente del Consiglio (Dpcm) per ciascun Lep, che andrà preventivamente approvato dalla Conferenza unificata, dopo di che i Lep andranno discussi e approvati dal parlamento.

Le Regioni devono poi decidere quali delle 23 competenze previste desiderano, negoziando con il governo le modalità di erogazione dei servizi e come intendono garantire i Lep.

Nel frattempo, nel mese di aprile Roberto Calderoli ha incontrato la Conferenza dei presidenti delle assemblee legislative delle regioni e delle province autonome, un organismo di coordinamento politico e confronto che esiste dal 1981. La riunione è stata l'occasione per rispondere a dubbi e interrogativi sull'autonomia regionale.

"A chi si ostina a dire che l'autonomia spacca il Paese e aumenta il gap tra nord e sud - ha scritto il ministro sul suo profilo Facebook - continuo a rispondere che proprio questa riforma può essere la soluzione alle sperequazioni attuali perché metterà in condizione tutti di valorizzare le proprie peculiarità. Ci sono i fondi e c'è la possibilità di utilizzarli per colmare il divario".

Calderoli si è poi rivolto alle Regioni che non sono convinte che dover gestire più competenze rappresenti un vantaggio: "Chi non volesse cogliere la sfida può sempre scegliere di non richiedere ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, assumendosi però la responsabilità di questa scelta se nel frattempo chi ha richiesto l'autonomia poi dovesse migliorare".

I DUBBI RIMANGONO

Sebbene l'autonomia si stia perfezionando, è chiaro che i tempi non saranno brevi.

"La mia opinione è che la sanità sia un tema troppo delicato da lasciare alle Regioni - afferma Solipaca - e abbiamo già verificato che si creerebbero 21 sistemi sanitari regionali diversi, con il Mezzogiorno sicuramente indietro".

“Andrebbero rivisti i parametri dell’allocazione del Fondo sanitario nazionale: le Regioni del Mezzogiorno mediamente spendono meno in termini di spesa pro capite rispetto al Nord, perché hanno un finanziamento inferiore e anche meno risorse proprie. Questo frena l’efficienza perché è difficile lavorare con fondi insufficienti rispetto al bisogno potenziale”

a votare il 57,2% degli aventi diritto e la quasi totalità (il 98,1%) si dichiarò favorevole per una maggiore autonomia.

In Lombardia, dove invece il quorum non era necessario, si recarono alle urne circa 3 milioni di persone, pari al 38,5% degli aventi diritto. Anche in questo caso la maggioranza (il 95,29%) si esprime per il sì.

Dopo un lungo periodo di stop legato prima all'arrivo del Movimento 5 Stelle al Governo e poi alla pandemia, negli ultimi mesi sono ripresi gli incontri per concretizzare l'autonomia regionale. A fine 2022, il ministro per gli Affari regionali Roberto Calderoli ha presentato un disegno di

Il risultato, quindi, lungi dal garantire a tutti gli stessi diritti, secondo l'esperto sarebbe "acuire le disuguaglianze territoriali che già vediamo oggi: è indiscutibile che le Regioni hanno capacità sia economiche sia organizzative diverse e sarebbe particolarmente complicato riuscire a riequilibrare questi dislivelli".

Proprio per tutelare tutte le aree del Paese, è stato previsto il fondo di perequazione, che secondo Solipaca non è sufficiente: "Si tratta di uno strumento che è oggetto di contrattazione tra Regioni e che difficilmente riuscirà a tutelare le più deboli. A oggi i dubbi che avevamo all'inizio del processo sono rimasti immutati. È vero che le condizioni non sono ottimali dal punto di vista del decentramento, ma temo che i nostri timori sarebbero confermati anche in un'autonomia perfetta".

COME CALCOLARE IL BISOGNO

Stabilito che le risorse andrebbero distribuite in base al bisogno di un territorio, come calcolare questo bisogno? "Attualmente le formule allocative utilizzano soprattutto parametri relativi a quanto già successo - rileva Solipaca - e bisognerebbe prendere in considerazione indicatori provenienti dalla letteratura, poiché quello che già è successo a sua volta è condizionato da quante risorse c'erano a disposizione".

L'elefante nella stanza è il finanziamento al Servizio sanitario nazionale: in Italia quest'anno è stato destinato poco più del 6% del Pil, una delle percentuali più basse all'interno dell'Unione europea.

"La sanità è un settore altamente tecnologico e sappiamo che l'innovazione nel breve e medio periodo è molto costosa. Difficilmente in futuro riusciremo a finanziare farmaci e servizi destinando una percentuale così bassa del Pil".

La sanità del futuro non potrà prescindere dall'integrazione pubblico-privato. "Il privato non va demonizzato, ma dobbiamo essere consci dell'esistenza di alcuni caveat: si tratta di un mondo caratterizzato dal rendimento atteso e da un livello di assistenza inferiore rispetto alla gestione diretta. Consci di questo, si possono impostare ragionamenti".

QUALI SOLUZIONI

In un quadro che sembra premiare le aree del Paese che già stanno meglio, come si possono ridurre le disuguaglianze?

"Prima di tutto credo andrebbero rivisti i parametri dell'allocazione del Fondo sanitario nazionale: le Regioni del Mezzogiorno mediamente spendono meno in termini di spesa pro capite rispetto al

Nord, perché hanno un finanziamento inferiore e anche meno risorse proprie. Questo frena l'efficienza perché è difficile lavorare con fondi insufficienti rispetto al bisogno potenziale".

I dati dicono che il bisogno delle Regioni del Sud è più elevato se misurato attraverso parametri come la cronicità o la mortalità. "In Campania la popolazione sta significativamente peggio rispetto al resto del Paese, quindi io mi aspetterei che questa Regione avesse più risorse", esemplifica Solipaca.

Una volta risolto il nodo delle risorse, bisognerebbe agire sul problema dell'organizzazione: "Ultimamente si sta investendo molto sul territorio: è necessario potenziare la prevenzione, non solo dal punto di vista dell'offerta, ma anche da quello della promozione del concetto stesso".

È stato osservato che per molti tumori, per esempio, la mortalità diminuisce laddove funzionano di più gli screening. "La prevenzione ha un effetto, non è solo uno slogan", afferma l'esperto.

Il secondo aspetto organizzativo riguarda il personale: "Occorre mettere le persone giuste al posto giusto: oggi la scelta dei direttori generali viene fatta sulla base dello schieramento politico e non della meritocrazia. Questo ha un peso".

Ma la selezione del personale potrebbe essere rivista a tutti i livelli: "Le persone che fanno parte di un'organizzazione fanno la differenza e possono migliorare la qualità dell'assistenza anche dal punto di vista umano".

Per motivare le persone, secondo Solipaca, sarebbe utile introdurre un sistema di valutazione della performance individuale che faccia sì che se una persona lavora bene ottenga di più. "Nella Pubblica amministrazione oggi le performance non vengono calcolate o, quando lo si fa, si premiano i vertici che paradossalmente traggono un vantaggio dal lavoro degli altri. È piuttosto bizzarra come situazione".

Un meccanismo premiale avrebbe ovviamente dei costi e sarebbe complesso da organizzare, anche dal punto di vista culturale. Ma potrebbe essere una via che vale la pena provare a percorrere.

Ricciardi e Solipaca hanno poi misurato la soddisfazione del personale medico e infermieristico: "Quella nel Mezzogiorno - sintetizza l'esperto - continua ad avere un valore medio inferiore rispetto a quello nazionale. Si tratta di un'autopercezione che quindi dipende anche dalle aspettative, ma è un dato importante". ■

Aziende/Istituzioni

Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane dell'Università Cattolica di Roma