

# La Pediatria al mercato

PIETRO AUCONI

Divisione Pediatrica, Ospedale di Marino, Roma

*I mercati sono dei luoghi dove, se non si ha pratica, ci si muove male, e dove si fa fatica a riconoscere le leggi portanti. Il mercato della medicina è sempre esistito, ma adesso è diventato nello stesso tempo invadente (per la vita di ciascuno) e invasivo (dall'enormità degli interessi che lo muovono).*

---

*«... Il movimento è naturale, sorge spontaneamente. Perciò la trasformazione di ciò che è invecchiato diventa facile. Il vecchio viene rifiutato, e ad esso subentra il nuovo. Entrambe le misure sono in accordo con il tempo; perciò non ne risulta alcun danno.»*

*I Ching*

---

Nel 1992 la grave crisi finanziaria costringeva il nostro Paese a un riordino strutturale della spesa sanitaria. A fondamento di questo processo erano adottati criteri di regolazione economica derivanti dal mondo aziendale, quali budget, contabilità analitica, verifica della qualità, al fine di favorire una nuova sensibilità intorno alle problematiche della valutazione dei costi delle prestazioni erogate. L'imperativo di «migliorare la brutta pagella dell'amministrazione italiana» portava alla trasformazione delle USL in aziende pubbliche di servizi, degli ospedali in aziende, dei medici in manager<sup>1</sup>.

L'aziendalizzazione è stata identificata come un mezzo per comporre la crisi dei sistemi sanitari. Ma la crisi viene da lontano e non è solo economica, legata all'esplosione dei costi della tecnologia medica o all'aumento della popolazione anziana. Quando si passa dalla lotta alla malattia al diritto alla sa-

lute si crea un attrito, uno squilibrio difficilmente componibile tra la domanda e l'offerta. La domanda di salute e benessere è sempre in eccesso rispetto all'offerta<sup>2</sup>. Il controllo dell'offerta non può nulla sul controllo della domanda. Non c'è programmazione sanitaria, educazione e informazione che possano realizzarla. Il flusso della domanda è incontrollato. Il flusso delle prestazioni (e il flusso della spesa) ne è una conseguenza.

L'insoddisfazione dei cittadini nei confronti del sistema sanitario e la costante presunzione di "malasanità" sono il risultato di questo squilibrio al momento incoercibile tra attesa di servizi e servizi effettivamente ricevuti.

L'aziendalizzazione da strumento di regolazione economica diventa un fine. La responsabilizzazione degli addetti ai lavori da attiva («mi mobilito per») diventa passiva («devo rispondere di»). I presidi sanitari, una volta strumenti di attuazione di un disegno politico "alto" - forse troppo - diventano ora aziende autonome, che hanno però difficoltà a riempire di significato la propria autonomia.

Il finanziamento a prestazione rappresenta al tempo stesso lo strumento e il metro di misura della aziendalizzazione: più prestazione un'azienda fornisce, e più risulta meritevole e retribuita. Questa distorsione implica un

cambio di strategie e un cambio di indirizzi; da servizio sanitario a supermercato della salute. Implica, intanto, l'equivalenza tra prestazioni eseguite dalla struttura pubblica e prestazioni della struttura privata. Equivalenza solo apparente, dal momento che la sanità privata è del tutto svincolata dagli obiettivi di fondo delle politiche sanitarie, dal ruolo sociale di tutela della salute dei cittadini, dalla promozione della "salute di domani". Il settore privato può scegliere e selezionare le aree di intervento, evitando i settori più onerosi, come le terapie intensive. Si fa carico del rischio d'impresa, ma può individuare le aree più remunerative del mercato, non è tenuto a gestire tutti gli aspetti della fragilità umana. È vera concorrenza? È sussidiarietà? In realtà, più un contagio: poiché le strutture pubbliche finiscono per mettersi sullo stesso piano di quelle private, e perdono di vista principi come "il bene comune" o "la politica sanitaria", mirando alla propria sopravvivenza, al proprio bilancio, ed eventualmente al proprio sviluppo.

## LIBERISMO SANITARIO

Dunque la sanità cerca il proprio futuro nel mercato, forte della fede laica circa gli effetti benefici della concor-

renza. Far trionfare l'efficienza, stimolare la concorrenza tra i servizi medici, utilizzando una rete di convenzioni, assicurazioni, bonus, compartecipazioni, incentivare l'autonomia dei cittadini nella scelta dei servizi, orientare verso prestazioni appropriate e soddisfacenti dovrebbe condurre al conseguimento degli obiettivi, tenendo sotto controllo i costi. Il condizionale è d'obbligo, stante il cumulo dei problemi irrisolti, e dal momento che la sanità ha conosciuto nel '92 e nel '99 due profonde riforme culturali e organizzative (non sempre coerenti), varate nel tentativo di raddrizzarne la rotta, e si accinge ora a conoscerne una terza, altrettanto incisiva e forse traumatica. Purtroppo, l'esperienza maturata in molti Paesi europei non offre prove convincenti circa i vantaggi del confronto tra pubblico e privato, anche solo da un punto di vista strettamente economico. Al contrario, come vedremo più avanti, la "privatizzazione", così come la "aziendalizzazione", aumentano la spesa, anche la spesa pubblica.

Nel nostro Paese la lenta transizione dai "servizi sanitari" ai "mercati sanitari" ha implicato un mutamento del linguaggio (da pazienti a utenti) e di paradigma circa il ruolo sociale dell'assistenza. Questa riedizione nostrana di globalizzazione del mercato sanitario non sembra la medicina migliore per curare un sistema che stenta a trovare un'anima e che tuttora coniuga lassismo ed efficientismo, caritatività e furbie contabili, liste d'attesa e favori, trapianti d'organo e somatostatina. Qualche osservatore già si chiede, osservando la transizione di un sistema che abbandona una logica di non profitto per diventare un erogatore di prodotti per il mercato, «... quanto tutto questo possa, a lungo termine, soddisfare realmente i bisogni di salute del cliente...»<sup>3</sup>.

Mentre si ribadisce in ogni occasione l'importanza dei valori di cittadinanza (anche formalizzandoli nella Carta dei diritti del cittadino), del diritto alla salute, della solidarietà e della partecipazione, la spesa pubblica destinata alla sanità viene continuamente accusata di sperpero<sup>4</sup>.

Lo spirito del tempo sembra carat-

terizzato da una nuova cultura politica, definita via via conservatorismo compassionevole, modernizzazione armonica, liberismo sociale, che privilegia l'importanza del merito, dell'iniziativa personale, della "soggettività creativa" dell'individuo<sup>5</sup>. Sembra che al Welfare State sia da preferire una "Welfare Society":

«... una società dal potere diffuso, dove le responsabilità della gestione sociale, superando l'antica totale delega del cittadino allo Stato Padre-Padrone, è affidata ai capi intermedi della comunità, responsabilizzati in ordine alla sovranità di loro beni. È una società nella quale il livello privato e il livello statale cooperano e competono nell'offerta dei servizi formando insieme un unico sistema pubblico, all'interno del quale sia la più estesa, la più plurale, la più libera possibile la scelta dei cittadini ... vanno facilitati e non sabotati tutti coloro, comunità, imprese o altri soggetti sociali, che pensano di poter offrire servizi più adeguati alla molteplicità e alla ricchezza della domanda dei nuovi cittadini del ventunesimo secolo»<sup>5</sup>.

Ma il trasferimento di questa ideologia al mondo della sanità non si è concretizzato sinora in un processo di razionalizzazione delle prestazioni, quanto piuttosto nella imposizione di una contabilità, nella ricerca a tutti i costi di un pareggio di bilancio. In medicina, non è il prezzo lo strumento di equilibrio tra bisogni e risorse. I costi sono la conseguenza: il nucleo della spesa è la conformità della prestazione al bisogno, l'efficienza è la rispondenza della prestazione alla propria funzione. E non tutto è monetizzabile: quanto vale (quanto costa) il sostegno alle famiglie multirischio? E il counseling delle operazioni preventive? Quanto vale il valore aggiunto di un pronto soccorso ospedaliero in termini di tutela per la salute della popolazione? È desumibile da quanti interventi vengono effettuati? Il valore di un servizio di vigilanza notturna si deduce da quanti ladri riesce ad acciuffare? Quanto vale (quanto costa) la sorveglianza sanitaria di un parto?

I criteri delle scelte devono essere guidati dai valori di una società: diminuire le tasse necessarie al Welfare

vuol dire diminuire gli investimenti per la sanità, cioè rimandare le scelte, cioè rendere il sistema obsoleto, arbitrario e congestionato, cioè incentivare il ricorso al privato, cioè sminuire il ruolo sociale del servizio pubblico facendolo uscire dal mercato, cioè giustificare la diminuzione delle tasse.

### MERCATO E SANITÀ: UN MATRIMONIO RIUSCITO?

Nei primi anni Novanta negli Stati Uniti l'introduzione della "managed care", allo scopo di contrastare l'enorme incremento del bilancio sanitario, portava a una iniziale flessione dei costi (dovuta soprattutto al disincentivo economico per i sanitari e alla contrazione dei rimborsi per gli assistiti da parte delle compagnie di assicurazione), ma anche a una successiva impetuosa tendenza al rialzo: quasi il 10% annuo di incremento di spesa.

La "managed care" indica un sistema di contrattazione tra le compagnie assicurative, ospedali e altri presidi di offerta per la copertura sanitaria totale o parziale degli assistiti. Il rimborso è generalmente effettuato non a prestazione ma - più recentemente - a quota capitaria. La definizione delle tariffe e dei rimborsi avviene in un clima di stretta concorrenza tra le compagnie assicurative per accaparrarsi i fondi dei datori di lavoro, ma c'è minore attenzione circa la congruità e la qualità delle operazioni sanitarie. In breve, la critica prevalente mossa a questo sistema di bilanciamento privato-pubblico convenzionato riguarda gli assicuratori e i venditori di pacchetti di coperture sanitarie integrative, che sono diventati i protagonisti assoluti del mercato<sup>6</sup>.

L'aumento della popolazione anziana, l'impiego sempre più frequente di tecnologia sanitaria sofisticata e costosa, la crescente domanda di prestazioni da parte del pubblico, e soprattutto il grande dispendio di risorse (quasi il 30% del bilancio) per operazioni burocratiche di contabilità sui rimborsi e sull'intricata rete di trasferimenti di fondi tra ospedali e compagnie assicurative, verifiche amministrative e spese per la pubblicità dei servizi sono state altrettante cause strutturali di aumento della spesa legata alla managed care. Le leggi di mercato

non hanno comportato l'automatica contrazione dei costi di produzione, né alleggerito la struttura produttiva, e nemmeno hanno mitigato l'iniquità di un sistema sanitario da sempre istintivamente orientato al mercato. È ben noto che negli Stati Uniti più di 40 milioni di persone sono completamente prive di assicurazione contro le malattie, che molti possono contare su un'assicurazione precaria, ad esempio legata a un lavoro a termine e che, pur in presenza di una diffusa concorrenzialità dell'offerta, il costo complessivo del servizio sanitario statunitense è enorme in proporzione al PIL - 13% - a fronte di un indice di gradimento della popolazione molto basso<sup>7</sup>.

Il mercato dunque non sembra la terapia migliore nemmeno per un sistema che abbia, come motivazione di fondo, quella di contenere i costi. Secondo la tesi di Callahan, per svilupparsi e progredire il mercato ha bisogno di una medicina espansiva, capace di creare continuamente prodotti innovativi diagnostico-terapeutici da offrire al pubblico, una medicina dotata di una spinta molto forte al miglioramento e al progresso, non certo orientata al contenimento delle prestazioni e al controllo dei costi. Il mercato non si limita a soddisfare il desiderio, ma lo stimola; il mercato «... erige a valori sommi la scelta, l'efficienza e la competizione, escludendo ogni visione formale di un bene morale collettivo...»<sup>8</sup>.

Non c'è dubbio che la competizione tra servizi pubblici, privati e convenzionati, rende più facile smascherare situazioni macroscopiche di inefficienza o di parassitismo che si annidano nella struttura pubblica, tuttavia lo scenario di fondo in cui impatta il sistema di assistenza e la transizione epidemiologica dalle malattie acute alle malattie degenerative indicano che la tendenza strutturale all'incremento dei costi prescinde dalla concorrenza, o dall'esistenza o meno di un mercato. Può anzi accadere che proprio la concorrenza tra molteplici strutture di offerta sia alla base della lievitazione dei costi e delle tariffe. Le strutture meno efficienti tentano comunque di non uscire dal mercato a colpi di riconversioni, iperattività funzionale e mobilitazione di risorse per nuovi servizi (pensiamo

agli ospedali con meno di 120 posti letto). Negli Stati Uniti la comparazione dei benefici offerti dalle varie strutture sanitarie ha rappresentato una leva di marketing sanitario, non di razionalizzazione dell'offerta. Oppure è accaduto che la concorrenza sempre più aspra invece di stimolare maggiore efficienza abbia stimolato una gara tra le compagnie assicurative ad accaparrarsi le persone che si ammalano di meno<sup>6</sup>. Idealizzare l'aumentata possibilità di scelta per l'utente porta a trascurare il fatto che il paziente non ha quasi mai la possibilità reale di scegliere che cosa è meglio per la sua salute.

Nella definizione dei costi sicuramente conta, e molto, il sistema di remunerazione del medico; ma non soltanto del medico, anche e specialmente in Italia, dell'istituzione erogante le cure, e specialmente dell'ospedale. È stata raccolta una persuasiva mole di dati sul fatto che il pagamento a prestazione piuttosto che a stipendio fisso comporta una intensificazione di visite, esami, interventi. In questo campo l'importanza della "rilevanza umana" è enorme: giocano un ruolo fattori quali l'ansia del paziente di fronte al rischio, l'influenzabilità del pubblico inondato da informazioni mediche frammentarie, l'empatia del rapporto con il curante, l'incertezza dell'amministratore di fronte all'esplosione della domanda di salute. Secondo G. Domenighetti, nel Canton Ticino il potere di induzione da parte dei sanitari di prestazioni non necessarie ha comportato un esborso pari a 1/3 della spesa globale. Negli Stati Uniti, nonostante la diffusione dei principi della "managed care", tra ospedali (fornitori di servizi) e le compagnie di assicurazione (acquirenti di servizi), il numero degli interventi chirurgici pro capite risulta pari al doppio dell'Inghilterra, caratterizzata da un sistema sanitario largamente statalizzato. L'istituzione di una commissione di valutazione della congruità degli interventi chirurgici in due ospedali (commissione "tra pari" o "con secondo parere medico") produceva una riduzione dei cesarei da 27% all'8% dei parti, senza alcuna variazione nell'esito delle gravidanze. Il contenimento dei costi dello stato sociale è stato una delle ragioni forti del programma di riforma Thatcher, ma dopo qualche anno dall'introduzione della concorrenza nell'ambito del sistema sanitario nazionale e

dallo scorporo degli ospedali dai Distretti si assisteva a un incremento delle prestazioni mediche e degli interventi chirurgici, con un aumento dei costi globali del servizio sanitario pari al 50,5% dal '90 al '94 (nello stesso periodo in Italia l'aumento era pari al 17,9%)<sup>9</sup>.

La concorrenza implica l'esigenza di monitorare i costi di produzione, stimolare l'innovazione (al contrario del monopolio pubblico storicamente svincolato dall'esigenza di continui interventi migliorativi), ma di fatto costringe l'offerta ad adeguarsi alle esigenze dei clienti. Gli studi condotti negli anni Novanta da Alberto Donzelli hanno confermato che, nel complesso, i sistemi sanitari pubblici risultano più efficaci, in termini di anni di vita guadagnati, meno costosi, in termini di spesa sanitaria pro capite, rispetto ai sistemi privatizzati o basati su assicurazioni private<sup>7</sup>.

## LA MAPPA DEGLI SQUILIBRI E DEGLI SPRECHI

Carla Collicelli, vicedirettore del Censis, ha analizzato il problema dell'assistenza sanitaria nel contesto dell'evoluzione dei bisogni e dell'offerta sociale in Italia. Ne ha ricavato la sensazione, non ottimistica, che il nostro sistema sanitario sia tuttora oberato da un eccesso di "residui passivi", cioè da sfasature, incongruenze e incoerenze tra progetti avviati e risultati conseguiti, e che si avvii «verso la fine di un ciclo di sviluppo»<sup>10</sup>. Ne è un sintomo la generazione spontanea di un fenomeno di "razionamento occulto", fatto di liste di attesa, squilibri territoriali, barriere informative, intermediazioni burocratiche. Un processo che si è sviluppato senza alcun esplicito dibattito politico, iniquo e penalizzante per i soggetti socialmente e culturalmente più deboli. Nonostante i provvedimenti di aziendalizzazione del sistema sanitario, questi squilibri economici non venivano affrontati col dovuto rigore: dal '92 al '94 la spesa sanitaria privata subiva un incremento di circa 5000 miliardi all'anno (Tabella I).

Un altro fattore di squilibrio del si-

stema sanitario, ben documentato dal rapporto della Collicelli, è costituito dall'indice di autosufficienza finanziaria nelle varie regioni (rapporto contribuzione su spesa) e dalla spesa medica per abitante. Nel complesso, il Centro-Nord è caratterizzato da un indice di autosufficienza finanziaria molto superiore rispetto al Sud (*Tabella II*).

Ma il dato cruciale che emerge dalla relazione Collicelli riguarda la mappa degli sprechi del servizio sanitario pubblico (*Tabella III*). A dispetto dei tanti ripensamenti legislativi sull'assetto istituzionale e sulle architetture strutturali del SSN, è stata sempre sottovalutata l'arrendevolezza di fronte alla "cultura dello spreco" nell'ambito della pubblica amministrazione, trascurato il vasto arcipelago di inefficienze, iperconsumo, disutilità, futilità. Ricorrere alla concorrenza sembra quasi un artificio retorico per eludere, ancora una volta, questi indigesti problemi storici del sistema sanitario. La sanità non è un mercato, l'ospedale non è un'azienda: il sistema sanitario è lo strumento di cui si dota una società che intende mettere in pratica il diritto alla salute dei suoi concittadini. Può utilizzare principi derivanti dal mondo dell'economia per funzionare meglio spendendo meno, ma senza confondere i mezzi con i fini: il mondo dell'assistenza è molto più complesso, vasto e caldo di quello di un'azienda. La competitività e l'efficienza di un sistema sanitario non coincidono con l'aumento della produttività e del volume di operazioni. La qualità è, in larga parte, il risultato delle doti umane e professionali di coloro che vi lavorano. Il problema dei costi e dei ricavi va inquadrato nel contesto del valore aggiunto di un sistema sanitario, in termini di sicurezza sociale e di benessere di un Paese.

Le leggi di mercato insegnano che domanda e offerta si incontrano a un punto di equilibrio, stabilendo il prezzo del prodotto<sup>11</sup> (*Figura 1*).

Questo non è sempre valido in medicina, quando la domanda dev'essere analizzata, reinterpretata, perché corrisponda ai bisogni reali, e selezionata secondo criteri di priorità. Spesso è l'offerta a condizionare la domanda (*Figura 2*). L'allontanamento da un'etica

### SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA (IN MILIARDI DI LIRE)

	Spesa pubblica corrente	Spesa sanitaria privata
1992	86.682	27.992
1994	85.535	38.005

Fonte: ISTAT, 1995

Modificato da: Collicelli C. Razionamento occulto e problema dei limiti in sanità. *Arco di Giano* 1996;11:36

Tabella I

### SPESA CORRENTE COMPLESSIVA DELLE USL E FINANZIAMENTI DI PARTE CORRENTE (ANNO 1994)

	Spesa complessiva delle USL (mld lire)	Spesa corrente media/abitante (lire)	Rapporto contribuzioni su spesa
Nord-Ovest	24.661	1.702.635	60.2
Nord-Est	18.659	1.811.703	51.2
Centro	18.905	1.724.960	52.1
Sud e isole	32.298	1.559.299	32.7
Italia	94.523	1.678.251	47.4

Rendiconti trimestrali delle USL, gestione di competenza (impegni di spesa). Fonte: elaborazione Censis, dati della relazione generale sulla situazione economica del Paese, (1993). Modificato da: Collicelli C. Razionamento occulto e problema dei limiti in sanità. *Arco di Giano* 1996;11:39

Tabella II

comune e da comportamenti conformi su tutto il territorio nazionale potrebbe accelerare la crisi di credibilità del sistema, rendendo ancora più difficile il processo di bilanciamento tra i valori della dignità della persona, dell'equità delle cure, dell'assunzione della responsabilità economica e insieme della responsabilità della società nei confronti della totalità dei malati potenziali<sup>12,13</sup>.

In molte situazioni, quello che passa come sistema della concorrenza è di fatto un depotenziamento della presenza dello Stato nella sanità. Nel 1999, i trasferimenti della regione Lombardia verso gli ospedali pubblici sono aumentati del 3%, verso le strutture private del 44%. Che il sistema attuale meriti un così deciso impatto liquidatorio da parte dei programmatori è tutto da dimostrare: la nostra sanità non è affatto al collasso se l'OMS nel 2001 ci mette al primo posto nella classifica dei servizi sanitari dei grandi Paesi sviluppati, quanto a esiti, costi, qualità<sup>14,15</sup>.

Non si vede per quale motivo il sistema dell'assistenza debba pagare co-

munque un tributo alle neoideologie che postulano «la supremazia dell'economia sulla società, del mercato sulle politiche pubbliche, della competizione sulla cooperazione»<sup>16</sup>.

### LE ESTERNALITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO

I principali indicatori di salute infantile nel nostro Paese, tematizzati da Tamburlini<sup>17</sup> e recentemente ripresi da Santucci<sup>18</sup>, mostrano che, com'è largamente noto, i determinanti di tipo sociale o ambientale giocano un'importanza crescente nelle società occidentali (*Tabella IV*). Anche il cumulo di "esternalità" dei servizi sanitari gioca un ruolo cruciale.

Per "esternalità" si intendono gli effetti di vicinanza - positivi o negativi - connessi con una produzione di beni o servizi. Gli abitanti nei pressi di un'industria chimica riceveranno un'esternalità negativa rappresentata dai fumi inquinanti. Un'esternalità positiva può essere rappresentata dal mio

## MAPPA DEGLI SPRECHI IN SANITÀ

Settori	Fattori di spreco distinti per risparmio ottenibile		
	Brevissimo termine	Breve-medio termine	Medio-lungo termine
<i>Medicina di base</i>	Mancato controllo sulle prescrizioni e sulle esenzioni	Effetti perversi delle nuove procedure per la compartecipazione alla spesa Assenza di meccanismi di responsabilizzazione dei decisori di spesa	Scarso impegno nella prevenzione con effetti negativi sullo stato di salute Assenza di valutazione efficace-efficienza
<i>Farmaceutica</i>	Farmaci copia e inutili Iperprescrizione Interessi pagati dalle USL per l'IVA sui farmaci Carenza di controllo sulle esenzioni	Iperconsumo Effetti perversi delle nuove procedure per la compartecipazione alla spesa Politica dei prezzi dei farmaci e del Prontuario Assenza di meccanismi di responsabilizzazione dei decisori di spesa	Scarso impegno nella prevenzione con effetti negativi sullo stato di salute Scarsi investimenti in ricerca e sviluppo Assenza di valutazione efficace-efficienza
<i>Specialistica</i>	Consumo improprio Difficoltà di accesso ai servizi (pochi centri unificati di prenotazione e conseguente spreco di risorse) Carenza di controllo sulle esenzioni	Rischio di dirottare sull'ospedale le prestazioni specialistiche Effetti perversi delle nuove procedure per la compartecipazione della spesa Assenza di meccanismi di responsabilizzazione dei decisori di spesa	Scarso impegno nella prevenzione con effetti negativi sullo stato di salute Assenza di valutazione efficace-efficienza
<i>Diagnostica</i>	Iperprescrizione di analisi Difficoltà di accesso ai servizi (pochi centri unificati di prenotazione e conseguente spreco di risorse) Carenza di controllo sulle esenzioni	Rischio di dirottare sull'ospedale le prestazioni diagnostiche Effetti perversi delle nuove procedure per la compartecipazione della spesa Assenza di meccanismi di responsabilizzazione dei decisori di spesa	Scarso impegno nella prevenzione con effetti negativi sullo stato di salute Utilizzo non efficiente dei macchinari Non adeguata distribuzione sul territorio dei macchinari Assenza di valutazione efficace-efficienza
<i>Ospedaliera</i>	Ospedalizzazione impropria Lungodegenze inutili (scarsa diffusione di day-hospital, home care, ecc.)	Infezioni ospedaliere Eccessiva mobilità ospedaliera (regionale ed estera) Ricoveri ripetuti Carenza di controlli su forniture e servizi dati all'esterno Assenza di coinvolgimento dei responsabili dei centri di spesa nell'impostazione dei bilanci di previsione	Scarso impegno nella prevenzione con effetti negativi sullo stato di salute Utilizzo non efficiente dei macchinari Non adeguata distribuzione sul territorio dei macchinari Assenza di valutazione efficace-efficienza
<i>Aspetti amministrativi e gestionali</i>	Carenza di sistema di controllo sulle forniture Interessi per ritardi e pagamenti	Assenza dei meccanismi di responsabilizzazione dei decisori di spesa Mancata razionalizzazione della gestione del personale	Difficoltà di comunicazione interna (nei servizi) e all'esterno (con gli utenti) Carenza di sistemi per il controllo di gestione (ad es.: contabilità per centri di costo)

Modificato, da voce bibliografica 10

Tabella III

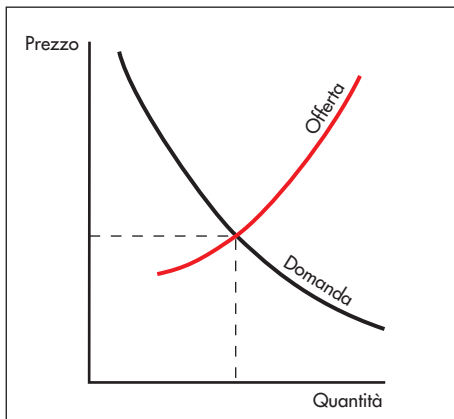
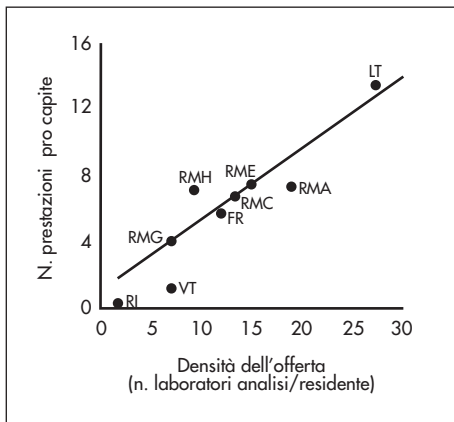


Figura 1. La legge domanda-offerta. Il "prodotto sanitario" è vincolato a leggi più complesse.



Ogni anno in Italia vengono effettuati 600 milioni di prestazioni sanitarie. Circa 80 milioni nella sola regione Lazio: 14 prestazioni per abitante, di cui la metà rappresentata da esami di laboratorio, settore in cui si osservano oscillazioni enormi. A Latina ogni residente effettua in media 14 esami di laboratorio all'anno, il doppio della media regionale. Presumibilmente il motivo dell'eccedenza di prestazioni è da ricercare nella dimensione dell'offerta: il rapporto tra laboratori di analisi e residenti è circa 30 a Latina, 15 a Roma, 8 a Viterbo, 3 a Rieti. È un esempio della decisiva capacità di induzione della domanda da parte dell'offerta, con enorme influenza sui flussi di spesa locali (modificato, da voce bibliografica 12).

Figura 2. Domanda e offerta di analisi di laboratorio.

vicino di casa che cura un magnifico giardino, di cui io posso godere la vista. I costi totali di produzione di una merce dovrebbero includere le esternalità, e queste dovrebbero incidere nel prezzo di equilibrio di un prodotto, una volta messo sul mercato.

Se il prezzo di un prodotto chimico do-

vesse includere il costo sanitario delle persone danneggiate dall'inquinamento, sarebbe molto maggiore. Al contrario, gli effetti benefici dell'istruzione e delle vaccinazioni (servizi che sono supportati dalla struttura pubblica) hanno ricadute positive su tutta la società, dal momento che anche gli individui che non sono stati vaccinati avranno meno probabilità di ammalarsi. Una cittadinanza istruita è un valore per tutti, non solo per le aziende che vendono prodotti destinati alle persone colte (ad esempio libri, computer ecc.).

Per usare le parole di Francesco Calamo-Specchia: «... l'aziendalismo sembra inadeguato perché connotato a uno sguardo per così dire 'serviziocentrico', che è l'esatto contrario della natura esternale di un servizio sanitario in generale; e in particolare di un servizio sanitario che abbia la salute dei cittadini e non il profitto sui clienti come vero obiettivo».

Riferendoci ancora alle esperienze maturate negli Stati Uniti, le enormi spese necessarie alla gestione dei presidi di assistenza (personale, macchinari) hanno portato a una concentrazione in poche mani dei gestori privati, che da competitivi sono diventati monopolisti, cosicché la sperata diminuzione delle tariffe legata alla concorrenza è risultata illusoria. Anche da noi "mettere a reddito" la sanità risulterà un'impresa difficile anche per i privati, a meno di non ricercare i dividendi nei tagli del personale, nel subappalto dei servizi e nello scadimento della qualità<sup>16</sup>. Mentre nell'industria elettronica il progresso tecnologico ha comportato il crollo dei costi di produzione e di vendita al pubblico dei prodotti, nella sanità le attrezzature diagnostiche più innovative (TAC, RMN ecc.) hanno costi elevatissimi. La privatizzazione di un servizio pubblico a colpi di bonus e di coperture assicurative indebolisce l'idea di un servizio sanitario inteso come bene comune da difendere, la cui qualità necessita di uno sforzo comune e di adeguamento continuo<sup>16</sup>. È insensato ritenere che "la mano invisibile del mercato" e la privatizzazione di un servizio pubblico comportino automaticamente efficacia ed efficienza: in Inghilterra la privatizzazione dei trasporti ha coinciso con un aumento de-

**INDICATORI DI SALUTE PER BAMBINI E ADOLESCENTI**

1. Natimortalità
2. Tasso di mortalità neonatale
3. Tasso di mortalità infantile
4. Tasso di mortalità 1-14 anni
5. Tasso di mortalità 15-24 anni
6. Basso peso alla nascita
7. Malformazioni congenite
8. Disabilità
9. Abuso infantile
10. HIV pediatrico
11. Aborto volontario sotto i 19 anni
12. Tossicodipendenza sotto i 19 anni
13. Nati da parto cesareo
14. Allattamento al seno
15. Tasso di vaccinazione
16. Minori istituzionalizzati non penali (con durata > 3 mesi)
17. Ospedalizzazione

Da voce bibliografica 18

Tabella IV

gli incidenti e dei ritardi dei treni, mentre in Paesi in via di sviluppo gli effetti di molte privatizzazioni sono stati addirittura disastrosi. Il numero degli utenti dei presidi sanitari è crollato del 50% in coincidenza con l'introduzione dei servizi a pagamento in Paesi come il Kenia, la Nigeria e il Ghana. Nelle Filippine la metà dei posti letto è stata privatizzata, quando in quel Paese solo il 3% del bilancio è destinato alla sanità e il 30% è necessario a pagare il debito estero<sup>16</sup>.

In Italia, Paese composto da un alto numero di lavoratori autonomi (quasi 6 milioni, il doppio della Francia), caratterizzati da redditi instabili e altalenanti, molte persone avrebbero serie difficoltà a pagarsi una buona assicurazione sulla salute, e di conseguenza sarebbe differenziato e discriminato l'accesso ai servizi sanitari.

Nel 2044 la popolazione italiana sarà ridotta del 23%, e l'incremento della popolazione anziana sarà del 180%<sup>20</sup>. Ora, gli anziani "consumano" sanità molto più della media: bisognerà allestire un sistema sanitario a impronta geriatrica? E a chi togliere fondi? L'Italia è l'unico Paese della CEE ad avere un servizio di assistenza pediatrica gratuito esteso a tutta la popolazione infantile. È un lusso che non potremo più permetterci? Le politiche sanitarie delle so-

cietà solidali stabiliscono che ciascuno riceverà in base ai bisogni, perché un servizio pubblico implica l'aggregazione obbligatoria dei rischi. Trasformare la sanità, come altri beni pubblici, artistici, ambientali, in prodotti quotabili e vendibili sul mercato significa impostare un panorama sociale in cui la salute dei cittadini (come l'istruzione) diventa un bene che può essere commercializzato e sfruttato, sempre che lo Stato ne tragga un beneficio in termini di sgravio di bilancio. È il tramonto degli obiettivi di crescita civile di una comunità in nome e per conseguenza di dinamiche "creative" (che negli Stati Uniti hanno portato all'esistenza di 10 milioni di bambini senza alcun diritto all'assistenza medica). In attesa di un nuovo patto sociale, noi pediatri dovremmo vigilare sui possibili effetti di immiserimento del sistema di assistenza. Se è di politiche sottrattive ciò di cui abbiamo bisogno, queste siano condotte secondo le idee germinali di una "ecologia etica" che non indebolisca il senso di responsabilità di cia-

scun cittadino verso se stesso e verso il prossimo. Si snellisca e si privatizzi non allo scopo di modificare o smantellare un servizio pubblico in quanto pubblico, ma per recuperare un Welfare positivo, per ridare un senso di direzione alle politiche sanitarie tenendo conto del fatto - insieme banale e fondamentale - che uno sviluppo sociale ed economico armonico aiuta a creare la "buona vita" e che questa è il principale fattore generativo della "buona salute".

#### Bibliografia

1. Spinsanti S. Editoriale. Arco di Giano 1995; 7:7-13.
2. Borroni E. La trasformazione di USL e ospedali in aziende: indirizzi delle normative e processi reali. Arco di Giano 1995;7:23-4.
3. Giarelli G. Sistemi sanitari. Milano: Franco Angeli, 1998.
4. Ferrera M. Le trappole del Welfare. Bologna: Il Mulino, 1998.
5. Adornato F. La società della libera scelta. Liberal 2002;9:30-5.
6. Blumenthal D. Effects of market reforms on doctors and their patients. Health Affairs 1996; 15:171-84.
7. Donzelli A. Sistemi sanitari a confronto. Milano: Franco Angeli, 1997.
8. Callahan D. La medicina impossibile. Milano: Baldini e Castoldi, 1998:232.
9. Domenighetti G. Il mercato della salute. Roma: CIC, 1999.
10. Collicelli C. Razionamento occulto e problema dei limiti in sanità. Arco di Giano 1996; 11:39.
11. Capra F. Il punto di svolta. Milano: Feltrinelli, 1984.
12. Saitto C. Serve un freno all'eccesso di test. La Repubblica Salute, 16 ottobre 2000:1.
13. Bartoletti PG. Sette analisi per ogni cittadino romano. Il Corriere della Sera, Cronaca di Roma, 19 gennaio 2001:52.
14. Panizon F. La sanità domani, forse. Medico e Bambino 2001;6:352.
15. Cirillo G. La condizione sociale influenza le disuguaglianze nella salute, anche in Italia. Quaderni Acp 2000;7:51-2.
16. AA.VV. Sbilanciamoci! Rapporto 2002. Roma: Manifestolibri, 2001.
17. Tamburlini G. Salute del bambino: determinanti extrasanitari e opportunità perdute. Medico e Bambino 1998;8:568-9.
18. Santucci S, Parola L. Indicatori di esito: quali e perché. Riv Ital Pediatr 2001;27:640-4.
19. Calamo-Specchia F. Imparare dall'azienda (senza farsi corrompere!). Arco di Giano 1977; 15:145-51.
20. Monorchio A, Tivelli L. Viaggio italiano. Milano: Mondadori, 2001.



## XV CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

Varese, 10-12 ottobre 2003 - Centro Congressi Ville Ponti

### Venerdì 10 ottobre

Apertura del Congresso - M. Narducci, N. D'Andrea  
 RELAZIONE E RETI IN PEDIATRIA - Discussant: M. Gangemi  
 La competenza del genitore - L. Sanicola  
 Il pediatra di famiglia come attivatore di reti - F. Zanetto  
 Il progetto "Genitori quasi perfetti" - G. Tamburlini

DALLA TEORIA ALLA PRATICA - Discussant: M. Fontana  
 Con il commento in chiave EBM di R. Buzzetti

- Le linee guida NASPGHN sul GER:  
 scenari clinici presentati dai pediatri di famiglia
- Vomito ricorrente associato a: GER non complicato/scarsa crescita/irritabilità
  - GER e ALTE - A. Biolchini, E. Mazzucchi
  - GER e: asma/polmonite ricorrente/URI - L. Rabbone, L. Saleri

Novità in tema Epatite C - G. Maggiore  
 Novità in tema Obesità - C. Maffei

A ogni capitolo della sessione seguono 10' di discussione

### Sabato 11 ottobre

VECCHIO E NUOVO NELLE MALATTIE INFETTIVE  
 Discussant: A. Alberti, Levi

La condizione del bambino nel mondo: uno sguardo d'insieme  
 G. Tamburlini

Prevenzione e trattamento dell'AIDS in un Paese in via di sviluppo:  
 Uganda - L. Castelli

Una vecchia novità: la TBC - G. Besozzi  
 ACP e dintorni: sessione poster e comunicazioni brevi

ASSEMBLEA NAZIONALE DEI SOCI ACP

### Domenica 12 ottobre

CI SONO NOVITÀ? - Discussant: M. Farneti  
 Domande/risposte e punti di vista su: Morbillo, Varicella, Influenza  
 G. Bartolozzi, L. Grandori  
 Come sono cambiati i bambini - M.L. Bassani, F. Panizon

#### Segreteria scientifica

ACP Milano e Provincia - Tel 02 95339123 - Fax 039 6080083  
 e-mail: marionarducci@tin.it - zanetof@tin.it

#### Segreteria organizzativa

Quickline sas - via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 Trieste  
 Tel 040 773737- 363586 - Fax 040 7606590  
 e-mail: info@quickline.it