

# Etica e scelte strategiche per la salute pubblica

**Dr. Agostino Scardamaglio**

Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia



**Etica e scelte strategiche  
per la salute pubblica**

## La scarsità delle risorse

- Nei paesi industrializzati è aumentata sia la consapevolezza della scarsità delle risorse che l'attenzione nei confronti della valutazione economica del fenomeno sanitario.
- Tale consapevolezza ha determinato, negli anni '90, l'avvio in Europa di una lunga stagione di riforme e l'introduzione di strumenti volti all'analisi ed al controllo dei costi di produzione del peculiare bene salute.



Scardamaglio A.

## L'accesso alle cure

▪ Nell'America liberista l'accesso alle cure non è a disposizione di tutti. Rappresenta una delle maggiori discriminanti sociali e comporta una spesa pubblica di tutto rilievo.



▪ In Europa prevalgono sistemi sanitari ad accesso universalistico, in un assetto di welfare molto forte, visto ora come bilanciamento a un sistema economico di stampo liberale (Stati del Nord), ora come parte integrante di un sistema più solidaristico (ad esempio in Italia).



Scardamaglio A.

## Spesa sanitaria totale

% del Pil in alcuni paesi OCSE

Paesi	Anno 1990	Anno 1995	Anno 2000	Anno 2005
Francia	8,4	9,9	9,6	11,1
Germania	8,3	10,1	10,3	10,7
Italia	7,7	7,3	8,1	8,9
Spagna	6,5	7,4	7,2	8,2
Regno Unito	6,0	7	7,3	8,3
USA	11,9	13,3	13,2	15,3

Fonte: OCSE

Scardamaglio A.



## Spesa pubblica e privata

Incidenza della spesa sanitaria pubblica  
su quella totale in alcuni paesi OCSE

Paesi	Anno 1990	Anno 1995	Anno 2000	Anno 2005
Francia	76,6	78,6	78,3	79,8
Germania	76,2	81,6	79,7	76,9
Italia	79,5	70,8	72,5	76,6
Spagna	78,7	72,2	71,6	71,4
Regno Unito	83,6	83,9	80,9	87,1
USA	39,4	45,3	43,7	45,1

Fonte: OCSE

Scardamaglio A.



## Posti letto per acuti

P.L. per 1.000 abitanti in alcuni paesi OCSE

Paesi	Anno 2004	Anno 1990
Francia	3,8	5,2
Germania	6,4	8,3
Italia	3,7	6,2
Spagna	2,8	3,6
Regno Unito	3,6	4,3
Stati Uniti	2,8	3,7

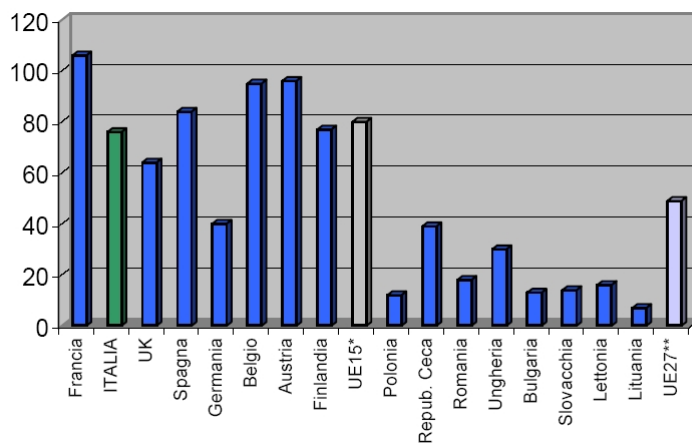
Fonte: OCSE

Scardamaglio A.



## Spesa ospedaliera U.E.

Anno 2006



Scardamaglio A.



## Ripartizione della spesa

Italia - anno 2006

Categorie	Millioni di euro	Comp. %
Assistenza diretta (ASL e AO)	61.611	61,4
Assistenza convenzionata e accreditata	37.556	38,6
- Farmaceutica	12.398	12,4
- Medicina generale e specialistica	9.416	9,4
- Ospedaliera	8.337	8,3
- Altra assistenza indiretta	7.405	8,6
<b>TOTALE</b>	<b>99.167</b>	<b>100,0</b>
<i>In rapporto al Pil</i>	<i>6,7%</i>	

Fonte: Ministero della Salute

Scardamaglio A.

## Finanziamento S.S.N.

Italia - anno 2006

ENTRATE	Milioni di euro	Comp. %
IRAP e addizionale regionale IRPEF	37.280	38,8
Compartecipazione regionale al gettito IVA e accise	41.932	43,6
Entrate proprie delle ASL	3.712	3,9
- di cui Tickets	1.083	1,1
Ulteriori trasferimenti dal settore pubblico e da quello privato	7.947	8,3
FSN e altre integrazioni a carico del bilancio dello Stato	5.290	5,5
<b>TOTALE</b>	<b>96.161</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministero della Salute

Scardamaglio A.

## Spesa per classi d'età

Classi di età	2010	2020	2030	2040	2050
<i>Spesa totale</i>					
Da 0 a 64 anni	3,9%	3,9%	3,8%	3,4%	3,3%
Da 65 a 79 anni	2,0%	2,2%	2,5%	3,0%	2,8%
Da 80 anni e più	1,1%	1,4%	1,7%	2,0%	2,6%
<b>Totale</b>	<b>7,1%</b>	<b>7,5%</b>	<b>8,0%</b>	<b>8,5%</b>	<b>8,8%</b>
<i>Spesa per acuti</i>					
Da 0 a 64 anni	3,5%	3,5%	3,4%	3,1%	3,0%
Da 65 a 79 anni	1,9%	2,0%	2,3%	2,8%	2,6%
Da 80 anni e più	0,8%	1,0%	1,2%	1,4%	1,9%
<b>Totale</b>	<b>6,2%</b>	<b>6,5%</b>	<b>7,0%</b>	<b>7,3%</b>	<b>7,5%</b>
<i>Spesa per assistenza a lungo termine</i>					
Da 0 a 64 anni	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Da 65 a 79 anni	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Da 80 anni e più	0,3%	0,4%	0,5%	0,6%	0,7%
<b>Totale</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,0%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,3%</b>

Fonte: RGS

Scardamaglio A.

## Invecchiamento e spesa

Anziani	Anno 2005	Anno 2010	Anno 2020	Anno 2030	Anno 2040	Anno 2050
In milioni	11,4	12,1	13,7	15,8	18,4	18,8
In % popolaz. totale	19,5	20,5	23,2	27,0	32,0	33,6
In % forze di lavoro (18-64 anni)	30,7	32,7	38,1	46,4	60,4	65,8

Fonte: ISTAT

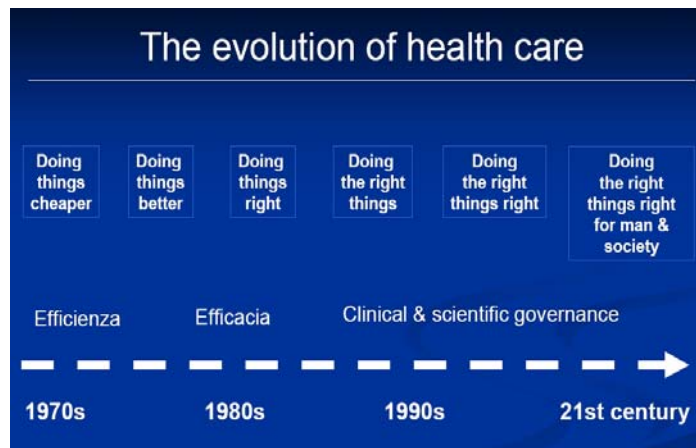
Scardamaglio A.

## Le riforme degli anni '90

- Passaggio da un sistema di regolazione centralizzata delle prestazioni ad un sistema basato sulla contrattazione
- Aziendalizzazione delle strutture erogatrici ed introduzione di meccanismi di concorrenza amministrata (S. pro-concorrenziali)
- Rimborsi delle prestazioni ospedaliere non più basati sulle giornate di degenza ma sulla tipologia di diagnosi e consumo di risorse (DRGs)
- separazione verticale tra la funzione di erogazione e quella di acquisto di prestazioni

Scardamaglio A.

## Evoluzione dei S. Sanitari



Scardamaglio A.

## Effetti delle riforme

- Servizi sanitari nazionali organizzati nella forma dei cosiddetti quasi-mercati (o mercati regolamentati).
- Prestazioni erogate da strutture pubbliche e strutture private accreditate in “concorrenza” tra loro
- Rapporti tra amministrazioni pubbliche (soggetti pagatori) e strutture erogatrici regolati da specifici contratti e vincoli di spesa.
- Strutture erogatrici che godono di autonomia organizzativa, gestionale e finanziaria



Scardamaglio A.



## Il “core” delle riforme

La caratteristica comune all'ondata di riforme pro-concorrenziali realizzate o annunciate in Europa negli anni Novanta:

- *trasformare lo Stato da erogatore diretto a controllore e ad acquirente di prestazioni per conto dei propri assistiti*
- *riservare l'erogazione diretta di prestazioni a strutture sanitarie terze (pubbliche e private) dotate di autonomia amministrativa e decisionale*



Scardamaglio A.



## Obiettivi delle riforme

- allocazione efficiente delle risorse impiegate per la tutela della salute;
- accesso universale a prestazioni essenziali (LEA);
- libertà di scelta degli assistiti;
- controllo della spesa sanitaria pubblica
  - definizione di indicatori e standards di qualità della produzione;
  - definizione di indicatori e standards per la selezione delle strutture ammesse alla fornitura delle prestazioni rimborsabili (accreditamento)
  - determinazione di meccanismi di “abbattimento” delle tariffe in caso di superamento dei volumi concordati;
  - determinazione di budget figurati e percorsi diagnostico-terapeutici

Scardamaglio A.





## Presupposti teorici

- il modello concorrenziale che appartiene ai sistemi sanitari ad etica utilitaristica e/o contrattualistica (U.S.A.);
- il modello “*managed competition*” o dei “quasi mercati” è in parte mutuato dagli Usa;
- abolizione del modello “*command and control*” il terzo pagante (generalmente lo Stato attraverso il servizio sanitario nazionale finanziato dalla fiscalità generale) opera un rimborso a piè di lista sulla base delle spese complessivamente effettuate



Scardamaglio A.



## Limiti nella realizzazione

*L'accesso alle prestazioni sanitarie con modalità solidaristiche ed universalistiche rese fin dall'inizio consapevoli che:*

- i sistemi sanitari hanno caratteristiche tali da renderli poco idonei ad essere organizzati come mercati concorrenziali;
- la libera iniziativa privata, svolta in conto proprio o del servizio sanitario nazionale, deve essere soggetta a rigidi controlli ex-ante ed ex-post;
- l'intervento pubblico costituisce una condizione imprescindibile per l'erogazione efficace di prestazioni sanitarie;
- a modalità alternative di *governance* del sistema sanitario corrispondono specifici costi di transazione, a parità di efficacia sanitaria.

Scardamaglio A.



## Il mercato sanitario

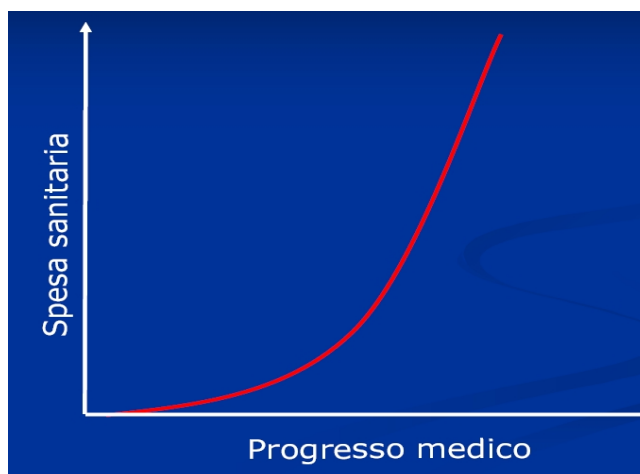
*E' per definizione "imperfetto" per il verificarsi di condizioni estranee al libero mercato e all'efficienza allocativa paretiana*

- L'equilibrio di mercato è caratterizzato dal razionamento della domanda: se la quantità offerta aumenta, il prezzo non cambia mentre il razionamento diminuisce
- difficoltà estrema ad applicare, secondo criteri economici, concetti quali offerta, domanda, prezzo, valore, mercato e consumo
- la domanda può essere prodotta dall'offerta (da chi eroga la prestazione)
- Oltre un certo limite di spesa non si produce progresso medico ulteriore ("paradosso medico")

Scardamaglio A.



## Il paradosso medico



Scardamaglio A.



## Potenziali inefficienze

*Le potenziali inefficienze nell'erogazione di prestazioni sanitarie hanno notevole rilevanza etica. Infatti in assenza di opportuni meccanismi incentivanti*

- **il rapporto medico-assistito (rapporto di agenzia)**  
è turbato da comportamenti opportunistici attraverso l'operare congiunto dei meccanismi di **selezione avversa** dei medici da parte dei pazienti (opportunismo pre-contrattuale) e di **azzardo morale** del medico nei confronti dei pazienti (opportunismo post-contrattuale)
- **rapporto tra soggetto pagatore e soggetto erogatore**  
**Codifica opportunistica** delle prestazioni sanitarie (SDO)  
Creazione di **domanda indotta**



Scardamaglio A.



## Meccanismi opportunistici

- **Selezione avversa:** i pazienti sono indotti a selezionare, tra la popolazione potenziale di medici (erogatori), coloro che si caratterizzano per la capacità che hanno di soddisfare date preferenze e/o esigenze
- **Azzardo morale:** il medico (erogatore) è il soggetto informato che può utilizzare in senso strategico l'informazione di cui dispone al fine di soddisfare date preferenze o aspettative dei pazienti, e selezionarsi egli stesso come "migliore curante/erogatore".
- **Domanda indotta:** il medico (erogatore), propulsore della domanda di prestazioni sanitarie, può avere forti incentivi a generare una domanda eccessiva di prestazioni e di farmaci rispetto a quella riconducibile agli specifici bisogni dell'assistito

Scardamaglio A.



## Effetti prodotti

I suddetti meccanismi opportunistici producono effetti "a cascata" riguardo:

- induzione di domanda generante offerta non qualificata;
- scarsa appropriatezza delle cure;
- eccessivo coinvolgimento del gestore pubblico costretto a distogliere risorse alla programmazione per destinarle al controllo;
- aumento artificioso della spesa pubblica



Scardamaglio A.



## Induzione della domanda

*Il medico è in grado di influenzare la domanda in due modi:*

- modificando la percezione del paziente delle proprie necessità (**induzione specifica**)
- enfatizzando, in quanto opinion leader e primo decisore, le capacità della tecnologia medica di soddisfare le esigenze dell'assistito (**induzione aspecifica**).



Scardamaglio A.



## L'etica della scelta

- Presuppone la necessità di stabilire norme e criteri per allocare risorse sempre più scarse (finanziarie, umane e materiali) al fine di soddisfare bisogni sanitari potenzialmente illimitati.
- La salute è un bene che non ha prezzo, ma certamente ha un costo: occorre spostare il più possibile l'attenzione dal binomio costi-benefici, quando si compiono delle scelte in ambito sanitario, al binomio rischi-benefici.



Scardamaglio A.



## I diritti della persona

- **principio di solidarietà:** che diventa anche inderogabile "dovere di solidarietà" (art. 2 Cost), per garantire l'uguaglianza sostanziale di tutti i membri della collettività;
- **principio di sussidiarietà:** comporta che lo Stato trattenga soltanto le funzioni che, per la loro natura, sono incompatibili con le dimensioni degli altri Enti locali (Regioni, Province, Comuni). Federalismo legislativo e amministrativo - fattiva collaborazione tra Stato e Enti locali e tra pubblico e privato nei servizi socio-sanitari (art. 41; 119 Cost.);
- **principio di proporzionalità e/o ragionevolezza:** idoneità dei mezzi e delle risorse finanziarie per conseguire il fine della tutela della salute nel sistema sanitario.

Scardamaglio A.



## La via italiana

- accesso universalistico esito delle tre riforme che hanno conferito al SSN una fisionomia di tipo solidaristica
- finanziamento attraverso la fiscalità generale che costituisce una modalità redistributiva del reddito
- implementazione di elementi di razionalizzazione, quali il rimborso per DRGs, e di compartecipazione, quali il ticket sui farmaci



Scardamaglio A.



## Universalismo attuale

- notevoli disparità fra Regione e Regione con una netta differenza fra nord e sud del Paese;
- intensa migrazione di pazienti verso il Nord;
- conduzione della spesa sanitaria diversa da regione a regione



Scardamaglio A.



## Universalismo futuro

- organizzazione su base regionale del sistema sanitario in attuazione del titolo V della Costituzione;
- decentramento organizzativo bilanciato da una forte centralizzazione delle risorse da trasferire;
- livelli essenziali di assistenza (LEA) applicati con più rigore a garanzia di eguale accesso alle cure;
- medico di base quale propulsore della domanda sanitaria
  - dotato di budget "figurato" corrispondente alla quota capitaria
  - "compratore" di prestazioni per conto del proprio assistito
  - "premiato" nei casi in cui riuscisse ad intermediare la domanda dei propri assistiti nel rispetto del vicolo di budget
  - "sanzionato" nei casi di eccesso di domanda



Scardamaglio A.



## Contenimento della spesa

Le future politiche ad essa destinate dovranno prevedere che:

- L'invecchiamento demografico comporta l'aumento delle malattie croniche e degenerative.
- Per conservare l'attuale livello di "benessere sanitario" occorre individuare delle alternative economicamente compatibili e sostenibili.
- L'impossibilità economica ad erogare assistenza in termini tradizionali (ospedali, case di riposo, ecc.) per la crescente domanda di assistenza renderà necessario attivare programmi di diffusa assistenza domiciliare.
- L'Ospedale sarà destinato al trattamento degli acuti e all'alta specialistica medica e diagnostica.

Scardamaglio A.



## Secolarizzazione

- tendenza a considerarsi come autosufficienti e autoreferenziali;
- considerazione della propria libertà senza essere riferita ad altri (cioè alla comunità in cui si vive);
- riferimento esclusivo al proprio bisogno o al proprio desiderio;
- prevaricamento del bene individuale su quello comune;
- efficientismo come ideologia di affermazione



Scardamaglio A.



## Secolarizzazione e salute

- idea che la vita sia sempre nella nostra disponibilità;
- idea che non si debba mai morire o che si può morire quando e come si vuole;
- sostituzione della concezione etica di “cura” con quella di “guarigione”
- perdita del senso vero del rapporto medico-paziente (alla base di molta “malpractice”).



Scardamaglio A.





## Etica della responsabilità

Un'organizzazione universalistica e solidale per ben funzionare deve:

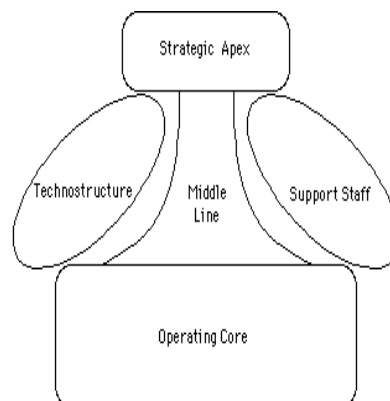
- accompagnarsi a una fortissima etica della responsabilità;
- anteporre il bene comune agli interessi personali e/o di gruppo di appartenenza;
- rifuggire da condotte opportunistiche in ambito remunerativo;
- considerare che più alta è la solidarietà, più alta deve essere la responsabilità.

Scardamaglio A.



## Mintzberg

Configurazioni organizzative



Scardamaglio A.

## Henry Mintzberg

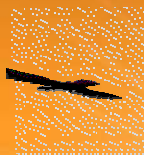
*“ Le organizzazioni che erogano servizi professionali alla persona non potranno mai essere migliori degli individui che le compongono ”*



Henry Mintzberg

Scardamaglio A.

# Grazie



Scardamaglio A.