

Facoltà di Economia

Corso di Laurea in Management Internazionale

Tesi di Laurea Triennale in Management pubblico

Sistemi Sanitari comparati

Relatore

Ch.mo Prof.

Elisa Pintus

Candidato:

Franceschetti Marco

Matricola: 142281

Anno Accademico 2011/2012

*A mia madre,
a tutti quelli che mi hanno accompagnato in questo lungo viaggio,
a Roberto Monaco.*

INTRODUZIONE

La Sanità Pubblica rappresenta uno degli argomenti più discussi nel contesto politico economico mondiale. Il livello d'impegno che i paesi di tutto il mondo promulgano è profondo dalla grande complessità per quanto concerne la gestione delle problematiche ambientali e delle relazioni con l'utente, essendo quest'ultime in continua evoluzione. I rapidi cambiamenti di questi due aspetti sono dovuti, in primis, alla grande influenza che il progresso scientifico ha maturato in questo settore. I policy makers espongono, durante le rispettive campagne elettorali, il loro programma sanitario, descrivendo le lacune esistenti e proponendo riforme tali da aumentarne l'universalità di utilizzo e ridurre l'esborso a carico dei cittadini. In particolar modo, nell'ultima decade, il concetto di organizzazione e gestione aziendale si è andato sempre più a fondersi con quello di Sanità Pubblica, dando vita a nuove teorie gestionali e di pianificazione, considerando sempre più le aziende sanitarie alla stregua di veri e propri enti for profit. Nel corso degli anni, in particolare verso la fine del dopoguerra, l'aumento delle comunicazioni e dello "sharing" informativo, ha creato modelli standard di Servizi Sanitari, scelti dalle nazioni in base ai bisogni che l'ambiente esterno proponeva, ma soprattutto sfruttando le peculiarità della cultura sociale del paese in questione. In America ad esempio il Servizio Sanitario, al centro di continue diatribe fra le fazioni politiche, si sviluppa sul mercato libero delle assicurazioni private, e non si potrebbe mai pensare diversamente. Nato come il paese delle libertà, porta ad osservare comportamenti davvero unici: chiunque proponga una riforma che intende limitare il potere privato a fronte di una regolamentazione pubblica, verrebbe subito bollato come "socialista", nell'accezione più negativa del termine, segno di un sistema sanitario, ma soprattutto, di una nazione, che non ha ancora trovato la propria maturità sociale e politica.

Con l'elaborato non si pone l'obiettivo di proporre un modello del Servizio Sanitario ottimale. Al contrario si vuole evidenziare come l'assunzione di diversi criteri di gestione possano creare comunque ottimi risultati. Viceversa, un'uguale pianificazione in paesi diversi può incontrare problematiche contraddittorie fra loro.

La scelta della Germania, del Giappone e della Repubblica di Cuba non è casuale ma deriva da un insieme di fattori che li legano e da quelle peculiarità generali in cui hanno saputo eccellere.

Il primo modello preso in analisi, quello tedesco, è stato preferito agli altri sistemi europei in quanto la sua storia affonda le radici ben prima dell'avvento dei Sistemi Sanitari odierni, di cui è matrice: una sorta di “madre” dei modelli nati in seguito in tutta Europa.

Lo studio del sistema giapponese, d'altro canto, mostra come una simile soluzione, data l'ispirazione Bismarkiana, sviluppato in un “environment” opposto, come l'estremo oriente, generi risultati gestionali significativamente divergenti. Gli esiti generali delle politiche sanitarie, implementate nel tessuto sociale attraverso il Sistema Sanitario, sono diversi, ma non totalmente opposti rispetto al modello europeo.

L'ultimo modello analizzato è quello del Sistema Sanitario cubano, considerato un vero e proprio paradosso nel settore pubblico mondiale. Le contraddizioni riscontrate durante lo studio del modello sono innumerevoli: da una parte troviamo un paese in cui i diritti sociali sono ridotti al minimo, dall'altra i cittadini hanno accesso a cure mediche gratuite in toto; il sistema idrico non raggiunge i livelli di efficienza minima rispetto ai paesi dell'America latina, ma vi è un numero spropositato di facoltà di medicina di eccellenza e alcune delle migliori specializzazioni al mondo nel campo dell'etica medica; la spesa per i medicinali non coperti dallo Stato è una delle minori a livello mondiale e nonostante questo assorbe il novanta per cento del reddito pro capite, e così via.

I tre modelli sono analizzati attraverso un percorso standard: dopo una breve digressione storica per capire i motivi politico-sociali e le necessità che hanno spinto i vari Governi ad adottare una soluzione sanitaria a discapito di un'altra, si definisce un quadro generale del paese analizzato, riportando descrizioni coerenti dell'ordinamento statale e classificando i soggetti coinvolti nella pianificazione, nella regolamentazione e nell'esecuzione del piano sanitario. In seguito si espongono gli obiettivi su cui il management pone maggiore attenzione che, di riflesso, danno anche una visione di quello di cui la popolazione necessita. Una volta descritta la situazione generale si studiano i fattori macroeconomici legati al management sanitario, nella fattispecie, la creazione di base finanziaria per l'attuazione delle varie politiche gestionali, lo studio della spesa sanitaria, in particolare la composizione periodica, e infine la scelta degli strumenti per la gestione del budget. L'analisi è seguita da una conclusione riassuntiva che ripercorre i perni su cui ruota il buon funzionamento del sistema.

I motivi che hanno spinto a scegliere il management pubblico come materia di tesi derivano dai mutamenti che il contesto socio economico mondiale ha subito nell'ultimo

ventennio. Se prima vi era una netta separazione fra potere pubblico e iniziativa privata, ad oggi le due sfere sono collassate in unico sistema in cui l'una è inevitabilmente dipendente dall'altra. Se inizialmente il rapporto tra le due categorie poteva descriversi come un flusso unidirezionale generato dal potere pubblico sotto forma di norme e regolamenti, ora l'output generato dal primo diventa input per il secondo e viceversa, generando una condivisione di strumenti, strutture, competenze e obiettivi a disposizione di tutti.

La gestione sanitaria, in particolare, denota, a parere di chi scrive, tutte le problematiche e i miglioramenti che il binomio pubblico privato produce, ponendo in essere un quadro generale contenente gli aspetti da migliorare e i risultati ottenuti della collaborazione dei due settori.

SISTEMI SANITARI COMPARATI

CAPITOLO I: IL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO

Introduzione

- 1.1 Servizio Sanitario Italiano: Cenni storici
- 1.2 Principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale
 - 1.2.1 Missione e obiettivi
 - 1.2.2 Soggetti
 - 1.2.3 Finalità
- 1.3 Profili finanziari
 - 1.3.1 Il procedimento di riparto dei finanziamenti
 - 1.3.2 Il Fondo perequativo nazionale

Conclusioni

CAPITOLO II: IL SERVIZIO SANITARIO TEDESCO

Introduzione

- 2.1 Nascita del sistema sanitario tedesco
- 2.2 Ordinamento
 - 2.2.1 I soggetti
- 2.3 Obiettivi del management
- 2.4 Profilo finanziario
 - 2.3.1 La spesa sanitaria
 - 2.3.2 Strumenti di gestione del budget
- 2.5 Risultati gestionali rilevati in termini di qualità del servizio ed economicità

Conclusioni

CAPITOLO III: IL SERVIZIO SANITARIO GIAPPONESE

Introduzione

- 3.1 Cenni storici del sistema sanitario giapponese
- 3.2 Ordinamento

3.3 Obiettivi del management

3.4 Profilo finanziario

3.3.1 La spesa sanitaria

3.3.2 Strumenti di gestione del budget

3.5 Risultati

Conclusion

CAPITOLO IV : IL SERVIZIO SANITARIO CUBANO

Introduzione

4.1 Nascita del sistema sanitario cubano

4.2 Ordinamento

4.2.1 I soggetti

4.3 Obiettivi del management

4.4 Profilo finanziario

4.3.1 La spesa sanitaria

4.3.2 Strumenti di gestione del budget

Conclusion

CONCLUSIONI GENERALI: Cuba, Berlino o Tokyo?

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

CAPITOLO I

IL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO

INTRODUZIONE

Il primo caso di gestione sanitaria è palesato dal modello italiano.

L'evoluzione del Sistema Sanitario italiano rispecchia perfettamente il concetto di adattamento tempestivo nei confronti dei cambiamenti che la società ha affrontato nel corso della sua storia. Dalla copertura dei lavoratori e delle rispettive famiglie, fino ad arrivare ad una struttura ad oggi tra le più efficienti, a livello di Governo centrale, leggermente meno a livello locale, il Sistema italiano è caratterizzato da una grande attenzione al progresso tecnico, con il pregio di avere avuto sempre a disposizione le migliori strumentazioni mediche, non che strutture all'avanguardia rispetto gli standard europei.

In particolare verrà analizzato il costante aumento del coinvolgimento delle aziende for profit nel settore sanitario, che vede accrescere, come risultato principale, la condivisione di competenze e capitale garantito per fronteggiare al meglio le sfide del palcoscenico sociale di riferimento.

L'obiettivo principale del Governo sanitario è quello di creare un servizio che veda il paziente al centro del sistema, fornendo servizi sempre più specializzati e accessibili.

Nel corso del capitolo si passerà in rassegna anche le modalità con cui lo Stato gestisce i finanziamenti a disposizione e come quest'ultimi vengano ripartiti tra le varie amministrazioni locali.

Il decentramento dell'amministrazione a favore delle regioni ha portato il sistema ad adattarsi alle nuove autonomie, mantenendo sempre costante l'attenzione sul rispetto dei principi fondamentali dettati dalla Costituzione; inoltre l'ingresso nell'Unione Europea ha fatto sì che si debbano rispettare i cosiddetti "Livelli Minimi di Assistenza" (LEA), obiettivi standard di qualità con cui la realtà sanitaria italiana si confronta vincendo, finora, la sfida di un servizio equo, universale e di massima copertura.

1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale: Cenni storici

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, da sempre considerato uno dei modelli organizzativi più efficienti a livello mondiale nel campo della tutela del diritto alla salute, è il frutto di una lunga evoluzione che ha inizio nei primi anni del dopoguerra.

Convenzionalmente, l'incipit di tale processo è considerato nel 1958 quando, con la legge n. 259, durante il secondo Governo Fanfani, per la prima volta, s'istituì in Italia il Ministero della Salute, scorporandolo dal Ministero degli Interni. In precedenza il sistema era suddiviso in enti mutualistici, ciascun competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i familiari a carico, erano obbligatoriamente iscritti allo stesso e, in questo modo, fruivano dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere. Tali enti erano finanziati attraverso contributi versati dai lavoratori e dai rispettivi datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute era, quindi, correlato non all'essere cittadino bensì all'appartenenza ad una qualsiasi classe lavorativa, con l'immediata conseguenza di lasciare senza un'adeguata assistenza sanitaria, una grande porzione di cittadini italiani, ricordando che, nel periodo storico cui ci riferiamo, non erano poche le situazioni di squilibrio sociale: in primis tra le regioni del nord e sud dell'Italia, ma anche nelle stesse realtà sociali cittadine dove la maggior parte dei lavoratori era sprovvisto di un contratto lavorativo equo¹. Il sistema mutualistico inoltre costringeva lo Stato a intervenire per coprire frequenti disavanzi economici, causando a sua volta un'estrema lentezza nei lavori, data la complessità dei processi burocratici. L'avvento della Grande Guerra ha inferto il colpo di grazia al sistema vigente e, con la nascita degli stati del welfare si è deciso di creare ex novo un servizio sanitario tale da garantire una copertura totale ai cittadini italiani.

Il secondo step evolutivo compare nel 1968 con la legge n. 132 (cosiddetta legge Mariotti, dal nome del Ministro Luigi Mariotti), che sanciva la fine della gestione ospedaliera fino allora nelle mani degli enti di beneficenza e assistenza, rendendoli veri e propri enti pubblici (enti ospedalieri), così da rendere lo Stato unico detentore di quel potere decisionale, organizzativo ed esecutivo che le precedenti istituzioni non erano riuscite a ottimizzare.² Tale progetto fu perfezionato pochi anni dopo, precisamente nel

¹ Paul Ginsborg "Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi, Einaudi scuola, Milano, 1996

² Marzia Cirone, "Storia, Organizzazione, evoluzione del servizio sanitario", Concorsi Pubblici, 09-12-1988

1974, con la legge n. 386 che, dopo aver estinto i debiti accumulati dagli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, sciolse i Consigli d'amministrazione di questi ultimi, disponendone il commissariamento, e trasferendo i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle Regioni.

Se invece si volesse indicare una data di nascita per il Servizio Sanitario Nazionale, quella non può che essere il 23 dicembre del 1978, dacché fu approvata la legge n. 833 votata dall'85% del Parlamento. Nasceva in Italia il Servizio Sanitario Nazionale pubblico. Un complesso di funzioni e servizi destinati alla tutela della salute di tutta la popolazione. Una risposta elaborata tra molteplici difficoltà, per rispondere all'inefficacia del precedente modello d'assistenza³. Tale riforma prevedeva la creazione di diversi livelli di competenze attraverso i quali si sviluppava l'assistenza sanitaria. Il primo era occupato dallo Stato, seguito dalle Regioni e dagli Enti territoriali, garantendo inoltre la compartecipazione dei cittadini. Nello specifico, a livello nazionale è gestita la pianificazione degli interventi, al livello regionale, su delega diretta dello Stato, vengono esercitate invece, le funzioni legislative e di amministrazione in materia di assistenza sanitaria. Infine, al livello comunale l'erogazione dei servizi sanitari si sostanzia attraverso le funzioni proprie delle Unità socio-sanitarie locali (USL) a loro volta divise in distretti, strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi.

La riorganizzazione del servizio, inoltre, prevedeva un'importante inversione di rotta: se fino allora erano le società mutualistiche a gestire i fondi e a preoccuparsi del finanziamento dei servizi attraverso la raccolta di partecipazioni volontarie, da quel momento lo stato si sarebbe incaricato di coordinare i flussi di entrate e di uscite finalizzati al buon funzionamento dell'assistenza sanitaria, grazie ai meccanismi fiscali garantendo l'equilibrio economico. La nuova riforma, nonostante l'alto grado d'innovazione tendente sempre più al miglioramento del management e del giusto impiego delle risorse, non fu totalmente immune da critiche anche abbastanza articolate. Essendo un progetto nato dalle ceneri di un sistema inefficiente, la nuova struttura organizzativa non presentava alcun modello di paragone precedente e i fautori stessi diftavano del cosiddetto "know-how" in tema di gestione e programmazione. I risultati iniziali, infatti, furono deludenti rispetto alle attese che si erano generate: la mancanza di una vera e propria cultura organizzativa fece slittare l'approvazione del

³ "Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale". Libera Università di studi sociali - Luiss "Guido Carli" Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachelet

primo Piano Sanitario Nazionale dal 1979 fino al 1993. La mancanza d'indicatori di qualità riconosciuti a livello internazionale, impediva inoltre, il controllo effettivo dell'andamento gestionale, dell'efficienza e della giusta ripartizione delle risorse. Le scadenze furono fissate con scarso realismo tralasciando a lungo i controlli di feedback finalizzati alla misurazione del consenso sociale. Le difficoltà economiche-organizzative furono aggravate anche dalle gestioni clientelari operate dalle USL stesse, con l'effetto immediato di creare sfiducia nei confronti della classe dirigente. Infine la nuova ripartizione delle competenze presentava numerose lacune e l'assenza di una programmazione standard, uguale per tutte le Regioni, portò alcune di queste a largheggiare nella creazione dei presidi e servizi sanitari determinando un ulteriore aumento del disavanzo statale.

Agli inizi degli anni Novanta furono approvati, come risposta alle critiche e alle problematiche riguardo alla prima riforma, i dd.lgs. 502/92 e 517/93. Si cercò soprattutto di ottimizzare l'organizzazione a livello decentrato, andando a modificare il comportamento imprenditoriale degli enti locali. Con questa seconda riforma, iniziò una vera e propria "aziendalizzazione" dei Servizi Sanitari Locali attraverso l'istituzione delle Aziende sanitarie (Aziende USL e Aziende ospedaliere) dotate di personalità giuridica pubblica di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Per fronteggiare, invece, il disavanzo pubblico, si decise per la riduzione del numero delle USL che da 600 divennero solo 200. Si preferì, inoltre, separare nettamente le responsabilità tra erogatori dei servizi sanitari e le USL stesse generando una maggiore competitività nell'ambito della gestione delle prestazioni, giacché queste potevano essere erogate sia dal presidio pubblico sia da strutture private. In questo modo le singole aziende pubbliche avrebbero prestato molta più attenzione per quanto riguarda la gestione delle risorse. La "minaccia" delle aziende private, avrebbe secondo il legislatore, condotto le AAPP sanitarie a uno stile manageriale teso alla ricerca di un miglioramento costante nel tempo. Purtroppo, in cinque anni fu attuata solo una parte di questo progetto, poiché la cultura d'impresa non fu assorbita dalla classe medica e, più in generale, dall'amministrazione sanitaria stessa.

Nel 1999 Rosy Bindi, Ministro della salute, presentò il d.lgs. 229, la vera nuova riforma del Sistema Sanitario Nazionale. In quest'ultima, la terza in poco meno di dieci anni, si evinceva la voglia da parte del legislatore di perfezionare quella che era la normativa precedente. Si confermò l'importanza del sistema sanitario nazionale come strumento attraverso cui l'ordinamento svolge il compito di tutela della salute, affermando i

principi della prima riforma; si completò l'aziendalizzazione e regionalizzazione del sistema e delle strutture sanitarie; si potenziò il ruolo dei Comuni. In particolare, l'aumento della responsabilità e dell'indipendenza degli enti comunali non fu altro che un'anticipazione di quello che si raggiunse nel 2001 con le modifiche apportate al titolo V della Costituzione dalla l. cost. 18-10-2001 n.3. Con l'esito positivo del referendum costituzionale del 7/10/2001 è entrata definitivamente in vigore la legge costituzionale suddetta che, modificando e abrogando parzialmente o totalmente alcuni articoli della Carta Costituzionale del 1948, contiene una serie di principi di straordinario valore istituzionale soprattutto per ciò che concerne la diversa ripartizione delle competenze legislative tra lo Stato e le Regioni. Coerentemente a un processo già da qualche tempo avviato per effetto delle cosiddette riforme Bassanini, che avevano introdotto nell'ordinamento il principio di sussidiarietà e meccanismi di "federalismo fiscale", (d.lgs. 56/2000 per cui alle Regioni spetta la responsabilità politica e finanziaria) la riforma del titolo V della Costituzione ribalta il vecchio criterio per cui lo Stato detiene la competenza legislativa generale e alle Regioni è dato unicamente di legiferare in un ristretto elenco di materie e pur sempre nel rispetto di limiti contenuti nella Costituzione. Con la riforma del 2001, infatti, lo Stato diventa titolare della potestà legislativa in alcune materie, tra cui non figura la Sanità. Sono così individuate competenze esclusive alle Regioni. La "Devolution" amministrativa va così ad aumentare la sfera di potere decisionale, manageriale e organizzativa degli enti comunali e regionali che, protetti inoltre dal principio di sussidiarietà, creerebbero una risposta più immediata, precisa e meno dispendiosa nei confronti dei bisogni dei cittadini.

1.2 Principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale

In Italia la tutela del diritto alla salute è garantita dall'articolo n.32 della Costituzione italiana che sancisce: " la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."⁴. Il Servizio Sanitario Nazionale opera affinché il

⁴ Costituzione della Repubblica italiana

suddetto articolo sia implementato nel contesto sociale attraverso riforme, proposte di legge, iniziative della classe medica, innovazione tecnologica, contenimento dei costi, investimenti nelle risorse umane e finanziarie.

Il SSN assicura quindi un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell'impiego delle risorse. I cittadini eseguono la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate ed esercitano il proprio "diritto alla salute" per ottenere prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Nel trentennale dell'istituzione del SSN, il Ministero ha realizzato il "Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale"⁵. Nel documento, viene ripercorso l'iter formativo dell'attuale SSN, dalla Legge 833/1978⁶ fino alla modifica del titolo V del 2001, mettendo in risalto l'evoluzione dei principi di organizzazione e funzionamento, concentrandosi sul passaggio da un ottica collettivistica di tutela della salute ad una "individualizzazione" della pratica sanitaria. Tale processo si sposa con la scelta da parte del Legislatore, di decentrare l'autorità amministrativa. Il passaggio delle competenze in tema di organizzazione della sanità pubblica da Stato a Regioni, non solo permette al cittadino strutture più adeguate ai propri bisogni, si pensi a patologie concentrate in regioni piuttosto che in altre, ma libera anche le stesse dall'elevata burocratizzazione, rendendo i processi organizzativi più fluidi e rapidi.

Il libro Bianco definisce esaustivamente i principi del funzionamento dell'SSN, tracciando un quadro completo sia su argomenti basilari come obiettivi, programmazione, buon funzionamento e approvvigionamento finanziario, sia su concetti ancora in evoluzione: "l'aziendalizzazione" delle strutture sanitarie, la valorizzazione delle risorse umane, la necessità di formare una nuova cultura lavorativa all'interno delle amministrazioni stesse .

1.2.1 Missione e Obiettivi

⁵ Redatto dal Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche Vittorio Bachelet della Libera Università degli studi sociali - LUISS "Guido Carli" e con la supervisione di una commissione di esperti dello stesso Ministero

⁶ Legge dello Stato che fissa principi, obiettivi, competenze e strutture in materia di sanità pubblica.

L'espressione "diritto alla salute" sintetizza una pluralità di situazioni giuridiche soggettive quali il diritto all'integrità psico-fisica e quello ad un ambiente salubre, il diritto ad ottenere prestazioni sanitarie, alle cure gratuite per gli indigenti nonché il diritto a non ricevere prestazioni sanitarie, se non quelle previste obbligatoriamente per legge, a tutela oltre che della persona del destinatario, di un interesse pubblico della collettività. Dal Libro Bianco s'intuisce che il perno su cui ruota, e si adegua il SSN è l'articolo 32 della Costituzione, il quale funge da limitatore per quanto concerne l'operato delle AAPP, sia indirizza il sistema sanitario ad un erogazione equa dei servizi, che copra tutta la popolazione e richieda un sacrificio economico da parte degli utenti il minore possibile.

Appare, inoltre, la disponibilità da parte dei poteri pubblici di cooperare con istituzioni private, usufruendo delle competenze specifiche e della flessibilità in termini di budgeting proprie di quelle istituzioni private, che, non avendo veri e propri limiti di deficit, riescono a creare servizi spesso più efficienti.

Ciononostante il governo della Sanità è esercitato in via principale dalle amministrazioni decentrate e dallo Stato secondo la distribuzione di competenza prevista dalla revisione della Carta Costituzionale e della legislazione in materia⁷.

Si può allora intendere il SSN l'insieme dei processi organizzati in strutture complesse, volti a garantire il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, attraverso la creazione di rapporti con realtà private, con livelli di governo superiore con i cittadini che usufruiscono dei servizi erogati, e il mantenimento di una visione manageriale basata sul contenimento dei costi, la creazione di valore aggiunto per gli utenti, la crescita in termini economici e di ricerca e sviluppo delle strutture e la preferenza a valorizzare una copertura sempre più specifica su quella generale che caratterizzava la tutela della salute all'inizio del XX secolo.

1.2.3 I Soggetti: Enti e Organismi

I soggetti che considerati in primo piano, sono innanzi tutto lo Stato e le Regioni. Ciò è in linea con la previsione di cui all'art. 32 Cost., che imputa alla Repubblica i compiti di tutela della salute. È opinione diffusa che quando la Costituzione utilizza il termine "Repubblica" intenda attribuire le funzioni di tutela di un determinato diritto (come, in

⁷ Si veda la riforma del titolo V della Costituzione, in particolare art 117

questo caso, il diritto alla salute) o di un determinato bene (ad es. il paesaggio, ex art. 9, comma 2) non in esclusiva allo Stato ma anche ad altri enti che la costituiscono a norma dell'art. 114, secondo la distribuzione di competenze che la Costituzione stessa prevede e la legislazione specifica.

In particolare, la Costituzione provvede alla distribuzione delle competenze legislative tra Stato e Regione (art. 117) e contiene i principi con attinenza, la ripartizione delle funzioni amministrative (art. 118) ed alle risorse finanziarie (art. 119). La ripartizione delle competenze ai rispettivi titolari, principalmente Stato e Regioni, si definisce in maniera tutt'altro che scontata. Da un lato lo Stato fissa i livelli essenziali per il rispetto dei diritti civili; d'altro canto sono le Regioni che possiedono la competenza concorrente con quest'ultimo per legiferare in materia di Sanità nel rispetto della Costituzione.

La definizione di livelli essenziali di assistenza è affidata a un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano⁸. Tale procedimento non può essere trascurato per utilizzare altri atti governativi.

Non è, quindi, sbagliato pensare di poter dividere in soggetti coinvolti nell'amministrazione sanitaria in due macro- aree: un livello centrale (lo Stato) responsabile di garantire il diritto alla salute attraverso un sistema di garanzie e di livelli minimi di assistenza, ed un livello Regionale cui compito è quello di implementare tale tutela operativamente. Le Regioni possiedono l'esclusiva in tema di regolamentazione e funzionamento dei servizi e per quanto riguarda la scelta dei criteri in tema di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e degli Enti Ospedalieri.

I principali soggetti, a livello centrale sono suddivisi tra enti e organi istituzionali. Il Ministero della salute è il centro nevralgico, operativo ed esecutivo di tale livello. Presieduto dal Ministro della salute, ha la responsabilità su tutti gli atti emanati in tema di Sanità da parte degli organi del Ministero e dallo stesso. Vi sono inoltre, altre istituzioni pubbliche satellite al ministero che operano a supporto di questo: il Consiglio Superiore della Sanità (CSS) ad esempio, è un organo consultivo tecnico-scientifico del Ministro; l'Istituto Superiore della Sanità invece, esercita una funzione di coordinamento tecnico dei lavori ministeriali; vi sono poi altre strutture focalizzate nello

⁸ Art. 6, comma 1, d.l. 18 settembre 2001, n. 347, conv. con l. 405/2001

svolgere compiti più specifici come ISPESL – Istituto Superiore per la prevenzione e Sicurezza del Lavoro, AGENAS- Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, IRCCS- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IZZSS- Istituti Zooprofilattici Sperimentali e l' AIFA- Agenzia Italiana del Farmaco⁹. L'insieme di questi organi forma il governo centrale competente in materia di sanità. La sommatoria delle funzioni svolte ordinatamente, serve a garantire un background adatto al lavoro diretto delle istituzioni regionali, poiché i suddetti, ne indirizzano l'attività generale dettando limiti e standard.

Il secondo livello di responsabilità è invece affidato alle Regioni che suddividono le competenze su tre dimensioni diverse. La prima è occupata dalle Regioni stesse, le quali legiferano su materie riguardanti la tutela della sanità pubblica in concorrenza con lo Stato; dunque, nel rispetto delle normative statali, le Regioni sono titolari della funzione legislativa e amministrativa nel campo sanitario ed ospedaliero. Sono inoltre responsabili della programmazione sanitaria regionale e interfaccia dei livelli erogativi delle prestazioni anche per quanto attiene alla determinazione dei criteri di finanziamento.

Dopo le riforme degli anni Novanta, si è deciso per una maggiore “responsabilizzazione” dei Comuni aggiungendo alle mansioni di amministrazione ordinaria nuove competenze in tema organizzativo e di programmazione. Primo e principale settore di affermazione di questo nuovo ruolo dei Comuni nella gestione del servizio sanitario è quello relativo alla programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale e locale. A cambiare è, in particolare, il nuovo rilievo istituzionale che si attribuisce al coinvolgimento degli Enti locali nei suddetti processi di programmazione, sicché l'espressione del parere dei Comuni alla bozza del Piano Sanitario regionale si risolve non in una mera attività eventuale e facoltativa, bensì in un vero e proprio passaggio obbligatorio del procedimento di programmazione. Una seconda funzione esplicitamente attribuita ai Comuni, a seguito della riforma del 1999, coincide con la partecipazione ai procedimenti di valutazione dei risultati raggiunti dalle aziende USL ed ospedaliere rispetto ai programmi e agli obiettivi congiuntamente definiti¹⁰.

⁹ www.Salute_gov.it

¹⁰ Articolo 2, comma 2 bis, d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229

La seconda dimensione del governo sanitario decentrato è occupata dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Le ASL sono enti locali dotati di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, che provvedono ad organizzare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e ad erogarla attraverso strutture pubbliche o private accreditate¹¹. Il compito principale è quello di raggiungere, e naturalmente superare, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) fissati dal Legislatore, attraverso l'organizzazione del servizio sanitario del rispettivo territorio. Le prestazioni vengono garantite grazie all'utilizzo di apposite strutture pubbliche e private accreditate, che si fanno carico di rendere usufruibili i servizi di assistenza. La caratteristica principale delle ASL è l'assetto organizzativo basato su quei principi aziendali propri del mondo del mercato privato, riadattati e tradotti per le strutture no-profit. L'incipit di tale trasformazione, è trascrivibile alla riforma del 1993¹², la quale sancisce il definitivo passaggio ad un sistema decentrato, investendo le Regioni di nuove e maggiori responsabilità e rendendole di fatto il vero cuore del Sistema Sanitario.

L'aspetto fondamentale della legge è la trasformazione da Unità sanitarie locali in Aziende sanitarie locali (Asl). Tali aziende sono poste a tutela della salute con finalità pubbliche; anche la gestione avviene con criteri aziendali, al fine di recuperare maggiore efficienza nelle prestazioni erogate. Infatti i manager, responsabili della gestione, sono nominati dall'Assessore regionale alla sanità, in base a graduatorie di merito. Alle Giunte regionali invece spetta il compito di pianificare la programmazione sanitaria.

L'ultimo anello della catena organizzativa del SSN è occupata dagli Enti Ospedalieri, che rappresentano il contatto che il cittadino-utente ha con il Sistema Sanitario italiano. Sotto diretto controllo delle ASL, tali enti sono Ospedali di rilievo regionale o interregionale costituiti in Aziende, in considerazione delle loro particolari caratteristiche, ed hanno il compito di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini, nel rispetto delle modalità e nei regimi appropriati attraverso l'uso efficace delle risorse a disposizione, quantità erogata dalle ASL di competenza.

I Rapporti quindi possono essere riassunti nel modo seguente: il governo centrale ha come propulsore il Ministero della Salute, che coadiuvati da istituzioni pubbliche

¹² legge n.92 del 1993

competenti ognuna in specifiche materie, creano il background operativo, imponendo limiti superiori di spesa e inferiori di assistenza. Le ASL impostano il loro lavoro sincronizzando le disposizioni del Legislatore con i bisogni riguardanti il territorio di riferimento, formulando obiettivi intermedi e programmando i lavori degli enti sanitari minori. Questi ultimi rendono disponibile i servizi che permettono il raggiungimento degli obiettivi finali imposti dal governo sanitario, particolare dalle Regioni in concorrenza con lo Stato.

1.2.3 Finalità operative del SSN

Il patrimonio informativo del Sistema Informativo Sanitario (SIS) del Ministero della Salute è stato costituito a partire dal 1984 e rappresenta una fonte unica di informazioni, che tiene conto dei processi di riorganizzazione del SSN intervenuti nel corso degli anni.

Nel 2001 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha ridefinito le caratteristiche strutturali e gli obiettivi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS¹³

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario si basa sulla cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali, che rappresentano i diversi livelli di governo del Servizio Sanitario Nazionale, e sulla piena condivisione delle informazioni possedute dagli attori del SSN. Al suo interno vi sono numerosi dati statistici, indicatori di efficienza, rilevatori di efficacia, e strumenti per la raccolta e la strumentalizzazione dei feedback operativi.

Le fonti informative sono rappresentate dal Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario Nazionale (rete di offerta dei servizi sanitari, attività di assistenza, spesa sanitaria) e dall'ISTAT (composizione demografica e dati di mortalità). Gli indicatori chiave più utilizzati, in quanto forniscono in linea generale l'andamento delle politiche sanitarie, sono: il contesto demografico, lo stato di salute della popolazione, le risorse e il loro utilizzo, le attività di assistenza sanitaria, la spesa sanitaria e il finanziamento del SSN.

Il contesto demografico aiuta a creare un ambiente di riferimento su cui costruire le rilevazioni statistiche tecniche. Infatti, i limiti di efficienza sono significativamente

correlati a fattori come la numerosità e la densità di una determinata popolazione, l'età media e la percentuale di persone con un'età maggiore dei sessantacinque anni. Una volta determinato tal contesto si passa a studiare lo stato di salute della popolazione, censendo la distribuzione della percentuale delle nascite e della speranza di vita oltre i sessantacinque anni; descritte tali variabili si passa ad analizzare le cause di mortalità più frequenti per genere e se ne stila un trend decennale per calcolarne l'aumento o la riduzione.

Dopo aver descritto il contesto ambientale, si passa al calcolo delle risorse e all'entità del loro utilizzo. Dapprima si determina il numero totale e la distribuzione (per 1000 adulti) di medici generali, personale ospedaliero e delle risorse umane in generale impegnate nel settore sanitario regionale; seguito ciò si numerano i giorni di media degenza ed infine i macchinari. Le tre macro famiglie di sottoindicatori appena citati sono utilizzate per misurare, in via principale, il potenziale di utenti e la ripartizione tra operatori sanitari. In secondo luogo, si calcola il fabbisogno medio in termini di servizio. Infine si registrano le strutture e gli strumenti necessari bilanciando livelli di assistenza minimi con il principio, puramente aziendalistico, di efficienza, in termini di costi e sfruttamento ottimale delle risorse.

Completata la stesura dei fabbisogni regionali, si valutano i livelli di assistenza, ovvero la misurazione dell'operatività delle strutture. A tale fine si registrano dati come la distribuzione del valore *tasso di ospedalizzazione per acuti* (ricoveri in Regime Ordinario e Day Hospital per acuti ogni 1000 residenti), la distribuzione dei dimessi acuti in Regime Ordinario per classi di età, la distribuzione per grandi gruppi di cause di ricovero (Capitoli ICD9-CM) per acuti in Regime Ordinario con evidenza dei gruppi diagnostici più frequenti: tumori; malattie del sistema circolatorio; malattie dell'apparato respiratorio; malattie dell'apparato digerente; complicazioni della gravidanza, parto e puerperio; traumatismi ed avvelenamenti.

Infine si tratta l'aspetto puramente finanziario in termini di approvvigionamento per il fabbisogno ed il mantenimento delle strutture, argomento che verrà trattato nel paragrafo successivo.

L'insieme di tutti gli indicatori sopra citati e non, rappresenta il braccio operativo dello Stato il cui obiettivo ufficiale è di garantire l'equità nel soddisfacimento del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione. In particolare dal 2005¹⁴ sono tre i

¹⁴ il periodo di riferimento va dal 2005 al 2009

principali compiti a cui il Ministero deve adempiere: oltre a garantire a tutti la già citata equità del sistema, deve prestare attenzione alla qualità, all'efficienza e alla trasparenza, con la comunicazione corretta ed adeguata; deve evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive e migliorative. Infine ha l'obbligo di collaborare con le Regioni nel valutare le realtà sanitarie, oltre che a migliorarle tracciando le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiare i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica.

1.3 Profili Finanziari

Il Servizio Sanitario Nazionale è finanziato attraverso la fiscalità generale e, in particolare, con imposte dirette (addizionale IRPEF ed IRAP) e indirette (compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina) - il cui gettito rappresenta un'entrata propria delle Regioni, cui si aggiungono residuali trasferimenti erariali¹⁵. Inoltre, le aziende sanitarie locali dispongono di entrate dirette derivanti dai ticket sanitari e dalle prestazioni rese a pagamento.

Tale sistema di finanziamento rappresenta un'evoluzione rispetto al previgente meccanismo fondato sul riparto del Fondo sanitario nazionale, vero e proprio fondo a destinazione vincolata che annualmente lo Stato distribuiva tra le Regioni per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza.

Al Fondo sanitario nazionale, che copriva in media il 44% delle risorse pubbliche destinate alla sanità, si aggiungevano i contributi sanitari a carico dei lavoratori dipendenti, dei liberi professionisti, dei lavoratori autonomi e degli imprenditori, la cui percentuale di incidenza rispetto al Fondo sanitario nazionale variava da regione a regione, passando da un equilibrio del 35% (contributi sanitari) – 65% (FSN) della Calabria ad un assetto del 73% (contributi sanitari) – 27% (FSN) della Lombardia.

Due sono le sostanziali innovazioni introdotte dalla riforma del sistema di finanziamento del SSN, intervenuta nel 2000, poco prima della riforma del Titolo V della Costituzione. Da un lato i vecchi contributi sanitari sono stati sostituiti dall'attribuzione alle Regioni dell'IRAP¹⁶, mentre la partecipazione al FSN è stata sostituita con il riparto dell'aliquota regionale di compartecipazione all'IVA. Il risultato

¹⁵ Art. 1, comma 4 d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.

¹⁶ D. lgs. n. 446/1997.

è un finanziamento pubblico per i livelli essenziali di assistenza costituito in prevalenza da risorse regionali (IRAP e addizionale IRPEF, compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina, altre entrate proprie), mentre assolutamente minoritaria è la percentuale di spesa coperta con risorse statali (al finanziamento delle spese derivanti da accordi internazionali, di quelle relative ad alcuni enti particolari del SSN e per specifici obiettivi previsti da leggi speciali si provvede, infatti, con le risorse del residuo Fondo sanitario nazionale).

Dall'altro lato, la seconda sostanziale innovazione della riforma coincide con la soppressione del previgente vincolo di destinazione delle risorse trasferite alle Regioni dallo Stato per il finanziamento del SSN; in particolare, si è stabilito che¹⁷ per gli anni dal 2001 al 2003, ciascuna regione fosse vincolata a destinare, per l'erogazione delle tipologie di assistenza, delle prestazioni e dei servizi individuati dal Piano sanitario nazionale, una spesa corrente pari al fabbisogno finanziario per il Servizio sanitario regionale, definito in funzione della quota capitaria di finanziamento, determinata tenendo conto delle specifiche caratteristiche demografiche e socio sanitarie di ciascuna Regione¹⁸; in particolare¹⁹, ciascuna regione fu vincolata, per il triennio 2001 - 2003, a destinare al finanziamento della spesa sanitaria regionale risorse non inferiori alle quote che risultano dal riparto dei fondi destinati per ciascun anno al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale; a partire dal 2004, il vincolo di cui sopra è stato rimosso nei confronti delle regioni che hanno attivato le procedure di monitoraggio e verifica dell'assistenza sanitaria erogata e del sistema di garanzie del raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal SSN²⁰. Conseguentemente, gli eventuali risparmi di spesa sanitaria rimasero attribuiti alla regione che li realizzò, sempre sotto il vincolo dei LEA.

In virtù di tali disposizioni, le Regioni non hanno alcun vincolo formale di destinazione nei confronti delle risorse ad esse trasferite dallo Stato per il finanziamento dei LEA, ma hanno il vincolo sostanziale dell'effettività dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nel senso che solo in caso di inadempimento regionale a questo fondamentale dovere assistenziale lo Stato potrebbe adottare misure sostitutive destinate a vincolare la stessa autonomia di programmazione finanziaria regionale.

¹⁷ Art. 8, d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.

¹⁸ Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachelet", "Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale"

¹⁹ Art. 83, comma 1, l. 23 dicembre 2000, n. 388.

²⁰ Art. 9, comma 1, d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.

Con la riforma del 2000²¹, un regime particolare è stato, tuttavia, mantenuto per le Regioni a Statuto Speciale: la Valle D'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le Province Autonome di Trento e Bolzano provvedono infatti al finanziamento dell'assistenza sanitaria senza alcun apporto a carico dello Stato, grazie al riconoscimento di un'ampia autonomia tributaria²². Per la Sardegna, è stato previsto e disciplinato l'integrale trasferimento della spesa sanitaria a carico del bilancio regionale²³. La Sicilia, invece, dipende ancora per il finanziamento di oltre la metà della spesa sanitaria dal concorso dello Stato, annualmente erogato attraverso i trasferimenti del residuo Fondo Sanitario Nazionale²⁴.

1.3.1 Il procedimento di riparto dei finanziamenti

Il sistema cosiddetto di "federalismo fiscale" introdotto dalla riforma del 2000 ha mantenuto in vigore alcune delle caratteristiche fondamentali del precedente meccanismo di riparto: nonostante la prevalenza delle cosiddette "entrate proprie", la fissazione del fabbisogno sanitario ed il riparto delle risorse ad esso strumentali continuano infatti ad avvenire al livello statale.

La procedura di riparto delle risorse disponibili si articola, infatti, in diverse fasi.

Annualmente, la legge finanziaria individua il fabbisogno sanitario nazionale, che tecnicamente viene determinato sulla base di una stima preventiva delle risorse disponibili necessarie per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza; fissato il fabbisogno nazionale, si procede alla determinazione del fabbisogno regionale con un Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, successivamente recepito dal CIPE. La determinazione delle risorse da erogare a ciascuna Regione a copertura della spesa sanitaria viene effettuata tenendo presenti più aspetti²⁵: il fabbisogno sanitario; la popolazione residente; la capacità fiscale; la dimensione geografica di ciascuna regione. Nella prassi, il riparto avviene sulla base del criterio della quota capitaria ponderata, per cui la quota capitaria (il valore medio pro capite nazionale necessario per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario dei LEA) viene corretta sulla base di alcune variabili destinate a rappresentare il bisogno di assistenza di ogni singolo individuo (età;

²¹ Riforma tributaria sul federalismo fiscale

²² Art. 32, comma 16, l. n. 449/1997.

²³ Art. 1, comma 437-439, l. 27 dicembre 2006, n. 296.

²⁴ Art. 1, comma 830-831, l. 27 dicembre 2006, n. 296.

²⁵ Art. 1, comma 34, l. 23 dicembre 1996, n. 662.

genere, limitatamente alla sola assistenza farmaceutica; tasso di mortalità perinatale e di mortalità infantile; densità abitativa) e poi moltiplicata per il numero di residenti in ciascuna Regione.

1.3.2 Il fondo perequativo nazionale

Il fabbisogno annualmente individuato a livello statale deve essere sufficiente a finanziare tutte le prestazioni che rientrano nei LEA. Per evitare che alcune Regioni si trovino nell'impossibilità di finanziare il fabbisogno sanitario attraverso le sole entrate regionali (rappresentate dall'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF, dall'IRAP e dalla compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine, che sono ovviamente proporzionali alla capacità produttiva di ogni singola regione) è tuttavia previsto un "Fondo perequativo nazionale", alimentato con parte del gettito della compartecipazione all'IVA, utilizzata per la realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale²⁶.

Spetta allo Stato stabilire annualmente, entro il 30 settembre, per ogni Regione, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, la quota di compartecipazione all'IVA, la quota di concorso alla solidarietà interregionale, la quota da assegnare a titolo di Fondo perequativo nazionale e la quota da erogare a ciascuna Regione²⁷.

Tale meccanismo di perequazione a favore delle regioni con insufficiente capacità fiscale dovrebbe operare fino al 2013, con riduzione progressiva e costante delle quote integrative²⁸. Si registrano tuttavia perduranti ritardi ed inerzie nel riparto delle risorse dovute a titolo di Fondo perequativo.

Concretamente, il meccanismo perequativo regola la ripartizione fra le Regioni della compartecipazione all'IVA, che viene determinata sulla base del numero degli abitanti, corretto al fine di ridurre le differenze di capacità fiscale, provvedere alla copertura dei fabbisogni sanitari, neutralizzare i maggiori costi di funzionamento che incontrano le Regioni con dimensioni geografiche più piccole. L'obiettivo è una perequazione della capacità fiscale che riduca del 90% le distanze fra il gettito standardizzato, per abitante, di ciascuna Regione rispetto al gettito standardizzato medio nazionale²⁹. La fissazione

²⁶ Art. 7, d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.

²⁷ Art. 2, comma 4, d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.

²⁸ Art. 7, comma 4, d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.

²⁹ Art. 7, comma 2, d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.

al 90% del livello di perequazione è funzionale a mantenere incentivi allo sforzo fiscale da parte delle Regioni che accedono al riparto del fondo perequativo. Il criterio di perequazione della capacità fiscale viene, infatti, applicato al gettito dei “principali tributi propri e compartecipazioni” (l’IRAP, l’addizionale IRPEF, la compartecipazione sull’accisa alla benzina e la tassa automobilistica³⁰).

In sede di prima applicazione, il funzionamento del sistema di perequazione è stato accompagnato da una lunga fase transitoria, finalizzata a garantire che l’attuazione del nuovo meccanismo di finanziamento non si traducesse per le Regioni in una riduzione delle risorse destinate al finanziamento dei LEA³¹. In particolare, con l’introduzione di un sistema di conguaglio, si è garantita a ciascuna Regione, per il primo anno di applicazione della riforma, la corresponsione di un importo pari alla differenza tra l’ammontare dei trasferimenti soppressi e il gettito derivante dall’aumento dell’addizionale regionale all’IRPEF e dell’accisa sulle benzine. L’importo così determinato, rapportato all’importo della compartecipazione all’IVA, individua la quota di incidenza della spesa storica. Il riferimento alla spesa storica ha infatti rappresentato il tradizionale criterio di determinazione del fabbisogno sanitario regionale, sollevando tuttavia numerosi problemi applicativi connessi alla mancata introduzione di incentivi alle Regioni ad una maggiore efficienza nei comportamenti di spesa.

L’esigenza di promuovere una nuova cultura incentrata sul controllo della spesa sanitaria a livello regionale ha conseguentemente giustificato la progressiva riduzione della quota d’incidenza della spesa storica ai fini del computo delle risorse da assegnare a ciascuna regione. Tale percentuale di riduzione della percentuale d’incidenza della spesa storica è stata originariamente fissata al 5 per cento annuo per i primi due anni e al 9 per cento annuo, a decorrere dal 2004, fino a totale azzeramento nel 2013³²; con l’anno 2013, in sostanza, la perequazione avrebbe dovuto avvenire sulla base dei soli criteri di ponderazione della capacità fiscale, ad esclusione quindi da qualsiasi riferimento alla spesa storica. In seguito, in attesa di un intervento di adeguamento del sistema di federalismo fiscale ai principi di autonomia finanziaria introdotti dal nuovo Titolo V della Costituzione³³, la prevista riduzione della quota di incidenza della spesa storica è stata ridotta all’1,5 per cento annuo a decorrere dal 2003³⁴.

³⁰ Allegato A, d. lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.

³¹ Articolo 7, comma 3, d. lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.

³² Articolo 7, comma 4, d. lgs. 18 febbraio 2000, n. 56.

³³ Articolo 4, comma 1, d.l. 30 dicembre 2004, n. 314.

³⁴ Articolo 1, comma 320, l. 23 dicembre 2005, n. 266.

La riforma del Titolo V della Costituzione, che nel nuovo art. 119 Cost. riconosce l'autonomia di entrata e di spesa di Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni e prevede l'istituzione di un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante, rende necessaria la definizione di una disciplina transitoria che consenta l'ordinato passaggio dall'attuale sistema, caratterizzato dalla permanenza di una finanza regionale ancora in non piccola parte "derivata", cioè dipendente dal bilancio statale, e da una disciplina statale unitaria di tutti i tributi, con limitate possibilità riconosciute a Regioni ed enti locali di effettuare autonome scelte, ad un nuovo sistema³⁵. In questa fase transitoria, fino all'attuazione dell'art. 119 della Costituzione, il legislatore statale incontra peraltro come limite fondamentale il divieto di procedere in senso inverso a quanto oggi prescritto dall'art. 119 della Costituzione, e così di sopprimere semplicemente, senza sostituirli, gli spazi di autonomia già riconosciuti dalle leggi statali in vigore, alle Regioni e agli enti locali, o di configurare un sistema finanziario complessivo che contraddica i principi del medesimo art. 119³⁶.

In attesa di tale organica riforma del sistema di finanziamento del SSN., il sistema di "federalismo fiscale" introdotto nel 2000 ha mostrato alcune criticità, soprattutto nella fase della determinazione delle risorse da assegnare a ciascuna Regione, che continua a dipendere da criteri di riparto non sempre in grado di cogliere gli effettivi fabbisogni regionali, e pertanto che talvolta appaiono favorire arbitrariamente alcune Regioni a danno di altre. Per tali ragioni, il riparto annuale dalle risorse destinate, al livello nazionale, al finanziamento dei LEA viene a dipendere, di fatto, dalle contingenze politiche e, in particolare, dalla disponibilità delle Regioni a giungere in tempi rapidi ad un accordo. Gli stessi ritardi nel riparto delle risorse dovute a titolo di fondo perequativo hanno peraltro compromesso l'effettivo funzionamento dell'intero meccanismo di finanziamento, ostacolando la piena realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale ivi previsti.

In chiave transitoria, è stata pertanto sospesa l'estensione del sistema di "federalismo fiscale", attualmente applicato solo al settore sanitario, anche agli altri settori

³⁵ Corte cost., sent. 26 gennaio 2004, n. 37.

³⁶ Corte cost., sent. 29 dicembre 2004, n. 423.

amministrativi oggetto di decentramento nell'ambito delle riforme amministrative della fine degli anni '90.³⁷

Concludendo, il finanziamento del SSN si divide tra il gettito garantito dallo Stato e i finanziamenti delle Regioni. La ratio di tale sistema è volta alla determinazione di un intervento statale per colmare i gap regionali così da garantire un'equa distribuzione dei fondi e permettere alle strutture decentrate di mantenere una qualità di servizio al di sopra dei LEA stabiliti. L'organizzazione del sistema di approvvigionamento, nella sanità italiana, non viene percepita efficiente in assoluto, bensì non sono poche le critiche mosse a sfavore del controllo governativo sui fondi sanitari. Una fazione politica americana, infatti, muove una pesante critica sostenendo che in tal modo il cittadino viene estromesso dal suo diritto di curarsi, più precisamente “ di non avere la facoltà di scegliere il medico che preferisce”³⁸. D'altro canto è risaputo che tali dichiarazioni contro i sistemi sanitari controllati dallo Stato, come la maggior parte di quelli presenti in Europa, non è altro che una copertura per il business delle assicurazioni sanitarie che non vogliono vedere polverizzate le prospettive di guadagno, che negli ultimi anni sono andate aumentando esponenzialmente.

L'intervento delle istituzioni garantisce equità di trattamento e grazie alle partecipazioni totali della comunità, in concorrenza con gli altri stati dell'Unione Europea, anche un'erogazione dei servizi accessibili a tutta la popolazione.

CONCLUSIONI

Il SSN in linea generale, può essere considerato uno dei più efficienti a livello europeo. Non solo macchinari, strutture e personale sono all'altezza delle richieste della comunità europea, ma la collaborazione tra settore pubblico e settore privato, non genera le distorsioni del servizio tanto temute da quei Paesi in cui il controllo statale è totale. Il decentramento non solo favorisce una maggiore reattività e minori tempi di risposta alle nuove problematiche dei cittadini, ma permette anche un controllo su più livelli, di conseguenza anche più accurato e rigido. La possibilità di avere a disposizione le competenze di aziende private, esperte nella produzione del bene, o nell'erogazione di un particolare servizio, innalzano la qualità dei lavori dell'AAPP. Oltretutto i costi

³⁷ Art. 11-bis, d.l. 24 dicembre 2003, n. 355; art. 4-bis, d.l. 14 marzo 2005, n. 35; art. 34-quinquies, d.l. 4 luglio 2006, n. 223.

³⁸ “Sicko”, Michael Moore, 2007

sono ammortizzati dalle due parti generando effetti benefici sistematici: per il settore privato in primis il ricavo sicuro, dato che non vi è possibilità di inadempienza del cliente, per non parlare del guadagno di immagine derivante dall'aver partecipato alla produzione di un bene comune. Per quanto riguarda il settore Pubblico, invece, la possibilità di non dover accedere alle proprie risorse finanziarie, e quindi di non gravare troppo sulle casse dello Stato, oltre alla possibilità di accedere a macchinari, strumentazioni e procedure specializzate.

Un altro punto a favore della gestione sanitaria odierna è la grande attenzione che si ha per i risultati. Le AAPP hanno creato appositamente per la quantificazione dei risultati una moltitudine di indici, volti a rendere gli esiti della gestione omogenei, per facilitarne la misurazione e la comparazione. La maggiore trasparenza che le istituzioni pubbliche sono obbligate a garantire, d'altro canto genera una competizione nel settore che se non controllata può causare più danni che miglorie.

I problemi di funzionamento del sistema derivano tutti da una matrice culturale troppo propensa al raggiro dei regolamenti. Non sono più una novità le storie di raccomandazioni, procedure abbreviate in favore di conoscenti e attività illecite per la concessione di appalti pubblici.

Non bisogna però cadere nell'errore di giudicare il sistema corrotto solo per la presenza di alcune "mele marce". I casi di virtuosismo amministrativo, concentrati maggiormente nelle regioni del Nord - Italia, mostrano come il sistema non è totalmente da correggere, ma bisogna colpire in maniera concisa, quelle strutture dove la corruzione è ordinaria amministrazione, aumentando i controlli, tagliando i fondi in caso di mancato raggiungimento dei target regionali e così via.

Per quanto riguarda i meccanismi finanziari e di funzionamento delle AAPP nel settore sanitario, non hanno nulla da invidiare alle "colleghe" europee: i fondi a disposizione per la ricerca e il proseguimento dei lavori sanitari, sono giustamente misurati dallo Stato durante il bilancio preventivo, e grazie appunto, ad indici di qualità dei risultati unici per tutto il Paese, è facilmente quantificabile il giusto ammontare di finanziamenti destinate alle amministrazioni locali, evitando sprechi o ancora peggio, speculazioni di alcun tipo.

Non è certo possibile definire il SSN italiano come il migliore a livello internazionale, ma sicuramente nella sua totalità è uno dei più efficienti e possiede le potenzialità per competere con le grandi potenze occidentali e dell'estremo oriente.

CAPITOLO II

SISTEMA SANITARIO TEDESCO

2.1 Nascita del sistema sanitario tedesco

Il Sistema Sanitario Tedesco rappresenta un importante tappa per lo studio dei sistemi nel mondo, giacché fu considerato un modello esemplare di gestione europea.

In principio furono Stati come la Francia e l'Inghilterra che, a cavallo tra il '700 e l'800, promuovendo sistemi di assistenza gestiti dallo Stato, con l'obiettivo di garantire una maggiore copertura sanitaria, diedero un significativo contributo al concetto organizzativo della sanità nelle popolazioni dei rispettivi paesi.

Nel 1883 la Germania fu il primo paese a sviluppare un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie (cassa malattia), su iniziativa di Otto Von Bismarck. Il cancelliere era intenzionato a garantire una copertura maggiore rispetto ai vecchi sistemi mutualistici delle classi lavorative, che presentavano elevati gap d'efficienza rispetto ai nuovi standard raggiunti nel nord-ovest europeo. Da allora fu istituito il "Gesetzliche Krankenversicherung" (GKV, l'assicurazione obbligatoria), che ha contribuito alla creazione di un quadro organizzativo per la Sanità Pubblica e ha plasmato, definito e regolato il ruolo di contribuenti, i fondi di assicurazione, di malattia, dei dottori e degli ospedali.

Nel 1885 il GKV forniva protezione medica per il 26 per cento dei segmenti a basso reddito della forza lavoro, in altre parole il 10 per cento della popolazione. Come con l'assicurazione sociale, l'assicurazione sanitaria è stata estesa progressivamente a tutte le classi di lavoratori e di reddito, nelle quali era suddivisa la popolazione tedesca. Il raggio di azione si estese vertiginosamente negli anni seguenti: nel 1901 trasporto e lavoro d'ufficio furono aggiunti alla copertura assicurativa, seguiti nel 1911 da lavoratori agricoli, forestali e domestici, e nel 1914 da funzionari pubblici. La copertura è stata estesa anche ai disoccupati nel 1918, ai marittimi nel 1927, e per tutti i dipendenti nel 1930. Nel 1941, inoltre, è stata approvata una normativa³⁹ tale che i lavoratori "coperti", superato il tetto massimo di reddito per l'iscrizione obbligatoria, potevano scegliere se proseguire la loro assicurazione su base volontaria. Lo stesso

³⁹ Constitution of the united Germany 3 October 1990

anno, la copertura è stata estesa a tutti i tedeschi in pensione. Infine si aggiunsero i venditori nel 1966, i lavoratori autonomi agricoli nel 1972 e nel 1975 gli studenti e i disabili.

Dopo la formazione dei due stati tedeschi, nella seconda metà degli anni '40, si assistette alla creazione di due sistemi sanitari differenti. Nella Germania dell'est, è stato messo in atto un sistema sanitario centralizzato statale, dove appunto, lo Stato governava la gestione dell'assistenza senza la cooperazione dei privati; così facendo la classe lavorativa dei medici divenne dipendente dello Stato stesso. Nella Germania dell'Ovest, invece, si restaurò il sistema precedente alla guerra: un modello di assistenza Pubblica in cui il Governo ha una funzione puramente di controllo e non di attuazione. Secondo la Legge Fondamentale del 1949 della Costituzione tedesca⁴⁰, il Governo federale ha competenza esclusiva in materia di assicurazione sanitaria pubblica e definisce la politica di massima a proposito del GKV. L'autorità del Governo poteva essere espressa solo per questioni generali: ammissibilità ai benefici, obbligo all'iscrizione, copertura dei rischi, mantenimento del reddito durante la malattia e contributi del datore di lavoro e del lavoratore al GKV.

Tuttavia il compito di amministrare e fornire assistenza, fatta eccezione per la pianificazione dei finanziamenti ospedalieri, è stato delegato ad entità non statali come associazioni nazionali e regionali di operatori sanitari, associazioni ospedaliere, fondi assicurativi no-profit, assicurazioni private e organizzazioni di volontariato private.

Nonostante la Germania sia una Repubblica federale, formata dall'unione di una moltitudine di Stati minori, il sistema sanitario non risulta per nulla frammentato, bensì riesce a coordinarsi fra le diverse legislazioni regionali senza vizi di forma alcuno; tutto ciò è possibile in quanto nessun' associazione è in grado di imporre arbitrariamente modifiche riguardanti l'erogazioni, il rimborso e la retribuzione dei medici. Le norme per il buon funzionamento del sistema sanitario sono approvate dal Governo centrale in concorrenza con i vari partiti politici, e sono garantite dalla Legge Fondamentale della Costituzione tedesca.

Infine, durante gli anni '90, si decise per un ulteriore miglioramento, prevedendo all'interno della copertura sanitaria, le cure ambulatorie, la scelta dei medici d'ufficio, l'assistenza ospedaliera, lo stipendio pieno per madri (da sei a otto settimane prima e dopo il parto), l'assistenza domiciliare estesa, controlli sanitari, assenze per malattia a

cura dei familiari, riabilitazione e terapia fisica, le apparecchiature mediche (come arti artificiali), la droga, e un soggiorno fino a un mese in centri benessere. Le persone che non sono in grado di lavorare a causa di malattia, hanno diritto ad una retribuzione integrale per sei settimane, e dell'ottanta per cento del loro reddito per un massimo di 78 settimane.

2.2 Ordinamento

La Germania è una Repubblica federale basata sul concetto di sovranità divisa⁴¹. Lo Stato nazionale detto "Bund" ha prevalentemente un ruolo legislativo, avendo competenze esecutive e giurisdizionali molto limitate. Tali poteri, infatti, sono detenuti in prevalenza dai cosiddetti "Länder", che rappresentano le sedici regioni in cui è suddiviso il territorio tedesco. I Länder detengono il potere esecutivo e giurisdizionale, sempre nei limiti dettati dalla Costituzione tedesca e dai confini politici che li delimitano⁴².

I Comuni e le Provincie, invece, sono parti e partner dei Länder ma non hanno alcun collegamento diretto con il Bund centrale. Le loro funzioni e competenze sono di natura residuale, in altre parole legiferano su quelle materie che non sono salvaguardate da Bund e Länder (autonomia locale). I Länder inoltre partecipano alla legislazione Nazionale nel Bundesrat, la seconda camera del parlamento tedesco con rappresentanti dei governi locali.

Per quanto invece concerne alla fiscalità, i Länder e i comuni hanno finanze separate del Bund, con la presenza di una perequazione orizzontale (90 per cento) e verticale (10 per cento).

2.2.1 Soggetti

I principali responsabili della tutela alla salute, nel territorio tedesco sono, come nel SSN italiano, la Bund, i Länder e i Comuni. Il Bund non ha competenze generali per la sanità, ma si occupa di molti aspetti in termini di programmazione. L'ordinamento delle

⁴² "Il ruolo delle istituzioni politiche amministrative nella sanità in Germania", Harald Pampler, Bologna, 8 ottobre 2004

assicurazioni pubbliche, la protezione sul lavoro, la pianificazione di lotta contro malattie pericolose e contagiose, l'ammissione alla professione medica, il commercio dei farmaci, la stabilità economica degli ospedali. A livello programmatico la Bund stabilisce le commissioni: il *Konzertierte Aktionim Gesundheitswesen* (Comitato di coordinazione nella sanità) analizza la situazione sanitaria e propone azioni ordinatamente alle direttive del Bund, mentre l'*Ethikkommission* si occupa in prevalenza riguardo le materie etiche come la ricerca genetica, la fecondazione, l'aborto e l'aiuto nello stato terminale. Nella gestione coordina istituti per la sanità e per la sicurezza dei farmaci, mantenendo sempre un ruolo marginale per quanto riguarda la fase operativa, ma coprendo un ruolo fondamentale per quanto riguarda il rispetto delle norme costituzionali in materia. I *Länder*, invece, sono titolari delle competenze legislative in via residuale, ma detengono il vero potere gestionale ed esecutivo. In primis, stabiliscono i piani per gli ospedali, giacché ne possiedono i maggiori nei territori di riferimento, inoltre ripartiscono i fondi alle varie aziende e istituti sanitari locali a secondo dei bisogni degli utenti. Il ruolo dei Comuni invece è soprattutto quello di gestire e pianificare localmente, attraverso l'utilizzo di uffici per la sanità pubblica locale⁴³.

Altre istituzioni create a fini specifici sono le *Kassenärztliche Vereinigngen* (associazioni dei medici convenzionati) cui è attribuita la gestione dei contratti e delle assicurazioni dei medici e della classe medica in generale. Insieme ad essi le assicurazioni pubbliche redigono un catalogo dei servizi e stabiliscono i valori monetari dei servizi dei medici.

Il quadro generale quindi si divide tra forze regolatrici, come il Bund, i Lander e i Comuni, con obiettivi di impulso, coordinamento e gestione dei progetti, nonché quello di monitorare i risultati e creare risposte tempestive ai feedback provenienti dagli istituti a contatto diretto con gli utenti. Le istituzioni private, d'altro canto, implementano i lavori Pubblici grazie alle maggiori disponibilità finanziarie ed al possesso di conoscenze tecniche migliori derivanti da lavori focalizzati in settori più ridotti.

2.3 Obiettivi del management

⁴³ “Il ruolo delle istituzioni politiche amministrative nella sanità in Germania”, Harald Pampler, Bologna, 8 ottobre 2004

I dati raccolti nel “World fact book”⁴⁴ della CIA, riflettono un’ immagine della Germania molto simile alla realtà italiana, per quanto riguarda i tassi di mortalità, le aspettative di vita e la porzioni di popolazione ultra sessantenne, che rappresentano gli indici statistici su cui si basano i progetti di Sanità Pubblica in entrambe le nazioni citate.

Tali risultati però sono stati raggiunti percorrendo due diverse filosofie di management pubblico: in Italia l’apporto dei privati non solo è notevolmente minore di quello pubblico, ma anche molto più ispezionato. In Germania, come vedremo in seguito, le due forze si fondono in una collaborazione sincronizzata e armonica.

Il Sistema Sanitario Tedesco presenta diverse caratteristiche, che sono alla base del funzionamento dello stesso. La prima, che poi è anche quella che lo distingue maggiormente dagli altri modelli europei, è la copertura assicurativa obbligatoria. Tale sistema copre il 90 per cento della popolazione, lasciando esenti dalla sottoscrizione solo la fascia cittadina che supera i tremilaottocentoventicinque euro mensili e i dipendenti statali con qualsiasi importo di reddito. Il tetto di reddito funziona in modo tale da poter assicurare quei cittadini che, in caso di gravi degenze dovute a infortuni rilevanti o a patologie che richiedano lunghi periodi di cura, non debbano preoccuparsi di fronteggiare spese periodiche che, senza assicurazioni, graverebbero sulle entrate mensili in maniera troppo sproporzionata. Per quanto riguarda i cittadini che invece sono oltre questa soglia, l’assicurazione è facoltativa poiché si ritiene che il debito disponibile potenziale sia in grado comunque di fronteggiare anche le spese mediche più impegnative. Ovviamente è preferibile essere coperti, giacché un sistema che si basa sull’utilizzo del metodo assicurativo, s’immagina abbia sviluppato un “know how”⁴⁵ non indifferente. Le società di assicurazione pubblica, studiano a fondo le cartelle cliniche dei nuovi “clienti” suggerendone i livelli di assistenza in base all’anamnesi dei pazienti e dei loro familiari, per prevenire anche malattie genetiche che si potrebbero manifestare nel lungo periodo. Il cittadino-utente potrà così avere una soluzione modellata sui propri bisogni, pagando solo quello di cui ha bisogno, senza contare poi che i costi dei contratti assicurativi pubblici presentano un prezzo molto più vantaggiosodata la provenienza del settore no-profit.

⁴⁴ Raccolta d’informazioni di carattere economico, demografico, culturale e storico riguardo i maggiori paesi nel mondo.([www. CIA.gov/](http://www.CIA.gov/)).

⁴⁵ L’insieme di competenze, conoscenze e abilità a disposizione del sistema aziendale.

Come già evidenziato, la pianificazione e l'implementazione, nel contesto sociale dell'assistenza sanitaria, si evolvono sempre su i tre livelli di potere sopracitati con l'ausilio delle associazioni private, per cui anche la definizione dei target minimi riflette tale gerarchia. Il Bund, sotto il vincolo della normativa europea vigente⁴⁶, decide quali siano i cosiddetti *obbiettivi intermedi*, che, inviati ai Lander, vengono tradotti ed inoltrati agli enti locali. Le assicurazioni private e le altre istituzioni ausiliari sono contattate ed informate e svolgono il loro operato in sintonia con le decisioni del Governo centrale.

2.4 Profilo finanziario

Il sistema di finanziamento del settore sanitario, s'ispira molto al modello organizzativo dello stesso; infatti, anche per quanto riguarda i criteri di approvvigionamento, vi sono tre livelli su cui è dislocato il potere gestionale ed esecutivo. Il sistema sanitario è finanziato innanzitutto dalle imposte, che rappresentano il 21 per cento della disponibilità totale. Ogni Lander in vista del bilancio, raccoglie le giuste informazioni per essere a conoscenza se il servizio offerto è realmente percepito dalla comunità o se sono insorte nuove problematiche da gestire. I dati a disposizione, dopo attente analisi e misurazioni, vengono discussi in sede di bilancio con il Governo centrale. Il Bund in seguito deciderà l'entità del finanziamento per ogni Regione che a sua volta dovrà ripartirlo tra i singoli enti locali della sua giurisdizione.

Il 60 per cento delle entrate deriva dalle assicurazioni pubbliche, mentre il sette per cento dalle private. In particolare, le compagnie assicurative creano basi finanziarie attraverso la stipulazione di contratti con gli ospedali stessi, che a loro volta si occuperanno di girarli ai pazienti al di sotto del tetto massimo di reddito che li posiziona nella fascia obbligatoria⁴⁷. Le compagnie assicurative stipulano contratti con la *Kassenärztliche Vereinigungen*, per la gestione dei medici autonomi, che non sono di competenza statale.

Infine l'ultimo livello è occupato dai pazienti, che, la copertura delle assicurazioni, partecipano al finanziamento del sistema sanitario in due casi particolari. Il primo si ha nel momento in cui il cittadino sia sprovvisto di assicurazione, dato il reddito oltre la soglia, e quindi decide di fronteggiare le spese mediche solamente con i propri mezzi

⁴⁶ GU C 304 del 23.11.1991

⁴⁷ Paragrafo precedente.

finanziari; oppure nel caso in cui si debba usufruire di servizi che non coperti dai contratti stipulati (come ad esempio operazioni di chirurgia plastica). Quest'ultima tipologia rappresenta l'undici per cento restante della composizione delle entrate statali destinate alla sanità pubblica.

È facile notare come il sistema tedesco faccia leva soprattutto, per quanto riguarda le fonti di finanziamento, sui contratti pubblici. Il gettito fiscale generale (ventuno per cento) rappresenta solouna base minima, quasi integrativa, dato che il flusso in entrata è alimentato per oltre metà dai contratti stessi.

2.3.1 La spesa sanitaria

La spesa sanitaria in Germania, ma in generale tra tutti i paesi dell'OCSE, è stata argomento di studio e dibattito per lungo tempo. Sin dalla nascita degli stati del Welfare, l'interesse per lo sviluppo della gestione della spesa sanitaria ha impegnato i vari governi dell'UE sia singolarmente che collettivamente. Si è preferito un management mirato ad una più efficiente gestione dei costi, optando per un giusto equilibrio fra crescita e qualità dei servizi, fra ricerca e sviluppo e soddisfazione del cittadino. Tra i tanti studi che si sono svolti negli anni zero, uno dei più esaustivi è stato pubblicato dal Gruppo Intesa San paolo, che nell'ottobre dell'anno precedente, ha studiato l'andamento storico di alcuni indicatori in merito alla gestione sanitaria dei paesi europei.

Il primo elemento riportato è *l'evoluzione della spesa*, in milioni di euro. In particolare, la Germania, dal 2005 al 2008 è passata da 239,736 a 263,219 milioni di euro impiegati alla tutela della salute nazionale⁴⁸. Nonostante la dimensione di spesa sanitaria che, indicizzata rispetto alla popolazione rappresenta una delle più elevate, la variazione dell'incidenza sul PIL è stata negativa (-1,36)⁴⁹. Il trend non è da intendere come mancanza di attenzione finanziaria verso le istituzioni sanitarie, ma come ridimensionamento dei costi gestionali; inoltre la grande crisi che ha colpito l'economia mondiale ha portato i governi centrali ad adottare politiche anticicliche in modo da ridurre i danni del fallimento del mercato dei mutui sub prime; ma, in riferimento allo scenario internazionale, tra le grandi potenze occidentali l'andamento tedesco è di

⁴⁸ OCSE (2010). OECD Health Data, versione 2010. <http://stats.oecd.org/>.

controtendenza, essendo l'unica nazione a registrare un trend negativo. Per meglio comprendere come la spesa sanitaria, e in particolare le sue oscillazioni, influenzino il benessere generale, bisogna analizzare innanzitutto come l'impegno delle risorse nel settore sanitario generino valore aggiunto lordo sul PIL.

Dal 1995 al 2005 l'indicatore sanità/ Pil dimostra che all'aumento della spesa è corrisposto un aumento del valore aggiunto, sia diretto che esteso, più che proporzionale e che è andato via via aumentando nel corso degli anni. Questo è stato possibile grazie alla diversificazione creata in termini di domanda dei servizi. I fattori che compongono la curva di domanda del settore sanitario sono principalmente rappresentati dai consumi intermedi delle strutture e degli utenti, dalla domanda privata dei cittadini, dalla domanda pubblica, in altre parole dalle strutture e dagli enti locali, dalla domanda delle istituzioni no-profit, dagli investimenti nel settore, dalle esportazioni.

In tutti i casi, si è visto un intensificarsi della crescita delle singole domande. In ogni caso la rilevazione più indicativa è sicuramente quella sull'evoluzione della diversificazione della domanda che dal 43,85 per cento del 1995, nel 2005 ha raggiunto il 49,1 per cento segnando una progressione costante lungo tutto il decennio. Diversi Stati hanno evidenziato frequenti oscillazioni, o addirittura mancato raggiungimento dei livelli minimi di eccellenza per quanto riguarda il parametro di riferimento⁵⁰.

Un altro aspetto interessante, per quanto concerne lo studio della spesa sanitaria, è il confronto tra le quantità di denaro impiegato nel settore e l'effettivo miglioramento del benessere della comunità, in termini di attese di vita alla nascita e aspettative future. Dalla fine degli anni sessanta fino ad oggi la percentuale d'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è sempre stata caratterizzata da un costante aumento, fatta eccezione per il boom degli anni novanta⁵¹, crescendo dal 6 al 10,5 per cento in un quarant'anni.

L'avanzare della spesa e quindi di una maggiore disponibilità per il miglioramento delle strutture, della classe lavorativa e in generale dell'intero settore, coincide in primis con l'ampliamento del *coverage* pubblico, anch'esso maturato da un 72,8 per cento, ottimo punto di partenza se si pensa che il periodo di riferimento è immediatamente dopo il dopoguerra, fino al 76,8 per cento del 2009, che, anche se non rappresenta un risultato eccellente, descrive comunque un lento ma costante innalzamento della percentuale rispetto agli anni precedenti.

⁵⁰ Fonte: elaborazioni CERM su dati OCSE Health data, giugno 2010

⁵¹ Crescita dell' 1 per cento l'anno.

In concorrenza con altri fattori come l'alimentazione, le nuove tecnologie, uno stile di vita prevalentemente più sano e crescenti importi di risorse alla sanità, hanno creato inoltre attese di vita sempre più elevate. Nel 1960 le attese di vita per un neonato erano di 69,1 anni e quelle di un anziano di sessantacinque anni di 12,2. Nel 2009 le stesse categorie riportavano rispettivamente i seguenti dati: 80,2 e 18,0. Non si può naturalmente limitare il merito unicamente all'aumento di disponibilità delle istituzioni, ma non si può neanche tralasciare il rilevante importo che la crescita imprenditoriale ha generato.

In conclusione la spesa sanitaria è influenzata da cinque aggregati di variabili interrelati tra loro:

- Demografia, epidemiologia, morbilità;
- Andamento dei costi di produzione (inflazione settoriale);
- Progresso scientifico e tecnologico (che aumenta i costi e sollecita la domanda di prestazioni);
- Crescita economica e sociale, con ampliamento della nozione di salute e della domanda di prestazioni;
- Assetto istituzionale e regolamentare.

È soprattutto nel medio - lungo periodo che si manifestano le connessioni endogene tra spesa sanitaria e altre variabili economico-sociali, di difficile standardizzazione e quantificazione, ma con effetti potenziali di rilievo sia sul livello assoluto di spesa sia sulla sua sostenibilità finanziaria: le scelte di pensionamento, la partecipazione al mercato del lavoro, la produttività del lavoro, la produttività totale dei fattori, i tassi d'interesse, la crescita economica.

Inoltre, gli andamenti di spesa sono influenzati da variabili country-specific, per le quali non è possibile definire effetti certi. Ad esempio, non è possibile stabilire una relazione univoca tra andamenti di spesa e organizzazione in senso federalista del sistema sanitario. Se sul piano teorico generale l'avvicinamento al cittadino e al territorio dei centri decisionali e di spesa tende a migliorare la responsabilizzazione individuale e l'efficienza gestionale, il concreto esplicarsi di questi effetti dipende dalle caratteristiche specifiche del disegno istituzionale e degli strumenti adottati per la *governance*.

Un altro snodo critico è quello dell'elasticità della spesa rispetto al reddito e al PIL. Nella letteratura empirica il parametro assume valori nell'intervallo $[0; 1,5]$ ⁵². Negli

⁵² OCSE (2010). OECD Health Data, versione 2010. <http://stats.oecd.org/>.

ultimi vent'anni, in particolare, in tutti i paesi industrializzati sono state adottate misure di stabilizzazione che hanno influenzato significativamente l'andamento della spesa sanitaria rispetto al PIL. Proprio l'elasticità al reddito/PIL si presenta come uno dei fattori di maggiore incertezza nelle proiezioni della spesa sanitaria.

Dal quadro principale, è evidente che proiezioni incentrate sulla sola demografia catturino solo una frazione dei driver di spesa. Nella versione base, la proiezione dell'impatto di lungo termine della demografia sulla spesa si sostanzia nella stima, con i dati di contabilità sanitaria più recenti, del profilo dei consumi sanitari per sesso e fasce di età; in seguito, al consumo pro-capite si applica un tasso di crescita annuale nominale pari, alternativamente, a quello del PIL pro-capite o del PIL per lavoratore attivo.

Infine, il consumo pro-capite ottenuto per i vari anni della proiezione è moltiplicato per la numerosità del relativo gruppo sesso/età, così come ricavabile dalle più aggiornate proiezioni demografiche (Eurostat e ISTAT). Tuttavia, per quanto sopra evidenziato, la versione base delle proiezioni deve essere integrata contemplando tassi di crescita del consumo pro-capite non necessariamente allineati a quelli del PIL pro-capite (o per lavoratore attivo), e tenendo conto anche del progressivo miglioramento dello stato di salute nelle diverse fasce di età.

2.3.2 Strumenti di gestione del budget

I risultati ottenuti negli ultimi trent'anni rispetto ai precedenti non sono di certo paragonabili; vere e proprie impennate dei trend degli anni '40 e '50 per quanto riguarda le condizioni di vita, le attese, la qualità dei servizi, l'accessibilità e l'attenzione delle istituzioni per un servizio universale, in piena armonia con le filosofie di management pubblico dei nuovi stati del welfare.

Non bisogna, però, cadere nell'errore di attribuire il merito alla quantità dei mezzi a disposizione, ma al buon utilizzo degli stessi.

Un ottimo strumento per descrivere il collocamento dei finanziamenti sanitari è la funzione di produzione dei servizi sanitari, calcolata dall'OCSE. Il gruppo Intesa San paolo ne ha ricostruita invece la progressione nel tempo utilizzando sempre il periodo che intercorre dal 1995 al 2005⁵³. L'insieme dei due studi, comparato all'analisi

⁵³ Servizio studio e ricerche del laboratorio Sanità Gruppo Intesa San Paolo, "Il mondo della salute tra governance federale e fabbisogni infrastrutturali", servizio monografico

sull'andamento della spesa sanitaria, ci permette di definire cause, conseguenze e modalità di raggiungimento degli obiettivi raggiunti e inoltre stabilire i criteri per quegli avvenire.

La funzione di produzione dei servizi sanitari si concentra principalmente sullo studio di cinque elementi, focalizzato nello specifico sulla loro incidenza, in termini percentuali, sui costi di produzione. Gli elementi sono:

- L'incidenza del costo del lavoro;
- La produttività (valore aggiunto/ costo del lavoro);
- Beni intermedi;
- Import;
- Tassazione/ sussidi sul valore della produzione;

Il primo parametro ha visto una prima forte riduzione tra il 1995 e 2000, riduzione che si è di gran lunga ridotta nella seconda metà del periodo d' analisi.

La sanità è sempre stata un'attività a forte intensità di lavoro, a causa del personale che rispetto alle altre classi lavoratrice richiede una formazione molto lunga ed impegnativa, che deve in seguito essere remunerata a dovere. Quindi è ovvio che la numerosità, e soprattutto la specializzazione della classe medica e di quelle classi operative di supporto, comportino un apporto monetario rilevante in termini di spesa. Il motivo della graduale riduzione del costo del lavoro sul budget sanitario, è da accreditare soprattutto all'avvento delle tecnologie avanzate e del veloce progresso dell'information-communication-technology (ITC), che ha permesso alle organizzazioni sia private che no-profit, di ridurre i costi gestionali, eliminando o raggruppando funzioni svolte in precedenza da una moltitudine di persone. Ora possono essere compiute da una sola, o nel caso estremo da nessuna. L'avvento di computer sempre più potenti e di software sempre più specializzati nel rendere mansioni ripetitive e anti economiche (si pensi al costo di mantenimento delle strutture adibite a magazzini o archivi, sostituite da hard - Disk che occupano poco più di un block notes). Naturalmente l'equazione maggior utilizzo della tecnologia uguale a minori costi e maggiore efficienza lavorativa, ridà solo se si tralasciano i danni derivanti dalla diminuzione dei posti di lavoro. Inoltre a livello macroeconomico, la maggiore specializzazione della manodopera richiesta per l'utilizzo

presentato al convegno "Federalismo, rispetto delle regole e crescita Laboratorio Sanità" Ottobre 2010.

dei nuovi strumenti, aumenta i livelli di remunerazione che le nuove competenze giustificano.

Il trend negativo del primo fattore risulta, d'altro canto, fondamentale per la crescita della produttività del settore sanitario. La misurazione dei livelli di produzione viene osservata grazie al calcolo della produttività, studiando la relazione tra il valore aggiunto creato dalla spesa sanitaria rapportato alla quota di remunerazione della forza lavoro. Suddetto indice mostra come un contenimento dei costi, rende l'erogazione dei servizi notevolmente più efficiente ed efficace. A livello empirico si può notare come nello stesso decennio in cui si è registrato un andamento negativo dell'incidenza del costo del lavoro sulla spesa sanitaria (dal 50,04 al 45,00 per cento), la produttività è aumentata dal 130 per cento del 1995 al 145,20 nel 2000 fino a raggiungere il suo picco massimo nel 2005 col 153,73 per cento⁵⁴.

La relazione tra le due grandezze è più che proporzionale dato che piccole riduzioni di spesa lavorativa generano picchi della produttività significativi. Questo perché le oscillazioni della produttività sono correlati anche ad altri fattori macroeconomici come gli investimenti in ricerca e sviluppo, l'utilizzo di nuovi macchinari, migliori strategie di pianificazione del lavoro e delle gerarchie, nonché l'utilizzo di strutture orizzontali di organizzazione ed il passaggio da una politica di *Governament* ad una di *Governance*.

L'utilizzo dei beni intermedi, terzo fattore rilevato per la programmazione di budgeting del settore, rappresenta uno snodo centrale per quanto riguarda il raggiungimento dei livelli di eccellenza dell'erogazione dei servizi.

Le grandi potenze come Cina e Stati Uniti, utilizzano i settori terziari e di *real estate* come moltiplicatori finanziari dell'investimento in sanità, pratica molto utilizzata anche nella realtà tedesca., Internalizzando parzialmente o totalmente alcuni processi a monte della catena di produzione o a valle per l'erogazione de servizi, riesce a creare valore aggiunto sia da un risparmio in termini di costi, sia in termini di annullamento delle asimmetrie informative presenti nel mercato. Le conseguenze immediate sono minori costi di produzione, maggiore *coverage* delle strutture e un minor costo dei servizi non coperti dalle assicurazioni. Nonostante l'intenzione da parte dei Lander di ridurre il numero di transazioni, tramite l' acquisizione dei processi produttivi, le rilevazioni

⁵⁴ OCSE (2010). OECD Health Data, versione 2010. <http://stats.oecd.org/>.

⁵⁴ Crescita dell' 1 per cento l'anno

dell'OCSE mostrano una lenta discesa nel decennio di riferimento⁵⁵, data la preferenza ad integrare più il settore professionale che quello chimico farmaceutico.

Anche se a livello di studio statistico si colgono trend opposti rispetto a quelle nazioni che decidono di inglobare interi *cluster* produttivi farmaceutici, i risultati del lungo periodo per quanto concerne lo sviluppo dei beni intermedi derivanti dal terziario, non delude le attese nazionali.

Dato rilevante a favore di questa teoria è la ricchezza unitaria generata da investimenti in sanità e in settori correlati: si è rilevato che, nel momento in cui la correlazione tra il settore sanitario e un qualsiasi altro di supporto (telecomunicazioni, biochimica, biomedicina, finanza, giusto per citarne alcuni) sfiorava valori prossimi all'unità, l'investimento di un' unità monetaria nel settore sanitario produceva un aumento del valore corrispondente al doppio del capitale investito, in entrambi i settori. Il settore intermedio, prevalentemente nei paesi dove le competenze statali sono alquanto limitate, l'interrelazione tra erogatori del servizio e fornitori dei mezzi adatti rappresenta il centro nevralgico della gestione organizzativa: creare rapporti duraturi, riuscendo a sfruttare competenze specialistiche d'impresе private ed esperienze lavorative focalizzate in determinati processi produttivi, favorisce lo sviluppo del servizio sanitario locale, in primis, e il benessere generale del paese.

Infine, le ultime due entità economiche che influenzano l'andamento della domanda sanitaria e che devono essere rilevate per la gestione del budget, sono le importazioni e la tassazione. Il livello d'import tedesco rimane abbastanza costante, risultando seconda (4,33 per cento nel 2005) dopo il Regno Unito (8,42 per cento)⁵⁶. Inizialmente la posizione della Germania verso il mercato estero era abbastanza timida (2,55 per cento d'importazione nel 1995) ma l'evoluzione del mercato internazionale e dei trasporti ha determinato un aumento iniziale del 2 per cento, che si è poi stabilizzato dopo il duemila. L'accesso a prodotti e servizi provenienti da tutto il mondo, è di certo una scelta allettante, se si pensa ai vantaggi di costo e di produzione che alcuni paesi possiedono (India, Cina, Giappone) derivanti da bassi costi di gestione o da manodopera poco retribuita rispetto agli standard europei. Nell'esempio tedesco, è evidente come si sia preferito continuare a sviluppare a livello nazionale, limitando l'approvvigionamento estero solo a materiali che il territorio non può offrire.

⁵⁵ 1995-2005

⁵⁶ Crescita dell' 1 per cento l'anno

Le ragioni sono principalmente due: la prima è prevalentemente culturale, poiché il popolo germanico è sempre stato molto coeso e legato alla propria “bandiera”, ha sempre preferito sviluppare conoscenze e innovazioni nel proprio paese ed esportarle, data comunque l’alta attenzione verso le università e i centri di ricerca in termini sia di regolamenti sia d’investimenti. La seconda, di carattere socio-economico, è la volontà di non esporsi a rischi internazionali (politici, geografici, dei mercati finanziari), data soprattutto la solidità economica su cui si basa la nazione, storicamente elastica e reattiva contro recessioni di qualsiasi entità.

Concludendo è interessante notare come la tassazione del reddito sanitario abbia carattere negativo, caratteristica unica tra i paesi europei e rilevata dall’OCSE anche nel Giappone. I motivi si ricollegano in generale alla cultura sociale della popolazione, a una tassazione che non permette alcun tipo di evasione, ma ancor di più a un popolo che non tenta nemmeno di evadere il fisco. Lo stato può dunque garantire maggiori servizi a minor costi e nel caso specifico della sanità, non è necessario alcun prelievo fiscale, permettendo in tal modo di poter riutilizzare le liquidità in avanzo per il progresso del settore stesso.

CONCLUSIONI

Il Sistema Sanitario tedesco ha posto maggiormente l’attenzione su caratteristiche come la libera scelta del medico curante, la possibilità di accedere alle cure facilmente e il grande ventaglio di fornitori e impianti tecnologici, andando a discapito del rapporto costo-efficacia. Le priorità poste dal Governo, prima di essere effettivamente sviluppate nella realtà, sono state confermate dai destinatari dei servizi, e finora non ci sono stati casi d’insoddisfazione generale tali da pensare ad una modifica drastica del sistema. D’altronde liste d’attesa ed espliciti razionamenti dei servizi sono concetti sconosciuti alla popolazione tedesca.

Tranne che per i livelli di co-pagamento, fissati dal diritto federale, la maggior parte delle decisioni è presa tramite trattative congiunte tra la classe dei medici e tutori dei fondi per gli investimenti, sia a livello regionale che nazionale

Uno degli obiettivi raggiunti nel corso degli anni, considerato il più importante, è quello del settore assicurativo che con solo il 57 per cento della spesa totale riesce a coprire un porzione di popolazione pari all’88 per cento. Il risultato è stato raggiunto nel corso

degli anni novanta grazie a politiche sanitarie ed economiche che riuscirono a stabilizzare le aliquote di contribuzione, diminuire la spesa sanitaria e non incidere sui livelli di copertura per l'assistenza.

Modifiche sostanziali sono state implementate nel corso degli ultimi dieci anni in termini di allocazione delle risorse per soddisfare i nuovi bisogni nel campo della salute pubblica: è stata rafforzata l'assistenza a lungo termine, con l'offerta da parte delle assicurazioni di nuovi benefici come l'aumento del personale infermieristico.

Negli ultimi quindici anni l'attesa di vita e la maggior parte degli indicatori della salute sono migliorati. Anche se il trend è condiviso nella maggior parte dei paesi europei, i paesi orientali hanno vissuto incrementi più notevoli grazie a un'assistenza sanitaria universale e che non impegna il reddito dei cittadini.

Naturalmente anche in Germania i problemi non mancano, primo fra tutti il livello di spesa, uno dei più alti in Europa. Non si è in torto se si pensa che un maggior apporto di finanziamenti generi un aumento della qualità, ma sicuramente ne intacca l'efficienza. Nell'ultima decade indagini di settore hanno individuato, tramite la consultazione dei maggiori stakeholders del sistema, prove di un utilizzo dei servizi che surclassano la reale domanda, oltre che ad altre insufficienze economiche minori.

Il secondo obiettivo, dopo il contenimento dei costi, sarà quello di perfezionare la collaborazione delle assicurazioni all'interno degli ospedali, creando meccanismi di rimborso adeguati. A proposito, dovranno essere portate le giuste attenzioni al gioco degli incentivi tra i diversi livelli di cura, in particolare al settore delle cure primarie.

Bisogna innanzitutto che i contributi non siano associati al costo del lavoro, ma orientati alla performance del servizio in quanto, negli ultimi anni, livelli crescenti di disoccupazione hanno diminuito i flussi d'entrata dei finanziamenti sanitari. Per la prima volta dopo più di cento vent'anni di esistenza, l'universalità del Sistema Sanitario tedesco è stata messa in discussione.

Il sistema rischia di danneggiarsi a causa proprio di quelle caratteristiche che lo rendono preferibile ad altri: l'alta specializzazione, i diversi livelli di cura e le innovazioni strutturali degli ospedali. I valori gestionali non sempre vengono percepiti correttamente dal cittadino, che non possiede le informazioni per essere a conoscenza delle modalità di utilizzo dei servizi sanitari.

La seconda strategia messa in atto per il contenimento dei costi e un più facile impiego delle risorse, è il rafforzamento della posizione del medico generale all'interno degli

ospedali, dato l'uso inappropriato che si è registrato per quanto riguarda la medicina specialistica.

Concorrenza e collettivismo sono i poli estremi tra cui gli attori della classe medica dovrebbero oscillare; il collettivismo nella presentazione delle problematiche e la competizione nella successiva fase di problem solving. La ricerca di metodi migliori, meno dispendiosi e di risultati più consoni ai bisogni, se inserita in un contesto competitivo, ma controllato, ha alte probabilità di generare spin off positivi per tutto il sistema. Ovviamente alcune situazioni richiedono azioni congiunte tra più portatori d'interesse, e quindi la competitività deve essere sempre subordinata poi all'eventuale collaborazione dei settori, in modo che vi sia un equo contributo alla mission sanitaria.

CAPITOLO III

IL SISTEMA SANITARIO GIAPPONESE

3.1 Cenni storici del sistema sanitario giapponese

La nascita del sistema sanitario giapponese coincide con l'emanazione del primo piano assicurativo dei lavoratori, redatto nel 1927. Le caratteristiche funzionali s'ispiravano direttamente al modello Bismarckiano che, intanto, aveva già raggiunto livelli funzionali elevati, e ne ricalca la maggior parte degli obiettivi e delle caratteristiche. Assicurazione a carico del lavoratore e alla famiglia dello stesso, contributi obbligatori verso il datore di lavoro che ne coprirebbe le eventuali spese mediche in concorrenza con lo stato e scarso copertura della popolazione a livello nazionale. Come la Germania, anche il Giappone ha perfezionato il proprio sistema sanitario passando da una copertura finalizzata alla tutela della classe lavorativa, ad una filosofia gestionale tesa ad una maggiore universalità del servizio.

In concomitanza con l'evoluzione sanitaria statale, anche le assicurazioni, private e pubbliche, si sono adattate ai nuovi obiettivi nel corso degli anni fino a raggiungere capacità eccellenti nell'erogazione dei servizi sanitari.

La maturità del sistema sanitario giapponese venne raggiunta negli anni '80 quando si registrò un avanzamento della spesa sanitaria ai livelli degli USA, fino ad allora termine di paragone per le politiche sanitarie nel mondo in termini di investimenti e crescita⁵⁷.

A differenza dei sistemi occidentali, d'altro canto, il Giappone si distinse per una stretta regolamentazione dell'industria della salute per contenerne i costi dell'erogazione ai cittadini. Ad esempio, mentre negli Stati Uniti una T.A.C. poteva arrivare a costare fino a millecinquecento dollari, gli ospedali giapponesi offrivano la stessa operazione a soli novantotto dollari.

Nel 1983, inoltre tutta la popolazione anziana (over sessantacinque anni) possedeva un'assicurazione gratuita garantita dallo Stato.

⁵⁷ Arnquist, Sarah (August 25, 2009). "HEALTH CARE IN JAPAN". The New York Times. Retrieved January 28, 2010.

L'altra faccia della medaglia, tuttavia, mostrava una spesa pubblica per il settore sanitario gravare sempre di più sulle casse dello Stato.

Dal 1965 al 1989 si è passati da un miliardo di yen spesi per la tutela della salute a quasi venti miliardi di yen, e da poco più del 5 per cento a oltre il 6 per cento del reddito nazionale giapponese. Il sistema inoltre fu turbato da livelli di organizzazione molto bassi rispetto alle nazioni occidentali: tra le maggiori problematiche si possono enunciare l'eccessiva produzione e mala gestione dei documenti cartacei, che non permettevano le misurazioni destinate al feedback, né erano utili a ricostruire le problematiche delle strutture sanitarie; la mancanza di una "line care" per i pazienti che non necessitavano di cure ospedaliere, causando un' affollamento delle strutture ed un rallentamento dell'erogazione dei servizi. I prezzi bassi offerti generarono un abuso dei farmaci prescritti e delle cure mediche ed, infine, il servizio andava peggiorando in maniera rilevante con l'allontanarsi dai centri cittadini verso le zone rurali⁵⁸.

Naturalmente i problemi si tradussero in una spesa non sopportabile per i governi locali, creando un malcontento generale, enfatizzato dal periodo precedente che aveva creato non poche attese di miglioramento nella popolazione.

Alla fine degli anni '80 gli ambienti governativi e professionali si riunirono per modificare il sistema per separare i livelli di cure primarie (pronto soccorso o casi d'emergenza) da quelle secondarie (che ad esempio in Italia sono eseguite dal medico di famiglia) e da quelle terziarie (in altre parole quelle medicazioni disponibili nelle farmacie e non richiedono prescrizione medica); inoltre si decise per l'unificazione del sistema assicurativo, col fine di ridurre i costi sfruttando le competenze create dalle singole società.

All'inizio degli anni Novanta, si contavano più di 1.000 ospedali psichiatrici, 8.700 ospedali generali, e 1.000 ospedali globali con una capacità totale di 1,5 milioni di posti letto. Le strutture ospedaliere svolgevano sia le funzioni di ambulatorio che di ricovero offrendo più di 79000 servizi in qualsiasi disciplina medica; i farmaci venivano venduti direttamente nelle strutture e nonostante questo vi erano 36.000 farmacie, dove i pazienti potevano acquistare farmaci di sintesi o di erbe. Si censirono sempre nello stesso periodo, quasi 191.400 medici, 66.800 dentisti, 333.000 infermieri, e oltre più di

⁵⁸ Masatoshi Matsumoto, Masanobu Okayama, Kazuo Inoue, Eiji Kajii, High-tech rural clinics and hospitals in Japan: a comparison to the Japanese average(2004).

200.000 persone autorizzate a praticare il massaggio, agopuntura, la moxibustione, e altri metodi terapeutici⁵⁹.

Negli anni successivi al duemila il Giappone ha sempre occupato una posizione rilevante per quanto riguarda l'avanzamento tecnologico, potendo contare su strutture per la ricerca e sviluppo di avanguardia e costantemente supportate da flussi finanziari non indifferenti. Il basso costo della manodopera e una cultura incentrata sul dovere civico inoltre, permettono la possibilità di mantenere alti standard di profitti nel mercato nazionale e internazionale, dunque impiegati nelle divisioni di R&S garantendo un costante progresso nei settori industriali, chimici, medici e informatici.

3.2 Ordinamento

Ad oggi il Giappone conta 127'707'867 cittadini, distribuiti per il 75 per cento nelle aree metropolitane. Rappresenta la seconda nazione per avanzamento tecnologico e la terza per quanto riguarda l'economia. Il sistema di governo è basato su una monarchia costituzionale affiancata da un Parlamento con poteri prevalentemente legislativi⁶⁰ chiamato "Dieta Nazionale del Giappone". Basato su un sistema bicamerale, il Parlamento giapponese è composto dalla Camera dei Rappresentati e dalla Camera dei Consiglieri, che svolgono insieme le principali funzioni legislative dello Stato; il potere esecutivo è attribuito al Primo Ministro e al Consiglio di Gabinetto da lui eletto.

Per quanto concerne l'organizzazione del sistema sanitario, le principali funzioni di planning sono attribuite al Ministro della salute. Tra i compiti principali del Ministro, vi è quello di regolamentare i settori della sanità. In primo luogo creando i giusti presupposti per il buon funzionamento amministrativo e, di conseguenza, sviluppare un insieme di regole che favoriscano, da un lato un' equa erogazione dei servizi e dall' altro una crescita costante del settore.

Per di più ha il compito di coordinare i rapporti con i settori industriali di supporto, farmaceutico e con le maggiori istituzioni private. Infine oltre a provvedere per la maggior parte dei compiti di ordine generale, fissa le cosiddette Commissioni di struttura, attraverso il "Medical Fee Table" un meccanismo di controllo e revisione ad

⁵⁹ Reid, T.R. (August 23, 2009). "5 Myths About Health Care Around the World". The Washington Post. Retrieved January 28, 2010

ampio spettro riguardo gli sviluppi delle politiche sanitarie in corso, nonché del funzionamento delle maggiori strutture sanitarie e della tutela della classe medica.

il Ministro della Salute inoltre determina le Commissioni per i farmaci attraverso il “NHI drug price list”, fissandone i prezzi e le modalità di erogazione a livello nazionale tramite le strutture ospedaliere stesse.

Il territorio giapponese è diviso in quarantasette prefetture. Ogni prefettura ha il compito di amministrare il territorio di competenza disgiuntamente dalle altre, ma sempre in coerenza con i principi dettati dal Governo centrale che ne tutela l'indipendenza attraverso un rapporto sussidiario prettamente verticale. Nel settore sanitario le prefetture gestiscono direttamente le strutture pubbliche adibite all'erogazione dei servizi, oltre che regolamentare anche partecipazioni dei sistemi di cura privati. D'altro canto i compiti delle amministrazioni locali sono molto più limitati rispetto ai maggiori sistemi sanitari europei: gli amministratori hanno principalmente la funzione di interpretare correttamente le direttive generali del Ministero, tradurle in obiettivi intermedi e operativi, e implementare una pianificazione tesa al raggiungimento di questi ultimi, e come vedremo in seguito, senza porre particolare attenzione alla gestione dei fondi o al contenimento dei costi operativi.

Al livello internazionale, l'organizzazione delle politiche sanitarie è di competenza dell'“Asian Pacific Healths Account Network” (APHNW). L'organico è formato da un insieme di partnership di esperti regionali, governativi e non, interessati al mantenimento e allo sviluppo del sistema di accounting della sanità nazionale.

L'obiettivo generale è quello di provvedere alla creazione di un forum per le collaborazioni regionali e per il funzionamento dei meccanismi di dialogo e scambio sulle nuove tecnologie a disposizione dei governi asiatici. In tal modo i risultati raggiunti singolarmente nelle gestioni interne di tutela della sanità sono a disposizione degli stati membri e adottati come modelli di ispirazione per i processi di problem solving.

L'ultimo anello della catena organizzativa e gestionale del servizio sanitario è occupata dalle compagnie assicurative che collaborano con il Ministero, operando secondo le linee guida dettate dal governo centrale. Le maggiori compagnie assicurative sono in particolare la Kokuho National Health Insurance con più di quarantacinque milioni di sottoscrittenti addetta alla copertura delle classi lavorative agricole, indipendenti e dei disoccupati. La seconda compagnia assicurativa è la Employees' Health Insurance che include la sezione Shaho, 32,58 milioni di cittadini con specializzazione per i dipendenti

delle grandi aziende e multinazionali, e la Government-Managed Health Insurance per i lavoratori delle piccole medie imprese, che registra 37,58 milioni di assicurati. Oltre ad esse vi sono compagnie minori per settori specifici, affiliate per lo più con sindacati d'impresa, e le assicurazioni che appartengono al comparto privato, più competenti per quanto riguarda malattie croniche, che richiedono lunghi periodi di degenza o cicli di cure frequenti, ma molto più care rispetto alle assicurazioni pubbliche.

Il sistema può essere sintetizzato principalmente su due livelli gerarchici molto distinti: lo Stato e le Prefetture, che utilizzano i sistemi assicurativi pubblici, per ottenere una copertura ad ampio raggio, sfruttando i vantaggi di costo del settore no profit, e le compagnie private, che mettono a disposizione competenze specifiche ed un maggior apporto economico garantito dalla ricerca del profitto.

Infine l' APNHA coordina i rapporti e i programmi sanitari tra le Nazioni asiatiche del Pacifico generando un tasso di crescita sanitaria esponenziale grazie alla condivisione dei modelli e dei risultati raggiunti dai singoli paesi aderenti al progetto.

3.3 Obiettivi del management

La crescita economica del Giappone, ha prodotto un effetto domino su tutti i settori del comparto pubblico, generando sia nuove politiche gestionali, efficienti e attente al contenimento dei costi, sia situazioni in cui il management non garantisce la giusta attenzione agli sprechi e ad un' organizzazione adatta ai bisogni della popolazione.

Nel settore sanitario si palesa un vero e proprio paradosso manageriale: la domanda dei servizi è altamente surclassata dall'offerta e la qualità di questi non raggiunge i livelli registrati in Europa e nei paesi occidentali. Nonostante i deficit descritti, le attese di vita in Giappone sono le più alte nel mondo, con un tasso di mortalità 9.54/1000 abitanti⁶¹, la popolazione in generale gode di un ottimo stato di salute grazie ad una dieta equilibrata. Il tasso di obesità è uno dei più bassi e livelli d'istruzione e di reddito adeguati per mantenere un regime alimentare sano e bilanciato. Il consumo di tabacco è contenuto anche se la percentuale di adulti che fumano è la quinta più alta nel mondo, statistica bilanciata da un consumo di alcol relativamente basso.

Ad oggi il sistema sanitario giapponese sta affrontando una serie di sfide impegnative. L'aumento del reddito, il cambiamento tecnologico e l'invecchiamento della

⁶¹ <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ja.html>

popolazione, esercitano una pressione al rialzo sulla spesa per il settore sanitario, che sta crescendo a velocità sempre più elevate rispetto alla produzione.

Con il settore pubblico responsabile dell'86 per cento della spesa sanitaria, il Governo ha tentato di limitare i costi di erogazione in linea della strategia in materia di bilancio.

Negli ultimi anni, vi è una crescente insoddisfazione per la qualità dell'assistenza sanitaria. L'introduzione di medicinali e nuovi farmaci nel mercato mondiale impiegano tempi due o anche tre volte più lunghi per essere rilasciati in quello giapponese, rallentamento dovuto alla sfiducia verso il mercato occidentale. Naturalmente grazie ad internet l'informazione non è più locale ed è possibile ottenere informazioni su cure o medicinali sperimentati in tutto il mondo. Il cittadino ritiene inefficiente una gestione pubblica non elastica alle innovazioni nel resto del mondo, soprattutto se si parla di cure che possono essere meno care e più efficaci.

Un altro snodo della nuova gestione sanitaria è rappresentato da una grave disparità delle cure d'emergenza, a seconda se attivate nei centri urbani o nelle zone rurali.

Anche tra le regioni stesse, lo squilibrio dei livelli di assistenza genera malcontento tra i cittadini, che preferiscono boicottare una struttura per un'altra anche a fronte di spese elevate per il trasporto.

Infine il sistema assicurativo non è in sintonia perfetta con l'idea di copertura universale. Sempre più spesso le compagnie registrano riduzioni delle entrate da reinvestire nel settore, causate dal mancato pagamento dei premi da una grande porzione della popolazione. I cittadini che non ne usufruiscono periodicamente preferiscono "risparmiare" la loro quota, assumendosi il rischio di non essere tutelati economicamente in caso di necessità medica. Di conseguenza si crea un dislivello tra le attese delle assicurazioni, in termini di previsioni di entrata e uscita e di organizzazione dei servizi, e l'effettivo flusso di cash flow positivo previsto in base alle sottoscrizioni iniziali degli utenti.

L'obiettivo principale dello Stato è di garantire un accesso equo, necessario e sufficiente e un servizio medico a tutta la popolazione a costi di erogazione e di pagamenti relativamente bassi. L'approccio descritto ha portato il sistema ad affrontare un ridimensionamento delle procedure coperte dalle assicurazioni pubbliche: fanno parte dei tagli le cure mediche avanzate non previste dall'*insurance system*, i farmaci senza prescrizione, gli infermieri privati, i check up medici, le cure odontoiatriche non assicurate e le assistenze a lungo termine.

Inoltre il premio assicurativo copre solo il trattamento delle malattie e non la prevenzione di queste. Sempre dai dati forniti dall'OCSE si nota come la profondità della copertura assicurativa ricopra una delle posizioni più basse tra i paesi presi in esame.

In linea con la particolare attenzione alla parità di trattamento, ciascun'istituzione fornisce essenzialmente lo stesso servizio per i pazienti con medesimo disagio, lasciando poco spazio per l'acquisto di servizi premium o trattamenti speciali, garantiti d'altro canto, dalle assicurazioni private (con una controparte economica non indifferente).

È difficile garantire un servizio ad hoc e mantenere un livello equo di trattamento tra tutti i bisogni, senza non creare malcontento nella popolazione che, nel periodo necessario a equilibrare servizi diversi per malattie o necessità diverse, possono perdere fiducia nelle istituzioni pubbliche.

3.4 Profilo finanziario

Come già detto, il continuo aumento della spesa sanitaria non fu accompagnata nel tempo da una crescita sostenuta della produzione; in altri termini il settore sanitario non riesce a sfruttare, a differenza del sistema tedesco, le risorse impiegate per lo sviluppo. Il denaro investito, anche se diversificato in una moltitudine di cluster, sperimentazioni e joint venture con industrie affiliate al settore, non incide proporzionalmente sulla crescita del reddito nazionale, e, quindi, non produce il benessere sociale atteso.

D'altro canto non si può dire che il sistema sia compromesso totalmente. Anche se il livello di sprechi è elevatissimo, la ripartizione delle fonti di finanziamento è condotta in modo tale da non dover gravare su nessuna categoria, ed è abbastanza contraddistinta da diversi attori che ne contribuiscono in relazione alle disponibilità ed alla previsione di rientro dei costi, per le no-profit, o delle previsioni di ricavi, per quanto riguarda le private.

Nonostante il Governo abbia una stretta di ferro sulla gestione finanziaria della sanità nazionale, la percentuale con cui contribuisce alla sopravvivenza e allo sviluppo del settore oscilla intorno al 16 per cento; il basso profilo volutamente mantenuto dalle casse dello stato permette, infatti, di non gravare eccessivamente sul reddito dei cittadini ottenendo in tal modo due risvolti positivi: innanzitutto i cittadini vedono aumentare la

quota destinata alle casse dello Stato, mantenendo un giudizio su quest'ultimo positivo, data la minima spesa rispetto all'esuberanza dei servizi proposti. Inoltre, potendo avvalersi dell'ausilio di una moltitudine d'istituzioni diverse e dislocate per tutto il territorio, può impegnare le risorse totali in altre strutture connesse (trasporti, infrastrutture, università) che contribuiscono indirettamente alla crescita di più settori, compreso quello sanitario.

Allo stesso livello di apporto si pongono le compagnie di assicurazioni private, col 17 per cento di contributi⁶². Tali compagnie giovano di elevati standard di specializzazione, ricoprendo un ruolo di rifinitura per quanto riguarda l'obiettivo di copertura universale perseguito dal Governo. I tagli dei costi e, in seguito, di alcune categorie che non si sono voluto assicurare, hanno permesso agli istituti privati non solo di accrescere il monte dei profitti, dato l'aumento di maggiori necessità non coperte dallo Stato, ma anche di diventare un propulsore fondamentale degli obiettivi finali dello stesso, guadagnando in termini d'immagine e di affidabilità.

Fondamentalmente questi sono i motivi che giustificano un'elevata partecipazione alla spesa sanitaria, rispetto sempre al resto dei paesi sviluppati⁶³.

Ma la porzione maggiore dei finanziamenti provengono dal settore delle assicurazioni pubbliche. Più della metà di tutti i finanziamenti annuali per la sanità sono a carico delle assicurazioni pubbliche o meglio dei fondi di sicurezza creati da queste. Essendo associazioni di stampo prettamente no-profit, le entrate non vengono di certo ripartite tra i "soci", ma naturalmente sono adoperate per il giusto funzionamento e la persecuzione della mission aziendale, che, in questo caso, è la collaborazione con lo Stato per la diffusione dei servizi di assistenza verso i cittadini. I "social security funds" sono alimentati dalle quattro maggiori società di assicurazione pubblica:

Society Managed Health Insurance (SMHI) per i dipendenti delle grandi imprese (più di 700 addetti) e dei loro familiari a carico, tra cui alcuni anziani che sono a carico dei loro figli. La società è composta 1541 istituti di assicurazione minori, che sono gestite da datori di lavoro e lavoratori e sono principalmente finanziati da loro premi. I tassi di premio applicato dalle società di assicurazione vanno dal 3% al 10% del salario, che riflettono differenze nelle esigenze mediche e il reddito degli assicurati in ogni SMHI.

⁶² "Health-care reform in Japan: controlling costs, improving quality and ensuring equity"
,Economics paper department, working papers No.739 ,Randall S. Jones

Nell'esercizio finanziario 2007, il settore SMHI nel suo complesso ha registrato un avanzo pari a oltre il 5% delle sue entrate. Tuttavia, circa il 40% delle società di assicurazione risultano in deficit e hanno portata limitata per bilanciare i disavanzi in bilancio.

Il Japan Health Insurance Association-Managed Health Insurance (JHIAHI) si occupa invece, dei dipendenti delle piccole imprese in un unico pool nazionale gestito da enti di diritto pubblico. Beneficiano di un fondo governativo pari al 13 per cento dei pagamenti destinati al rimborso delle cure mediche e il premio è pari all' 8,2 per cento del salario.

La National Health Insurance (NHI) è la categoria residuale per i non dipendenti, come i lavoratori autonomi e pensionati. Si compone di un pool di 1818 assicurazioni, gestito da amministrazioni comunali e 165 società per i liberi professionisti. I premi, che si basano sul reddito e il numero delle persone assicurate in un nucleo familiare, sono in genere circa il 2% del salario medio, anche se c'è grande variabilità (ad esempio, il più alto premio, nella città di Rausu in Hokkaido, è di 4,7 volte superiore a quello del più basso)⁶⁴.

Infine vi sono le Mutual Aid Associations, per i dipendenti pubblici e gli insegnanti.

Insieme le quattro associazioni, garantiscono una copertura totale della popolazione giapponese, ma supportano solamente il servizio medico di base, tralasciando una moltitudine di necessità mediche nelle mani degli istituti privati, che attirati dall'elevata possibilità di guadagno, focalizzano sempre di più le loro offerte, diventando sempre più specializzati nella gestione della Health-care attention, e sottraendo un flusso di entrata monetario allo Stato tutt'altro che indifferente, contribuendo, infine, al crescere della sfiducia nelle istituzioni pubbliche.

3.3.1 La spesa sanitaria

Le previsioni che riguardano l'andamento del deficit del Giappone portano ad una ipotesi, per il biennio 2010-2011, di aumento pari al dieci per cento del PIL producendo un debito pubblico lordo del 200 per cento. La tendenza al rialzo della spesa sanitaria è stata un fattore chiave per il deterioramento della situazione fiscale del Paese. Il denaro impegnato per le spese mediche è aumentato ad un tasso del 3 per cento annuo dal 1990,

superando di gran lunga l'espansione in termini nominali dello 0,9 per cento. La crescita incontrollata della spesa è spiegata da tre macro-fattori:

L'aumento della popolazione equivale ad un aumento dello 0,2 punti percentuali della spesa. Fino al 2007, la crescita demografica aveva inizialmente contribuito alla ripartizione della spesa in quanto, insieme alle persone da tutelare, cresceva in egual modo il numero di contribuenti che finanziavano il sistema. Il contributo negativo nasce nel momento in cui, aumentando la porzione di anziani nella popolazione (dal 12,6 per cento nel 1990 al 20,8 per cento nel 2006), che sono liberati dal pagamento del premio assicurativo, lo Stato deve farsi carico delle spese mediche di questi, usufruendo del denaro pubblico e aumentando il debito.

Dal 2000 fino ad oggi sono susseguite numerose micro-riforme con oggetto la riduzione delle tasse destinate al settore sanitario, con la volontà di ridurre i costi dei medicinali per i pazienti e le spese mediche. Per controbilanciare tale riduzione, si dovette affrontare un aumento della spesa pubblica di 0,1 punti percentuali, in modo da soddisfare i fornitori e il mercato dell'industria farmaceutica che, in quegli anni, era in piena espansione.

Altri fattori in via residuale per un totale di 1,3 punti percentuali, come la variazione dei volumi dei servizi sanitari e della tecnologia, fattore chiave della spesa sanitaria nei maggiori paesi sviluppati⁶⁵. Per quanto riguarda il Giappone, non si è riusciti a calcolare un impatto preciso della tecnologia sulla spesa pubblica, ma si stima che essa è stata sicuramente inferiore della crescita del PIL⁶⁶.

Il problema che più preoccupa, non è la statistica in se, bensì il costante aumento dei tassi di crescita dell'invecchiamento, ed il correlato aumento della spesa per farmaci, della popolazione in generale e dell'impatto tecnologico come aumento dei costi di finanziamento del settore. Naturalmente i piani che il Governo centrale sta già attuando, con oggetto il contenimento dei costi sanitari e la garanzia di un trattamento alla pari per tutti i cittadini, potranno essere considerati un successo o un fallimento solo nel lungo periodo, visto e considerato che, oltre a strategie di management pubblico, si deve rivoluzionare totalmente l'approccio che il cittadino ha con le AAPP e viceversa,

⁶⁵ Secondo uno studio (Mehrotra et al., 2003), "Quando intervistati, l'81% degli economisti della sanità ha affermato che l'evoluzione tecnologica in medicina è stata la ragione principale per l'aumento della spesa sanitaria".

processo lungo e impegnativo che non risparmia certo un iniziale malcontento della popolazione.

3.3.2 Strumenti di gestione del budget

La strategia iniziale per una migliore gestione del budget sanitario, una giusta spesa per l'innovazione e il funzionamento del settore, è stata quella di ridurre ripetutamente i compensi dei medici, i finanziamenti destinati agli ospedali, i prezzi dei farmaci e delle attrezzature mediche. Il piano attuale, di certo, non può essere protratto ancora a lungo: il prezzo dei servizi e dei prodotti medici può scendere solo fino all'esaurimento delle scorte generando oltre che ad una perdita in termini di qualità anche scosse ai mercati farmaceutici e delle tecnologie bio mediche⁶⁷. Inoltre nell'ambiente della ricerca si ritiene che il livello raggiunto sia già al limite del tollerabile (McKinsey, 2008). Si pensa allora ad altre metodologie di trattamento delle spese, concentrandosi maggiormente sul valore che gli investimenti possono creare, in modo da sfruttare i rendimenti di quest'ultimi riducendo l'afflusso di entrate aggiuntive facendo leva sull'autofinanziamento e non sull'indebitamento.

Alcuni studi dell' OCSE (Joumard et al., 2008), hanno rilevato che l'efficienza del settore sanitario in Giappone, anche se con grandi incertezze, riesce a eguagliare quella dei paesi più "virtuosi" che hanno saputo dare un freno all'aumento della spesa sanitaria. La risposta di esperti di management e problem solving non si è fatta attendere. Grazie ad enti internazionali come l' OCSE, è stato possibile formulare un sistema di soluzioni che, applicate nei livelli di pianificazione centrali, aprono le porte al raggiungimento degli obiettivi finali dei policy makers.

In primo luogo si è posta maggiore attenzione al sistema ospedaliero. Il "ricovero sociale" è una delle principali fonti di inefficienza, in quanto crea uno squilibrio tra le esigenze delle persone ricoverate e i servizi forniti. Il mismatch genera un'offerta che eccede di gran lunga la domanda per colpa di cure inappropriate; in particolare il frequente ricorso ad esami di laboratorio e farmaci con il metodo della tassazione "fee for service", che prevede un pagamento standard per tutti i farmaci acquistati, oltre ad un numero elevatissimo di personale e attrezzature mediche per paziente; un grande

risparmio potrebbe così essere ottenuto trasferendo i paziente che richiedono un' assistenza di lungo termine in istituti specializzati o gestito dai medici a domicilio.

Il Governo ha lanciato un programma nel 2005 per ridurre i posti letto finanziati dalle assicurazioni pubbliche, fino a 150 mila a favore delle cure domiciliari. Lo scopo è di ridurre la degenza media negli ospedali, in particolare da circa trentasei giorni l'anno fino a 31,5 che è a metà strada tra la media nazionale attuale e la media della Prefettura di Nagano, che è la minore in tutto il paese. L'ostacolo maggiore deriva dai proprietari degli ospedali e dalle assicurazioni: i primi non sono entusiasti di vedere ridurre il potenziale numero di "clienti" mentre le assicurazioni sono contrarie a dover affrontare spese maggiori per l'assistenza a lungo termine. Nel 2006 la pressione da parte del Governo a trasformare o trasferire i pazienti che richiedono maggiori attenzioni in strutture di "Long Term Care Insurance", non ha prodotto i risultati previsti: invece di razionalizzare le spese cedendo pazienti alle strutture LTCI, gli ospedali si sono riqualificati come istituti specializzati per ottenere maggiori premi dalle assicurazioni. Dalle precedenti riforme si era convenuto che i pazienti fossero suddivisi in tre classi secondo il trattamento che necessitavano; il primo livello in particolare, che rappresentava un terzo della popolazione, poteva avere cure al di sotto dei costi di produzione ed erogazione; la reazione alla riforma del 2006, fece sì che gli ospedali registrassero i pazienti in livelli maggiori rispetto ai reali bisogni, così da ricavare un surplus dalle assicurazioni che coprivano quasi il doppio delle spese che il paziente necessitava⁶⁸. Il numero di pazienti registrati nel livello uno, per quanto riguarda i ricoveri di lungo termine, sono passati dal 50 al 30 per cento⁶⁹. La riluttanza delle strutture ospedaliere di "liberarsi" dei pazienti con assistenza di lungo periodo, deriva dall'alta redditività che il loro mantenimento assicura: nel 2004 ospedali con oltre il 60 per cento dei letti adibiti a cure di lunga scadenza hanno beneficiato di un margine di profitto del 7,4 per cento contro lo 0,7 degli altri ospedali. Fino a quando le strutture ospedaliere potranno ottenere benefit dal mantenimento di pazienti a lunga degenza la politica di trasferimenti in strutture specializzate proposta dallo Stato non otterrà risultati; le manovre per il perfezionamento di questa strategia riguardano la codifica dei livelli in cui vengono registrati i pazienti, e cioè, che vi siano apportate le giuste cure, eliminando qualsiasi forma di eccedenza dal servizio; a tale scopo l'apertura alle imprese

for profit di competere nella fornitura assistenziale, così da limitare il monopolio ospedaliero e ridurre le spese derivanti dagli introiti poco trasparenti degli enti pubblici. Contemporaneamente le autorità sanitarie s'impegnano anche nel riformare il meccanismo dei prezzi del servizio pay for visit.

L'obiettivo del governo di fornire cure "necessarie e sufficienti" è un concetto vago che dipende al più dal sistema di pagamento dei servizi. L'attuale approccio "pay-for-service" tende ad espandere il trattamento "necessario". L'approccio di Gruppi diagnostici correlati (DRG) che fissa una quota complessiva in base alla malattia, ridurrebbe il numero di consultazione dei medici e la durata della degenza ospedaliera in linea con i principi governativi. Inoltre la soluzione proposta rende meno lunghe le consultazioni mediche, problema denunciato dalla maggioranza dei pazienti. Una soluzione potrebbe essere quella di premiare i medici sulla base del numero di pazienti visitati annualmente piuttosto che sul numero di visite.

Una riforma meno radicale sarebbe quella di modificare il tasso di rimborso, in alcuni casi, come una seconda visita per un raffreddore o per altri disturbi minori. Il governo ha fatto un passo in questa direzione nel 2008, riducendo il rimborso delle visite mediche con durata inferiore ai cinque minuti. Per gli ospedali, il governo ha introdotto nel 2003 un mix di pagamenti basato sulla procedura di diagnosi combinata (DPC), che classifica i pazienti in base alla loro diagnosi e al trattamento richiesto. Questo nuovo approccio, che si adatta ai sistemi DRG utilizzati in una serie di pratiche giapponesi, è stata inizialmente limitata a 82 università e ospedali pubblici. Il "case mix payment" del Giappone è insolito in quanto include sia un componente DPC sia una tassa per la componente di servizio. La parte DPC riguarda l'ospedale di base, i farmaci, le forniture utilizzate nei reparti, prove di laboratorio, radiologia e le eventuali procedure di costo inferiore a 10 000 yen (circa 100 US \$). La tassa per la componente di servizio copre le procedure chirurgiche, i farmaci e le forniture utilizzati nelle sale operatorie e le procedure che costano più di 10 000 yen. Per la componente DPC, un secondo programma di pagamento viene applicata in relazione alla lunghezza della degenza. È importante notare che esiste un "fattore di conversione" per il pagamento DPC, che varia a 0,85-1,32, abbassando così il pagamento di ben il 15% o portandolo fino al 32%. Questo pagamento facilita l'impatto sul reddito dei singoli ospedali che hanno introdotto il sistema DPC. Il DPC ha portato a una certa riduzione della durata del ricovero ospedaliero, ma non nei costi complessivi. La permanenza media di ottantadue ospedali con il DPC è diminuito da 20,4 giorni nell'estate del 2002 a 18,8 giorni nell'estate del

2003⁷⁰. Il fatto che il DPC venga calcolato sulla base giornaliera, a differenza di sistemi DRG in alcuni paesi, limita il suo impatto sulla durata della degenza ospedaliera. Tuttavia, nel complesso le spese mediche sono salite rispetto al metodo di “pay-for-service”, con aumenti registrati per otto delle 16 principali categorie diagnostiche. La mancata riduzione di costi riflette in parte le strategie, in precedenza descritte, degli ospedali. In primo luogo, il tasso di re-ricovero dei pazienti è aumentato da 4,7% nel 2002 al 9,7% nel 2004, aumento dovuto principalmente alle pianificazioni ospedaliere in tale materia. In secondo luogo, gli ospedali, registrano i pazienti con un livello di assistenza maggiore di quello reale. Oltre alla mancata riduzione dei costi ospedalieri, l'utilizzo del DPC comporta un aumento dei costi ambulatori. Gli ospedali concentrano i test clinici nei loro ambulatori prima di ammettere i pazienti, permettendo loro di creare un sovrapprezzo nei pagamenti per ogni singolo servizio, piuttosto che basarsi sui risultati previsti dal sistema di diagnosi di gruppo, per decidere il livello di assistenza (Wang et al., 2008). Oltre a controllare i costi, il DCP è responsabile dei miglioramenti qualitativi delle cure ospedaliere, grazie alla standardizzazione delle procedure, ad una maggiore trasparenza dei risultati e cercando di responsabilizzare l'ambiente medico. I servizi ospedalieri e i risultati devono essere misurati con cura, per creare una solida base con lo scopo di migliorare il trattamento dei risultati ottenuti. Si rafforza anche la concorrenza fornendo ai pazienti le informazioni necessarie per scegliere gli ospedali. Il sito web del Ministero della Sanità, Lavoro e Welfare (MHLW) mostra i risultati negli ospedali, utilizzando proprio i sistemi di DPC: i tassi di trattamento, la durata del soggiorno e i tassi di riammissione. Tale trasparenza può attenuare le preoccupazioni che i pagamenti misti base porterebbero ad abbassare la qualità del trattamento costringendo i fornitori eseguire i test di qualità e gli esami più importanti.

Entro il luglio 2009, il DCP ha incluso 1283 ospedali con quasi la metà dei letti per malattie acute. Si ipotizza che i fattori di conversione delle strutture ospedaliere possano essere eliminate entro il 2011. Per rendere il DPC efficace nel contenimento dei costi, è indispensabile che i tassi DPC siano più vicini ai costi sostenuti dagli ospedali più efficienti, piuttosto che ai peggiori, per incoraggiare le istituzioni meno efficienti a migliorare le loro prestazioni. Inoltre, è importante stabilire norme per prevenire che gli ospedali sfruttino il sistema DPC. Ad esempio, i tassi di DPC dovrebbero essere ridotti

⁷⁰ Wang et al. Al, 2008

nel caso di riammissione, e test clinici in dipartimenti minori dovrebbero essere coperti solo in parte dal DPC. Infine bisogna espandere le ispezioni in loco per impedire l'errata codificazione dei pazienti.

Il Governo centrale, oltre a proseguire il perfezionamento delle suddette macro riforme, deve altresì operare miglioramenti culturali, allo scopo di modificare anche l'approccio che l'utente ha con le AAPP. Programmi di sensibilizzazione per una vita sana, campagne contro l'abuso di alcolici e tabacco, promozione di attività sportive, garantiscono un miglioramento del benessere della popolazione, andando a colpire il problema sanitario a monte. Il primo step per una nazione in buona salute lo intraprende proprio il cittadino, correggendo il regime alimentare e bilanciando riposo e tempo dedicato allo sport. In particolare per le persone che hanno un'età più avanzata uno stile di vita sano e regolare, previene o almeno argina, i danni provocati dalle possibili patologie, rendendo i tempi di recupero notevolmente più brevi. Detto questo, bisogna, inoltre, che l'utente sia cosciente che l'abuso dei servizi sanitari provoca nel lungo termine squilibri economici di difficile gestione. Se le politiche adottate non produrranno gli effetti attesi, la nazione dovrà ancora affrontare tagli agli stipendi e alla ricerca, fino a che il ricorso ad una tassazione asfissiante non rappresenterà l'unica soluzione attuabile. Il settore sanitario grava in particolar modo sul debito pubblico, ed è molto sensibile ad aumenti di spesa; per non parlare del fatto che la sanità rappresenta il più delle volte, il punto di forza della stabilità politica del paese. L'attendibilità e, di conseguenza, l'appoggio dei cittadini nei confronti dei rispettivi governatori, è correlata ai risultati ottenuti nel servizio sanitario, come è possibile notare anche dalle nuove riforme americane, che hanno smosso il torpore dei cittadini rendendoli molto critici e diffidenti per le modifiche proposte dall'attuale Presidente. Anche in Giappone, le nuove politiche di budgeting destano non poche perplessità, anche se la maggior parte deriva proprio dagli attori che si vedono ridurre la possibilità di speculazione, sfruttando le falle finanziarie del sistema.

CONCLUSIONI

In Giappone la tutela della salute sanitaria ha prodotto interessanti risultati se si pensa che la matrice europea di sanità pubblica sia stata sviluppata in un Paese la cui cultura e i bisogni della popolazione sono alquanto differenti rispetto alle nazioni Occidentali.

La tutela della salute è considerata nell'ambiente accademico un autentico paradosso. Le offerte sanitarie sono sovrabbondanti, i costi eccedono di gran lunga i ricavi e i cittadini sono insoddisfatti dei metodi di erogazione del servizio finale. Nonostante ciò la vita media in Giappone è una delle più elevate, mediamente intorno agli ottantotto anni.

La causa della discrasia tra qualità del servizio e risultato finale, può essere ricondotta alla moltitudine di fattori che garantiscono il benessere sociale. Il Sistema Sanitario non è l'unico mezzo di tutela sanitaria, anzi possiamo dire rappresenti solamente il propulsore e il correttore di un comportamento che già sedimenta nell'individuo. Se non vi fosse una cultura personale che comporti stili di vita sani, con una regolare attività fisica, bassi consumi di tabacco e alcol e una dieta sana e nutriente, qualsiasi struttura o modello di sanità fallirebbero i propri propositi per quanto all'avanguardia essi siano.

La dieta, intesa come regime alimentare, in Giappone, è povera di grassi vegetali, riducendo così il rischio di malattie dovute all'obesità, ed inoltre caratterizzata da un elevato consumo di pesce.

Le Amministrazioni, centrali e locali, devono sfruttare il punto di partenza positivo, e promuovere un sistema che si adatti allo stile di vita dei propri cittadini; bisogna concentrarsi, in termine di qualità del servizio e di spesa, sui ricoveri a lungo termine, che richiedono degenze particolarmente impegnative, di personale specializzato sia a livello medico che infermieristico, nonché di costi di mantenimento del paziente. Per favorire lo sviluppo dell'assistenza a lungo termine, è necessario ridurre i fondi destinati ad altre tipologie di cure. Si potrebbero raggruppare in poche strutture ben posizionate sul territorio, i centri medici che si occupano di una o comunque poche patologie meno gravi, in modo da razionalizzare i costi di mantenimento degli immobili. Anche l'organizzazione interna dei singoli ospedali può essere resa più flessibile dalla fusione di uffici affini, riducendo i passaggi burocratici e aumentando la velocità nell'erogazione del servizio.

Naturalmente la presenza di società for profit, può causare danni economici se non è controllata la correttezza gestionale. Paradigma della speculazione sanitaria, sono la falsificazione della codifica del livello di assistenza del paziente; in altre parole, nel momento in cui un cittadino deve stipulare, modificare o rinnovare la propria assicurazione, alcune società sono solite classificarlo ad un livello più alto di assistenza dando vita a due effetti collaterali come controparte del profitto derivante da un premio assicurativo maggiore. In primis i cittadini si trovano a dover pagare più soldi di quanto

realmente ne servono a tutelarsi dal rischio di malattie e infortuni, riducendo il reddito disponibile ai consumi e, nel caso estremo, contraendo il PIL. Inoltre i servizi coperti dall'assicurazione viziosa, sono sovrabbondanti rispetto ai reali bisogni dei pazienti, da cui nasce una parte rilevante dell'ammontare di sprechi generale.

CAPITOLO IV

SISTEMA SANITARIO CUBANO

4.1 Nascita del sistema sanitario cubano

La tutela della salute cubana vede le sue origini, come la maggior parte dei paesi dell'America Latina, ancor prima dell'avvento dei Conquistadores europei. Già prima della scoperta delle due Americhe, gli indigeni possedevano una loro medicina tradizionale, sostituita in seguito dalle metodologie ispaniche di derivazione greco-romana.

Si ritiene che il primo medico cubano esercitò la professione nel 1527. Nel 1628 si ritiene che la pratica medica del paese ebbe inizio attraverso frati, guaritori, medici indios e un numero esiguo di praticanti; nel 1850 su tutta l'isola esistevano venticinque Ospedali. Già con le guerre del 1868, del 1878, del 1895 e del 1898, si crearono alcune strutture di tipo sanitario nella campagna per l'assistenza dei feriti di guerra, formando così le basi per una prima coscienza in materia di sanità a Cuba. Nel 1902 con l'istituzionalizzazione del Paese e con la Repubblica, si formò il primo Dipartimento della Sanità, al capo del quale venne posto il Dott. Carlos Jota Finlay, un eminente ricercatore e grande medico cubano che fu tra i primi ad ipotizzare la responsabilità della zanzara come agente di trasmissione della febbre gialla⁷¹.

Già nel 1909 il famoso ricercatore creò a Cuba la Segreteria di Sanità e Beneficenza, che fu uno dei primi Ministeri di Sanità Pubblica nel mondo.

Nel periodo dal 1920 al 1958⁷², ci fu una vera e propria decadenza della sanità pubblica cubana per l'abbandono, da parte dei Governi di quel tempo, di tutti i programmi di sanità esistenti riguardo la scarsa attenzione all'igiene e la conseguente diffusione di malattie infettive.

In risposta al crescente bisogno da parte dei cittadini di un sistema che potesse tutelare il benessere della popolazione, nel 1930 si fece strada durante una crisi economica l'idea di sviluppare "l'assistenza medica del mutualismo" (come poi venne denominata a

⁷¹ Roberto Massari, "Storia di Cuba: Società e politica dalle origini alla rivoluzione", Edizioni Associate, Roma 1987.

⁷² Periodo che va dall'indipendenza dalla Spagna fino alla rivoluzione di Castro

Cuba). Un'assistenza medica privata e riservata alle classi privilegiate, mentre la popolazione, abbandonata, mancava di tutti i servizi medici indispensabili, soprattutto nella campagna.

Nel 1959, con il trionfo della Rivoluzione, si ereditò una situazione, dal punto di vista sanitario, delle più gravi: il tasso di disoccupazione aveva raggiunto livelli mai registrati inoltre analfabetismo, denutrizione e pessime condizioni di vita nella maggior parte della popolazione rendeva le attese di vita minime, per non parlare delle speranze di vita alla nascita.

Le patologie più diffuse erano soprattutto scatenate dalle pessime condizioni di vita in cui versava la Nazione: diarrea acuta, tubercolosi, paludismo; e di queste moriva la maggior parte della popolazione.

La Rivoluzione, tra gli anni '59 e '60, generò nuove speranze per il miglioramento del tenore di vita cubano, proponendo riforme come la prima legge della Riforma Agraria e la nazionalizzazione delle grandi imprese straniere. Gli attentati terroristici organizzati dagli USA per soffocare la Rivoluzione imposero la necessità della creazione di un organo popolare armato e così nacquero i Comitatos di Difesa Rivoluzionaria (CDR) che costituirono una valida struttura territoriale di massa in ogni villaggio e ogni quartiere delle città per difendere il Paese e la Rivoluzione⁷³.

Le tensioni tra Stati Uniti e Governo cubano portarono alla guerriglia; già in quegli stessi anni si crearono a Cuba i primi servizi medici sociali, attraverso i quali, i medici erano in grado di svolgere il loro servizio nei villaggi più lontani, coprendo anche le zone nelle quali l'assistenza medica non era mai giunta.

Si eressero 26 Ospedali Rurali e vari Ospedali Urbani. Furono nazionalizzate le farmacie, s'istituì la gratuità del servizio medico, aumentarono gli investimenti dello Stato per i servizi della sanità e si realizzò l'importante obiettivo politico di formare una coscienza rivoluzionaria nei medici.

Al trionfo della Rivoluzione, con allettanti offerte, gli USA invitarono medici e tecnici a lasciare Cuba. Più di 3.000 medici abbandonarono il paese e nella Facoltà di Scienza Medica rimasero dodici professori. La fuga verso "il paradiso", proposta dagli States, rese necessaria una formazione accelerata di professionisti e tecnici della salute e, grazie soprattutto alla volontà e partecipazione convinta di medici e studenti, già nell'anno '63,

Cuba poté prestare il suo primo aiuto sanitario internazionalista nella Repubblica Popolare dell'Algeria.

Nello stesso anno cominciarono i corsi di alcune decine di specializzazioni in medicina, tra le quali cardiologia e ortopedia. Nell'anno '64 si cominciò a organizzare e regolamentare il Ministero di Salute Pubblica nei vari municipi e province del Paese, creando una fitta rete assistenziale diretta dal Ministero stesso con unità subordinate, come policlinici (poliambulatori) e ospedali.

In quegli anni, tra il '59 ed il '64, furono sviluppati i programmi di vaccinazione e la lotta contro le malattie endemiche, il che portò ad un immediato elevamento del livello generale di salute della popolazione, grazie a nuovi strumenti medici a disposizione di tutti i cittadini e ad un nuovo concetto di salute nazionale.

Nel '65 la medicina iniziò ad operare anche a livello di prevenzione e non solo come fornitore di cure postume; come se non bastasse, per permettere una maggiore radicazione del sistema sanitario ed una velocità nell'erogazione dei servizi medici, fu abolito l'esercizio della medicina privata. Nel 1966 si crearono istituti che con lo scopo di migliorare la qualità dei servizi, a favore dell'intera popolazione.

Nel 1968, gli stessi policlinici, cominciarono a razionalizzare il servizio, ad suddividere la popolazione in settori; ogni medico aveva da 3.000 a 5.000 abitanti, e attraverso queste divisioni settoriali si cominciarono a fare interventi sul territorio e nelle abitazioni dove vivevano i pazienti.

In quel periodo, per il ruolo ricoperto nella rivoluzione cubana, si affermarono a Cuba organismi popolari di massa: fra questi il già citato Comitato di Difesa della Rivoluzione (C.D.R.), la Federazione delle Donne Cubane (F.M.C), la N.A.C., l'organismo degli agricoltori. Queste istituzioni realizzarono una serie d'importanti programmi tesi a migliorare lo stato della salute pubblica, aumentando le vaccinazioni di massa, promuovendo la campagna d'igienizzazione, di educazione sanitaria e sulle metodologie di cura dell'igiene personale .

Già nell'epoca del decennio tra il '60 e il '70 si consolidò il sistema di sanità sotto il principio socialista di una maggiore attenzione alla salute pubblica. A livello operativo s'iniziò a trattare temi come l'esenzione dalle spese per le cure mediche e una maggiore accessibilità alle strutture e ai servizi. Nello stesso periodo anche l'industria farmaceutica raggiunse importanti successi in termini di vendite, ricerca e sviluppo.

Già negli anni tra il '70 ed il '79, dopo il primo congresso del partito, si decise di strutturare il sistema politico del Paese creando gli organi locali del Poder Popular

(parlamento cubano). In questa decade si ridusse la mortalità infantile di circa il 50%, passando da un livello che nel 1970 era del 46,7 per mille di nati vivi, fino al 19,4 per mille nel 1979. Tali risultati vennero raggiunti grazie al perfezionamento delle cure mediche a livello nazionale e alla possibilità di utilizzare strutture ospedaliere e policlinici all' avanguardia.

Nel 1974, il Sistema Sanitario Cubano attraverso un'altra fase fondamentale per il progresso della tutela sanitaria: il Ministero della Salute decise di decentrare tutte le funzioni di assistenza popolare all'interno degli organi di massa che si erano formati nel tempo per combattere la povertà e il disagio. La nuova organizzazione si estese in tutto il paese nel 1977; anche se mantenne il controllo metodologico di tutto il sistema sanitario, la parte amministrativa passò al Poder Popular.

Nel 1976, sorsero le Facoltà di Medicina in tutte le Provincie, raggiungendo così meno dell'uno per cento le cause di morte per malattie infettive e contagiose.

Nell'anno 1981, si lottò e si sconfisse l'epidemia del Dengue emorragico (malattia virale), introdotta misteriosamente nel Paese e che causò centinaia di morti, soprattutto bambini.

In ragione di quanto successe, si ritenne di dover fare un altro sforzo per rendere Cuba meno vulnerabile agli attacchi che gli venivano mossi. L'epidemia forzò il Governo a far evolvere ulteriormente il settore sanitario, con l'obiettivo di diventare una delle più grandi potenze nel settore stesso. In quegli stessi anni furono create trentadue sale di terapia intensiva, si svilupparono capillarmente i Policlinici, gli Ospedali Pediatrici, si ampliarono e si modernizzarono i servizi degli stessi⁷⁴.

Da un progetto "pre rivoluzionario" di costruzione di quella che avrebbe dovuto essere la più grande banca dell'America Latina, debitamente convertito in un progetto per la sanità, si costruì l'ospedale Hermanos Almejiras che inaugurato nell'82. L'ospedale "multifunzionale", è strutturato su ventiquattro piani con specializzazioni di livello mondiale, nuove tecniche diagnostiche, come gli ultrasuoni, la tomografia attraverso il computer, la risonanza magnetica, l'accelerazione lineare, l'utilizzazione del laser. In quegli anni si svilupparono nuove tecniche per la chirurgia cardiovascolare nei bambini e negli adulti e il trapianto di organi.

Nel 1984 prese l'avvio, nei quartieri delle città, la pianificazione del programma di assistenza medica familiare attraverso i medici di base, che si estese a tutto il paese.

⁷⁴ Antonio Moscato, "Breve storia di Cuba", Danews Editrice, Roma 2006.

Ora, a causa della scomparsa dei Paesi socialisti e la conseguente perdita dell'85 per cento dei rapporti commerciali con l'estero, del blocco economico che gli USA inaspriscono sempre più, la crescita sanitaria ha subito un brusco rallentamento. I medici cubani sono costretti a lavorare in condizioni proibitive, i medicinali scarseggiano rispetto agli anni subito dopo la rivoluzione, ma malgrado le enormi difficoltà, le strutture sanitarie sono ancora operative e, soprattutto, il Governo è riuscito a attutire i danni provocati dall'isolamento mantenendo la gratuità di tutti i servizi.

Ad oggi il sistema sanitario cubano è visto come uno dei migliori al mondo, soprattutto per la notevole attenzione all'equità e all'universalità; un sistema di servizi completamente gratuiti per i cittadini, accompagnato da un mercato farmaceutico con prezzi ridotti al minimo e accessibile a chiunque senza distinzione di reddito.

4.2 Ordinamento

La Repubblica di Cuba è uno Stato socialista di lavoratori, indipendente sovrano, laico, organizzato come repubblica unitaria e democratica⁷⁵, in cui il potere spetta direttamente al popolo tramite le Assemblee del "Poder Popular. Fino al 1992, lo Stato ha sempre gestito con diffidenza i rapporti con l'estero e anche alcune metodologie di governo non erano in linea con le idee che contemporaneamente circolavano nei popoli europei e nord-americani; con l'approvazione della nuova Carta costituzionale, invece, vennero apportate non poche novità in tema di tutela di confessioni religiose, investimenti stranieri, rapporti con l'estero e elezioni dirette da parte dei cittadini con voto segreto sia dei delegati delle Assemblee Provinciali che dei deputati in Parlamento; inoltre rappresenta il primo paese al mondo a inserire nella propria Costituzione leggi riguardo la tutela dell'ambiente e lo sviluppo di Rio de Janeiro. Il Partito Comunista Cubano (PCC) detiene il ruolo di "avanguardia organizzata della nazione cubana", secondo l'articolo quinto della Costituzione; non propone candidati ne partecipa alle elezioni non essendoci competizione con altri partiti. Il capo di Stato è contemporaneamente anche Capo del Governo e Segretario del PPC; oltre ad esso vi sono il Consiglio di Stato e il Consiglio dei Ministri entrambi eletti dall'Assemblea Nazionale del Potere Popolare.

⁷⁵ Art. 1 Costituzione cubana, 24-02-1976

La suddivisione dei poteri, come in Italia è tripartita con alcune fondamentali differenze: il Capo del Governo è, come già detto, anche Capo di Stato, quindi oltre a rappresentare la Nazione, detiene anche il potere esecutivo, inoltre il Tribunale dello Stato viene eletto dall'Assemblea Nazionale del Potere Popolare, da cui si evince che il potere giudiziario non è indipendente da quello legislativo. L'Assemblea rappresenta l'organo supremo dello Stato a cui è affidato il compito di legiferare e promuovere lo sviluppo della Nazione in concorrenza con il Governo e le istituzioni controllate da quest'ultimo.

Per quanto interessa l'amministrazione del territorio, Cuba è suddivisa in quattordici Provincie, più una speciale (l'Isola della Gioventù), dipendenti dallo Stato centrale e suddivise a loro volta in Municipi. Le Provincie sono amministrate dalle Assemblee Provinciali; con i poteri decisionali ridotti al minimo, la gestione del territorio provinciale è limitata solamente alla traduzione in obiettivi operativi degli obiettivi intermedi e finali dettati dal Governo centrale, che si preoccupa anche di indicare le modalità per raggiungerli.

4.2.1 I soggetti

Il Sistema Sanitario Cubano è caratterizzato da un intervento statale totale; non è prevista dalla legge cubana alcuna forma di attività privata nel settore sanitario e le istituzioni pubbliche hanno a carico l'aspetto organizzativo, gestionale, funzionale, finanziario e operativo di tutte le strutture adibite alla tutela della salute pubblica. L'assetto del sistema è impostato secondo una struttura gerarchica dettata dal Governo centrale; in cima alla piramide vi sono il Consiglio di Stato e l'Assemblea Nazionale del Potere Popolare che rispettivamente si occupano dell'esecuzione e della regolamentazione del settore. L'assemblea, dopo aver visionato i risultati finali della gestione, si riunisce e discute su alcuni argomenti rilevanti per l'anno avvenire: si pensa a determinare eventuali correzioni del lavoro amministrativo, a stabilire nuovi target operativi delle strutture sanitarie, confermare o fissare nuovi livelli di assistenza minimi, si analizza lo stato dell'istruzione medica e se vi è la necessità di maggiori investimenti nelle università. Una volta decise le politiche da adottare per i settori che

compongono l'assistenza sanitaria, si trasmettono i nuovi ordini al Consiglio di Stato, che si occuperà di girarli al Ministero competente⁷⁶.

Il membro del Consiglio dei Ministri che si occupa di eseguire gli ordini parlamentari ad oggetto la Sanità dello Stato, è il Ministro della Salute Pubblica. Mansione principale del Ministero è di tradurre le intenzioni dell'Assemblea in obiettivi che possano essere misurati e monitorizzati, per poi inviarli a chi di competenza. Il Ministro deve coordinare i lavori, gli impegni tra strutture, classi professionali, centri di ricerca, ed erogatori finali, affinché il valore aggiunto creato da una istituzione diventi input per le altre generando un aumento in termini di crescita ed efficienza del settore.

Gli ordini ministeriali in particolare sono trasmessi a tre organi principali.

Il primo è la divisione della Sanità Pubblica nel settore provinciale; presente in ognuna delle Province cubane, rappresenta l'organo coordinatore dei lavori generali⁷⁷. Detiene la diretta gestione degli ospedali Provinciali: supervisiona l'accessibilità alle strutture, gestisce i cash flows e gli investimenti per l'innovazione tecnica, controlla le assunzioni e organizza il personale in linea generale. Per di più controlla i finanziamenti e monitorizza la gestione dei centri igienici e epidemiologici, nonché delle banche del sangue e dei centri sociali.

Il secondo organo è la Divisione Municipale di Sanità Pubblica, con competenze territoriali ristrette ai singoli municipi. Le funzioni principali rispecchiano quelle dell'organo provinciale, relativamente ai singoli municipi; si occupa sempre del buon funzionamento delle strutture sanitarie pubbliche. In particolare la cura degli ospedali rurali rappresenta un incarico considerato fondamentale per la prosecuzione del principio di universalità del servizio, poiché le zone lontane dalle aree urbanizzate, rappresentavano il problema principale della riforma post- rivoluzionaria. Essendo completamente isolate dal servizio sanitario, le zone rurali erano il punto di partenza dei contagi che hanno colpito la nazione negli anni '60 e '70 e, una volta che il morbo raggiungeva le aree metropolitane, il livello di contagio era già in uno stadio ingestibile dalle strutture provinciali. Si decise allora per la creazione della Divisione Municipale, in modo che il raggio d'azione degli ospedali principali giungesse in ogni angolo del territorio. Contemporaneamente la divisione Municipale coordina l'organizzazione dei policlinici e si occupa dell'assegnazione dei medici di famiglia ai cittadini.

⁷⁶ Sixto, Felipe. 2000. "An Analysis of Cuba's National Healthcare System." Sixto, Felipe, 2000. Florida International University

L'ultima istituzione direttamente collegata al Ministero è quella composta dall'università, dai centri di ricerca, e dalle industrie biomediche.

Il Governo Centrale, attraverso l'Amministrazione Pubblica, ha la possibilità di espandere e sviluppare i progetti sanitari sia verticalmente, raggiungendo la totalità della popolazione grazie alle Divisioni Provinciali e Municipali, che orizzontalmente, coordinando i settori correlati come l'università, le industrie farmaceutiche e biomediche, e i centri di ricerca generali e specialistici.

4.3 Obiettivi del management

Da un punto di vista manageriale, Cuba si trova oggi ad affrontare grandi sfide per perfezionare la gestione della sanità pubblica. Dopo il crollo del comunismo europeo, la Nazione cubana ha iniziato a ridimensionare il dialogo con gli *States*, diminuendo i dazi doganali e favorendo gli investimenti stranieri. Il commercio con gli Stati Uniti, ha favorito l'ingresso delle nuove tecnologie tecniche e architettoniche per la costruzione degli ospedali, insieme ai nuovi macchinari e metodologie per la cura del paziente. Fino al 1990 gli ospedali possedevano a mala pena le lampadine e gli antibiotici a loro disposizione erano di prima generazione, ancora con effetti collaterali notevoli, e inadatti ai bisogni medici del Paese. Lo Stato, perciò, ha incontrato non poche difficoltà nel gestire l'aumento dei costi sanitari, data lo scarso progresso tecnologico in cui era sommerso il settore sanitario, dovendo colmare un gap di quasi cinquant'anni con le strumentazioni disponibili.

L'ammontare delle spese che il Paese ha sostenuto, e affronta tuttora, rischia di indebolire il sistema, giacché, non potendo fare leva sui ricavi generati dal pagamento dei servizi, è costretto a ricercare altrove le fonti di finanziamento per la spesa sanitaria; ma un aumento del gettito fiscale a carico dei cittadini, renderebbe inutile lo sforzo di mantenere il servizio sanitario gratuito.

La parziale ripresa economica degli ultimi anni, dovuta agli accordi stretti con il Venezuela per il rifornimento di petrolio e ad altri proficui rapporti con diversi paesi, fa ben sperare per un progresso rapido e che non comporti particolari sacrifici da parte della popolazione cubana.

S'ipotizza che in pochi anni le strutture sanitarie saranno rinnovate ed equipaggiate di strumentazioni moderne. Il programma di rinnovamento degli ospedali è iniziato dal

2006 e il personale sanitario ha ricevuto un aumento, seppur modesto, del salario mensile, generato dal fabbisogno di possedere maggior specializzazione nelle risorse umane⁷⁸.

La creazione di centri di gestione sanitaria e di amministrazione pubblica più vicine agli utenti, come le Divisioni Municipali, permettono una maggiore flessibilità nell'organizzazione e minori tempi di reazione alle nuove necessità degli utenti; inoltre la misurazione delle entità economiche disponibili e necessarie al fabbisogno locale è facilmente aggiornabile rispetto ai sistemi precedenti, che, essendo troppo centralizzati, non erano in grado di reperire le giuste informazioni per creare e reagire ai feedback negativi provenienti dalle zone rurali⁷⁹.

Per evitare potenziali mancanze di personale sanitario dovute al suo coinvolgimento totale nelle missioni internazionali, anche l'addestramento dei nuovi operatori è in fase di rinnovo e si sta assistendo allo sviluppo di un sistema di insegnamento decentralizzato, direttamente a livello dei policlinici. Si apre così la particolare sfida di riuscire a mantenere la qualità accademica.

Come se non bastasse, Cuba è impegnata a offrire la formazione medica universitaria gratuita a migliaia di studenti provenienti da paesi in via di sviluppo⁸⁰.

Infine, il "Piano di Salute Nazionale verso il 2015" del 2006 riconosce nell'invecchiamento della popolazione una sfida per i prossimi decenni e prevede un riorientamento dei servizi, in particolare di quelli erogati a livello dei policlinici di comunità, "from cure to care". Un altro passo in questa direzione è rappresentato dal potenziamento dei centri di cura diurni per gli anziani inseriti nei quartieri in cui essi vivono.

Anche se le sfide da affrontare sono enormi, i principi fondanti del sistema sanitario cubano non sono in discussione. Il suo carattere pubblico, l'accessibilità finanziaria (nessun pagamento al momento dell'erogazione del servizio) e la buona qualità delle cure offerte a tutta la popolazione in un'ampia rete integrata di strutture sanitarie, sono in forte contrasto con la tendenza registratasi in molti altri paesi dell'America Latina ad andare verso la progressiva privatizzazione dei servizi⁸¹.

⁷⁸ De Vos P, De Ceukelaire W, Bonet M, Van der Stuyft P. Cuba's health system: challenges ahead. Health and Planning 2008.

⁷⁹ WHO. Cuba's primary care devolution: 30 years on. WHO bulletin 2008.

⁸⁰ Mullan F. Affirmative action, Cuban style. NEJM 2004.

Il punto forte del sistema sanitario cubano, che ha raccolto e per alcuni versi anticipato i principi contenuti nella dichiarazione di Alma Ata del 1978, è rappresentato quindi dallo sviluppo di un buon sistema di cure primarie, focalizzato sulla prevenzione delle malattie, attraverso per esempio le vaccinazioni dei bambini e gli screening di popolazione, piuttosto che sulla produzione di farmaci costosi e che ha investito sull'ottima formazione del personale, invece che sullo sviluppo di sofisticate strumentazioni diagnostiche⁸².

La Nazione risponde sempre più velocemente alle sfide proposte dall'avanzare delle tecniche mediche e dal progresso tecnologico, vincendo anche il confronto con gli Americani, che, a differenza dei vicini cubani, sono zavorrati da problematiche dovute alle continue dispute sulla sistema sanitario, ritenuto dai più troppo "privatizzato" e mal gestito, a causa dello strapotere che le lobby farmaceutiche e le assicurazioni detengono.

4.4 Profilo finanziario

Il Sistema Sanitario Nazionale cubano è completamente finanziato dalle risorse statali, peculiarità fondamentale per garantire la completa esenzione dai pagamenti per i servizi sanitari. Il finanziamento del settore è fondamentalmente decentrato per quanto riguarda i soggetti che hanno a carico la copertura del fabbisogno finanziario: il 94,4 per cento delle spese per la salute pubblica è sovvenzionato dai bilanci Municipali.

La porzione di spesa pubblica occupata dalla sanità nazionale è aumentata dal 1960 al 2000 di trentacinque volte il valore iniziale, più precisamente da 51 milioni di pesos fino a 1875 milioni di pesos, crescita determinata soprattutto dal recupero di tecnologie avanzate e medicinali all'avanguardia; nel 1990 inoltre la spesa pro capite è salita da 98 pesos all'anno per cittadino, a 166 pesos pro capite nel 2000, pari ad un incremento del 69 per cento. Tuttavia, il valore reale della spesa è stato gravemente ridotto dall'inflazione che ha colpito il paese nel 1991.

Un altro dato importante per descrivere l'andamento nel tempo dei finanziamenti sanitari è l'importo che il Governo ha speso per i prodotti farmaceutici; nel 1989 ha importato beni per 227.330.000 di dollari, ridimensionato a soli 67 milioni nel 1993, per poi risalire a 112 milioni nel 1997. L'oscillazione è stata causata soprattutto dalle necessità di fronteggiare la violenta recessione in cui stagnava l'economia cubana, ma

nonostante ciò, la porzione d'investimenti dedicata alla salute nazionale non ha mai raggiunto livelli d'insussistenza vera e propria, a dimostrazione del grande interessamento del Governo a preferire la salute nazionale rispetto ad altri settori.

Nel 1997, il 38 per cento delle disponibilità per le cure sanitarie è stato assegnato alle cure primarie, che rappresentano i servizi mediamente più utilizzati dai cittadini, e il 46 per cento alle cure ospedaliere, per garantire uno sviluppo delle strutture costanti nel tempo. Nel medesimo anno, si è inoltre, registrato un aumento della porzione nel bilancio complessivo degli stipendi, che è variata dal 50 per cento del 1997, al 54 per cento nel 1998.

Il fabbisogno sanitario, d'altro canto, non deriva solo dal reparto propriamente medico, bensì si estende anche in altri settori: più di tutti il sistema di raccolta e filtraggio dell'acqua, che favoriva l'estensione di malattie contagiose in ogni angolo del paese. Per questo motivo dal 1960 fino al 1990, l'unione sovietica ha fornito circa 65 miliardi di dollari in aiuti e prestiti per la nazione cubana, che il Governo ha potuto riallocare nei vari reparti dell'economia, andando a correggere in primis i compartimenti dedicati alla cura della salute, investendo nel miglioramento del sistema idrico, nella costruzione di ospedali e centri di ricerca all'avanguardia e nel settore farmaceutico. Inoltre Cuba importava dai paesi dell'Unione Sovietica e dalle nazioni aderenti al Consiglio per la Mutua Assistenza Economica (COMECON), attrezzature e nuove tecnologie da sviluppare all'interno del paese, oltre che ad un notevole ammontare di input per la produzione farmaceutica. Naturalmente la grande dipendenza che lo stato cubano aveva nei confronti delle nazioni sovietiche, ha generato una profonda crisi economica nel momento in cui esse si sono sciolte, venendo a mancare improvvisamente il solido flusso di fondi proveniente dai paesi comunisti europei.

Sebbene Cuba non abbia ancora raggiunto livelli ottimali di stabilità economica e di crescita, il livello d'istruzione e di ricerca, che invece è andato via via progredendo nel tempo a tassi davvero elevati, ha ammortizzato i costi della crisi, permettendo una ripresa meno indolore del previsto.

La riforma della sanità del 2006 prevede che nel giro di una decade Cuba possa diventare competitiva con il resto del mondo anche per quanto riguarda il livello delle attrezzature e delle tecnologie adatte alla tutela della salute, potendo già contare su un sistema sanitario equo e affidabile, che raccoglie l'ammirazione di tutte le potenze occidentali in tema di salute Pubblica.

4.3.1 La spesa sanitaria

i dati sull'andamento della spesa sanitaria sono periodicamente raccolti dal World Health Organization, l'associazione delle Nazioni Unite per il monitoraggio della Salute generale nei paesi industrializzati e non, che fornisce inoltre una chiara visione dei risultati della gestione sanitaria in termini di investimenti rapportati al PIL della rispettiva Nazione. Il periodo di riferimento su cui sono basate le rilevazioni statistiche, va dal 1995 al 2008, e in questo lasso di tempo vengono calcolati gli indici chiave per una descrizione accurata delle spese all'interno del settore sanitario.

Il primo indicatore è la percentuale della spesa sanitaria rispetto al PIL, che, nella fattispecie, in termini percentuali è costantemente progredito dal 5,7 per cento fino all'11 per cento del 2008 con un trend in costante crescita lungo tutto il periodo, in sintonia con la crescita del settore sanitario e delle spese dedicate ad esso.

È importante ai fini descrizione del sistema cubano, conoscere i criteri di ripartizione dei finanziamenti adottati dal Governo centrale: innanzitutto la percentuale di risorse esterne impiegate nel finanziamento del sistema, dopo il crollo dell'Unione Sovietica, è stata sempre prossima allo zero; il picco massimo si è toccato nel 2004 con lo 0,5 per cento, per poi tornare allo 0,1 per cento nel 2008; ciò sta ad evidenziare come, nonostante la volontà dichiarata di maggiore apertura dei rapporti con altri paesi, non sono stati ancora raggiunti livelli accettabili.

Abbandonando le fonti e spostando l'attenzione sugli agenti che finanziano il sistema sanitario, il Governo occupa una posizione dominante, assorbendo una percentuale di spesa mai inferiore al 90 per cento con un picco nel 2008 del 96,2 per cento. D'altro canto le spese per il settore privato sono, ovviamente, pari a zero, come la percentuale di fondi sociali sulla sicurezza della spesa del Governo centrale. Cuba non ammette istituzioni private alcune, essendo una Repubblica socialista. Quindi l'apertura verso il settore for-profit "all'occidentale" è praticamente nulla, anche se negli ultimi anni si è cercato di evidenziare i benefici che garantirebbero una giusta cooperazione tra settore pubblico e privato, e si pensa ad una maggiore considerazione delle istituzioni che non sono sotto il diretto controllo delle AAPP.

Per quanto riguarda invece l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL, dal 1998 al 2008 tale porzione è quasi raddoppiata, crescendo dall' 8,8 al 15,5 per cento della Spesa Pubblica totale⁸³.

Per quanto concerne invece la spesa che i cittadini affrontano per i beni e servizi non coperti dallo Stato, in conseguenza alla gestione del Governo, è relativamente bassa rispetto al resto del mondo. I valori reali si aggirano in media ai 284 pesos. Tuttavia la porzione del reddito pro capite impiegata in tale spesa è elevatissima. Si è raggiunti percentuali sopra il 90 per cento della disponibilità pro capite, in quanto i livelli di retribuzione della popolazione non raggiungono minimamente la media dei paesi occidentali, e le spese per cure elementari o l'acquisto di attrezzature ortopediche assorbono quasi tutto il reddito del singolo cittadino.

In termini reali, Cuba dedica al settore sanitario più di 7 milioni di pesos all'anno solo per la gestione delle strutture e per il funzionamento dei programmi di ordinaria amministrazione.

La gestione finanziaria della sanità presenta quindi due facce di una stessa medaglia.

Da un lato l'impegno finanziario del Governo nel comparto sanitario è elevatissimo e in costante crescita, sia in termini di spesa sia riguardo al valore aggiunto per la popolazione, che si traduce in un progressivo aumento dei livelli di salute nazionali. Dall'altro il reale aumento del benessere è frenato dai bassi livelli di reddito a disposizione dei cittadini, che si trovano in situazioni critiche nel caso debbano affrontare le cosiddette spese "out of pocket". Nel complesso i tassi di crescita del settore sanitario sono comunque positivi se analizzati a sistema, in quanto evidenziano la possibilità di raggiungere nel lungo periodo risultati efficienti e all'altezza dei nuovi standard auspicati dalle maggiori potenze economiche mondiali.

4.3.2 Strumenti di gestione del budget

Per affrontare le sfide che i nuovi scenari medici internazionali propongono, e per far fronte alle necessità della popolazione, il Governo cubano ha optato per una strategia di investimenti sistematici sia nel settore principale, modernizzando le strutture erogatrici e gli strumenti a disposizione, sia nei settori strettamente connessi ad esso. Dal background storico si evince come la politica, in tema di gestione degli investimenti, è

sempre stata diretta verso uno sviluppo interno, preferito alla possibilità di accedere alle nuove tecnologie dal commercio con l'estero.

Il Governo cubano non è mai stato propenso ad un'apertura totale verso i paesi industrializzati, ma ha cercato di sviluppare comparti base per un'evoluzione del sistema sanitario interno, in modo da poter auto-generare una crescita sostenuta nel tempo del settore.

In primis si è voluta concentrare l'attenzione nel campo della ricerca e dello sviluppo, aumentando il numero delle università mediche, aggiungendo facoltà come biotecnologie, farmacia e ingegneria biomedica.

Il Sistema Sanitario Nazionale prevede 70.594 medici (62,7 per 10.000 abitanti), di cui 33.769 sono medici di famiglia, in modo da garantire la copertura sanitaria al 99,4 per cento della popolazione. Dispone inoltre di 10.554 odontoiatri (9,4 per 10.000 abitanti), 110.483 tecnici di alto livello (25 022 infermieri professionali) e tecnici 158.726 (64.440 tecnici di cura)⁸⁴. Il sistema scolastico delle università, ha avuto sempre più offerte formative specialistiche incorporando facoltà di infermeria e medici in un unico modello con lo scopo di creare una classe professionale il più competente possibile, formando dottori e personale ausiliario che potessero operare in totale autonomia se richiesto dalle emergenze.

Il secondo target per la formazione di una classe medica di eccellenza è stato quello di integrare la ricerca universitaria nelle strutture mediche integralmente, permettendo alle due istituzioni di essere propulsori l'uno dell'altro di una crescita e specializzazione esponenziale.

Ad oggi si conta la collaborazione e l'interazione di 80 paesi che decidono di lavorare con le università cubane, spinte dalla creazione di master sempre più specialistici e della possibilità di essere a contatto con i maggiori esponenti della scienza medica dell'America latina.

Gli investimenti nell'istruzione del personale, permettono un'azione capillare del sistema sanitario che dispone di una classe medica numerosa e pronta ad affrontare le sfide del paese, riuscendo così a rispettare il principio di universalità dell'azione pubblica di cui il Governo si propone come primo promotore⁸⁵.

⁸⁴ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Washington, DC: OPS; 2003. (Publicación Científica No. 554).

⁸⁵ Cuba, Ministerio de Economía y Planificación. Informe Anual. La Habana: MEP; 2005.

Il secondo punto del Piano sanitario generale rappresenta l'educazione della popolazione, al fine di creare una cultura generale che permetta di prevenire e contenere i contagi di malattie infettive.

La promozione della salute nasce da iniziative governative e locali, che, attraverso approcci intersettoriali e interdisciplinari, mira a migliorare la qualità della vita della popolazione. I servizi per l'informazione sono forniti direttamente dalle strutture competenti e dalle università, promulgate soprattutto nelle scuole primarie così che le nuove generazioni adottino uno stile di vita sano sin dall'infanzia. Alcuni programmi diretti alle generazioni più giovani sono il controllo del tabagismo, i metodi di prevenzioni del cancro, l'educazione sessuale, la nutrizione, e la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili come l'HIV. La promozione utilizza anche notevolmente strumenti di comunicazione di massa, coinvolgendo canali televisivi, programmi radiofonici e pubblicità cartacea. L'effettiva attivazione dei programmi di educazione sanitaria è garantita dal Dipartimento Provinciale di Promozione e Educazione alla Salute, coadiuvati dai consigli comunali e da illustri membri del mondo medico⁸⁶.

Un'educazione sanitaria che sia recepita e tradotta in uno stile di vita sano, riduce la spesa sanitaria del paese e permette la ricerca nel campo delle malattie geneticamente trasmissibili. Inoltre riduce la spesa "out of pocket" dei cittadini, innalzando i livelli di consumo generali della Nazione.

Il Sistema Sanitario cubano realizza i propri obiettivi assumendo come centro della sua attenzione il paziente, da cui dipende l'intera organizzazione del settore. In base ai mutamenti dei bisogni degli utenti, il Governo ridefinisce i livelli di spesa aumentando o diminuendo l'offerta di quei beni o servizi che di volta in volta, sono necessari al cittadino, in base ai mutamenti dell'ambiente di riferimento. Affinché la risposta alle nuove problematiche sia efficiente e più rapida possibile, si è voluto creare un sistema in cui le iniziative governative potessero diramarsi con facilità nel tessuto sociale, grazie alla disponibilità di personale medico a copertura totale del territorio, e trovassero nei cittadini quell'educazione medica tale che i lavori delle AAPP possano essere compresi ed utilizzati a favore del benessere sociale.

⁸⁶ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Washington, DC: OPS; 2003. (Publicación Científica No. 554).

CONCLUSIONI

Nel 2006 il regista Michael Moore, famoso per i documentari sulle negatività della Società americana, girò un film sul sistema sanitario americano. In particolare descriveva come le agenzie assicurative private creassero sovrapprezzi nelle prestazioni mediche rendendo iniqua la gestione sanitaria.

Come termine di paragone opposto fu presentata proprio la Sanità cubana, evidenziandone l'universalità e l'efficienza tecnica.

Sono esattamente questi cardini su cui posa l'assistenza cubana. La gestione delle entrate pubbliche permette prezzi accessibili per i farmaci e assistenza gratuita per i malati delle strutture. I grandi investimenti nella ricerca e nelle strutture università, descrive invece l'attenzione a creare valore umano direttamente sul campo in modo tale da permettere che lo sviluppo tecnologico e manageriale si muova di *pari passu* con quello medico e farmaceutico.

Se in Giappone una cattiva gestione dei finanziamenti e un'offerta dei servizi sovrabbondante generava comunque risultati finali accettabili, a Cuba la situazione è simmetricamente opposta.

Il progresso scientifico non è affiancato da quello sociale: il benessere generato dalla spesa (minima) che gli utenti devono affrontare, è dimezzato dal bassissimo livello di reddito disponibile. Quindi anche se i costi per i medicinali sono minimi, su un reddito altrettanto basso incidono comunque.

Una seconda problematica deriva invece dalla cultura alimentare e dalle condizioni igieniche che il paese possiede. Sicuramente nell'ultimo mezzo secolo sono stati fatti passi enormi per il miglioramento della vita, ma non sono ancora tali da non rappresentare una zavorra e un ostacolo alla vertiginosa evoluzione nel settore sanitario. Qualsiasi politica sanitaria, investimento o miglioramento tecnico, non può svilupparsi e garantire i risultati sperati fino a quando non sarà ben amalgamato con l'ambiente in cui si evolve. In tutto il mondo si è optato per una maggiore cura per la prevenzione; molte dei disagi che affliggono un paese, possono essere diminuiti se non annullati da un corretto stile di vita e da una giusta educazione alimentare. Inoltre una sensibilizzazione da parte dello stato a non abusare dell'offerta sanitaria, responsabilizza il cittadino e riduce di gran lunga i costi e di conseguenza vi è un maggiore apporto finanziario da poter reinvestire.

La Sanità cubana è comunque considerata la più efficiente al mondo per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi promulgati dagli enti internazionali: un servizio equo, accessibile a tutti i cittadini e omogeneo in tutto il paese.

La gratuità, il miglioramento delle zone rurali e la possibilità di accedere sempre a strutture d'avanguardia, sono i segnali che indicano la reazione di un paese. Reazione da una storia scomoda e violenta, segnata da rivoluzioni, guerriglie, panico e disordine, anarchia e dittatura, ma che ad oggi rappresenta una delle nazioni, se non l' unica, che può vantare di avere un sistema sanitario d'eccellenza e con il maggior apporto di volontari nelle missioni internazionali in tutto il mondo.

CONCLUSIONI GENERALI

Cuba, Berlino o Tokyo?

“La guarigione è legata al tempo e a volte alle circostanze”. Tempo e circostanze, il binomio perfetto su cui si muovono le strategie aziendali di tutto il mondo. Tempo in termini di lungo periodo, se si parla d’investimenti e risultati, ma anche breve, se ci si riferisce alla produzione di beni o all’erogazione di servizi. Su tutti, il tempo deve essere ridotto al minimo quando si affrontano i cambiamenti dell’*environment* di riferimento. Siamo di fronte proprio a quelle circostanze da tenere in forte considerazione durante il *planning* aziendale. L’ambiente esterno non è un blocco statico di situazioni che si ripetono, bensì è meglio paragonabile ad un flusso di eventi che si intrecciano, si combinano, mutano innescando nuovi meccanismi prevedibili e non.

L’efficacia di un ottimo piano sanitario in questo caso, consiste nel management diretto di questi due fattori. La programmazione aziendale deve essere proiettata nel futuro, con orizzonti temporali non inferiori al lustro, così da permettere il naturale sviluppo dei miglioramenti apportati.

Se da un lato l’ottica di lungo periodo rappresenta il riferimento del top management, d’altro canto le strutture più a contatto con gli utenti devono saper affrontare le variazioni apportate dallo sviluppo tecnico, dalle nuove necessità e dai mutamenti esterni in generale. Si guarda al presente ma con un occhio fisso al futuro.

Nel caso specifico le tre situazioni studiate presentano diverse combinazioni di pregi e mancanze. Il modello tedesco può vantare tra le sue caratteristiche un’alta specializzazione, un servizio universale ed un rapporto bilanciato ed etico tra istituzioni pubbliche e associazioni private. L’altra faccia della medaglia palesa come il mantenimento di alte prestazioni generi un elevato livello di costi, con la reale minaccia di trasformare un sistema efficace in una struttura inefficiente. L’attenzione alla qualità del servizio lo sta rendendo sovrabbondante rispetto le reali necessità del paziente. Nel complesso il sistema sanitario tedesco è uno dei migliori in Europa e nel mondo e ciò non viene dichiarato solo sulla base dei risultati finali ottenuti dalla gestione in se. la peculiarità che lo rende unico risiede nella capacità di fronteggiare con cognizione e tempestività le negatività che si presentano, per quanto vogliano essere attese o inaspettate. L’elasticità del sistema e dei suoi componenti permette reazioni e soluzioni

tempestive e ciò va ad alimentare uno dei fattori più delicati del settore pubblico: la fiducia nelle istituzioni. Un atteggiamento positivo nei confronti della macchina stato, delle sue strutture e dei suoi organismi, permette una facile implementazione del piano sanitario nazionale nel contesto sociale quotidiano. Se il cittadino ha fiducia nelle istituzioni pubbliche, sarà più propenso a non commettere atti di cattiva condotta sociale in modo tale da garantire un'effettiva valutazione delle soluzioni proposte.

Lo scheletro del modello bismarckiano è stato studiato e riadattato in tutte le realtà europee, arrivando fino alle grandi potenze del sol levante. La gestione di stampo europeo rappresenta l'anello che congiunge la realtà occidentale a quelle orientali. Il Giappone, in particolare, mostra come un modello funzionante in un determinato contesto, possa generare risultati differenti in circostanze diverse. La peculiarità della gestione sanitaria giapponese è la sovrabbondanza dell'offerta dei servizi rispetto alla reale domanda, con sprechi e speculazioni correlate.

Nonostante il cattivo utilizzo degli strumenti a disposizione è l'altissima spesa annessa, il popolo giapponese gode di ottima salute. Si parla ovviamente del secondo cardine, quello ambientale; un buon regime alimentare e una cultura sociale improntata alla prevenzione e al mantenimento di un corretto stile di vita fanno sì che le pecche delle strutture a livello di erogazione, vengano completamente assorbite dalle ottime attitudini che il cittadino medio presenta. Nell'ambiente accademico quando si parla di sanità giapponese ci si trova davanti ad un autentico paradosso. I risultati riportati mettono alla luce fondamentalmente due considerazioni.

In primis l'applicazione di un modello efficiente in un contesto differente (e in questo caso quasi opposto) non garantisce gli stessi risultati anche se adattato alle diverse necessità. In secondo luogo, il fattore che differenzia una buona gestione da un'ottima è la cultura. I migliori servizi, le migliori strutture e le grandi manovre manageriali sono facilmente paralizzabili da un contesto sociale non idoneo. Il livello di benessere si misura innanzitutto dal modo in cui il cittadino gestisce la propria salute a prescindere da malattie o disagi. Campagne contro l'utilizzo di tabacco e alcolici, sponsorizzazione di eventi sportivi e corsi di educazione alimentare sono tutti strumenti che permettono alla nazione di avere a disposizione livelli di salute accettabili, risultando irrilevante qualsiasi soluzione governativa per quanto precisa o inconcludente essa sia. Le problematiche del sistema sanitario giapponese ci danno modo di affrontare un'altra problematica delle amministrazioni pubbliche di tutto il mondo, ovvero la corruzione. Nel momento in cui si decide di iniziare una collaborazione con il settore privato, non

bisogna sottovalutare la discrepanza che si presenta tra i due ruoli. Da un lato la componente pubblica è concentrata su i risultati e la soddisfazione generale dei bisogni del cittadino, dall'altro quella privata pone l'attenzione su questi aspetti solo per giungere indirettamente ad un miglioramento del profitto. La sovrabbondanza dell'offerta sanitaria deriva in gran parte da una cattiva classificazione dei cittadini da parte delle assicurazioni private. Poiché i premi che gli istituti assicurativi ricevono dal governo sono proporzionali alla tipologia di cliente che hanno in cura, non è raro che i malati vengano inseriti in scaglioni di cure più elevate e costose di quello che realmente necessitano per ottenere maggiori profitti. In questo caso è lo Stato che deve impegnarsi ad annullare completamente questo comportamento. Le soluzioni disponibili sono fondamentalmente quelle di aumentare i controlli e inasprire le sanzioni, ma, nel caso in cui la situazione rimanga immutata, l'alternativa più convincente consiste nel limitare la discrezionalità del settore privato al solo lato operativo, trasferendo la gestione organizzativa dei pazienti ad enti pubblici.

Il paradosso giapponese introduce all'ultimo caso preso in esame: il sistema cubano. L'universalità e l'assenza di costi per il paziente lo rendono unico al mondo. Le cure offerte dalle strutture sono completamente gratuite per i cittadini di tutte le classi sociali, i prezzi dei medicinali sono irrisori per non parlare del livello di specializzazione di cui le università dispongono. Una classe medica forgiata sul posto, sempre a contatto con le esigenze del paese e pronta ad affrontare le difficili sfide che lo scenario nazionale presenta.

Purtroppo i risultati finali di cui la popolazione dispone non rispecchiano gli elevati presupposti. Per quanto evoluto sia il sistema, non si è riscontrata una crescita proporzionale alle aspettative. I livelli di arretratezza del paese, soprattutto nelle zone rurali, sono altissimi e non permettono la messa a punto delle strategie operative sanitarie. I contagi e le malattie, anche le più banali, si diffondono violentemente a causa della scarsa attenzione per l'igiene, per le infrastrutture dei piccoli centri cittadini e per un'educazione alimentare praticamente assente.

Finché strutture e società non avranno lo stesso potenziale, i risultati finali saranno compromessi dal gap che li separa, impedendo alla nazione di ricoprire il ruolo di leader mondiale nel campo della gestione sanitaria.

Quale migliore conclusione della massima con cui il noto medico dell'antichità Galeno identificava i compiti della Medicina? Il greco asseriva che "lo scopo dell'arte medica è la salute, il fine è ottenerla"; pur non essendo un trattato medico in senso stretto, il mio

elaborato tende a coniugare le suddette aspirazioni con il bisogno, più che mai avvertibile nella società odierna, di porre in essere le condizioni ottimali perché non tanto il benessere quanto la miglior condizione fisica possibile, che ne è necessario presupposto, si reifichi in un “sistema stato”.

La materia prettamente economico-manageriale, confrontandosi con un tema tanto delicato, non può, ed anzi non deve esimersi da un’auto riflessione, un’introspezione quasi missionaria, volta a conferire un tratto umano a dei calcoli che, ove erronei, procurerebbero un dolore certo superiore alla frustrazione di un mero errore algebrico.

BIBLIOGRAFIA

Arnquist S. "Health care in Japan". The New York Times. Retrieved January 28, 2010

Bachelet V. "Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale". Libera Università di studi sociali - Luiss "Guido Carli" Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche

Cimone M. ," Storia, evoluzione del sistema sanitario", concorsi pubblici, 9.12.2008

Costituzione della Repubblica Italiana

Constitution of the united Germany, 3 October 1990

Cuba, Ministerio de Economía y Planificación. Informe Anual. La Habana: MEP; 2005.

De Vos P, De Ceukelaire W, Bonet M, Van der Stuyft P. "Cuba's health system: challenges ahead. Health and Planning" 2008.

Ginsborg P.," Storia d'Italia dal dopoguerra ad oggi", Einaudi scuola, Milano, 1996.

Masatoshi M., Masanobu O., Kazuo I., Eiji K., "High-tech rural clinics and hospitals in Japan: a comparison to the Japanese average" (2004).

Moore M. ,"Sicko", 2007

Moscato A., "Breve storia di Cuba", DataneWS Editrice, Roma 2006.

Mullan F. "Affirmative action, Cuban style", NEJM 2004.

"National health accounts", World Health Organization, 2008.

Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y

Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Washington, DC: OPS; 2003. (Publicación Científica No. 554).

Pampller H. “Il ruolo delle istituzioni politiche amministrative nella sanità in Germania”, Bologna, 8 Ottobre 2004

Randall S. Jones “Health-care reform in Japan: controlling costs, improving quality and ensuring equity” ,Economics paper department, working papers No.739

Reid, T.R, “5 Myths About Health Care Around the World”. The Washington Post. Retrived January 28, 2010

Massari R., "Storia di Cuba: Società e politica dalle origini alla rivoluzione", Edizioni Associate, Roma, 1987

WHO. Cuba’s primary care devolution: 30 years on.WHO bulletin 2008.

SITOGRAFIA

[Www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

[Www.dottorvetere.it/ssn/ssn_storia.htm](http://www.dottorvetere.it/ssn/ssn_storia.htm)

[Www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/](http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/)