

La politica di riequilibrio degli ultimi decenni ha drasticamente ridotto i differenziali di spesa sanitaria tra le regioni italiane. Ma ciò non sempre ha significato un riallineamento reale nella qualità dei servizi e nella salute dei cittadini. Perché la spesa è una variabile strumentale rispetto ai bisogni e ai risultati finali. Che dipendono invece dalle strategie, dagli strumenti, dalle risorse umane adottate a livello regionale. Per questo in molte zone del Sud i livelli delle prestazioni sono ancora lontani dalle aspettative.

La politica di riequilibrio condotta negli ultimi decenni in Italia ha drasticamente ridotto i differenziali di spesa sanitaria tra le regioni e quasi tutte oggi dispongono di un finanziamento adeguato, rispetto a quelli che si ritengono (con il Fondo sanitario) i bisogni espressi dalla struttura della popolazione. Ma il riequilibrio finanziario non sempre ha significato un riequilibrio reale nella qualità dei servizi e nella salute dei cittadini. Nelle regioni del Sud i risultati raggiunti sono ancora lontani dalle aspettative (vedi tabella).

E comunque le regioni oggi spendono cifre molto diverse per (non) garantire gli stessi servizi. Tra la prima e l'ultima regione - Bolzano e Calabria - il divario di spesa è ancora del 38 per cento.

Domanda di cure; qualità e spesa

La variabilità della spesa pro-capite tra le regioni (così come tra i paesi Ocse) solleva due ordini di questioni: quale relazione esista tra livello di spesa e di bisogni/domanda di cure e se una maggiore spesa significhi anche servizi di migliore qualità e migliori condizioni di salute per la popolazione. Da un lato, la spesa dovrebbe rispecchiare la diversità dei bisogni e della richiesta di cure e, dall'altro, esprimere la quantità di risorse impiegate per migliorare la qualità dei servizi e la salute delle persone. Si suppone, quindi, vi sia un nesso di causalità diretta tra bisogni sanitari e spesa e tra spesa e qualità dei servizi.

Un recente studio, condotto per il Foromez nell'ambito del "Progetto Governance" del dipartimento della Funzione pubblica (1), attraverso l'analisi di correlazione dei ranghi regionali (2), arriva ad alcune conclusioni.

- “ La spesa sanitaria non sembra correlata ai bisogni di salute (0,10) e alla domanda (0,06), ma piuttosto all'offerta (0,42) ed è quasi indipendente dall'efficienza gestionale (0,05);

- “ maggiori livelli di spesa non producono necessariamente servizi di elevata qualità, efficaci, e appropriati (0,31) e neppure migliore salute (0,29);

- “ sono invece la qualità, l'efficacia, l'efficienza dei servizi sanitari le variabili di maggiore impatto sulla salute della popolazione (0,70);

- “ la spesa sanitaria regionale sembra quindi una variabile indipendente, sia rispetto ai bisogni e alla domanda, sia alla qualità dei servizi e alle condizioni di salute. Questo perché i sistemi sanitari sono più o meno coerenti e capaci di rispondere alle istanze dei cittadini.

Coerenza intrinseca dei sistemi sanitari regionali

Un sistema regionale si può giudicare "intrinsecamente coerente" se risponde al carico di malattia e di domanda di cure, qualunque esso sia, con un'offerta di servizi e un consumo di risorse adeguato. E se, allo stesso tempo, funziona a elevati regimi di efficienza, efficacia e qualità dei servizi.

Sul piano tecnico si può misurare la coerenza se i valori degli indicatori regionali di due o più aree di fenomeno (ad esempio domanda e offerta, bisogni e spesa) ricadono nello stesso quartile e sono quindi "proporzionati", o l'incoerenza se sussiste uno scarto di almeno 0,25 punti, pari a un quartile. Ad esempio, se una regione presenta un indicatore di bisogno sanitario di 0,49 e di offerta di 0,95 si può supporre che vi sia un'offerta sovradimensionata e quindi un'incongruenza del sistema. Ancor più se

la

spesa

è molto alta (1,0) e gli indicatori di gestione (0,61) e di esito (0,45) sono piuttosto scarsi, come è il caso del Lazio.

Il gruppo dei sistemi sanitari coerenti è il più numeroso (10 regioni) e comprende i sistemi in cui sussiste proporzionalità tra i livelli di bisogno sanitario - alto (ad esempio, Toscana, Umbria) o basso (ad esempio, Lombardia, Veneto) - domanda, offerta e, soprattutto, spesa. I risultati di processo (qualità, efficienza, efficacia) e di salute sono molto soddisfacenti o superiori alla mediana. La spesa risulta bassa, perché tenuta sotto controllo.

Il gruppo dei sistemi parzialmente incoerenti comprende le due Pa di Trento e Bolzano, con livelli di spesa eccessivi, rispetto ai bisogni di salute (popolazione giovane), ma con eccellenti servizi sotto il profilo gestionale e dei risultati di salute. Comprende anche tre regioni del Sud (Molise, Campania, Sardegna) con livelli di spesa adeguati ai bisogni, ma risultati gestionali e, soprattutto, di salute piuttosto scarsi.

Infine, il gruppo dei sistemi incoerenti è composto da due regioni (Valle d'Aosta e Lazio) con livelli di spesa eccessivi, rispetto ai bisogni sanitari e ai poco brillanti risultati raggiunti, e da quattro regioni del Sud (Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia) che, a fronte di bisogni sanitari medio-alti, possono contare su risorse inferiori, e oltretutto sono incapaci di produrre servizi di buona qualità e risultati di salute accettabili.

La spesa sanitaria è dunque una variabile strumentale rispetto ai bisogni e ai risultati finali, che non genera di per sé migliori risultati quando il suo livello cresce, ma rimanda alle capacità di governo del sistema sanitario. Che un sistema sia adeguato nel rispondere ai bisogni di salute e alle aspettative di buoni servizi dei cittadini dipende dalle strategie, dagli strumenti, dalle risorse umane - in una parola dalla governance regionale. Per questo in molte regioni del Sud la qualità dei servizi è ancora inadeguata, nonostante il livello di spesa sia pari o superiore a quello delle altre. Oggi sappiamo che la spesa sanitaria è la conseguenza e non la causa delle performance dei sistemi sanitari regionali.

(1) Mapelli V. (a cura di), I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali, Formez, Roma, 2007, Quaderni, n. 57, pp. 317 <http://sanita.formez.it> La ricerca è stata coordinata da S. Boni del Formez e svolta da V. Mapelli con la collaborazione di A. De Stefano, A. Gambino, A. Ceccarelli, V. Compagnoni.

(2) Il valore 1 del coefficiente (rho di Spearman) esprime perfetta relazione tra due fenomeni. Nello studio sono utilizzati 52 indicatori elementari, sintetizzati in 6 aree di fenomeno (bisogni sanitari, domanda, offerta, spesa, risultati di processo, salute). I bisogni, ad esempio, sono rappresentati da indicatori elementari come la percentuale di anziani e di persone povere, i fattori di rischio (alcohol, fumo, obesità), la percentuale di malati cronici e di disabili, i tassi di mortalità. In base all'indicatore sintetico, le regioni sono posizionate in quattro quartili, che esprimono valori bassi (0-25), medio-bassi, medio-alti e alti (0,75-1,00).