

Stefano Landi

# **L'amministrazione dell'azienda sanitaria**

Gestione, organizzazione, bilancio



**Giappichelli**

# Prefazione

Una visione organica in prospettiva economico aziendale del contributo offerto dalle aziende sanitarie pubbliche al funzionamento del SSN è, oggi più che mai, fondamentale per comprendere e governare il delicato meccanismo cui è affidata la tutela della salute delle persone.

Le aziende sanitarie pubbliche quali unità elementari di un sistema complesso ne determinano la performance, pur essendo al contempo condizionate dalla configurazione e dalle regole di funzionamento del sistema stesso.

Nelle organizzazioni che si occupano di sanità pubblica sono molte le criticità strutturali, che si aggiungono a quelle legate al loro fisiologico funzionamento, essendo le aziende sanitarie pubbliche eterogenee, con norme e regolamenti amministrativi fortemente vincolanti ed inerzie radicate che rallentano il cambiamento. Inoltre la mission aziendale “produrre risultati tangibili di salute” viene talvolta messa in secondo piano da obiettivi di compliance alle regole e alle procedure, indipendentemente dall’efficienza dei processi e a prescindere dall’efficacia dei risultati in termini di soddisfacimento dei bisogni di salute.

Per queste ragioni, nonostante le innumerevoli riforme finalizzate alla aziendalizzazione del sistema, il vero nodo resta ancora quello culturale, legato all’introduzione diffusa di meccanismi atti ad agevolare l’uso efficiente ed efficace delle risorse disponibili.

Il lavoro affronta questa problematica inquadrando le dinamiche amministrative delle aziende sanitarie pubbliche nella classica distinzione della disciplina economico aziendale: gestione, organizzazione e rilevazione dei risultati.

Dopo un esaustivo inquadramento generale delle aziende sanitarie pubbliche nell’alveo del servizio sanitario nazionale, il lavoro (prima) ricostruisce criticamente il complesso delle scelte di gestione che attengono al finanziamento e alle decisioni di investimento e (poi) le riconduce a sistema. In tale ottica si presenta di assai significativo interesse, nello sviluppo del ragionamento svolto, l’analisi del ruolo giocato dalla tecnologia quale elemento determinante le performance aziendali e fonte di criticità non solo in fase di selezione e di approvvigionamento, ma anche nei riflessi organizzativi e di impatto giuridico, etico e sociale.

Il lavoro sottende l'idea che è fondamentale la capacità di conoscere i fatti aziendali e di analizzare il loro concorso alla determinazione dei risultati ottenuti. Di conseguenza, un ampio ed organico approfondimento è destinato alla misurazione e alla rilevazione del risultato dell'attività aziendale, affinché gli operatori possano costantemente essere consapevoli della misura in cui l'organizzazione, grazie alle scelte effettuate e alle decisioni assunte, persegue e raggiunge le proprie finalità, possano stimolare comportamenti, anche individuali, coerenti rispetto agli obiettivi prefissati e possano verificare le condizioni aziendali di sopravvivenza nel tempo.

L'obiettivo, ampiamente raggiunto, è quello di fornire, mediante un rigoroso approccio disciplinare economico aziendale, un originale ed innovativo metodo di comportamento che consenta agli operatori di costruire un SSN sostenibile nel tempo.

Bettina Campedelli

# Introduzione

Le aziende sanitarie pubbliche rappresentano l'elemento fondante del Sistema Sanitario Italiano; la pandemia, iniziata nel 2020, ha messo in luce quanto le loro capacità di cura, di ricerca e di risposta siano un fattore di sviluppo e di ricchezza per il paese. Mai come in questo momento abbiamo potuto toccare con mano l'importanza di un sistema sanitario con professionisti di elevata qualità, organizzati e inseriti in aziende in grado di usare le risorse a disposizione in modo efficiente ed efficace.

Il presente lavoro si propone di indagare le dinamiche del sistema sanitario mediante una chiave di lettura economico-aziendale, con destinatari economisti aziendali e professionisti sanitari. Esso è teso ad individuare le dinamiche che impattano le aziende sanitarie nelle loro logiche gestionali in quanto la prospettiva aziendale permette di studiarle dall'interno delle aziende stesse evidenziando la loro influenza sulle performance dei sistemi sanitari.

L'analisi proposta prende le mosse dall'inquadramento del problema economico nell'ambito della salute con particolare riferimento ai bisogni dei cittadini, per giungere a identificare quali siano le determinanti del livello di salute. L'agire delle aziende sanitarie è condizionato da una serie di fattori ambientali esogeni che gli amministratori devono conoscere e imparare a governare. Si affrontano poi le ragioni della presenza pubblica nel settore sanitario descrivendo i fallimenti del mercato in sanità e il ruolo di bene meritorio della salute.

Muovendo dagli aspetti generali si affrontano le ragioni profonde, dal punto di vista economico aziendale, delle riforme avvenute negli anni '90 e seguenti: l'avvio del processo di regionalizzazione, di aziendalizzazione e la creazione dei quasi mercati. Questi processi possono essere sintetizzati con i termini "responsabilizzazione" e "autonomia". In particolare, la regionalizzazione ha lasciato larga autonomia organizzativa alle Regioni responsabilizzandole a raggiungere l'equilibrio economico e contemporaneamente livelli di prestazioni sanitarie minime, uniformi su tutto il territorio nazionale. Il termine aziendalizzazione, a sua volta, mostra semanticamente la volontà del legislatore di introdurre strumenti aziendali per un utilizzo razionale delle risorse. La normativa si li-

mita a richiamare i caratteri di aziendalità che la dottrina economico-aziendale ha da sempre riconosciuto quali: autonomia gestionale, economicità, durabilità e responsabilità. Non è sufficiente, peraltro, attribuire ad un istituto il titolo di “azienda” per assicurarsi che essa agisca come tale, ma è necessario un cambio della cultura e dei comportamenti delle persone che operano in essa.

La riflessione centrale del lavoro si concentra sulle dinamiche amministrative delle aziende sanitarie nella classica distinzione della disciplina dell’economia aziendale, ovvero la gestione, l’organizzazione e la rilevazione dei risultati.

La prima affronta le dinamiche delle scelte gestionali legate alla fase dei finanziamenti che permettono alle aziende sanitarie di operare e degli investimenti che mostrano l’importanza delle scelte di acquisizione dei fattori di produzione nelle aziende sanitarie pubbliche.

I finanziamenti sono analizzati alla luce delle dinamiche che le diverse modalità con le quali essi possono essere ottenuti generano nelle aziende sanitarie facendo emergere opportunità e rischi. Muovendo poi dalle definizioni classiche degli investimenti, si approfondisce il tema dell’approvvigionamento e l’impatto che l’elevato grado di innovazione tecnologica del settore, con relativa pressione sulla spesa sanitaria, comporta nelle scelte gestionali. Emerge così il ruolo dell’*Health Technology Assessment* per la soluzione dei problemi di investimento. L’HTA può diventare, per i decisori aziendali e regionali, uno strumento utile al fine di razionalizzare l’investimento in tecnologia innovativa, non solo nell’ottica di tagli alla spesa, ma nell’ottica del valore ottenuto rispetto alla spesa investita, il c.d. *value for money*. Vengono infine presentate alcune riflessioni sulla fase della gestione che attiene al collocamento dei servizi e delle prestazioni sanitarie presso i pazienti. Nell’idea di chi scrive, questa fase seppur limitata nelle aziende pubbliche rispetto alle imprese, deve essere considerata e problematizzata pena la mancanza di comprensione di alcune dinamiche in atto.

L’organizzazione dell’azienda sanitaria assume un rilievo autonomo anche se correlato con le scelte gestionali dell’azienda stessa. Gli amministratori aziendali devono affrontare il problema organizzativo che ha bisogno di essere analizzato in modo specifico per poter raggiungere i risultati previsti. La scelta del modello organizzativo, infatti, condiziona le scelte gestionali e i risultati aziendali. L’analisi della struttura organizzativa dell’azienda sanitaria è condotta sotto la lente della burocrazia professionale mostrando le peculiarità di tali organizzazioni e le specifiche complessità della stessa.

La rilevazione dei risultati prende in esame le evoluzioni del sistema di contabilità che muove da quello finanziario a quello economico-patrimoniale ed illustra i principali documenti contabili delle aziende sanitarie con alcune riflessioni sulle varie voci di bilancio. In conclusione, si evidenzia come dai docu-

menti contabili emergano evidenti le peculiarità delle principali tipologie di aziende, le aziende territoriali (Asl) e le aziende ospedaliere (AO).

Amministrare un'azienda sanitaria richiede, quindi, di conoscere la complessità dell'ambiente in cui essa opera nonché le logiche di gestione e organizzazione della stessa. Possiamo concludere che sono scelte adeguate di gestione, organizzazione e rilevazione quelle sulle quali si fonda il passaggio ad un sistema sanitario nazionale sostenibile nel tempo.



# Capitolo 1

## Il problema economico in sanità

**Sommario:** 1. Introduzione. – 2. Il bisogno di salute e la domanda di prestazioni sanitarie. – 3. I sistemi sanitari, sviluppo economico e salute. – 3.1. Il sistema sanitario. – 3.2. Salute e sviluppo economico. – 4. I determinanti della salute. – 5. Le specificità del settore sanitario e il fallimento dei mercati.

### 1. Introduzione

Il problema della scarsità delle risorse e della contemporanea presenza di potenzialmente infiniti bisogni<sup>1</sup> umani caratterizza il settore sanitario, così come ogni altra attività umana. Dalla sua comparsa sulla terra, l'uomo ha avuto bisogni da soddisfare, a partire da quelli primari come alimentarsi, vestirsi e curarsi, fino ai bisogni secondari come il bisogno di istruzione, di spostarsi, il bisogno di sicurezza, i bisogni voluttuari o di lusso, senza tralasciare i bisogni di socializzazione e di riconoscimento sociale<sup>2</sup>. L'uomo attraverso la disposizione della

---

<sup>1</sup>“Il bisogno è uno stato di insoddisfazione o di tensione della volontà e dello spirito dal quale l'uomo cerca di uscire avvalendosi di ogni mezzo esterno [...] La varietà dei bisogni è praticamente illimitata, sia nello spazio che nel tempo, in quanto è proprio dello spirito umano non essere mai soddisfatto della propria condizione. L'uomo, infatti, per sua natura aspira ad un continuo miglioramento del suo benessere materiale e spirituale, in ciò sollecitato oltre che dalla sua persona sensibilità, dal progresso e dai nuovi bisogni che la collettività, intorno al lui, genera ad un ritmo sempre più incalzante”. Alberti G.B., *Elementi di economia aziendale*, Cedam, Padova, 2002, 6.

<sup>2</sup>Si vedano i lavori di Maslow sulla teoria della motivazione olistica-dinamica. Maslow propone una gerarchia dei bisogni che sarebbero le leve della motivazione dell'agire umano. Le categorie individuate sono: 1) *the physiological needs* (i bisogni fisiologici); 2) *the safety needs* (i bisogni di sicurezza); 3) *the belongingness and love needs* (i bisogni di appartenenza e di affetto); 4) *the esteem needs* (i bisogni di stima); 5) *the need for self-actualization* (i bisogni di autorealizzazione). Cfr. Maslow A.H., *A theory of human motivation*, Simon and Schuster, 2013 e Maslow A., *Motivation and Personality*, Harper, New York, 1954.



realtà in cui vive, utilizzando le risorse che la natura e la società offrono, tende a risolvere il suo stato di bisogno attraverso i beni ovvero i mezzi con i quali i soggetti economici possono giungere a soddisfare i loro bisogni.

Il problema economico emerge nel momento in cui i mezzi a disposizione sono limitati rispetto ai molteplici bisogni<sup>3</sup> comportando, di conseguenza, la necessità di assicurare la migliore coordinazione tra i beni ed i bisogni. Si parla di bene economico<sup>4</sup> quando esso è limitato rispetto ai bisogni<sup>5</sup> mentre, se i beni in grado di soddisfare le esigenze della collettività sono molto diffusi non siamo in presenza di tale tipologia. Lo stesso identico bene, dunque, può avere in determinati contesti di spazio e tempo, situazione sociale e/o finanziaria, le caratteristiche di bene economico mentre in altri no<sup>6</sup>. I beni economici sono dunque mezzi volti al soddisfacimento dei bisogni, ma possono essere utilizzati per soddisfare bisogni diversi, alternativi tra di loro e, potenzialmente, da soddisfare con diversa priorità<sup>7</sup>. Questo comporta la necessità di scegliere l'allocazione di risorse, siano esse finanziarie, umane o naturali, tra diverse alternative. La scelta di produrre o investire risorse su un determinato bene o servizio (oltre al consumo di risorse rivolte a produrre quel bene) genera automatica-

---

<sup>3</sup>“Senza i bisogni e le aspirazioni, non esisterebbe motivazione per il comportamento economico. È immediato rendersi conto del fatto che la qualità della nostra vita dipenda dal numero e dalla specie dei bisogni e delle aspirazioni che possiamo soddisfare e, soprattutto, dal sacrificio che dobbiamo sostenere per riuscire a conseguire tale soddisfacimento. I bisogni e le aspirazioni sono elementi intenzionali e non possono essere osservati direttamente, ma solo supposti a seguito dell'osservazione del comportamento economico dell'uomo volto a conseguirli”. Mella P., *Aziende*, Franco Angeli, Milano, 2008, 21-22.

<sup>4</sup>Può assumere la definizione di bene economico qualsiasi risorsa (non solo finanziaria) come ad esempio, le tecnologie, le materie prime, le risorse umane, i professionisti sanitari e la loro disponibilità di tempo.

<sup>5</sup>“Il bene economico non è riconducibile ad una o più categorie fisicamente individuabili: uno stesso bene può essere un bene economico o, invece, un bene generico in relazione alle diverse condizioni in cui si presenta l'ambiente sociale ed ai desideri che esso riesce a soddisfare (fattori quantitativi, fattori temporali, norme etico-religiose) [...] Un bene può essere economico sia in quanto allo stato attuale è limitato rispetto ai bisogni sia in quanto si prevede che, nel futuro, potrà presentarsi una esigenza di tale bene superiore alla disponibilità, in modo tale da far prevedere una serie di bisogni insoddisfatti” Alberti G.B., *Elementi*, cit., 6-7.

<sup>6</sup>Il problema economico non riguarda solo la quantità effettiva dei beni presenti nella realtà, ma anche il configurarsi e il crearsi di tensioni di soddisfacimento da parte degli individui (le politiche di marketing aggressivo o reattivo), così come la limitazione di consumo di un bene per ragioni di carattere commerciale, o di interesse generale dell'economia.

<sup>7</sup>“L'appagamento dei bisogni è motivo e fine di ogni economia”. Zappa G., *L'economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, Milano, 1962, 718.

mente il costo opportunità<sup>8</sup> del mancato investimento su un diverso bene ovvero il beneficio (perso) che si otterrebbe producendo un altro bene/servizio<sup>9</sup>. Infatti il costo della produzione di un determinato bene è dato dai costi espliciti (es. acquisto materie prime, remunerazione del lavoro) e i costi impliciti ovvero i benefici persi da un uso alternativo delle risorse. Si pensi come il bene immateriale “tempo del professionista sanitario” possa essere impiegato sul programma sanitario A invece del programma B. Il costo economico del programma A sarà il tempo del professionista (valorizzato secondo il compenso monetario) e (anche) il beneficio perso dall’impiegare il professionista sull’attività B. Quest’ultimo non sarà un costo finanziario aggiuntivo, ma una mancata risoluzione di un altro bisogno. Paul Samuelson, premio Nobel per l’economia nel 1970, definì l’economia<sup>10</sup> come “... *la scienza che studia come le comunità usano le risorse scarse per produrre beni utili e distribuirli tra i membri della comunità*”.

Nella tabella 1 sono state riportate le principali domande alle quali la scienza economica cerca risposta nell’ambito sanitario.

---

<sup>8</sup> Il costo opportunità è il beneficio perso per il bene o attività alternativo a cui si è rinunciato o anche come l’ammontare di benefici che una data risorsa può generare nel suo migliore uso alternativo. Ad esempio per un individuo con un reddito fisso che sta valutando di acquistare una casa più grande, il costo opportunità dell’acquisto potrebbe essere il valore di un viaggio di vacanza o l’acquisto di diversi abiti che non potrà più ottenere. Il valore del viaggio non sarà monetario, ma riguarderà il beneficio perso. Durante la pandemia COVID-19, l’investimento in ricerca per lo sviluppo e per la distribuzione dei vaccini hanno assorbito un’ingente quantità di risorse. Il costo opportunità in questo caso è rappresentato dai benefici persi nell’utilizzare queste risorse (budget, ricercatori, materiale) per lavorare alla cura di altre patologie che hanno subito un rallentamento. Per prendere una decisione si devono confrontare i costi espliciti e il costo opportunità con il beneficio atteso dal programma sanitario. Se i benefici attesi sono maggiori dei costi si procede con la realizzazione del programma.

<sup>9</sup> “Tutte le decisioni economiche prese da un soggetto hanno un costo. La corretta misura del costo di una scelta è il suo costo opportunità, cioè ciò a cui si rinuncia quanto si opera tale scelta”. Hall R.E., Lieberman M., *Microeconomics: Principles and applications*, Cengage Learning, Boston, 2012.

<sup>10</sup> Le aree di studio dell’economia si possono sintetizzare intorno alle questioni della produzione, della distribuzione del consumo, del risparmio e dell’investimento in vista del soddisfacimento dei bisogni dell’uomo e della collettività.

**Tabella 1.** – I quesiti economici fondamentali

Che cosa produrre? (Quale combinazione di beni sanitari e non dovremmo produrre nel sistema economico?) Quali particolari tipi di cura e assistenza sanitaria dovrebbero essere prodotti?)	Efficacia; Efficienza allocativa
Come produrre? (Quali combinazione di risorse (inputs) si dovrebbero usare per produrre una prestazione sanitaria?)	Efficienza produttiva
Per chi produrre? (Chi dovrebbe ricevere questi servizi? Come distribuire tra la popolazione le prestazioni sanitarie?)	Equità
Chi decide?	Scelte Politiche istituzionali e aspetti organizzativi

Lo studio del problema economico in sanità può essere affrontato secondo due principali prospettive: quella dell'economia Politica e quella dell'economia Aziendale.

La prospettiva dell'economia politica, a sua volta, si divide in macro e micro. Gli studi macroeconomici guardano al sistema economico nel suo complesso, e alle relazioni che intercorrono tra le variabili economiche aggregate. Essa non studia quindi le scelte degli individui, ma bensì le macro componenti di un sistema economico. I principali temi trattati sono le determinanti della prosperità e della crescita di un paese anche con riferimento al ruolo dei sistemi sanitari, lo studio delle recessioni economiche, l'individuazione delle politiche pubbliche possono ridurre le fluttuazioni economiche, la relazione tra disoccupazione ed inflazione e l'allocatione delle risorse nei vari settori economici. La micro-economia studia le operazioni economiche che intercorrono tra i principali operatori agenti nel sistema economico (famiglie, imprese e pubblica amministrazione) ovvero le famiglie nella doppia veste di consumatori di beni (in soddisfazione dei bisogni) e di lavoratori, le imprese che utilizzano il fattore lavoro e il capitale per produrre i beni, e il ruolo della Pubblica Amministrazione.

La prospettiva dell'economia aziendale studia i fenomeni che si sviluppano all'interno degli operatori, sotto il condizionamento dei vincoli e delle influenze

esistenti nel sistema economico. Viene anche definita come la fase “dell’autopsia”<sup>11</sup> della realtà economica nel senso che il comportamento dei soggetti è analizzato dall’interno e, quindi, durante lo sviluppo delle logiche e dinamiche della loro attività. Il focus è l’azienda, intesa come istituto sociale<sup>12</sup> che costituisce lo strumento per la soluzione del problema economico<sup>13</sup>. La finalità delle aziende è concorrere alla creazione di valore per gli individui, attraverso la trasformazione di beni e servizi in prodotti ovvero nuovi beni e servizi a più alto valore, accrescendo quindi la ricchezza delle comunità.

Lo studio del sistema sanitario quindi, nella prospettiva aziendale, si focalizza sulle logiche di funzionamento delle aziende sanitarie che operano all’interno di esso soffermandosi sulla dinamica della gestione, organizzazione e rilevazione dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie stesse.

## 2. Il bisogno di salute e la domanda di prestazioni sanitarie

Il bisogno di salute è una delle necessità primarie dell’essere umano per vivere la propria vita in modo pieno. La salute<sup>14</sup> è stata definita nella costituzione

---

<sup>11</sup> Alberti G.B., *Elementi*, cit.

<sup>12</sup> Si definisce istituto sociale ogni organizzazione di persone e mezzi che, nel perseguimento di un comune obiettivo di qualsivoglia natura (economico, religioso, affettivo ed educativo. Si pensi allo Stato, all’ordine religioso, al matrimonio, alla scuola, l’azienda, etc.) e regolata da norme/codici etici duraturi nel tempo.

<sup>13</sup> La tensione verso l’ottenimento di un’utilità, ovvero attraverso l’attività economica è tesa alla soddisfazione di bisogni umani.

<sup>14</sup> “La salute è un fenomeno molto complesso caratterizzato da molti dimensioni, implicazioni, connessioni e aspetti paradossali. Non vi è un’unica e globale concettualizzazione di salute, ma co-esistono differenti prospettive [...] La Medicina, quale branca del sapere scientifico fondata sull’idea di salute, storicamente si è sviluppata attraverso un concetto riduzionista di salute, basato sull’assenza di malattia. Successivamente, nell’ultimo secolo, grazie OMS, c’è stata una rivoluzione copernicana in quanto la salute è diventata uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non una mera assenza di malattia e infermità. Negli anni più recenti, questa definizione di salute è stata fortemente criticata in ambito scientifico per una serie di ragioni, riconducibili in gran parte all’evidente connotazione utopistica propria dell’impostazione dell’OMS [...] è irrealistico cercare un’unica definizione, globalmente accettata, perché una singola definizione non può contenere la complessità delle dimensioni di salute. Da punto di vista epistemologico la salute può essere vista come un sistema di eventi potenzialmente infinito, all’interno del quale si possono costruire molte differenti configurazioni teoriche, più o meno utili in funzione degli scopi operativi e conoscitivi che si perseguono. Ciò non significa che tutte le definizioni di salute saranno utili all’interno del campo scientifico, perché non tutte le potenziali proprietà di un concetto di salute sono adatte a perseguire scopi clinici attraverso i metodi scientifici. Verso il superamento del paradigma utopico: un nuovo concetto di salute”. Leonardi F. in Lo Sasso F., Smaldone A., *La promozione della salute in tutte le politiche e professioni*, Aonia Edizioni, Raleigh, 2015.

dell'OMS (Organizzazione mondiale della Sanità (WHO – World Healthcare Organization) come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”. Una definizione molto ampia che pone la salute come un mezzo, piuttosto che un fine, che permette agli individui di condurre una vita pienamente realizzata a livello personale, sociale ed economico<sup>15</sup>. Il bisogno di salute, dunque, si manifesta come mancanza dello status di benessere psicofisico e si declina in diversi modi<sup>16</sup>. Esso ha delle caratteristiche peculiari rispetto ad altri bisogni.

Innanzitutto, è difficilmente prevedibile, per quanto vi siano dinamiche conosciute grazie ad esempio agli studi epidemiologici. La probabilità che una persona sia soggetta ad una patologia o meno dipende da numerosi fattori rendendo molto complesso sapere chi si ammalerà e di quale patologia, per cui i bisogni di salute non sono distribuiti in modo uniforme tra gli individui ed inoltre si evolvono e cambiano nel tempo (si pensi alle malattie infettive che erano state fortemente limitate nei paesi occidentali, prima dell'arrivo del COVID-19).

La salute, poi, si può considerare sia un bisogno che un bene, dal momento che il bene salute ci offre la possibilità di svolgere le nostre attività e di essere produttivi e quindi diventa un mezzo produttivo per la realizzazione di altri beni e il soddisfacimento di altri bisogni.

Infine, non è scontata la possibilità di recuperare la salute ovvero non è sicuro che ci possano essere conoscenze mediche o tecnologiche in grado di risolvere il problema. Esiste, perciò, un'importante distinzione tra bisogno di salute e

---

<sup>15</sup>Non è l'unica definizione di un concetto tanto complesso come quello di salute ed esiste un dibattito in corso dove alcuni autori la considerano, in realtà, la definizione di felicità ed evidenziano limiti per il carattere utopico della stessa definizione che renderebbe complesso raggiungere l'obiettivo. Molte critiche sono state sollevate per il termine “completo” in relazione al concetto di benessere. Innanzitutto viene evidenziato come l'unidimensionalità possa portare (seppur non intenzionalmente) al fenomeno della medicalizzazione. Infatti la parola completo stato di benessere “*would leave most of us unhealthy most of the time*”, supportando alcune tendenze a ridefinire allargando il confine delle patologie. In secondo luogo, il termine *complete* rende difficile operationalizzare la definizione e rendere misurabile la salute “*impracticable, because 'complete' is neither operational nor measurable*”.

Per approfondire si veda: Jadad A.R., O'Grady L., *How should health be defined?* BMJ, Dec 10; 337: a2900, 2008; Books Z., *What is health? The ability to adapt*, *The Lancet*, 373(9666), 2009, 781; Smith R., *The end of disease and the beginning of health*, <http://blogs.bmj.com/bmj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>, BMJ Group Blogs, 2008.

<sup>16</sup>Un altro esempio di definizione di bisogno di salute è stata proposta dal filosofo e psicologo Piaget che lo definisce come una “manifestazione di squilibrio”, percepita quando “qualcosa al di fuori di noi e dentro di noi, una nostra struttura fisica o mentale, si è modificato” Piaget J., *Six études de psychologie*, Ed. Gonthier, Genève, 1964.

bisogno sanitario. Il secondo rappresenta un bisogno di salute per il quale è disponibile una terapia efficace<sup>17</sup>. Non tutti i bisogni di salute sono anche bisogni sanitari perché non sempre sono disponibili cure adeguate. Nel momento in cui insorge il problema di salute il bisogno può essere latente o avvertito. Nel primo caso ci troviamo di fronte ad un bisogno non percepito che non si traduce in una richiesta di intervento, ma esso è presente e potrà risolversi da solo (o non manifestarsi mai) oppure incorrere in un bisogno più grave in un secondo tempo (pensiamo a tutto il tema della prevenzione sanitaria). Nel momento in cui invece il bisogno è effettivamente percepito può evolversi in bisogno espresso quando si manifesta come una richiesta di intervento e, a questo stadio, trasformandosi in domanda di beni sanitari ovvero di quei beni atti a risolvere la mancanza di salute. Generalmente il primo passaggio è quello di contattare il medico<sup>18</sup>, tramutando il bisogno di salute in una domanda di informazioni (la diagnosi) e quindi successivamente in una domanda di cure tendenzialmente derivanti dalle scelte del medico.

La domanda di salute emergente dal bisogno di salute può essere soddisfatta tramite la produzione e il conseguente consumo<sup>19</sup> di beni sanitari<sup>20</sup>, o più correttamente si parla di prestazioni sanitarie. La prestazione sanitaria è l'attività elementare necessaria all'ottenimento del prodotto salute<sup>21</sup> e si caratterizza per il suo avvalersi di un mix di beni e servizi sanitari coordinati da soggetti altamente specializzati. Peraltro, come detto, nonostante il dispendio di risorse (*input*), non è assicurato che le condizioni di salute possano essere ristabilite completamente per cui l'attività dell'azienda sanitaria può essere quantificata come la sommatoria di prestazioni sanitarie (*output*) le quali possono poi avere un impatto o meno sul livello di salute (*outcome*).

Esistono poi i bisogni indotti, ovvero una serie di necessità che non sono rea-

---

<sup>17</sup> Hadorn D.C. (a cura di), *Basic Benefits and Clinical Guidelines*, Westview Press, Boulder, Colo, 1992.

<sup>18</sup> Per questa ragione il ruolo del medico generalista è fondamentale (soprattutto, come vedremo, nel modello di sistema sanitario nazionale) perché dalle sue scelte dipende il percorso del paziente all'interno del sistema sanitario. Gli inglesi, infatti, chiamano il medico di medicina generale *gatekeeper* ovvero il portiere del sistema.

<sup>19</sup> È il dato che viene poi effettivamente rilevato nelle statistiche ufficiali come consumo sanitario ovvero numero di visite mediche, farmaci, ricoveri, etc.).

<sup>20</sup> I beni sanitari possono essere considerati beni economici in quanto per renderli disponibili andiamo ad utilizzare risorse scarse che sottraiamo ad usi alternativi per il soddisfacimento di altre necessità. Gli stessi beni sanitari potrebbero non essere disponibili per soddisfare l'intera domanda di salute presente in un dato spazio e tempo.

<sup>21</sup> Borgonovi E., *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano, 1990.

li bisogni di salute, ma che sono incentivati dalle norme sociali o da campagne di marketing aggressivo o reattivo (*disease mongering*<sup>22</sup>).

Non tutti i bisogni di salute vengono soddisfatti, principalmente per tre motivi: 1) la differenza esistente tra bisogno di salute e bisogno sanitario, 2) la scarsità dei beni sanitari e/o la presenza di barriere all'accesso (liste di attesa e costi o anche problemi di trasporto), 3) bisogni non espressi. Del primo punto si è già parlato, il secondo e il terzo rientrano nella categoria degli *unmet needs* o bisogni non soddisfatti.

*Unmet need*<sup>23</sup> o bisogno insoddisfatti, definisce la presenza di un bisogno sanitario, che non viene soddisfatto a causa di barriere all'accesso del sistema sanitario. A partire dagli anni 2000 si è sviluppata un'ampia letteratura su questo tema. In particolare, a livello europeo con l'implementazione di indagini campionarie da parte degli istituti nazionali di statistica e l'*European Union Statistics*<sup>24</sup>, è stato possibile misurare (principalmente a livello di percezione del cittadino) la presenza di questi bisogni insoddisfatti. La presenza di questa tipologia di bisogni è dovuta all'esistenza di barriere all'accesso dei servizi sanitari che possiamo classificare in 3 categorie principali<sup>25</sup>, disponibilità, accessibilità e accettabilità. Il primo gruppo fa riferimento al fenomeno delle liste di attesa e al razionamento nell'erogazione di servizi sanitari. È, quindi, un indicatore di indisponibilità della prestazione entro il tempo necessario. L'accessibilità fa ri-

---

<sup>22</sup> *Disease mongering* o mercificazione della malattia, indica operazioni di marketing che hanno l'obiettivo di indurre un bisogno di cure anche quando non strettamente necessario dal punto di vista medico. Si veda Moynihan R., CG P., Heath I., Henry D., Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering Commentary: Medicalisation of risk factors, *Bmj*, 324(7342), 2002, 886-891.

<sup>23</sup> Carr and Wolf, definiscono *unmet need* come "the differences, if any, between those services judged necessary to deal appropriately with defined health problems and those services actually being received ... an unmet need is the absence of any, or of sufficient, or of appropriate care and services" Carr W., Wolfe S., Unmet needs as sociomedical indicators, *Int J Health Serv*, 6, 1976, 417-430.

<sup>24</sup> Citiamo, tra le altre, l'indagine "Income and Living Conditions (EU-SILC)" nella quale si trovano diverse domande legate ad *unmet needs* che riportiamo di seguito: "During the last 12 months, was there ever a time when you felt you needed a visit by a specialist or a medical treatment but you did not receive it?" 1. Respondents who replied affirmatively were coded as having an unmet need and were then asked the main reason for not getting medical care. Possible answers were: 1) could not afford to (too expensive); 2) too long waiting lists; 3) could not take time because of work, care for children or for others 4) too far to travel/no means of transportation; 5) fear of doctor/treatment; 6) wanted to wait and see if the problem got better on its own; 7) did not know any good doctor or specialist; 8) other reasons".

<sup>25</sup> Nella versione inglese: *availability, accessibility, acceptability*, si veda: Chen J., Hou F., Unmet needs for health care, *Health Rep*, 13, 2002, 23-34.

ferimento alle barriere di tipo finanziario mentre il terzo gruppo fa riferimento ad un bisogno che non viene espresso dovuto a scelte riguardanti, principalmente, atteggiamenti o convinzioni personali. I primi due gruppi sono bisogni insoddisfatti a causa di malfunzionamenti del sistema sanitario che possono essere influenzati da azioni di politica sanitaria o management sanitario. I bisogni insoddisfatti richiedono un'attenzione particolare in quanto potrebbero esacerbare le condizioni di salute e richiedere interventi più consistenti in una seconda fase dello sviluppo con probabile peggioramento delle condizioni stesse.

### 3. I sistemi sanitari, sviluppo economico e salute

#### 3.1. Il sistema sanitario

Il sistema sanitario secondo la definizione classica di Roemer è “La combinazione di risorse, organizzazione, finanziamento, management che culmina nell'erogazione dei servizi sanitari alla popolazione”<sup>26, 27</sup>. Il sistema sanitario differisce dal concetto di sistema sanitario nazionale in quanto quest'ultimo è una modalità specifica di risposta al bisogno di salute da parte di un paese.

La presenza di caratteristiche intrinseche del bisogno di salute come l'imprevedibilità, l'alta variabilità tra individui, il non essere prorogabile, l'elevato consumo di risorse in relazione alla gravità, ha spinto i sistemi sanitari ad adottare meccanismi di *pooling* dei rischi<sup>28</sup>, contemplando la presenza di un terzo soggetto e cioè le istituzioni, pubbliche o private, con il compito di garantire l'individuo e la collettività dal rischio finanziario connesso all'insorgenza di una malattia.

Le funzioni del sistema sanitario sono quindi due: funzione assicurativa finanziaria, ovvero l'adoperarsi per reperire le risorse e coprire finanziariamente i costi associati alla malattia e una funzione di produzione che ha come scopo

---

<sup>26</sup> Roemer Milton I., *National health systems of the world*, Oxford University Press, New York, 1993.

<sup>27</sup> The World Health Report 2000 allarga la definizione comprendendo “tutte le attività che hanno come obiettivo primario la promozione, la cura e il mantenimento della salute”. WHO, *Systems improving performance* WHO, Sadag, 2000.

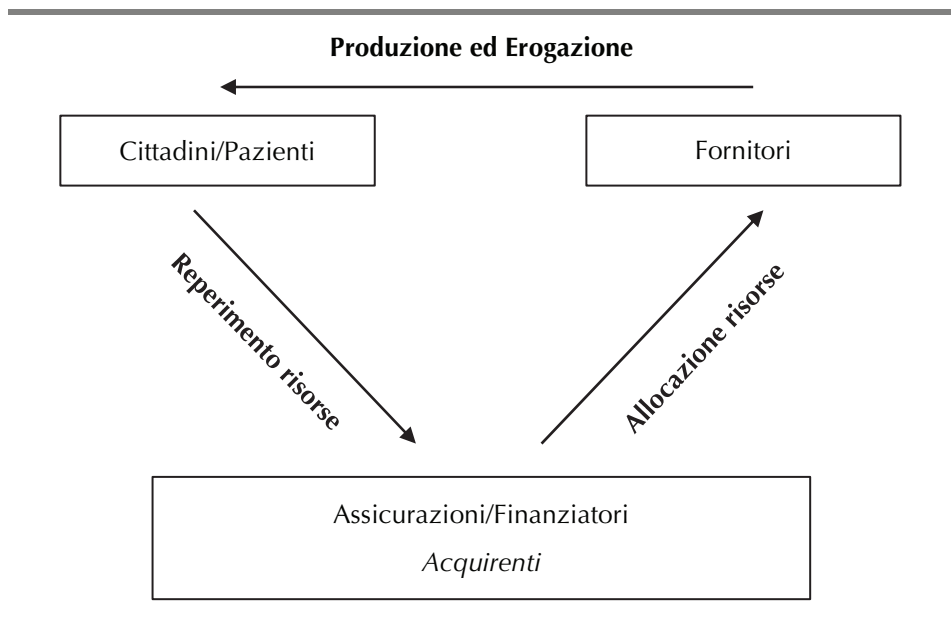
Questo comprende tutte le attività intersettoriali volte a tutelare la salute, anche ad esempio la legislazione per prevenire gli incidenti stradali. Esemplicando questo comporta che il responsabile della salute dei cittadini sia certamente il Ministro della Salute, ma egli dovrebbe avere un ruolo tale da poter influenzare anche decisioni prese in altri settori/altri ministeri. In generale si può dire che tutto il governo nel suo complesso sia responsabile perché con le sue decisioni può incidere sulle determinanti della salute anche in modo apparentemente indiretto.

<sup>28</sup> Si tratta nella pratica di assicurarsi contro l'impatto economico dell'evento aleatorio malattia.



l'erogazione delle prestazioni. Questo genera un meccanismo simile a quello evidenziato nella figura 1<sup>29</sup>.

**Figura 1.** – Le principali funzioni di un sistema sanitario



Fonte: rielaborazione da Reinhardt (1990).

L'assetto istituzionale del sistema sanitario che prende forma in ogni nazione è la sintesi dei valori e della visione politica e storico-culturale di ogni paese.

In ogni caso, date le funzioni di un sistema sanitario possiamo individuare i principali modelli presenti a livello mondiale guardando a tre caratteristiche: il finanziamento, l'erogazione delle prestazioni e la *governance*. A sua volta i sistemi di finanziamento e di erogazione possono essere distinti in relazione al grado di intervento pubblico (Tabella 1), mentre la *governance* può essere distinta in relazione al grado di accentramento o decentramento del sistema.

All'interno del *continuum* rappresentato nella tabella dalla diagonale colorata (dal basso verso l'alto) si collocano i 3 archetipi più comuni di sistema:

---

<sup>29</sup> Reinhardt U.E., *Economic relationships in health care, in OECD Health Care Systems in transition: the search of efficiency*, OECD, Parigi, 1990.

- 1) il sistema basato sulle assicurazioni e mutue private;
- 2) il sistema basato sulle assicurazioni sociali e mutue obbligatorie;
- 3) il sistema basato sul servizio sanitario pubblico.

**Tabella 1.** – Classificazione dei sistemi sanitari in relazione al grado di controllo pubblico del finanziamento e dell'erogazione

	<i>Controllo pubblico dell'erogazione</i>			
		<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Basso</i>
<i>Controllo pubblico del finanziamento</i>	<i>Alto</i>	Regno Unito Svezia Italia		Giappone Olanda
	<i>Medio</i>	Australia Nuova Zelanda	Germania Francia	
	<i>Basso</i>	Singapore		USA

Fonte: Blank e Burau (2010)<sup>30</sup>.

È possibile classificare i modelli da due lati estremi ovvero libero mercato e monopolio pubblico. Nella realtà i sistemi sono molto più complessi e spesso vedono la convivenza di diverse tipologie. Ad esempio gli Stati Uniti, il modello che più si avvicina al libero mercato, mostra una convivenza di intervento pubblico e autonomia privata in quanto sono presenti programmi finanziati interamente con la fiscalità generale che ammontano a circa il 40% della spesa complessiva<sup>31</sup>.

Il sistema basato sulle *assicurazioni e mutue private* si fonda sulla responsabilità individuale del cittadino di assicurarsi contro il rischio di malattia. Nel

<sup>30</sup> Blank R.H., Burau V., *Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems*, Comparing Health Policy, 2010, 1000-1017.

<sup>31</sup> Esistono due programmi, già dagli anni '60 e con il tempo sono stati ampliati, sostenuti con fondi pubblici ovvero *Medicare* per l'assistenza alle persone oltre i 65 anni, *Medicaid* per l'assistenza agli indigenti.

modello di base esiste una separazione netta tra erogatore, terzo pagante e cittadino. Il cittadino ha un'ampia libertà nello scegliere il soggetto erogatore, ovvero totale autonomia nella scelta del medico o della struttura a cui rivolgersi. L'assicurazione si occuperà di rimborsare il cittadino (normalmente *ex post*) e la struttura erogatrice per le prestazioni rese<sup>32</sup>. Questo tipo di sistema può anche assumere la forma integrata verticalmente, ovvero l'impresa assicuratrice e il soggetto erogatore si fondono per offrire in modo più efficiente ed efficace i propri servizi. Questa forma riduce la libertà di scelta dell'individuo, che potrà selezionare l'erogatore solo all'interno delle strutture affiliate all'assicurazione, ma dall'altra parte riduce la necessità di controllo da parte del terzo pagante e quindi i costi e, di conseguenza, anche i premi assicurativi che i cittadini dovrebbero pagare<sup>33</sup>.

Il sistema basato sulle *assicurazioni sociali e mutue obbligatorie*, anche chiamati sistemi di tipo “*Bismarck*”<sup>34</sup> si basano sulla filosofia per cui è meritevole trasformare il rischio individuale in rischio collettivo tramite leggi *ad hoc*. Generalmente i premi assicurativi per le casse mutue sono prelevati direttamente dallo stipendio del lavoratore o pagati dal datore di lavoro. All'interno di questo sistema poi esistono tante configurazioni diverse a seconda del numero dei fondi-mutue (limitato in Francia, numeroso in Germania), le regole di appartenenza ai fondi (ad esempio in Francia avviene secondo l'attività lavorativa, mentre in Olanda dipende dalla residenza geografica e in Belgio è di natura religiosa), l'autonomia di scelta della mutua o assicurazione e, chiaramente, la

---

<sup>32</sup> Questo sistema incontra alcuni problemi di natura equitativa, infatti i soggetti con un maggior rischio di contrarre malattie rischieranno di pagare premi assicurativi più elevati rispetto agli altri soggetti (e anche le stesse assicurazioni sono incentivate a segmentare i pazienti per rischio di malattia, con l'effetto estremo per cui diventa conveniente assicurare determinati soggetti solo per premi veramente importanti), di rischio morale e infine di fallimento di mercato per le prestazioni a bassa disponibilità a pagare da parte dell'individuo (per cui la tentazione di escluderle dal premio potrebbero essere alte) come ad esempio tutte le prestazioni legate alla prevenzione. Si veda Lega F., *Management e leadership dell'azienda sanitaria. Conoscere il settore e il sistema, organizzare i servizi, dirigere i professionisti*, EGEA spa, Milano, 2016.

<sup>33</sup> Negli Stati Uniti questa forma è applicata dalle *health maintenance organizations* (HMO) nate, per l'appunto, con l'intento di contenere i costi del mercato assicurativo privato. Gli individui pagano un premio assicurativo ricevendo in cambio il diritto di essere curati presso una delle strutture che fanno parte della HMO.

<sup>34</sup> Questa denominazione nasce dal nome del cancelliere tedesco che nel 1883 introdusse in Germania l'obbligo per i lavoratori di essere affiliati a Fondi di assistenza, che fino a quel momento erano lasciati alla libertà individuale ed erano generalmente autorganizzati. Per approfondire si veda: Maciocco G., *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2009.

quota di contributi versati dai datori di lavoro e direttamente dai lavoratori<sup>35</sup>. Si è osservato come queste tipologie di assicurazioni create per legge rischino di avere una propensione al controllo della spesa e dei comportamenti degli erogatori inferiore alle assicurazioni tradizionali<sup>36</sup>.

I sistemi basati sul *servizio sanitario pubblico*, anche chiamati di tipo *Beveridge*<sup>37</sup>, si fondano sulla filosofia che la salute debba essere considerata un bene di interesse pubblico e debba essere prevalentemente garantita da un soggetto pubblico sia per il finanziamento sia per l'erogazione. Questi sistemi vengono finanziati tramite la tassazione generale e, nel modello puro, l'erogazione avviene esclusivamente tramite strutture appartenenti ad istituzioni pubbliche. L'obiettivo di questi sistemi è di garantire universalismo e diritto alla salute alla propria popolazione. Il primo sistema di questo tipo è stato (quello inglese nato nel 1948) il *National Health Services* (NHS) inglese nato nel 1948, seguito poi da altri, tra cui il sistema sanitario italiano nel 1978. Questa tipologia di sistemi sanitari è considerata più equa ed in grado di risolvere una parte dei problemi creati dai fallimenti di mercato, ma è comunque soggetta a rischi di azzardo morale dovuti a comportamenti opportunistici degli erogatori e dei fruitori dei. La forte promessa con cui questi sistemi sono realizzati, unita ai problemi generati dall'evoluzione tecnologica e all'aumento dei bisogni sanitari, comporta per gli stessi criticità in termini di sostenibilità economica che si stanno manifestando in diversi paesi che li adottano<sup>38</sup>. Come si vedrà, da questa considerazione è nato negli ultimi anni un movimento di riforma che sta portando i sistemi pubblici a trasformarsi in sistemi misti con una crescente presenza di corresponsabilità del cittadino rispetto alle proprie scelte di consumo di prestazioni sanitarie (ad esempio con l'introduzione di co-pagamenti, il ticket sanitario o con la creazione di meccanismi di quasi-mercato) e con decisioni esplicite di inclusione ed

---

<sup>35</sup> Specularmente al primo sistema, anche se in modo meno accentuato, vi possono essere problemi di natura equitativa basate sull'appartenenza professionale, geografica, religiosa ma anche economica visto che le diverse casse possono avere coperture diverse con relativi costi diversi. Si veda: Mapelli V., *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna, 2012.

<sup>36</sup> Busse R., Blümel M., Knieps F., Bärnighausen T., Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition, *The Lancet*, 390(10097), 2017, 882-897.

<sup>37</sup> Questa denominazione nasce dal nome del curatore del rapporto da cui scaturì la nascita del sistema sanitario nazionale britannico, "commissionato nel 1939 dal premier conservatore Winston Churchill, il primo dicembre 1942, viene presentato il testo di un rapporto dal titolo *Social Insurance and Allied Service* destinato a rivoluzionare il sistema di sicurezza sociale nel Regno Unito, [...] la commissione fu presieduta da Sir William Beveridge, [...] L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale *National Health Services* (NHS) avvenuta nel 1948 [...] non fu indolore e non senza contrasti perché 1143 ospedali volontari tra (privati non profit) e 1545 ospedale municipali, nonché tutte le attività dei medici di famiglia passarono sotto la gestione e il controllo dello Stato" Maciocco G., *Politica*, cit.

<sup>38</sup> Ad esempio, Italia, Gran Bretagna, Canada, Nuova Zelanda e Svezia.

esclusione di prestazioni sanitarie coperte dal sistema. In particolare si è assistito in Italia con la fissazione dei livelli essenziali di assistenza LEA, che razionano o escludono alcune prestazioni come ad esempio la chirurgia estetica, la riabilitazione, l'odontoiatria, etc.<sup>39</sup>.

### 3.2. Salute e sviluppo economico

La relazione tra sviluppo economico e livello di salute Rileviamo è stata al centro di numerosi studi che hanno usato l'aspettativa di vita come macro indicatore di salute. Nel 1975, Preston<sup>40</sup> mostrò come l'aspettativa di vita alla nascita nei paesi di tutto il mondo fosse correlata al prodotto interno lordo pro capite. Il PIL<sup>41</sup> viene spesso utilizzato come indicatore di ricchezza nazionale, di tenore di vita e di sviluppo economico. L'andamento della relazione viene descritto sinteticamente dalla Preston Curve (figura 2) che ha uno sviluppo simile ad una funzione logaritmica con rapidi aumenti dell'aspettativa di vita nei paesi con redditi inferiori e incrementi decisamente minori per i paesi ad alto reddito. Preston ha poi analizzato l'associazione in differenti periodi di tempo, tenendo conto delle differenze nel potere d'acquisto, trovando conferma nella relazione ed evidenziando come, pur mantenendo intatta la forma funzionale, la curva si spostasse verso l'alto mostrando, quindi, come, a parità di reddito, le conoscenze mediche nel tempo hanno permesso di aumentare l'aspettativa di vita<sup>42</sup>.

---

<sup>39</sup> Cfr. Lega F., *Management e leadership*, cit.

<sup>40</sup> Preston S.H., *The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development*, *Population Studies*, 29 (2), 1975, 231-248.

<sup>41</sup> Il PIL è il risultato finale dell'attività di produzione delle unità produttrici residenti nello Stato. Corrisponde al valore della produzione totale di beni e servizi dell'economia, diminuita dei consumi intermedi ed aumentata dell'IVA gravante e delle imposte indirette sulle importazioni. È un indice sintetico (e limitato) della ricchezza di un paese.

Il PIL misura il flusso monetario corrispondente allo scambio di beni e servizi tra gli individui e le imprese all'interno di un sistema economico. È una variabile flusso determinata come:

$$PIL = C + I + G + EX - IM$$

dove:

- Consumi (C)
- Investimenti (I)
- Spesa Pubblica (G)
- Esportazioni (EX)
- Importazioni (IM)
- $NX = EX - I$ .

<sup>42</sup> Preston S.H., *The changing relation between mortality and level of economic development*, *International Journal of Epidemiology*, 36 (3), 2007, 484-90.