

## **PER UN MODELLO EUROPEO DI SANITÀ: POCHE E CHIARE REGOLE DEL GIOCO**

***Livio Garattini, Bruno Finazzi, Alessandro Nobili, Giuseppe Remuzzi***

### **PREMESSA**

Dopo esserci sforzati di elaborare un modello concettuale di sistema sanitario europeo, valutando i principali pro e contro sotto il profilo teorico, siamo arrivati alla conclusione che un Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN) pubblico andrebbe raccomandato come sistema ideale per qualsiasi nazione.<sup>1</sup> Tuttavia, è inutile nascondersi che, come l'esperienza dei vari SSN esistenti in Europa ci ha insegnato, l'influenza politica e la burocrazia amministrativa sono le due grandi problematiche (correlate fra loro) da affrontare per garantire il buon funzionamento di un sistema sanitario pubblico.

In questo secondo contributo proviamo a ipotizzare i possibili rimedi per minimizzare queste due grandi minacce al nostro modello di SSSN, citando gli esempi negativi in cui sono incorsi nel tempo il SSN italiano e il NHS britannico (storicamente il primo riferimento in Europa) per puntualizzare più concretamente le problematiche da affrontare.

### **INFLUENZA POLITICA**

La democrazia implica necessariamente un possibile impatto sulla sanità da parte della classe politica, così come per qualsiasi altro settore, attraverso provvedimenti legislativi ovviamente influenzati dalle promesse elettorali dei partiti che si succedono al potere. Di conseguenza, i governi di diverso colore che si alternano possono portare a modifiche contrastanti fra loro, che possono essere il più delle volte solo di facciata,

---

ma a volte anche sostanziali, alterando l'equilibrio del sistema sanitario in questione. Un classico esempio di riforma epocale che ha indotto cambiamenti radicali è stata l'introduzione del cosiddetto "mercato interno" per incentivare in modo artificiale la concorrenza fra fornitori di servizi sanitari nel NHS alla fine dell'ultimo millennio, all'epoca dei governi Thatcher.<sup>2</sup>

Inoltre, quando i governi locali godono di autonomia istituzionale, l'influenza politica può anche compromettere l'omogeneità organizzativa di un sistema sanitario a livello territoriale. E' esattamente ciò che è accaduto in qualche misura nel NHS britannico con le cosiddette nazioni (Galles, Inghilterra, Irlanda del Nord e Scozia), ma in modo assai più rilevante nel nostro SSN con le venti regioni.<sup>3</sup> L'autonomia finanziaria ha permesso ai governi politici locali di sviluppare strategie assai diverse nella nostra sanità, senza necessariamente avere ricevuto un avallo a livello nazionale. Quando il capitolo della sanità rappresenta una quota decisamente preponderante del bilancio locale, come nel caso delle nostre regioni, l'assistenza sanitaria diventa giocoforza un argomento politico rilevante in campagna elettorale. L'autonomia locale favorisce anche la nomina discrezionale di dirigenti graditi ai governi in carica del momento, coerentemente con l'atteggiamento oramai prevalente fra i politici attuali di voler dimostrare di raggiungere in tempi stretti risultati eclatanti agli occhi dell'elettorato.<sup>4</sup> E, ovviamente, questi dirigenti locali non appartengono necessariamente alla stessa classe politica di quelli nominati a livello centrale, aggiungendo ulteriore confusione al sistema. In ultima analisi, l'autonomia politica a livello locale può trasformare nel tempo un sistema sanitario nazionale in una sommatoria di sistemi sanitari locali del tutto eterogenei fra di loro, minando anche il loro controllo e la programmazione a livello centrale.

## **BUROCRAZIA AMMINISTRATIVA**

Il termine burocrazia persegue un fine lodevole nella sua definizione originaria, mirando a delimitare in modo oggettivo le responsabilità amministrative e le varie funzioni di un'organizzazione.<sup>5</sup> In linea di principio, minimizzando qualsiasi influenza indotta dalle relazioni personali attraverso la standardizzazione delle regole di

---

comportamento, la burocrazia rappresenta teoricamente il sistema più razionale per gestire in modo efficiente tutte le organizzazioni di una certa dimensione.<sup>6</sup> Tuttavia, col passare del tempo il termine burocrazia ha assunto connotati sempre più negativi (per non dire opposti a quello originale),<sup>7</sup> soprattutto nel settore della pubblica amministrazione.

In pratica, il termine burocrazia viene sempre più spesso associato a attività amministrative considerate inutili perdite di tempo, soprattutto se le richieste si riversano sugli operatori sanitari.<sup>8</sup> La burocrazia amministrativa sviluppa nel tempo una naturale propensione alla produzione infinita di statistiche aventi l'obiettivo di standardizzare i comportamenti professionali, rese disponibili grazie alla compilazione di moduli di indagine mirati a predisporre regole routinarie di controllo gestionale.<sup>5,6</sup> Essendo disegnata in modo del tutto impersonale e premiando il rigido rispetto delle regole, la burocrazia finisce per penalizzare gli operatori sanitari che si dedicano maggiormente ai propri pazienti e non riescono a trovare il tempo per soddisfarle.<sup>6,7</sup> Allontanando i sistemi sanitari dalla loro missione primaria e focalizzandoli su procedure di dubbia utilità, le burocrazie si espandono continuamente, richiedendo sempre più personale amministrativo, col paradosso finale di deresponsabilizzare i dipendenti.<sup>5,9,10</sup> Il peggior effetto collaterale per gli operatori sanitari è un crescente trasferimento del loro tempo lavorativo dall'attività clinica dedicata ai pazienti alla compilazione di moduli e questionari.<sup>11,12</sup>

Paradossalmente, la burocrazia presta il fianco anche al diffondersi di conflitti di interesse finanziari, onnipresenti in medicina, soprattutto per gli operatori che hanno spesso a che fare con le aziende private fornitrici di prodotti e servizi sanitari.<sup>13</sup> La burocrazia si affida infatti alla compilazione di una modulistica sempre più articolata di mere dichiarazioni formali di conflitti di interesse come unica barriera per ostacolarli. Un esempio assai noto e dibattuto in letteratura è quello della sponsorizzazione dei congressi che ottengono l'accreditamento all'educazione continua in medicina.<sup>14</sup> Tanto per dare un'idea delle dimensioni del fenomeno nel nostro paese, il SSN ha formalmente censito di recente 411 società e associazioni scientifiche di operatori sanitari. Ovviamente, siccome l'obiettivo primario degli sponsors (tutte società private) è quello di promuovere i propri prodotti e/o servizi, risulta assai difficile ipotizzare che

---

investano i loro budget promozionali per finanziare iniziative dai contenuti contrastanti con le finalità delle proprie aziende. Per non sollevare (per non dire aggirare) in modo diretto conflitti di interesse con i professionisti sanitari che collaborano agli eventi da loro finanziati, gli sponsors si affidano sempre più diffusamente all'intermediazione di società di consulenza, generando un giro d'affari complessivo assai rilevante. In ultima analisi, la moltiplicazione delle società e associazioni scientifiche contribuisce anche a disincentivare nel tempo il dibattito concreto e la collaborazione fra le varie figure professionali che operano nei sistemi sanitari.

## **POSSIBILI RIMEDI**

Alla luce delle principali debolezze fin qui analizzate, proviamo adesso a stilare un breve elenco di possibili "regole del gioco" mirate a limitare i danni potenzialmente indotti dall'influenza politica e dalla burocrazia amministrativa sul nostro modello ideale di SSSN.

- ✓ Ai governi politici in carica non dovrebbe essere concesso di modificare troppo agevolmente le fondamenta dell'assetto istituzionale del SSSN, sia per il finanziamento che per la fornitura dei servizi socio-sanitari. Essendo solo le innovazioni di carattere scientifico e tecnologico quelle veramente benvenute in campo socio-sanitario, i provvedimenti normativi in materia di politica ed economia sanitaria dovrebbero essere disincentivati attraverso una sorta di "clausola di salvaguardia", ad esempio quella di essere sottoposti ad approvazione con larghe maggioranze di almeno due terzi dei voti in parlamento. Inoltre, i cittadini che decidessero di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria complementare (mutualistica o privata che sia) non dovrebbero beneficiare di alcun vantaggio fiscale, al fine di evitare qualsiasi sovrapposizione finanziaria lesiva delle prerogative del SSSN. Contestualmente, qualsiasi compartecipazione di spesa richiesta ai pazienti all'atto dell'erogazione dei servizi dovrebbe essere abolita.
- ✓ Il fondo nazionale del SSSN dovrebbe essere allocato a livello locale attraverso formule relativamente semplici e di facile comprensione, basate sulla popolazione residente pesata per fasce d'età come criterio principale. La

---

pianificazione e il controllo del fondo nazionale dovrebbero essere gestiti esclusivamente a livello centrale, senza alcuna interferenza da parte della politica locale sui bilanci in sanità nei propri territori di riferimento. Coerentemente, i confini locali del SSSN dovrebbero essere progettati in modo razionale dal punto di vista geografico, senza dover necessariamente coincidere con quelli delle giurisdizioni politiche locali. Infine, i livelli di assistenza socio-sanitaria garantiti dal SSSN dovrebbero essere chiaramente esplicitati a livello centrale, per poi assicurarne la disponibilità in tutte le aree geografiche della nazione. Un'erogazione uniforme dei servizi essenziali su tutto il territorio del SSSN dovrebbe contribuire a scoraggiare anche i flussi migratori interni dei pazienti da una regione all'altra.

- ✓ Un percorso di formazione post-laurea dovrebbe essere reso obbligatorio per tutti i dirigenti apicali nominati nel SSSN, al fine di rafforzarne le competenze specifiche in ambito sanitario. Un siffatto piano di formazione, erogato da una singola scuola nazionale, dovrebbe rendere tutti i candidati pienamente consapevoli del fatto che i pazienti devono sempre e comunque rappresentare l'interesse primario di tutti gli operatori socio-sanitari, come di frequente sottolineato nella letteratura medica. Di conseguenza, per incentivare un'assistenza socio-sanitaria il più possibile integrata, i dirigenti del SSSN dovrebbero sistematicamente incoraggiare i rapporti collaborativi (e non quelli competitivi) fra colleghi all'interno delle proprie organizzazioni, evitando di ricorrere a incentivi finanziari individuali per aumentare la produttività del proprio personale e semmai ricorrendo a quelli di gruppo per premiare le équipes di lavoro.
- ✓ Il numero delle società scientifiche e delle associazioni di operatori sanitari dovrebbe essere drasticamente ridotto, consentendo ai dipendenti del SSSN di iscriversi esclusivamente all'associazione nazionale della propria professione a cui appartengono. Questa regola ferrea comporterebbe sicuramente una forte limitazione delle richieste di sponsorizzazioni private per supportare qualsiasi tipo di convegno e iniziativa scientifica, necessariamente influenzate da motivazioni di business e marketing in caso di concessione, non penalizzando al

---

contempo la collaborazione interna al SSSN fra le singole professioni. Contestualmente, per soddisfare le richieste di educazione continua in medicina, andrebbero privilegiate le attività individuali (come la lettura di riviste scientifiche) e gli incontri fra colleghi di lavoro (c.d. club), piuttosto che eventi e progetti organizzati da enti esterni.

- ✓ Le retribuzioni delle categorie principali di operatori sanitari (ad esempio, medici e infermieri) dovrebbero essere sufficientemente elevate rispetto al costo della vita delle società civili in cui operano. Infatti, una volta bandita l'attività privata, gli stipendi sarebbero l'unica fonte di reddito dei dipendenti SSSN a ricompensa dell'assistenza socio-sanitaria erogata. I salari dovrebbero essere quindi ancorati in tutta Europa a un parametro comune nazionale (ad esempio, il reddito medio pro capite per lavoratore dipendente) applicando identiche formule matematiche fisse, al fine di scoraggiare gli spostamenti dei professionisti da una nazione all'altra non per scelte di vita personali, ma per motivazioni meramente economiche. Infine, si potrebbero prevedere forme di pensionamento anticipato per le professioni socio-sanitarie più stressanti (ad alto rischio di burnout) e il SSSN dovrebbe farsi carico delle spese legali in caso di contenziosi per presunti errori medici sollevati nei confronti dei propri dipendenti,<sup>15</sup> salvo poi rivalersi sui singoli in caso di condanne definitive come qualsiasi altro datore di lavoro.
- ✓ Gli acquisti di beni del SSSN dovrebbero essere differenziati fra beni sanitari (ad esempio, farmaci e dispositivi medici) e beni di consumo (ad esempio, alimenti per mense e detersivi per lavanderie). Poiché i primi non possono essere ricondotti per definizione alle regole del libero mercato, le loro strategie di acquisto dovrebbero traslare dalla fissazione di prezzi irrazionali a quella di budget razionali. Una volta decisi quali prodotti sono rimborsabili esclusivamente in base alla loro efficacia e sicurezza diagnostico-terapeutica, quindi giudicati necessari per la salute della popolazione, le autorità nazionali potrebbero rimborsare alle aziende farmaceutiche e di dispositivi medici tutti i volumi prescritti durante l'anno attraverso costi unitari standardizzati per classe terapeutica.<sup>16</sup> Tale strategia dovrebbe consentire di tenere sotto controllo

---

queste tipologie di spesa, diventate oramai pressoché insostenibili negli ultimi decenni anche nei paesi europei più ricchi a causa dei prezzi in continua ascesa esponenziale, soprattutto nel campo dei farmaci. Diversamente, i normali beni di consumo potrebbero essere acquistati dalle autorità locali del SSSN attraverso le comuni procedure di acquisto e i loro prezzi locali dovrebbero essere sistematicamente e regolarmente controllati a livello centrale attraverso database amministrativi, al fine di monitorare la presenza di eventuali valori anomali.

**C**oncludendo, una volta adottate e rispettate queste poche (ma chiare) regole del gioco, confidiamo che possano essere quanto meno ridotti i potenziali effetti negativi indotti dall'influenza politica e della burocrazia amministrativa, le più gravi minacce motivazionali presenti in qualsiasi settore pubblico. Arrivati a questo punto, l'argomento finale da approfondire ai fini del funzionamento del nostro modello di SSSN dovrebbe consistere nella progettazione di una rete razionale di servizi territoriali e ospedalieri, teoricamente in grado di soddisfare in modo efficace ed efficiente i bisogni di salute della popolazione in una prospettiva di assistenza continuativa genuinamente orientata al paziente.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Finazzi B, Nobili A, Remuzzi G. Per un modello europeo di sistema sanitario: linee guida per l'assetto istituzionale. 2022 <https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>. Ultimo accesso 16 febbraio 2023.
2. Maynard A, Bloor K. Universal coverage and cost control: the United Kingdom National Health Service. *J Health Hum Serv Adm.* 1998;20:423-41.
3. Badinella Martini M, Zanetti M, Garattini L. Due servizi sanitari regionali a confronto: è sempre lo stesso SSN?. *Recenti Prog Med.* 2021;112(9):582-6.
4. Alderwick H, Dunn P, Gardner T, Mays N, Dixon J. Will a new NHS structure in England help recovery from the pandemic? *BMJ.* 2021;372:n248.
5. Husain M. The three deceits of bureaucracy. *Brain.* 2022;145(6):1869.
6. Gunderman RB, Lynch JW. How Bureaucracy Can Foster Burnout. *J Am Coll Radiol.* 2018;15(12):1803-5.
7. Oliveira HC, Rodrigues LL, Craig R. Bureaucracy and the balanced scorecard in health care settings. *Int J Health Care Qual Assur.* 2020;33(3):247-59.
8. Couturier Y, Wankah P, Guillette M, Belzile L. Does Integrated Care Carry the Gene of Bureaucracy? Lessons from the Case of Québec. *Int J Integr Care.* 2021;21(4):13.
9. Ham C. Integrated care systems must be agile and avoid becoming ensnared in bureaucracy. *BMJ.* 2022;378:o1626.
10. Davies E. Abolishing unnecessary bureaucracy in general practice. *BMJ.* 2016;352:i1330.
11. Tyrer P. Reforming care without bureaucracy. *BJPsych Bull.* 2019;43(3):104-5.
12. Efthymiou CA. Dystopian levels of bureaucracy distract us from treating patients. *BMJ.* 2019;365:l2334.
13. Garattini L, De Compadri P. Dichiarazione dei conflitti di interesse. *Ric&Pra.* 2019;35(4):165-9.
14. Garattini L, Gritti S, De Compadri P, Casadei G. Continuing Medical Education in six European countries: a comparative analysis. *Health Policy.* 2010;94(3):246-54.
15. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? *Eur J Health Econ.* 2020;21(2):165-70.
16. Garattini L, Finazzi B, Mannucci PM. Pharmaceutical pricing in Europe: time to take the right direction. *Intern Emerg Med.* 2022;17(4):945-8.



*"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a [cs@marionegri.it](mailto:cs@marionegri.it) invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".*