

Rita Sorrentino

Tra Efficacia, Efficienza ed Equità: il dilemma delle “TRE E”

Analisi Critica e Applicazione in Contesto di Pronto Soccorso



CASA SANREMO
EDIZIONI

Rita Sorrentino

Tra Efficacia, Efficienza ed Equità: il dilemma delle “TRE E”

Analisi Critica e Applicazione in Contesto di Pronto Soccorso

CASASANREMO
EDIZIONI 

Tra Efficacia, Efficienza ed Equità: il dolemma delle “TRE E”

© 2026 Casa Sanremo Edizioni

Tutti i diritti riservati.

Marzo 2026 ISBN: 979-12-82060-18-9

Contatti: www.gruppoeventi.org | info@gruppoeventi.org

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta, memorizzata in sistemi d'archivio o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo (elettronico, meccanico, fotocopia, registrazione o altro) senza la preventiva autorizzazione scritta dell'autore (o dell'editore).

Introduzione

Questo lavoro vuole assumere carattere conoscitivo e descrittivo di un problema di forte valenza sociale, economica, gestionale e politica. In ambito sanitario, il concetto di “disuguaglianza”, che sembrava essere presente in altri contesti ma non in quello riguardante “l’uguale cura della salute” oppure “uguale diritto alla salute”, viene percepito in una parte delle persone in maniera più marcata; esulando da questo tema, mi viene in mente il concetto, “la giustizia è uguale per tutti” che è ormai rimasto solo uno slogan attaccato nelle aule dei nostri tribunali.

È pur vero che la Sanità dei nostri tempi attraversa momenti difficili e che, probabilmente, si tratta solo di una crisi che implica un auspicabile cambiamento; tuttavia, è auspicabile un cambiamento che implichi una razionalizzazione: entrambi questi concetti sono la risoluzione di un problema, ma contraddittori al tempo stesso. Da un lato, aiutiamo i cittadini; dall’altro, incombe lo Stato con la riduzione della spesa economica che induce una regressione. Ma la salute non può regredire.

Inizia qui la discussione che mi ha portato a scrivere e a riflettere su un problema annoso che va dal sociale al sanitario e viceversa: un’analisi della insorgenza del problema dell’Equità, del tentativo di dare alcune definizioni, dei principi aziendali, della formulazione di quesiti che man mano maturano trattando il tema; le scelte in Sanità, l’Etica, il tema equivoco del razionamento ed i vari tipi di razionamento.

L’ultima parte descrive un’esperienza sul campo nel Pronto Soccorso dell’Ospedale Umberto I di Nocera Inferiore (ex Asl Salerno 1).

Il problema dell'equità in sanità

Di Equità si discute molto in questi ultimi tempi, ma, secondo me, siamo ancora lontani dalla reale percezione e metabolizzazione del problema, ed ancor prima dalla comprensione e assimilazione del concetto stesso.

Credo che il problema vada studiato e compreso da due punti di vista diversi tra loro ma sinergici, direi che costituiscono i due lati di una stessa medaglia: da una parte l'Utente, con il proprio vissuto della malattia, la propria esperienza della malattia, con le proprie esigenze ed il proprio diritto alla salute, dall'altra, l'Azienda sanitaria, soggetto economico alle prese con la spesa sanitaria ed i suoi determinanti epidemiologici (la morbidità), socio-economici (risorse umane e materiali), demografico-politici (la riforma del welfare), culturali-valoriali (il salutismo).

L'Azienda sanitaria deve preoccuparsi di rispettare i principi di Efficacia ed Efficienza tenendo sempre presente il concetto fondamentale dell'Etica.

È possibile mantenere alte l'Etica e l'Equità in sanità attraverso l'applicazione dei principi di Efficacia ed Efficienza? Ma che cosa è l'Equità?

È uguale distribuzione di cura fra gruppi diversi (per motivi etnici, religiosi, sociali etc.); è uguale chance di accesso alle cure, indipendentemente dal reddito.

“La giustizia come equità è una teoria che assume la coesistenza delle differenze sociali, economiche, culturali, sanitarie come base della società democratica contemporanea, ma camuffandole con una finzione irrealistica, che Rawls chiama il velo di ignoranza. Cioè, si faccia finta di dimenticare le disuguaglianze, i nostri problemi di sopravvivenza, ecc. Quale convivenza sceglieremmo? Con il velo di ignoranza noi sceglieremmo una convivenza regolata da due principi fondamentali: ciascuno deve avere un uguale diritto al più esteso sistema di uguali libertà compatibile con un identico sistema di libertà per tutti; le disuguaglianze sociali ed economiche non devono essere superate, nei limiti del possibile, ma regolate in modo tale da avvantaggiare il meno avvantaggiato e tali da essere rapportate ai ruoli, status, posizioni sociali, aperti a tutti in condizioni di equa uguaglianza (Fair Equality) di opportunità. Si noterà che l'equità in questo caso non ha

mai un significato distributivo di risorse, ma solo un valore normativo di tipo etico-giuridico. L'uguaglianza del diritto alla salute non serve a niente se determinate disuguaglianze sociali non vengono superate" (I. Cavicchi in Costa G., Faggiano F. 1994, p.65). Ivan Cavicchi scrive ancora: "Nelle nostre società distribuire beni in senso sia quantitativo che qualitativo tra una moltitudine di persone, a un tempo uguali e diverse, è sicuramente un bel problema. Distribuire beni alle stesse condizioni ma sapendo che sono limitati è ancora più difficile. Distribuire beni limitati con obiettivi, per di più politici, come la giustizia, il superamento delle disuguaglianze, sembra addirittura impossibile, se non velleitario" (G. Costa, F. Faggiano 1994, p.57).

Il professore Dario Sacchini, docente di bioetica all'Università Cattolica Sacro Cuore, quando parla di Efficienza fa una distinzione, egli sostiene che il trade off tra le tre "E" (Equità-Efficacia-Efficienza), va ricercato considerando: l'efficacia pratica (clinico-diagnostica); l'efficienza allocativo-produttiva; l'equità su base di uguale necessità clinica in vista di valori individuati.

L'Equità dovrebbe guidare le politiche sanitarie, ma finora è stata sottovalutata, uscendo spesso perdente nel conflitto con l'efficienza. Si sono create così diverse iniquità di sistema, dalle differenze quali-quantitative nei servizi erogati alle disuniformi e lunghe liste d'attesa, allo scarso rispetto per il malato, agli sprechi e all'inappropriatezza delle prestazioni, al condizionamento delle libertà di scelta.

Questo significativo richiamo all'"etica del sistema", peraltro esplicitato nel Piano sanitario nazionale 2003-2005, spinge a riflettere sulla situazione che vive oggi la medicina.

L'istanza economica, infatti, influenza sempre di più il funzionamento e le scelte dei sistemi di tutela sociale della salute, venendo ad affiancarsi, e spesso confliggere, con la classica impalcatura ippocratica a cui si è radicata la medicina per oltre due millenni.

Quel rapporto medico-paziente oggi dunque va ri-connotato, non superato, all'interno delle "organizzazioni" che erogano servizi sanitari, le quali diventano esse stesse agenti morali. Queste devono perciò darsi un'etica che certamente tenga conto della necessità di ottimizzare le risorse dispo-

nibili, ma che continui a mettere al centro della sanità il paziente e a fare in modo che nessuna esigenza collettiva, nessuna contingenza economica possa limitare quello che è il “dovuto ontologico” di ogni persona (D. Sacchini, 2004).

Efficacia ed efficienza, le altre due componenti che insieme all'equità costituiscono il dilemma delle "tre E"

I due criteri di efficacia ed efficienza, rappresentano i principi della cultura aziendale, ossia i principi di economicità che conferiscono ad un'azienda sanitaria la capacità di perdurare nel tempo.

L'Efficacia è la capacità di una determinata azione di raggiungere l'obiettivo per il quale è stata attuata. In generale intendiamo la capacità di un sistema sanitario di rispondere all'obiettivo prefissato, ad esempio i bisogni di salute di una popolazione. Aggiungerei che questo principio riguarda molto da vicino le risorse umane di cui l'azienda dispone per il raggiungimento degli obiettivi.

L'Efficienza, invece, è la capacità di ottenere un determinato obiettivo con il minimo consumo di risorse.

Ricorrerei nuovamente alla distinzione che il prof. Sacchini pone quando si parla di efficienza: abbiamo detto che distingue l'Efficienza allocativa da quella produttiva.

L'Efficienza allocativa si riferisce all'insieme dei modi attraverso cui il sistema economico in toto distribuisce le risorse tra impieghi alternativi e riguarda l'ambito macro-allocativo. L'Efficienza produttiva riguarda la massimizzazione del rapporto complessivo tra risultati ottenuti e risorse impiegate; quindi, la produzione della massima quantità di servizi (output) ottenibile con il minor impiego di risorse (input).

Questo implica valutazioni di tipo tecnico e gestionali; infatti, si parla di efficienza tecnica e gestionale. Valutazioni tecniche perché favoriscono processi gnoseologici ed analitici del processo produttivo quindi la conoscenza del processo produttivo e la valutazione sia delle risorse impiegate che dell'output ottenuto; valutazioni gestionali perché si effettua un'analisi della performance di una organizzazione produttiva tenendo conto dei vincoli politici ed istituzionali che, di fatto, incidono sulla libertà manageriale ed impongono scelte subottimali sotto il profilo efficientistico.

La ricerca del difficile equilibrio tra le "tre E" non potrà fare a meno di

cogliere l'equità quale eguaglianza di accesso ai servizi per uguali bisogni di salute, e l'efficacia quale rigorosa applicazione degli strumenti della medicina per i quali sia dimostrata la validità in termini di risultati e considerando che l'appropriatezza è concetto clinico prima che economico, ma anche epistemologico, quale adeguatezza della conoscenza alla realtà complessa del malato. L'efficienza infine non potrà essere considerata riduttivamente, ma nei suoi diversi aspetti, dando la priorità a quella allocativa. Allora il trade off, il punto di convergenza fra le tre "E" va ricercato considerando l'efficacia pratica (clinico-diagnostica), l'efficienza allocativo-produttiva, quindi l'equità su base di uguale necessità clinica in vista di valori individuati.

L'altro lato della medaglia: l'utente e l'assistenza sanitaria

Nel primo paragrafo abbiamo sostenuto che il concetto di equità va letto tenendo conto di due aspetti fondamentali per la comprensione dei principi cardine che reggono un'azienda e quindi anche un'azienda sanitaria. Fino a questo punto abbiamo osservato il concetto di equità dal punto di vista dell'azienda sanitaria, ora guardiamo con attenzione l'altro lato della medaglia: l'utenza e l'assistenza sanitaria, ovvero il rapporto tra l'utenza e l'azienda sanitaria.

Si è detto che nell'erogazione dei servizi sanitari ci deve essere una giusta ed equa distribuzione delle risorse disponibili a beneficio dell'intera popolazione. Questo modo di pensare, pur condiviso da tutti, porta inevitabilmente a risultati per certi versi fuorvianti.

Per esprimere al meglio questo argomento, farò riferimento al pensiero di Giovanni Martini, il quale ha trattato ampiamente il problema. Egli sostiene che i servizi sanitari potrebbero essere basati su una uguale spesa pro capite, per cui un'equa allocazione delle risorse si avrebbe se le risorse disponibili fossero ripartite in modo uguale fra le aree geografiche in base al numero di abitanti. Ma questa soluzione non terrebbe conto delle differenze tra i bisogni che si riscontrano in gruppi caratterizzati da diverse età o condizioni sociali, rendendo il risultato di fatto non equo.

Si potrebbe pensare che l'equità sia conseguita quando tutta la popolazione raggiunge uno stato di salute uguale. Tale obiettivo però è poco realistico, poiché i servizi sanitari sono solo uno dei molteplici fattori che contribuiscono alla salute, che è anche influenzata da determinanti individuali, socioeconomici, ambientali e stili di vita.

Una definizione di equità pratica per l'assistenza sanitaria è quella che realizza questi tre obiettivi: uguale accesso ai servizi disponibili a fronte di bisogni uguali; uguale utilizzo dei servizi a fronte di bisogni uguali; uguale qualità dell'assistenza per tutti.

Uguale accesso implica uguali diritti per tutta la popolazione all'accesso ai servizi disponibili e l'eliminazione degli ostacoli che potrebbero limitarne l'accesso. La programmazione sanitaria di alcuni territori, come la

provincia di Trento, cerca di distribuire in modo razionale sul territorio le strutture di assistenza sanitaria, garantendo efficienti ed efficaci servizi sanitari ovunque.

Uguale utilizzo a fronte di bisogni uguali richiede di verificare se le differenze nei tassi di utilizzo dei servizi tra gruppi sociali diversi sono dovute a motivazioni ingiuste o a situazioni diverse, anche evitabili.

Uguale qualità delle cure implica che tutti abbiano un'equa opportunità di accesso, privilegiando la priorità clinica, soprattutto nei casi di scarsità di risorse.

Un esempio commentato riguarda la diminuzione della qualità di accesso e assistenza nelle aree periferiche e marginali, che porta a disuguaglianze nell'adesione a programmi di screening o interventi medici.

L'informazione è un fattore fondamentale: la qualità della vita e della salute sono legate alla qualità e quantità delle informazioni disponibili, che possono influire positivamente sulla qualità delle cure.

Alcune ipotesi di politiche finalizzate all'equità

Le politiche per incrementare l'equità devono concentrarsi sul miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, intervenendo sui determinanti della salute piuttosto che solo sulla malattia. L'impegno deve essere verso la partecipazione attiva della popolazione, specialmente dei gruppi vulnerabili, nel costruire e mantenere l'equità.

Parallelamente, occorre responsabilizzare la popolazione affinché adotti stili di vita sani. Le politiche devono promuovere servizi sanitari di elevata qualità e valutare l'allocazione delle risorse in base a bisogni sociali e sanitari, monitorando l'accesso, l'esperienza d'uso e la qualità dell'assistenza.

La nascita delle contraddizioni

Nasce a questo punto la seguente domanda: se l'Azienda sanitaria è un soggetto economico basato su principi di economicità, come la si può ritenere anche un soggetto etico pronto a soddisfare i bisogni dell'utenza e quindi prestare grande attenzione alla salute del cittadino nel rispetto delle sue condizioni economiche, sociali, di costume, etnia, religione etc.? Insomma, come possono convivere senza nuocere i principi di economicità con l'equità e ancor di più con l'etica? Ed ancora, come fa un'azienda di questo tipo a mantenere una propria deontologia insieme agli operatori della salute?

Fermo restando che la salute non può regredire, l'Azienda sanitaria è un soggetto economico o un soggetto etico? Il diritto alla salute indiscutibile ed incondizionato è diventato finanziariamente condizionato e subordinato? Queste sono le contraddizioni che emergono all'interno della sanità attuale.

Prima di dare una risposta intendiamo meglio alcuni concetti: quelli di salute, di economicità, di etica, di morale e di deontologia.

Per salute si intende assenza di malattia e benessere fisico e psichico e qui entrano in gioco i famosi determinanti della salute...

Sul concetto di economicità direi che si tratta di una giusta simbiosi tra efficacia ed efficienza ed il pieno rispetto di questi due principi. Quindi entrano in gioco il contenimento della spesa farmaceutica, il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'appropriatezza dei ricoveri, il razionamento e la razionalizzazione (di cui tratterò più avanti); vere e proprie scelte prioritarie.

L'Etica è la parte dell'uomo e, nello specifico, dell'operatore sanitario che non dovrebbe mai mancare in nessuna circostanza.

L'Etica è buon costume, è consuetudine, oserei dire che è GIUSTIZIA.

La morale non è proprio l'etica in quanto costituisce la misura e le regole delle azioni.

Qui ben si introduce il concetto di autonomia decisionale dell'utente sulla base di verità e quindi di un'informazione corretta scaturita da un'adeguata

comunicazione utente/operatore della salute (paziente-medico).

Sulla deontologia aziendale direi che si tratta della compresenza di etica e morale, ma anche di responsabilità, giustizia e valori innati come il rispetto non solo dei propri diritti, ma dei propri doveri nei confronti degli altri, sia nei quadri dirigenziali che negli operatori sanitari.

Ora cercheremo di fornire le risposte alle domande di pocanzi, non senza ripercorrere le vigenti fonti normative sanitarie.

Una parte dei problemi delle aziende sanitarie, risalgono al momento in cui si è passati dalle USL alle ASL; mi riferisco alla riforma sanitaria realizzata attraverso il decreto legislativo n.502/1992 che rimpiazza il modello burocratico con il modello aziendale.

Dopo la Legge 833/1978 - che istituiva le USL facenti capo ai Comuni e al di sopra delle stesse prevedeva la presenza di due livelli di governo, quello Ministeriale e quello Regionale - le USL vengono ridotte in numero e trasformate in ASL, cui è stata riconosciuta autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Con l'introduzione delle ASL si attribuisce al Direttore Generale il ruolo di organo responsabile della gestione complessiva, affiancato da un Direttore sanitario e da un Direttore amministrativo, nominati a loro volta dal Direttore Generale.

La normativa prevede inoltre il collegio dei revisori come organo delle ASL.

Diversi problemi sono emersi nel nuovo sistema: mancata collaborazione tra ASL e Comuni, difficoltà nelle procedure di acquisto, reclutamento e altri vincoli pubblicistici burocratici che limitano la flessibilità del sistema. Con la riforma ter realizzata con il Decreto Legislativo n.229/99 si ha un ulteriore aumento dell'autonomia imprenditoriale delle ASL, pur mantenendo alcune limitazioni.

Il Direttore Generale si assume una responsabilità diretta verso la Regione e la comunità, enfatizzando l'importanza di una gestione efficace ed efficiente.

Equità ed inequità

Dopo aver illustrato il concetto di equità, sembra doveroso citare anche il concetto opposto: quello di inequità.

Giovanni Martini scrive che, per definire equità in sanità, bisogna fare riferimento alle differenze nello stato di salute che si rivelano ingiuste ed inique.

Cesare Cislighi parla di “variabili di processo” e di “variabili di equità”.

Le variabili di processo riguardano la salute: bisogno, accesso, utilizzo, risultato etc., mentre quelle di equità sono rappresentate dal reddito. Ad esempio, il sistema sanitario riceve domanda in modo non equo, soddisfacendo metà della domanda dei ricchi e solo un quarto di quella dei poveri. A volte i poveri sovrastimano i bisogni, mentre i ricchi li sottostimano. I giudizi sulle disuguaglianze variano nello spazio e nel tempo, ma spesso si basano sul concetto di libertà di scelta. Equità nella salute implica che tutti abbiano la stessa opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute, mirando a ridurre le differenze evitabili ed ingiuste.

Disuguaglianze sociali in sanità: indicatori sociali

Le disuguaglianze possono manifestarsi nella percezione del bisogno, nella domanda, nell'accesso ai servizi e nei risultati.

L'accesso e l'efficacia delle prestazioni dipendono da molteplici fattori quali personale, procedure, trattamenti, gestione e monitoraggio.

Anche le caratteristiche socioeconomiche e culturali del paziente sono determinanti importanti.

Indicatori sociali specifici possono quantificare tali disuguaglianze in salute per guidare interventi efficaci.

Dal punto di vista dell'utenza, l'esperto americano di etica, Daniel Callahan, sostiene la necessità di una medicina sostenibile, "medicina della stabilità", compatibile economicamente e maggiormente orientata ai bisogni collettivi che agli individui.

Le priorità dovrebbero essere le cure palliative, la sanità pubblica e l'assistenza di primo livello.

La tecnologia avanzata dovrebbe collocarsi più in basso nelle priorità.

Ivan Cavicchi sostiene che l'ospedale è diventato "ricettacolo di una domanda impropria" e che la sanità deve evitare regressioni.

Occorre considerare la domanda sanitaria del territorio da un punto di vista epidemiologico e puntare a far stare bene il cittadino a casa propria.

Le domande sull'efficacia, efficienza, equità e convivenza di questi principi in sanità hanno confermato l'esistenza di molteplici contraddizioni.

Credo che l'equità soggiaccia ai principi di economicità e che il conflitto non si risolva soltanto con l'aumento delle risorse, ma anche con la corretta gestione delle risorse umane.

I modelli aziendalistici applicati in sanità inducono una discrasia tra il valore della salute e gli obiettivi economici.

L'efficienza, intesa come corretto utilizzo delle risorse, potrebbe garantire la ricomposizione di tale contraddizione.

Tuttavia, il sistema aziendale non è sempre adatto a gestire il valore immateriale della salute e della dignità.

L'introduzione del modello aziendale in sanità risponde all'esigenza di ot-

timizzare le risorse, ma richiede una forte attenzione alla qualità e all'etica.

Etica e valore del lavoro

Se esiste un'etica che regola le finalità di una organizzazione tese ad un incremento economico, l'etica del lavoro ha una sua logica: gli affari economici devono rispondere a regole che consentano il corretto svolgimento delle attività.

Se però consideriamo il lavoro in un'organizzazione sociale, i cui scopi non sono prevalentemente l'elemento economico, bensì quello sociale, dare rilievo al motore economico significa distruggere completamente l'organizzazione sociale (M. Giacomazza, F. Ginanni, A. Vettori).

Questa è in sintesi la contraddizione sin qui posta in rilievo.

A tal proposito autori come Giacomazza, Ginanni e Vettori, che hanno ricoperto incarichi dirigenziali nelle attività riguardanti il Management Sanitario, sostengono che non vi è una sola etica del lavoro, ma molte, a seconda delle finalità e degli scopi che l'organizzazione si prefigge: l'organizzazione che cura i servizi sanitari al cittadino ha una storia e una dinamica diversa da quella che ha finalità di fabbricazione e diffusione di prodotti.

Questa distinzione mi trova pienamente d'accordo, infatti già prima ho affermato che "la salute non è un prodotto vendibile in scatola", senza questa distinzione corriamo il rischio di fare solo una gran confusione.

Ora parliamo dell'etica del lavoro dal punto di vista di chi produce le prestazioni volte alla salute, quindi l'Azienda Sanitaria.

È logico che l'Azienda Sanitaria, nel momento in cui produce una prestazione svolge un'attività lavorativa.

Per questo è necessario che colui che la svolge lo faccia al massimo della sua potenzialità per raggiungere un'ottimizzazione che sia giusta e corretta e risponda alla soddisfazione effettiva dei bisogni del cittadino - cliente malato.

Ne risulta che l'etica del lavoro di una risorsa umana non è diversa dall'etica del lavoro di una organizzazione sociale.

È identica nei risultati e nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, diversa fondamentalmente nelle metodologie utilizzate.

Per produrre un'etica del lavoro individuale, occorre una formazione che

possa cambiare la mentalità della risorsa umana, inducendola a sentire la fondatezza della sua professione, soprattutto facendole sentire l'importanza radicale di trattare con esseri umani, ciascuno con una sua storia, con un suo mondo di esperienze, di gioie e di dolori, di sue sofferenze e di suoi vissuti, recuperando il senso universalmente umano di questi valori, che fanno parte della prestazione professionale tanto quanto la parte operativa di questa stessa prestazione.

Può un'organizzazione produrre una carica emotiva o ideale tale da consentire alla risorsa umana di produrre sostanza morale? Esiste un rapporto tra etica e responsabilità?

Se etica può assumere il significato di scopo dell'agire umano, il rapporto esiste in quanto l'agire non può essere separato dall'impegno che mi assumo per agire.

La risposta è che l'etica fa parte di una governance, in questo contesto di "Clinical governance" che è un sistema attraverso cui le Aziende Sanitarie sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi "l'eccellenza dell'assistenza sanitaria".

Sarebbe opportuno sottolineare che etica, responsabilità, clinical governance, chiamano in causa anche il rapporto tra diritti e doveri: sembra che si parli e si riconoscano solo i diritti, ma quando questi diventano un ostacolo all'etica, alla responsabilità ed alla libertà degli altri, ci ritroviamo in una nuova contraddizione dove i "miei diritti" possono addirittura interagire negativamente con i "diritti degli altri".

Un teorema che, dovrebbe dominare costantemente in sanità è che, tutti hanno diritti e doveri, i malati e gli operatori sanitari, e nessuno può negarli né trascurarli, ma i diritti dei malati sono i doveri degli operatori sanitari. Se il cittadino ha diritto ad avere salute, qualcuno ha il dovere di prodigarsi perché egli l'abbia, anche se questo potrebbe mettere in subordine qualche diritto dell'operatore sanitario.

Razionamento e razionalizzazione

Il nostro sistema sanitario ed il diritto alla salute sono quotidianamente sottoposti a tagli delle spese, riduzione del numero degli operatori, obsolescenza delle tecnologie etc.

Infatti, l'unica delle possibili ipotesi di poter rientrare, sia per quello che riguarda le risorse umane che quelle economiche, sembra sia quello di ricorrere all'attuazione di concetti poco graditi: scelte, rivisitazioni, eventuali ridimensionamenti, razionamento e razionalizzazione.

Nel capitolo precedente abbiamo accennato ai temi di razionalizzazione e razionamento, autori come Bariletti, Cavicchi, Dirindin, Mapelli e Teranova hanno ben affrontato questi argomenti attraverso un processo di conoscenza ed approfondimento dei temi dell'“economia del benessere”. Essi infatti, sostengono che nell'ambito dell'economia del welfare, un tema che tocca direttamente la sanità è quello relativo a come conciliare le esigenze di vincoli imposti sulla spesa pubblica, con il mantenimento di un sistema di welfare e con la necessità di soddisfare bisogni della popolazione sempre più complessi e articolati; tema che vede nelle azioni di razionamento in campo sanitario la forma più forte, ma anche più drammatica, di intervento.

Inoltre, questo argomento non può non essere associato alla discussione sull'assetto dello Stato che, riallocando funzioni pubbliche, nuove competenze, responsabilità e delegando compiti, viene a incidere e modificare la nozione stessa di welfare state.

Si apre così, un quadro che richiede di riflettere e discutere su una delle questioni cruciali che, coinvolgono direttamente la sanità con l'obiettivo di esplicitarne i presupposti e tentare di comprenderne gli effetti; questione che è propria del “razionamento”.

Good ethics in good business

Si tratta dello slogan con cui l'idea di compatibilità tra etica e ragioni dell'azienda si espanse alla sanità - for profit e no profit - nordamericana. La debolezza di aver voluto sacrificare le ragioni dell'etica all'interno delle leggi e delle regole del mercato ha condotto troppo spesso ad un equivoco di cui oggi viviamo le conseguenze negative, poiché nel conflitto con l'efficienza, le ragioni dell'etica sono spesso risultate perdenti.

Quasi sempre, si fa fronte alle pressioni finanziarie tramite riforme incentrate su misure di tipo finanziario e sulla regolazione della domanda, piuttosto che su quelle rivolte alla razionalizzazione dell'offerta che, notoriamente, funzionano meglio.

Il sistema sanitario del nostro Paese comincia oggi a pagare questa colpa, in termini di differenze quali-quantitative nei servizi erogati, liste d'attesa insostenibili, sprechi e inappropriatezza.

Il termine "razionamento" ha molte interpretazioni ma spesso viene frainteso. Durante i conflitti, indicava ridotta disponibilità di generi di prima necessità. In sanità, invece, mira ad escludere dalla prestazione razionata proprio i più deboli.

Il razionamento legittima spesso il ricorso alla sanità privata, con costi che la rendono inaccessibile a molti, legittimando così l'inequità.

Nel contesto italiano, il "razionamento occulto" è particolarmente diffuso: decisioni di inclusione o esclusione preso "sul campo" dai medici, deflessione verso servizi non sanitari, e deterrenti che scoraggiano la domanda. Le lunghe liste d'attesa favoriscono la dilazione, la diluizione invece, la diminuzione della qualità percepita. Altri meccanismi includono relazioni di intermediazione clientelari che rafforzano rinunce sociali al rispetto delle regole, colpendo soprattutto fasce deboli come anziani e persone a bassa scolarità.

Lo squilibrio territoriale contribuisce all'emigrazione sanitaria dalle regioni del Sud verso il Centro-Nord, dovuta alla minor qualità delle prestazioni e difficoltà d'accesso. Questo fenomeno è una forma estrema di razionamento istituzionalizzato.

Troppo o troppo poco: eccessi, anomalie e problemi etico correlati

Vi è un eccesso diagnostico e terapeutico che apre dibattiti sull'appropriatezza delle cure, tra accanimento terapeutico e prescrizioni inutili.

Secondo il Professore Mario Coltorti, è necessaria un'etica del limite per rispettare la persona nel suo insieme, valutando benefici e giustizia collettiva.

Le contraddizioni tra efficacia, efficienza ed equità sono molteplici e difficili da superare. L'equità tende a subordinarsi ai principi di economicità, senza che un aumento delle risorse risolva la questione; è necessario un corretto utilizzo delle risorse umane. Il modello aziendale in sanità ha creato discrasie tra salute e obiettivi economici, e solo l'efficienza, intesa come corretto impiego delle risorse, può garantire un equilibrio.

Il sociologo e l'Azienda Sanitaria: il mio ruolo di sociologa in un Pronto Soccorso

Questa esperienza ha mostrato di cosa e di quanto il sociologo si possa occupare. La figura del sociologo è spesso misconosciuta o confusa con altre professionalità come l'assistente sociale o lo psicologo. Molti vedono questa figura come uno strumento di controllo di cui "poter tranquillamente farne a meno" sostituendola con altre figure professionali, altri come una risorsa per migliorare i servizi.

Il sociologo può svolgere compiti operativi, come formulare piani d'intervento, analizzare dati e contribuire a decisioni importanti. Per questo il mio coinvolgimento nella ricerca è stato pratico e operativo, non solo accademico.

Negli anni 2006-2007 il Sistema Informativo Aziendale e il Servizio Farmaceutico Ospedaliero dell'ex ASL Salerno 1 hanno avviato un monitoraggio sui consumi di farmaci, diagnostici e dispositivi medici in rapporto alla produzione in DRG.

L'attività di pronto soccorso ha mostrato difficoltà nella standardizzazione delle attività prodotte, con la presenza di schede non informatizzate. L'introduzione del triage infermieristico ha posto le basi per una migliore valutazione delle priorità.

Gli obiettivi del monitoraggio sono stati: analizzare la casistica degli accessi e delle prestazioni erogate; collegare i dati ai consumi farmacologici; analizzare l'impatto del triage; valutare l'adeguatezza della documentazione.

L'analisi complessiva dei dati rilevati si è basata su strumenti di lavoro consistenti in schede con indicazioni farmacologiche, differenziate tra schede mediche e chirurgiche. La sintomatologia più frequente era dolore e trauma. I farmaci più prescritti sono stati analgesici e antispastici.

Tabelle statistiche con dati di accesso suddivisi per tipo di relazione (medica/chirurgica), sesso, età, modalità e orario di accesso. Analisi di distribuzione delle sintomatologie e farmaci prescritti. Codici triage adottati e distribuzione relativa. Modalità di trasporto e invio al pronto soccorso.

Prestazioni erogate e loro frequenza.

Osservazioni sulla qualità e completezza della documentazione clinica.

I dati complessivi evidenziano come il triage infermieristico rappresenti un passo importante verso una gestione più appropriata e ragionata delle priorità cliniche. È rilevante porre la base per migliorare l'efficacia e l'efficienza del Pronto Soccorso, nel rispetto dei principi di equità e di empatia, per raggiungere un corretto equilibrio tra le esigenze dell'utenza ed i propri caregiver, da un lato, e dal personale sanitario, dall'altro. Auspicando una piena attuazione del D.M. 77/2022 per un serio e responsabile potenziamento della Medicina territoriale.

Bibliografia

Bariletti G., Cavicchi I., Dirindin N., Mapelli V., Terranova A., "Economia del benessere e razionamento sanitario", Documenti di studio e ricerca. Callahan D., "Medicina della stabilità", saggio sull'etica della sostenibilità in sanità. Cislighi C., "Variabili di processo e di equità in sanità", studi sul sistema sanitario nazionale. Costa G., Faggiano F., "La giustizia come equità", in Rawls J., Teoria della giustizia. Cavicchi I., "L'ospedale: ricettacolo di una domanda impropria", analisi sociologica della domanda sanitaria. Coltorti M., "Etica e limiti nella cura medica", ricerche su accanimento terapeutico e principi di responsabilità. Martini G., "Politiche finalizzate all'equità in sanità", proposte e analisi di intervento. Sacchini D., "Bioetica e aziendalizzazione in sanità", riflessioni sul trade-off tra efficacia, efficienza ed equità. Siza R., "Il sociologo professionista", definizioni professionali e operatività in ambito sanitario. Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica, "Orientamenti Bioetici per l'Equità nella Salute", Maggio 2001. Cipolla C. (a cura di), Manuale di sociologia della salute, F. Angeli, Milano, 1998. Girelli G., "Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata", F. Angeli, Milano. Appendici.

Indice

Introduzione	pag. 3
Il problema dell'equità in sanità	pag. 5
Efficacia ed efficienza, le altre due componenti che insieme all'equità costituiscono il dilemma delle “tre E”	pag. 8
L'altro lato della medaglia: l'utente e l'assistenza sanitaria	pag. 10
Alcune ipotesi di politiche finalizzate all'equità	pag. 12
La nascita delle contraddizioni	pag. 13
Equità ed inequità	pag. 15
Disuguaglianze sociali in sanità: indicatori sociali	pag. 16
Etica e valore del lavoro	pag. 18
Razionamento e razionalizzazione	pag. 20
Good ethics in good business	pag. 21
Troppo o troppo poco: eccessi, anomalie e problemi etico correlati	pag. 22
Il sociologo e l'Azienda Sanitaria: il mio ruolo di sociologa in un Pronto Soccorso	pag. 23
Bibliografia	pag. 25

Finito di stampare
nel mese di Aprile 2026

Rita Sorrentino si è laureata in Sociologia presso l'Università degli Studi di Salerno nel 1994.

Studiosa delle problematiche sociali, ha dedicato una parte della sua attività all'analisi del disagio psico-sociale derivante dalle criticità del mercato del lavoro.

Ha approfondito negli anni le dinamiche di integrazione tra area sociale e sanitaria coniugando l'analisi dei criteri di efficienza gestionale con lo studio delle fragilità emergenti e cercando di raccordare il rigore dell'analisi sociologica con l'operatività del settore sanitario.

Attualmente orienta i propri interessi di studio verso l'evoluzione della medicina di prossimità, approfondendo l'attuazione dei modelli e dei percorsi di integrazione socio-sanitaria alla luce del recente quadro normativo.

È fautrice di un approccio metodologico unitario, volto a superare la settorialità delle procedure in favore di una gestione dei percorsi assistenziali fluida e strutturata che riduca la frammentazione procedurale.