

## Prefazione

Recenti teorie sui processi decisionali dicono che non è sufficiente far riferimento alle evidenze, ma occorre fare in modo che le evidenze entrino a far parte del processo decisionale attraverso una adeguata comunicazione ed efficaci interventi nei confronti dei decisori. Queste teorie consentono di interpretare l'attuale fase delle politiche per il sistema di tutela della salute e, più in generale, delle politiche economiche. Infatti, anche se quasi tutti gli indicatori di salute e di spesa utilizzati nei confronti internazionali collocano l'Italia nelle prime posizioni, nel concreto da alcuni anni il SSN è al centro delle politiche di contenimento della spesa che vanno ben oltre analoghe politiche adottate da tutti i paesi OCSE. Solo in Grecia e forse nel Portogallo, Spagna e Irlanda sono state adottate politiche più rigide riguardanti il contenimento della spesa per la salute, però con effetti a dir poco nefasti nel caso della Grecia, data la caduta verticale degli indicatori di salute e di qualità dell'assistenza. Ciò vuol dire che le evidenze positive sul SSN italiano non sono state recepite nei processi decisionali riguardanti le politiche economiche e sono state ampiamente trascurate, soprattutto a causa di altre evidenze meno positive che, è innegabile, caratterizzano la situazione italiana. In particolare, i dati relativi ai deficit annuali e all'indebitamento complessivo accumulati fino al 2010 dall'intero sistema e soprattutto dalle Regioni che dal 2007 sono entrate nella procedura dei piani di rientro; le grandi divaricazioni dei livelli assistenziali tra regioni; i casi di malasanità (molti presunti, altri reali) portati all'attenzione dell'opinione pubblica; i dati su inefficienze e sprechi, quali ad esempio prezzi molto diversi per l'acquisto degli stessi beni di consumo (dagli aghi al filo di sutura per interventi chirurgici ai cateteri, per giungere fino alle valvole cardiache e ad altre tecnologie mediche) o per gli stessi servizi (di pulizia, di riscaldamento, di lavanderia, ecc.).

Il premier Renzi, da quando si è insediato, e soprattutto nel periodo di presidenza italiana dell'Europa, continua a rilanciare l'idea che «occorre superare la fase di austerità per orientare l'Europa verso obiettivi di crescita». Filosofia e obiettivi del tutto condivisibili, ma che non sembrano essere applicati nei con-

fronti del SSN. Per inciso, occorrerebbe distinguere le valutazioni collegate agli sprechi contestati alle regioni e ai loro organi istituzionali, da quelle direttamente riferibili al funzionamento di aziende sanitarie. Infatti, se è vero come è vero, che esistono sprechi e inefficienze che devono essere combattuti, e il Rapporto OASI da 15 anni produce evidenze ed analisi che hanno questo scopo, è altrettanto vero che in questa fase storica viene sottovalutato proprio il contributo che la “filiera della salute” potrebbe dare sia al rilancio dei consumi aggregati, sia alla ripresa dell’occupazione.

Per procedere con ordine, è opportuno richiamare l’evidenza secondo cui dal 2010 la dinamica della spesa del SSN si è fortemente ridotta rispetto agli anni precedenti e che nel 2013 si è avuta una ancor più accentuata inversione di tendenza, poiché essa è diminuita del 1,2% rispetto al 2012, passando dal 7,3 al 7,2% di un PIL che, in un anno, è diminuito dello 0,4%. Come evidenziato in questo Rapporto OASI, tale contenimento è stato determinato da interventi sui fattori produttivi, sui livelli di efficienza e in parte di controllo della domanda, applicando una logica di tagli lineari. Infatti, il blocco o la sostituzione in misura ridotta del turnover e il blocco degli stipendi dei dipendenti pubblici rappresentano una politica indistinta che ha colpito in modo «casuale» le diverse realtà, sia quelle efficienti, sia quelle inefficienti. L’effetto di tale misura dipende dall’anzianità dei dipendenti, e paradossalmente, finisce col privilegiare le realtà meno efficienti che, ad esempio, partendo da situazioni di personale in sovrannumero rispetto alla quantità e qualità dei servizi erogati, hanno potuto assorbire in modo più agevole il blocco del turnover.

Come è noto, ai fenomeni sociali si applicano non le leggi delle scienze naturali che non sono soggette a interpretazione, ma semmai il principio a base del giornalismo moderno, secondo cui «i fatti sono sacri, le interpretazioni libere». Nel caso specifico, i dati hanno un certo livello di oggettività, anche questa relativa, poiché esistono vari problemi metodologici e tecnici che influenzano i risultati di spesa complessiva e di avanzo o disavanzo del sistema, mentre le interpretazioni sono molto diverse.

Chi esprime giudizi positivi sul modo in cui sono stati attuati i piani di rientro sottolinea che vi è stato un miglioramento anche con riguardo agli indicatori espressivi dei livelli essenziali di assistenza, mentre chi ritiene che vi sia stata un’«eccessiva focalizzazione sull’aspetto finanziario», mette in discussione la validità del metodo con cui sono calcolati i punteggi relativi al rispetto dei livelli essenziali di assistenza, che sarebbero peggiorati. Per chi condivide la logica secondo cui la scarsità delle risorse produce effetti positivi in termini di razionalizzazione del sistema, la riduzione della spesa pubblica per la salute è stata la condizione per introdurre nel sistema nuovi stimoli per la lotta agli sprechi e alle inefficienze. Coloro che invece hanno dubbi sull’esistenza di una forte relazione diretta tra scarsità di risorse e lotta agli sprechi, portano all’attenzione dell’opinione pubblica e dei decisori della politica per la salute dati che segna-

lano un «indebolimento strutturale del sistema». Sono i dati sulla riduzione della spesa per prevenzione, sulla mancata sostituzione di tecnologie obsolete, sugli scarsi investimenti in strutture ospedaliere o assistenziali nuove che, oltre a seguire i progressi delle conoscenze scientifiche nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, consentirebbero di ridurre spese per riscaldamento, pulizia, illuminazione, elettricità ecc. Nel Rapporto OASI sono presentati sia dati generali su spesa, finanziamento e livelli di attività, sia analisi specifiche con la finalità di offrire ai lettori elementi conoscitivi riguardanti le due possibili prospettive sopra richiamate. Saranno i lettori stessi che, sulla base delle proprie conoscenze, competenze ed esperienze, nonché dei dati specifici sulle proprie realtà, potranno esprimere valutazioni su quale delle due prospettive si deve ritenere più valida.

Il Rapporto 2014 dà particolare rilievo ad una serie di contraddizioni che caratterizzano il SSN. Innanzitutto, il prevalere di quello che, usando un brutto anglicismo, viene definito lo «short-termismo». Infatti, mentre le corrette teorie sul funzionamento delle aziende e dei sistemi economici suggeriscono che deve sempre esserci un bilanciamento tra esigenze di breve periodo e prospettive di lungo, negli ultimi anni in tema di finanza pubblica hanno prevalso nettamente le prospettive di breve periodo. Infatti, rispondendo alle esigenze della «messa in sicurezza dei conti pubblici» per evitare il tracollo finanziario del Paese e le conseguenze negative dell'arrivo della *trojka* (Commissione Europea, BCE, FMI) sperimentati in modo drammatico dalla Grecia, sembra aver prevalso la filosofia del «*primum vivere, deinde philosophari*». La sopravvivenza in termini di autonomia finanziaria del Paese ha richiesto politiche di austerità collegate a parametri di convergenza e virtuosità definiti a livello di Unione Europea; tali politiche hanno posticipato in modo pericoloso per l'economia in generale, e per il sistema sanitario nazionale in particolare, non il *philosophari* ma gli investimenti necessari per la ripresa dello sviluppo economico e dell'occupazione.

Il Rapporto mette in evidenza che le politiche di contenimento della spesa per la tutela della salute, non solo comportano il rischio di arretramento con riguardo ai livelli di assistenza (esempio nelle regioni sotto piano di rientro molte prestazioni specialistiche e ambulatoriali, pubbliche e private, vengono sospese a ottobre/inizio novembre e rimandate all'anno successivo per vincoli di budget), ma mettono in crisi le aziende sanitarie private accreditate con il SSN (che ormai utilizzano la propria capacità produttiva al 70%), e le migliaia di aziende fornitrici di farmaci, tecnologie mediche, beni di consumo, servizi della filiera che occupano circa 111.000 addetti. Negli Stati Uniti, Michael Porter ha diffuso in anni recenti un filone di pensiero definito di medicina (sistema di assistenza) che genera «valore per il paziente»; nei paesi che adottano il modello di servizio sanitario nazionale, si può allargare questa prospettiva affermando che è necessario trovare soluzioni che, generando valore per il paziente, generano anche valore per il sistema economico in termini di crescita del PIL e dell'occupazione.

Questo obiettivo può essere ottenuto solo se gli interventi di breve periodo sono inseriti all'interno di una visione strategica di lungo periodo nella quale la razionalizzazione e l'eliminazione di sprechi e inefficienze consentono di generare risorse che restano all'interno del sistema per attuare gli investimenti di sviluppo. Se invece il recupero di risorse non viene lasciato al sistema ma serve per rispettare i vincoli di austerità, è facilmente prevedibile che vi sia un arretramento in termini di livelli di tutela della salute.

Una seconda contraddizione è rappresentata dalla tendenza ad un aumento strutturale delle dimensioni delle ASL. Essa è sostenuta sulla base di due principali motivazioni. Da un lato, la ricerca di economie di scala per quanto riguarda molte funzioni comuni quali acquisti centralizzati, sistemi informativi e servizi amministrativi comuni, dall'altro la logica di separazione delle funzioni di programmazione da quella di gestione. Alcune esperienze positive di funzioni esercitate da «aree vaste» (denominate in diverso modo nelle varie regioni), in termini di risparmi per acquisiti di beni e servizi, sembrerebbero portare argomentazioni a sostegno dell'aumento delle dimensioni. Allo stesso modo si è riscontrato che l'accorpamento di ASL su ambiti tendenzialmente provinciali sembra aver provocato uno schiacciamento sulle funzioni gestionali ed un indebolimento della funzione programmatoria. Infatti, nelle regioni di grandi dimensioni la programmazione da parte della regione negli ultimi anni si è tradotta di fatto in un accentramento delle decisioni, non esente da aspetti di carattere burocratico. Dimensioni più ampie delle ASL, invece, consentono una programmazione che tenga conto di differenze territoriali, sociali ed economiche presenti in regioni che superano indicativamente il milione di abitanti. Inoltre, nell'ambito di queste dimensioni, sarebbe possibile una articolazione della gestione di servizi tramite soggetti pubblici, privati, misti pubblico-privato, che favorisca la competizione «emulativa» secondo regole che garantiscono l'equilibrio su area vasta. La contraddizione deriva dal fatto che questa tendenza viene teorizzata e proposta senza tener conto di un fattore che molte ricerche hanno posto in evidenza con riferimento a grandi imprese private. L'aumento delle dimensioni genera elevati costi organizzativi interni che rischiano di essere ancor più accentuati in un sistema pubblico che da alcuni anni investe poco o nulla nella formazione gestionale, organizzativa, manageriale, oltre che in quella tecnico-specialistica. La prospettiva di breve periodo, che a partire dal 2009 ha imposto vincoli in senso riduttivo alle spese per formazione, rischia di esaltare anche questa seconda contraddizione, quella delle maggiori dimensioni «senza capacità di gestione di aziende a più elevata complessità».

Una terza contraddizione messa in evidenza dal Rapporto 2014 è quella delle aziende sanitarie e ospedaliere che, con metafora presa dalla saggezza popolare, si sono trovate «tra l'incudine e il martello». L'«incudine» è stata in un certo senso rappresentata dai bisogni reali di salute che sono strutturalmente aumentati a seguito del progresso scientifico, della crescente e diffusa informazione,

dalle aspettative sempre più elevate in termini di qualità da parte dei pazienti. La possibilità di intervenire con successo su patologie o traumi gravi, le opportunità offerte dalla riabilitazione per consentire il recupero funzionale delle persone, una popolazione che vive più a lungo, il 30% di popolazione con almeno una cronicità, il 4% di persone non autosufficienti, sono solo alcuni dei fattori che incidono su un aumento dei bisogni in termini quantitativi e qualitativi. Il «martello» per le aziende sanitarie è stato rappresentato da vincoli che a cascata venivano dallo stato (e dall'Unione Europea) e dalle regioni, dalle pressioni derivanti dall'opinione pubblica, dalla delegittimazione del modello aziendale derivante anche da un erroneo accostamento dello stesso alla prevalenza di logiche economiche e di efficienza rispetto a quelle di tutela della salute come diritto della persona. In sostanza, molte delle contraddizioni del Paese, della finanza pubblica, del sistema sanitario nazionale si sono «scaricate a valle» sulle aziende (pubbliche ma anche private a seguito della riduzione dei tetti di finanziamento loro assegnati), che hanno dovuto ricercare un difficile equilibrio economico tramite la riorganizzazione dei servizi (oltretutto non di rado imposta da mancanza di personale o di attrezzature), l'innovazione dei modelli assistenziali (ospedali per intensità di cure, PDTA, continuità delle cure tra ospedale e territorio) non di rado in un contesto di sfiducia da parte delle stesse regioni, dei medici e altri professionisti, dei pazienti e loro associazioni, degli enti locali.

Alcuni dei contributi del Rapporto mettono in evidenza che, nonostante questa difficile situazione, molte aziende hanno saputo reagire garantendo fino ad oggi una buona risposta ai bisogni reali dei pazienti. Ciò a dimostrazione del fatto che, mentre a livello generale è possibile definire regole, principi, linee guida, indirizzi, vincoli, il cambiamento reale può venire solo se dal basso si sviluppano energie in grado di disegnare soluzioni innovative e creative. È illusorio pensare che con le leggi (anche con quella di stabilità) si possa imporre il miglioramento. Da scelte generali si può imporre il razionamento della domanda (come affermava Keynes, si può impedire al cavallo di bere), ma non si può certo imporre l'appropriatezza, l'efficacia, la qualità dei servizi, l'efficienza (come diceva Keynes, non si può imporre al cavallo di bere). Concetto semplice, sul quale tutti concordano, ma di cui poi chi definisce le politiche sul finanziamento del SSN sembra non tener conto o non poter tener conto, essendo a sua volta sottoposto a vincoli di finanza pubblica. Anche in questo caso si tratta di una evidenza logica che in questo periodo storico non è in grado di influenzare il processo decisionale. Il rischio che molti paventano è quello di minare le basi del modello di tutela universale del diritto di salute. Occorre evitare il rischio che per il servizio sanitario nazionale si arrivi ad un momento in cui si debba dire «l'operazione (contenimento della spesa e rispetto dei vincoli di finanza pubblica) è riuscita, ma il paziente (modello di tutela universalistica del diritto alla salute) è morto».

In varie parti del Rapporto OASI vengono svolte analisi e proposte interpretazioni in grado di riaffermare alcuni principi che devono guidare le scelte dei

responsabili delle politiche di tutela della salute (livello locale, nazionale e regionale), dei manager di aziende sanitarie, altre strutture di offerta pubbliche e private, dei professionisti (medici, infermieri, altri operatori), dei pazienti, delle imprese che appartengono alla filiera della salute. Tutela universale non vuol dire dare tutto a tutti, ma garantire il livello di salute a tutti i cittadini in termini di livelli essenziali di assistenza compatibili con le risorse disponibili e con un loro uso secondo criteri espressi da indicatori quantitativi e qualitativi. Sistema universalistico vuol dire che l'accesso a questi livelli essenziali di assistenza non deve dipendere dal livello di reddito o da altri fattori di esclusione. Il secondo principio riguarda l'adozione di una logica di continuo miglioramento, indipendentemente dal fatto che ci si trovi in periodi di aumento, stabilità o diminuzione di risorse. Il terzo principio considera che il miglioramento può essere stimolato, sostenuto, agevolato da politiche nazionali o regionali, ma non può essere imposto. Il quarto evidenzia che sono le persone a determinare i cambiamenti reali e strutturali. Ma, di fronte ad una realtà complessa, le persone devono avere conoscenze, volontà e potere, per avviare, orientare e governare il cambiamento per ottenere il recupero, il mantenimento e la promozione dello stato di benessere fisico, psichico e, ci sia permesso, spirituale (in senso laico o religioso). Persone che per muoversi in questa prospettiva in un contesto caratterizzato da crescente complessità, incertezze e contraddizioni, devono mettere in campo scienza (razionalità), tecnica (conoscenze applicate a specifici problemi insieme ad esperienza pratica), arte (intesa come intuito e capacità progettuale per il futuro). Oppure, visto in un'altra prospettiva, persone che applicano la regola del «REPE», ossia Razionalità, Emozioni, Passioni, Etica.

Per progettare il futuro, è necessario conoscere il passato, il che dovrebbe consentire almeno di non ripetere gli errori, avere una percezione sulle aspettative della popolazione e sugli scenari ritenuti più probabili da coloro che hanno responsabilità nel sistema, avere la capacità di mobilitare le forze del cambiamento per superare gli ostacoli frapposti da chi intende conservare privilegi e posizioni di potere a vario livello. Per questo, il Rapporto OASI 2014 sarà presentato insieme ad una indagine rivolta da un lato alla popolazione (per avere indicazioni sulle aspettative della domanda) e dall'altro agli scenari ritenuti probabili da chi opera nel sistema (per avere indicazioni dal lato offerta). Infine, per quanto riguarda il superamento degli ostacoli frapposti da chi ritiene di poter trarre vantaggi dal mantenimento di una specie di status quo, occorre sottolineare che sono sicuramente utili i messaggi di speranza e gli effetti annuncio, ma che essi devono essere accompagnati da un sano realismo e pragmatismo. Quando Einaudi e De Gasperi guidarono la ricostruzione dell'Italia post-bellica, indubbiamente fecero leva sulla speranza degli italiani e usarono una certa dose di «effetto annuncio», ma lo corroborarono con una solida conoscenza nei fondamenti dell'economia e in una politica guidata da principi etici. Il rischio di oggi è quello di avere anche una logica di «short-termismo» dell'effetto annuncio che,

se non sostenuto da solide alleanze per il cambiamento, può tradursi in un boomerang, non solo per chi lo usa eccessivamente, ma per l'intero Paese. La speranza secondo Sant'Agostino deve essere sostenuta da due sentimenti: la rabbia (intesa come critica e denuncia) per ciò che non va e il coraggio di affrontare sfide nuove. È pericoloso separare i due sentimenti, lasciare a qualcuno la critica e la denuncia, e chiedere a qualcun altro il coraggio di mettersi in discussione. Di questo dovrebbero tener conto tutti coloro che hanno a cuore il progresso e non il perseguimento di equilibri economici e finanziari, anche a scapito dei livelli di tutela della salute e di qualità della vita.

Milano, ottobre 2014

Elio Borgonovi,  
Presidente CERGAS

Rosanna Tarricone,  
Direttore CERGAS