

Postfazione

di Giovanni Migliore¹

Anche quest'anno il Rapporto OASI ci invita ad un esercizio di *policy* all'insegna della visione strategica e del pragmatismo e quindi, e soprattutto, alla necessità di operare una serie di scelte.

Il dibattito pubblico sulle politiche sanitarie appare, purtroppo, assai distante da questo approccio. Da mesi sentiamo discettare di risorse da mettere a disposizione del SSN, di incrementi nominali ma non reali degli stanziamenti previsti dalla legge di bilancio, con confusione tra finanziamento e spesa, tra allocazioni del Documento programmatico di bilancio e della legge di bilancio. Si scelgono di volta in volta gli indicatori da utilizzare per sostenere le proprie tesi, come se comunità scientifica, *policy maker*, decisori si misurassero per la prima volta con il tema e fossero di fronte ad un nodo da sciogliere dal punto di vista metodologico. Ovviamente non è così, e fa specie doversene occupare.

Se è vero, come è vero, che gli aumenti in valore nominale dei finanziamenti del SSN non sono sufficienti a disegnare un quadro realistico, è altrettanto vero che anche la percentuale di spesa sanitaria in rapporto al PIL può indurre in errori. Se il PIL subisce una riduzione, o crolla, come nel 2020, la percentuale di spesa sale parallelamente e si avvicina alla media dei Paesi dell'OCSE, ma cresce solo virtualmente.

Un indicatore più attendibile, non a caso utilizzato dalle principali agenzie sanitarie internazionali, è la spesa sanitaria pro-capite equivalente deflazionata. Pro-capite perché consente di valutare adeguatamente anche la decrescita progressiva della popolazione italiana, ciò che mette a nostra disposizione, a parità di percentuale di PIL, maggiori risorse per ogni abitante; equivalente per considerare il peso relativo degli anziani, che sono grandi utilizzatori di prestazioni sanitarie (secondo il Ministero della Salute, al di sopra dei 65 anni, 2,98 volte più delle classi tra 0 e 64 anni); deflazionata, per tenere conto dell'effetto delle variazioni dei prezzi e renderla così comparabile negli anni. Una

¹ Presidente della FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie ed Ospedaliere).

valutazione che utilizzi questi criteri consente di concludere che il problema vero non risiede tanto nell'entità degli incrementi delle risorse messe a disposizione dalle ultime leggi di bilancio. Nel 2019, anno precedente l'emergenza pandemica, il finanziamento è stato di 114,4 miliardi di euro, nel 2024 di 134,9 complessivi, cioè 20 miliardi in più. Il problema è semmai il livello molto basso dal quale si parte, frutto del lungo definanziamento del sistema degli ultimi quindici anni, che ci consegna un finanziamento pro-capite equivalente che si attesta nel 2024 su soli 1.533 euro.

L'Italia e il suo sistema di welfare fanno i conti con un debito pubblico elevato, che comporta un costo annuo per interessi superiore alla spesa per l'assistenza e l'istruzione, con una spesa previdenziale che assorbe i due terzi della spesa per la protezione sociale, oltre che con le conseguenze dell'inverno demografico: una popolazione che invecchia e bisogni di salute in crescita. Il tentativo messo in atto dai diversi governi che si sono succeduti alla guida del Paese, con l'eccezione della emergenza pandemica, sembra essere stato quello di stabilizzare il finanziamento per il SSN poco sopra il 6 per cento del PIL, considerato, in assenza di scelte politiche di segno diverso, ciò che possiamo permetterci nel contesto dato. Tanto più che per il futuro, tenuto conto delle nuove regole fiscali europee, la spesa primaria netta complessiva dovrebbe crescere non più della metà della crescita del PIL nominale, parametro alla luce del quale la crescita delle risorse destinate alla sanità prevista dalla legge di bilancio in corso di approvazione rappresenterebbe addirittura un'eccezione positiva.

È lecito domandarsi, quindi, se in un contesto di questo genere abbia senso continuare a proporre all'opinione pubblica un confronto sul SSN polarizzato e schiacciato sul tema del finanziamento, evitando di discutere della questione vera, e cioè come spendere, e come spendere meglio, le risorse a disposizione.

È questa la ragione per la quale, pur riconoscendo, ovviamente, l'importanza del tema risorse, ci siamo astenuti dall'alimentare un dibattito che finisce, di fatto, per distrarre l'attenzione da problemi sul tappeto ormai da anni e tuttora irrisolti, e sui quali dovremmo intervenire, all'insegna di una consapevolezza adulta del contesto con il quale ci misuriamo, e alla quale correttamente il Rapporto ci richiama.

Il PNRR come obbligo, il territorio da organizzare

Aspiriamo legittimamente a disporre di maggiori risorse per il SSN, ma poi non ci occupiamo di quelle che stanno via via arrivando attraverso il PNRR. Sembrano lontanissimi i tempi nei quali si guardava a questo strumento come ad una grande opportunità, alla possibilità di ammodernare e rilanciare il SSN laddove aveva mostrato maggiore fragilità sotto la pressione della emergenza

pandemica, contribuendo anche attraverso questa articolazione del welfare alla ripresa della crescita del Paese. Oggi l'attenzione sembra unicamente dedicata a traguardi, obiettivi, scadenze in genere, e il Piano confinato alla dimensione dell'obbligo da assolvere.

Eppure, siamo in presenza di una inversione di rotta rispetto alle politiche degli anni dieci, con una ripresa degli investimenti pubblici, a lungo auspicata e richiesta. Scontiamo certamente il peccato originale di progettualità programmate in poco tempo, e con un tempo altrettanto limitato per spendere le risorse assegnate, che peraltro non possono essere utilizzate per la spesa corrente, oltre che il forte sovraccarico amministrativo e operativo sui soggetti attuatori. Si è valutato poco, in fase di progettazione, cosa accadrà dopo il 2026, quando finiranno le risorse previste dal PNRR e Case ed ospedali di comunità e Centrali Operative Territoriali, così come prossimità e domiciliarità, dovranno essere mantenute e gestite, a partire dalla necessità di reperire il personale, medici ed infermieri in primis, per garantirne l'efficienza. E questo elemento è senza dubbio all'origine di diffidenze e preoccupazioni, soprattutto da parte dei livelli della governance, come quello regionale, che ben poca voce in capitolo hanno avuto in fase di progettazione.

Non abbiamo il culto degli investimenti come feticcio, per cui qualunque investimento è comunque buono. Ma non possiamo non rilevare che gli oltre 15 miliardi di euro che il PNRR ha messo a disposizione del SSN sono una opportunità che andrebbe colta e sfruttata fino in fondo per produrre un avanzamento del sistema su terreni sui quali ci siamo attardati in disquisizioni molto dotte per almeno un ventennio, se non più. Sarebbe naturale, quindi, attendersi un dibattito pubblico all'altezza della sfida, in grado di soffermarsi adeguatamente, per esempio, sul ruolo dei medici di medicina generale all'interno dei nuovi modelli organizzativi della assistenza sul territorio. E sulle funzioni che pensiamo di attribuire loro per massimizzare il valore aggiunto della loro presenza all'interno delle Case di comunità. O su come garantire, sul territorio, un approccio multiprofessionale in linea con la complessità che ci attendiamo che prenda in carico, come nelle cronicità.

Innestare le innovazioni previste da PNRR e DM77 non sarà una operazione semplice, tenuto conto delle differenti condizioni di partenza e della disomogeneità della capacità di progettazione e realizzazione tra le regioni. Un dibattito pubblico non ideologico e sviluppato per tempo potrebbe supportare utilmente i processi necessari, contribuendo a mantenere la giusta tensione strategica tra nuove regole e standard da una parte, e territori, con le loro peculiarità ed esperienze pregresse, dall'altra.

La riorganizzazione di cure ed assistenza sul territorio comporterà ricadute anche sul sistema ospedaliero. Pensiamo al rapporto e alla integrazione che dovrà crearsi, per esempio, con Case ed Ospedali di comunità. Bene ha fatto il Ministro della Salute a mettere in cantiere la revisione del DM70, a dieci anni

dalla sua approvazione, per ridisegnare la rete di offerta ospedaliera, stabilendo nuovi standard organizzativi che terranno conto anche dello sviluppo della rete territoriale dei servizi.

Rimettere in discussione gli assetti e gli standard organizzativi di ospedale e territorio può essere anche una opportunità per riflettere su come percorrere e superare quell'ultimo miglio in termini di efficientamento che ci consentirebbe, per esempio, di ridefinire il profilo di quei 100 ospedali con meno di 50 posti letto e di valutare quello degli altri 100 con un numero di posti letto tra 50 e 100, certamente non tutti collocati in aree isolate, e di rivalutare la presenza di punti nascita al di sotto dei 500 parti annui. O per riprendere il filo della concentrazione/centralizzazione di laboratori di analisi, trasfusionali, radiologie, anatomie patologiche, che tanta buona prova di sé hanno dato dove sono state implementate, tanto dal punto di vista della qualità e sicurezza delle prestazioni che per l'utilizzo delle risorse.

Appropriatezza e valore, antidoti alla tirannia delle prestazioni

Il Rapporto ci richiama, ormai da qualche anno, a prendere atto che l'universalismo del SSN è ormai, al di là delle dichiarazioni e delle petizioni di principio, un universalismo selettivo di fatto, e che il contesto richiederebbe il coraggio di scelte chiare e trasparenti e l'individuazione delle priorità. In assenza di orientamenti di questo genere e di azioni conseguenti, la selezione delle priorità è casuale, e l'utilizzo del SSN disomogeneo e randomico, senza correlazioni razionali con la realtà epidemiologica e la domanda potenziale. A tutto ciò si aggiunge il disallineamento e la disconnessione tra prescrizioni e capacità di offerta del sistema.

Che ci sia la necessità di ridefinire il perimetro di azione del SSN è stato sottolineato, di recente, anche dalla Corte dei conti, nel corso della audizione sul Disegno di Legge di Bilancio 2025. La Corte ha sottolineato che la progressiva riduzione delle risorse che sarà possibile veicolare a tutti i settori attraverso il bilancio pubblico richiederà, anche perseguendo recuperi di efficienza nella spesa, "una chiara riscrittura" dei servizi garantiti. E aggiunge che ciò appare più urgente in ambito sanitario, per le specifiche caratteristiche del servizio e per gli effetti sullo stesso delle condizioni nelle quali opera chi è chiamato a garantire quel servizio.

Tuttavia, sappiamo che scelte di questo genere non trovano, al momento, il consenso della politica e che le prospettive, a meno di crisi particolarmente gravi, non sembrano lasciare spazio ad una evoluzione in questa direzione.

Restiamo convinti che risultati comunque significativi si possano ottenere con una ripresa decisa dell'impegno per l'appropriatezza, non rassegnandosi alla debolezza del governo clinico segnalata dal Rapporto. E che si debba ab-

bandonare una volta per tutte la logica prestazionale, privilegiando il valore di ciò che mettiamo a disposizione dei cittadini, e spostando l'attenzione sull'intero percorso di presa in cura e sui benefici effettivi in termini di esiti di salute, di stato di salute raggiunto o mantenuto, di sostenibilità nel tempo dei risultati conseguiti, di effetti a lungo termine dei trattamenti, di esiti funzionali e per la qualità della vita.

Alcune Aziende sanitarie stanno sperimentando percorsi di presa in cura ispirati all'approccio della *Value Based Health Care*. Sarebbe necessario sostenere il loro impegno, ripensando le modalità di rimborso delle prestazioni, basandole sull'intero ciclo di assistenza (*bundle payment*), come previsto dall'approccio della VBHC, e non sulla singola prestazione erogata.

Decidere di pagare prendendo come riferimento l'intero ciclo di assistenza accrescerebbe la scelta a sostegno del valore di ciò che garantiamo ai cittadini, e riorienterebbe la programmazione e l'organizzazione sanitaria all'insegna di una maggiore e più diffusa consapevolezza di ciò che è effettivamente utile, e della necessità di utilizzare al meglio le risorse disponibili. I sistemi di rimborso dovrebbero tenere conto dell'intero ciclo di assistenza per le patologie acute, dell'assistenza complessiva per un periodo definito per le patologie croniche, dei servizi di prevenzione per una popolazione specifica. L'attuale sistema tariffario, al contrario, premia i volumi delle prestazioni, non il valore complessivo della presa in cura e i suoi esiti e, quindi, neanche il miglior utilizzo delle risorse.

Ovviamente tutto ciò richiede che sia garantito il superamento della logica dei silos organizzativi e si promuova un approccio integrato ai percorsi di cura. Le stagioni della digitalizzazione e gli investimenti previsti dal PNRR dovrebbero contribuire a mettere a disposizione del SSN piattaforme informatiche in linea con modelli organizzativi trasversali e plurifunzionali, basate sui pazienti più che sulle specialità o sulle articolazioni organizzative, accessibili e fruibili per i professionisti e gli operatori sanitari, e indispensabili per adottare modalità di pagamento di tipo *bundle*.

Non si tratta di riflessioni accademiche. Le Aziende hanno la necessità che si definisca un modello di finanziamento che, utilizzando le tecnologie dell'informazione già disponibili, e almeno in parte già in uso, possa concorrere a restituire reale valore salute a fronte delle risorse investite. L'approccio VBHC può favorire questa evoluzione e contribuire ad allontanare il sistema dalla concentrazione prevalente sulle prestazioni, orientandolo alla efficacia misurata in termini di esiti di salute. Le esperienze già realizzate in Olanda, Germania e Regno Unito sono più che incoraggianti, tanto rispetto alla qualità complessiva della presa in cura, che alla soddisfazione dei pazienti e alla riduzione dei costi.

La programmazione, questa sconosciuta

La carenza di personale è, ormai da tempo, una delle questioni centrali per il SSN. Il dibattito che ne è scaturito è piuttosto sbilanciato sulla carenza di medici, da quelli di medicina generale agli specialisti della emergenza-urgenza, anche se in realtà dovremmo preoccuparci assai di più della indisponibilità di infermieri. I dati dell'Ocse sono chiari in proposito. Al di là delle criticità registrate per alcuni profili, l'Italia ha un numero di medici per mille abitanti in linea con la media dei paesi più avanzati, anche se la loro età media è la più elevata d'Europa. La situazione delle professioni infermieristiche è ben più grave, con due infermieri per mille abitanti al di sotto della media dell'Ocse e paesi come la Germania che ne hanno il doppio rispetto a noi. Senza contare le implicazioni dei nuovi modelli organizzativi e la necessità del sistema di essere sempre più impegnato sul territorio.

Dovremmo preoccuparci, quindi, di formare più infermieri, anche perché nei paesi occidentali più avanzati alcuni compiti originariamente svolti dai medici sono stati trasferiti via via ad altro personale sanitario (il cosiddetto *skill mix change*). Ma al momento non andiamo esattamente in quella direzione. Il rapporto tra i posti nei corsi di laurea messi a bando per infermieri e medici è passato da 1,85, nel 2009, a 1,31 nel 2022, quindi abbiamo ripreso a formare, in proporzione, più medici che infermieri. Quanto allo *skill mix change*, gli indicatori segnalano che siamo praticamente fermi sugli stessi valori dal 2009.

È noto che la carenza di personale è strettamente intrecciata con una serie di elementi che hanno concorso, via via, a consolidare il quadro attuale. La vetustà delle norme sul reclutamento, il basso livello delle retribuzioni, agli ultimi posti in Europa, l'indisponibilità di percorsi di carriera in grado di valorizzare professionisti ed operatori, sistemi di valutazione inadeguati, premialità appiattite. Tutti elementi ai quali bisognerebbe porre mano rapidamente, visto che l'entità dei problemi che hanno contribuito a generare non consente ulteriori rinvii. Elementi che richiedono visione di medio-lungo periodo e soluzioni pragmatiche per l'oggi. Per quanto ci riguarda, si tratta di un nodo che va affrontato con strumenti di gestione manageriale, recuperando il perimetro d'azione delle Aziende per restituire attrattività alla sanità pubblica. Dobbiamo poter investire sul benessere organizzativo e, soprattutto, sulla crescita delle risorse umane, superando vecchie logiche corporative e i silos professionali. Ciò richiede una coraggiosa revisione delle normative sul pubblico impiego, che mal si adattano a un settore sempre più altamente professionalizzato come la sanità.

Ma in tutte queste riflessioni c'è una grande assente, la programmazione. L'esempio più eclatante riguarda certamente il personale sanitario, gli infermieri piuttosto che i medici di medicina generale, solo per citare due esempi. Ma potremmo citare le scelte che riguardano la prevenzione o le politiche della

cronicità, o le decisioni riguardanti il perimetro dei LEA e l'allocazione delle risorse.

Ora si riparla, dopo un quindicennio, di piano sanitario nazionale. E sarebbe già un passo avanti non da poco per disporre di una cornice definitiva, e anche una occasione di dibattito e di confronto sulle questioni di maggior rilievo per il SSN. Ma serve anche qualcosa in più. In primo luogo, la forza di riportare l'attenzione del Paese dal presente al futuro, provare ad allungare lo sguardo, testimoniare che per realizzare condizioni migliori per i cittadini occorre avere un disegno coerente e programmazioni di medio-lungo periodo verso cui convogliare le fonti di finanziamento. Sono necessarie agende chiare per gli interventi da mettere in atto, possibilmente in modo rapido ed efficace. Ma non bastano, se non siamo in grado di accompagnarle ad una visione più complessiva, che riguardi il modello di sviluppo delle politiche sanitarie e di welfare, le modalità di intervento pubblico, le strategie per superare le disuguaglianze, in grado di intercettare il consenso dei cittadini e la loro piena consapevolezza rispetto a progetti ed obiettivi comuni. In Italia un approccio di questo genere manca da tempo, e le prospettive di medio-lungo periodo sono marginali nel dibattito pubblico, quasi viste con sospetto.

Quanto al management e al suo ruolo, in questi anni abbiamo ribadito più volte che i suoi margini di manovra e di autonomia si sono drammaticamente ristretti. Dobbiamo restituire centralità all'azione del management della sanità pubblica, e liberarla, tagliando la burocrazia, consentendo la valorizzazione dei professionisti, mettendo a disposizione delle aziende gli strumenti indispensabili per operare le scelte più efficaci per la salute pubblica. È tempo di riforme sostanziali per il sistema sanitario, le Aziende possono fare molto per innovare i servizi, valorizzare il personale, garantire maggiore efficienza ai cittadini. Ma bisogna avere coraggio e fare presto.

