

Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



Sei nodi da sciogliere per il SSN

Postfazione di Giovanni Migliore¹

Anche questa edizione del Rapporto OASI ci consegna una rendicontazione dettagliata della evoluzione del Ssn nel corso dell'anno che abbiamo ormai alle spalle, utile per evidenziare e tenere a mente i fili rossi che l'hanno governata e, soprattutto, ciò che resta e con cui dovremo misurarci nei prossimi mesi. A ormai tre anni dall'avvio della pandemia, il sistema sembra pressoché completamente orientato a tornare ad una nuova normalità, o a ciò che il British Medical Journal ha definito di recente, più prudentemente, la realtà dopo i primi brutali anni della pandemia globale da Covid, con tutto il suo carico di aspettative e di auspici.

Ci attendevamo, per esempio, che il dibattito preelettorale certificasse, almeno in parte, la ritrovata centralità della sanità tra le politiche pubbliche. Ma ben presto abbiamo dovuto constatare che le questioni di maggior rilievo riguardanti le politiche sanitarie erano tornate rapidamente nel cono d'ombra nel quale sono state relegate, a lungo, nel decennio passato. Come già accaduto per le riforme della Missione 6 del PNRR, il dibattito è rimasto invece confinato nella ristretta cerchia degli addetti ai lavori e non è riuscito a far emergere il disegno di una revisione organica del Ssn, in grado di integrare gli interventi via via proposti e di raccordarli con le progettualità previste dallo stesso PNRR, che pure avrebbero dovuto rappresentare un quadro di riferimento quasi obbligato.

Fa bene, quindi, il Rapporto a proporci il suo esercizio di agenda setting sui principali temi di policy, e sullo scollamento tra evidenze e narrazioni, un esercizio particolarmente utile in questo momento, al netto delle soggettività che inevitabilmente comporta.

Non si può non concordare con le preoccupazioni riguardanti il futuro della sostenibilità del welfare collegate al declino demografico. I nati nel nostro Paese sono scesi ormai abbondantemente sotto la soglia del mezzo milione an-

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

nuo (399.431 nel 2021), neanche la metà rispetto a quanto accadeva negli anni Sessanta del secolo scorso. Un dato che contribuisce a delineare la fotografia di un invecchiamento record della nostra società, con oltre un quinto della popolazione al di sopra dei 65 anni, e i giovani al di sotto dei 15 anni fermi a poco più del 13%, e con tutto ciò che comporta in termini di maggior impatto di multicronicità e non autosufficienza, solo per citare due aspetti.

Le politiche del welfare sono strettamente interconnesse tra loro. Occuparsi della loro sostenibilità richiede innanzitutto capacità di riconoscere i tanti elementi che giocano un ruolo e la pluralità e complessità delle questioni che hanno concorso negli ultimi decenni a determinare il quadro con il quale ci misuriamo oggi. E qualunque strategia non può essere messa a punto se non si ha chiaro preventivamente che ciò che dobbiamo mettere in campo, spesso, non riguarda solo quel tema specifico.

Anche per la sanità, possiamo cominciare a sciogliere alcuni nodi rovesciando le questioni, e provando ad individuare strategie, politiche, investimenti, azioni che possano concorrere a realizzare, in una prospettiva di medio-lungo termine, un ambiente progressivamente più favorevole al raggiungimento degli obiettivi sui quali puntiamo.

Mettere in sicurezza il SSN

Il primo nodo da sciogliere riguarda le risorse. Le fasi più dure della pandemia sono state per l'opinione pubblica l'occasione per scoprire gli effetti di anni di definanziamento del SSN, sorpreso dall'emergenza in una condizione che lo ha fatto sembrare impreparato non solo per ragioni legate alla specificità ed imprevedibilità del Covid. L'Italia si è mantenuta, nel finanziamento del SSN, stabilmente al di sotto di molti altri Paesi europei, tanto nel decennio tra il 2000 e il 2010 che nel successivo, con un tasso di crescita della spesa reale tra il 2010 e il 2020 inferiore rispetto a quello del decennio precedente. La copertura pubblica della spesa sanitaria, considerata una misura di equità dei sistemi sanitari universalisti, attualmente è ancora elevata (73,9%) ma ha registrato nel corso del decennio 2010-2019 una riduzione significativa (- 4,5%). I dati documentano, sino a poco prima della pandemia, un sistema frugale nella spesa e capace di tenerne sotto controllo i tassi di crescita, sempre al di sotto di quelli dei principali Paesi occidentali avanzati.

Nonostante nella Nedef 2021 si annunci che “con la prossima Legge di Bilancio 2022-2024 sarà rafforzato il sistema sanitario nazionale, al fine di migliorare l'accesso alle cure e incoraggiare la prevenzione” e che “risorse aggiuntive saranno destinate ai rinnovi dei contratti pubblici”, le previsioni sull'andamento della spesa sanitaria rispetto al PIL per i prossimi anni, contenute nello stesso documento, non lasciano spazio all'ottimismo. A legislazione vigente la spesa sanitaria scenderà al 6,7% nel 2022, al 6,3% nel 2023, al 6,1% nel 2024, tornando sostanzialmente a percentuali pre-pandemia.

Che il Paese tenda a dimenticare in fretta quanto è stato condiviso in editoriali, indagini sui magazine, talk televisivi, prese di posizione in Parlamento, ecc. ecc., e che sembrava un punto di non ritorno, non stupisce. La guerra in Europa e la crisi energetica che ne è derivata, con il rincaro dei costi di materie prime ed energia, l'inflazione a due cifre come non avveniva da decenni, la recessione e la modestissima crescita del PIL annunciate per il prossimo anno, sono tutti elementi che concorrono ad allontanare l'attenzione della opinione pubblica dalla sanità, insieme alla convinzione, non troppo fondata come ben precisato in apertura di questo Rapporto, che le risorse del PNRR garantiranno le condizioni per l'ammodernamento necessario e il rilancio strutturale e stabile del SSN.

Qualcuno ha proposto, tenuto conto del valore costituzionale della tutela della salute, di inserire un vincolo in Costituzione per le risorse da destinare al SSN. Si tratta di una istanza che avrebbe un indubbio valore simbolico, ma che si misura con difficoltà congiunturali e con l'incertezza dell'esito finale della operazione. Si potrebbe optare più semplicemente, dati alla mano, per la richiesta di attestare il nostro Paese su uno stanziamento dell'8% del PIL dedicato al FSN. Si tratta di un valore superiore al 7,3% del 2021 e al 7,5% del 2020, ma che terrebbe conto di situazioni congiunturali alle quali il SSN deve fare fronte, come i rincari del costo della energia, le tante questioni ancora in sospeso, come per esempio la stabilizzazione del personale, per le quali saranno necessari ulteriori fondi oltre a quelli già stanziati, e la necessità di recuperare un po' del terreno perduto negli ultimi due decenni. Una spesa sanitaria attestata sul valore dell'8% del PIL, inoltre, ci riporterebbe in linea con la media dei Paesi europei più avanzati.

Investire sul personale

Un secondo nodo riguarda il personale. Da più di un anno la Federazione sollecita i principali stakeholder istituzionali sulle questioni che lo riguardano. Una prima risposta è arrivata dal Governo, nella scorsa legislatura, con il finanziamento della stabilizzazione di una parte del personale precario assunto nel corso della pandemia. La stabilizzazione di quanti si sono occupati della salute degli italiani nel corso della emergenza è urgente, perché interviene per porre rimedio ad una condizione di debolezza strutturale del sistema, che riguarda la garanzia di poter continuare ad assicurare i Lea, prima ancora che la gestione di eventuali nuove emergenze.

Tuttavia, si è trattato solo di un primo passo, avviato a velocità diverse dalle Regioni, sul quale è intervenuta, peraltro, la gelata del caro energia, che ha cambiato rapidamente il quadro delle risorse disponibili. È necessario, inoltre, tenere conto di un contesto più ampio. Al di là delle stabilizzazioni, abbiamo bisogno di aprire una nuova stagione di investimenti sulle risorse umane, e di riprendere ad occuparci di programmazione e formazione, con un occhio

particolarmente attento alle nuove professionalità e ad uno skill mix di competenze diverso rispetto al passato. E c'è un evidente problema di disponibilità di alcune figure professionali, medici e infermieri in primis. Provvedimenti come l'aumento dei posti nei corsi universitari di Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie e delle borse di studio per le specializzazioni impiegheranno alcuni anni per produrre i loro effetti.

Nel frattempo, bisognerà prepararsi per assicurare le risorse umane per i nuovi setting assistenziali come Case ed Ospedali di comunità e per accompagnare l'innovazione necessaria, in primo luogo quella organizzativa. Ma anche per continuare a garantire i servizi ai cittadini, qui ed ora. Nei servizi di emergenza-urgenza, per esempio, che nel 2022 hanno visto dimettersi dai pronto soccorso circa 600 medici e per i quali si stima che manchino all'appello circa 4mila medici. Sempre più spesso i concorsi banditi dalle Aziende sanitarie e ospedaliere per reperire personale medico da destinare a questi reparti vanno deserti, a causa di carichi di lavoro estenuanti e retribuzioni ancora insufficienti per i professionisti impegnati in prima linea. Una condizione che finisce per incentivare la fuga dal pubblico al privato, e accentuare ulteriormente le carenze di organico.

Per superare queste criticità non si può, quindi, attendere la maggiore disponibilità di medici specialisti, ma sono necessari provvedimenti straordinari per affrontare la situazione oggi, che si affianchino alla programmazione di medio-lungo periodo, restando in vigore per 24-36 mesi, e che consentano di assumere sia i laureati in Medicina e Chirurgia abilitati all'esercizio della professione, sia gli specializzandi in regime di libera professione durante il loro percorso formativo.

Le politiche del personale esigeranno una pianificazione attenta e consapevole, in grado di evitare il rischio di ritorni al passato e alle culture organizzative tradizionali, con le loro suddivisioni classiche in discipline, setting e responsabilità collegate e di garantire ai servizi sanitari l'innovazione necessaria. Bisognerà aver cura per la formazione, in particolare nei confronti delle figure professionali chiamate a cambiare ruolo o maggiormente coinvolte nei cambiamenti organizzativi, e del middle management, oltre che per gli strumenti che supportano la cura delle risorse umane, dalle retribuzioni alla valorizzazione del merito e agli sviluppi di carriera.

Tutte ragioni che confermano come sia arrivato il momento di lasciarsi definitivamente alle spalle la stagione dei blocchi e dei tetti di spesa, puntando con determinazione su investimenti, programmazione e formazione per ridisegnare servizi e processi sottostanti, ripensare profili e mix di competenze professionali, riallocare risorse e allineare il SSN ai bisogni di salute proposti dal contesto epidemiologico attuale e prossimo, utilizzando al meglio la spinta della innovazione tecnologica ed organizzativa.

La centralità necessaria del territorio

Il terzo nodo da sciogliere è il territorio. La pandemia ha dimostrato definitivamente che l'assetto attuale del SSN ha un punto di evidente debolezza proprio lì. Il sistema sanitario si è scoperto, ancora, in tutta la sua ospedalocentricità, a dispetto di almeno due decenni di dibattiti sulla centralità necessaria del territorio, e ha bisogno di rovesciare la logica sul quale è stato costruito, spostando il baricentro delle attività assistenziali dall'ospedale al territorio.

L'attenzione della Missione 6 del PNRR per il territorio è stata apprezzata per gli investimenti previsti, un po' meno per l'attenzione prevalente alle strutture più che ai processi. Tuttavia, è innegabile che quelle strutture siano necessarie, soprattutto per colmare i divari regionali, e che il PNRR non va interpretato come lo strumento unico delle politiche sanitarie. L'investimento in assistenza domiciliare per concorrere al mantenimento della autosufficienza, la scelta del domicilio del paziente come setting privilegiato per l'assistenza territoriale, la realizzazione delle strutture intermedie con un occhio attento al riequilibrio della dotazione rispetto ad altri Paesi europei e alle disomogeneità tra regioni, il rafforzamento della medicina generale e delle cure primarie, sono punti di una agenda obbligata per affrontare il quadro epidemiologico attuale e futuro e, in particolare, il peso crescente di cronicità e comorbidità.

Il D.M. 77 e il Regolamento per la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario nazionale è senza dubbio un passo in avanti. Ora disponiamo di riferimenti omogenei per tutto il territorio nazionale che riguardano Case e Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali (COT) e unità di continuità assistenziale, i servizi che devono garantire, il fabbisogno di personale.

Tuttavia, è evidente che fissati i riferimenti e gli standard strutturali, bisognerà lavorare ora alla costruzione dei processi che garantiranno l'integrazione di quelle strutture nelle diverse realtà territoriali e nella offerta di cure e di assistenza esistente, compreso il raccordo con gli ospedali.

È un percorso che richiederà l'attivazione di una serie di processi, e la condivisione degli stessi da parte delle diverse comunità professionali coinvolte. Case e Ospedali di Comunità possono giocare un ruolo significativo per la promozione della salute e la gestione delle cronicità, a patto che non siano visti solo come strutture, ma soprattutto come opportunità per promuovere un modello integrato e multidisciplinare di presa in carico. Garantire una presa in carico efficace, soprattutto per le cronicità, guardando agli outcome di salute più che alle prestazioni erogate, puntare su un nuovo modello organizzativo della medicina territoriale, in grado di integrare medicina generale e sistema delle cure primarie e di raccordarsi con la dimensione ospedaliera, rendere praticabile e sostenibile la scelta del domicilio del paziente come setting privilegiato dell'assistenza territoriale, riqualificare le cure intermedie, solo per citare alcune delle questioni sul tappeto, richiederà una attenzione costante ai veri

obiettivi del cambiamento che vogliamo portare nel SSN. Un percorso che non potrà prescindere dalla ripresa della riflessione sul ruolo della medicina generale nel nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale, oltre che sulla definizione più dettagliata del profilo dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Digitalizzare e fare buon uso dei dati

Il perseguimento e il raggiungimento della gran parte degli obiettivi del SSN in questa stagione si incrocia con la digitalizzazione del SSN, uno degli elementi di maggior rilievo per accrescere efficienza ed efficacia dei servizi sanitari. Non a caso il PNRR la considera un fattore abilitante delle principali politiche pubbliche, a cominciare da quelle sanitarie. Per il SSN non si tratta solo di informatizzare i processi o di utilizzare strumenti di telemedicina, la vera posta in gioco, al di là della dimensione strettamente tecnologica, risiede nella nostra capacità di ripensare e riprogettare i servizi sanitari, i loro modelli organizzativi e di fruizione da parte dei pazienti, in maniera che garantiscano il massimo della interconnessione e interoperabilità, e utilizzino le logiche e il valore aggiunto dei sistemi digitali, sin dalla progettazione. In altre parole, significa introdurre l'innovazione tecnologica accompagnandola con l'innovazione organizzativa necessaria ed indispensabile. Un approccio di questo genere consentirà anche la generazione di una quantità di nuovi dati, che si aggiungeranno a quelli già oggi disponibili, ponendo definitivamente sul tappeto il tema della utilizzazione strutturale dei Big data, per esempio per la programmazione in ottica di health population management.

Le piattaforme digitali potrebbero rappresentare una svolta storica, consentendo la concentrazione in maniera dinamica e attiva di dati e materiali riguardanti, per esempio, una determinata patologia cronica e la sua gestione, in maniera da svolgere funzioni di raccolta, connessione e confronto, e la ricomposizione della divaricazione tra cure primarie sul territorio e prevenzione, in una logica di medicina di popolazione che si porta dietro la ricostruzione e il supporto alla filiera dei vari setting di cura. Tutto questo potrebbe essere utile a potenziare la nostra proattività nella capacità di presa in carico, a tutti i livelli. Big data e intelligenza artificiale aumentano in maniera esponenziale la nostra capacità di cogliere i collegamenti tra i fenomeni che osserviamo, i dati e le informazioni messi a disposizione dalla ricerca scientifica e tecnologica. Il digitale entra su questo terreno potenziando ulteriormente le sinergie possibili e rendendole fruibili.

Che il PNRR consideri prioritarie queste strategie è, dunque, un'ottima notizia e deve richiamare tutta la nostra attenzione, anche in considerazione della necessità di guardare agli interventi per questa area progettuale non soltanto per ciò che attiene all'acquisizione di nuove tecnologie e alla progettazione, ma anche per la formazione e la cura delle risorse umane che ne derivano. La sfida per la digitalizzazione è, infatti, anche una sfida per la flessibilità e capacità

di adattamento della componente professionale del SSN, e si gioca sul terreno dell'aggiornamento e del rinnovamento delle competenze.

Lo sviluppo della trasformazione digitale nel SSN richiede, in definitiva, una strategia nazionale integrata ai diversi livelli, in grado di tenere conto di tutti gli stakeholder in campo decisori, comunità professionale, cittadini e pazienti, e del loro coinvolgimento, e del progresso parallelo e sincrono dei piani di azione previsti per ciascuna linea direttrice.

La prevenzione dimenticata

Tra le lezioni della pandemia che ci auguravamo definitivamente apprese c'è quella che riguarda la prevenzione, il quinto nodo da sciogliere. Le difficoltà del nostro sistema di prevenzione nel corso della emergenza sono state evidenti e a lungo al centro di prolungate riflessioni critiche, tanto rispetto alla capacità di previsione della evoluzione della pandemia che alla gestione, per la parte di sua competenza, delle diverse fasi. Ma anche per il drastico rallentamento delle attività ordinarie, comprese quelle di diagnosi precoce, con un calo significativo nella adesione agli screening nel primo anno di pandemia.

Invece i riferimenti alla prevenzione nella Missione 6 sono piuttosto scarni e, al di là del riferimento alla “definizione entro la metà del 2022, a seguito di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio One-Health”, non si prevedono risorse dedicate.

Lo sforzo di aggiornamento e ammodernamento del SSN che il PNRR mette in campo rispetto ai deficit strutturali accumulati nel corso degli anni lascia fuori, di fatto, il sistema di prevenzione. Eppure, il SSN al pari di altri sistemi sanitari di Paesi occidentali avanzati, e al di là degli orientamenti più o meno avanzati e delle formalizzazioni teoriche, ha affrontato sinora malattia e salute puntando pressoché esclusivamente su diagnosi e cura. L'emergenza pandemica ha messo drammaticamente in evidenza come e quanto questo approccio non sia più sostenibile.

Il quadro attuale delle malattie non trasmissibili e l'irruzione delle sindemie impone una riflessione sulla impostazione di servizi sanitari universalistici come il nostro, che non possono continuare ad occuparsi prevalentemente, se non esclusivamente, del contrasto alla espansione delle patologie e delle opportunità di diagnosi e cura delle stesse. In altre parole, non si può continuare ad investire solo sulla singola malattia o sul singolo gruppo di malattie, su questo o quel settore dei LEA. È necessario investire anche, e in maniera crescente, sulla loro prevenzione, con attenzione particolare per le cause, comprese quelle legate al contesto generale, ambientale e sociale.

La fase post-pandemica, o di convivenza con la pandemia, è una opportunità per ridefinire gli obiettivi delle politiche sanitarie, tenendo in considerazione tanto la dimensione individuale che quella di popolazione della salute. Un sistema uni-

versalista come il nostro, saldamente collocato all'interno del welfare, non può non porsi di fronte alle attività di programmazione, ai diversi livelli, senza una attenzione costante per entrambe queste dimensioni, anche in un'ottica di prevenzione.

E la concezione One Health, ripetutamente evocata dal PNRR, richiede un salto di qualità nell'approccio complessivo alla prevenzione, e attenzione, progettualità, risorse e investimenti conseguenti. Siamo ancora in tempo per evitare che tutto questo sia relegato, ancora una volta, ai margini delle politiche sanitarie del Paese.

Guardare a Sud

L'ultimo nodo, ma non certo in ordine di importanza, riguarda il SSN nelle regioni del Sud. Riavviare la riflessione pubblica sul SSN è necessario e indispensabile, riavviare questa riflessione da Sud dovrebbe essere una priorità assoluta. In primo luogo per rimediare al silenzio sulle questioni principali che riguardano la tutela della salute nelle regioni del Mezzogiorno. Poi perché, come è noto, il PNRR prevede che il 40% delle risorse destinate al territorio vada alle regioni del Sud e alle Isole. E per la sanità, alle risorse previste dalla Missione 6 vanno aggiunte quelle del Pon Sanità, il primo Piano operativo nazionale finanziato dalla Commissione EU e interamente dedicato alle regioni del Mezzogiorno. Una opportunità ulteriore, per i finanziamenti messi a disposizione del SSN nelle regioni del Mezzogiorno, 625 milioni di euro, ma soprattutto per le aree di intervento alle quali sono destinati, screening oncologici, salute mentale, consultori e salute di genere, contrasto della povertà sanitaria, che segnalano per quelle stesse regioni numeri che destano qualche preoccupazione.

Dalla speranza di vita alla nascita alla mortalità, compresa quella evitabile, dalle malattie non trasmissibili alle multicronicità, regioni del Sud e Isole presentano quasi sempre dati peggiori rispetto alla media nazionale. Nonostante gli innegabili progressi realizzati, tanto per capacità gestionale che per qualità dei servizi messi a disposizione dei cittadini, il divario con le altre aree territoriali del Paese, dunque, dati alla mano, non sembra essere stato ancora intaccato.

È giusto, quindi, occuparsi di questi divari, e delle diseguaglianze di salute che ne derivano. Il tema si intreccia, peraltro, con il dibattito sui determinanti di salute, che ciclicamente esce dalla dimensione carsica dei dibattiti accademici e torna ad interessare la politica. E con le riflessioni sulla distribuzione delle risorse e la possibilità di incidere, attraverso di esse, sulla qualità dei servizi sanitari regionali. La Regione Campania ha sollevato, ancora di recente, la questione del riparto delle risorse del Fondo sanitario nazionale, chiedendo di includere tra i criteri che lo governano anche gli indici di deprivazione sociale, che tengono conto tra l'altro dello svantaggio di un territorio per istruzione, lavoro, abitazione e condizioni familiari.

Ha senso parlare del rilancio del sistema sanitario delle regioni del Sud? Ci sembra che si possa rispondere affermativamente a questa domanda, non

retoricamente, ma con la convinzione e la consapevolezza necessarie. In primo luogo perché le Aziende sanitarie e il management che le guida hanno dimostrato in tutti questi anni di saper affrontare con successo la complessità dei Piani di rientro. Le regioni in Piano, per lo più concentrate nel Mezzogiorno, sono riuscite a riportarsi per la maggior parte all'interno dei parametri previsti dalla Griglia Lea. Ora bisogna investire per convergere in termini di qualità e sicurezza delle prestazioni sulle regioni che fanno registrare le performance migliori, ma un primo risultato, importante, è stato conseguito, e non era affatto scontato che accadesse. In secondo luogo perché alcune regioni del Sud sono protagoniste di esperienze estremamente innovative e interessanti, per esempio sul terreno della digitalizzazione per il controllo al domicilio delle cronicità che non richiedono ospedalizzazione, che coniugano innovazione scientifica e tecnologica con innovazione organizzativa. È la strada giusta, il management della sanità italiana investe quotidianamente su questa stessa visione e su questa prassi. E infine, perché la condizione del servizio sanitario nel Sud non può, e non deve essere una questione che riguardi solo i cittadini di questi territori, ma deve essere considerata una questione nazionale.

Un SSN ecosistema della innovazione

Gli obiettivi previsti dal PNRR e dalle policy che ne deriveranno e che via via saranno messe in campo sono rilevanti e, se raggiunti, segneranno in maniera indelebile un'epoca. Ma c'è un traguardo ancora più ambizioso alla nostra portata, cioè fare del SSN un ecosistema favorevole alla innovazione, scientifica, tecnologica ed organizzativa, consentendogli di mettersi in sicurezza rispetto a nuove possibili pandemie e ad ulteriori cambiamenti del quadro demografico ed epidemiologico e dei bisogni di salute. Non un sistema che teme l'evoluzione possibile del contesto come elemento di potenziale insostenibilità, quanto piuttosto un ambiente consapevole che l'innovazione è l'unica vera arma a disposizione per far fronte a questo genere di scenario, che l'esperienza ci insegna proporsi ciclicamente.

Il contesto delle politiche sanitarie pubbliche è segnato sempre di più dalla esigenza di concentrare l'attenzione sulla mission effettiva del SSN, cioè produrre salute, non prestazioni e servizi sanitari, e garantirne la sostenibilità nella accezione più completa della parola, tenendo conto dei bisogni di salute ai quali assicurare risposte. Transizione demografica ed epidemiologica richiedono nuove politiche, a partire da investimenti organizzativi che abbiano il coraggio di innovare e riformare le vecchie modalità di erogazione dei servizi, lasciandosi definitivamente alle spalle le logiche prestazionali e puntando sulla appropriatezza allocativa in relazione alla tipologia di bisogni via via emersi e consolidati. L'invecchiamento della popolazione, le cronicità, i nuovi bisogni di cura ed assistenza, la pressione della innovazione tecnologica e le ricadute di tutto ciò richiedono un definitivo cambio di prospettiva.

La pandemia ci ha lasciato in eredità centinaia di migliaia, secondo alcune stime milioni, di prestazioni non erogate. Ferma restando la necessità di recuperarle secondo criteri di priorità, a partire da quelle oncologiche, chirurgiche e di screening, questo potrebbe essere il momento giusto per fare un passo in avanti ed aumentare la qualità della presa in carico da parte del SSN. Non possiamo garantire efficacemente la tutela della salute continuando a privilegiare l'erogazione di singole prestazioni. La partita vera si gioca sull'intero percorso di presa in carico e sui suoi esiti in termini di salute o di qualità della vita. Una spinta in questa direzione è già arrivata attraverso i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, che tuttavia restano ancorati a scelte clinico-organizzative delle singole realtà.

Una riflessione di questo genere è anche una opportunità per ripensare i criteri per l'allocazione delle risorse, mettendo in discussione quelli adottati tradizionalmente per fare spazio a valutazioni della efficienza allocativa e misurazioni dei costi in relazione agli esiti raggiunti in termini di salute, e concentrare definitivamente l'attenzione sui benefici effettivi prodotti da ciò che mettiamo a disposizione dei cittadini. Decidere di pagare prendendo come riferimento l'intero ciclo di cura e assistenza, accrescerebbe la scelta a sostegno del valore (secondo quanto indicato dalle teorie che si ispirano al Value Based Health Care) 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. In altre parole, si allontana il sistema dalla concentrazione prevalente sulle prestazioni, orientandolo alla efficacia misurata in termini di esiti di salute (outcome).

Di dosi robuste di innovazione il SSN ha bisogno anche su un altro terreno, quello della transizione energetica. In questo momento l'attenzione è pressoché completamente assorbita dagli oneri aggiuntivi per i bilanci delle Aziende a causa della lievitazione del costo della energia. Dal governo è arrivato un primo stanziamento importante di 400 milioni di euro con il decreto cosiddetto Aiuti ter, per sostenere le aziende sanitarie di fronte alla nuova emergenza, definita non a caso pandemia energetica.

Ma al di là della necessità di far fronte, al momento, alla lievitazione dei costi, c'è un contributo strutturale che il SSN può dare riguardo alla transizione energetica e, in particolare, al contenimento dell'impatto energetico e ambientale delle sue strutture ed attività. Alcune Aziende sanitarie stanno già compiendo sforzi importanti in questa direzione, ma si tratta di mettere in campo una politica più generale ed estesa per l'efficientamento energetico di strutture altamente energivore e la riduzione della produzione di gas climalteranti, e assicurare il contributo del SSN anche su questo terreno. Il tema della efficienza energetica e della sostenibilità ambientale non può, evidentemente, non rappresentare una priorità per chi si occupa prioritariamente della tutela della salute dei cittadini.

Non solo PNRR

Il Rapporto propone una serie di stimoli particolarmente interessanti per tutti gli stakeholder e, in particolare, com'è ovvio e naturale che sia, per il management della sanità italiana. A cominciare dalla constatazione di una divaricazione crescente tra le narrazioni, che hanno creato aspettative elevate nei cittadini, e le evidenze, piuttosto distanti da quelle stesse narrazioni. Il dibattito sul futuro del SSN che ne è derivato, in realtà piuttosto asfittico, è risultato anche per questa ragione poco orientato alle priorità effettive da mettere nella agenda delle politiche sanitarie pubbliche.

La realizzazione di Case ed Ospedali di comunità, fisicamente visibili, si propone effettivamente come il racconto di un sistema sanitario che investe su nuove strutture, nuovi setting assistenziali e nuove figure professionali per garantirne il funzionamento. Tutto ciò è vero, ma solo in parte. In realtà le risorse del PNRR, peraltro messe a dura prova dalla lievitazione del costo delle materie prime e della energia, rappresentano un contributo straordinario, che fa seguito ad una emergenza e sostiene progetti di ammodernamento, riorganizzazione ed efficientamento del SSN, in modo da renderlo più adeguato ai bisogni di prevenzione, cura ed assistenza. Ma che non possono sostituirsi agli interventi ordinari che sono mancati in larga misura per il decennio precedente, e che non si annunciano al momento neanche per il futuro, né sostenere strategie espansive.

È parte di questo quadro anche la mancanza di indicazioni su aspetti organizzativi rilevanti, come per esempio il rapporto tra le nuove strutture territoriali progettate e quelle esistenti e il loro ruolo, aggiuntivo o sostitutivo, nell'ambito del nuovo modello organizzativo della medicina del territorio, anche in relazione alla necessità di fare i conti con la disponibilità effettiva di figure professionali per garantire il funzionamento di queste nuove articolazioni. Così come la mancanza di indicazioni sulla reingegnerizzazione dei processi professionali e l'assenza di riferimenti ad output ed outcome, che invece dovrebbero rappresentare tanta parte delle riflessioni sulla ridefinizione di ciò che mettiamo a disposizione dei cittadini e sono la via maestra per concorrere a ridurre le disomogeneità territoriali senza interferire con l'autonomia organizzativa e gestionale delle regioni.

D'altro canto non dobbiamo correre il rischio di guardare alle progettualità del PNRR e alla loro implementazione come l'unico obiettivo, ancorché rilevante, delle politiche sanitarie nei prossimi anni. Spendere bene e presto le risorse a disposizione, impegnarsi a raggiungere gli obiettivi assegnati e rispettare milestone e scadenze, ai diversi livelli, è indubbiamente importante e consentirà al SSN di compiere un passo in avanti significativo. Ma non sarà sufficiente a garantire definitivamente le trasformazioni necessarie e indispensabili se non sarà accompagnato da investimenti strutturali e ordinari.

Quanto alla governance prossima ventura del sistema, la lettura che eviden-

zia un accentramento formale, da parte dei livelli di governo nazionale e regionale, e l'apertura di spazi significativi di autonomia per il management aziendale, ancorché non riconosciuta istituzionalmente, è largamente condivisibile. Peraltro non si tratta di una novità, giacché di disallineamenti tra narrazioni ed evidenze così come di spazi di autonomia effettivi per il management, ma non riconosciuti ed esplicitamente legittimati, è costellata sin dall'inizio, e ciclicamente, la storia della aziendalizzazione e del management della sanità italiana.

Così come è probabile che nella stagione che si apre alcuni profili evolutivi del SSN siano guidati da esperienze locali che faranno da front runner, trascinando successivamente il sistema attraverso la disseminazione di buone pratiche. Ma non va sottovalutata neanche la crescita, sia pure diseguale, dei livelli di governo regionali, il ruolo degli enti intermedi laddove esistono e, soprattutto, l'esperienza condotta in molte regioni nel corso della pandemia. Una esperienza che ha consentito di realizzare un coordinamento più stretto delle Direzioni aziendali su priorità, obiettivi, orientamento al risultato, fattibilità delle scelte, aumentando significativamente il peso della dimensione regionale, il riconoscimento per il ruolo svolto e per il valore aggiunto apportato, la coesione e la compattezza dell'intero gruppo delle direzioni strategiche con il livello regionale. È probabile che di tutto ciò resti traccia tangibile, almeno in alcune realtà.

Quanto al management, dovrà concentrarsi certamente sulla gestione del cambiamento, esercitando una leadership fortemente orientata alla innovazione e alla capacità di riconoscere e intervenire per tempo sulle situazioni di incertezza, creando un clima di fiducia e di mobilitazione nei confronti degli obiettivi, in maniera da superare le eventuali, e probabili, resistenze. Un contributo significativo, a questo scopo, potrà venire anche dalla capacità di valorizzare dal basso, in chiave partecipativa, le competenze, a partire da quelle organizzative, delle diverse culture professionali, che hanno contrassegnato storicamente le stagioni di maggior efficienza del SSN sul piano delle garanzie di efficacia degli interventi messi in campo, e che non sono state coinvolte nel corso dell'iter che ha portato alla formalizzazione delle progettualità del PNRR, probabilmente per i tempi stretti a disposizione.

Nel complesso, quindi, guardando alla stagione che si apre e alla complessità generata dalle tante variabili in campo, non si può non concordare con l'immagine proposta dal Rapporto che fa riferimento ad una montagna da scalare che ci attende nei prossimi mesi ed anni, per l'impatto sul sistema economico e sociale delle scelte che faremo e per il peso delle stesse sul rapporto di fiducia tra cittadini e istituzioni e sulle future generazioni. Ma siamo convinti che il management della sanità italiana sia attrezzato per affrontare anche questa sfida, e fiduciosi di poterla raccontare tra qualche anno come una prova superata con successo.

**La realizzazione del Rapporto OASI 2022 è stata possibile
grazie ai contributi incondizionati di**



ASSOLOMBARDA



Dedalus



VIATRIS