

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



Prefazione

di Elio Borgonovi e Aleksandra Torbica

Il Rapporto OASI di quest'anno è dedicato a Gianmaria Battaglia, un caro e stimato collega guidato da valori alti (per l'attenzione che ha sempre dedicato agli altri) e profondi (perché radicati nella sua umanità), che ci ha lasciato prematuramente. Con lui vogliamo dedicare questo Rapporto anche a tutte le donne e tutti gli uomini che hanno speso la loro vita e hanno dedicato le loro migliori energie al miglioramento del SSN.

Un sistema che dopo quasi mezzo secolo richiederebbe un profondo ripensamento, reso necessario dai radicali cambiamenti di conoscenze, tecnologie, comportamenti sociopolitici, condizioni economiche, equilibri internazionali. Un ripensamento che servirebbe a scrollare i vari strati di polvere che si sono sedimentati sulla 833 con alcuni interventi più decisi (D. Lgs. 592/92, 517/93 e 229/99, Legge costituzionale 3/01 con modifica del Titolo V, DM 70/15) e altri meno rilevanti, ma che hanno indubbiamente contribuito ad aumentare la complessità e l'incertezza di professionisti, manager, policy maker.

In effetti, il periodo sarebbe favorevole in considerazione del superamento della fase critica della pandemia e della conseguente approvazione del PNRR, che prevede 191,5 miliardi di finanziamenti ottenuti dall'Unione Europea (circa 70 a fondo perduto e 121,5 con indebitamento aggiuntivo) cui vanno aggiunti 30 miliardi del fondo complementare. Per la Missione 6 riguardante la Salute sono previsti circa 20 miliardi di investimenti cui si possono aggiungere alcuni miliardi previsti per la digitalizzazione ed eventualmente anche per la coesione sociale, ad esempio per quanto riguarda interventi socio assistenziali). Il Rapporto 2022, oltre al tradizionale aggiornamento dei dati economici e finanziari relativi al SSN e al focus sui consumi privati in sanità, dedica ampio spazio alla trattazione del passato, presente e futuro relativo alle strutture e servizi territoriali: case della salute che si trasformano in case della comunità, cure intermedie che saranno offerte dagli ospedali di comunità, centrali operative territoriali che consolidano le esperienze maturate con il tracciamento dei pazienti Covid.

Tuttavia, occorre prendere atto che il ridisegno del SSN è difficile, se non impossibile da percorrere, per una serie di motivi. Innanzitutto, è assente quella elaborazione culturale durata circa 30 anni (dalla fine della Seconda Guerra Mondiale al 1978) che ha consentito a forze, movimenti e partiti molto diversi tra di loro di trovare una convergenza su una legge che aveva un impianto logico ben definito, seppure con i molti limiti che hanno le opere umane e che si sono manifestati negli anni successivi. In secondo luogo, il ridisegno è complesso perché la frammentazione e la volatilità del consenso politico non solo rischia di indebolire la democrazia, ma rappresenta un ostacolo pressoché insormontabile all'approvazione di un disegno organico per la tutela di salute dei prossimi 10-20 anni. In terzo luogo, si è dimostrato problematico il sistema di governance multilivello disegnato dalla legge 3/2001 e dai tentativi di far evolvere il Paese verso il federalismo. La “leale collaborazione” tra Stato e Regioni, prevista dalla legge 3 in tema di competenze concorrenti, è stata sempre più frequentemente sostituita dalla “discutibile competizione, quando non addirittura aperta contrapposizione”, come dimostrano i moltissimi ricorsi presso la Corte Costituzionale.

Come suggeriscono le teorie decisionali e del cambiamento, quando non è possibile adottare la scelta ritenuta più razionale, occorre ripiegare sulla logica della “seconda scelta”, della fattibilità concreta (*second best way*). In questa direzione sembrano muoversi correttamente alcune scelte che puntano sulla realizzazione di strutture nazionali nelle quali possono inserirsi scelte autonome delle Regioni. Nell'attuale contesto politico, istituzionale e sociale, il dibattito tra un SSN “centralizzato” o “regionalizzato” rischia di far perdere tempo, risultare inutile e anzi alimentare ulteriori contrapposizioni anche tra i cosiddetti “esperti o addetti ai lavori”. Si corre il rischio di ricercare “la soluzione ottimale” tralasciando l'impegno al miglioramento. Con un'importante precisazione: nei sistemi sociali non esiste l'ottimo sul piano tecnico, giuridico, istituzionale, economico, della funzionalità. Ogni soluzione dipende dalle ipotesi che si assumono sui comportamenti delle persone e dei gruppi sociali, nel caso specifico comportamenti di pazienti, medici, infermieri e altri professionisti, manager di aziende sanitarie pubbliche e private, policy maker a livello regionale e nazionale, società scientifiche, ordini professionali, sindacati e istituzioni pubbliche e private quali sono le Regioni, le aziende sanitarie ospedaliere pubbliche e private (accreditate e non accreditate). Le soluzioni che passano attraverso la realizzazione di infrastrutture nazionali, quali sono la piattaforma per la digitalizzazione e la telemedicina, il modello di fascicolo sanitario elettronico unico, si pongono l'obiettivo di far convivere l'omogeneità richiesta per l'interoperatività dei sistemi informativi con l'autonomia di ogni regione di inserire sulla piattaforma proprie soluzioni che rispondono ad esigenze specifiche.

In questa linea devono collocarsi anche scelte fondamentali per la ricerca e

lo sviluppo delle conoscenze. Le informazioni necessarie per diagnosi e terapie genomiche (delle mutazioni) possono essere raccolte con studi osservazionali basati su estese popolazioni trattate con sistemi di intelligenze artificiali. Oggi si stima che indagini significative di questo tipo possano essere fatte per malattie diffuse su una scala di almeno 2-3 milioni e siano possibili su scala nazionale per le malattie rare e rarissime. Quindi, se si vuole fare in modo che la qualità dell'assistenza proceda anche in parallelo con la ricerca, occorre pensare a sistemi di pochi *hub* a livello nazionale nei quali raccogliere dati significativi. I principi di universalità, solidarietà ed equità che devono tradursi in livelli essenziali di assistenza relativamente omogenei su tutto il territorio possono coesistere con il principio della prossimità dell'assistenza (case e ospedali di comunità, COT, ADI) solo se vi saranno infrastrutture informativo informatiche, linee guida e di indirizzo nazionali nei quali possono inserirsi in modo coerente autonomi sistemi informativo informatici e linee guida regionali, strategie e politiche delle aziende. Un sistema quindi con logica di *hub and spoke* ad assetto variabile secondo il tipo di funzioni di cui si parla (ricerca, assistenza per patologie rare e rarissime, assistenza per patologie diffuse, prevenzione e assistenza a bassa complessità). Un modello che dovrà essere sostenuto da interventi formativi e di interventi di formazione professionale, manageriale e culturale per superare le resistenze di chi, operando nelle strutture *spoke*, ancora oggi si sente "al confine dell'impero". Il cambiamento può essere più agevole e rapido se, anche con l'uso delle moderne tecnologie, chi opera nelle strutture *spoke* si sente inserito a pieno titolo e con uguale prestigio nel "gioco di squadra" e nei processi innovativi del sistema locale, regionale, nazionale. Al riguardo è appena il caso di richiamare l'apologo di Menenio Agrippa relativo all'importanza di tutte le parti del corpo.

Queste considerazioni portano a un ulteriore tipo di intervento possibile e fattibile. In assenza di modifiche legislative è possibile formare le persone con conoscenze, capacità, competenze relative ai diversi ruoli che essi assumono nelle istituzioni. Si fa riferimento ai ruoli di regolatore, committente, erogatore, proprietario. Chi elabora le regole dovrebbe abituarsi a sottoporre le ipotesi di regole alle analisi di fattibilità concreta per evitare che norme formalmente corrette possano diventare inapplicabili nelle concrete realtà. Chi svolge funzione di committenza deve concentrarsi sull'analisi dei bisogni per distinguere bisogni latenti o inespressi, che richiedono interventi di "salute, di iniziativa o preventiva", domanda di prestazioni di servizi appropriata (che corrisponde a bisogni reali), domanda superflua (che non corrisponde a bisogni reali ma serve a alimentare circuiti economici finalizzati all'accumulazione di profitti), domanda inappropriata (che a volte può causare un peggioramento dello stato di salute, come accade con l'uso eccessivo di farmaci). Poi c'è chi svolge una funzione di erogazione, deve focalizzare l'attenzione sulla qualità delle prestazioni e servizi, sulla loro integrazione rispetto al bisogno finale, sull'efficacia,

sull'efficienza e sulla sostenibilità economica. Chi ha la funzione di proprietà di strutture erogatrici pubbliche e private for profit e non profit dovrebbe preoccuparsi di ricercare un equilibrio sostenibile nel lungo periodo tra proprie finalità particolari e la sostenibilità del sistema in cui opera.

Una quinta linea di intervento si ricollega alla distinzione tra riforme e cambiamento. Le riforme costituiscono la modifica delle regole istituzionali, organizzative, di governance (di sistema e aziendale). Il cambiamento è rappresentato dalla modifica delle decisioni e delle azioni dei diversi soggetti individuali, sociali e istituzionali. Le regole e i comportamenti dipendono a loro volta dai valori individuali e sociali presenti in un paese in un determinato momento secondo le seguenti relazioni:

- ▶ Valori individuali (filosofici, antropologici, etici, religiosi), prevalenti in ogni istituzione (valori organizzativi), prevalenti nella società (espressi tramite il consenso) interagiscono nel definire le regole di sistema e organizzative.
- ▶ Le regole interagiscono con i valori nel determinare i comportamenti reali.
- ▶ I comportamenti reali, e non quelli auspicati o desiderati, determinano i risultati di salute nei diversi contesti.

Le teorie di “determinismo sociale, economico, istituzionale” danno rilievo assoluto (o quasi) alle regole. Le teorie che si riconducono al libero arbitrio e alla responsabilità delle persone, pur riconoscendo l'importanza delle regole in sistemi complessi, ritengono essenziale agire anche e continuamente sui valori. Infatti, il cambiamento dipende dalle conoscenze, capacità e competenze (ambito della professionalità), dalla volontà (ambito dei valori), dal potere (possibilità di influenzare i contesti in cui le persone operano).

OASI, e in generale l'attività del CERGAS, coevo del SSN, intende dare un contributo significativo sul fronte delle conoscenze (tramite la ricerca e la formazione), del potere (tramite la ricerca applicata al ridisegno di sistema e delle aziende), ma richiama tutti all'essenzialità della terza gamba che tiene in piedi il tavolo del progresso, quella dei valori. Valori vuol dire occuparsi di *illness* (malattie che toccano il corpo, la mente e lo spirito delle persone) non di *disease* (malattie in astratto), di *experience* (dimensione soggettiva) e non solo di *expertise* (dimensione oggettiva), di *wellbeing* (stare bene e outcome di salute) e non solo di welfare o di wellness (quantità di prestazioni e servizi e benessere percepito). Una sfida che può essere vinta solo da coloro che possono mettere in campo scienza (*evidence based*), arte (intuito e capacità di adattamento), tecnica (capacità applicative) e valori (rispetto della dignità delle persone sofferenti).

Buona lettura.

Elio Borgonovi, Presidente CERGAS
Aleksandra Torbica, Direttore CERGAS