

PRINCIPI PER UNA RIFORMA DEL SSN

OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

- Proporre elementi essenziali per una riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), incentrata sul livello d'azione nazionale, che ne preservi i principi di universalità, equità, solidarietà e sostenibilità.
- Il documento non si pone l'obiettivo di generare soluzioni "pronte all'uso", ma intende stimolare una revisione delle basi istituzionali, economiche e giuridiche che regolano il SSN, creando le condizioni di un ammodernamento del sistema sanitario capace di reggere le sfide del futuro.
- Offrire un documento che possa fungere da base per la discussione scientifica e culturale, presentandolo a rappresentanti di istituzioni e della società scientifiche per diffondere queste idee di riforma del SSN.
- Il documento potrà essere condiviso come una carta valoriale per favorire il dibattito e l'ingaggio pubblico, ma anche per costruire una piattaforma stabile atta a favorire un processo di discussione collettivo profondo per l'avvio di un cambiamento radicale e duraturo.

PERCHÈ IL SSN VA RIFORMATO IN MODO PROFONDO?

Criticità

1. Iniquità negli esiti di salute, nella speranza di vita alla nascita, nella vita attesa in buona salute e nell'accesso alle cure in funzione di scolarità, reddito, condizione sociale, situazioni di vita personale e luogo di residenza;
2. Indebolimento degli interventi di prevenzione con effetti negativi sulla salute nel medio e lungo periodo;
3. Crescente divaricazione fra i bisogni soddisfatti dal SSN e quelli soddisfatti tramite il più generale sistema di tutela della salute che comprende, di fatto, anche i consumi privati delle famiglie o intermediati, sia in ambito sanitario, sia socio-sanitario;
4. Frammentazione dei percorsi e onere ricompositivo a carico di pazienti o famiglie, che penalizza quelle meno competenti e socialmente connesse e attrezzate;
5. Le comunità locali non percepiscono il SSN come una istituzione propria, su cui esercitare diretta responsabilità;
6. Insufficiente visibilità e prestigio del SSN (sottovalutando gli importanti risultati ottenuti in 45 anni);
7. Confusione pratica su diritti formalmente garantiti e realmente esigibili;
8. Rischio di insofferenza reciproca tra professionisti e cittadini che minaccia la tenuta del sistema;
9. Esistenza di spazi per un ulteriore miglioramento dei livelli di appropriatezza delle prestazioni e di efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili per ridurre i divari territoriali tra regioni e all'interno delle stesse.

Su tutti questi aspetti negli ultimi anni si rileva un *trend* negativo, che riduce i vantaggi prodotti dal progresso scientifico e tecnologico.

Cause principali

1. Offerta dei servizi disallineata rispetto al crescente peso della cronicità (38% della popolazione) e della LTC (6,5% della popolazione): infatti l'attenzione della politica ed i percorsi professionali del SSN sono ancora oggi collegati prevalentemente alla cura dei pazienti acuti;
2. Livelli di finanziamento pubblico non coerenti con i LEA, fenomeno accentuato dalla loro mancata revisione periodica, come previsto dalla normativa;
3. Funzione di tutela della salute non sempre trasparente in relazione alle attività di produzione di servizi con lacune diffuse e a macchia di leopardo nella presa in carico e nei percorsi dei pazienti cronici/fragili e non;
4. Prevalere di logiche prestazionali a silos organizzativi per setting assistenziali o per materia/disciplina;
5. Sanità di attesa e non di iniziativa che, da un lato, moltiplica le prestazioni non sempre appropriate e, dall'altro, non riesce ad individuare bisogni inespressi;
6. *Governance* interistituzionale verticale inadeguata che non determina sufficienti incentivi all'attuazione delle politiche disegnate e al trasferimento di competenze. A ciò si aggiunge una causa intra-istituzionale, ossia il limitato investimento nel ruolo, funzioni e responsabilità del middle management essenziale in aziende di grandi dimensioni;
7. Mancato coordinamento tra programmazione della formazione del personale sanitario ed i bisogni del sistema;
8. Universalismo dichiarato e selezione implicita e spesso inconsapevole delle priorità;
9. Scarso utilizzo dei dati sanitari e amministrativi disponibili, che invece potrebbero aiutare in modo sostanziale a informare i processi di programmazione e di valutazione della performance.

I PRINCIPI PER UNA RIFORMA DEL SSN

L'obiettivo di questa proposta è quello di delineare i principi a cui una riforma del Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe ispirarsi. Riteniamo che una "vera" riforma del SSN necessiti di una revisione dei principi generali a fondamento del servizio pubblico, il cui aggiornamento si rende necessario alla luce dei cambiamenti che, nei 45 anni di vita del SSN, sono intervenuti sia dal punto di vista sociale, che economico e tecnologico. In altri termini, pensiamo che non ci si possa limitare a interventi tesi a risolvere le criticità specifiche presenti negli aspetti organizzativi/gestionali: anche perché questa dimensione, con la riforma del Titolo V della Costituzione, è definitivamente, e in larga misura, competenza delle Regioni. Ristabilire alcuni principi fondamentali e ispiratori del SSN vorrebbe dire evitare la continua proposizione di interventi parziali, che spesso risultano inefficaci, talvolta anche in contraddizione l'uno con l'altro.

Riteniamo che la salvaguardia della natura "nazionale" del servizio debba essere perseguita con regole capaci di mantenere l'autonomia regionale in un ambito cooperativo, evitando tendenze divaricanti.

Un ammodernamento dei principi a fondamento del SSN deve anche riuscire ad aggiornare il sistema di incentivi/disincentivi che regolano il SSN, rendendoli così nuovamente efficaci nel promuovere una evoluzione virtuosa (e cooperativa) del servizio pubblico, creando le condizioni affinché le criticità organizzative e gestionali possano finalmente essere superate.

Con i caveat espressi, la lista che segue descrive i principi che dovrebbero essere a nostro parere ribaditi o introdotti, corredandoli con sintetiche motivazioni sul perché delle proposte. La lista inizia con i principi della L. n. 833/1978 che riteniamo irrinunciabile ribadire e prosegue con alcune proposte di integrazione.

1. Universalismo

L'Universalismo, inteso come garanzia di tutela estesa a tutta la popolazione, rimane un elemento fondante e una conquista di civiltà che riteniamo sia essenziale preservare. Esso implica la garanzia per tutti i cittadini di poter accedere ai servizi effettivamente e non in termini astratti e formali, indipendentemente dalle proprie risorse economiche, sociali o di *literacy* sanitaria, ovvero indipendentemente dalla capacità dei singoli di trasformare bisogni in domanda appropriata e questa in servizi ricevuti. Principio che va oggi declinato come universalismo proporzionale in relazione ai bisogni individuali e di popolazione.

2. Equità

Il principio di equità va declinato secondo tre dimensioni interdipendenti:

- 1) La necessità di concentrare le casistiche e le competenze, impone che l'equità vada vista come pari opportunità di accesso alle cure, non necessariamente coincidente con l'uniformità allocativa dei servizi. Ad esempio, l'"equità geografica" non si realizza disponendo di ogni servizio/struttura in prossimità del domicilio del paziente, con il rischio

che non si raggiungano le casistiche e le competenze cliniche minime per garantire adeguata qualità. Al contrario, l'equità si costruisce garantendo a tutti l'accesso ai centri specialistici dotati delle necessarie competenze cliniche per la propria patologia, che potrebbero richiedere spostamenti geograficamente accettabili. Pertanto, *l'equità degli esiti* si costruisce attivando elementi compensativi laddove, per avere servizi di qualità, occorra spostarsi (maggiori servizi di base di prossimità, telemedicina, *equipe* specialistiche itineranti, sostegni al trasporto). L'equità territoriale presuppone, peraltro, anche che ove non ricorrano i problemi sopra esposti, vi sia una adeguata dotazione di strutture di offerta per eliminare il fenomeno della mobilità "obbligata".

- 2) L'equità deve guardare alle opportunità in tema di esiti di salute, ciò può implicare un trattamento "disuguale, ma proporzionale ai diversi bisogni/caratteristiche dei cittadini". La crescente complessità e diversificazione della società richiede di dare risposte non più uniformi, bensì distinte per gruppi (*cluster*) di pazienti, che pur omogenei sul piano clinico, possono essere socialmente disomogenei per la loro *literacy* sanitaria, per la capacità di trasformare il bisogno in domanda appropriata, per essere diversamente aderenti alle terapie e ai percorsi di cura, per un maggiore o minore sostegno da parte di reti sociali o familiari.
- 3) Perché l'Equità possa trovare concreta realizzazione è anche necessario che vi sia un'allocazione equa di risorse in relazione ai diritti formalmente garantiti in modo che questi possano essere concretamente esigibili, ovvero che i LEA siano definiti in funzione della reale disponibilità di risorse finanziarie, produttive, umane e di competenze cliniche. La promessa di diritti superiori alle risorse disponibili rappresenta infatti una causa di iniquità. Le persone socialmente più forti, più competenti, più colte, con maggiore probabilità raggiungono i servizi promessi, esaurendo le risorse disponibili, escludendo nei fatti le persone più deboli e meno capaci di trasformare i propri bisogni in domanda, di accedere ai servizi o di essere aderenti alle terapie e ai percorsi di cura e ai necessari e correlati stili di vita. Negli ultimi dieci anni il SSN ha registrato un percorso purtroppo divergente tra diritti dichiarati e risorse disponibili, indebolendo il suo profilo di equità.

3. Promettere ciò che si può mantenere

L'Italia è uno dei Paesi con la maggiore prevalenza di anziani al mondo (cattiva notizia) e con una delle speranze di vita più alte (buona notizia), ma con un livello di spesa pubblica per il SSN estremamente contenuta, storicamente tra le più basse dell'Europa Occidentale.

Questo impone di definire più chiaramente quali siano i confini dell'azione del SSN, ovvero i diritti e i servizi esigibili davvero per tutti, uscendo dalla retorica astratta dei LEA come paniere di tutto ciò che è necessario e appropriato, e ridando così significato al concetto di LEA come garanzia sulle prestazioni che il cittadino può effettivamente ottenere.

La soluzione più forte è garantire che tutto ciò che sia prescritto in regime del SSN sia effettivamente e automaticamente prenotato nei tempi richiesti dalla indicazione terapeutica stessa. L'introduzione di questa regola ha i seguenti obiettivi: responsabilizzare i professionisti sull'appropriatezza delle prescrizioni, attivare sistemi informativi integrati che consentano di individuare le disponibilità di erogazione agevolmente accessibili per il cittadino, stimolare politiche di rafforzamento delle strutture di offerta nelle aree carenti. Definire il perimetro dei diritti esigibili perché sostenibili è uno degli esercizi collettivi che più contribuiscono a costruire capitale istituzionale e valori condivisi.

4. Globalità

Il concetto di Globalità, inteso come impegno a dare una risposta omnicomprensiva ai bisogni di salute, dalla prevenzione alla presa in carico delle cronicità, rimane un punto di forza del SSN ed anzi, deve rafforzarsi ulteriormente.

La tutela della salute va declinata nelle diverse fasi della vita, ed estesa in diverse direzioni tra di loro fortemente interdipendenti anche se richiamano tipologie di servizi, natura delle istituzioni coinvolte, culture disciplinari e approcci distinti:

- Prevenzione, diagnosi, cura delle patologie acute e croniche e riabilitazione;
- I bisogni sociali;
- Il benessere psicologico;
- Le conoscenze e competenze delle persone per leggere il proprio stato di salute e di vita;
- La non-autosufficienza ed il fine vita.

Inoltre, essendo ormai acquisito il principio della *One Health*, che estende il perimetro di interesse del SSN a tutte le attività e i settori che influenzano le determinanti di salute (agricoltura, scuola, trasporto, mondo del lavoro, cambiamenti climatici e ambientali, etc.), tutte le politiche pubbliche dovrebbero considerare il proprio impatto in termini di salute.

La "globalità" del concetto di salute impone un triplice focus di azione al SSN:

- Integrazione con le altre istituzioni direttamente coinvolte in processi di cura a forte interdipendenza come il sociale e il socio-sanitario;
- Contributo alle politiche nei settori che influenzano i determinanti di salute;
- Tensione al continuo miglioramento del rapporto benefici di salute e costi nella produzione diretta di servizi.

5. Centralità della persona

La centralità delle persone nel sistema di tutela della salute si qualifica per tre dimensioni: i) Umanizzazione e diversità culturale, ii) Partecipazione dei cittadini e iii) *Empowerment* dei pazienti.

L'Umanizzazione, intesa come rispetto della dignità umana nell'erogazione dei servizi, costituisce un principio imprescindibile di rispetto della persona. Esso, oggi, deve esprimersi attraverso stili relazionali e comunicativi diversi, flessibilità nelle caratteristiche dei servizi, priorità individuali

diverse in funzione delle culture, sensibilità, lingue, etnie, religioni, orientamenti di genere, che caratterizzano le società contemporanee.

I cittadini sono i principali portatori di interesse del SSN. La comunità ed il Paese devono tornare a percepire il SSN come un prezioso bene comune di cui i cittadini si sentono co-responsabili, sia come contribuenti, sia come pazienti. La promozione di patti con le comunità, fondati su un equilibrio tra diritti riconosciuti nei LEA e assunzioni di comportamenti responsabili, è condizione di sostenibilità e si realizza tramite sia processi collettivi di coinvolgimento, sia processi individuali di *empowerment*.

La Partecipazione, intesa come capacità dei cittadini singoli e/o organizzati, di orientare il sistema in modo che soddisfi i loro bisogni, rimane fondamentale per sviluppare *ownership* collettiva e per mantenerne la natura di fattore di coesione sociale.

L'*empowerment* del cittadino sano e del paziente inizia con un lavoro attivo: a) sulla sua *literacy* sanitaria; b) sulla sua conoscenza del SSN, inteso come bene collettivo che offre vantaggi, ma dentro regole e perimetri che la comunità si è data; c) sul sostegno alla elaborazione dei lutti nei passaggi di stadi di salute nel corso della vita, per generare aspettative adulte, fondamentali per l'aderenza alle terapie e ai corretti stili di vita.

6. Efficienza

L'Efficienza, intesa come impatto positivo degli interventi in termini di costo-beneficio è, anch'essa, irrinunciabile, e richiede adeguate metriche di misurazione. Data l'evidente limitatezza delle risorse, l'efficienza ha un'intrinseca dimensione etica, essendo garante di una allocazione delle risorse tesa a massimizzare la salute e le opportunità di inclusione sociale. L'efficienza deve diventare una dimensione pretesa e difesa dalle comunità per costruire un SSN sostenibile ed equo. La sottovalutazione, quando non addirittura il rifiuto motivato da considerazioni etiche, dell'efficienza da parte di professionisti, politici e *policy-maker*, opinionisti e collettività locali o nazionali rappresenterebbe una sconfitta culturale per il SSN.

7. Efficacia

L'Efficacia, intesa come evidenza di un impatto positivo degli interventi in termini di rischio-beneficio, rappresenta uno dei principi fondamentali e condivisi nelle scelte nel campo della salute e dell'inclusione sociale. L'Efficacia va però declinata in maniera complessiva, ricomprendendo:

- **Efficacia clinica**, riferita alle migliori evidenze scientifiche nel perimetro delle risorse date, in coerenza con le esigenze e scelte di cura del paziente, per ottenere il miglior esito di salute possibile;
- **Soddisfazione dei pazienti**, intesa come rispondenza dei servizi alle aspettative che il SSN stesso ha generato nei cittadini e nelle loro famiglie. A questo proposito è decisivo l'impegno a garantire la proposta di valore dichiarata (ovvero, come anticipato, evitare di promettere ciò che non si è in grado di mantenere) e il riconoscimento del diritto del cittadino/paziente al rispetto del proprio tempo (ovvero a ricevere, ma anche usufruire, delle prestazioni senza

attese non giustificabili), alla maggiore unitarietà della fruizione, alla disponibilità di interlocutori stabili, a caratteristiche dei servizi coerenti alla rivoluzione ecologica, digitale, demografica e delle conoscenze in atto;

- **Qualità** intesa, oltre che dal punto di vista clinico, in termini assistenziali, relazionali, dei *format* dei servizi, etc., ovvero in una logica di approccio olistico al paziente.

I requisiti di efficacia devono far parte degli aspetti regolatori, essere misurati in modo esplicito e strutturato con appositi indicatori ed essere inclusi nella valutazione delle *performance* sia dei produttori pubblici, sia di quelli privati.

8. La presa in carico e la sanità di iniziativa

È ormai del tutto condiviso e consolidato il principio secondo cui non ci può essere efficacia ed efficienza senza una presa in carico proattiva, sia del cittadino sano che del paziente. Ciò vuol dire, da un lato individuare i bisogni inespressi, ma dall'altro evitare e ridurre la moltiplicazione di prestazioni inappropriate. Questo obiettivo può essere perseguito da un sistema in grado di reclutare, informare, coinvolgere, educare, e monitorare la persona nei suoi diversi stadi di vita e tenendo conto della sua storia clinica. La presa in carico della persona con cronicità garantisce che il paziente conosca per tempo il proprio piano assistenziale individuale (PAI), unico per tutte le patologie e i setting assistenziali, in cui sono chiarite tutte le attività sanitarie programmate per un arco temporale coerente alla sua stabilità (ad es. 12 mesi), gli stili di vita che è opportuno assuma, gli esiti intermedi rilevanti. Su queste tappe previste il paziente viene accompagnato proattivamente dal SSN, senza che debba più passare da front office di accesso, essendo le prestazioni prescritte prenotate in automatico. La presa in carico, oltre a semplificare drasticamente la vita del cittadino e paziente, permette al SSN di risparmiare molte energie di front office, di omogenizzare i consumi e di agire proattivamente su corretti stili di vita e aderenza. La presa in carico non è solo un problema tecnologico ampiamente risolvibile all'interno degli attuali sistemi digitali, ma deve essere affrontata con la raccolta, elaborazione e messa a disposizione di professionisti e pazienti di informazioni, con interventi organizzativi e un cambiamento nella cultura dei servizi.

9. Governare le interdipendenze orizzontali

Bisogni di salute complessi e sempre più integrati richiedono un governo unitario. Di fronte a questa situazione appare sempre più incongruente, disfunzionale, socialmente ed economicamente insostenibile l'attuale distribuzione delle competenze che è organizzata a silos. Il SSN si occupa dei servizi sanitari, l'INPS di una parte delle prestazioni socio-assistenziali (tramite trasferimenti finanziari), gli enti locali di una seconda parte dei servizi sociali (con erogazione di servizi). I criteri di eleggibilità dei tre silos istituzionali sono tra di loro diversi e in radicale contrasto: INPS valuta solo la totale non autosufficienza prescindendo dal reddito; gli enti locali valutano solo il reddito; il SSN è formalmente universalistico, ma in ambito socio-sanitario seleziona in base a priorità cronologiche fino a esaurimento del *budget* (es. per RSA, per ADI, per comunità psichiatriche, ecc.). Sul piano funzionale e della spesa pubblica aggregata è utile/necessario un riordino del sistema di *welfare*, coinvolgendo negli organi di governance del SSN gli enti locali che hanno una migliore conoscenza

dei bisogni dei cittadini. Ciò consentirebbe di ricondurre sinergicamente le risorse disponibili sotto una unica *governance*, riunificando i criteri di accesso e gestione.

10. Governare le interdipendenze verticali

Sul piano verticale, si intende porre l'attenzione sulla filiera Stato – Regioni e sulla relazione Regioni – Aziende Sanitarie.

Filiera Stato - Regioni

Oggi la filiera verticale del SSN risulta poco autorevole nella diffusione delle migliori pratiche, nella diffusione di competenze e nell'attuare i piani nazionali, non riuscendo a raggiungere gli *standard* e i risultati programmati e resi formalmente cogenti (si pensi al proposito al rispetto solo molto parziale del DM 70, degli *standard* PNE o NSG).

Nel rapporto Stato - Regioni, si è dimostrato illusorio ed è stato largamente disatteso il principio di "leale collaborazione" previsto dalla L.n. 3/2001, mentre il sistema delle competenze concorrenti ha dato origine a due tendenze tra loro contraddittorie e incoerenti: da un lato, il tentativo di aumentare e rafforzare le prerogative di governo delle Regioni (autonomia differenziata e nascita di nuove soluzioni istituzionali dal basso), e dall'altro il recupero e potenziamento della funzione di indirizzo nazionale (ad esempio PNRR e DM 77). Non esistono assetti istituzionali delle filiere verticali giusti o scorretti, ma solo coerenti/incoerenti, nitidi/confusi; perciò, nel SSN devono essere chiariti meglio i ruoli dei diversi livelli istituzionali per superare le difficoltà delle competenze concorrenti. Il livello centrale dovrebbe definire gli obiettivi, le metriche, i diritti esigibili e determinare coerenti livelli di finanziamento, e attivare i sistemi di monitoraggio e di trasferimento delle conoscenze. Le Regioni dovrebbero avere autonomia nel definire le variabili istituzionali, organizzative e allocative.

Per quanto riguarda le Regioni ad oggi sono presenti almeno quattro distinti livelli di autonomia: Regioni commissariate e in piano di rientro; Regioni in piano di rientro; Regioni con autonomia ordinaria; Regioni con statuto speciale. I diversi livelli di autonomia vanno meglio regolamentati e correlati ai livelli di *performance*, garantendo meccanismi automatici di passaggio da uno stadio di autonomia all'altro in funzione dei risultati raggiunti. Questi devono essere inseriti nel Patto per la Salute e sufficientemente stabili, comprendendo dimensioni finanziarie, di rispetto degli standard programmati, di output e di esiti. Considerando questa situazione e anche nella prospettiva di una autonomia differenziata finalizzata al generale miglioramento del SSN, alle Regioni con minore autonomia va garantito un processo sistematico di supporto in grado di aumentare le competenze istituzionali, gestionali e cliniche, affinché in un tempo congruo crescano a un livello di risultati e di superiori prerogative di autonomia di governo.

Filiera Regioni-Aziende Sanitarie

Lo spazio di autonomia effettiva delle Azienda Sanitarie Pubbliche nell'ultimo decennio è stato eroso dalle istituzioni regionali, che sono intervenute sempre più in aspetti di gestione e non di semplice programmazione e controllo, caratterizzandosi come vere e proprio "capogruppo" spesso

supportate da enti intermedi (ATS della Lombardia, Azienda Zero, ...). Le Regioni devono decidere come regolare in modo coerente e chiaro il principio di autonomia/responsabilità tra capogruppo e Aziende. Se le Regioni intendono adottare il modello di “capogruppo” che detiene la maggior parte dei poteri reali sugli aspetti di gestione e organizzazione, ad essa deve essere anche ricondotta la responsabilità sui risultati, mentre il *management* aziendale è solo responsabile dell’applicazione delle procedure regionali. Se invece le Regioni adottano un modello in base al quale responsabilizzano i manager sui risultati, esse coerentemente devono garantire loro rilevanti spazi di autonomia gestionale e organizzativa. Il secondo modello appare più coerente con la complessità dei bisogni di salute, del contesto socio-economico e culturale in cui operano le diverse aziende e delle tendenze internazionali dei modelli di amministrazione pubblica.

11.Semplificare il sistema dei controlli

La riorganizzazione delle competenze dovrebbe essere correlata anche alla riorganizzazione e semplificazione dei controlli. Va semplificato il regime dei controlli esterni, in modo che sia concentrato in non più di tre istituzioni (Regioni, Ministero e organi di controllo amministrativo), ognuna con un focus preciso, chiare regole ex ante e processi in itinere ed ex post.

Per quanto riguarda la richiesta di informazioni, oggi, le Aziende Sanitarie devono rispondere a molteplici richieste tra loro non coordinate che causano un grande dispendio di energie. In particolare, si ritiene che debbano essere coordinate due tipologie di richieste di informazioni: quelle di vari organi centrali finalizzate a verificare e monitorare il rispetto di standard e criteri nazionali e quelle a fini programmatori rilevanti per le Regioni e per il livello centrale.

12.SSN e settore sanitario

La spesa pubblica del SSN è pari a 136 Mld (2024), la spesa sanitaria privata delle famiglie è pari a 46 Mld (2023) di cui il 10% è intermediato da fondi, mutue o assicurazioni; la spesa delle famiglie per assistere anziani non autosufficienti è pari a 25 Mld, di cui circa 9 Mld costituiti dagli assegni di accompagnamento erogati dall’INPS. Già ora il SSN non è più l’unico finanziatore del settore. La spesa complessiva delle famiglie per la Sanità e per i servizi per la non autosufficienza è oramai leggermente superiore al 50% delle risorse del SSN. La stessa natura degli erogatori dei servizi si sta sempre più differenziando, con un ruolo crescente, in termini di prestazioni erogate per conto del SSN, tanto del privato accreditato, quanto delle famiglie nell’area della spesa sanitaria a pagamento. Il settore dell’assistenza agli anziani è invece occupato oramai prevalentemente da erogatori privati nella componente istituzionale (per la lungo-degenza), mentre la parte più rilevante dell’assistenza è garantita dal mercato informale che conta oltre 1,1 milioni di badanti. La spesa privata non cresce solo per il divario di offerta del SSN rispetto ai bisogni, ma anche perché sono cambiati i profili di consumo e le priorità di pazienti e cittadini. Vi sono spinte sempre maggiori alla differenziazione e personalizzazione dei servizi, cui si accompagna spesso una disponibilità a pagare, anche all’interno del perimetro del SSN (camere a pagamento, scelta del professionista, farmaci *originator* rispetto agli equivalenti, ...). Il passaggio dalle acuzie alla cronicità ha evidenziato come il percorso del paziente attraversi più volte i confini tra pubblico e privato, sia dal punto di vista del finanziamento,

che della erogazione dei servizi. Inoltre, sanità e benessere sono sempre meno distinguibili con evidenti riflessi nell'equilibrio tra pubblico e privato (es. psicologia).

Date queste tendenze, è necessario adottare un modello di co-programmazione (passando da una logica di government ad una di governance) in grado di coinvolgere soggetti pubblici e privati sia nel finanziamento sia nell'erogazione, sulla base del precedente principio di universalismo proporzionale. Per garantire un sistema sanitario equo, il SSN deve quindi differenziare le sue funzioni tra:

- Governo del sistema produttivo pubblico, compresi i rapporti tra Aziende Sanitarie Territoriali (responsabili per l'analisi dei bisogni) e strutture pubbliche di offerta di servizi giuridicamente autonome (responsabili della produzione e erogazione dei servizi);
- Committenza nei confronti degli erogatori privati accreditati;
- Regolazione dell'intero sistema di tutela della salute, includendo le strutture del SSN, erogatori privati accreditati e non accreditati, le assicurazioni e l'area a pagamento diretto delle famiglie.

In questo quadro va inserita una regolazione specifica per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, che in Italia sono 4 milioni (6,6% della popolazione), analogamente ai principali paesi Europei che prevedono un finanziamento obbligatorio e vincolato dedicato, coerente agli schemi contributivi dei singoli paesi (mutua, fondo, imposta). Si tratta infatti di un "rischio di popolazione" da affrontare con una azione di indirizzo, solidaristica e collettiva.

13. Sviluppare l'autonomia del management aziendale e diversificare le forme istituzionali delle aziende pubbliche del SSN

L'equilibrio tra autonomia e responsabilità deve diventare il principio guida della gestione delle aziende del SSN. Per le Regioni, il miglioramento dei risultati economici, di servizio e di salute è condizione per il riconoscimento di un diverso grado di autonomia di governo. Occorre intervenire sia sul lato dei processi e delle regole sia sui confini dell'autonomia e dei meccanismi di responsabilizzazione.

Autonomia del management aziendale

L'autonomia del management aziendale deve essere perseguita e rilanciata riflettendo almeno sui seguenti aspetti.

- 1) Il direttore generale (DG), che ha la responsabilità complessiva sui risultati, deve avere ampio margine di autonomia nella scelta dei membri della direzione strategica (direttore sanitario, amministrativo, socio-sanitario, ecc.), che tra l'altro è già previsto dalla legge, del middle management per la componente sanitaria, amministrativa e tecnica, di altre funzioni critiche ed innovative. Nel rispetto di criteri di professionalità specifici per le diverse posizioni, il DG deve poter scegliere discrezionalmente all'interno di elenchi di idonei selezionati da apposite commissioni con procedure trasparenti.

- 2) Ad ogni azienda deve essere concessa una quota limitata e definita di risorse annuali per il personale, che possono essere usate per il soddisfacimento di proprie peculiari esigenze vocazionali o di obiettivo e per personalizzare i contratti dei professionisti più critici e rilevanti e per quelli per cui le retribuzioni pubbliche non sono competitive con il mercato esterno, in modo da poter attrarre e trattenere i migliori professionisti.
- 3) Ugualmente, devono essere ampi gli spazi di autonomia delle aziende nella definizione dei modelli interni organizzativi e di servizio che non possono essere rigidi, ma devono adattarsi rapidamente all'evoluzione dei bisogni di salute coerentemente con indirizzi regionali e dello stato.
- 4) L'autonomia della direzione generale nella composizione del mix di fattori produttivi interno all'azienda deve essere correlata alla dimostrata capacità di ottenere buoni risultati in termini di servizi, esiti di salute e di rispetto dell'equilibrio di bilancio.

Responsabilizzazione del management aziendale

I processi di definizione degli obiettivi e di premio / sanzione dovrebbero essere orientati ai seguenti principi.

- 1) Gli obiettivi aziendali devono essere personalizzati in funzione della storia, del potenziale e del contesto della singola azienda, realistici e negoziati in tempi congrui prima dell'inizio dell'esercizio. La valutazione dei risultati deve avvenire entro il semestre successivo con immediato pagamento delle premialità al management.
- 2) Il regime delle deleghe e delle responsabilità amministrative deve essere semplificato e definito in modo da consentire la flessibilità gestionale richiesta dalla dinamicità dell'ambiente esterno.
- 3) La retribuzione del top management delle aziende deve essere portata al livello consentito per i vertici dirigenziali pubblici e delle società pubbliche, con graduazioni in funzione delle dimensioni e complessità delle aziende, con una significativa quota variabile.

Inoltre, si rileva che le aziende sanitarie pubbliche esercitano funzioni sempre più differenziate, in contesti geografici e socioeconomici sempre più eterogenei con varie denominazioni. L'attuale molteplicità delle strutture organizzative nel SSN e delle loro denominazioni (all'interno e tra diverse regioni) confonde la percezione degli utenti, e talvolta degli stessi operatori, sulla immediata identificazione dei soggetti preposti al soddisfacimento dei diversi bisogni, e relative competenze e responsabilità. Riteniamo necessario esplicitare la pluralità delle funzioni che le aziende del SSN possono assumere, interrogandosi anche sull'assetto istituzionale più coerente. L'attuale modello direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo non è necessariamente coerente a tutte le tipologie di aziende.

Si potrebbe quindi ipotizzare la previsione a livello nazionale di un set chiuso di soluzioni istituzionali e giuridiche ammissibili, tra le quali le regioni possano decidere in rapporto al grado di autonomia riconosciuto. Questo permetterebbe anche di avere studi comparativi sulla maggiore efficacia dei diversi assetti dal punto di vista del valore pubblico generato.

Infine, va affrontata e risolta la contraddizione derivante dal fatto che oggi le capogruppo regionali, e spesso anche i loro enti intermedi, sono fuori dal perimetro del SSN e questo impedisce loro la possibilità di attrarre personale qualificato con contratto SSN, generando la situazione critica in cui i vertici dal gruppo sanitario regionale hanno in media contratti di lavoro meno interessanti delle aziende controllate.

È opportuno riflettere su come inserire o avvicinare nel perimetro istituzionale diretto del SSN i ruoli dirigenziali e di responsabilità delle capogruppo regionali e dei loro enti intermedi.

14. SSN volano di sviluppo economico

SSN, ricerca, industria delle scienze della vita sono fortemente interdipendenti e la loro efficace collaborazione e coordinamento possono generare elevato valore per il Paese. Il SSN è il laboratorio naturale di studio per la ricerca e per lo sviluppo di nuovi prodotti o servizi per le imprese delle scienze della vita (farmaceutico, dei dispositivi medici, settore ICT e AI correlati). Avere imprese generative garantisce rapido accesso alle innovazioni efficaci per la salute e il benessere. Un settore della ricerca ricco e stimolante attrae e trattiene i migliori professionisti nel mercato globale. Un'industria che si sviluppa garantisce crescita del reddito generale, il che finanzia per via fiscale il SSN. Il SSN deve avere tra le proprie finalità primarie anche quella di contribuire alle politiche di ricerca, innovazione e sviluppo del settore scienza della vita, perché questo contribuisce direttamente al benessere collettivo e offre molti benefici al SSN stesso (*brand* del sistema salute, attrattività professionale, ricerca, innovazione). Anche in questo caso si tratta di un principio innovativo da inserire nella riforma del SSN. Questo significa operativamente superare politiche pubbliche a silos spesso contraddittorie tra di loro. Il SSN definisce politiche che riguardano il settore scienze della vita per risparmiare sul lato della spesa pubblica, rendendo il mercato italiano poco attraente e generativo. All'opposto il Ministero delle imprese e del *made in Italy* (ed equivalenti nei diversi periodi storici) cerca di stimolare con risorse pubbliche i settori innovativi e promettenti come le scienze della vita. Si tratta di disegnare politiche congiunte per la salute e per lo sviluppo industriale, sulla base di regole e processi idonei ad evitare conflitti di interesse. Questo concretamente significa:

- Individuare priorità strategiche di sviluppo per il SSN ed il settore industriale (per discipline medico-scientifiche, per modalità di intervento - chirurgia, genetica o medicina -, per tipologia di tecnologia);
- Definire gli ambiti di vantaggio competitivo del Paese da valorizzare;
- Organizzare il SSN come piattaforma unitaria di ricerca e sperimentazione su larga scala, rendendolo in questo modo anche più attrattivo sul mercato dei finanziamenti globali per studi, ricerche e sperimentazioni.

15. Innovazione

Le politiche per l'innovazione del SSN sono state per lo più limitate a valutare le tecnologie in arrivo sul mercato e a promuovere meccanismi atti a contenerne i costi di investimento e gestione. Il SSN deve fare un passo avanti sviluppando una politica di governo dell'innovazione, capace di sfruttarne i benefici, ma anche di indirizzarne lo sviluppo. Questo significa definire gli ambiti prioritari di innovazione verso i quali si vuole andare. Si vuole privilegiare la genetica per malattie rare o a larga diffusione, la ricerca per organi artificiali, il digitale o la robotica o altro? Le imprese valutano la propria convenienza e sono disposte ad investire coerentemente con le priorità definite dal SSN. Ciò non significa solo esplicitare gli ambiti ritenuti strategici dal SSN, ma co-responsabilizzare le imprese rendendole co-produttrici dell'innovazione e della sua personalizzazione, finalizzata all'interesse dei pazienti. Un esempio paradigmatico è quello dei sistemi di intelligenza artificiale (AI) e del *quantum computing* che hanno in sanità impieghi molteplici di grande rilievo e rilevanza, quali il supporto alle decisioni cliniche, le diagnosi automatizzate, il supporto automatizzato alle forme di dialogo tra clinici e pazienti, il supporto per l'autocura, la potenziale integrazione costante tra processi clinici e ricerca. L'esito decisionale dei sistemi di AI dipende fondamentalmente da due scelte: l'individuazione della base dati e di informazioni con cui si "nutre" il sistema, la definizione del *target* obiettivo che nella clinica ha molte interpretazioni possibili (ad esempio, più anni di vita o più vita ma solo se in buona salute o più anni di vita in funzione delle risorse disponibili nel SSN). È, quindi, rilevante che sia il SSN a definire la base dati o evidenze con cui si alimenta il sistema, e la funzione obiettivo: questo significa che il SSN deve guidare insieme ai propri professionisti il processo di costruzione e di diffusione dell'AI (e in generale dell'innovazione) nei processi clinici, assistenziali, amministrativi e organizzativi, tramite la valorizzazione e sistematizzazione delle migliori esperienze. Dovranno, quindi, essere proposti modelli e metodi di Health Technology Assessment in una prospettiva strategica per il sistema Paese e dovranno essere messi in atto processi di change management per supportare non solo l'introduzione delle innovazioni sul mercato ma anche la loro diffusione nei vari livelli di governo del SSN.

I FIRMATARI DEL DOCUMENTO

Adinolfi Paola, Professoressa Ordinaria Dipartimento di Scienze Aziendali - Management & Innovation Systems dell'Università degli Studi di Salerno e Direttrice CIRPA.

Albergo Francesco, Professore Associato Dipartimento di Medicina e Chirurgia e Direttore del Laboratorio di Controllo di Gestione e Health Activity Based Costing Università LUM Giuseppe Degennaro.

Anessi Pessina Eugenio, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze dell'Economia e della Gestione Aziendale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Barresi Gustavo, Professore Ordinario Dipartimento di Economia dell'Università degli Studi di Messina.

Benvenuto Marco, Professore Associato Dipartimento di Scienze dell'Economia dell'Università del Salento.

Borgonovi Elio, Professore Emerito Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università Bocconi, fondatore e Presidente CERGAS – SDA Bocconi.

Brignoli Ovidio, Medico di Medicina Generale e Presidente della Fondazione SIMG.

Campostrini Stefano, Professore Ordinario Dipartimento di Economia dell'Università Ca' Foscari Venezia.

Catalfo Pierluigi, Professore Associato Dipartimento Economia e Impresa dell'Università degli Studi di Catania.

Cinelli Gianmario, Lecturer Divisione Government, Health and Non Profit SDA Bocconi, Ricercatore CERGAS – SDA Bocconi.

Collicelli Carla, Associato senior CNR-CID Ethics, Docente Sapienza Combiomed, esperto senior ASviS e CNR.

Compagni Amelia, Professoressa Associata Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università Bocconi e Direttrice del CERGAS – SDA Bocconi.

Costa Giuseppe, Professore Emerito Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche dell'Università di Torino.

Crialesi Roberta, Dirigente di ricerca, responsabile del Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza dell'Istat.

D'Angela Daniela, Docente Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Responsabile Ricerca e area "HTA, Dispositivi medici e PDTA" di C.R.E.A. Sanità.

Delle Donne Alessandro, Direttore Generale dell'IRCCS Istituto Tumori di Bari, Docente Università LUM Giuseppe Degennaro e Docente Università degli Studi di Bari Aldo Moro.

Del Vecchio Mario, Professore Associato Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università degli Studi di Firenze, Affiliate Professor Divisione Government, Health and Non Profit SDA Bocconi.

Di Giulio Paola, Professoressa Associata Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche dell'Università di Torino.

Fattore Giovanni, Professore Ordinario Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università Bocconi e Ricercatore CERGAS – SDA Bocconi.

Longo Francesco, Professore Associato Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università Bocconi e Direttore dell'Osservatorio OASI del CERGAS - SDA Bocconi.

Maffei Claudio Maria, medico specialista in Igiene e sanità pubblica, già incaricato di Direzione Sanitaria nella Regione Marche.

Maino Franca, Professoressa Associata Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano e Direttrice Scientifica di Percorsi di Secondo Welfare.

Marsilio Marta, Professoressa Ordinaria Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche dell'Università degli Studi di Milano.

Marzulli Michele, Professore Associato Dipartimento di Economia dell'Università Ca' Foscari Venezia.

Masella Cristina, Professoressa Ordinaria Dipartimento Ingegneria Gestionale Politecnico di Milano, Responsabile Scientifico Osservatorio Sanità Digitale.

Mauro Marianna, Professoressa Ordinaria Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università di Catanzaro Magna Graecia.

Meneguzzo Marco, Professore Ordinario Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata" e Full Professor Università Svizzera italiana.

Monchiero Giovanni, già Direttore Generale Ospedale Molinette e Presidente FIASO.

Montefiori Marcello, Professore Ordinario Dipartimento di Economia dell'Università di Genova.

Nuti Sabina, Rettrice della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Professoressa Ordinaria di Economia e Gestione delle Imprese del Centro Interdisciplinare Health Science, fondatrice del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Petralia Paolo, Direttore Generale dell'ASL 4 S.S.R. Ligure.

Pignataro Giacomo, Professore Ordinario Dipartimento di Economia e Impresa dell'Università di Catania.

Polistena Barbara, Docente Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Responsabile di Ricerca C.R.E.A. Sanità.

Reina Rocco, Professore Ordinario Dipartimento di Giurisprudenza, Economia e Sociologia - Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro.

Ricciardi Walter, Professore Ordinario Dipartimento Scienze della Vita e Sanità Pubblica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Rosa Angelo, Professore Associato Dipartimento di Management Finanza e Tecnologia e Direttore Laboratorio Lean e Value Based Healthcare Università LUM Giuseppe Degennaro

Russo Salvatore, Professore Associato Venice School of Management Università Ca' Foscari Venezia.

Russo Valentini Maria Rosaria, Avvocato esperta in Diritto Amministrativo con esperienza pluridecennale in ambito sanitario.

Schiavone Francesco, Professore Ordinario Dipartimento di Studi Aziendali e Quantitativi dell'Università degli Studi di Napoli Parthenope.

Spandonaro Federico, Professore Aggregato Dipartimento di Economia e Finanza dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata" e Presidente del Comitato Scientifico di C.R.E.A. Sanità.

Tarricone Rosanna, Professoressa Associata Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università Bocconi e Direttrice Divisione Government Health and Non Profit SDA Bocconi.

Vainieri Milena, Professoressa Ordinaria in Management, Vicedirettrice dell'Istituto di Management e Responsabile del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Vineis Paolo, Professore Ordinario di Epidemiologia Ambientale, Imperial College di Londra e Accademico dei Lincei.

Zuccatelli Giuseppe, medico specializzato in Igiene e Medicina Preventiva, già Direttore Generale di Aziende Sanitarie e Sub-Commissario in Regioni in piano di rientro.