

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XXII – N. 85 GENNAIO-MARZO 2013

NUMERO SPECIALE

LE AZIENDE DEL S.S.N. E IL PROCESSO MANAGERIALE INCOMPIUTO

**Le esigenze di cambiamento
sono indipendenti
dalle caratteristiche del Governo**

di Elio Borgonovi



SIPIS

00197 ROMA - Viale Parioli, 77 - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817 - e-mail: sipised@tin.it - www.sipis.it

MECOSAN - Direttore responsabile: **Luigi D'Elia**

Pubblicazione registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

Fotocomposizione **SIPIS** s.r.l. - Stampa «Grafica Ripoli» s.n.c. - Tivoli

Spedizione in abbonamento postale, art. 1, c. 1, D.L n. 353/03 (conv. in L. 27/02/2004, n. 46)

Indice

PARTE I

Evoluzione degli assetti istituzionali del SSN

Linee evolutive nei trenta anni di Servizio sanitario nazionale 6

Il ruolo delle Regioni nel sistema di tutela della salute secondo il modello federalista 18

Verso il federalismo fiscale 24

Finalità del federalismo fiscale 29

Campanello di allarme o squilli di tromba 34

Convergenze parallele: quando sistemi diversi hanno problemi e sfide simili 39

PARTE II

Evoluzione delle politiche di tutela della salute

Invertire la prospettiva nel definire le politiche di salute 46

Fiducia, parola magica 52

La mancanza di fiducia, male oscuro (non troppo) della sanità 57

Le politiche nel settore della salute: logica del pendolo o della convergenza nel sistema di tutela della salute 62

Due scenari per il sistema di tutela della salute 67

Malattie rare: sempre più cenerentole 72

La calda estate, il tiepido autunno e il freddo inverno della sanità 77

PARTE III

La tutela della salute: valore da generare, distribuire e comunicare

La responsabilità sociale nel sistema di tutela della salute

La responsabilità sociale in sanità 88

Scandali, persone, regole 94

Ricreare una tensione costruttiva per e nel sistema di tutela della salute 99

La filiera della salute: l'economia riscopre la persona 105

Innovazione al cubo 110

Generare e comunicare valore nel SSN 116

PARTE IV

L'integrazione delle conoscenze e delle professioni

Cicli di vita dei fenomeni, cicli di vita delle politiche 124

Aziendalizzazione e governo clinico 130

Clinical Governance, il contributo di molteplici prospettive 134

La responsabilità in medicina: quando obiettivi corretti possono causare gravi problemi 135

Il ritorno al futuro: il ruolo del medico di medicina generale 140

Sperimentazioni gestionali e razionalizzazione della spesa pubblica 145

Stress test per la sanità 151

PARTE V

Dare contenuto alle parole

L'alfabeto del Ssn 158

Dai livelli essenziali ai livelli effettivi di assistenza 173

Revenue e spending review in sanità 177

Salute e benessere tra principi e pragmatismo 182

Presentazione

Il percorso di un ricercatore convinto del fatto che non vi sia nulla di più pratico di una buona teoria, a condizione che le teorie abbiano la finalità di interpretare fenomeni reali e debbano accettare la verifica dei fatti, non può essere lineare. Infatti, se può esservi una evoluzione naturale del pensiero che si costruisce con l'esperienza, la dinamicità e la non prevedibilità dello sviluppo delle conoscenze, delle relazioni sociali e dei rapporti economici, essa richiede deviazioni da un percorso di ricerca programmato. Nel caso poi del sistema di tutela della salute certe problematiche si ripresentano con periodicità, seppure in contesti economici, sociali e politici assai differenti.

Ad esempio, il tema della sostenibilità economica di un sistema di tutela della salute basato sui principi di universalità è stato al centro del dibattito negli anni immediatamente precedenti e successivi alla Legge 833/78, nel periodo 1991-1993 nel quale sono stati introdotti principi e strumenti di gestione aziendale e manageriale, alla fine degli anni Novanta in occasione di quella che è stata definita la «terza riforma rimasta incompiuta» (legge 229/99) e, dal 2008 fino ad oggi, si è presentato con caratteri di «crescente drammaticità» in corrispondenza della crisi globale che ha avuto origini finanziarie, si è sviluppata con la fase di recessione economica, soprattutto in Europa, ed è proseguita in modo ancor più acuto con quella dei «debiti sovrani». Anche il tema delle relazioni Stato-Regioni in un modello di federalismo, anch'esso incompiuto o «zoppo» se si considera la non attuazione dell'autonomia fiscale, ha attraversato i 40 anni del Ssn, in particolare, ha influenzato il dibattito dell'ultimo decennio, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione.

L'evoluzione del contenuto del «benessere fisico, psichico e sia permesso di aggiungere spirituale (in senso laico e religioso) della persona» è stato influenzato dal progresso delle conoscenze, dai rapidi

cambiamenti dei valori sociali, dall'affacciarsi di nuove tecnologie (farmaci, protesi e altre tecnologie mediche), attrezzature idonee a garantire una migliore qualità dell'assistenza, e ciò ha indubbiamente avuto riflessi anche su chi è stato chiamato a commentare la situazione del Ssn. Agli inizi del nuovo secolo il tema dei rapporti tra le professioni è ritornato al centro dell'attenzione sotto l'aspetto della clinical governance e del rapporto tra autonomia professionale, esigenze ed obiettivi organizzativi, responsabilità dell'azienda sull'equilibrio economico finanziario, politiche regionali di riorganizzazione del sistema di offerta.

In questo «numero speciale» di Mecosan sono raccolti e riproposti alcuni editoriali della rivista raggruppati non secondo un criterio cronologico ma secondo grandi linee tematiche. Nella prima parte vengono riproposte le analisi del sistema istituzionale partendo dall'evoluzione del Ssn italiano, passando attraverso considerazioni sul federalismo (con le sue finalità e i suoi limiti di attuazione), per terminare con la messa in evidenza di come sistemi sanitari diversi affrontano gli stessi problemi, in particolare quello del tentativo di contenere la dinamica della spesa. Nella seconda parte l'attenzione è posta sulle politiche per la salute partendo dalla sottolineatura di come sia necessario ritornare alla corretta relazione tra fini e mezzi (invertire la prospettiva nel definire le politiche di salute), per passare ad un tema molto caldo in questo momento storico (quello della fiducia che dovrebbe essere ricercata anche nei confronti di pazienti e di operatori e non solo nei confronti dei mercati finanziari), per terminare con la trattazione di politiche specifiche (la scarsa attenzione alle malattie rare e agli effetti negativi di casi di mala sanità reale o presunta).

Nella terza parte sono raccolti editoriali che hanno per oggetto il valore che deve essere generato dal Ssn. Si parte da un concetto ampio, quello della responsabilità sociale, di un sistema di tutela della salute, per

passare poi al tema delle regole il cui rispetto è condizione essenziale anche se non sufficiente per contrastare l'emergere di scandali e per promuovere una tensione positiva al miglioramento. Gli ultimi tre editoriali hanno un filo conduttore dato dalla «filiera del valore», che può essere alimentata dall'introduzione di dosi massicce di innovazione.

Nella quarta parte il tema dominante è quello dell'integrazione che viene analizzata con riferimento a diversi cicli di fenomeni, ad una corretta interpretazione del concetto di azienda come sistema unitario che deve valorizzare (non penalizzare) il ruolo dei professionisti (Aziendalizzazione e governo clinico Clinical Governance; Il contributo di molteplici prospettive). Negli

ultimi editoriali riportati in questa sezione sono affrontati tre temi il cui tratto comune è quello di valutare il contributo alla sostenibilità del sistema.

La parte quinta chiude in un certo senso il percorso logico, in quanto collega l'uso di termini al loro significato. Ai tre editoriali sull'alfabeto del Ssn, che verrà in futuro completato in altri editoriali, si aggiunge quello sui livelli essenziali di assistenza (declinato nella fase di programmazione e nella fase di implementazione che qualifica i livelli effettivi) per concludersi con il rapporto tra salute e benessere e sulla spending review.

Il Direttore scientifico di MECOSAN

ELIO BORGONOVÌ

Parte I

Evoluzione degli assetti istituzionali del Ssn

Linee evolutive nei trenta anni di Servizio sanitario nazionale

Anche in periodi di «discontinuità» dell'economia e della società come quello attuale, è opportuno riflettere in modo sistematico sul passato per cogliere alcuni elementi che servono a prepararsi al futuro. Si usa, non a caso, il termine prepararsi, poiché in un quadro di grande incertezza e instabilità è difficile progettare. Si può far riferimento solo a principi e a criteri guida che dovranno/potranno essere adattati con flessibilità alle differenti situazioni.

Innanzitutto, si può ricordare che l'introduzione del Ssn è stata preceduta da un dibattito pluriennale sulle regole tramite cui rispondere ad un fondamentale bisogno della persona. Anche coloro che erano contrari al modello «Servizio sanitario nazionale» concordano sul fatto che una politica dello Stato in questo settore era rilevante e necessaria, la differenza riguardava i modi e le regole tramite cui realizzare tale intervento.

Un secondo principio derivava e si inseriva nel filone di pensiero e nella cultura secondo cui la risposta ad un bisogno qualificante della dignità della persona, quello della tutela della salute, dovesse essere responsabilità della persona stessa, ma fosse anche responsabilità comune e condivisa di una comunità socialmente e politicamente organizzata, concetto di *welfare state*.

All'inizio, e ancor oggi, il principio e il modello di *welfare state* sono stati e vengono presentati in modo sintetico, ma non corretto, come un sistema che si propone di «dare tutto a tutti», obiettivo evidentemente non perseguibile in una realtà caratterizzata da risorse scarse. Il principio base del *welfare state* non è questo, ma consiste nella affermazione che tutti i componenti di una determinata comunità devono avere la possibilità di trovare risposte adeguate a bisogni fondamentali, indipendentemente dalle loro condizioni so-

ciali, economiche e anche da loro comportamenti errati, ad esempio contrari alla conservazione dello stato di salute. La «copertura universale», che a sua volta non deve essere fatta coincidere semplicisticamente con la regola della «gratuità per tutti, anche per coloro che hanno redditi elevati», significa che nessuna persona deve essere messa in condizione di rinunciare a tutelare la propria salute per ragioni varie, quali l'impossibilità di sostenere i costi per le cure o il fatto di essere immigrato «non regolare», condizione, peraltro, che non sempre coincide con la condizione di immigrato clandestino. È noto, infatti, che la condizione di immigrato «irregolare» a volte può dipendere da lentezze burocratiche, pur avendo la persona tutte le condizioni per essere o diventare regolare, quali il possesso di un lavoro, l'accettazione e il rispetto delle regole del Paese ospitante, un positivo inserimento nella società.

Il terzo principio è quello del passaggio della tutela della salute dal campo di bisogno, come dice l'economia, a quello di *diritto* del cittadino. Anche in questo caso vanno fatte alcune precisazioni. Diritto alla tutela della salute non significa diritto alla salute, poiché questa dipende dalle conoscenze scientifiche e da eventi che non sono controllabili dalle singole persone né dal sistema nel suo complesso. La considerazione sembra banale, ma non lo è affatto, poiché questo passaggio ha modificato il rapporto delle persone e di interi gruppi sociali. Di fronte a eventi negativi riguardanti la salute, spesso sorge la convinzione, o almeno il sospetto, che essi non rientrino nella natura delle dinamiche della salute, ma siano in qualche modo riferibili alla responsabilità di qualcuno, molte volte si dice genericamente e impersonalmente dello Stato, per non aver fatto tutto il possibile per tutelare la salute. Non si vuole in alcun modo

negare né gli errori, né i casi di «malasanità», né le malattie, le sofferenze, addirittura le morti che ogni giorno possono essere evitate tramite un più adeguato, appropriato, efficace ed efficiente funzionamento del sistema, ma si vuole sottolineare che una *erronea*, e si sottolinea *erronea*, interpretazione del diritto alla salute abbia contribuito nel tempo a modificare e a ridurre il rapporto fiduciario con medici, infermieri, altri operatori. Vi è stato anche un effetto psicologico di traslazione. La perdita di fiducia nel «sistema» ha avuto anche riflessi sulla perdita di fiducia di operatori che «operano nel sistema» e la conseguente ricerca di altri medici o operatori nei quali riporre la fiducia.

Sul fronte opposto, si sottolinea come il riconoscimento di un diritto non vada inteso nel senso che esiste una tutela giuridica nel senso classico, ossia che è possibile ottenere il risarcimento o la pena per chi non abbia assicurato la tutela nell'ambito delle proprie responsabilità. Alla persona che è in stato di bisogno interessa ottenere il soddisfacimento di quel bisogno, non sapere che, in caso contrario, potrà ottenere un risarcimento o avvalersi contro qualcuno. Affermare che la salute è «diritto del cittadino» significa invece affermare che gli organi (pubblici) preposti alla garanzia di tale diritto a vari livelli, devono fare tutto il possibile, date le conoscenze scientifiche, tecniche, organizzative e le risorse economiche disponibili, per dare a tutti e ad ogni cittadino la risposta più appropriata. In questo settore più che in altri, il riconoscimento del diritto deve essere inteso più nella dimensione preventiva che non in quella risarcitoria o di attribuzione della responsabilità. Si tratta di un principio generale del diritto che, tuttavia, nel caso della salute, assume una rilevanza ben diversa e ben più pregnante di quella che esso ha se riferito, ad esempio, al diritto di non vedere occupato abusivamente un campo o uno stabilimento, fenomeni per i quali il risarcimento può essere una risposta più accettabile rispetto a chi ottiene il risarcimento a seguito di lesioni gravi causate dal mancato rispetto o di corrette procedure assistenziali.

Infine, va ricordato il principio secondo cui la tutela della salute deve estendersi in modo adeguato alle diverse fasi di evoluzione della condizione di benessere fisico e psichico della persona, dalla prevenzione,

alla diagnosi (più o meno precoce), alla cura, alla riabilitazione. Essa, inoltre, è meglio garantita da un coordinamento dell'attività di tutte le strutture (i presidi) e i servizi che contribuiscono a far recuperare, mantenere, promuovere lo stato di salute. Alla base della istituzione del Ssn stanno i principi di integrazione del controllo degli eventi (e dei possibili interventi) sull'intera filiera che influenza lo stato di benessere e del coordinamento dei diversi interventi che dovrebbero garantire una visione unitaria dei problemi di salute della persona.

Fa riflettere il fatto che alcuni dei principi di fondo dei servizi sanitari nazionali, quali la copertura sempre più ampia e generalizzata della popolazione, la richiesta di dare maggiore attenzione e risorse alla prevenzione e alle cure primarie, l'organizzazione del sistema di offerta secondo logiche di integrazione della intera catena della salute e di coordinamento di tutti i servizi che contribuiscono a combattere la malattia e non a risolvere singoli episodi (condotta medica o assistenza basata sulla ottimizzazione delle specifiche prestazioni) siano diventati principi ispiratori della strategia di grandi gruppi privati che operano nel settore o dei progetti di riforma di Paesi, come gli USA, per motivazioni di carattere economico. Seppure con modalità di attuazione diverse, dati i diversi periodi e i diversi contesti sociali e istituzionali, deve far riflettere il fatto che determinati indirizzi emergono sia a seguito della traduzione nel contesto di determinate concezioni culturali, ideali, istituzionali (l'approccio europeo), sia per evoluzione delle logiche del mercato (approccio USA e dei Paesi fondati sulla preminenza del privato e della logica assicurativa o mutualistica). Singolare, e da sottolineare, è anche il processo inverso: nei sistemi basati sul modello del Servizio sanitario, si cercano rimedi alle disfunzioni introducendo elementi correttivi tipici del mercato (maggiore competizione, finanziamento sulla base della quantità-qualità dei servizi erogati, ecc.), mentre le riforme dei servizi finora maggiormente «privatistici», come la proposta del nuovo Presidente Obama, non vengono presentate come sostituzione o sovvertimento della logica e dei principi della economia di mercato, ma come innesti e modifiche inserite su modelli logici, culturali e ideologici fortemente radicati negli USA, ossia la liber-

tà dell'individuo e il sospetto di interferenza dello Stato, il cui intervento è accettato solo per motivazioni strategiche o di emergenza, come quella della crisi economica attuale.

L'analisi della evoluzione del Ssn può essere attuata assumendo diverse prospettive. La prima, ovviamente, è quella del paziente. Innanzitutto, va messo in evidenza che è potenzialmente aumentata in misura rilevante l'accessibilità ai servizi, anche per situazioni gravi e di urgenza (si pensi alla istituzione dei servizi del 118 e alla distribuzione di servizi di diagnosi specialistiche e dei vari interventi di cura sul territorio). Tale aumento dell'accessibilità è stato in parte ridotto, specie nell'ultimo decennio, dal manifestarsi del fenomeno delle lunghe liste di attesa dovute al combinarsi di almeno tre fattori: l'aumento delle possibilità di diagnosi, cura e riabilitazione che ha contribuito ad un grande aumento della domanda, la generazione di domande «inappropriate» sia da parte dei pazienti (per spinte emotive e psicologiche o per una maggiore diffusione della sindrome di ipocondria), sia a causa di inefficienze nell'uso delle strutture e dei servizi o per allocazione di risorse limitate rispetto alle nuove esigenze.

Un secondo aspetto che appare innegabile è il decisivo miglioramento delle risposte di salute e anche dello stato di salute. A parte i casi di trattamenti inappropriati, di errori diagnostici e terapeutici, di infezioni nosocomiali e di eventi nocivi per la salute che avrebbero potuto e dovrebbero essere evitati con adeguate politiche e interventi di *risk management*, si può dire in modo poco scientifico, ma altrettanto efficace, che «è molto meglio avere un problema di salute oggi rispetto a trenta anni fa» e che le probabilità di ottenere soluzioni positive oggi è di gran lunga superiore al passato. Tutti, o quasi, gli indicatori dello stato di salute, dalla attesa di vita, ai tassi di successo per patologie mortali, ai tassi di mortalità o morbilità sono migliorati o, almeno, non peggiorati nel nostro Paese. Certamente ciò è dovuto all'enorme progresso scientifico e tecnologico, ma si può affermare, con un certo grado di credibilità, che in parte ciò è dovuto anche all'azione del Ssn, che analoghi progressi non sono stati ottenuti nella maggior parte dei Paesi dove tale sistema non esiste e anche l'assistenza sanitaria è «a doppia velocità»,

una moderna e all'avanguardia per le classi sociali elevate e ricche, l'altra arretrata e con garanzie assai limitate per le classi sociali basse e povere. Tuttavia, è indiscutibile che sia aumentata, in misura sempre più evidente nella popolazione in generale e nei pazienti che hanno dovuto ricorrere alle prestazioni del Ssn, la percezione di una divaricazione tra domanda e offerta, sul piano qualitativo, se non anche su quello quantitativo, come nel caso di mancanza di posti-letto per ricoveri urgenti, lunghe attese nei pronto soccorso senza informazioni e senza motivazioni evidenti (la presenza di un numero elevato di pazienti in attesa), tempi lunghi di prenotazione di esami e di accertamenti. Percezione questa, dovuta sicuramente in parte a fatti oggettivi, ma anche in parte ad una maggiore informazione che alza il livello delle aspettative in termini positivi (maggiore consapevolezza che certi problemi possono essere risolti) a volte in termini negativi (annuncio di trattamenti che sono ancora nella fase di sperimentazione o disponibili sotto rigidi controlli in centri specializzati e che invece i media segnalano come potenzialmente disponibili in modo diffuso).

Sempre dalla prospettiva del paziente si sottolinea la crescente differenziazione dei livelli di assistenza tra Regioni e tra aree del Paese. I crescenti vincoli finanziari, le politiche di contenimento dei costi (non sempre efficaci), il decentramento progressivo alle Regioni hanno determinato una crescita divaricata «a macchia di leopardo», con evidente penalizzazione delle Regioni meridionali a causa delle differenti competenze presenti nel campo della programmazione, organizzazione, dei controlli di vario tipo e a causa del fatto che sulla sanità si scaricano tensioni e interessi non di rado illeciti data la sua rilevanza economica. Aspetto, questo, che dovrà essere attentamente valutato nella prospettiva dell'introduzione del federalismo fiscale, come si è scritto nell'editoriale del numero precedente. Al riguardo, si sottolinea un paradosso, che è tale sono in apparenza: nel periodo in cui sono aumentati gli sforzi per definire LEA (livelli essenziali di assistenza) omogenei e per includerli in documenti e in accordi vari (ad empio accordo Stato-Regioni), si è avuta una accentuazione delle differenze tra i livelli effettivi di assistenza, sono aumentati, o non sono diminuiti, feno-

meni di «mobilità» sanitaria tra Regioni o tra territori e aziende ospedaliere di riferimento. Indicatore, se non dimostrazione empirica, del fatto che gli obiettivi non si raggiungono solo perché sono inseriti in leggi o in accordi e i problemi non si risolvono perché si esprime la volontà o si assume l'impegno formale per operare in quella direzione, ma se si opera per creare le condizioni reali che rendano possibile la soluzione dei problemi e per raggiungere gli obiettivi. Investimenti nella modernizzazione delle strutture di offerta, con tutela dello Stato contro influenze della malavita organizzata o fenomeni di speculazione edilizia, investimenti e adeguamento delle tecnologie, aggiornamento e formazione del personale sul piano professionale, organizzativo e manageriale, trasferimento di conoscenze e di «buone pratiche» o «buone soluzioni» tramite accordi di trasferimento, di collaborazione e di assistenze tra Regioni e tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere, sono i principali strumenti per evitare differenziazioni di carattere negativo. La percezione delle differenze è stata spesso collegata anche alla maggiore evidenza data a situazioni di sprechi e inefficienze che consegua una migliore trasparenza che, tuttavia, deve essere ulteriormente migliorata.

Con riguardo a questi e altri fenomeni negativi, sembra essere aumentata la capacità dei pazienti di organizzarsi in movimenti e di far sentire la propria voce. La possibilità dei pazienti di avere una influenza reale sulle politiche di tutela della salute e sulla gestione delle aziende è maggiore nelle Regioni, come la Lombardia, dove è più avanzato il sistema di accreditamento e il paziente può scegliere la struttura, pubblica o privata, cui rivolgersi, ma anche indagini promosse da vari movimenti di tutela dei pazienti hanno consentito progressi nel sistema. Permangono forti considerazioni critiche sui livelli di «chiusura» e di «autoreferenzialità» di professionisti, manager, decisori delle politiche, ma la convinzione di chi scrive è che esistono significativi e abbastanza numerosi casi di medici e altri professionisti e di manager attenti a comprendere i bisogni reali e attenti al confronto, e che la situazione oggi sia molto migliorata rispetto al passato.

Infine, un'ultima considerazione nella prospettiva del paziente. Relativamente al progetto originario di finanziare la spesa per

la tutela della salute esclusivamente, o prevalentemente, tramite fiscalità generale, e in seguito fiscalità regionale aggiuntiva per più elevati livelli di assistenza, è aumentato in generale il livello di compartecipazione del paziente al costo delle prestazioni sia per rafforzare comportamenti di autocontrollo dei consumi da parte dei pazienti, sia per avere ulteriori fonti di entrata.

Passando alla prospettiva dei medici e delle altre professioni sanitarie o «miste» sempre più frequenti (come biomanager, biochimici, bioinformatici, ecc.) si può osservare che nella prima fase, anni ottanta, essi hanno dovuto confrontarsi principalmente con i problemi di integrazione e di coordinamento. Si sono sovrapposte e intersecate due dimensioni: quella della specializzazione delle conoscenze riguardanti gli atti di tutela della salute, sempre più accentuata con il progresso scientifico e delle tecnologie, con l'inevitabile contropinta a rafforzare le conoscenze e le funzioni di professionisti capaci di ricondurre ed intrattenere il rapporto con i pazienti (medici di medicina generale con il territorio e all'interno degli ospedali) con la dimensione della specializzazione e della integrazione delle strutture di offerta. La confluenza di vari enti e strutture precedentemente autonome anche sul piano giuridico nelle unità sanitarie locali, ha posto difficili problemi, rimasti irrisolti per molti anni e ancora oggi non completamente risolti, di far interagire sempre più frequentemente medici, infermieri e altri professionisti operanti in ospedali, centri diagnostici, centri di riabilitazione, medici di medicina generale e pediatri del territorio. L'attitudine e l'abitudine dei professionisti a lavorare per compartimenti stagni, accentuata da aspetti di diverso *status* sociale e, specie all'inizio, anche da diversi sistemi contrattuali, non sono certo state superate, ma sicuramente l'introduzione del Ssn, con i principi di integrazione e coordinamento, ha aiutato nel tempo ad affrontare questi aspetti con risultati in molti casi assai positivi. Si fa riferimento all'introduzione delle logiche dei «percorsi dei pazienti» (che collegano la fase prericovero, ricovero) e, più recentemente, alle logiche e ai modelli di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), recepiti anche dalle normative, dagli indirizzi sulle sperimentazioni gestionali e da alcune sperimentazioni

in realtà particolarmente dinamiche e innovative. A stimolare, facilitare la maggiore integrazione tra professionisti coinvolti nelle diverse fasi dei processi assistenziali, hanno contribuito anche le politiche finalizzate alla riduzione dei tempi di ricovero (condizione per una rilevante riduzione dei posti-letto per acuti negli ultimi due decenni), l'introduzione di sistemi di finanziamento a tariffa (Drg e altri) che hanno incentivato ulteriormente l'accelerazione di processi assistenziali in regime di ricovero e le dimissioni rapide con conseguenti protocolli di trattamenti ambulatoriali o domiciliari, l'estensione dei trattamenti in *day hospital*, l'applicazione di modelli di assistenza domiciliare integrata o di *home care*, oppure lo sviluppo di strutture per assistenza di lungodegenti in ambiti protetti. Anche l'evoluzione della telemedicina ha contribuito a incentivare una maggiore attitudine alla integrazione e alla collaborazione dei professionisti. Una tendenza stimolata anche da interventi sul sistema di offerta con l'aggregazione di unità sanitarie in aziende sanitarie di dimensioni sempre più ampie (tendenzialmente provinciali), l'autonomia giuridica riconosciuta alle aziende ospedaliere e ad aziende erogatrici di altri servizi (diagnostica, riabilitazione), il che ha nel tempo diffuso sistemi di «organizzazione a rete».

Questa evoluzione ha caratterizzato, del resto, anche il privato nel quale, pur persistendo ancora un numero elevato di strutture di piccole dimensioni, sono presenti e sono stati accelerati processi di aggregazione, o di acquisizione della gestione di strutture pubbliche (poche sperimentazioni) o di altri soggetti privati (forse più numerosi) con modelli di tipo polispecialistico e di costituzione di reti di strutture e servizi di diagnosi, cura, riabilitazione.

Ritornando più specificamente alle problematiche delle professioni sanitarie, alla fine degli anni ottanta-inizio anni novanta, si avviano due processi paralleli. Da un lato, politiche e programmi finalizzati a dare una più qualificata formazione alle professioni non mediche (infermieri, ostetriche, tecnici, dei diversi settori) che ha portato con la riforma universitaria introdotta con la legge 509/99 all'avvio di lauree e lauree specialistiche per diverse professioni non mediche. Dall'altro, la crescente consapevolezza che

la maggiore complessità istituzionale e organizzativa richiedeva di aggiungere conoscenze, competenze, capacità sinteticamente definibili come manageriali.

Un numero crescente di medici, biologi, infermieri, tecnici, altri professionisti si è avvicinato alla formazione di carattere economico, aziendale, organizzativo, manageriale nella prospettiva di assumere posizioni organizzative che richiedevano una «professionalità più allargata» o nella prospettiva di essere meglio preparati ad interagire con i manager della sanità o ad applicare metodi e strumenti quali la contabilità dei costi, il controllo di gestione, l'informatizzazione dei processi sanitari e dei processi amministrativi,

Una fase nella quale un certo numero di medici e di altri professionisti si è confrontato con una duplice possibilità di sviluppo di carriera: quello di tipo specialistico-professionale (diventare il chirurgo, il neurologo, l'internista, il cardiologo con sempre maggiore esperienza e specializzazione) o quello, in una certa fase della carriera, di «cambiare mestiere» assumendo posizioni di tipo programmatico, organizzativo, manageriale o addirittura di decisore delle politiche della salute o consulente dei decisori.

Si tratta di una consapevolezza che rappresenta una evoluzione rispetto alla impostazione classica secondo cui la tutela della salute si fonda essenzialmente sul rapporto medico-paziente, sulle conoscenze (del medico) e sul bisogno (del paziente), sui valori deontologici ed etici e riconosce l'influenza del fattore complessità. In questa fase viene posto con forza il dilemma (o la domanda) «manager (o leader) si nasce o si diventa» e il dibattito sulla opportunità che i manager intermedi o di alto livello debbano essere medici o possano avere una altra formazione di base. La risposta alla prima questione appare semplice anche se non banale: per fare il manager (o il leader), che significa avere la responsabilità di altre persone e saper interagire con esse, occorre avere alcune attitudini e un certo orientamento, ma oggi sono sempre più rari i casi in cui è possibile assumere responsabilità manageriali di alto livello in aziende complesse, nel caso specifico sanitarie, senza una conoscenza più o meno approfondita (a seconda delle posizioni) di metodi e strumenti. La formazione è dunque oppor-

tuna, se non addirittura indispensabile, anche se formazione non significa affatto partecipazione a certi tipi di corsi, standardizzati e omogenei, ma realizzare un sistematico processo di apprendimento e un consolidamento delle conoscenze.

Al secondo quesito, la risposta più volte data da queste colonne, sia in editoriali sia in articoli, è che la formazione di base non è né vincolante né determinante. Può fare, e dovrebbe essere nominato, manager chiunque «lo sa fare bene», chiunque abbia una formazione medica, scientifica, economica, giuridica. Certamente quanto più la posizione manageriale è vicina al processo assistenziale (Direttore di unità semplice o complessa) tanto più utile è la conoscenza degli specifici processi. Più ci si allontana dal processo assistenziale, più variegata può essere la formazione di base che può essere anche molto differente e distante da quella medica.

Dopo il primo passaggio dalla fase di preminenza della politica della salute (anni ottanta) a quello dell'attenzione agli aspetti gestionali e organizzativi (anni '91-'95 con l'introduzione al vertice delle Usl degli amministratori straordinari), si è affermata con la riforma del '92-'93, partita nel 1995, la fase della cosiddetta «aziendalizzazione», con la trasformazione delle «strutture operative dei Comuni» (Usl degli anni ottanta) ad «aziende facenti capo alla Regione» con al vertice un organo monocratico, il Direttore generale, che aveva il potere di scegliere il Direttore amministrativo e quello sanitario, ovviamente tra persone in possesso dei requisiti necessari. In questa fase i professionisti hanno perso, o hanno avuto la percezione di perdita di prestigio, ruolo e potere, spesso condizionati dall'applicazione di sistemi gestionali, non sempre in modo corretto. I professionisti, anche in presenza di forti vincoli sulla spesa, hanno avvertito forti condizionamenti alla loro autonomia di scelta sul piano professionale e del rispetto delle esigenze dei pazienti. Una fase, questa, complessa su cui si torna in seguito, che a partire dagli anni 2001-2002 ha portato ad una specie di nuova presa di coscienza dei professionisti con la rivendicazione di rivalutare il loro ruolo, le loro funzioni e il loro potere tramite sistemi cosiddetti di *clinical governance*, ossia di loro maggiore partecipazione e coinvolgimento nelle scelte aziendali.

Prima della istituzione del Ssn, il tema della funzione manageriale era scarsamente avvertito. Il funzionamento degli enti che avevano competenze nel campo della sanità, poi evoluta nel concetto di tutela della salute, si era fondato su tre organi, ruoli, funzioni: un organo *politico*, elettivo come nel caso degli assessori dei Comuni, o nominato a seguito di un processo *politico* come nel caso dei Consigli di amministrazione degli enti ospedalieri, *sanitario*, rappresentato dal Direttore sanitario o da figura equivalente, cui facevano capo tutte le responsabilità riguardanti i processi assistenziali con relazioni che dovevano rispettare l'autonomia professionale di medici e altri operatori, *amministrativo* cui facevano riferimento le responsabilità per l'adozione degli atti amministrativi, contabili, di acquisto, di gestione amministrativa del personale quali concorsi, carriere, tenuta dei fascicoli personali, altri provvedimenti. Nelle strutture più complesse poteva essere presente un *Direttore tecnico*, generalmente dipendente o autonomo rispetto al Direttore amministrativo, cui facevano riferimento le responsabilità per le strutture edilizie e la loro manutenzione. Quando gli arredi, le attrezzature e apparecchiature, sono diventati più complessi sono stati presi in carico nelle realtà più avanzate dai servizi di ingegneria sanitaria e, con l'affermarsi della tendenza all'esternalizzazione, sono in genere affidati a imprese esterne in *out sourcing*.

L'introduzione del Ssn, pur creando le condizioni per un decisivo cambiamento dei criteri, metodi e strumenti di gestione (grande complessità ed eterogeneità delle funzioni svolte), non ha determinato una immediata accelerazione della sensibilità verso i problemi di funzionalità, efficienza, economicità, formazione del personale, valutazione dei risultati e soddisfazione dei pazienti. Queste esigenze, che ovviamente erano presenti anche precedentemente negli ospedali o nelle strutture più complesse, ma erano state avvertite e affrontate a partire dagli anni sessanta da pochi «amministratori illuminati», furono per alcuni anni messe e lasciate in secondo piano dalla priorità data alla dimensione della «politica sanitaria» (sia a livello nazionale, sia a livello locale) e alla dimensione delle problematiche formali e tecnico-operative. Tra queste si ricorda l'esigenza di adottare atti per il passaggio da più enti ad un

unico ente, l'unità sanitaria locale, che peraltro non aveva personalità giuridica essendo «struttura operativa dei Comuni». Una delle problematiche più rilevanti sul piano formale, ma anche sostanziale, è stata quella della definizione dei soggetti cui attribuire la proprietà del patrimonio a destinazione sanitaria e quello utilizzabile per produrre reddito. Le ragioni di questa situazione erano del tutto naturali e comprensibili. Nella prima fase di applicazione del Ssn prevalse la percezione generale (o comunque prevalente) che la buona sanità si fondasse su una corretta scelta delle priorità nell'allocazione delle risorse tra i diversi settori di intervento, tra diversi gruppi di pazienti o di potenziali tali (per gli interventi di prevenzione) e sul livello di professionalità, esperienza, deontologia, etica dei medici e degli altri operatori della salute. Corretta priorità nella allocazione delle risorse era intesa come scelta delle priorità riferita alla numerosità e severità delle malattie, alla sola severità anche se per un numero limitato di persone, alla coerenza con i valori e la percezione della società (quella che oggi viene definita con un anglicismo di moda il *sentiment* della opinione pubblica). Ovviamente, nel concreto tale funzione non sempre è stata interpretata in questo modo, ma con il fine di acquisire consenso in relazione alla elevata sensibilità del settore attorno al quale si muovono interessi rilevanti (investimenti in edilizia, forniture, assunzioni di personale, influenza di medici e altri operatori nei confronti dei pazienti e del contesto sociale, senso di riconoscenza in caso di aiuto a risolvere un problema di salute).

La sottostima degli aspetti di funzionalità complessiva del nuovo soggetto Unità sanitaria locale appare evidente nelle scelte di struttura di governo (oggi si dice di *governance*): un comitato di gestione, composto da rappresentanti dei Comuni (e la denominazione, «di gestione», è evocativa del suo coinvolgimento e del suo potere decisionale sul funzionamento interno) e da un «Ufficio di direzione» (anche in questo caso la terminologia riduttiva di «ufficio» non è casuale), organo collegiale di cui facevano parte i responsabili, Direttori dei diversi «settori di attività», definiti dalle Regioni con proprie leggi di organizzazione. La collegialità dei Comitati di gestione era garantita dalla figura del Presidente, quella dell'Ufficio di

direzione da un «coordinatore» sanitario e da uno amministrativo per i rispettivi ambiti di contenuti. Il termine coordinatore era frutto di un compromesso non solo politico, ma anche scientifico e sul piano manageriale, in un periodo storico molto critico nei confronti di modelli sociali e organizzativi fondati su poteri «gerarchici» e che proponeva modelli di democrazia allargata e condivisa (nella società e quindi nelle istituzioni) e di partecipazione, coinvolgimento, motivazione nei contesti organizzativi (di impresa e delle istituzioni pubbliche).

Affrontati e risolti, in termini più o meno soddisfacenti, gli aspetti giuridico-formali e operativi della prima fase, un certo numero di persone che avevano assunto posizioni di responsabilità a vario livello, ha avvertito l'incompletezza della propria formazione di base (medica o amministrativa) e della propria precedente esperienza di tipo specialistico (sanitario, amministrativo, tecnico) e la necessità di un allargamento - diversificazione delle conoscenze e competenze. Un numero crescente di dirigenti delle Unità sanitarie locali, cui si è aggiunto un certo numero di componenti dei Comitati di gestione che, nonostante il processo di nomina politica, erano coinvolti nel funzionamento, avvertiva la contraddizione tra i principi fondanti del Ssn, quali integrazione degli interventi di tutela della salute nelle sue diverse fasi di tipo «verticale» (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) e *gestione unitaria* delle strutture di erogazione delle prestazioni e dei servizi. La stessa denominazione *Unità* sanitaria locale evoca, infatti, un *unicum* e, quindi, rappresenta il tentativo di superare il precedente modello istituzionale e organizzativo «a canne d'organo», nel quale ogni settore, nella migliore delle ipotesi, cercava di razionalizzare e di rendere più efficiente il proprio funzionamento. Nel concreto, però, tale obiettivo era rimasto solo negli auspici in direzione di un coordinamento e di una collaborazione tra i settori, senza alcuno stimolo forte al superamento dei tradizionali comportamenti, né in termini di definizione della struttura organizzativa, né, tantomeno, in termini di sistemi operativi di gestione e di sistemi di incentivazione economica e non economica del personale (progressione di carriera, valutazione del merito).

Il bisogno *latente* di logiche, criteri e strumenti aziendali *applicati alla specificità* del settore di tutela della salute, di *management sanitario*, nella prima metà degli anni ottanta, si trasformò gradualmente in una domanda esplicita di formazione e di confronto che si rivolse ad alcune, in verità poche, e non sempre con una conoscenza adeguata delle specificità del settore, istituzioni formative o gruppi di docenti sensibili.

La prima metà degli anni ottanta può definirsi come una fase «pionieristica» o «illuministica» del management sanitario, le cui caratteristiche essenziali sono quelle che identificano lo sviluppo della disciplina dei paradigmi interpretativi, delle teorie. Alcuni principi e paradigmi fondamentali dell'economia aziendale e del management, conosciuti dagli studiosi del settore, furono applicati o reinterpretati tenendo conto delle specificità, sintetizzabili nella autonomia e responsabilità professionale dei medici e di chi compie atti riguardanti la salute, difficoltà di identificare i risultati dell'attività (si fa riferimento alla distinzione tra servizi – *output* – ed effetti – *outcome* – sullo stato di salute). Sono stati usati i termini principi e paradigmi *applicati e reinterpretati* e non quello di *adattati* non casualmente, ma per mettere in evidenza uno degli errori logici, metodologici e con effetti negativi sulla realtà, più diffusi e più pericolosi che hanno caratterizzato i 30 anni del Ssn: quello di ritenere che lo sviluppo della cultura aziendale e di management potesse essere ottenuto con il semplice trasferimento e gli adattamenti, spesso marginali, di conoscenze di management sviluppate e consolidate nella realtà delle imprese manifatturiere, o di servizi, non di rado poi inserite in contesti completamente diversi da quello italiano, come nel caso dei sistemi di contabilità industriale (degli USA) e sistemi di qualità totale (del Giappone). Coloro che sono stati definiti come «pionieri del management» che operavano nelle unità sanitarie locali (oggi aziende sanitarie) hanno contribuito ad evitare, o almeno a ridurre, questo rischio per gli studiosi e i docenti più attenti allo specifico settore. Infatti, portando nelle iniziative di formazione, attuate in aula attraverso lezioni, discussioni di casi, simulazioni e role *playing* o tramite il lavoro fianco a fianco in ricerche-applicate (che sono diverse dalla consulenza) su problematiche innovati-

ve, hanno dato sostanza al metodo induttivo degli studi aziendali e di management. Hanno fornito la «materia prima» per la costruzione di paradigmi interpretativi e di teorie, ossia i problemi da risolvere, le aziende da analizzare e migliorare, e hanno consentito di verificare la capacità interpretativa e l'utilità nel generare e governare il cambiamento dei paradigmi, delle teorie, dei metodi, delle tecniche aziendali e manageriali. Negli anni novanta, con una progressiva accelerazione nella seconda metà del decennio, si è formato un numero di manager della sanità, quello che oggi viene definito il «nocciolo duro», che non solo occupano posizioni di elevata responsabilità nel sistema ma, quel che è ancor più importante, sono in gran parte ancora motivati, pronti a nuove sperimentazioni, determinati nel dimostrare le debolezze e le contraddizioni di alcune impostazioni concettuali, e teoriche o di politiche prive di una adeguata base di conoscenza della specifica realtà, o su modelli e rappresentazioni di una realtà sanitaria del nostro Paese e delle sue aree territoriali, distanti «anni luce», come si dice con felice gergo, dalla realtà dei fatti. Sono anche persone che hanno, a loro volta, selezionato i manager della salute e si sono attorniate di giovani motivati e con alto potenziale, aiutandoli nello sviluppo professionale e a diventare a loro volta manager di aziende sanitarie o aziende ospedaliere, o che in alcune fasi, specie nella seconda metà degli anni novanta, hanno aiutato manager provenienti da altri settori pubblici e privati a comprendere meglio e a mettersi in sintonia con gli operatori del sistema sanitario. Essi, in genere, sono anche coloro che si sono opposti, a volte con successo, alle scelte «politizzate» (che sono concetto ben diverso dalle scelte politiche), ma anche alle scelte di chi (spesso proveniente dai settori privati) pretendeva di decidere prima, o senza preoccuparsi, di conoscere, perché si sentiva portatore «della ortodossia e degli effetti taumaturgici del management. Vari manager, provenienti da imprese multinazionali, dalla consulenza, hanno portato innovazione, miglioramenti, razionalizzazioni, riduzioni di disavanzi, motivazione del personale quando hanno applicato il principio fondante e fondamentale del manager e di qualunque professione: quando vieni inserito in una realtà nuova, fai tesoro delle co-

noscenze, competenze e capacità acquisite in precedenti esperienze, cerca però di capire il più rapidamente possibile le specificità del nuovo settore, dell'azienda, della sua storia organizzativa, del contesto e poi agisce con altrettanta rapidità e decisione per cambiare in meglio. Infatti, chi privilegia il cambiamento in sé, corre il rischio di determinare un peggioramento, ipotesi questa che i «presuntuosi» non considerano o, quando si manifesta, attribuiscono alle resistenze e alle opposizioni «di altri».

La fase pionieristica degli anni ottanta, di cui si ricordano tra gli altri i Convegni organizzati dalla CIDA-SIDIRSS nel 1984 «Manager della sanità» e il Convegno organizzato dalla Regione Emilia-Romagna a Bologna nell'ottobre 1986, dall'emblematico titolo «L'azienda sanità», ha creato i presupposti per la fase, identificata con un brutto neologismo, della «aziendalizzazione della sanità». Una fase nella quale, di fronte agli effetti negativi di organi di gestione composti da politici (Comitati di gestione) e da organi manageriali di vertice di natura collegiale, strutturalmente deresponsabilizzante (perché quando si decide in molti non è poi facile identificare chi deve attuare le decisioni e, soprattutto, chi risponde, specie di eventuali risultati negativi), sono stati attuati interventi legislativi che:

- prima hanno introdotto una responsabilità unitaria e monocratica per le unità sanitarie locali (amministratori straordinari introdotti con la legge 111 del 1991);

- e poi hanno scelto il modello istituzionale della catena verticale (aziende sanitarie come strumenti della Regione dotate di personalità giuridica);

- infine, hanno introdotto esplicitamente principi, criteri, strumenti di natura «aziendale» e, in particolare, la figura del Direttore generale come responsabile e garante dei risultati (di salute, di corretto uso delle risorse e dei risultati economici) delle aziende stesse.

Con l'approvazione dei D.L. vi 502/92 e 517/93 viene recepito anche sul piano legislativo il modello aziendale che, nella sua essenza, significa una più diffusa ricerca del miglior rapporto risorse impiegate e risultati ottenuti. Tuttavia, non si può negare che questa logica e questo modello siano stati a volte interpretati e a volte percepiti come

preminenza dei vincoli, degli obiettivi o dei risultati economici su quelli di risposta ai bisogni di salute o di scelta dei trattamenti più adeguati. Ciò si è verificato nei casi di leggi e politiche che hanno posto l'equilibrio di bilancio o un certo livello di contenimento della spesa o dei costi come criterio unico preminente per valutare, confermare o revocare Direttori generali, Direttori di dipartimenti o altre posizioni.

Elementi di tale impostazione sono stati il finanziamento su base di tariffe Drg, regole orientate a stimolare la competizione tra strutture, pubbliche e private, o tra diverse strutture pubbliche, obblighi di formazione dei dirigenti, obblighi di aggiornamento anche per i professionisti, introduzione della contabilità economico-patrimoniale, introduzione di Nuclei di valutazione esterni, obblighi o indirizzi forti ad applicare sistemi di programmazione e controllo, di *budget*, di valutazione e miglioramento della qualità, recentemente di *risk management*. Specie negli anni novanta, è stato dato grande potere e responsabilità ai Direttori generali e, a cascata, ai dirigenti delle aziende sanitarie, mentre a partire dagli anni duemila si è spostato il *focus* e il potere decisionale sulle Regioni. Inoltre, vi è stata una più elevata immissione nel sistema di dirigenti provenienti da imprese, da società di consulenza, da altre realtà e si è realizzata una maggiore mobilità dei Direttori generali, sanitari, amministrativi, anche tra diverse Regioni. Per queste ragioni, aumenta l'eterogeneità nell'interpretazione del ruolo con differenti stili di direzione con Direttori che rispettivamente hanno:

- perseguito logiche e comportamenti gerarchici di tipo comando-controlli;

- privilegiato il costituirsi di un valido, anche se limitato, numero di collaboratori a livello di direzione (*team* di alta direzione);

- adottato soluzioni di più ampia partecipazione e coinvolgimento (approccio *bottom up*);

- posto l'attenzione sulla razionalizzazione della gestione;

- privilegiato la definizione di indirizzi strategici;

- mostrato maggiore autorevolezza sul piano della professionalità;

- posto più attenzione alle relazioni con soggetti esterni, relazioni a loro volta esercitate più sul piano politico o sul piano della

trasparenza e della consultazione di sindaci, associazioni rappresentative dei pazienti o di vari interessi organizzati.

È, poi, opportuna qualche considerazione sui rapporti con i professionisti: vi sono stati (e tuttora vi sono) Direttori generali o altri dirigenti responsabili di processi gestionali che hanno tenuto rapporti formali, ma sostanzialmente di distacco, e perfino di sospetto, nei confronti dei professionisti, mentre altri hanno operato facendo riferimento al principio secondo cui ben poco si può fare per razionalizzare o per attuare modificazioni più strutturali in sanità senza un forte e continuo coinvolgimento di medici e di altri professionisti. Alcuni hanno *imposto* ai medici e ad altri operatori sistemi di programmazione e di controllo, indicatori di efficacia, efficienza, economicità senza spiegare in modo chiaro le finalità, mentre altri hanno costruito questi e altri sistemi gestionali insieme ai professionisti in modo da avere una verifica «a priori» della loro reale utilità ed efficacia nell'orientare i cambiamenti. Sul piano della formazione, vi è stata la diffusione di un numero sempre maggiore di iniziative, alcune con il *focus* sulle politiche del settore, altre con una impostazione di tipo clinico che, ovviamente, si fondavano sul principio della priorità dei processi di tutela della salute su cui costruire i sistemi di gestione. Questa ultima impostazione ha portato coloro, in verità non molti, che potrebbero essere definiti «integralisti della specificità del settore», ad affermare che solo chi ha una cultura medica può diventare manager del sistema. In effetti, va riconosciuto che vi sono stati, o vi sono, anche coloro che possono essere definiti come «integralisti della trasversalità o generalità del management», secondo i quali chi ha la conoscenza di tipo medico-professionale, in campo clinico o di igiene e sanità pubblica, tende ad avere una visione troppo «specialistica», troppo legata ai processi tipici, il che impedirebbe loro di cogliere la complessità dei diversi aspetti che caratterizzano la funzione manageriale al vertice delle aziende sanitarie (territoriali o ospedaliere) o a livello di «gruppo», ossia a livello regionale. Effettivamente, come accade in tutte le aziende, chi ha responsabilità manageriali «più vicine» ai processi tipici deve avere una migliore conoscenza degli stessi e quindi è meglio innestare conoscenze

manageriali sulle conoscenze dei «professionisti», mentre per le posizioni manageriali intermedie e di vertice è indifferente la formazione e le esperienze specifiche e i manager possono essere persone con formazione di base di tipo specialistico (come medici e altri operatori della salute), aziendale, giuridico, economico, di altre discipline, *purché siano attenti* a non considerare ogni azienda e ogni settore uguale agli altri e siano perciò in grado di adattare i principi, i criteri, i metodi e le tecniche aziendali alle specificità operative e comportamentali (rapporti tra medico-paziente, tra varie professioni) del sistema di tutela della salute.

Per quanto riguarda il ruolo della «politica» e dei «politici», ossia persone espresse per certe posizioni dai partiti o dai movimenti politici, si può affermare che essa è stata centrale nella prima fase del Ssn, negli anni ottanta. Partendo dal principio (che è un indubbio fondamento e può essere accettabile) secondo il quale, in presenza di una copertura «generalizzata» del bisogno di tutela della salute, è essenziale e fondamentale stabilire priorità non su base puramente tecnica o scientifica, ma considerando i valori espressi dalla società, o dal principio, meno nobile e da contrastare in ogni modo efficace, secondo cui il settore della salute è fonte notevole di consenso politico, nella prima fase gli organi politici furono *direttamente* coinvolti e resi responsabili della gestione. Ciò, come si è già anticipato, avvenne tramite la costituzione dei «Comitati di gestione», organi composti da politici che avevano le competenze, la responsabilità e il potere di prendere formalmente le decisioni riguardanti il funzionamento, seppure con vari obblighi di consultazione e di richiesta di parere sia ai professionisti (Consiglio dei sanitari) sia ai manager. L'analisi dei comportamenti di quel periodo suggerisce le seguenti interpretazioni:

a) quella *idealistica*, considerata dagli oppositori del Ssn ideologica, collegata alla stagione politica del «compromesso storico» tra componente cattolica (interpretata dalla Democrazia Cristiana), quelle marxista (interpretata dal Partito Comunista) e socialista (interpretata dal Partito Socialista), secondo la quale la tutela della salute era un bisogno-diritto così rilevante da essere considerato

prioritario da tutti, oggi si direbbe un problema da affrontare in modo bipartisan;

b) quella *tecnicistica*, secondo la quale la componente tecnico-professionale era così forte e definita da essere in qualche modo maggiormente impenetrabile da condizionamenti politici, come invece avveniva per gli enti locali (di cui le Usl erano allora «strutture operative»): ciò in effetti è astrattamente corretto, salvo la considerazione del fatto che in una realtà con risorse sempre più limitate rispetto ai bisogni, le scelte di allocazione erano, e in seguito sono diventate ancor di più, determinanti e condizionanti sul funzionamento e sul sistema di confronto scientifico e di scontro di potere tra i diversi gruppi professionali (le diverse specialità o le diverse «scuole» o gruppi all'interno delle singole specialità);

c) quella *compensativa* (o risarcitoria sul piano politico), secondo la quale nei Comitati di gestione delle Usl venivano inclusi i «politici» che non avevano avuto incarichi considerati allora di maggiore prestigio: è stata la componente più pericolosa nella fase iniziale, in quanto nei Comitati di gestione delle Usl sono stati inclusi i rappresentanti politici meno preparati, ma è stata anche una dimensione che ha avuto effetti molto positivi nei casi in cui nei Comitati di gestione sono stati inseriti i «politici» meno ortodossi, quelli che non seguivano le direttive dei partiti, perché molti di essi hanno portato varie forme di innovazione nel «fare politica» non solo per acquisire il consenso, ma anche per dare buoni servizi di qualità.

La complessità del modello (Comitati di gestione in cui erano espressamente presenti componenti della maggioranza e della minoranza della Assemblea dei Comuni), la prevalenza delle comportamenti negativi su quelli positivi nei tre aspetti sopra ricordati, l'oggettiva e crescente difficoltà nel trovare un equilibrio tra scelte di priorità di «politica sanitaria» ed esigenze concrete hanno velocemente eroso la legittimazione di tale modello. Ciò ha portato, prima, a ridurre i componenti dei Comitati di gestione (1988) e, poi, alla loro soppressione e sostituzione con l'organo monocratico «Amministratore straordinario» (1991). Tale modificazione è avvenuta in concomitanza del passaggio dalla prevalenza del ruolo dei Comuni (anni novanta) a quella della prevalenza della li-

nea di responsabilità «verticale» collegata in particolare al finanziamento, Stato - Regioni - Usl (poi trasformate anche sul piano giuridico in Asl, Aziende sanitarie regionali).

Così, negli anni novanta, il ruolo della politica e dei politici, diventa indiretto, anche se non meno pervasivo, secondo molti studiosi, aziendalisti, opinionisti e percezione dell'opinione pubblica. Tale passaggio è avvenuto in una fase politica e sociale assai «convulsa» del Paese, con l'intervento della magistratura che ha smantellato la precedente struttura dei partiti politici con la fase denominata «mani pulite» e che allora fu sostenuta anche da alcuni di coloro che oggi la definiscono «giustizialista». L'eliminazione della responsabilità diretta dei politici sulla gestione, all'inizio fu valutata positivamente, poiché gli «Amministratori straordinari» vennero scelti dalle Regioni all'interno di liste di candidati ritenuti dotati di qualità manageriali da commissioni e comitati di esperti. Senza entrare nel merito delle modalità di selezione della prima fase, si può sostenere che, a partire dalla metà degli anni novanta, dopo l'approvazione dei D.L. vi 502/92 e 517/93, l'influenza della politica si è manifestata in forma indiretta, tramite la nomina e la revoca dei Direttori generali e, successivamente, tramite la riorganizzazione del sistema di offerta, accorpamento della Asl territoriali e costituzione di Aziende ospedaliere autonome, e l'applicazione da parte della Regione di criteri e di indirizzi sempre più vincolanti, spesso a partire dall'inizio degli anni duemila. Si è manifestato una specie di «effetto non voluto» (o almeno considerato «non desiderabile» e non positivo da chi scrive) secondo cui con il crescere della responsabilizzazione sul piano dell'equilibrio economico delle Regioni, queste hanno ritenuto di poter ottenere un più efficace controllo del sistema non regolando e valorizzando l'autonomia delle aziende sanitarie, ma irrigidendo gli indirizzi e i controlli regionali. Non essendosi ancora consolidata la logica aziendale, secondo la quale l'equilibrio di un sistema (regionale) può essere più funzionalmente e più efficacemente conseguito responsabilizzando con chiari obiettivi le aziende, dando ad esse (e al loro management) maggiore autonomia e monitorando i risultati, ha prevalso la logica centralistica (questa volta a livello regionale) secondo cui linee-guida

rigide, obiettivi inderogabili (specie di equilibrio economico e non sempre sulla qualità dei servizi), approvazione dei piani o delle scelte strategiche (ad esempio di investimento) fossero strumenti più idonei a mantenere un equilibrio «di gruppo» (della Regione).

L'indebolimento del ruolo e dell'autonomia dei Direttori generali è stato una delle concause, ovviamente non la sola, di un forte ritorno dell'influenza della politica sull'intero sistema e di sua penetrazione in ambiti non di sua competenza. Non deve suscitare preoccupazione la nomina dei Direttori generali «di fiducia» o «vicini» o «appartenenti» a forze politiche, il che appare inevitabile in presenza di caratterizzazione pubblica del sistema e di «controllo pubblico» delle aziende. Al contrario, è stato preoccupante e *deve* preoccupare la progressiva e crescente interferenza indiretta nella scelta (formalmente di competenza del Top Management delle aziende sanitarie) di medici e altri professionisti di vario livello. L'influenza della politica è, salvo un breve periodo a metà degli anni novanta, sempre stata percepita come forte e, in generale, prevalentemente negativa, a parere di chi scrive spesso in modo non corretto a seguito di generalizzazioni di episodi sicuramente negativi, da condannare e sconfinati anche nell'illecito e nell'illegalità.

A conclusione della analisi di trenta anni del Ssn, si può affermare che ha prevalso la logica della ricerca e della teorizzazione della «centralità» di qualcuno dei ruoli e delle funzioni. A parte quella del «paziente», da tutti dichiarata come prioritaria, ma poi da molti messa all'ultimo posto nei comportamenti reali, è stata rivendicata la centralità

dei professionisti, dei manager, della politica in un processo circolare che ancor oggi sembra continuare. Anche se sono stati fatti molti passi in avanti, spesso non evidenziati dagli analisti e non riconosciuti dalla opinione pubblica, non si è ancora affermata la logica secondo cui i sistemi complessi sono «governabili» in modo efficace e funzionale, non quando vi è la centralità di qualcuno, ma quando vi è un equilibrio e una dialettica interazione tra diverse professionalità, diversi ruoli, diverse funzioni, diverse persone ognuna dotata di un proprio stile di comportamento.

Ma, e questa è la domanda finale, come si poteva e si può pretendere questo equilibrio nel sistema pubblico, o in un sistema così delicato e sensibile come quello della tutela della salute, quando, nel mondo del privato, nel mercato globale hanno prevalso la stessa logica distorta della centralità di qualche aspetto, la finanza, il mercato senza regole, la libera iniziativa, non collegato a obiettivi di interesse generale quali il rispetto e la tutela dei diritti umani, civili e politici? Non può certo criticare le disfunzioni del sistema pubblico di tutela della salute chi ha sostenuto e difeso la centralità della competizione globale e senza regole che ogni mese sta creando nel mondo (USA tra i primi) decine di milioni di persone che perdono la possibilità di rimanere sani per mancanza di risorse o di altre scelte di priorità da parte di istituzioni impegnate a salvare banche, assicurazioni, imprese di vari settori, alcuni dei quali sicuramente meno rilevanti sul piano della qualità della vita, sul piano economico (influsso sulla ripresa) ed etico, di quello della tutela della salute.

Il ruolo delle Regioni nel sistema di tutela della salute secondo il modello federalista

Da qualche anno è stato avviato il processo di decentramento-federalismo istituzionale nel nostro Paese e da qualche mese il dibattito si è fatto ancora più acceso ponendo all'attenzione delle forze politiche e della società il nodo critico del modello da adottare. Tre aspetti del fenomeno meritano di essere sottolineati:

1) da un lato si tratta di una tendenza *strutturale* della società moderna presente in molti Paesi progrediti o in via di sviluppo che finora sono stati caratterizzati dal modello di Stato unitario, più o meno forte, più o meno legittimato sul piano della funzionalità, qualità dei servizi, efficienza amministrativa;

2) tuttavia, anche nel nostro Paese come in molti altri, si incomincia a parlare sempre più frequentemente dei costi (*e delle difficoltà*) del processo di decentramento-federalismo, oltre che dei suoi benefici;

3) sono evidenti frequenti contraddizioni, perché mentre da un lato avanzano, più o meno rapidamente, processi di trasferimento e di rafforzamento dei poteri di regioni ed enti locali, dall'altro si hanno provvedimenti (soprattutto in campo di finanza pubblica e di politiche economiche) che vanno in senso contrario, ossia di nuove forme di centralismo: questo fenomeno è, non di rado, motivato e ricondotto alle esigenze della globalizzazione e dei processi di integrazione sovranazionale.

Per quanto riguarda il sistema di tutela della salute, il progressivo rafforzamento delle funzioni e del ruolo delle Regioni è determinato da fattori strutturali che di seguito vengono analizzati. Tuttavia, va da subito chiarito che centralità del ruolo e rafforzamento delle funzioni delle Regioni non necessariamente sono correlati e correlabili ad un aumento del potere reale delle stesse, ossia del potere di affrontare i problemi (vec-

chi e nuovi del sistema), di risolverli in modo adeguato e soddisfacente per la popolazione, di influenzare le dinamiche del benessere fisico e psichico della popolazione. Infatti, il potere reale non dipende solo dalla quantità e qualità delle funzioni e dei poteri reali, ma anche dalla disponibilità e dal governo delle risorse economiche che, invece, sembrano essere in Italia ancora fortemente controllate dal livello centrale. Negli ultimi anni, infatti, è stata usata largamente la politica della «illusione dell'autonomia finanziaria» che consiste nel trasferimento di alcuni poteri di prelievo fiscale o di raccolta di risorse finanziarie alle Regioni e agli enti locali, collegato però ad una riduzione dei trasferimenti statali *più che proporzionale* rispetto alle funzioni e agli obblighi di *standard* di servizi imposti alle regioni e agli enti locali. Il concetto può essere espresso e sintetizzato nei seguenti termini con riferimento alla tutela della salute: se lo Stato impone l'obbligo di garantire certi livelli di assistenza (esempio i LEA - livelli essenziali di assistenza), ma nello stesso tempo determina l'ammontare del fondo da trasferire alle Regioni in modo insufficiente rispetto a tali livelli, l'effetto netto è quello di una diminuzione delle «risorse reali» e una riduzione del potere effettivo delle Regioni di risolvere i problemi. Questo effetto, ovviamente vale *a parità* di altre condizioni e la validità della considerazione non viene meno affermando che l'obiettivo è quello di indurre, costringere, creare forti pressioni sulle Regioni per il recupero di efficienza e per indurle a razionalizzare il sistema. Rigidità delle leggi statali, comportamenti consolidati che si modificano solo nel medio lungo periodo, decisioni dei giudici che impongono comportamenti «scientificamente irrazionali» (rimborso di cure inefficaci) in virtù di un «aspetto» (seppure fon-

damentale) principio di libertà di scelta del cittadino, sono fattori che riducono il potere reale delle Regioni.

Ritornando al tema delle spinte strutturali al decentramento (federalismo) esse sono così riassumibili.

1. Il concetto di salute è talmente connotato alla dimensione individuale (percezione e reazione a condizioni di malessere) e sociale della persona (usi, costumi, cultura, storia) da renderlo diverso in contesti anche molto vicini, in diverse aree di uno stesso Paese. Soprattutto appaiono estremamente diversificati i modi in cui il concetto si traduce in bisogni di tutela della salute e ancor più differenziata appare la domanda di servizi.

Aree più limitate, «come quelle regionali» nel nostro Paese, si caratterizzano come ambiti adeguati per l'analisi e l'interpretazione dei bisogni e per una più corretta valutazione della domanda (propria-impropria, omogenea-non omogenea per la quale sono accettabili-non accettabili sul piano sociale risposte diverse ugualmente efficaci sul piano scientifico).

2. A livello regionale può essere maggiormente «governabile» il processo di scelta delle priorità tra diversi bisogni. Infatti, si possono attivare i seguenti processi:

a) sul piano *conoscitivo* una maggiore capacità di percepire i bisogni considerati più rilevanti riferiti ad una popolazione più numerosa;

b) sul piano *interpretativo* è più facile valutare se i bisogni, ma soprattutto le domande espresse, sono radicati nella cultura del territorio di riferimento o è l'effetto, a volte di breve periodo, determinato dalla società dell'informazione (in particolare informazione scientifica, a volte poco accertata e non di rado proposta in modo da creare speranze e domande), dalla gestione «strumentale» dei problemi di salute da parte di forze economiche, sociali e politiche locali (cui è possibile reagire non creando nuovi servizi, ma dimostrando l'inconsistenza o la scarsa rilevanza dei problemi);

c) sul piano del *confronto sociale* ancor prima che politico, attraverso forme di consultazione, confronto (anche a volte con scontri e conflitti) capace di far emergere in modo più chiaro le reali priorità;

d) sul piano specifico della *politica sanitaria*, poiché a livello regionale è più facile

avere una omogeneità (o almeno una maggioranza politica).

3. A livello regionale è possibile, quindi, perseguire «le economie di prossimità», di «vicinanza al bisogno» che possono rendere più corto e più veloce il processo di osservazione analisi-valutazione-decisione relativo ai problemi di salute. Le teorie della gestione aziendale o del *management* hanno messo in evidenza che nei settori di servizi, e particolarmente in quelli dei servizi alle persone, le economie di prossimità prevalgono sulle economie di dimensione e di specializzazione. Peraltro, la Regione rappresenta una dimensione che consente un buon *mix* tra i diversi tipi di economia (di prossimità, di dimensione, di specializzazione) sia sul piano delle politiche di tutela della salute, sia su quello della organizzazione della rete di offerta, sia infine su quello della erogazione dei servizi.

Ovviamente va tenuto conto, al riguardo, delle diverse dimensioni delle Regioni italiane, alcune molto estese territorialmente e con una popolazione numerosa, altre (come Val d'Aosta, Basilicata, Umbria, Molise, Province di Trento e Bolzano) di dimensioni più limitate e, soprattutto, con una popolazione numericamente più ridotta.

Per contro, è ormai dimostrata l'estrema difficoltà, o la quasi impossibilità, di trovare a livello nazionale un equilibrio «accettabile» tra livello dei bisogni e della domanda da un lato e capacità di offerta dall'altro, e tra spesa e finanziamento. L'esperienza dei Piani sanitari nazionali si è dimostrata, e non solo in Italia, in genere negativa quando non addirittura fallimentare.

In altri editoriali di MECOSAN si è sottolineato come il decentramento/federalismo è processo che strutturalmente tende ad accentuare le differenze tra le diverse aree del Paese e come di fronte a tale tendenza vi possano essere due diverse strategie istituzionali e politiche:

a) lo svuotamento dell'autonomia funzionale tramite il riaccentramento di funzioni tecniche (esempio imposizione di *standard* assistenziali, tecnici, organizzativi, finanziari) motivato da esigenze di efficienza e ottimalità;

b) il completamento sostanziale del processo tramite il «governo delle diversità» che consiste nel «far leva» sugli effetti di

emulazione e di «competizione positiva» tra le Regioni che si realizzano tramite «azioni mirate» che abbiano lo scopo di aumentare la capacità di *ogni Regione* (e, di riflesso, di tutto il sistema) di adattare alla propria realtà le soluzioni che in altre Regioni hanno prodotto effetti positivi (emulazione) e di individuare soluzioni innovative idonee a favorire il raggiungimento dell'equilibrio accettabile per i cittadini fra domanda e offerta di servizi, spesa e livelli di finanziamento e prelievi finalizzati alla tutela della salute.

In questa sede si ritiene necessario seguire questa seconda via che, concretamente, si realizza nel migliorare decisamente la capacità degli organi regionali, a livello politico, tecnico-professionale (aspetti medici, assistenziali, ecc.) e tecnico-manageriale (modalità di distribuzione e utilizzo delle risorse) di compiere le seguenti scelte.

1. Definire il *modello di offerta*, una prima soluzione consiste nella distinzione tra la responsabilità di «garantire lo stato di salute specificato dai livelli essenziali di assistenza» e la responsabilità di erogazione dei servizi con la migliore qualità e al minore costo (modello della Lombardia di separazione della funzione di acquisto da quello di erogatore dei servizi). Una seconda consiste nel mantenimento di una «integrazione dei servizi nell'ambito delle stesse unità giuridiche (le aziende sanitarie territoriali) con autonomia attribuita solo a *pochi e selezionati* presidi ospedalieri di elevata specializzazione (poche aziende ospedaliere autonome) con la ricerca di economie di dimensione per funzioni comuni (soluzione della Toscana con la creazione delle «aree vaste» per acquisti e altri servizi comuni). Una terza consiste nella ricerca di economie di «dimensione di rete» tramite la creazione di reti di servizi più ampie (modello dell'unica azienda sanitaria per la città di Bologna che si pone sulla linea della «rete ospedaliera» della città di Parigi). Una quarta soluzione è rappresentata dal mantenimento delle strutture dell'offerta comune in aziende sanitarie territoriali e ospedaliere con la creazione di «poli di eccellenza» (come sembra caratterizzarsi la strategia della Regione Sicilia e di alcune altre Regioni). Chi scrive ritiene poco produttivo il dibattito «in termini di principio» sulla superiorità di uno o dell'altro modello e, tutto sommato, scarsamente utile il dibattito (e

le conseguenti polemiche) basato principalmente sui livelli di spesa *pro-capite* e sui disavanzi accumulati. Sarebbe molto più utile per la società e per il «sistema di tutela della salute» costituire un organismo di esperti che definisca un sistema di indicatori (dei livelli di assistenza, di qualità ed efficacia dei servizi, di soddisfazione dei cittadini che hanno usufruito dei servizi, di risultati finanziari) tramite cui attivare una analisi longitudinale (per 3-5 anni) dei diversi modelli regionali per mettere in evidenza i risultati positivi, quelli negativi, quelli dubbi.

In questo modo, più che contrapporre i diversi modelli con l'illusione di poter dire quale sia il migliore, si attiverebbe un processo di «apprendimento del sistema nazionale» sulla base di esperienze diverse e di trasferimento reciproco tra le Regioni di quelle soluzioni che appaiono migliori in ognuna di esse.

2. Traduzione degli *obiettivi politici* della Regione in tema di tutela della salute in *obiettivi aziendali* per ognuna delle unità autonome del sistema. Non si tratta solo di attivare, come hanno fatto alcune Regioni, il processo di richiesta alle aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere) di predisporre un loro Piano strategico valutato e, coordinato con altri, a livello regionale. Si tratta di avviare un processo articolato almeno a tre stadi:

a) a livello generale di Regione promuovere e favorire un confronto a livello politico (Consiglio e Giunta) per rafforzare la coerenza tra indirizzi politici (e di politica economico-sociale) della Regione e scelte nel campo della tutela della salute: oggi si osservano spesso *evidenti* e rilevanti *scollamenti*;

b) tradurre gli *obiettivi politici* in tema di tutela della salute (che sono sempre di ordine generale e generico) in *obiettivi strategici* per la Regione, ossia risultati perseguibili di risposta ai bisogni (quantitativi e qualitativi), definiti con riferimento a un determinato periodo di tempo, misurabili con metodologie quantitative e/o qualitative;

c) individuare, sulla base degli obiettivi strategici regionali, gli obiettivi delle diverse aziende tramite un «processo misto» (in parte *top down*, la Regione che indica quali aziende sembrano essere più adatte per realizzare determinati obiettivi, e in parte *bottom up*, la Regione che recepisce e valorizza i punti di

forza delle diverse aziende sanitarie ai fini di realizzare i propri obiettivi strategici).

Definire obiettivi strategici regionali (esempio sviluppo di poli di eccellenza, oppure di una rete unificata di servizi sul territorio, oppure un sistema di telemedicina e teleconsulto, oppure percorsi del paziente integrati per assistenza intra ed extraospedaliera) è processo completamente diverso, di complessità e qualità assai superiore a quelli oggi prevalenti nei quali gli obiettivi assegnati dalle Regioni alle aziende sanitarie sembrano essere quelli di contenimento della spesa, raggiungimento del pareggio di bilancio *nel breve periodo*, eliminazione delle liste di attesa che, semmai, sono obiettivi *strumentali di breve periodo* anche nelle imprese *for profit* che operano sul mercato. Si lascia la lettore la possibilità di valutare la loro significatività per aziende il cui fine è la tutela della salute presente e futura, di popolazioni con bisogni molto eterogenei.

3. Affinare gli attuali sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie e introdurre nuovi modelli idonei a orientare i comportamenti verso gli obiettivi strategici di ogni azienda. Al riguardo *va sottolineato con molta chiarezza* che i sistemi di tipo Drg, o comunque correlati alla tipologia di domanda e alla intensità di cura, sono adatti per perseguire effetti di razionalizzazione di breve periodo (aumento della produttività, riduzione dei costi unitari), ma *non sono strutturalmente idonei*:

a) né a favorire l'orientamento delle scelte aziendali verso obiettivi strategici di lungo periodo,

b) né a sostenere forme di competizione capace di far emergere e valorizzare le «competenze distintive», le «capacità imprenditoriali» (che comprendono l'orientamento al rischio), né la «disponibilità ad effettuare investimenti innovativi in sanità» (pubblici o privati), e di conseguenza è necessario mettere a punto sistemi di finanziamento del tipo «disease management», «finanziamento sulla base di indicatori strutturali» di fabbisogno, «selezione strategica degli investimenti».

4. Attivare un sistema informativo regionale idoneo a misurare, con metodologie che rendono facile il confronto tra aziende, sia i risultati della singola azienda (quantità e qualità dei servizi, efficacia e appropriatezza

dell'offerta, costi unitari e spesa complessiva), sia le «esternalità positive e negative» per il sistema: ad esempio, una azienda che raggiungesse ottimi *standard* qualitativi e positivi risultati economici in virtù di *politiche di fatto* capaci di attrarre casi con tariffe Drg più convenienti, potrebbe essere valutata in termini non completamente positivi a livello della Regione.

Le difficoltà, le contestazioni, gli ostacoli espliciti o impliciti alle proposte di riorganizzazione, la perdita (o il rischio di perdita) di popolarità delle Regioni (assessori alla Sanità e presidenti) che hanno tentato o stanno tentando di esercitare l'autonomia regionale e di assumersi la conseguente responsabilità, sembrano evidenziare *un errore strutturale delle strategie di cambiamento finora adottate* che di seguito viene sinteticamente esposto e che pone le Regioni tra l'«incudine» (delle popolazioni locali che chiedono l'esercizio dell'autonomia *per avere migliore qualità dell'assistenza*) e il «martello» (del Governo e specialmente del Ministro dell'Economia che accentua prevalentemente, ed anche discutibilmente sul piano delle soluzioni tecniche, la *responsabilità* delle Regioni in termini di livelli di spesa e di equilibrio di bilancio).

La strategia di ristrutturazione del sistema di offerta di molte Regioni viene in genere presentata alla popolazione nei seguenti termini:

— occorre prima razionalizzare il sistema di offerta (ridurre i posti letto e i costi);

— per *poter poi rilanciare la qualità dell'assistenza* (seconda fase).

Logica dei due tempi che tuttavia presuppone una *prima fase* di sacrifici (e costi) ed una seconda fase positiva, di rilancio e di benefici prospettati. La percezione della popolazione non può essere che quella del *certo di tipo negativo* (taglio posti letto, chiusura ospedali, riduzione della spesa, *ticket*, ecc.) contro l'*incerto positivo* (rilancio della qualità dell'assistenza). Anche sul piano della razionalità economica, e non solo dei comportamenti sociali e politici, è una tipica scelta che non è accettabile e che quindi andrebbe imposta con metodi centralistici, se non proprio autoritari (taglio drastico della spesa).

Anche nelle Regioni, come la Lombardia, che pure hanno costruito la propria strategia sulla proposizione di un modello alternativo,

si è compiuto l'errore di proporre il modello come «scelta di fondo» (se si vuole ideale o ideologica) e si sono dedicati poco tempo e poche risorse per farlo interiorizzare dalla popolazione e per presentarne non solo i desiderati aspetti positivi ma anche i possibili effetti meno positivi. Le proposte sono spesso state formulate in modo enfatico e sul piano dei principi, con la conseguenza di avere un effetto *boomerang* molto pericoloso e difficile da gestire non appena «il martello» della riduzione dei trasferimenti statali ha fatto emergere l'esigenza di sacrifici per i pazienti (*ticket*, minacce di riduzione dei servizi).

La strategia, che può essere definita di *institutional change management* che le Regioni dovrebbero seguire può essere così sintetizzata.

1. *Mettere a punto un proprio progetto «di salute per il futuro»*, definendo i bisogni da soddisfare, le priorità, la qualità dei servizi che si intendono garantire, ed effettuare le necessarie analisi di fattibilità nel contesto locale in termini meno astratti, ideali o ideologici.

2. Adeguato investimento di energie (ed eventualmente anche di risorse economiche) per presentare tale progetto in tutte le sedi che hanno influenza sui comportamenti (enti locali), associazioni dei cittadini e dei pazienti, società scientifiche, ambiti culturali in cui si dibatte del futuro della società, ecc.).

3. Avere il coraggio di presentare il progetto per il futuro del sistema di tutela della salute non solo nei suoi aspetti positivi desiderati, ma evidenziando anche le condizioni necessarie per realizzarlo che, spesso, comportano anche sacrifici.

4. Mettere in evidenza tra le condizioni essenziali soprattutto il fatto che la tutela della salute oggi è correlata ad elementi *funzionali* (come sono gestiti i servizi) e non ad elementi *strutturali* (il mantenimento di ospedali non funzionali e con poche garanzie di qualità, il mantenimento di posti-letto inutili, ecc.).

5. Proporre interventi finalizzati alla valorizzazione del personale (politiche di formazione o di incentivi per i risultati positivi, più che di penalizzazione per comportamenti non desiderati), snellimento delle procedure, introduzione di sistemi di informazione e di

monitoraggio per individuare tempestivamente prestazioni improprie, ecc.

6. Interventi di «razionalizzazione del sistema di offerta» (comprese riconversioni di strutture di ricovero per acuti in altri servizi) che possono essere più facilmente accettate perché di esse è già stata chiarita la razionalità.

Si tratterebbe di proporre una strategia di *cambiamento contestuale* nella quale si evidenziano le *correlazioni dirette* tra costi e sacrifici da un lato e vantaggi dall'altro. Correlazione diretta che consente un controllo più immediato e agevole alla popolazione.

La sostanza del problema del federalismo regionale in materia di tutela della salute non è una questione di rilancio delle politiche di riforma, ma è essenzialmente un problema di recupero della capacità di realizzare le condizioni affinché esso possa essere effettivo e produrre un miglioramento del sistema, non un peggioramento. Miglioramento significherebbe possibilità di adattare le garanzie del Servizio sanitario pubblico alle specificità dei bisogni delle diverse aree geoculturali del Paese. Peggioramento significherebbe aumentare il divario tra le diverse aree e ridurre la capacità di garantire in tutto il Paese i livelli essenziali propri del servizio pubblico.

Per orientarsi sulla linea del miglioramento le Regioni devono adottare e realizzare concretamente politiche capaci di:

a) costruire una identità di «gruppo regionale» nel quale sia rispettata l'autonomia delle singole aziende (e dei loro dirigenti), ma ognuna di esse sia consapevole che l'obiettivo da perseguire non è l'ottimizzazione dei propri risultati «aziendali», ma l'ottimizzazione di risultati a livello di sistema regionale;

b) promuovere un gruppo dirigente coeso che, nella diversità di ruoli, funzioni e responsabilità (a livello di singola azienda o a livello di Regione), sappia trovare un equilibrio sostenibile e reciprocamente accettabile tra decisioni motivate dalla logica della competizione e scelte improntate alla logica di collaborazione;

c) diventare interlocutori forti e credibili (in virtù di dati e non di confronti ideologici o di principio), dello Stato centrale per contrastare con successo le politiche esplicite (o

surrettizie) di ricentralizzazione delle funzioni;

d) diventare soggetti capaci di coagulare e di ricondurre ad un progetto unitario, interessi diversi, quali ad esempio quelli di aziende pubbliche e private erogatrici di servizi, imprese fornitrici del sistema di tutela della salute, forze sindacali, economiche e sociali.

Per realizzare questa strategia non è sufficiente un approccio di tipo «professionale» (selezionare e valorizzare le persone con professionalità adeguate), ma è necessario anche:

a) proporre il senso delle nuove sfide (che indirizzano e motivano le persone);

b) dare fiducia alle persone più che preoccuparsi di contrastare comportamenti rischiosi (la fiducia come risorsa);

c) attivare sistemi di monitoraggio e controllo idonei, da un lato, ad evidenziare i progressi (il che aumenta la motivazione) e, dall'altro, a contrastare comportamenti distorti e contrari alle regole (il che rafforza la fiducia nelle scelte e nelle regole).

Chi può guidare processi di cambiamento di questo tipo? Solo persone dotate di riconosciuta professionalità, capacità di *leadership*, forti valori etici e grande «senso delle istituzioni» che devono essere governate per il bene comune e non per perseguire interessi personali o di parte.

Verso il federalismo fiscale

Già da alcuni anni le Regioni godono di ampia autonomia nel settore della sanità che sarà più completa e responsabilizzante con l'approvazione del federalismo fiscale che è uno degli impegni/obiettivi primari del Governo. Le motivazioni che hanno spinto al decentramento e che sostengono le proposte di federalismo possono essere riassunte nei seguenti termini.

Motivazione di carattere tecnico, operativo e decisionale. Il progressivo passaggio dal principio di «garantire diritti formali» a quello di «garantire servizi di pubblica utilità o di pubblico interesse», impone alle amministrazioni pubbliche di adattare la propria azione, le risposte ai bisogni reali nei diversi settori di intervento, alle specificità dei vari contesti. Ciò è accaduto anche alle imprese manifatturiere che hanno centralizzato la produzione in grandi impianti (spesso localizzati nei Paesi a più basso costo di produzione) mentre hanno potenziato le reti di vendita dei prodotti in forme varie, dalla creazione di una capillare rete commerciale o di distribuzione, al *postal market* (che in verità non ha avuto quel successo preconizzato alcuni anni fa), alla attivazione di acquisti *on-line* e consegna a domicilio. In questi casi, il fattore di successo non è stato individuato nelle economie di dimensione, ma nelle cosiddette economie di prossimità o di capillarizzazione che consistono sia nella rapidità di raggiungere il consumatore, sia nel fatto che il consumatore può richiedere non il bene *standardizzato*, ma il bene che risponde meglio alle sue esigenze. Dai punti di vendita queste esigenze vengono inviate in tempo reale (con le moderne tecnologie) alla linea di produzione e si hanno un adattamento e una consegna del bene richiesto in tempi brevi. Nelle aziende di servizi, per le quali produzione e consumo sono contestuali, il decentramento e la capillarizzazione sono *coessenzia-*

li: più numerosi sono i punti di produzione e servizio e migliore è la qualità di ognuno di essi (ossia la corrispondenza alle caratteristiche e ai bisogni di specifici gruppi di popolazione che accedono ad essi), maggiore è la capacità di essere competitivi tramite la penetrazione del mercato.

La tutela della salute è per eccellenza un'attività di *erogazione di servizi* che dipendono dalle caratteristiche della popolazione e del territorio in cui essa vive (esempio il clima, il livello di inquinamento, ecc.), da fattori culturali (come viene vissuta la malattia o quale attenzione si pone alla prevenzione, alla popolazione e alla riabilitazione), demografici e sociali (invecchiamento della popolazione, presenza di nuclei famigliari più o meno ampi, relazioni che si stabiliscono nelle comunità locali e che entrano in gioco nel caso di bisogno di assistenza). Infine, determinante è il rapporto medico-paziente che rimane fondamentale, nonostante oggi sia fortemente condizionato dalle scelte in campo finanziario, organizzativo e gestionale (che influenzano il comportamento di entrambi), oltre che dal tradizionale rapporto di fiducia che non va mai dimenticato.

Decentrare poteri, funzioni e responsabilità alle Regioni è essenziale in un Paese molto differenziato come l'Italia, poiché consente di operare scelte che riguardano la dinamica della domanda e la struttura del sistema di offerta alle specificità locali. A sua volta, il decentramento alle Regioni dovrebbe essere logicamente collegato al decentramento e ad una certa autonomia delle aziende territoriali della salute e delle aziende ospedaliere e dovrebbe prevedere forti sistemi di coinvolgimento e di collaborazione con gli altri enti locali (specie Comuni), in particolare con riferimento ai servizi territoriali. Si è usato il condizionale perché l'esperienza del recente passato ha

dimostrato che l'autonomia decisionale delle Regioni non sempre è stata usata positivamente (si vedano Regioni in crisi finanziaria e con bassa qualità dei servizi) e l'autonomia alle aziende erogatrici di servizi è stata limitata, così come è stato limitato (e in vari casi nullo) il coinvolgimento e il coordinamento con gli enti locali che sono titolari di funzioni riguardanti altri «servizi alla persona» (servizi sociali, socio-assistenziali, ecc.).

Motivazione legata alla maggiore responsabilizzazione. Nasce da esigenze di carattere macroeconomico generale e dai vincoli di finanza pubblica e si fonda sul seguente presupposto: attribuendo alle Regioni una ampia autonomia in campo legislativo, programmatico, di organizzazione del sistema di offerta, compresi i rapporti con il privato, di finanziamento alle strutture di erogazione dei servizi (pubbliche e private) e la possibilità di imporre compartecipazioni dei privati alla spesa o contributi e tributi specificamente collegati ai servizi di tutela della salute, si rende più forte il sistema di responsabilizzazione delle Regioni con riferimento al rispetto dell'equilibrio finanziario complessivo. Le Regioni, infatti, possono perseguire tale equilibrio tramite la razionalizzazione del sistema di offerta (riduzione del numero di ospedali e di altre strutture di offerta di servizi con la selezione dei migliori), tramite misure di recupero di qualità (riduzione di servizi non appropriati), di efficienza e produttività, applicazione di forme di compartecipazione alla spesa e imposizione regionale «finalizzata» (che comporta costi sul piano politico) per perseguire e conservare l'equilibrio finanziario regionale e, cumulativamente, quello nazionale. I dati degli ultimi anni dimostrano che le politiche, le misure, gli interventi dettati da questa motivazione, oltre al fatto di essere fortemente condizionati da esigenze di breve periodo, non hanno funzionato, non sono stati efficaci, dato che esistono varie Regioni «in dissesto finanziario» cui è stato imposto dal Governo di predisporre «piani di rientro». Senza entrare nel merito delle responsabilità di tali situazioni, che coinvolgono diversi livelli decisionali (nazionale, regionale, locale, di singole unità operative) e vari aspetti (ipertrofia e confusione legislativa, criteri di finanziamento dello Stato alle Regioni e delle Regioni alle aziende sanitarie), la mancata efficacia può

essere ricondotta ad una ragione logica basilare che vale in tutte le istituzioni-organizzazioni complesse e per sistemi di esse. I vincoli finanziari di spesa, i tagli o la riduzione del tasso di interesse *di per sé non determinano la razionalizzazione* e il recupero di efficienza, ma vale il contrario: interventi di razionalizzazione del sistema di offerta e di recupero di efficienza organizzativa e gestionale sono la condizione per poter conseguire una situazione di equilibrio finanziario solido nel breve e nel medio-lungo periodo. Del resto, i risanamenti reali ed effettivi delle imprese sono quelli per i quali sono stati predisposti *piani industriali coerenti con la realtà e con le dinamiche previste*, mentre non sono stati ottenuti risultati positivi nelle imprese nelle quali hanno prevalso i «piani finanziari», i «budget», i provvedimenti di «semplice taglio dei costi». Alcuni mesi fa, un noto editorialista del «Corriere della Sera», il Professor Francesco Giavazzi, commentando le politiche del Governo relative al settore pubblico, intitolava significativamente il suo pezzo «Tagliare e riorganizzare». Personalmente avrei suggerito un titolo leggermente diverso: «Riorganizzare per tagliare (ancor meglio riqualificare) la spesa pubblica» che forse è più coerente con i principi di una seria economia reale, molto diversa dalla «economia finanziaria» che ha causato una crisi strutturale dell'economia di mercato.

Il federalismo fiscale è finalizzato e potenzialmente è un sistema che rafforza il livello di *responsabilizzazione* delle Regioni. Infatti, la riduzione dei trasferimenti da parte dello Stato, collegata ai soli livelli essenziali di assistenza, l'aumento della quota di finanziamento attribuita direttamente alle Regioni tramite il trattenimento di una quota dei tributi raccolti nel proprio territorio e la possibilità di applicare tributi autonomi o forme di contribuzione generale per tutti i settori o «finalizzata» alla tutela della salute, unita ad un'ampia autonomia sulle funzioni e sulle decisioni di spesa, riunisce in un unico soggetto istituzionale la responsabilità di assicurare livelli di assistenza effettivi con le risorse a disposizione. Le Regioni che saranno in grado di razionalizzare il sistema globale di offerta e di stimolare più elevati livelli di appropriatezza, efficacia ed efficienza nell'offerta di servizi di tutela della salute, saranno in grado di farlo utilizzando

le risorse trasferite dallo Stato e applicando bassi livelli di tributi/contributi a livello regionale. Le Regioni che, a parità di appropriatezza ed efficienza, decideranno di garantire livelli di assistenza qualitativamente e quantitativamente più elevati, potranno farlo incrementando i livelli dei tributi/contributi locali, ma dovranno essere in grado di dimostrare che la qualità dell'assistenza è effettivamente più elevata e dovranno essere in grado di «convincere» la popolazione che i benefici aggiuntivi sono superiori ai sacrifici di maggiori tributi e contributi. Il vantaggio, anche in termini di maggior consenso, derivante da migliori servizi che richiedono una spesa maggiore, dovrà essere «conquistato sul campo», perché di fronte ad essi si hanno i costi, anche sul piano del consenso politico, derivanti dai più elevati livelli di tributi e contributi destinati alla tutela della salute.

Le Regioni che, invece, vorranno tenere più bassi i tributi e i contributi regionali, lo potranno fare solo se saranno in grado di aumentare il livello di appropriatezza, efficacia ed efficienza nella erogazione dei servizi. Oppure, potranno farlo se si limiteranno a garantire i livelli essenziali di assistenza o se sapranno motivare «in modo convincente» alla propria popolazione i minori livelli di tutela della salute rispetto ad altre Regioni. O ancora, potranno tenere alti i livelli di assistenza, riducendo però le risorse regionali destinate ad altri settori di servizi pubblici.

Questo è l'obiettivo, la previsione e l'auspicio di chi sostiene e promuove il federalismo: ogni comunità regionale (o locale) deve essere direttamente toccata e deve poter valutare con immediatezza i benefici e i costi delle scelte dei propri amministratori che, in ragione di ciò, si sentiranno non solo rappresentanti delle comunità, non solo cercheranno il consenso politico-elettorale, ma dovranno rispondere delle proprie scelte e saranno valutati sulla capacità di definire priorità condivise nell'uso del denaro pubblico, di adottare politiche coerenti con i valori e le aspettative della popolazione e con la loro evoluzione (che oggi è rapida e non può essere seguita dal centro), sulla capacità delle amministrazioni pubbliche e di soggetti privati di dare corretta attuazione alle politiche. Il federalismo fiscale, che completa quello funzionale, dovrebbe rendere più forte il «circuitto virtuoso» che collega il consenso

politico al radicamento sul territorio (capacità di cogliere i valori, le attese, gli umori), alla buona amministrazione pubblica, intesa come amministrazione che è attenta agli interessi della comunità e degli amministrati e non agli interessi di chi è stato «abile nel conquistare il consenso politico» (con strumenti vari) e lo usa però per perseguire interessi personali o comunque «di parte».

L'uso del condizionale è d'obbligo per tre ordini di motivi:

a) il consenso politico dipende da una molteplicità di fattori, nella società dell'informazione mediatica e sempre più fortemente condizionata dall'amplificazione di fenomeni che colpiscono l'emotività collettiva, dall'effetto «promesse di miglioramento, non sempre mantenute» e non necessariamente dalla buona amministrazione: anzi spesso chi è occupato ad amministrare bene non ha il tempo, i mezzi e gli strumenti per conservare o acquisire il consenso;

b) spesso gli effetti di una buona amministrazione si evidenziano nel tempo lungo e quindi chi «semina non raccoglie»: questa condizione è particolarmente paralizzante in una società che cambia velocemente, che corre, che è impregnata di una cultura di «mordi e fuggi», che vuole risultati nel breve periodo e nella quale è perciò sempre più difficile collegare «il fare all'apparire»;

c) la oggettiva difficoltà nella individuazione e nella separazione delle responsabilità: se si vuole mantenere un sistema nazionale di copertura assistenziale generalizzata, esisterà sempre strutturalmente un problema di «contenzioso» sulla coerenza tra livelli essenziali di assistenza definiti a livello nazionale e quantità/tempi di trasferimento delle risorse, in quanto le Regioni affermeranno (e cercheranno di dimostrare con dati) che le risorse trasferite dallo Stato non sono adeguate ai livelli essenziali imposti, mentre lo Stato affermerà (e cercherà di dimostrare con dati) che le risorse trasferite sono adeguate e che eventuali disavanzi sono dovuti ad inefficienze delle Regioni e delle aziende sanitarie.

Motivazione dell'emulazione positiva. Si sostiene, inoltre, che uno degli obiettivi del federalismo fiscale è quello di stimolare la competizione che, generando più elevati livelli di efficacia e di efficienza di tutte le Regioni, consente di ottenere in modo più age-

vole l'equilibrio finanziario complessivo del Paese e più elevati livelli di soddisfazione dell'intera popolazione. A parte le considerazioni, doverose in questo periodo storico, sul fatto che la competizione può produrre effetti estremamente negativi se non regolata (si vedano le riflessioni critiche e autocritiche sulla competizione globale non regolata che ha prodotto la crisi finanziaria e l'esplosione di fenomeni di sofisticazioni e falsificazioni varie di prodotti, spesso anche nocivi per la salute), si ritiene preferibile in questo scritto proporre il concetto di *stimolo all'emulazione positiva*. Infatti, in un sistema nazionale di tutela della salute, l'obiettivo delle singole Regioni non è (o non dovrebbe essere) quello di attrarre pazienti sottraendoli ad altre Regioni, ma di fare in modo che ogni Regione sia in grado di garantire livelli di assistenza sempre più elevati ai propri cittadini.

Eventualmente l'obiettivo dovrebbe e potrebbe essere quello di attrarre pazienti da altri Paesi (con beneficio per la bilancia dei pagamenti). Il disegno del federalismo fiscale dovrebbe essere quello di realizzare condizioni per fare in modo che le Regioni attualmente caratterizzate da sistemi di offerta meno efficienti e di qualità più bassa, siano indotte, a seguito della responsabilizzazione di cui si è scritto in precedenza, ad apprendere dalle Regioni con sistemi più avanzati e quindi a migliorare. L'obiettivo, la speranza, l'auspicio sono quelli di attivare tramite il federalismo fiscale un processo di emulazione positiva capace di ridurre il *gap* tra Regioni più avanzate e Regioni meno avanzate e, contemporaneamente, di elevare il livello globale del sistema. L'obiettivo è quello di attivare, promuovere e sostenere un processo nel quale le Regioni più avanzate costituiscano il punto di riferimento per un miglioramento complessivo del sistema, tramite il trasferimento di conoscenze e di *best practices*. L'obiettivo, la speranza (*wishful thinking*) è quello di creare maggiore spazio per valorizzare le differenze positive (tramite l'autonomia e la responsabilizzazione) e ridurre le differenze negative (oggi attribuite alla deresponsabilizzazione delle Regioni e a forme di assistenzialismo quali sono i ripiani dei disavanzi a consuntivo). La domanda che tuttavia ci si deve porre, se non si vuole fare la politica dello struzzo e nascondere la testa sotto la sabbia e se si vuole veramente

governare il processo di federalismo fiscale, è la seguente: e se l'effetto emulazione non dovesse funzionare e il *gap* tra le Regioni dovesse aumentare (ipotesi non certo infondata, che taluni ritengono addirittura assai probabile), il sistema sarebbe sostenibile o cosa si potrebbe fare? Prevenire è meglio che curare, e quindi cercare di evitare che gli effetti negativi indesiderati si manifestino e prevedere soluzioni «in anticipo» è dovere soprattutto degli studiosi, oltre che di coloro che decidono le politiche.

Federalismo solidale. Proprio per evitare la divaricazione tra le Regioni, si parla di e si propone il federalismo solidale. Ossia una modalità e un processo nel quale le Regioni «più deboli» sul piano economico e della funzionalità amministrativa dovranno essere aiutate e messe alla pari delle Regioni più ricche, tramite un fondo perequativo di cui gli esperti cercano di quantificare le dimensioni in relazione alle diverse ipotesi di quota di tributi «lasciati» alle Regioni di provenienza e alla definizione dei livelli essenziali con riguardo alla tutela della salute, o con riguardo ad altri.

In questi termini il problema appare posto in modo semplificato e semplificatorio. Infatti, la capacità di rispondere ai problemi di salute, di erogare servizi di elevata qualità non può essere ridotta alla dimensione finanziaria. Per evitare che il divario tra le Regioni si allarghi e diventi socialmente e politicamente insostenibile, occorre riequilibrare la dotazione di conoscenze, competenze e capacità professionali di medici, infermieri, altri operatori, rilanciare la loro professionalità e la loro motivazione, ricostruire un clima di «fiducia» della popolazione nei confronti delle strutture di offerta delle Regioni oggi considerate più deboli, riequilibrare la dotazione di apparecchiature, attrezzature e tecnologie mediche avanzate e innovative. Non è sufficiente garantire uno stesso livello di risorse finanziarie pro-capite per garantire una parità di livelli assistenziali.

Occorre intervenire sulla gestione di ospedali e altre strutture per aumentare l'efficacia e l'efficienza e, soprattutto, occorre intervenire sulle condizioni di contesto, legale e sociale, per evitare che la sanità continui ad essere, o diventi ancor di più, terreno di conquista della malavita organizzata e ambito nel quale si realizzano forme di nepotismo,

clientelismo, confronto per l'acquisizione del consenso o terreno di scontro politico.

Il federalismo fiscale pone una drammatica alternativa:

a) se non si attribuiscono maggiori risorse finanziarie alle Regioni più deboli, esse diventeranno sempre più deboli sul piano della qualità dell'assistenza e la mobilità sanitaria in uscita aumenterà;

b) se si attribuiranno maggiori risorse finanziarie senza *contestualmente* migliorare la qualità dell'offerta e senza difendere la sanità anche sul piano della legalità e della sicurezza di chi intende agire correttamente, le maggiori risorse finiranno solo per alimentare e rafforzare il circuito dell'economia illecita e della malavita organizzata, o della malasanzità.

Federalismo fiscale vuol dire quindi progettare da subito e attuare, appena esso sarà applicato, un grande progetto di cooperazione e di assistenza tecnico-professionale e manageriale tramite cui trasferire alle Regioni deboli le competenze e le capacità di dare una offerta adeguata alle esigenze dei cittadini e tale da ricostituire un rapporto di fiducia da parte dei cittadini stessi nei confronti del sistema di offerta delle proprie Regioni.

Le recenti vicende della globalizzazione e la crisi della finanza hanno *ampiamente e inequivocabilmente* dimostrato che il mercato e la competizione non sono in grado di promuovere il riequilibrio, anzi accentuano le differenze e gli squilibri. Con il federalismo sarebbe opportuno evitare gli errori commessi dalla economia del mercato globale: lasciare operare il mercato e poi attuare interventi statali di *dimensioni mai provate nella storia precedente* per porre rimedi ai guasti di un mercato non regolato e per evitare la crisi strutturale dell'economia. Meglio progettare e realizzare programmi di cooperazione da parte dello Stato e delle Regioni con sistemi di tutela della salute avanzati nei confronti delle Regioni caratterizzate da sistemi di tutela della salute deboli, che sperare nella razionalizzazione promossa dalla competizione e dalla emulazione positiva, magari dalle privatizzazioni spinte, come è avvenuto per le banche, e poi dover far intervenire lo Stato quando la situazione si sarà ulteriormente aggravata.

Non va peraltro dimenticato che il processo di federalismo fiscale viene proposto in

un periodo nel quale molte Regioni italiane sono sotto la pressione dei «piani di rientro» da precedenti posizioni di debiti accumulati, pressione che spesso determina un orientamento di breve periodo. Prevalle la logica di «taglio delle spese», specie di quelle non rigide, il che può indebolire ulteriormente le condizioni strutturali di lungo periodo.

Perciò, mentre si discute in Parlamento e procede l'*iter* di approvazione del federalismo fiscale, sarebbe necessario avviare da subito interventi e programmi per preparare le condizioni affinché esso possa essere attuato producendo gli effetti positivi attesi e sperati ed evitando (o limitando) gli effetti non voluti di tipo negativo, primo fra tutti una ulteriore divaricazione tra i livelli assistenziali effettivi delle varie Regioni. Il federalismo fiscale ha lo scopo di non frenare ed anzi di dare maggiore vigore alle Regioni e alle comunità più attive e responsabilizzate. Ma fa parte della logica di sussidiarietà, orizzontale o verticale che si voglia, diffondere le conoscenze e le capacità attuative ed evitare che vi sia una «polarizzazione» tra le Regioni che progrediscono più velocemente e le Regioni che arretrano in termini comparativi. Occorre evitare che il federalismo porti ad una evoluzione del sistema di tutela della salute «a due o tre velocità» poiché gli effetti sarebbero imprevedibili e, forse, insostenibili. È, infatti, sufficiente fare la seguente considerazione: se una impresa non riesce ad essere competitiva sul mercato, essa viene acquisita da un'altra, oppure muore e viene sostituita da altre, a meno di «salvataggi pubblici» come sta avvenendo oggi in tutti i Paesi (USA in testa) per le banche e le istituzioni finanziarie. Se una o più Regioni non dovessero essere in grado di garantire i livelli essenziali, o accettabili, di tutela della salute, non potrebbero certo essere «acquisite» da altre Regioni e anche i provvedimenti di «commissariamento» non sarebbero sufficienti a risolvere i problemi. Lo Stato, e le altre Regioni, dovrebbero comunque intervenire. Quindi, è molto meglio avviare da subito un programma di formazione del personale a tutti i livelli, centrale, regionale, delle aziende sanitarie, rivolto ai decisori delle politiche, ai manager e ai professionisti che si potrebbe denominare «Progetto per preparare un federalismo fiscale finanziario, solidale e fattibile».

Finalità del federalismo fiscale

Nel discutere attraverso alcuni temi chiave del federalismo fiscale è opportuno richiamare le finalità che sono quelle di responsabilizzare le Regioni sul corretto ed efficace uso delle risorse pubbliche. Si tratta di creare stimoli affinché le Regioni e, in generale, il sistema delle amministrazioni locali siano motivati a perseguire il più elevato rapporto tra quantità e qualità dei servizi erogati, meglio dei bisogni soddisfatti, rispetto alle risorse disponibili, le quali in parte derivano da trasferimenti dello Stato, in parte dai tributi propri, in parte dall'uso di fondi comunitari o di altre risorse.

Obiettivo del trasferimento statale per la sanità sulla base di standard, di livelli assistenziali e di costi. Poiché in Italia è stato mantenuto il sistema di Servizio sanitario pubblico finanziato tramite fiscalità, una parte significativa delle risorse attribuibili alle Regioni continuerà in ogni caso a derivare da trasferimenti da parte dello Stato, cui si potranno aggiungere risorse proprie delle Regioni ottenute da quella componente di prelievo fiscale a esse attribuita, che sarà superiore a quella attuale. L'obiettivo di ancorare l'entità del trasferimento statale ad uno standard di livelli assistenziali e di costi, è quello di stimolare e indurre le Regioni oggi meno efficienti e con qualità dell'assistenza meno soddisfacente a introdurre e realizzare politiche e azioni idonee a *emulare* le Regioni, o le realtà nell'ambito di alcune Regioni, che hanno la migliore qualità di assistenza e dimostrano più elevati livelli di efficienza. L'obiettivo è, quindi, quello di attivare e sostenere un processo di miglioramento continuo da parte delle Regioni oggi considerate meno virtuose.

Precisazioni logiche. Per trasparenza e per consentire a coloro che hanno livelli di responsabilità istituzionali e politiche, sul

piano nazionale e locale, di interpretare e applicare al meglio il modello di federalismo fiscale in sanità, è opportuno richiamare tre principi logici che potrebbero non apparire immediati data la complessità del problema e delle normative.

1. Il finanziamento su base di standard (di assistenza e di costo) significa in concreto finanziamento *procapite* che potrà essere eventualmente aggiustato in base a criteri di politica sanitaria (ad esempio pesi diversi per gruppi di popolazione). Ciò significa, in positivo, abbandonare, con la gradualità che sarà definita sulla base degli accordi Stato-Regioni, il finanziamento collegato, direttamente o indirettamente (con il «ripiano dei disavanzi a consuntivo»), alla logica della spesa storica che spesso è influenzata da elevati livelli di inefficienze.

2. In secondo luogo, è evidente che non tutte le Regioni potranno raggiungere i livelli di quelle con qualità di assistenza più elevata e con più alta efficienza. Sarebbe come dire che tutte le imprese, gli ipermercati, le università possono funzionare allo stesso modo, in modo cioè perfettamente standardizzato, secondo lo stesso livello di razionalità. Ciò, evidentemente, non corrisponde a nessuna realtà. L'obiettivo reale del sistema di finanziamento sulla base del concetto di *standard* è quindi quello di imporre alle Regioni il vincolo assoluto di perseguire l'equilibrio economico-finanziario dati i livelli di assistenza che sono in grado effettivamente di raggiungere: in definitiva, dichiarare che *non vi potranno essere in futuro attese di ripiano delle perdite* da parte dello Stato. Solo per rendere giustizia alla Storia e alla prudente valutazione dei decisori istituzionali e politici, si ricorda che questo obiettivo/obbligo/vincolo è stato inserito in varie leggi finanziarie e in altri provvedimenti (compresi gli

ultimi due Patti Stato-Regioni) almeno dieci, quindici volte nella storia trentennale del Ssn e poi non è mai stato rispettato. Occorre riflettere sul fatto se oggi vi siano condizioni per rendere efficace tali obiettivi o quali siano le misure da attuare perché ciò avvenga.

3. Ne consegue il terzo chiarimento. Se, date le nuove condizioni economiche, politiche, sociali del Paese, l'effetto *emulazione e miglioramento* si concretizzerà, si potrà avere un recupero relativamente rapido da parte delle Regioni meno virtuose. Se, al contrario, per ragioni di seguito richiamate, tale effetto non fosse sufficientemente rapido e significativo, si produrrà *inevitabilmente* una ulteriore crescente divaricazione tra i livelli assistenziali reali delle Regioni già oggi più virtuose e quelle meno virtuose. Se a ciò si dovesse aggiungere anche la permanenza di disavanzi a consuntivo, seppure in diminuzione, si pone la questione della *sostenibilità* sociale e politica di tale situazione.

Si manifesterebbe in altri termini un fenomeno simile a quello che è stato una delle cause strutturali dell'attuale crisi economia. La *polarizzazione* della ricchezza nell'ambito della popolazione che ha portato ad avere una fascia limitata sempre più ricca e uno schiacciamento delle classi intermedie, con un allargamento della popolazione povera anche nei Paesi progrediti, ha innescato un circolo vizioso di riduzione dei consumi, riduzione della produzione, riduzione del reddito disponibile, aumento della disoccupazione, che ha causato la recessione e che è stato bloccato, almeno parzialmente, da massicci sostegni finanziari e garanzie pubbliche nonché da politiche espansive della spesa pubblica. Un federalismo che determinasse un sistema di tutela della salute «a più velocità» potrebbe generare fenomeni sociali difficilmente sostenibili.

Il vero problema. Il problema reale non è quello di fare Piani, leggi, Patti (Stato-Regioni e altri) che si propongano di modificare in meglio le tendenze e i comportamenti del passato, che si pongano obiettivi ambiziosi o semplicemente ragionevoli, che dimostrino come sia possibile ottenere nuovi e migliori equilibri. Il problema reale è quello di *come realizzarli*, di *come* creare le condizioni affinché gli obiettivi e le regole per raggiungerli siano effettivamente rispettati. Anche nel mondo delle imprese i *budget* o

i programmi di quelle che sono fallite erano positivi o, se si partiva da situazioni di crisi, «prevedevano» e «promettevano» il risanamento in tre-cinque anni. Alcune ci sono riuscite, molte altre sono fallite. Il problema vero è quello di domandarsi «che cosa potrebbe accadere se una o più Regioni si dovessero trovare in condizioni di fallimento?» La risposta del commissariamento appare politicamente molto suggestiva e dotata di un certo potere deterrente, ma nei fatti non è risolutiva. Non esiste nessun commissario in grado di risanare un sistema sanitario regionale *condizionato* da molteplici fattori che sfuggono alla razionalità, ai poteri formali, alle capacità manageriali.

Fattori condizionanti. Per essere realisti, occorre ricordare che il funzionamento e i risultati dei sistemi sanitari, sia a livello di singolo ospedale o di singola struttura, sia a livello di organizzazione del sistema di offerta regionale, non dipendono *solo*, e forse non tanto, da fattori interni, ma anche da fattori esterni tra i quali si sottolineano:

a) i forti interessi economici che costituiscono l'indotto della sanità (terzo settore dell'economia reale se si esclude il settore finanziario): di conseguenza, nelle aree meno sviluppate, per rendere realistici i piani di razionalizzazione, occorre adottare anche politiche di sviluppo economico in settori alternativi, diversamente le resistenze saranno fortissime;

b) l'elevato impatto sul consenso politico: il governo e le politiche nel campo della tutela della salute sono uno dei bacini più rilevanti di consenso elettorale che si salda facilmente con componenti sociali, con le logiche (più o meno strumentali) della solidarietà e dei diritti fondamentali della persona (a volte anche con interventi di rappresentanti religiosi);

c) i condizionamenti della malavita organizzata in forme criminose, o delle *lobby* economico-finanziarie dei grandi gruppi, dei colletti bianchi, del mondo dell'imprenditoria e del management.

Se non ci si vuole limitare a fare buoni Piani di risanamento, occorre attivare, con la parte positiva della società e delle istituzioni, efficaci interventi che prevengano e contrastino l'influenza di questi fattori.

Aspetti tecnici. Il concetto di *standard* (di livelli assistenziali e di costi) è generico

e si collega a diverse interpretazioni di seguito brevemente sintetizzate. Ciò vale sia con riferimento ai costi, sia con riferimento ai livelli assistenziali, creando quella che si può definire una «complessità logica al quadrato». Due sono i principali metodi per determinare il finanziamento «sulla base di standard»:

a) quello analitico, che consiste nella definizione di standard per ognuna delle tipologie di livello assistenziale (aggregando prestazioni e servizi simili) da moltiplicare per i costi standard di ogni classe;

b) metodo sintetico, che di fatto, si attua assumendo un valore complessivo di riferimento (la media dei costi, meglio della spesa di alcune «due, quattro, sei» Regioni più virtuose) o un valore *target* (ad esempio, media nazionale ridotta del 10-15% o altra percentuale) sulla base di una stima realistica del livello di efficienza che si ritiene di poter recuperare ogni anno.

Il metodo analitico *non è tecnicamente perseguibile*, per cui sarà necessario ricorrere al metodo sintetico, come peraltro si sta facendo nelle diverse simulazioni attuate specialmente dagli esperti del MEF e del Ministero della sanità o dal «tavolo tecnico» istituito tra Ministero e Regioni. Si suggerisce di pensare e applicare eventualmente il metodo analitico nella fase di verifica e controllo, tramite il confronto dei costi effettivi per le più significative, in termini di qualità per i pazienti e costi, aree di assistenza.

Sulla base delle esperienze del passato, si può prevedere che nei prossimi due-tre anni i vari tavoli tecnici si concentreranno sulla definizione del fabbisogno standard di ogni Regione (livelli standard di assistenza per spesa standard) e sulle modalità di sua copertura. In particolare, è prevedibile che il confronto tra Stato e Regioni e tra le Regioni si concentrerà fortemente anche sulle forme di realizzazione del «federalismo solidale», ossia sulle modalità per realizzare la sussidiarietà orizzontale e la sussidiarietà verticale. Vi sarà un serrato confronto sulla percentuale dei tributi raccolti dalle singole Regioni, che resteranno a disposizione delle stesse per finanziare la spesa sanitaria (lo stesso tema vale in generale per altri settori di intervento), e la percentuale di tributi che le Regioni con maggiore capacità contributiva procapite dovranno trasferire al fondo perequativo

destinato a integrare il finanziamento delle Regioni che hanno una minore capacità contributiva.

L'altro punto critico sarà costituito dall'ammontare di risorse che eventualmente lo Stato metterà a disposizione tramite il fondo perequativo a favore delle Regioni che hanno minore capacità contributiva procapite (sussidiarietà verticale). Tale ammontare sarà inevitabilmente, peraltro, di limitata entità in considerazione delle difficoltà della finanza pubblica, anche a seguito dell'attuale crisi economica e dello strutturale aumento del debito pubblico destinato a salire in pochi anni al 121% del Pil secondo autorevoli stime.

Si ritiene, invece, che da subito sarebbe necessario porsi il problema di come creare le condizioni affinché sia raggiunto l'obiettivo virtuoso di stimolare una emulazione delle Regioni meno efficienti finalizzata a migliorare i livelli di assistenza e a contenere i livelli di spesa. Le leve su cui si dovrebbe agire sono essenzialmente riconducibili a due grandi categorie:

a) come trasferire le conoscenze, le competenze e le capacità sia di carattere tecnico-professionale sia di carattere manageriale alle Regioni che finora hanno dimostrato di essere sprovviste o di averle male utilizzate;

b) intervenire sulle condizioni di contesto per evitare che fattori esterni impediscano il miglioramento desiderato.

Per quanto riguarda il primo aspetto, si ritiene opportuno, e forse necessario, attivare un «progetto di supporto per le Regioni che presentano maggiori difficoltà». Esso dovrebbe essere realizzato tramite la costituzione di un gruppo di esperti in grado di rafforzare le Regioni nel difficile percorso di miglioramento, qualcosa di simile all'assistenza tecnica che attualmente l'AGENAS e, in parte, anche il MEF hanno messo a disposizione delle Regioni sottoposte a Piano di rientro. Si tratterebbe di rendere stabile e ancor più forte, sia sul piano quantitativo che su quello qualitativo, il gruppo di esperti di AGENAS e MEF che hanno aiutato le Regioni a elaborare i Piani di rientro e a iniziare la loro realizzazione. Tale gruppo potrebbe essere costituito da persone indicate sia dal livello nazionale sia dalle Regioni, per evitare il paradosso di un modello di federalismo fiscale sostenuto nella sua realizza-

zione prevalentemente dal livello centrale. Per chi conosce il sistema, il problema più rilevante al riguardo sembra essere quello di trovare un numero sufficiente di persone dotate delle competenze necessarie. Infatti, i dirigenti con elevata competenza sono tenuti ben stretti dalle Regioni più avanzate e, anzi, spesso sono attratti proprio esse. Anche il ricorso a competenze esterne al sistema, ossia a dirigenti privati non appare così facile da attuare come sembrerebbe a una prima analisi. In presenza di un sistema privato nel quale molti dirigenti hanno perso o rischiano di perdere il posti di lavoro, si potrebbe pensare di orientarne un certo numero verso il sistema di tutela della salute. Tuttavia, è noto, sia dall'esperienza inglese del periodo post-thatcheriano (anni '80), sia da quella italiana dopo l'introduzione del modello aziendale (metà anni '90), che non è facile l'inserimento nel sistema sanitario di manager provenienti dal privato. Esso è stato possibile solo in un numero limitato di casi, ossia nel caso di manager disposti a conoscere a fondo le specificità del sistema sanitario prima di prendere decisioni significative e prima di attuare i cambiamenti necessari. In molti casi, la cultura dominante negli ultimi due decenni di «superiorità del privato rispetto al pubblico», per quanto riguarda le professionalità organizzative, manageriali, economiche, ha indotto una parte rilevante dei manager provenienti dal privato ad atteggiamenti del tipo «decidere prima di conoscere». Questi manager hanno cercato di introdurre logiche e sistemi gestionali dei settori privati da cui provenivano, senza tener conto dell'autonomia professionale dei medici e degli altri operatori della salute, del rapporto «fiduciario» tra medico e paziente, delle difficoltà intrinseche nel misurare e valutare l'effetto finale in termini di salute (*outcome*), che sono assai più elevate della misurazione e della valutazione delle prestazioni (*output*) a loro volta più simili ai prodotti e ai servizi di molti settori privati. Questi comportamenti hanno determinato, a partire dall'inizio degli anni 2000, una reazione sintetizzata soprattutto dall'emergere del tema della *clinical governance*, intesa come richiesta di maggiore considerazione dei medici e degli altri professionisti nel definire le strategie, le politiche, i sistemi gestionali delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Una seconda leva di azione potrebbe essere quella di stabilire accordi interregionali o costituire specifici organismi finalizzati al «trasferimento delle conoscenze dalle Regioni e dai centri, pubblici o privati, con elevati livelli del rapporto qualità dell'assistenza/costi» alle quelle Regioni e aziende territoriali e ospedaliere che oggi presentano un rapporto qualità-costi meno soddisfacente e non sostenibile sul piano dell'equilibrio della finanza pubblica (in particolare regionale).

Nell'attuare queste azioni è importante anche il ruolo delle università, dei centri di ricerca e delle istituzioni formative chiamate a preparare una nuova classe dirigente capace di gestire sistemi di federalismo sanitario. L'Italia è considerata uno di quei Paesi che spesso hanno leggi contenenti principi e criteri molto avanzati e di avanguardia, ma che, poi, hanno un grado di realizzazione effettiva assai limitato. Ad esempio, chi studia il sistema di tutela della salute italiano sulla base delle leggi o della documentazione ufficiale ha, in genere, una visione assai più positiva rispetto a chi analizza il funzionamento reale del sistema e soprattutto rispetto ai pazienti e a coloro che operano nel sistema. Questi ultimi avvertono in modo diretto la distanza tra ciò che viene dichiarato nelle leggi e nella documentazione ufficiale e ciò che effettivamente accade nel reale.

Peraltro, come si è detto, il funzionamento del sistema di tutela della salute è fortemente condizionato da fattori esterni. Di conseguenza, anche il progetto di federalismo non può basarsi sull'ipotesi ottimistica che le Regioni «responsabilizzate anche sul piano fiscale» siano in grado di attivare automaticamente un processo di miglioramento. Occorre che lo Stato garantisca condizioni di sicurezza, di contrasto alla malavita organizzata e agli interessi extrasanitari che condizionano le scelte del settore, per far pendere la bilancia verso il percorso positivo rispetto alla situazione di resistenza e boicottaggio dei processi di miglioramento. Il progetto di federalismo fiscale non è una «questione finanziaria» e nemmeno una questione delle singole Regioni. O è sostenuto da interventi coordinati a livello nazionale, tramite l'esercizio dei poteri delle funzioni centrali e dei poteri e funzioni regionali, oppure è destinato al fallimento. Le analisi sociologiche ed economiche e il dibattito politico hanno fat-

to emergere come, accanto alla tradizionale «questione meridionale» (di limitato sviluppo e di inefficienza dell'amministrazioni pubbliche), esiste anche una «questione settentrionale», ossia di una parte del Paese che si ritiene penalizzata e che si è orientata in misura rilevante verso alcuni partiti politici. L'attuazione del modello di federalismo fiscale passa necessariamente attraverso la soluzione contemporanea delle due questioni. Ciò significa, in campo di tutela della salute: salvaguardare e anzi dare maggiore autonomia alle realtà più avanzate (il che contribuisce a risolvere la questione settentrionale), a condizione che esse assumano impegni concreti nel sostenere lo sviluppo delle Regioni che oggi hanno un sistema di tutela della salute caratterizzato da minore qualità dell'assistenza e da costi più elevati (il che significa risolvere la questione meridionale).

In conclusione, si può osservare che, per evitare di trovarsi fra qualche anno a dover

discutere del «fallimento del federalismo» o del «federalismo a velocità variabile» o, addirittura, di fronte a tentazioni di abbandonare il modello di servizio sanitario nazionale per introdurre modelli di servizi sanitari regionali, occorre agire contemporaneamente sul continuo miglioramento delle realtà di eccellenza e su una organica ed efficace «politica di trasferimento delle conoscenze» tra le diverse parti del sistema. Il modello di «federalismo sostenibile» significa «migliorare tutti insieme e agire per ridurre le differenze», in caso contrario si andrebbe verso un sistema di «federalismo non solidale» che per il nostro Paese vorrebbe dire anche «federalismo non sostenibile». L'attuale crisi economica ha evidenziato che non ha funzionato «l'autoregolazione dei mercati globali»: non vi è nessuna ragione per pensare che vi sia una «autoregolazione» dei sistemi di federalismo fiscale e, quindi, occorre gestire la transizione per evitare in futuro una crisi sociale e istituzionale.

Campanello di allarme o squilli di tromba

Per destare l'attenzione e per dare segnali che non si possono lasciare andare le cose come vanno e che è giunta l'ora di muoversi con decisione, gli studiosi parlano di «segnali deboli» (da cogliere per vincere la competizione, per arrivare prima dei concorrenti), nel linguaggio comune si parla di «suonare il campanello di allarme», nel gergo militare del passato (di cui riportano i libri di storia o i film della «epopea indiana» o di altro tipo) si fa riferimento agli «squilli di tromba» per dare il segnale di carica o ordini di altro tipo alla truppa, secondo i diversi codici. Per il patto Stato-Regioni è sicuramente tempo di suonare il campanello, o forse addirittura di far squillare qualche tromba (metaforica tramite gli strumenti degli studiosi, che sono scritti o editoriali, come in questo caso) per invitare le parti a fare qualcosa di più sul piano della concretizzazione degli obiettivi e degli impegni. Approvata la legge finanziaria con gli stanziamenti previsti per i prossimi tre anni (fondo ordinario e fondo per le Regioni in crisi) il quadro di riferimento ha qualche elemento più definito, anche se non si può certo dire che si stia operando «in un quadro di maggiore certezza». Basti pensare al caso più eclatante del disavanzo pregresso della Regione Lazio, alle richieste di revisione dei disavanzi pregressi e alle endemiche differenze nelle stime dello Stato (che deve garantirle ed erogarle) e delle Regioni (che devono riceverle) sul livello del fondo corrispondente ai LEA (livelli essenziali di assistenza). Tali differenze sono fonte di un dibattito, che dura dall'introduzione del Ssn, sulla sottostima del fondo stesso e degli inevitabili disavanzi per il 2007 e per i prossimi anni. Non va dimenticato che il patto è stato sottoscritto in un contesto in cui sono presenti varie criticità, relative alla gestione corrente ed al futuro. Accanto alle criticità

di breve periodo, quali eliminazione delle code, individuazione ed eliminazione di prestazioni inappropriate, riduzione dei flussi migratori tra le Regioni (o anche verso l'estero), non giustificate da sostanziali differenze della qualità dell'assistenza, carenze di organico per certe professioni, eccesso di personale in molte strutture in rapporto ai livelli di attività (problema della difficoltà della mobilità del personale anche all'interno delle stesse aziende o addirittura dello stesso presidio), adeguamento dei locali anche in strutture architettonicamente obsolete in attesa che un organico e sostenibile piano di edilizia consenta di costruirne di nuove, revisione e soprattutto corretta gestione della nuova normativa sul rapporto di esclusività e sull'attività professionale all'interno delle aziende pubbliche, vanno ricordate le criticità di medio e lungo periodo quali carenze di servizi, strutture e risorse per le persone non autosufficienti (anziani e non anziani), la già citata «riconversione di edilizia sanitaria» con il coinvolgimento dei privati e l'adeguamento dell'offerta di servizi ad una popolazione sempre più multietnica, mantenimento del governo «di sistema» compatibile con l'autonomia regionale riconosciuta con il decentramento, una politica strutturale del farmaco che consenta di abbandonare la logica dei contributi e spese contraddittori, provvedimenti sul contenimento della spesa farmaceutica, una politica per il sostegno della ricerca nel e per il settore. Senza parlare del nodo gordiano della liberalizzazione nel settore che, mentre da un lato dovrebbe favorire l'eliminazione di rendite di posizione e privilegi, dall'altro dovrebbe essere attuata tenendo conto delle specificità connesse alla natura del bisogno (la salute), al tipo di rapporto (fiduciario tra medico e paziente), al tipo di comportamenti e della esigenza di garantire

la tutela della salute non solo come soddisfazione di un bisogno, ma come tutela di un diritto. Recenti studi e decisioni assunte a livello di singoli Stati e a livello federale (discorso del Presidente Bush del 23 febbraio) evidenziano infatti alcuni limiti dei sistemi di «concorrenza tradizionale» finora prevalenti in USA e l'esigenza di forme di garanzia generalizzate tipiche dei sistemi sanitari nazionali. Questo riorientamento negli USA, sostenuto anche da un numero crescente di studiosi di management, risponde all'esigenza oggettiva e socialmente molto avvertita di ridurre o eliminare la piaga sociale degli oltre 40 milioni di persone che non hanno nessuna garanzia, di potenziare i servizi di prevenzione e di sanità pubblica (per cercare di ridurre la pressione all'aumento di costi per malattie «evitabili o prevedibili» che richiedono diagnosi e terapie con metodiche sempre più sofisticate, ma di elevato costo unitario), di rafforzare il sistema delle cure primarie, oggi debolissimo e che potrebbe e dovrebbe diventare un efficace «filtro» all'uso di servizi specialistici. Inoltre il patto Stato-Regioni va analizzato considerando anche un problema comune a tutti i sistemi (quelli fondati sul modello di Servizio sanitario nazionale, di tipo mutualistico, basato sulle assicurazioni), quello degli elevati costi per il funzionamento del sistema, ossia delle risorse assorbite e che non si traducono in servizi per i pazienti. Nei sistemi con elevata componente pubblica si tratta dei «costi della burocrazia e delle inefficienze», nei sistemi di mercato o con una pluralità di soggetti di offerte, si tratta dei costi derivanti dal fatto che «ognuno di essi è più preoccupato di trovare il modo per scaricare i costi su altri soggetti, che non di trovare il modo per contenerli o per aumentare il valore finale per i pazienti» come affermano M. Porter e E. Teisberg nel loro recente volume «*Redefining Health Care*». Le analisi di questi studiosi segnalano come negli USA i costi derivanti dalla gestione dei rapporti amministrativi tra diversi soggetti (fatturazione delle prestazioni, contestazione di costi imputati, controdeduzioni legali, ecc.) definiti dalle teorie organizzative come «costi di transazione», superino il 25% dei costi totali, che è sicuramente superiore ai (pure elevati) «costi della burocrazia» di sistemi pubblici che sono più difficili da stimare in quanto non sono contabilizzabili

solo in termini di incidenza del costo del personale amministrativo, ma anche di farmaci scaduti e non più utilizzabili, attrezzature acquistate e lasciate nei sotterranei o nei depositi di ospedali, del costo del personale in sovrannumero rispetto a quello necessario.

In questo quadro nazionale e internazionale va analizzato ed interpretato il patto Stato-Regioni che cerca (l'uso del verbo è obbligato in quanto non tutti i giudizi «di merito» coincidono con quelli di seguito presentati e perché sembrano deboli i presupposti su cui esso si basa e che dovrebbero renderlo realmente efficace) di improntare il rapporto di alcune linee strutturali, di visione di lungo periodo e non di essere strumento per risolvere problemi di breve periodo, seppure importanti, come la ripartizione degli oneri per la copertura di disavanzi pregressi. Il nuovo patto sembra improntato ad una logica che sostituisce il modello classico di *government* basato sulla linea di comando-controllo, la logica del modello di *governance*, basata sulla linea indirizzo-autonomia-responsabilizzazione (con supporto). Il modello controllo-comando aveva caratterizzato i precedenti accordi e il funzionamento della conferenza Stato-Regioni accentuando le seguenti tematiche:

- 1) come definire (per lo Stato come «delimitare») le competenze, gli spazi di autonomia decisionale delle Regioni;
- 2) come controllare che tali limiti fossero rispettati;
- 3) come intervenire efficacemente *ex ante* (ad esempio bloccando o impugnando leggi regionali ritenute dallo Stato in contrasto con la natura di Servizio sanitario nazionale) o *ex post* (quali interventi adottare in caso di mancato rispetto delle regole e dei patti).

Il nuovo accordo Stato-Regioni nel settore della salute si pone in un contesto istituzionale nel quale il processo di decentramento alle Regioni ha fatto apprezzabili passi avanti, pur tra tante contraddizioni. Rispetto al 2001 e agli anni immediatamente successivi si può dire che:

- a) in generale le Regioni hanno interiorizzato in termini operativi il principio secondo cui maggiore autonomia significa anche maggiore responsabilità e molte di esse hanno avviato o realizzato interventi di razionalizzazione del sistema di offerta e la ricerca dell'equilibrio economico finanziario (si

vedano al riguardo i dati di disavanzo totale procapite delle Regioni del Rapporto OASI, 2006);

b) lo Stato ha definitivamente (forse) compreso che non è possibile governare in modo uniforme «dal centro» un sistema nel quale i cittadini richiedono in modo sempre più evidente e con forti strumenti di pressione (opinione pubblica, forme di autoorganizzazione, ecc.) che i diritti siano garantiti non in modo astrattamente omogeneo, ma che l'uguaglianza e l'omogeneità di diritti possano essere ottenute, prima di tutto, a partire dal basso.

Certamente esistono grandi ostacoli, primo fra tutti quello delle *Regioni in difficoltà strutturale* nelle quali non solo sembrano «fuori controllo» la spesa e il disavanzo (di cui sono sintomo le periodiche «rideterminazioni», in aumento, dei disavanzi), ma nelle quali sembrano essere presenti processi di progressivo decadimento della qualità dei servizi e dei livelli di assistenza e vi sono timori circa la «sostenibilità sociale» che coinvolge non solo la tutela della salute, ma anche la sicurezza, il degrado ambientale, la situazione occupazionale, ecc. Per queste situazioni è stato individuato un percorso di interventi così articolato:

1) identificazione delle Regioni in difficoltà sulla base di specifici indicatori (disavanzo superiore al 7% di quello dell'anno precedente e raggiungimento dell'aliquota massima dell'addizionale Irpef e Irap);

2) istituzione di un fondo speciale per tali Regioni che, peraltro, appare un punto debole in quanto largamente inferiore al livello dei disavanzi accumulati che sono ben più alti del miliardo (0,8 e 0,6 miliardi di euro stanziati per gli anni 2007, 2008, 2009, cui va aggiunto il successivo stanziamento straordinario speciale per la Regione Lazio);

3) richiesta della predisposizione di un Piano di risanamento che appare essere il punto cruciale;

4) supporto-accompagnamento tecnico da parte dello Stato e, perché no, da parte di altre Regioni, nella attuazione del piano di risanamento.

Questo percorso passa attraverso tre fasi critiche. L'operazione *verità sulla spesa*, sulla reale situazione economico-finanziaria dalla quale deve emergere la dimensione effettiva del problema. In effetti, l'operazione

verità (qualcuno la chiama pulizia dei conti) riguarda in specifico le Regioni in difficoltà, ma va estesa a tutto il sistema. Essa è indispensabile anche per valutare gli effetti «scaricati sul futuro» da una serie di operazioni di finanza innovativa (*project finance* garantiti dagli enti, cartolarizzazioni, *leasing*, ecc.). Si tratta di fare una specie di *due diligence* (verifica accurata della reale condizione economico-finanziaria e delle prospettive della attività svolta) che è condizione indispensabile nel campo delle acquisizioni, fusioni di imprese, interventi di ricapitalizzazione o comunque interventi di finanziatori istituzionali nelle imprese. Operazione che oggi appare particolarmente delicata e richiede competenze nuove in presenza di un sistema di contabilità economico-patrimoniale delle aziende sanitarie, dell'introduzione di nuove forme istituzionali (quali le Fondazioni che «affidano la gestione» degli ospedali e delle strutture a soggetti terzi), come si è detto, l'adozione di operazioni finanziarie negli anni scorsi il cui obiettivo principale è stato quello di «fare cassa», ossia di anticipare la disponibilità finanziaria per far fronte ad esigenze immediate o di breve periodo (senza tener conto o con limitata attenzione e considerazione degli effetti di medio e lungo periodo che, però, incominciano ad emergere e diventeranno sempre più evidenti e vincolanti nei prossimi anni).

Il secondo aspetto critico riguarda *la realistica dei piani di risanamento*.

Esperienze del passato, tipo quella della Puglia, e risultati di significativi contenimenti del disavanzo ottenuti in tempi brevi anche da aziende sanitarie nelle Regioni attualmente in difficoltà, segnalano che è possibile «rientrare da situazioni di grave patologia della gestione», in altre parole è possibile anche curare «malati gravi» sul piano della gestione. Le condizioni per elaborare piani di risanamento credibili a livello regionale e di singole aziende sono:

a) rientro nella legalità (esempio criteri per evitare fatturazioni per prestazioni a fornitore non effettuate o non corrispondenti alle attività svolte, per impedire riconoscimenti di spese senza copertura sostanziale, ma rese possibili solo con «artifici contabili», ecc.);

b) interventi sui casi macroscopici di sprechi e inefficienze (acquisti a prezzi e a condizioni palesemente «fuori mercato»,

duplicazioni di attività inutili e segnalate da tempo, attrezzature non utilizzate per motivi o carenze banali, ecc.) che sono state tollerate a causa del disinteresse dei responsabili di vario livello, dalla mancanza di professionalità, dalla mancanza di coraggio nel «mettersi contro interessi costituiti», non di rado dal coinvolgimento e dalla collusione con tali interessi;

c) inserimento in «posizioni di responsabilità critiche» a livello di Regione e di aziende sanitarie di persone professionalmente qualificate, ma soprattutto motivate e dotate del senso delle istituzioni, operazione non facile data anche la «delegittimazione delle amministrazioni pubbliche», l'uso mediatico strumentale dei casi di malasanità, l'indebolimento dei processi di «formazione alla cultura dell'interesse pubblico e generale» in una società che sembra credere sempre di più all'individualismo e agli automatismi degli interessi particolari capaci di tutelare l'interesse generale e pubblico;

d) motivazione, coinvolgimento dando spazio alle persone, che sono ancora tante nella sanità (probabilmente, o quasi sicuramente, la maggioranza), che svolgono il loro lavoro non solo per senso della professionalità, ma per passione e per la volontà di «fare qualcosa di utile per gli altri» e che sono pronte a seguire chi dimostra di «voler fare le cose seriamente».

Il terzo aspetto critico è quello dell'*accompagnamento* nel processo di risanamento. Esso richiede indubbiamente risorse speciali e dedicate che, come si è detto, sono tuttora largamente inadeguate rispetto all'entità dei disavanzi pregressi. Tuttavia, per evitare che «finanziamenti speciali» aggiuntivi o sottratti al fondo sanitario ordinario, siano sprecati, occorre sostenere le Regioni (e le rispettive aziende) con forti immissioni di nuove conoscenze e competenze, costituire *task force* di intervento su specifici aspetti di inefficienze e disfunzioni, trasferire a tali Regioni le «migliori soluzioni» (*best practices*), collegare le realtà in difficoltà alle realtà all'avanguardia tramite accordi di partnership e di collaborazione.

In un periodo storico nel quale, di fronte a molti problemi irrisolti da decenni, l'idea più frequente è quella dell'istituzione di una *authority autonoma e indipendente* che dia indirizzi, stabilisca indicatori e parametri (di

efficacia, efficienza, qualità, produttività, economicità), verifichi che le varie amministrazioni chiamate ad operare rispettino tali criteri e indicazioni e «intervenga» nei casi in cui indirizzi e criteri non siano rispettati (spesso però senza averne gli strumenti), la proposta dell'accordo Stato-Regioni di affiancare, aiutare, sostenere i processi di recupero di situazioni di «fisiologica difficoltà» (forse sarebbe troppo chiedere l'eliminazione completa e definitiva dei problemi) è una indicazione innovativa che può realmente produrre effetti positivi.

Una azione che, si sottolinea, non deve essere lasciata solo allo Stato, ma dovrebbe coinvolgere anche le Regioni che «sono gestite bene», che hanno buoni livelli di servizi e una situazione economico-finanziaria sostenibile. Ciò, perché conviene a tutti contribuire ad eliminare le situazioni di gravi difficoltà che penalizzano tutto il sistema.

Certamente il problema non è facile da risolvere per i seguenti motivi:

a) l'affiancamento e l'accompagnamento dei piani di risanamento deve avvenire con modalità e forme tali da non ledere l'autonomia delle Regioni (difficilmente sarebbero applicabili interventi sostitutivi da parte dello Stato, come avviene con il commissariamento dei Comuni in stato di insolvenza, o forme simili all'«amministrazione controllata» per le imprese);

b) nella maggior parte delle Regioni *in difficoltà* il problema non si limita al sistema di tutela della salute che, anzi, spesso finisce per essere solo il terreno privilegiato in cui si manifesta il degrado della società, del territorio, su cui sono più pesanti le interferenze della malavita organizzata;

c) come e da chi dovrebbero essere composte le *task force* di affiancamento e accompagnamento, quali dimensioni dovrebbero avere: una idea potrebbe essere quella di utilizzare direttori generali, amministrativi e sanitari, direttori di assessorati o agenzie regionali messi in disparte per motivi politici o perché non rispondenti alle strategie, a condizione però che ciò non voglia dire «mettere in circolo» coloro che sono stati messi in disparte per incompetenza.

Il principio è buono, ma finora sembra essere rimasto tale e non sembrano emergere idee concrete di come renderlo operativo.

Nell'ambito del contratto, lo Stato e le Regioni si sono impegnati a rivedere i LEA (livelli essenziali di assistenza) e di rendere l'entità del fondo da trasferire alle Regioni congruente per dimensione con i nuovi LEA.

A fianco di ciò, le Regioni si sono impegnate ad utilizzare tutte le leve finanziarie in loro possesso per integrare le disponibilità, in caso di autonome scelte di alzare i livelli di assistenza garantiti ai propri cittadini.

Infine l'accordo Stato-Regioni mette queste ultime di fronte ad un bivio con riguardo al loro rapporto con le aziende sanitarie pubbliche (territoriali e ospedaliere) da un lato e con il variegato mondo della sanità privata, *profit, non profit*, laica o religiosa, dall'altro.

Con riferimento al primo aspetto, si sottolinea che dopo un periodo di critiche alla aziendalizzazione (e alle aziende) che aveva favorito tendenze «centralistiche» da parte delle Regioni, ora queste ultime devono fare una riflessione attenta sulla strategia nel prossimo futuro se:

a) considerare le aziende come proprie strutture operative sul territorio sulla base di un sistema di vincoli e controlli rigidi, il che, nonostante la forma giuridica, ne ridurrebbe di molto l'autonomia e le priverebbe della possibilità di operare come «aziende che adattano le proprie risposte ai bisogni ed ai comportamenti del proprio territorio, rispondendo alla Regione dei risultati ottenuti;

b) considerare, al contrario, le aziende come entità economiche e organizzative, non solo giuridiche, che definiscono le proprie strategie e il proprio funzionamento non sulla base di indicazioni omogenee e standardizzate dalla Regione, ma partendo da una conoscenza specifica delle persone e del contesto di riferimento (pazienti e/o bisogni di comunità), dal riconoscimento e dalla valorizzazione dell'autonomia professionale di medici, infermieri e altri operatori e dalla natura del rapporto fiduciario medico-paziente, di principi e criteri di corretto e razionale uso delle risorse scarse che non siano in contrasto con la natura dei due elementi sopra specificati.

La storia, passata e recente, ha dimostrato che il rigido controllo dell'altro non funziona o, comunque, spinge verso livelli di risultati insoddisfacenti, mentre la valorizzazione dell'autonomia aziendale collegata a chiari ed espliciti elementi di responsabilizzazione è in grado di sprigionare e liberare energie di motivazione, professionalità, credibilità, creatività che rendono meno problematico (anche se non facile) il raggiungimento della compatibilità tra bisogni, in continuo aumento, e risorse, sempre più soggette alla concorrenza di richiesta di risorse per altri settori pubblici o per altri bisogni privati.

Con riguardo al rapporto con il settore privato, le Regioni non potranno limitarsi ad applicare correttamente il sistema dell'accreditamento, che equipara fornitori pubblici e privati di servizi, né a gestire un sistema di finanziamento (Drg o altro) finalizzato a orientare e controllare le scelte degli erogatori privati. Per avere qualche probabilità di rispettare l'accordo con lo Stato, le Regioni dovranno cercare sinergie con il privato tramite un coordinamento delle rispettive strategie e dovranno essere anche in grado di attivare flussi di finanziamenti privati, integrativi di quelli pubblici, sia per quanto riguarda gli investimenti di medio e lungo periodo, sia per quanto riguarda la copertura della spesa corrente.

In conclusione, si può affermare che il patto Stato-Regioni del 2001 si poneva essenzialmente in quadro di contenimento della spesa in una fase economica di sostanziale stagnazione, mentre il nuovo accordo del 2006 si pone nel quadro di una forte esigenza di innovazione e discontinuità (si veda l'editoriale del precedente numero di *Mecosan* dal titolo «Niente Happy New Year per la sanità») in una fase economica di ripresa che deve consolidarsi in crescita per il Paese. Lo scenario è nuovo, ma il problema è sempre lo stesso, vecchio e attuale: si riuscirà a passare dai progetti, dai proclami, dalla firma di accordi, dalle leggi alla concreta attuazione? Ai pazienti, non ai poster, l'immediata e ardua sentenza.

Convergenze parallele: quando sistemi diversi hanno problemi e sfide simili

L'osservazione delle dinamiche in atto nei diversi sistemi di tutela della salute mette in risalto alcune convergenze parallele: convergenze nel senso che i problemi e le criticità tendono ad essere gli stessi o molto simili, parallele nel senso che i diversi Paesi non sembrano ancora orientati o pronti a modificare radicalmente i rispettivi modelli. Così gli USA non rinunciano al sistema basato sulle assicurazioni private, nonostante il 45% della spesa totale (pari al 6,5 del PIL) sia comunque coperta con fondi pubblici, la Gran Bretagna, l'Italia, la Germania, la Francia ed altri Paesi, soprattutto europei, non rinunciano al principio del diritto alla salute come uno dei diritti di cittadinanza e, quindi, non rinunciano a sistemi di tutela pubblica sia essa in forma di Servizio sanitario nazionale, o di sistema delle casse mutue obbligatorie, ecc.

Le convergenze innanzitutto. Da una indagine compiuta nel 2004 dal CommonHealth Fund, un centro di ricerche e indagine degli USA (*think thank*) che non è schierato politicamente, né viene considerato ideologicamente vicino ai repubblicani o ai democratici (quindi bipartisan), risulta che su circa 6957 cittadini USA intervistati:

a) quasi tutti hanno dichiarato di aver dovuto sostenere spese sanitarie dirette (*out of pocket*) pari ad *oltre* 1000 dollari l'anno poiché non titolari di assicurazione o perché le cure necessarie non erano coperte;

b) circa un terzo ha dichiarato di aver dovuto rinunciare a «cure necessarie» (prescritte dal medico) perché eccessivamente onerose rispetto al proprio livello di reddito;

c) il 34% circa ha dichiarato di essere stato vittima di errori nelle cure o di episodi di «grave disorganizzazione nell'erogazione dei servizi»;

d) la maggior parte dichiara di avere una soddisfacente accessibilità alle cure mediche, ma di «avere avuto gravi difficoltà» nel trovare il medico in caso di bisogni *fuori orari previsti* dalle strutture, e di «aver impiegato più di un giorno» per ricevere la visita di un medico dal momento in cui si è manifestato il malessere.

Sempre negli USA, le imprese dichiarano con crescente frequenza di considerare il costo per le assicurazioni sanitarie «troppo elevato» e quindi fattore che «riduce la loro competitività» a livello internazionale.

Uno dei «punti caldi» della recente trattativa tra General Motor e sindacati, forse l'ultimo punto su cui si è trovato un accordo, è stato proprio quello della «diminuzione delle prestazioni coperte dalla assicurazione aziendale» che ha consentito la riduzione di un miliardo di dollari sui costi (valore stimato per ogni anno di validità del contratto). Si tratta di minori costi per l'azienda che, in caso di esigenze di cura da parte dei lavoratori, si tradurranno in maggiori spese dirette da parte degli stessi.

Nella proposta di budget per il 2006 sottoposta dal Presidente al Congresso è prevista una riduzione degli stanziamenti per i programmi federali nel settore della salute pari a 36 miliardi di dollari motivati dall'esigenza di «ridurre gli sprechi nel settore».

In Europa la situazione non sembra migliore. In tutti i più grandi Paesi sono previste riduzioni della spesa per la salute nei bilanci preventivi per il 2006 (e per gli anni successivi) poiché la situazione della finanza pubblica non consente di sostenere livelli di servizi e di prestazioni «diventati troppo elevati» rispetto ai vincoli imposti dall'obiettivo di stabilità macroeconomica e all'imperativo di orientare le spese al recupero e al sostegno della competitività (esempio ri-

cerca e sostegno alle imprese). In Francia e in Germania i nuovi governi sono alle prese con progetti di riforma dei rispettivi sistemi di salute che, pur salvaguardandone i principi ispiratori, possano introdurre elementi di *maggiore responsabilizzazione* nei confronti dei diversi soggetti (pazienti, medici, strutture che erogano i servizi e organi che decidono le politiche nazionali o subnazionali, come nel caso dei Länder tedeschi e delle Regioni in Italia).

Da alcuni anni l'Olanda ha adottato un sistema basato sulla competizione e sulla sostanziale privatizzazione degli «erogatori dei servizi» con il mantenimento però di un sistema di finanziamento parzialmente pubblico. Recenti, invece, sono le politiche finalizzate a dare «maggiore spazio al privato» nell'erogazione dei servizi in Gran Bretagna, ultimo baluardo di un sistema finora pressoché esclusivamente pubblico.

In Germania, Francia, Spagna, Italia e in molti altri Paesi europei (e non europei come Canada e Australia) sono iniziati, o si sono accelerati negli anni più recenti, i processi di privatizzazione di ospedali ed altre strutture di offerta o esperienze di «gestione mista» pubblico-privato.

In Italia, da oltre un decennio le politiche e, quel che più preoccupa, il dibattito e il confronto/scontro tra Stato e Regioni, tra le stesse Regioni, o tra regioni e Aziende sanitarie sembra più centrato sui livelli di spesa e sulla diversa efficacia delle diverse politiche e dei diversi strumenti nel contenimento della spesa, che non su decisivi sforzi nel miglioramento della qualità dei servizi e della capacità di rispondere ai reali bisogni dei cittadini.

Inoltre, nel nostro Paese sembrano esser in aumento i casi effettivamente rilevati di piccoli o più gravi errori diagnostici, terapeutici e nel campo delle riabilitazioni (es. 21.000 in Lombardia nel 2004), nonché le cause di risarcimento promosse da pazienti nei confronti di medici e strutture sanitarie. In definitiva, sembra accrescersi l'incidenza di «rischio sanitario», il che ha determinato una maggior attenzione a richieste di interventi per ridurre l'incidenza. Ciò anche per motivi economici, in quanto aumentano i casi di assicurazioni che non partecipano più alle gare per la copertura di tali rischi. Di conseguenza aumentano i costi delle aziende sanitarie ter-

ritoriali ed ospedaliere per «il risarcimento dei danni», con una ulteriore riduzione della quota di spesa destinabile all'erogazione di servizi e alla soddisfazione dei bisogni.

Per fortuna le convergenze non sono solo di questo tipo, ma riguardano anche aspetti positivi per la salute dei cittadini e per il futuro dei sistemi di tutela della salute. Prosegue in tutti i Paesi progrediti lo sforzo di ricerca nel campo della tutela della salute che, seppure con le difficoltà causate dai limitati finanziamenti anche in questo settore, consente continui progressi che solo alcuni anni fa erano impensabili. Individuazione di nuove cure, o scoperte che lasciano prevedere la messa a punto di trattamenti efficaci anche per gravi malattie oggi incurabili, si moltiplicano e costituiscono eccellenti premesse per il raggiungimento della capacità di tutela della salute delle future generazioni. Le politiche «per la competitività» (si veda per l'Europa la dichiarazione di Lisbona del 2000), individuano nella ricerca e nella generazione di conoscenze la via maestra per riconvertire i sistemi economici europei, consentendo loro di fronteggiare la concorrenza di Paesi emergenti senza ridurre la libera circolazione dei beni. Tra i settori considerati *prioritari* per realizzare concretamente *questa strategia europea della competitività* sono sempre elencati quelli collegati alla filiera della salute. Lo stesso accade per gli USA e per altri grandi Paesi progrediti.

Peraltro, incominciano a diffondersi ampiamente analisi e teorie che considerano la spesa per la salute, o almeno una parte di essa, come *investimento* anziché come *spesa di consumo*. Non si tratta di considerare investimenti solo le spese collegate a beni durevoli, ma anche parte della spesa corrente che, per sua destinazione, può aiutare a migliorare lo stato di salute delle persone e, allo stesso tempo, può alimentare il «circuito virtuoso» di consumi che sostengono la produzione di servizi che non sono delocalizzabili.

Altra convergenza positiva riguarda il «risveglio» dell'interesse verso la ricerca di soluzione dei problemi di salute nei Paesi del sud del mondo. Dopo l'interesse suscitato nel periodo di quello che è stato poi definito «l'idealismo terzomondista» e dello sviluppo di forti movimenti di origine laica e religiosa impegnati ad attenuare le differenze e le disparità tra regioni della terra (principio

economico dell'equità distributiva, sociale della solidarietà estesa a chi ha maggiore bisogno, etico e religioso del riconoscimento delle pari dignità della persona in ogni parte del mondo, specie negli anni '60 e '70 dello scorso secolo), vi è stato un periodo nel quale ha prevalso la fiducia nella diffusione dell'imprenditorialità, del mercato, considerato idoneo a diffondere ricchezza e sviluppo in nuove e sempre più estese aree socio-economiche (la ricerca di nuove opportunità di espansione), oltre che ad aumentare la qualità di vita nei Paesi sviluppati. In questa fase (fine anni '80 e specialmente '90) erano passati in secondo piano i temi della «salute per tutti nell'anno 2000» (dichiarazione OMS, fine anni '70), quelli della lotta a patologie endemiche prima e a patologie epidemiche poi (come AIDS in Africa).

In tempi recenti ed a seguito di spinte varie, il tema della salute è ritornato ad essere contenuto non marginale sia delle politiche nel settore a livello nazionale, sia per i tentativi (con diverso successo) di concertazione delle politiche tra diversi Paesi. Fenomeni quali il «morbo della mucca-pazza», dell'influenza aviaria, del rischio di rinascita e diffusione di malattie e patologie epidemiche a seguito della enorme mobilità delle persone e dei beni, nonché dei fenomeni di immigrazione, hanno spinto la maggior parte dei Paesi a riorientare in questa direzione sforzi di ricerca, programmi di prevenzione, diagnosi precoce, diagnosi, cura, e a destinare ad essi un maggiore ammontare di risorse. Sintomi di questo nuovo interesse possono essere individuati:

a) nel dibattito che si è aperto nelle sedi che governano il commercio internazionale sulla tutela brevettuale di certi farmaci efficaci contro patologie endemiche ed epidemiche nei Paesi poveri, o maggiore liberalizzazione «tutelata» contro operazioni di «esportazioni parallele»;

b) decisione autonoma di alcuni Paesi di produrre comunque *in loco* «farmaci essenziali» per la propria popolazione e il proprio sviluppo, «forzando» o «dando interpretazioni estensive» ai principi regolatori del commercio internazionale;

c) decisione dei grandi organismi internazionali (Banca Mondiale, Banche regionali di sviluppo, ecc.) di introdurre nei progetti di finanziamento e di sostegno ai Paesi in via di

sviluppo e non ancora sviluppati, una analisi obbligatoria sulla «strategia della salute e povertà»: questa scelta è stata determinata dalla considerazione, sostenuta sul piano teorico e confermata da molte indagini empiriche, che esiste una elevata correlazione tra stato di salute, efficacia delle politiche di lotta alla povertà, attivazione di un circuito positivo di uscita dalla situazione di non sviluppo per entrare nella fase dei Paesi in via di sviluppo;

d) aumento del numero di accordi e di programmi bilaterali tra Paesi sviluppati e Paesi in via di sviluppo, o non sviluppati che prevedono interventi di attivazione, sostegno e *partnership* istituzionali nel campo della tutela della salute.

Su questo fronte cominciano rapidamente ad essere attive anche le imprese collegate al settore, da quelle farmaceutiche, a quelle di attrezzature biomedicali, a quelle di produzioni di protesi e di altri presidi sanitari. Molte di queste, specie quelle di maggiori dimensioni, hanno attivato centri e programmi di ricerca nel campo delle malattie rare o finalizzati ad affrontare i problemi di salute «tipici dei Paesi poveri» e non solo i problemi di salute «tipici dei Paesi ricchi» ed hanno adottato strategie e politiche di «responsabilità sociale» tramite cui sostengono interventi istituzionali e di organizzazioni non governative nei Paesi e nelle aree svantaggiate.

Si può dire che oggi, pur restando inevitabilmente vivo e acceso il confronto tra i diversi «modelli» di sistema di tutela della salute e delle loro varianti (servizio sanitario centralizzato o con forte decentramento, sistema mutualistico, sistema fondato su assicurazioni private), appare più significativo il dibattito e il confronto sui diversi modi in cui si affrontano i «temi convergenti» che sono dati:

a) da *sfide simili* (esempio carenza di risorse finanziarie, diffusione di attese dei pazienti e dell'opinione pubblica superiori alle capacità di risposta dei sistemi di offerta, ecc.);

b) da *grandi opportunità* per il rilancio di una nuova fase progettuale sul futuro.

Per affrontare le sfide e cogliere le nuove opportunità sono necessarie politiche, regole, strumenti più efficaci rispetto ai fini, che siano gestiti in modo più efficiente ed eliminando gli sprechi. Ma è necessario, so-

prattutto, un cambiamento culturale che porti al superamento della «logica contrattuale» e del sistema dei «diritti (di qualcuno) contrapposti o che bilanciano doveri (di qualcun altro)». Logica, quella tradizionale che si esprime nelle regole degli attuali sistemi:

a) nei servizi sanitari pubblici il cittadino «paga le tasse» e perciò ritiene di «avere diritto» a servizi e prestazioni gratuiti, il che non genera stimoli forti all'autocontrollo della domanda;

b) nei sistemi mutualistici chi aderisce alla mutua corrisponde un «contributo» che include anche una dimensione di solidarietà e in relazione a ciò ritiene di «avere diritto a prestazioni gratuite o a condizioni prefissate» (esempio franchigia per bassi livelli della spesa, limitata compartecipazione al costo dei servizi): l'autocontrollo da parte dei pazienti agisce solo se esiste un forte senso di solidarietà e di appartenenza al gruppo che aderisce alla mutua;

c) a sua volta la mutua eroga direttamente servizi, ma più spesso «contratta» in nome e per conto dei propri iscritti le condizioni e i livelli di prestazione con strutture erogatrici di servizi: le strutture che erogano servizi hanno interesse ad erogare quantità sempre maggiori di servizi e prestazioni di qualità sempre più elevata (e a maggiore costo), interesse che può essere limitato solo da rigidi controlli da parte della mutua «terzo pagante» o dal fatto che un eccessivo aumento della spesa induce nel più lungo periodo la mutua ad elevare «la compartecipazione diretta dei propri mutuatati» o il loro contributo annuale;

d) nei sistemi assicurativi il cittadino «paga un ammontare certo» (il premio assicurativo) per essere tutelato contro potenziali eventi avversi (la malattia) e in funzione di ciò chiede di «scegliere nel più ampio modo possibile» la struttura cui rivolgersi in caso di bisogno;

e) a loro volta le strutture di offerta cercano di proporre «pacchetti di servizi» di più elevata qualità alle assicurazioni con il maggiore numero di iscritti per avere un mercato più vasto, condizione favorevole, anche se non sufficiente, per ottenere un più soddisfacente equilibrio economico;

f) le imprese fornitrici del settore si pongono nell'ottica di «vendere i propri beni e le proprie conoscenze» alle strutture che

erogano servizi, senza preoccuparsi dell'esistenza del bisogno reale o del fatto che l'acquisizione di una determinata attrezzatura o apparecchiatura possa indurre «domanda inutile o inappropriata», cioè non correlata ai bisogni.

Poiché, nel nuovo contesto la via della «compatibilità economica» diventa sempre più stretta, occorre sostituire alla logica contrattuale, la logica della creazione di «catene di comportamenti coerenti tra più soggetti» che rendano più forte la capacità di trovare un equilibrio tra livelli di tutela della salute e livello della spesa. Se i soggetti che fanno parte di queste catene percepiscono che da loro comportamenti «virtuosi» (ossia che riducono o eliminano gli sprechi) possono derivare vantaggi per sé e per gli altri, aumenta l'incentivo e, quindi, la probabilità (non vi è mai certezza) che tali comportamenti si diffondano. Si tratta di applicare il principio valido per i sistemi sociali secondo cui le attese possono essere un fattore rilevante della propria realizzazione.

Catena dei bisogni reali. È quella che si basa su interventi culturali idonei a far percepire ai pazienti che, anche nei sistemi in cui essi possono ottenere servizi e prestazioni gratuite, tutti i servizi hanno un costo di produzione. Pertanto consumi inutili o sprechi (acquisto di farmaci non utilizzati, accertamenti diagnostici inutili o ripetuti, ecc.) causano, nel lungo periodo, controlli rigidi, esclusione di certe prestazioni dalla erogazione gratuita e difficoltà ad ottenere servizi essenziali o ad elevato valore, perché si è avuto un abuso (eccessivo uso) di servizi e prestazioni a bassa utilità. In questa catena culturale devono inserirsi anche medici e altri professionisti, aziende sanitarie che, invece di perseguire i loro rispettivi obiettivi tramite l'erogazione di servizi senza valutarne l'utilità, si impegnino a perseguire i loro obiettivi con l'*ausilio* di sistemi di valutazione che consentano di erogare servizi e prestazioni a più elevata efficacia (che aumentano la soddisfazione del cittadino-paziente e il prestigio del medico, del professionista, della struttura) o ad eliminare gli sprechi per poter utilizzare le risorse per servizi utili.

Catena della valorizzazione delle conoscenze e delle professionalità. Si sviluppa partendo dalle esigenze di compatibilità economica e deve tradursi in provvedimenti

di legge e in indirizzi diversi da quelli che «impongono tetti o tagli di spesa o di pareggio, finalizzati ad indurre la razionalizzazione della gestione». Di fronte a questa impostazione va ricordato che le relazioni economiche reali agiscono nella direzione opposta: si razionalizza la gestione o si creano sistemi interni ed esterni di controllo ed eliminazione degli sprechi per razionalizzare e contenere la spesa nei limiti delle compatibilità economiche e per raggiungere un equilibrio di bilancio reale. Il fallimento o la limitata efficacia della maggior parte delle politiche impostate sui tetti di spesa che hanno prodotto situazioni di disavanzi a consuntivo (spese non evidenziate e rilevate immediatamente e, quindi, deficit e disavanzi «sommersi») confermerebbero la validità della relazione appena ricordata. Assumere la logica della catena significa che chi decide le politiche di spesa e suo finanziamento *deve* decidere politiche realisticamente accettabili per chi gestisce le strutture (i manager) e che questi ultimi non possono e non devono limitarsi a trasferire semplicemente i vincoli di spesa, gli obiettivi (economici o al massimo economici e di qualità) ai medici e agli altri professionisti della salute, ma devono ricercare e scoprire con essi «soluzioni innovative» che consentano di mantenere soddisfacenti livelli di risposte agli effettivi bisogni di salute, pur in presenza di vincoli crescenti. Va ricercato l'aumento di efficacia e di appropriatezza, non il semplice aumento della «produttività» misurata dal numero dei servizi e delle prestazioni erogate.

Catena della conoscenza. Consiste nell'invertire il ciclo dell'innovazione che

spesso ha dominato questi ultimi decenni e che può essere sintetizzato come segue. Con la ricerca di base e con quella applicata (o sperimentazione clinica) e quella di sviluppo si mettevano a punto farmaci, attrezzature, apparecchiature, metodiche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che poi si cercava di imporre al sistema di tutela della salute *per recuperare* gli investimenti sostenuti. Spesso le risposte che ne derivavano non erano soddisfacenti o comunque non erano le migliori rispetto alle caratteristiche oggettive e soggettive dei bisogni di salute. Oggi il processo di ricerca e di generazione di nuove conoscenze deve ritornare all'origine. Deve partire da «bisogni reali» che devono orientare la ricerca. Con questo approccio si potranno stabilire rapporti di fiducia tra pazienti (che non si sentiranno cavie di esperimenti, come a volte accade), i medici e gli altri professionisti (che riscopriranno il valore della loro professione), i manager delle strutture sanitarie (che potranno perseguire l'efficienza e l'economicità non fine a se stessa, ma al «servizio di una migliore efficacia e qualità»), le imprese fornitrici (che saranno stimolate a «coprire il mercato dei bisogni reali» e non a «cercare un mercato, qualsiasi purché remunerativo, per i propri prodotti»).

In conclusione si può dire che il manifestarsi di convergenze nei diversi sistemi può essere forse considerata una occasione per costringere a «ripensare» un po' più a fondo il modo in cui negli ultimi decenni sono stati affrontati i vincoli e le opportunità (ad esempio delle nuove tecnologie, spesso, impiegate in modo non razionale) presenti nei sistemi di tutela della salute.

Parte II

Evoluzione delle politiche di tutela della salute

Invertire la prospettiva nel definire le politiche di salute

Mentre questo editoriale va in stampa non si è ancora svolto il referendum sulla Riforma Costituzionale approvata dal Governo Berlusconi e quindi non è dato sapere se in materia «sanitaria» o di «tutela della salute», l'Italia si troverà nei prossimi anni con regole che prevedono la «competenza in via esclusiva» delle Regioni o la «competenza concorrente» con lo Stato. Si ritiene, tuttavia, che la questione di principio e i riflessi sul piano dei «poteri formali» attribuiti alle Regioni o allo Stato, poco interessino alla gente. Forse, alla gente interessa maggiormente sapere che nel 2005, per la prima volta nella storia, la spesa pubblica degli Stati Uniti è arrivata al 51% della spesa pubblica totale, che il Governatore (repubblicano) del Massachusetts ha introdotto nei mesi scorsi per tutti i cittadini l'obbligo di avere una copertura sanitaria, il che vuol dire, più o meno, aver introdotto una forma di servizio sanitario pubblico. Ciò significa che, mentre in Italia si stanno cercando di applicare alcune delle regole della concorrenza tipiche del modello USA, in quel Paese si va in senso opposto e si guarda con interesse a soluzioni di «copertura complessiva della popolazione» tipica dei sistemi europei. Probabilmente non si tratta di una contraddizione, ma della naturale e necessaria convergenza verso soluzioni intermedie rispetto a modelli in passato molto distanti tra loro come cultura del bisogno di salute e come concezione del rapporto tra libertà di scelta dei pazienti e competitività sociale ed economica dell'intero sistema.

Probabilmente alla gente interessa anche sapere che in molti Paesi progrediti un crescente numero di cittadini si dichiara insoddisfatto o non completamente soddisfatto della qualità dei servizi: questa situazione è presente sia nei sistemi di servizio sanitario nazionale, sia nei sistemi basati comple-

tamente sulle mutue, sia nei sistemi basati sulle assicurazioni di impresa o private. E alla gente interessa sapere che in molti Paesi code e tempi di attesa per esami e terapie «non essenziali» o che comunque «non pregiudicano direttamente lo stato di salute» esistono o sono addirittura programmati e comunicati alla popolazione, che è sempre più diffusa l'applicazione di *ticket* o di altre forme di partecipazione al costo dei servizi (pagamento diretto da parte di chi ne usufruisce).

Interesserà poi sapere, con qualche preoccupazione in più, che in molti Paesi, ma la cosa non può certo consolare gli italiani, aumenta, purtroppo, il numero di cittadini che di fatto non hanno accesso ai servizi per inefficienze dei sistemi (pubblici e mutualistici) o perché non sono in grado di «pagare per i servizi di diagnosi, cura, riabilitazione» perché non assicurati o perché le assicurazioni e i LEA (livelli essenziali di assistenza) non coprono quelle prestazioni (una recente indagine su sei Paesi, tra cui Australia, USA, Germania, colloca tale percentuale tra il 12 e il 36%), che vi sono code e tempi di attesa anche per casi in cui ciò mette in pericolo la vita delle persone o causa gravi danni alla loro salute, che persistono strutturali carenze nell'assistenza per anziani (sempre più numerosi), per lungodegenti e invalidi cronici, in generale per i gruppi più deboli della popolazione. La gente comune, poi, è preoccupata dalle informazioni, oggi più trasparenti rispetto al passato, su errori nelle diagnosi e cure, dai crescenti casi (reali o presunti) di malasania, segnalati anche dall'aumento di cause (penali e civili) nei confronti di medici, altri professionisti o strutture sanitarie (per responsabilità oggettive) arrivate anche nel nostro Paese a livelli di oltre 15.000 (stime ottenute dal confronto di varie fonti).

La popolazione, infine, più che interessarsi a sterili dibattiti di cui spesso non comprende il significato, è preoccupata dalla verifica, a volte dalla semplice percezione, o dal timore che in Italia (cosa che più interessa i Lettori di *Mecosan*), ma anche in altri Paesi, si possa andare (o ritornare) verso sistemi di tutela della salute a «diversa velocità», con diversi livelli di tutela effettiva, al di là di quanto contenuto dalle leggi, nei Piani sanitari, nelle dichiarazioni programmatiche di Governi e Regioni.

Molti e complessi sono i fattori che hanno portato a queste situazioni, più volte discussi anche dalle colonne degli editoriali di *Mecosan*. Non si intende certo ritornare su di essi, ma si intende segnalare al Nuovo Ministro per la salute, al Governo centrale, ai Governi regionali insediatosi lo scorso anno, rinnovati quest'anno (Sicilia) e che saranno rinnovati il prossimo anno, alcuni orientamenti di fondo che possono aiutare ad affrontare in modo soddisfacente i problemi attuali e futuri.

Innanzitutto è prioritaria e indispensabile una azione culturale, resa, però, concreta da politiche nazionali e regionali, capace di *ribaltare* l'approccio che da alcuni decenni sembra essersi imposto. Occorre, cioè, ricostruire la conoscenza dei problemi, l'elaborazione delle soluzioni e la formulazione di politiche *partendo dal basso* e *non calando dall'alto* soluzioni «coerenti» con teorie dotate di una loro razionalità interna, oppure che hanno «funzionato bene» in altre realtà, o che sono semplicemente basate sulla speranza (o l'utopia) che il cambiamento possa di per sé favorire il miglioramento. Partire dal basso vuol dire:

a) dopo il Referendum concordare una specie di «tregua» o «pausa di riflessione» sul fronte delle ipotesi di «nuove riforme» o di «cambiamenti istituzionali radicali»;

b) fare un inventario delle leggi e delle norme in tema di tutela della salute che sono rimaste inapplicata, che sono tra di loro contraddittorie, che generano elevati livelli di incertezza o di conflittualità: ciò per cancellare quelle che creano ostacolo a chi opera nel sistema o per dare attuazione a quelle che mantengono la loro validità;

c) aumentare la capacità di chi «agisce in frontiera», di chi opera sul campo di capire i problemi reali e di prospettare soluzioni re-

alistiche e compatibili con i comportamenti effettivi, non idealizzati.

La logica sottostante questa proposta è tanto semplice nella sua formulazione quanto difficile nella sua attuazione. Se si vuole mantenere un sistema di tutela della salute generalizzato le leggi, i piani, le linee-guida, gli indirizzi programmatici, gli accordi Stato-Regione, come quelli del 2001 e 2004 o quello proposto dal nuovo Governo alle Regioni, è necessario un «sistema di regole» comuni. Ma se non si vuole che esse producano risultati, anche positivi, solo nel breve periodo (1-3 anni), esse devono avere contenuti capaci di tradursi in profonde modificazioni dei comportamenti delle persone, poiché solo in questo modo è possibile ottenere quei cambiamenti (riforme) *strutturali* di cui sempre si parla.

Bene ha fatto il Governo a imporre alle Regioni che hanno presentato deficit per il 2005 l'applicazione automatica delle addizionali Irpef e Irap «salvo revoca dell'automatismo in caso di presentazione di provvedimenti *credibili* di ripiano in altre forme» e, probabilmente, bene ha fatto ad applicare il taglio dei prezzi dei farmaci di fronte allo «sfondamento» della spesa prevista dalla legge finanziaria. Infatti, anche se tali norme possono essere discutibili, e in alcuni casi inefficaci o controproducenti, occorre dare il segnale che le regole vanno applicate fino a quando non siano sostituite con altre migliori. Tuttavia l'applicazione di tali provvedimenti dovrebbe essere motivata ai cittadini più che dalla esigenza di ripiano dei disavanzi e di contenimento della spesa, da un chiaro messaggio: il recupero e il mantenimento dell'equilibrio economico e finanziario (bilanci in pareggio a livello di aziende e finanziamenti corrispondenti alle spese a livello regionale) non costituiscono l'obiettivo, ma la condizione per salvaguardare l'esistenza di un sistema di tutela della salute solidaristico tra Regioni e all'interno di ciascuna di esse.

Da subito occorre che dai dibattiti, dalle dichiarazioni ufficiali, dalle decisioni delle aziende sanitarie, dagli interventi legislativi e programmatici delle Regioni e dello Stato, da apposite campagne di comunicazioni, i cittadini percepiscano che ci si sta preoccupando innanzitutto della loro salute e ricevano i seguenti messaggi.

Il progresso delle conoscenze in campo scientifico, ma anche dei comportamenti sociali e individuali di fronte al problema della salute, mette a disposizione strumenti più efficaci, ma allo stesso tempo rende più complesse le decisioni, soprattutto, obbliga a fare delle scelte di priorità. I cittadini devono *percepire chiaramente* che «il sistema», che vuol dire i medici e gli altri professionisti con i quali si entra in contatto al momento del bisogno, i Direttori generali delle Aziende sanitarie e i loro staff di dirigenti, gli Assessori regionali alla sanità e le agenzie regionali, il Ministero, è impegnato realmente a raccogliere informazioni per capire quali sono i bisogni effettivi, ad individuare quali sono le code, le liste di attesa, le altre inefficienze che possono causare effetti negativi sulla salute.

Con dati, esempi e casi concreti, occorre trasmettere ai cittadini e convincerli, che le diverse posizioni sulla eventuale autorizzazione alla distribuzione dei farmaci da banco nei centri commerciali (con adeguate garanzie), sulle incentivazioni per aumentare la quota di farmaci equivalenti (che hanno prezzi inferiori) rispetto ai farmaci di marca, sulla chiusura di piccole strutture ospedaliere e la riconversione in altri servizi, e su tanti altri problemi sono determinate non solo, e non prevalentemente, dalla difesa di «interessi dei diversi soggetti» (che pure ci sono) ma da diverse valutazioni sui possibili vantaggi o svantaggi per i pazienti. Occorre che i soggetti che difendono le diverse soluzioni siano «più credibili» e, soprattutto, dicano cosa *concretamente* intendono fare e cambiare per aiutare i pazienti e, in generale, i cittadini.

Occorre promuovere e moltiplicare le iniziative che «portano l'informazione direttamente ai cittadini», dai siti e portali delle strutture che erogano servizi e nei quali è possibile trovare informazioni, fino al «consulto on line» ed altre forme. Tuttavia occorre che il Ministero della salute e le Regioni concordino di attivare strumenti di verifica e controllo dei siti, della correttezza e della qualità delle informazioni per evitare che il cittadino sia esposto al bombardamento di informazioni contraddittorie e non «filtrate» (o certificate) che ne aumentano la confusione e l'insicurezza invece che aiutarlo. Tali controlli devono avere lo scopo di

evitare che i siti di informazione e di risposte *on line* diventino in effetti forme di *marketing* più o meno occulto, per attrarre pazienti, per aumentare la domanda di servizi tramite la disseminazione di dubbi, per aumentare la sindrome di «ipocondria» che ha un effetto moltiplicativo sulla domanda di servizi.

Una corretta informazione deve contribuire a *diminuire* la richiesta di servizi e prestazioni, o almeno a qualificarla, non deve aver un effetto «moltiplicatore» della cosiddetta medicina prestazionale. Soprattutto occorre che le informazioni aiutino i cittadini a capire se e quando hanno problemi che possono risolvere da sé senza ricorrere al medico e non a diffondere l'idea *dell'auto-cura* indiscriminata che oggi può diventare un reale rischio per la salute.

Infine occorrono interventi idonei a far comprendere al cittadino che, se o quando si chiede il pagamento di *ticket*, o di parte delle prestazioni (partecipazione al costo), si fa ciò per poter garantire il mantenimento di elevati standard di qualità dell'assistenza e per evitare il degrado dei servizi di fronte alla difficoltà di finanziare con le sole risorse pubbliche l'adeguamento al progresso scientifico e tecnologico.

Occorre però che queste non siano pure e semplici dichiarazioni, ma che il cittadino *veda cambiamenti* nei servizi, sia trattato meglio dagli operatori, riesca a capire come sono impiegati i soldi pubblici.

Sul campo, sulla frontiera del contatto quotidiano con i pazienti e con la popolazione ci stanno medici, infermieri, biologi, tecnici, in generale tutti i «professionisti» della salute che si chiamano tali perché compiono atti idonei a rispondere ai bisogni. Affinché un sistema funzioni bene e sia valutato positivamente, occorre che essi abbiano conoscenze aggiornate su come affrontare i problemi di salute, siano motivati a dare il migliore servizio, siano organizzati in modo razionale, ossia ognuno sia chiamato a svolgere compiti e funzioni per i quali è professionalmente preparato, abbia a disposizione i farmaci, le protesi, gli altri beni di consumo, le attrezzature e apparecchiature necessarie per effettuare le diagnosi, somministrare le terapie, attuare gli interventi riabilitativi richiesti. A tal fine, le politiche e la loro attuazione devono dare priorità:

1) all'aggiornamento e alla formazione continua dei professionisti;

2) al loro coinvolgimento nel ricercare e applicare metodiche assistenziali e forme organizzative idonee a migliorare l'efficacia nella soluzione dei problemi di salute (*outcome*), la qualità tecnica e il giudizio soggettivo dei destinatari dei diversi interventi (qualità dei servizi, dell'*output*), l'efficiente uso delle risorse messe a disposizione;

3) all'applicazione di sistemi per monitorare l'attività svolta, rilevare i risultati ottenuti in termini di salute e di rapporto benefici-costi e idonei a individuare e distinguere i professionisti che operano con competenza, impegno, rispetto delle regole organizzative dando un contributo positivo alla funzionalità delle aziende sanitarie, da coloro che, per ragioni varie, non danno un contributo altrettanto positivo: tali sistemi di monitoraggio e valutazione devono essere collegati a sistemi che premiano (sul piano economico, se possibile, o con altre forme di incentivazione non economiche) e che valorizzano i professionisti del primo tipo rispetto a quelli del secondo;

4) all'introduzione di sistemi di monitoraggio e verifica dei comportamenti che, senza voler esprimere giudizi etici o morali, valorizzino persone che, nei fatti e non con dichiarazioni, dimostrino di avere senso del dovere, rispetto delle persone in stato di disagio (pazienti, parenti o altre persone ad essi vicine), senso di appartenenza all'azienda e al sistema di assistenza (sia che operino in aziende e strutture pubbliche, sia che operino in strutture private).

Le politiche che partono dall'alto si traducono in messaggi che arrivano agli operatori, ai professionisti in questi termini:

- occorre aumentare il livello di efficacia ed efficienza per essere più competitivi e più produttivi;

- è necessario ridurre la spesa poiché la Regione e lo Stato hanno ridotto i finanziamenti e hanno imposto il pareggio di bilancio;

- è doverosa la razionalizzazione con la chiusura di servizi e/o di strutture e la centralizzazione di alcune funzioni «per ottenere economie di dimensione»;

- non è possibile la sostituzione di certe attrezzature e apparecchiature obsolete per mancanza di fondi.

Sono messaggi che hanno una valenza negativa anche se sono sempre accompagnati da «dolcificanti» quali: tutto ciò, naturalmente, va fatto agendo sugli sprechi e le inefficienze e senza ridurre la qualità dei servizi e l'attenzione ai pazienti, nella prospettiva di eliminare prestazioni inappropriate e spese inutili in modo da creare lo spazio per lo sviluppo, il rilancio, la riqualificazione *strutturale* del sistema.

Le politiche che partono dal basso si basano, al contrario, sui seguenti messaggi, molto più semplici, immediati e credibili. Chi le deve applicare, ad esempio il Direttore generale, deve rivolgersi ai professionisti, chiedendo più o meno queste cose:

1) quali sono le tipologie di persone (si noti: non le tipologie di «patologie») che si rivolgono più frequentemente ai nostri servizi, alle nostre unità operative, ospedaliere o extraospedaliere, ecc.?

2) attualmente come rispondete alle loro esigenze, come organizzate i servizi?

3) quali sono le principali carenze che riscontrate nelle risposte che oggi siete in grado di dare?

4) avete idee e/o proposte già articolate su come si potrebbe migliorare la situazione tenendo conto dei seguenti aspetti:

- miglioramento della qualità e della rapidità della risposta ai bisogni,

- eliminazione di attività o prestazioni inutili (o che possono essere addirittura rischiose per i destinatari), individuazione di pazienti che potrebbero essere trattati in altro modo o in altre strutture,

- possibilità di ridurre la spesa, a parità di persone cui si danno risposte positive e soddisfacenti, oppure possibilità di aumentare il numero di persone assistite a parità di risorse e con una spesa in lieve incremento, poiché ciò aiuta ad ampliare la copertura sanitaria e a dare significato più pieno al diritto costituzionale di tutela della salute.

Coinvolti non su una logica di *vincoli da rispettare*, ma su proposte di miglioramento, migliaia di professionisti avrebbero reazioni sicuramente diverse, più creative e più positive di quelle che hanno avuto negli ultimi anni. Gli stessi professionisti sarebbero sicuramente in grado di esprimere una enorme energia positiva e soluzioni più razionali e realistiche di quelle «disegnate a tavolino» da molti gruppi di «esperti» che a volte non

conoscono la realtà concreta o che, in altri casi, si sono allontanati dalla realtà anni prima e quindi conoscono bene il passato, ma non altrettanto bene il presente e, soprattutto, il futuro che si va costruendo nel concreto con i cambiamenti dei comportamenti quotidiani.

Certamente, questa logica dal basso ha dei potenziali rischi e limiti. I professionisti, per formazione e per cultura consolidata nel tempo, sono portati a proporre soluzioni ottimali pensando prevalentemente ai pazienti con cui «hanno a che fare» e quindi spesso propongono soluzioni a costi sempre più alti, o ottimali per la propria unità operativa o il proprio dipartimento. Tuttavia molti di essi hanno superato questa cultura e, se direttamente coinvolti e responsabilizzati e dotati di adeguate metodologie, sono sicuramente in grado di elaborare proposte innovative (sul piano assistenziale e organizzativo), realistiche, attente anche ai costi. A nessuno può sfuggire che l'attenzione alle risorse imposta in forma di «*contenimento dei costi*» viene percepita come (e in effetti è) una limitazione dell'autonomia professionale, mentre l'attenzione ai costi «richiesta come uno degli *importanti* aspetti da considerare per poter dare migliori servizi a un numero più ampio di cittadini» può essere percepita e interpretata come riconoscimento, ampliamento, valorizzazione dell'autonomia professionale e come una *sfida nuova*. Chi interagisce con i professionisti ha la responsabilità tecnica e il dovere deontologico ed etico di non adottare questo approccio come «tattica strumentale», per rendere accettabili politiche imposte dall'alto, deve rendersi disponibile a sua volta ad impegnarsi per trovare soluzioni «innovative e creative» quando proposte razionali (e ragionevoli) dei professionisti si scontrano con vincoli burocratici e di spesa, deve svolgere una azione di supporto e di formazione orientata a rafforzare e diffondere una cultura capace di considerare in modo bilanciato aspetti scientifici, professionali, organizzativi, economici e, soprattutto, etici e di attenzione alla persona in stato di bisogno.

Al terzo livello, partendo dal basso, meglio dalla frontiera, si trovano le aziende sanitarie (territoriali e ospedaliere, pubbliche e private accreditate), del cui funzionamento sono responsabili il Direttore generale e il

gruppo di dirigenti che ad esso fanno capo, sia quello in posizione di staff, sia quello in posizioni di linea (esempio dirigenti di Dipartimenti, di Distretti, di Unità operative): essi non devono essere considerati, come è accaduto negli ultimi anni, semplici e «fedeli esecutori» o «attuatori professionalizzati» delle politiche delle Regioni, di cui si è cercato di ridurre l'autonomia decisionale reale «in funzione» della sostenibilità e dell'equilibrio del sistema. Certamente Direttori generali e dirigenti devono essere responsabilizzati sull'equilibrio operativo (domanda-offerta di servizi) ed economico delle aziende, ma devono essere lasciati liberi di raggiungere tale equilibrio, o avvicinarsi ad esso, con una ampia autonomia che consenta loro, non solo di esprimere la propria diversa professionalità, ma soprattutto di valorizzare il coinvolgimento e l'apporto dei professionisti che essi trovano nelle proprie aziende.

Chiedere Piani strategici alle aziende sulla base di *format* standardizzati e con linee-guida rigide, imporre tagli di spesa in settori decisi dalla Regione, imporre il filtro delle autorizzazioni regionali per una serie di atti, sono misure che certamente servono ad evitare che Direttori generali, o gruppi dirigenti di aziende poco professionali o poco attenti all'equilibrio «di sistema», compiano scelte errate e dannose, ma impediscono ai Direttori generali e ai dirigenti preparati, motivati, che collaborano con la maggior parte dei professionisti, che interagiscono positivamente con il territorio (i Sindaci e altri rappresentanti delle comunità locali), di rispettare gli indirizzi e i criteri regionali tramite un adattamento alle diverse realtà e non tramite soluzioni preconfezionate.

Ci vogliono politiche e regole basate sul principio del dare autonomia, valorizzare e premiare chi intende operare positivamente nel rispetto dei principi e dei criteri generali e non dominate dall'obiettivo di evitare il mancato rispetto degli indirizzi, dei criteri e dei vincoli della Regione da parte di chi utilizza male l'autonomia, per incompetenza o per perseguire propri obiettivi individuali (rispettabili o meno rispettabili) usando il potere formale derivante dalle proprie posizioni. Le Regioni non devono farsi guidare dall'illusione del «centralismo razionale», che non produce mai buoni risultati nel medio lungo periodo. Devono, semmai, im-

pegnarsi nella selezione di Direttori generali e dirigenti delle aziende competenti, professionali che si identificano nella loro funzione e nel loro ruolo e che, soprattutto, interiorizzano il fatto che essi hanno il duplice ruolo e la duplice responsabilità di governare al meglio la propria azienda e di *contribuire in modo collaborativo* al governo dell'intero sistema regionale. Devono cioè sentirsi Direttore generale e dirigenti dell'azienda e «componenti del gruppo dirigente di un sistema regionale» che o è in grado di raggiungere un equilibrio complessivo, oppure è destinato cadere inevitabilmente nella crisi trascinando anche le aziende che singolarmente sembrano in migliori condizioni. Dirigenti che si preoccupano di ottenere l'equilibrio

(anche di bilancio) della propria azienda «esternalizzando» costi che ricadono su altre aziende o sulla Regione non rispondono certamente a questa logica.

Il livello di più difficile attuazione delle politiche che partono dal basso, dalla frontiera, è senz'altro quello dei rapporti Regione-Stato. Si ritiene opportuno rinviare la trattazione di questo aspetto, una volta noti i risultati del Referendum o dopo la fase di rodaggio del funzionamento della Conferenza Stato-Regioni con il nuovo Governo.

In conclusione si può affermare che il passaggio da politiche che seguono la logica dall'alto (equilibrio di sistema) al basso a politiche che seguono la logica dal basso all'alto

(SODDISFAZIONE EQUILIBRIO DOMANDA-OFFERTA → VALORIZZAZIONE DEI PROFESSIONISTI → EQUILIBRIO DELLE AZIENDE OTTENUTO CON IL RISPETTO DELLA LORO AUTONOMIA → EQUILIBRIO TRA SISTEMA FINANZIARIO E SPESA A LIVELLO REGIONALE)

non rappresenta un gioco di parole, un diverso modo di esporre il problema, ma vuole dire cose molto concrete.

Quando si elaborano o si propongono politiche della salute, linee-guida, indirizzi, prima occorrono delle «simulazioni» sull'impatto che esse produrrebbero su un limitato, ma significativo, gruppo di aziende sanitarie e occorre che si faccia una indagine su come esse sarebbero percepite dai professionisti e dalla popolazione. Significa adottare metodologie capaci di dare risposta a

queste domande: cosa potrà *realisticamente* (non utopisticamente) accadere nelle aziende sanitarie, cosa penseranno o come presumibilmente reagiranno coloro che saranno chiamati ad applicare le nuove regole?

Gli strumenti per capire e prevedere qualcosa di più, prima di attuare le politiche e i provvedimenti, esistono, basta saperli e volerli usare senza seguire la logica di «provare e, semmai, aggiustare il tiro», logica molto pericolosa perché si ha a che fare con la salute di persone, non con malattie.

Fiducia, parola magica

Il Governo ha posto la *fiducia* per far approvare dal Parlamento, senza sconvolgimenti, entro i sessanta giorni previsti per i Decreti Legge, la manovra finanziaria anticipata, accettando modifiche che non comportassero variazioni dei saldi complessivi del disavanzo pubblico. Con ciò il Governo, e in particolare il Presidente del Consiglio e il Ministro dell'Economia, hanno voluto evitare possibili sorprese derivanti da emendamenti della maggioranza e dall'ostruzionismo dell'opposizione. Un voto di fiducia che da molti è stato interpretato come espressione di sfiducia verso comportamenti dei parlamentari che avrebbero potuto mettere a rischio il dichiarato piano di risanamento imposto dalla difficile situazione dei mercati finanziari.

Il voto di fiducia era necessario e per certi aspetti obbligato, secondo il Governo, per *dare fiducia* ai mercati finanziari, mettere in sicurezza i conti pubblici ed evitare attacchi speculativi nei confronti dell'Euro e dei titoli di Stato dei Paesi aderenti alla moneta unica, tra cui l'Italia gravata da un elevato livello di indebitamento pubblico (il terzo a livello mondiale come percentuale sul Pil). Motivazione, questa, basata sull'ipotesi che i mercati finanziari «prendono decisioni razionali di tipo economico». Essa, peraltro, appare discutibile per almeno tre ordini di motivi.

A) Le dimensioni a dodici e più zeri dei titoli di debito pubblico dei vari Stati, senza tenere conto di quelli delle imprese, che verranno a scadenza nel prossimo quinquennio e che dovranno essere rifinanziati, nonché dei «prodotti derivati» la cui negoziazione contribuisce a rimpinguare gli utili delle maggiori banche d'affari e a creare una instabilità sistemica globale: ciò che l'Italia da sola, e anche un'Europa compatta, può fare è ben poca cosa di fronte a questa realtà.

B) Le analisi che hanno messo in evidenza in termini obiettivi come i flussi di sottoscrizione dei titoli pubblici e delle imprese siano stati e siano riconducibili a logiche speculative di perseguimento di facili profitti nel breve periodo, anche a costo di determinare incertezze e instabilità nel lungo periodo, comportamenti questi ammessi e confermati da coloro che operano sui mercati finanziari come persone fisiche o come rappresentanti di istituzioni (fondi pensione, fondi di investimento, società di gestione, ecc.): chi opera con questa logica non agisce secondo il principio e il modello di «razionalità», ossia basato sulle condizioni dell'economia reale, ma secondo il principio e il modello di «opportunismo», che consente di ottenere i risultati desiderati utilizzando la propria forza di condizionamento dei mercati.

C) Le teorie riconducibili all'economia comportamentale oggi suffragate dagli studi delle neuroscienze, secondo cui le decisioni non risponderebbero a logiche di razionalità ma sarebbero date dalla interazione tra la sfera emozionale non controllabile e la sfera razionale controllabile: ciò è confermato anche dalle dinamiche delle borse, dei tassi di indebitamento, dei cambi tra le valute che spesso variano repentinamente a seguito di dichiarazioni di banchieri centrali (Usa, Ue, Cina, Giappone), di documenti con le previsioni sulla crescita di organismi internazionali quali Ocse e FMI, della dinamica settimanale, mensile o trimestrale di alcuni indicatori economici quali tassi di disoccupazione, di crescita del Pil, ecc.

Peraltro, l'ipotesi di comportamento razionale di coloro che operano sui mercati finanziari implica anche che le previsioni del provvedimento siano corrette, ossia che esse siano idonee a ridurre di 24,5 miliardi il livello delle spese e del disavanzo rispetto alle

dinamiche tendenziali. Non pochi analisti, tuttavia, nutrono seri dubbi sull'entità effettiva della manovra e ritengono che molti dei risparmi preannunciati non si realizzeranno nella dimensione prevista.

Un altro aspetto su cui il Ministro Tremonti ha insistito con maggior frequenza è quello della *fiducia* nei confronti dei contribuenti. Egli, infatti, ha sostenuto che la manovra incide sul contenimento della spesa e non fa ricorso all'aumento delle entrate, ossia all'inasprimento del carico tributario, proprio per non incidere sulla fiducia delle persone fisiche, delle famiglie e delle imprese e, di conseguenza, non determinare effetti negativi sulla capacità di spesa e sui consumi e sul consolidamento della ripresa, di cui si sono avvertiti nel 2010 i primi segnali. Anche su questo punto vari analisti hanno espresso dubbi segnalando che si avranno effetti indiretti della manovra sulle famiglie e sulle imprese, che equivalgono ad un aumento del carico tributario. Ad esempio, la riduzione dei trasferimenti alle Regioni e agli enti locali molto probabilmente comporterà l'applicazione o l'aumento di tributi a livello decentrato per mantenere l'attuale livello dei servizi. Quindi, il carico complessivo per i cittadini, le famiglie e le imprese potrebbe aumentare anche in mancanza di aumenti di tributi statali.

Se da un lato con la manovra si è inteso assicurare i mercati finanziari, o meglio gli operatori che, esprimendo la domanda e l'offerta, contribuiscono a creare e movimentare gli stessi, dall'altro si è determinata una sfiducia da parte di tutte le categorie colpite dalla manovra e, in particolare, da parte delle Regioni e degli enti locali, che sembrano essere quelli maggiormente penalizzati in termini di trasferimenti da parte dello Stato. Per quanto riguarda la tutela della salute, gli effetti maggiormente temuti riguardano la disponibilità di risorse da parte delle Regioni e da parte degli enti locali per i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali affidati alle Asl. Il Ministro Tremonti ha precisato che i tagli previsti con la manovra non toccano direttamente la sanità e che il blocco parziale o totale del *turnover* non si applica al comparto sanitario, ma effetti di questo tipo sono facilmente prevedibili poiché la spesa sanitaria rappresenta il 70% circa della spesa totale delle Regioni. Se queste avranno minori ri-

sorse, dovranno inevitabilmente perseguire l'obiettivo di contenimento della spesa sanitaria, che non potrà essere raggiunto solo con la lotta agli sprechi. Anzi, esiste il concreto rischio che, di fronte a un contenimento della spesa o alla riduzione del suo tasso di incremento, gli effetti più rilevanti non riguardino la lotta agli sprechi ma si traducano in riduzione della quantità e qualità dei servizi. Chi conosce i processi di cambiamento e chi ha seguito per decenni decine di riforme e di provvedimenti di contenimento della spesa o di riduzione del disavanzo sa bene e può prevedere con una sufficiente approssimazione che l'effetto più immediato non sarà quello della eliminazione degli sprechi, bensì quello della riduzione *indiscriminata* della spesa.

Con la manovra finanziaria avviata a fine maggio si è aperta anche una nuova «stagione» di rapporti tra Regioni ed enti locali da un lato e Stato dall'altro. La saldatura della manovra con l'introduzione del federalismo, di cui in questi mesi si stanno predisponendo i decreti attuativi, dovrebbe favorire un sistema di maggiore trasparenza nel rapporto tra autonomia di spesa e responsabilità da parte di enti decentrati. Si tratta di una prospettiva che, a sua volta, si basa su un rapporto di «fiducia tra istituzioni». Per realizzare un federalismo effettivo, e non solo a parole, occorre che lo Stato dimostri fiducia nei confronti delle Regioni e degli enti locali e che questi ultimi possano trarre dalle scelte dello Stato centrale elementi di fiducia. Occorre inoltre che si rafforzi la fiducia di tipo orizzontale tra Regioni ed enti locali considerati più efficienti e Regioni ed enti locali considerati meno efficienti. Ossia fiducia dei primi nei confronti della capacità dei secondi di attuare concrete politiche di lotta agli sprechi e di conseguente recupero dei livelli di efficienza e di produttività; fiducia dei secondi nei confronti dei primi che può nascere solo da un modello di federalismo fiscale solidale. Infatti, questo modello implica la determinazione del fabbisogno finanziario sulla base dei costi standard, trasferimenti in un periodo transitorio a vantaggio degli enti che partono da situazioni di più basso livello di efficienza, ma soprattutto trasferimento da Regioni ed enti locali efficienti a Regioni ed enti locali meno efficienti di conoscenze, competenze e capacità gestionali e organizzative di formulazione e attuazione di politi-

che di controllo della domanda e dell'offerta di servizi a tutela della salute. La decisa presa di posizione contraria alla manovra espressa a fine luglio dalle Regioni e dagli enti locali, nonché le differenze nelle posizioni dei governatori e dei sindaci, indicano che tale clima di fiducia – verticale nei confronti dello Stato e orizzontale tra gli enti – non si è realizzato. La speranza è che nei prossimi mesi possa essere riallacciato il filo del dialogo istituzionale, in modo da far riprendere all'intero sistema-Italia e, in particolare, al sistema di tutela della salute un percorso virtuoso utile soprattutto ai cittadini.

La manovra ha determinato rilevanti effetti anche sul *rapporto di fiducia* tra persone e istituzioni. Con riguardo alla sanità, le misure e gli effetti di cui si è scritto appena sopra hanno generato grande preoccupazione tra medici, infermieri e altri professionisti che operano nel settore della sanità. Vi sono previsioni di riduzione di 10000 medici entro il 2011 e di 34000 entro il 2015 a seguito delle difficoltà di sostituzione del *turnover*, senza parlare dei vuoti che si creerebbero per quanto riguarda il personale infermieristico e altro personale di assistenza che già presenta significative carenze. Queste previsioni, anche se fossero più limitate rispetto ai numeri appena ricordati, non contribuiscono certo a tenere elevata la motivazione del personale e generano forti timori sulla possibilità di mantenere livelli di servizi soddisfacenti sul piano quantitativo e qualitativo. Anche nelle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, servizi territoriali pubblici e privati (accreditati dal Ssn) più efficienti, una manovra di contenimento della spesa che non sia accompagnata da un «progetto per il futuro» incide inevitabilmente e negativamente sul livello di fiducia nella possibilità di mantenere la natura di «servizio sanitario» a copertura generalizzata. Il rischio di graduale scivolamento verso un sistema di tutela della salute «a due o più velocità» (per i ricchi che possono ricorrere al privato, per gli assistiti dal sistema sanitario, per gli assistiti dal sistema sanitario che godono di ulteriore copertura da parte di fondi sanitari integrativi) diventa reale.

I pazienti, a loro volta, venendo a contatto con il disagio dei medici e di altri operatori del settore (manifestato con scioperi o altre forme di protesta) e venendo a conoscenza

di previsioni su possibili riduzioni del livello di copertura assistenziale, possono perdere fiducia nel sistema di tutela della salute. Un atteggiamento che è di tipo impersonale, ossia generica perdita di fiducia nei confronti soprattutto del sistema pubblico, oppure di tipo personalizzato, ossia perdita di fiducia nei confronti di medici e di altro personale con cui i pazienti sono a diretto contatto. Un atteggiamento, poi, che viene ulteriormente sollecitato dalle informazioni sui casi di reale o presunta malasania e, non meno, vogliono i diretti interessati, da forme di pubblicità su cui lo scrivente nutre non poche perplessità. Si fa riferimento alla pubblicità degli ultimi mesi di iniziative secondo cui, partendo da una esigenza reale di difesa del paziente, si arriva a formulare la promessa di mettere a disposizione «gruppi di medici, avvocati, esperti... in grado di garantire l'obiettivo risarcimento». L'obiettivo di qualsiasi azione dovrebbe essere quello di contribuire a recuperare, mantenere, promuovere lo stato di benessere fisico e psichico delle persone, come sostiene l'art. 1 della legge 833/78 e non quello di ottenere un risarcimento. Si può pensare che chi ha promosso iniziative per aiutare i pazienti a ottenere risarcimenti in caso di malasania reale ritenga di contribuire a responsabilizzare maggiormente medici e altro personale e a ridurre trattamenti inappropriati o non corretti. Non di meno, l'offerta di assistenza gratuita produce ineluttabilmente la cultura del «sospetto» nei confronti degli erogatori dei servizi e la cultura della «ricerca di un vantaggio economico», che sono ben presenti nella realtà degli Usa. In questo Paese non è raro trovare avvocati, singoli o in studi associati, che iniziano la propria carriera o ottengono elevate remunerazioni proprio dalle cause intentate a medici per reali o presunti errori. Si stima che i costi collegati alle *malpractice* (reali o presunte) e ai correlati premi di assicurazione pagati dai medici delle specialità maggiormente esposte (chirurghi, ginecologi, traumatologi, ecc.) ammontino all'incirca all'1,5% del Pil e al 10% della spesa sanitaria.

Dal complesso delle considerazioni finora svolte emerge un quadro nel quale manovre che hanno l'obiettivo di rafforzare la fiducia dei risparmiatori-investitori e, in generale, di coloro che operano sui mercati finanziari causano una riduzione della fiducia in colo-

ro che operano nei vari settori dell'economia reale e, nel caso specifico, nel settore di tutela della salute. In effetti, le principali critiche mosse alla manovra e al contenimento del deficit pubblico sottolineano che essa comporta il rischio di «gelare» o almeno di ritardare la ripresa di cui nel 2010 si sono manifestati i primi segnali. Il contenimento della spesa pubblica, soprattutto per quanto riguarda gli investimenti, determinerebbe una riduzione o un basso tasso di crescita della domanda aggregata che, a sua volta, non consentirebbe la ripresa dei livelli di produzione e di occupazione. Inoltre, il contenimento delle dinamiche salariali e più in generale retributive e, come si è detto, la necessità per i cittadini e le famiglie di concorrere alla copertura dei costi di alcuni servizi pubblici, come nel caso della tutela della salute, determinerebbe una riduzione del reddito disponibile e della capacità di sostenere la ripresa dei consumi privati e dei correlati settori di produzione.

Le teorie economiche suggeriscono che le manovre di questo tipo sono complesse poiché sono efficaci solo se riescono a mantenere il giusto equilibrio tra l'effetto fiducia sui mercati finanziari e su quelli dell'economia reale. Con riguardo alla tutela della salute, la domanda che ne consegue può essere sintetizzata nei seguenti termini: come è possibile mantenere un elevato livello di fiducia dei pazienti, degli erogatori pubblici e privati di servizi, dei medici e degli altri professionisti della salute in un periodo di contenimento della spesa pubblica? La risposta può essere articolata in tre direzioni. In primo luogo, politiche che agiscono sui comportamenti. In particolare, politiche di comunicazione e di sensibilizzazione dei pazienti finalizzate a un migliore utilizzo dei servizi. Sono tali le campagne che hanno obiettivi di prevenzione primaria e secondaria o che favoriscono la diagnosi precoce, che consentono di ridurre i costi di diagnosi e di trattamenti successivi all'insorgere delle malattie, oppure quelle che hanno l'obiettivo di ridurre l'eccesso di medicalizzazione (ad esempio l'eccessivo ricorso a farmaci o a diagnosi non necessarie) o di guidare i pazienti nell'utilizzo consapevole delle tecnologie dell'informazione (ad esempio accesso telematico alla prenotazione di diagnosi ed esami o, al contrario, attenzione nell'uso di informazioni di siti non certificati che possono suggerire trat-

tamenti di automedicazione inappropriati o addirittura pericolosi, quali diete, assunzione di farmaci, ecc.). Rientrano in questo tipo di politiche anche quelle che hanno l'obiettivo di premiare le strutture pubbliche o private in grado di realizzare il miglior rapporto benefici (in termini di livelli di salute garantiti), costi dei servizi erogati e, ancora, quelle che consentono di riconoscere incentivi di carattere economico e non economico ai medici e ad altri operatori. Al riguardo, va sottolineata la contraddittorietà di alcune norme della manovra di maggio che riduce, secondo alcuni esperti in misura drastica, la possibilità di premiare in modo significativo il merito e la professionalità.

Una seconda linea di interventi riguarda la riorganizzazione del sistema di offerta a livello regionale e nell'ambito delle singole Asl. In precedenti editoriali e in numerosi articoli ospitati da *Mecosan* da tempo si sostiene che la tutela della salute è sempre meno correlata alla capacità di affrontare singoli episodi e sempre più correlata alla organizzazione per «processi» e per «reti». Un sistema per curare in modo migliore e a costi inferiori è quello basato su una organizzazione in grado di «seguire» il paziente in vari momenti della propria vita, ossia quello che realizza l'ottimizzazione complessiva del rapporto benefici-costi, e non la somma di ottimizzazioni parziali quali possono essere i costi minimi di trattamenti ospedalieri, che però richiedono alti costi pre- e post-ricovero o l'ottimizzazione di costi delle fasi acute attuata senza la disponibilità di strutture per lungodegenti, con l'aumento dei costi totali sostenuti direttamente dal Servizio sanitario nazionale o indirettamente da parte delle famiglie. Indicazioni rimaste finora largamente non ascoltate anche dalle Regioni sottoposte da alcuni anni alla procedura dei piani di rientro e che si spera possano essere applicate nel prossimo futuro proprio a seguito dei vincoli-pressioni della manovra finanziaria e, come si è detto, del federalismo. Obiettivo di riorganizzazione del sistema di offerta che non è impossibile e rispetto al quale non mancano «buone pratiche» (le cosiddette *best practice* del management di origine anglosassone): per tutte si fa riferimento alla Regione Sicilia che, proprio in virtù della riorganizzazione del sistema di offerta e di maggiore responsabilizzazione dei diri-

genti delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere, è riuscita a passare in due anni da una situazione di elevato disavanzo strutturale a una situazione di avanzo). L'esperienza di questa Regione potrebbe essere più significativa per altre Regioni in disavanzo strutturale rispetto alle esperienze delle Regioni che tradizionalmente sono state caratterizzate da equilibrio economico e finanziario. Ciò in quanto la Regione Sicilia partiva da una situazione simile, anche sul piano del contesto sociale e di legalità, a quella di Regioni che ad oggi non hanno saputo o potuto compiere il salto di qualità.

La terza direzione riguarda la diffusione della cultura dell'innovazione a vari livelli. Innovazione nel campo dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e terapia connessa al progresso scientifico che si sviluppa in modo sempre più rapido. Per mantenere alta la fiducia dei pazienti occorre che le strutture di offerta abbiano la capacità di recepire con grande rapidità le innovazioni che si diffondono tramite la rete (internet e altre) o tramite l'accesso ai centri di ricerca più avanzati. Innovazione delle tecnologie e delle correlate metodiche assistenziali, che è l'effetto positivo della concorrenza. Anche su questo punto la manovra finanziaria è caratterizzata da una contraddizione, in quanto l'obiettivo di contenimento della spesa nel breve periodo potrebbe condizionare negativamente la direzione strategica (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo) e i responsabili degli acquisti, orientandoli verso tecnologie a minor costo anche se meno innovative. Un altro ambito riguarda l'innovazione nei sistemi di gestione. Come è noto ai lettori di *Mecosan*, questo è uno dei cavalli di battaglia della rivista, rispetto al quale si può dire che è stata ampiamente raggiunta la fase in cui gli strumenti di management sono entrati nella quotidianità delle Asl e delle aziende ospedaliere, ma non è ancora sufficiente l'efficacia del loro utilizzo. La pressione creata dalla manovra e i vantaggi immediati che si possono ottenere in un sistema di federalismo fiscale costringeranno

Regioni e aziende sanitarie ospedaliere a uscire dall'ambiguità, vale a dire a usare in modo sostanziale questi strumenti. Innovazione, infine, nel rapporto pubblico-privato. Come sostenuto nel convegno celebrativo dei trent'anni di attività del CERGAS su «Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale» organizzato presso l'Università Bocconi nel novembre 2008, le analisi del passato distinguevano e contrapponevano il settore pubblico e il settore privato della tutela della salute, mentre sempre più le analisi della realtà attuale e del futuro dovranno distinguere tra pubblico motivato insieme a privato *for profit* di tipo imprenditoriale e a privato *non profit* di tipo professionale che si contrappongono a pubblico inefficiente, non di rado con la presenza di fenomeni di corruzione dato l'elevato volume di risorse, privato *for profit* clientelare e assistito, privato *non profit* personalistico nel quale prevalgono elementi di immagine.

Al di là delle valutazioni tecniche sulla manovra finanziaria e delle valutazioni politiche fatte dalla maggioranza e dall'opposizione, si può osservare che una parte significativa del dibattito su di essa ha avuto come tema centrale quello della fiducia. Tuttavia si può ritenere che tale concetto sia stato evocato a volte in modo corretto, ma non di rado scorretto o per lo meno parziale. Si è posta molta enfasi sulla fiducia da infondere o da mantenere nei mercati finanziari, trascurando l'effetto sulla fiducia nei confronti dei pazienti, dei medici, degli infermieri, dei tecnici, degli altri operatori della salute, dei manager di vario livello del sistema di tutela della salute. Come direbbero gli inglesi, si tratta di un classico esempio di *unbalanced focus*, ossia di attenzione posta in modo non equilibrato su due aspetti importanti dell'economia e della società. A chi crede che la tutela della salute continui a rappresentare un diritto fondamentale della persona e diventi tale anche nei Paesi e nelle società in cui esso non è ancora riconosciuto, spetta la difficile sfida di riportare il dibattito e le politiche verso un modello di *balanced focus*.

La mancanza di fiducia, male oscuro (non troppo) della sanità

Il successo delle *fiction* televisive che hanno come protagonisti i medici e il mondo della sanità, come «Medici in prima linea», stimola alcune riflessioni utili ad interpretare la realtà del sistema di tutela della salute. Innanzitutto segnala l'interesse del grande pubblico sul tema della salute che con frequenza e intensità maggiore o minore tocca tutte le persone nel corso della vita. In secondo luogo si tratta di *fiction* di azione che mettono bene in evidenza la forte carica emotiva sempre presente nei problemi di salute, da parte sia di chi ha i problemi e si trova in stato di bisogno (pazienti e persone loro vicine) sia di chi ha il compito e la responsabilità di cercare di risolvere tali problemi. Ciò che attrae e appassiona i telespettatori è il complesso gioco delle relazioni, sentimenti, valori che si intrecciano in ogni episodio. Relazioni che a volte sono di tipo positivo, mentre altre volte sono di tipo negativo e ostacolano il conseguimento dei risultati. Una terza dimensione che merita di essere sottolineata è quella del complesso intreccio tra motivazioni e valori, professionalità, condizioni organizzative di contesto che concorrono a successo/insuccesso degli interventi. A volte sono determinanti gli uni, a volte invece gli altri, ma i messaggi sempre presenti che vengono canalizzati sono quelli della grande complessità di questo mondo e della crucialità del lavoro di *équipe*, dell'azione congiunta e coordinata. Anche quando ci sono «protagonisti singoli», il ruolo della squadra e della organizzazione che ruota attorno ad essi non è mai marginale, mentre in altri casi è direttamente protagonista la squadra, l'*équipe*.

Infine, si ritiene opportuno sottolineare come in genere le situazioni presentate siano drammatiche, critiche, particolari e come il fattore «fiducia» appaia il più delle volte de-

terminante. Fiducia nella tecnologia, fiducia nella propria professionalità e nella determinazione dei protagonisti a «non darsi mai per vinti», fiducia nell'aiuto degli altri, fiducia nella capacità di reazione dei pazienti, fiducia nell'effetto positivo che la vicinanza di persone care può determinare nei pazienti, fiducia (che confina o si traduce in speranza e in desiderio/volontà di sfidare e di andare oltre la razionalità) nel manifestarsi di eventi improbabili e straordinari, di «fortunate coincidenze» che consentono di risolvere «casi disperati».

Per ritornare dalla *fiction* alla realtà, e in particolare alla realtà del sistema di tutela della salute, occorre ricordare quella che si presenta come una contraddizione. Nella realtà, la parte di gran lunga preponderante dell'attività riguarda situazioni che si possono definire «normale e prevedibile evoluzione dello stato di salute delle persone» per le quali vi sono chiare e consolidate modalità di intervento, ossia metodiche di diagnosi, cura, riabilitazione efficaci nel risolverle. La contraddizione nasce dal fatto che il sistema sembra, si dimostra, o viene percepito come inadeguato o insoddisfacente proprio nel gestire l'attività quotidiana finalizzata a far recuperare, mantenere e promuovere lo stato di benessere fisico e psichico delle persone. Contraddittorio, e per certi versi perfino paradossale, è il fatto che nella realtà, anche italiana, spesso si è in grado di gestire con successo situazioni gravi, critiche e drammatiche, mentre si hanno casi di insuccesso, con conseguenze anche drammatiche come la morte, nella gestione delle attività che dovrebbero essere di routine. Ad esempio superficiali controlli con conseguenti errori di diagnosi nel pronto soccorso, errori «non ammissibili sul piano della professionalità» durante lo svolgimento di interventi chirurgici

per patologie comuni e normali o di bassa e media complessità, ritardi «ingiustificabili» in rapporto al livello di conoscenze accumulate e alle procedure definite, nelle diagnosi e nella effettuazione degli interventi.

In questo editoriale, tuttavia, ci si propone di approfondire la tematica della fiducia, o meglio del progressivo indebolimento della fiducia tra i vari soggetti, che sembra essere il male oscuro del sistema. O, forse, non si tratta del male oscuro, bensì di un male noto e conclamato cui però sinora non si è stati in grado di porre rimedio. In effetti, per evitare facili ma superficiali generalizzazioni, è opportuno precisare che, nelle parti del sistema in cui vi è un elevato livello di fiducia, esso funziona meglio e permane un più elevato livello di soddisfazione, mentre nelle parti in cui vi è un basso livello di fiducia si manifestano maggiori e crescenti difficoltà.

Il problema si presenta innanzitutto nei rapporti medico (e altro professionista) e paziente. Una normativa e una organizzazione che hanno accentuato le funzioni burocratiche e formali del medico di medicina generale hanno contribuito ad indebolire la fiducia nella sua professionalità. Fenomeno, questo, favorito dal prevalere della cultura della specializzazione e della medicina «strumentale» che ha portato a dare minore valore rispetto al passato alla conoscenza generale della persona, della sua storia di salute, dell'ambiente in cui vive (competenze tradizionali del medico di medicina generale sul territorio) e alla capacità di inquadramento diagnostico generale del paziente e di sintesi degli accertamenti specialistici (medico di medicina generale nell'ospedale). È sintomatico l'abbandono dei termini «medico di fiducia» e «medico di famiglia» e che, molto spesso, al manifestarsi di certi sintomi, si preferisca ricorrere direttamente allo specialista. Anche le critiche e autocritiche, a volte fondate altre volte meno, sulla perdita di professionalità e sulla mancanza di una adeguata attività di aggiornamento e di formazione continua, rivolta in generale a tutti i medici (e non solo a quelli di medicina generale sul territorio e nell'ospedale), infermieri, tecnici ed altri professionisti contribuiscono a indebolire il rapporto di fiducia con il paziente. La società cerca di sostituire questo rapporto personale con:

a) la fiducia nei confronti delle strutture di offerta (ospedali, centri diagnostici, altre strutture), che quando sono organizzate con sistemi e con controlli di qualità, sono in grado di garantire uniformi, ed elevati, standard di qualità indipendentemente dal medico, altro professionista, o *équipe* presente in un dato momento;

b) la fiducia nella informazione data da centri specializzati di «consulenza medica» o che le persone cercano su internet, su portali specializzati, secondo la cultura del «fai da te» che si va diffondendo nella società: tale cultura può essere di grande aiuto per molte esigenze, ma può anche essere pericolosa nel campo della salute.

Non si vuole essere eccessivamente critici nei confronti della tendenza a sostituire la fiducia «personale» con una fiducia per certi aspetti «anonima» verso strutture nelle quali «qualcuno», responsabile dell'impegno e del prestigio della struttura, seleziona e mette in campo medici e altri professionisti altamente professionali, né si vuole negare il valore dell'informazione, specie nel caso in cui essa sia controllata e scientificamente validata e certificata. Si intende, però, richiamare l'attenzione sul fatto che la fiducia nelle strutture professionali e di qualità si costruisce nel tempo garantendo costanti risposte positive alle esigenze dei pazienti e si fonda, indirettamente, sulla fiducia nei confronti dei medici e degli altri professionisti che operano nelle strutture. Un po' come accade nelle *fiction* televisive nelle quali i pazienti vengono a contatto con ospedali e strutture che non conoscevano prima e ne escono pieni di fiducia perché «hanno incontrato medici, infermieri e altro personale che non solo hanno operato con professionalità, ma sono stati anche in grado di ascoltarli e capirli».

Il rapporto fiduciario si è indebolito anche nell'altra direzione. Infatti, la diffusione di notizie su casi di «malasanità», e soprattutto l'enfasi data ad essa, e delle garanzie contro la *malpractice* (azioni di risarcimento), hanno minato anche il rapporto di fiducia del medico nei confronti dei pazienti. Il timore di essere chiamati a rispondere di «assistenza inadeguata», non di rado spinge i medici a privilegiare un approccio difensivo rispetto ad un approccio curativo. I medici prescrivono accertamenti, farmaci, terapie e controlli non solo perché li ritengono utili, ma

per difendersi da eventuali citazioni. Ciò, oltre a produrre negativi effetti sulla spesa, ha anche, come detto, riflessi negativi nel rapporto di fiducia con i pazienti.

Un secondo ambito nel quale si osserva una crisi di fiducia riguarda il rapporto tra professionisti e aziende sanitarie nelle quali essi operano. Per esigenze oggettive collegate alla crescente complessità organizzativa, ai vincoli finanziari (specie nelle aziende pubbliche) e alle pressioni competitive (specie nelle aziende private, ma in misura crescente anche per quelle pubbliche) e per scelte manageriali collegate a politiche aziendali, sono stati introdotti sistemi di programmazione e controllo, valutazione delle performance, analisi dei costi, ecc. Il rapporto si concentra sempre più sugli obiettivi da raggiungere, sistemi «oggettivi» e impersonali di valutazione (che sono positivi per quanto riguarda i loro effetti di responsabilizzazione e di rafforzamento di comportamenti professionali riducendo lo spazio per comportamenti «personalistici» o «baronali» come si usa dire nel mondo medico), ma non di rado trascura gli aspetti di motivazione e di attenzione alle relazioni personali che sono elementi fondamentali nelle scelte di chi opera in questo settore (aspetto negativo). Se gli strumenti di governo di aziende complesse non vengono discussi e condivisi con coloro che sono a contatto con i pazienti, con le situazioni di salute cui dare risposte, essi sono percepiti come imposizioni e come ostacoli alla valorizzazione della professionalità e non come un aiuto a fare emergere e a premiare i migliori professionisti (tramite il metodo del confronto dei risultati, del rapporto quantità e qualità dei servizi e risorse). Mettendo in guardia ancora una volta contro i rischi delle generalizzazioni, si ricordano i casi di aziende che chiedono ai medici di «impegnarsi ad effettuare un certo numero di interventi in un certo periodo», il che spinge ad una logica interventista anche se non vi è un bisogno reale, o che stabiliscono tempi standard «da rispettare rigorosamente» per vari tipi di attività. Ciò riduce l'identificazione dei professionisti con le aziende e genera la convinzione che le aziende siano più interessate al raggiungimento di obiettivi di produttività, di costi, di tassi di operatività che non alla salute dei pazienti. Tutto questo determina un calo di fiducia.

Sul fronte opposto vanno segnalate quelle aziende (pubbliche e private) che sono riuscite a fondare il loro successo e prestigio proprio sulla capacità di coniugare gli strumenti di gestione con la salvaguardia ed anzi la valorizzazione delle motivazioni, delle attese dei professionisti. Aziende che sono riuscite a trasmettere il messaggio che il raggiungimento degli obiettivi aziendali e il successo non sono perseguiti limitando gli spazi di autonomia dei professionisti, ma al contrario riconoscendo e premiando professionalità reali e penalizzando la mancanza di professionalità reale. Aziende che riescono a dimostrare concretamente, non con dichiarazioni e programmi «che restano sulla carta», che gli obiettivi della buona gestione coincidono in larga parte con gli obiettivi individuali dei suoi professionisti e che entrambi possono essere raggiunti solo riconoscendo sempre la centralità del paziente, sono in grado di generare e mantenere elevato il senso di identificazione e la fiducia.

Le considerazioni sopra svolte possono essere ulteriormente specificate con riferimento ai rapporti tra medici e altri professionisti e manager. Nei casi in cui questi ultimi agiscono o sono percepiti come «interpreti e garanti» degli obiettivi aziendali in contrapposizione alle caratteristiche «professionali» delle attività, poco attenti e poco sensibili alle *specificità* del settore, si rompe il rapporto di fiducia reciproca. Ognuna delle componenti cerca di affermare e difendere il proprio ruolo, ambiti di competenze, spazi di autonomia e non si impegna a ricercare ed individuare convergenze e sinergie. La mancanza di fiducia genera così un effetto di «entropia organizzativa» che impiega e disperde energie nel confronto (e spesso scontro e conflitto) tra professionisti e manager, il che riduce le energie e le risorse (esempio il tempo) che possono essere dedicate ai pazienti.

Una adeguata formazione dei manager del sistema di salute, stili di direzione guidati da logiche di collaborazione, condivisi sistemi di *clinical governance* intesa nella sua accezione (una delle tante) di coinvolgimento dei professionisti nelle decisioni aziendali sono condizioni-strumenti per salvaguardare il livello di fiducia e favorire processi di miglioramento.

Oltre che nei rapporti tra persone, anche rapporti tra istituzioni si è assistito negli ultimi anni a una progressiva erosione della fiducia. Le aziende sanitarie, che con le riforme del 1991/93 erano diventate elemento centrale del sistema dotate di un elevato livello di autonomia, negli anni successivi si sono dimostrate spesso incapaci di raggiungere i propri obiettivi e di mantenere l'equilibrio operativo (incapacità di rispondere alla domanda come dimostrano le code, le liste d'attesa, la mobilità in uscita in molti casi) ed economico. Questo a causa di fattori e vincoli esterni ma anche, a volte soprattutto, a causa di fattori interni. Indipendentemente dalle cause (che peraltro sono diverse da Regione a Regione e per le diverse aziende), ciò ha determinato la caduta di fiducia nel modello aziendale e in particolare da parte delle Regioni e degli enti locali. Molte Regioni hanno reagito, anche perché a loro volta sottoposte a crescenti pressioni generate da inadeguati trasferimenti di fondi dallo Stato e dalle difficoltà finanziarie e politiche di destinare proprie risorse al sistema salute, introducendo forme di indirizzo e di controllo più rigide sulle aziende. Si sono moltiplicati interventi di «centralismo regionale» che in molti casi si sono tradotti nella accettazione da parte delle aziende di una specie di «determinismo gestionale». In altre parole, molte aziende hanno ritenuto di avere ristretti spazi di azione per influenzare i propri livelli di efficacia, efficienza ed economicità e si sono limitate ad applicare, «professionalmente» o «burocraticamente», a seconda dei casi, gli indirizzi, le direttive e le decisioni regionali. Le aziende, da soggetti dotati di significativa autonomia nell'ambito del «gruppo regionale», si sono progressivamente caratterizzate come soggetti «esecutori e che applicano in periferia le decisioni» della Regione-capogruppo. Le Regioni che hanno saputo mantenere più elevato il livello di autonomia delle aziende e il correlato patrimonio di «fiducia istituzionale» si sono dimostrate più attive, dinamiche e innovative, al contrario delle Regioni in cui il patrimonio di fiducia è stato più fortemente intaccato.

Le difficoltà delle aziende sanitarie e la riduzione degli spazi di autonomia hanno avuto a loro volta, in un numero rilevante di situazioni, effetti collaterali negativi nei rapporti con gli enti locali. Piani sanitari e dei

servizi adottati per razionalizzare le aziende senza un confronto con il territorio, conflitti sulle competenze, le modalità di gestione e il finanziamento di servizi in cui sono presenti componenti sanitarie e socio-assistenziali sono non di rado diventati terreno di scontro tra Comuni, Province da un lato ed aziende sanitarie dall'altro. Alcune delle conseguenze sono state la creazione di barriere burocratiche, la separazione e a volte la duplicazione di servizi con la perdita dei vantaggi delle sinergie e il manifestarsi di sprechi.

Le dinamiche del «decentramento alle Regioni» che per vari aspetti è «rimasto in mezzo al guado» hanno, a loro volta, contribuito a deteriorare i rapporti di «fiducia istituzionale» tra Stato e Regioni. Il non rispetto da entrambe le parti degli impegni assunti con l'accordo dell'agosto 2001, gli scontri sul ripianamento dei disavanzi registrati a consuntivo, la conflittualità spesso presente nella Conferenza Stato-Regioni, hanno portato ad una situazione, che appare oggi più accentuata rispetto al passato, nella quale lo Stato attribuisce alle Regioni la mancata assunzione delle proprie responsabilità e l'incapacità di mantenere fede agli obblighi e agli impegni del rispetto del patto di stabilità e della compatibilità economica generale, e le Regioni accusano lo Stato di interferenze surrettizie nelle proprie competenze tramite l'uso dei vincoli finanziari e di altro tipo.

Sono peraltro venuti segnali di più decisa volontà di giocare a fondo la partita della autonomia e delle assunzioni di responsabilità sul piano della razionalizzazione del sistema di offerta e del finanziamento, anche ricorrendo a tributi e a risorse proprie, accettando la sfida dei benefici e dei costi politici correlati.

Le Regioni che saranno in grado di governare con funzionalità ed efficienza il loro sistema di offerta conseguiranno benefici superiori ai costi anche sul piano del consenso politico, al contrario delle Regioni che non saranno in grado di fare ciò.

Nell'analisi del sistema di tutela della salute, come in generale di tutti i sistemi complessi pubblici e privati, occorre tenere ben distinti tre livelli:

- a) il livello di soddisfazione;
- b) l'individuazione delle cause;
- c) le prospettive di miglioramento.

Sul livello di soddisfazione dei pazienti incidono sia la strutturale tensione al miglioramento della salute, sia il rapporto tra attese e realtà. Il progresso della scienza, la più ampia informazione e, non secondario, le promesse di miglior salute e l'effetto «annuncio» da parte dei politici, hanno innalzato il livello delle attese più velocemente della capacità del sistema di dare risposta reale. Anche se complessivamente il livello e la qualità dell'assistenza sono migliorati costantemente e oggi sono sicuramente superiori a dieci anni fa, il livello di soddisfazione sembra essere diminuito o, comunque, basso. Ciò accade anche di fronte ad analisi che dimostrano come i livelli e la qualità dell'assistenza in Italia non siano inferiori a quelli di altri Paesi e per quelle Regioni italiane nelle quali si sono avuti tangibili miglioramenti.

Passando all'analisi delle cause, ci si limita a ricordare come esse siano molteplici, interne ed esterne al sistema, dovute a politiche della salute inadeguate nei contenuti e nei tempi, ai vincoli finanziari, all'impatto delle nuove tecnologie, alle carenze di competenze manageriali o professionali, ai comportamenti degli stessi pazienti.

Esse sono state più volte analizzate in editoriali e in molti articoli di *Mecosan*.

Per quanto riguarda le prospettive per il futuro va sottolineata la necessità di risolvere il nodo del decentramento alle Regioni (da completare con l'autonomia finanziaria), della responsabilità del finanziamento (da parte dello Stato per i LEA, aggiuntivo da parte delle Regioni, tramite fondi integrativi generali o finalizzati, come quello ipotizzato per la non autosufficienza, la compartecipazione diretta dei pazienti), degli investimenti nelle nuove tecnologie e in generale nell'innovazione dei servizi, della introduzione di nuovi sistemi di qualità, di gestione del rischio, dei sistemi di programmazione-controllo-valutazione dei risultati, dei modelli di *clinical governance*. Tutto però rischia di essere inutile, o meno efficace di quanto auspicato, senza una decisa azione per ricostituire un clima e un contesto di maggiore fiducia tra persone e tra istituzioni.

La fiducia genera e facilita la collaborazione e le sinergie, la mancanza di fiducia determina sprechi, ritardi, contrasti non derivanti da fatti reali, ma da errate e strumentali interpretazioni dei comportamenti di altri e, soprattutto, contribuisce a rendere difficili, e a volte impraticabili, soluzioni semplici.

Le politiche nel settore della salute: logica del pendolo o della convergenza nel sistema di tutela della salute

Il cambiamento è una condizione «naturale» di ogni sistema sociale e quindi anche quello di tutela della salute cambia ogni giorno, ogni ora, ogni istante. Una diagnosi precoce corretta o una terapia efficace, oltre a cambiare la condizione del paziente, a volte tra la vita e la morte, cambia il rapporto di fiducia con il medico, la valutazione nei confronti dell'intero sistema da parte del paziente, dei suoi parenti, delle persone con le quali egli in futuro parlerà della propria esperienza. Una diagnosi o una terapia sbagliata, errori e altri casi di malasana determinano cambiamenti di segno opposto rispetto a quelli sopra ricordati. Il cambiamento è quindi continuo e dipende da almeno tre tipi di fattori:

a) i comportamenti delle persone che modificano le relazioni;

b) le regole e i criteri che governano le «entità organizzate» nelle quali le singole persone vivono ed operano, siano esse entità giuridiche o economiche: nel caso specifico della tutela della salute si fa riferimento alle regole e ai criteri che governano il funzionamento delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere (pubbliche, private, accreditate), delle Regioni, del Ministero della salute e degli altri organismi presenti nel sistema;

c) dalle «regole generali» a livello nazionale che, nel caso specifico, vanno dalla definizione dei LEA, al contratto di lavoro per le diverse categorie di operatori, alla definizione dell'ammontare e dei criteri di allocazione tra le Regioni, e da queste alle aziende sanitarie, del fondo destinato a questo settore a livello nazionale e delle eventuali risorse regionali aggiuntive, al rapporto per lo svolgimento dell'attività libero-professionale *intra-moenia* o esterna, ecc.

Il cambiamento dipende da fattori esterni (diffusione delle malattie, incidenti, ecc.) e

dai comportamenti delle persone e, tuttavia, è *orientato da e orientabile tramite* la modificazione delle regole, sia di quelle organizzative in ogni entità-istituzione-organo avente autonomia giuridica, economica, o organizzativa o amministrativa e delle regole di sistema. Con riguardo a queste ultime si sottolinea l'esistenza di due logiche assai differenti, che possono essere definite del pendolo o della convergenza. La logica del pendolo può essere sintetizzata nei seguenti termini semplificati: quando un sistema funziona in un modo insoddisfacente e determina una prevalenza di valutazioni negative da parte dei diversi soggetti che ne fanno parte e, soprattutto, da parte dei destinatari dei risultati (nel caso specifico, i pazienti per i bisogni individuali di salute e le comunità per i bisogni di salute pubblica), si propone di introdurre regole opposte (o comunque molto differenti) rispetto a quelle esistenti. Se, dopo alcuni anni, le nuove regole si dimostrassero a loro volta insoddisfacenti, si ritorna a un modello analogo a quello precedente.

La logica della convergenza parte dal riconoscimento e dalla convinzione (basata su teorie, su analisi storiche, analisi comparative di diverse fasi, contesti, realtà) che ogni sistema di regole ha degli elementi *di forza e di debolezza*, ossia è in grado di stimolare, incentivare e promuovere comportamenti positivi o negativi rispetto all'ottenimento di risultati e al raggiungimento dei fini. Da questo assunto-premessa discende che, di fronte ad un sistema che funziona in modo insoddisfacente, si introduce (o si cerca di introdurre) non un sistema di regole opposto o molto differente, ma un sistema di regole che rappresentano un miglioramento, varianti, integrazioni, semplificazioni di quelle in vigore. Questa logica può tradursi in poli-

tiche ed interventi finalizzati a far rispettare meglio e in modo più coerente le regole in vigore senza sostanziali modifiche. Si tratta di una impostazione correlata alla considerazione del fatto che se da un sistema di regole si passa ad uno opposto, o molto diverso, si possono avere i seguenti effetti:

a) eliminazione (o riduzione) degli aspetti negativi del sistema attuale nel breve periodo, ma manifestazione degli effetti negativi del sistema alternativo, a volte già nel breve, sicuramente nel medio e lungo periodo;

b) forti resistenze al cambiamento generate dal fatto che il nuovo sistema di regole non è coerente con la storia, la cultura, i comportamenti diffusi, addirittura la capacità di affrontare e superare le disfunzioni: in presenza di *forti resistenze* si manifesta il rischio che le nuove regole «restino sulla carta», sostanzialmente non applicate, oppure che si abbiano elevati costi economici, organizzativi, sociali o individuali, che sono superiori ai benefici del cambiamento;

c) la rottura di equilibri che si sono consolidati nel tempo, sia negli aspetti positivi, sia negli aspetti negativi, senza la capacità del sistema di trovare in tempi accettabili nuovi equilibri: si determina una situazione di *instabilità strutturale* i cui effetti sono sicuramente negativi.

In sintesi, la logica del pendolo determina processi di cambiamento secondo cui, di fronte al manifestarsi di disfunzioni, ritenute non accettabili, di un certo modello di regole, si passa ad un modello alternativo e, di fronte alle disfunzioni che inevitabilmente questo produce, si ritorna al primo modello o ad uno analogo, della stessa natura.

La logica della convergenza, al contrario, di fronte alle disfunzioni di un sistema di regole, cerca di separare quelle intrinseche al modello da quelle dovute ad un'erronea o inadeguata applicazione delle regole. Di conseguenza essa si pone l'obiettivo di individuare quali elementi di modelli alternativi possono essere innestati sul modello attuale senza cambiarne la natura di fondo e, eventualmente, cerca di agire sul cambiamento dei comportamenti.

In economia, ad esempio, si può dire che si è adottata la logica del pendolo quando, di fronte ai «fallimenti del mercato», del *laissez faire*, della fiducia nella capacità di autorego-

lazione del mercato, si è passati ad un forte intervento pubblico e di programmazione statale (escludendo i sistemi ad economia pianificata), per passare in tempi recenti alla proposizione del ritorno al «libero mercato» di fronte ai «fallimenti» dell'intervento pubblico.

Logiche di convergenza devono considerarsi quelle che, di fronte alle disfunzioni del sistema di autoregolazione del mercato, hanno introdotto sistemi di controllo e di regolazione pubblica (esempio norme anti-trust e contro l'abuso di posizioni dominanti, norme di tutela del consumatore o del risparmiatore per i mercati finanziari, sistemi di certificazione e di accreditamento delle imprese con riguardo alla qualità, standard e norme di trasparenza, ecc.). Allo stesso modo, nel caso del settore pubblico, si introducono forme di liberalizzazione dei servizi (eliminando monopoli legali), forme di autonomia organizzativa nella gestione di imprese o di pubblici servizi che svincolano la gestione degli stessi dal sistema delle norme burocratiche e che la rendono maggiormente indipendente dall'influenza e dall'interferenza politica, sistemi per la valutazione dei risultati e della qualità dei servizi pubblici collegati a forme di incentivazione/disincentivazione (fino alla sanzione del licenziamento del personale e del commissariamento di enti con risultati negativi).

Nel caso di sistemi politici ed elettorali, la logica del pendolo significa, ad esempio, passare dal sistema proporzionale a quello maggioritario e poi il ritorno a un sistema maggioritario più o meno modificato. La logica della convergenza significherebbe, invece, passare da un sistema proporzionale puro ad un sistema proporzionale con sbarramento o ad altre soluzioni simili o da un sistema maggioritario a turno unico ad un sistema maggioritario a doppio turno (o viceversa) e a regole idonee a rendere maggiormente omogenei i partiti, le coalizioni, i poli che si confrontano.

Sul piano dei rapporti di lavoro, la logica del pendolo significa passare da situazioni di mancanza di tutela del lavoratore, a un sistema di tutela tale da irrigidire o limitare in modo rilevante le scelte di imprese, banche, enti pubblici, per poi passare a forme di licenziabilità o di precariato scarsamente tutelato con la motivazione di introdurre stimoli

ad una maggiore produttività e mobilità del lavoro. Logica di convergenza, al contrario, è quella che, in assenza di tutela dei lavoratori, introduce con gradualità una serie di tutele ponendo attenzione per trovare una mediazione tra tali tutele ed esigenze delle imprese di essere competitive sul mercato e che, in un sistema di estese tutele rigide dei lavoratori, introduce regole di maggiore flessibilità idonee a garantire anche la tutela dei diritti o di interessi dei cittadini (per le amministrazioni pubbliche), dei clienti-consumatori (nel caso di imprese e di istituzioni finanziarie).

Nel caso di sistemi di valutazione, ad esempio della didattica e della produzione scientifica nell'università, la logica del pendolo significa passare dalla mancanza di ogni valutazione esterna, all'adozione di sistemi che comportano valutazioni definite «oggettive» sulla base di rigidi parametri e standard, per poi eventualmente tornare a sistemi di valutazioni molto soggettivi e autoreferenziali (delle singole comunità scientifiche) di fronte alla ingestibilità o alle evidenti distorsioni create da sistemi rigidi o burocratici anche se astrattamente razionali. Logica della convergenza è quella che, di fronte ad una completa assenza di valutazione (della didattica e della ricerca), inizia ad introdurre la raccolta e la pubblicizzazione delle valutazioni, poi il passaggio a valutazioni da parte di soggetti competenti e indipendenti esterni, per poi passare a un numero limitato di indicatori condivisi. Oppure interventi che, di fronte a sistemi molto complessi e complicati di indicatori, si pongono l'obiettivo di verificare l'attendibilità e la compatibilità dei dati, la riduzione del numero di parametri tramite l'individuazione di quelli ritenuti più significativi.

La logica del pendolo è in genere efficace nel caso di sistemi caratterizzati da regole obsolete, palesemente incoerenti con la realtà, comportamenti negativi e disfunzioni fortemente inadeguati che non si riesce a modificare, mancanza di volontà o di capacità delle persone o di gruppi di persone di uscire dagli schemi consolidati e di promuovere/realizzare processi di autoriforma.

L'introduzione di sistemi di regole opposti o molto differenti può servire a rompere gli schemi consolidati, le inerzie e a ridare dinamicità al sistema. Ulteriori modifiche che

recuperano regole del primo modello (logica del pendolo) possono aiutare a non perdere l'accumulo di conoscenze e di esperienze del passato e, soprattutto, possono evitare che il nuovo modello di regole produca svantaggi reali superiori ai vantaggi sperati o attesi. Ad esempio, il passaggio nel nostro Paese a sistemi di competizione nel settore di servizi pubblici e nella sanità può essere positivo solo se non sono abbandonati, o sono presto recuperati, elementi essenziali del sistema di tutela pubblica che è diffuso da secoli nella cultura dell'assistenza del malato in Italia e in Europa ed è molto più forte rispetto agli USA.

La logica del pendolo caratterizza le proposte di coloro che (sia condivisibile o meno condivisibile il loro atteggiamento) sono portati a dare molto rilievo alle disfunzioni e poco rilievo agli aspetti positivi dei sistemi che analizzano e, viceversa, sono propensi a dare grande rilievo e peso agli aspetti positivi e scarso rilievo (e peso) agli aspetti negativi di modelli alternativi assunti come punti di riferimento, in quanto considerati migliori sulla base di criteri da essi ritenuti razionali.

Ritornando al tema della salute, deve considerarsi logica del pendolo quella di chi propone di passare da un sistema di «copertura generalizzata», che semplicisticamente è stata identificata come modello del Servizio sanitario nazionale, ad un sistema basato su assicurazioni private, fondi pubblici per particolari gruppi (poveri, anziani, reduci di guerra, appartenenti a gruppi o comunità religiose), senza tenere conto del fatto che, proprio in questo momento, negli USA si propone di passare da un sistema che esclude una parte della popolazione dalla copertura sanitaria a sistemi statali o a una regolazione federale basata proprio sul principio della copertura generalizzata. La logica della convergenza è invece quella che, sia nei Paesi che oggi hanno la copertura generalizzata (tipicamente i modelli dei sistemi sanitari europei, Italia inclusa), sia in quelli che oggi non la prevedono (tipicamente USA), pensa a sistemi di corresponsabilizzazione dei pazienti nella copertura delle spese per la tutela della salute o di esenzioni per coloro che non hanno capacità di contribuire sul piano economico, di provvedere a tutelare un bene fondamentale delle persone.

Sono espressione di una logica del pendolo le politiche che decentrano le funzioni e le responsabilità di tutela della salute alle Regioni (in Italia), agli Stati (negli USA), ai Länder (in Germania), ai Cantoni (in Svizzera) e ad altri livelli infrastatali e poi introducono sistemi di centralizzazione motivati da esigenze di «controllo della spesa pubblica». Una logica di convergenza impone, e si realizza, al contrario, con politiche nelle quali si attuano forme di decentramento «graduato», o «ad assetto variabile» come accade in Spagna, in rapporto alle reali capacità delle Regioni di governare il sistema di tutela della salute. Va considerata in un certo senso espressione della logica del pendolo quanto è accaduto nel recente passato con il decentramento alle Regioni «senza alcuna azione di accompagnamento e verifica-controllo», cui hanno fatto seguito necessari provvedimenti di intervento centrale sulle Regioni «in crisi» attuati con la richiesta di predisporre piani di risanamento, la cui realizzazione sarà controllata o garantita dallo Stato.

È espressione della logica del pendolo la riproposizione periodica della «centralità» di qualche soggetto. Anche nel caso in cui si propone la «centralità» del paziente in contrapposizione ai criteri di efficienza e di equilibrio economico o in contrapposizione all'autonomia dei professionisti, si dimentica che senza efficienza ed equilibrio economico e senza una adeguata politica di motivazione, di retribuzione e di riconoscimento di una soddisfacente retribuzione e legittimazione di medici, infermieri e altri operatori, ci si troverà prima o poi in condizione di dover ridurre la tutela dei diritti dei pazienti. Per evitare la logica del pendolo e adottare quella della convergenza, è più opportuno richiamare l'attenzione sul fatto che la tutela della salute è il fine del sistema e che, quindi, comportamenti degli operatori e uso delle risorse devono essere orientati (e valutati) in relazione a tale fine.

È altrettanto errato proporre periodicamente, e circolarmente, il tema della «centralità» dell'autonomia del «potere decisionale» dei professionisti (medici e altri), dei manager, dei responsabili delle politiche della salute. Risponde alla logica della convergenza recepire il fatto che per ottenere buoni e sempre migliori risultati per i pa-

zienti e per l'equilibrio del sistema bisogna porre (e offrire) regole idonee a rafforzare le conoscenze, le competenze, l'etica, la responsabilizzazione di tutti questi soggetti e favorire un bilanciamento dei rispettivi poteri decisionali. Un bilanciamento che, per essere dinamico e migliorativo e non statico e bloccante, deve basarsi sui principi di chiarire sempre «chi decide che cosa», con quale grado di autonomia e di responsabilità sui risultati.

Risponde alla logica del pendolo riproporre l'alternativa delle «aziende sanitarie» come aziende che devono far riferimento prioritario alle Regioni o agli enti locali.

Risponde alla logica della convergenza riconoscere e prendere atto del fatto che esiste una linea di politica della salute - finanziamenti finalizzati - responsabilizzazione sui risultati che collega verticalmente Stato - Regioni - aziende sanitarie e una linea di integrazione orizzontale dei servizi di salute in senso stretto, dei servizi socio-sanitari e di quelli assistenziali che richiedono un coordinamento, una coprogettazione e un cofinanziamento da parte delle aziende sanitarie territoriali e degli enti locali.

Riconoscere che strutturalmente esistono la catena verticale definizione di politiche sanitarie - potere di indirizzo - potere di verifica e controllo e la catena orizzontale di coordinamento - integrazione delle politiche dei «servizi alle persone» e dei «modelli integrati di assistenza» (come ADI, altri servizi territoriali, ecc.)

– dovrebbe indurre ad abbandonare le ricorrenti richieste di «cambiamenti istituzionali» per portare, di volta in volta, le aziende sanitarie nella sfera regionale o in quella comunale,

– ma dovrebbe indurre a cercare soluzioni di «governance» delle aziende nelle quali le due linee di esigenze e le due catene di poteri - responsabilità - controlli hanno un temperamento.

Soluzioni del tipo Fondazioni per i servizi alla persona (o altro soggetto giuridico), nel cui ambito si articolano enti, o aziende, o società pubbliche, private, miste che gestiscono attività ospedaliere, attività esclusivamente o prevalentemente sanitarie, attività socio-sanitarie, attività assistenziali con limitato apporto di servizi sanitari (esempio controlli preventivi periodici), possono contribuire ad

articolare un sistema di *governance* equilibrato tra Regione, enti locali e soggetti privati (*profit* e *non profit*).

Rispondono ancora alla logica del pendolo le politiche che tendono a separare il sistema degli ospedali universitari, degli Irccs, dei Centri di eccellenza, dal resto del sistema di tutela della salute. Una distinzione che può portare a consolidare la separazione e a proporre il tema della priorità degli investimenti (sulla rete dei centri di eccellenza o sul resto della rete).

Chi si occupa della tutela della salute sa benissimo che il continuo miglioramento richiede sia lo sviluppo di conoscenze, competenze, soluzioni (tecnologiche e assistenziali) di avanguardia (che si realizza negli ospedali universitari, negli Irccs, nei Centri d'eccellenza), e al tempo stesso una rapida diffusione e un innalzamento del livello generale della qualità dell'assistenza. Un sistema con «punte di eccellenza» e con livello medio e generalizzato di assistenza basso (come accade in alcune Regioni italiane, in alcuni Paesi europei, negli USA e in molti Paesi in via di sviluppo o non ancora sviluppati) diventerebbe presto «insostenibile» sul piano sociale, politico ed etico. D'altra parte, porre un'attenzione uniforme ed effettuare un investimento «a pioggia» sull'intero sistema, senza dare un adeguato supporto alle strutture più complesse o di eccellenza, determinerebbe un ritardo del Paese rispetto alle frontiere del progresso e una sua dipendenza da altri Paesi.

Molti altri sono i problemi dei sistemi di tutela della salute, e in generale dei sistemi pubblici, per i quali oggi ci si trova di fronte ad analisi ed a proposte che rientrano nella logica del pendolo. Per risolvere i problemi italiani, alcuni analisti propongono l'adozione di modelli di altri Paesi che, in questo pe-

riodo storico, li stanno abbandonando (dopo averne sperimentato i vantaggi, ma anche gli svantaggi) per orientarsi, a loro volta, verso regole e soluzioni analoghe a quelle esistenti nel nostro Paese di cui noi sopravvalutiamo i difetti e sottostimiamo i pregi.

Perché invece di seguire la logica del pendolo e «saltare da un modello all'altro», non si cerca di imparare gli uni dagli altri per trovare soluzioni intermedie?

E se, per dare uno scrollone a sistemi con comportamenti consolidati, *lobbies* potenti che si oppongono al cambiamento e non vogliono rinunciare ai loro privilegi, intrecci di interessi inestricabili, occorrono cambiamenti «radicali», occorre cioè una logica del pendolo, come sostengono alcuni, almeno si usi l'accortezza di ricorrere alla logica del «pendolo stretto» o, seguendo il linguaggio matematico, delle «approssimazioni successive», che nel caso del sistema di tutela della salute vuol dire, ad esempio, non teorizzare astrattamente regole basate sulla «libera scelta del paziente» senza considerare che la libera scelta, in questo caso, è fortemente influenzata da fattori (condizione di debolezza del malato, situazione psicologica di dipendenza, ecc.) ben diversi da quelli esistenti per altri bisogni. Condizioni che non sempre portano a privilegiare le strutture più efficienti e con servizi di qualità più elevata rispetto a quelle meno efficienti e con qualità più bassa, cioè non sempre premiano la competizione sull'imprenditorialità.

Vuol dire anche tenere conto del fatto che la valutazione dell'efficacia finale, dell'*outcome*, della qualità dell'assistenza è meno agevole della valutazione dei risultati di una impresa produttrice di beni di consumo o di una banca o istituzione che eroga credito e altri servizi finanziari.

Due scenari per il sistema di tutela della salute

Il Governo Prodi aveva approvato a fine 2007 il Disegno di Legge su «Interventi per la qualità e la sicurezza» del Servizio sanitario nazionale i cui obiettivi erano (e comunque restano) sicuramente condivisibili, se sfrondati di una serie di norme «dal contenuto ideologico». Anche se oggi non è dato di sapere quale sarà il futuro della proposta, si ritiene che siano tuttora validi i quattro pilastri su cui essa si fondava:

a) la decisa riconferma del modello di sistema sanitario «a copertura universale»: esiste peraltro spazio per diverse interpretazioni (e probabilmente contrasti) sul ruolo e i rapporti Stato-Regioni e Regioni-aziende sanitarie (o ospedaliere)-enti locali;

b) interventi per garantire la *sicurezza dei pazienti* negli ospedali e nelle strutture che, purtroppo, a volte invece di dare un contributo al recupero, mantenimento e protezione della salute diventano luoghi in cui la salute peggiora, fino ai casi estremi delle «morti per errori e disfunzioni»;

c) forte attenzione alla *qualità* dell'assistenza, non solo sul piano tecnico-scientifico, ma anche su quello della soddisfazione dei pazienti e dell'attenzione alla persona;

d) mantenimento di condizioni di sostenibilità di lungo periodo anche sul piano economico, tramite la responsabilizzazione dei vari soggetti: i professionisti, per quanto riguarda l'adeguatezza, l'appropriatezza e l'aggiornamento delle cure, i manager di vario livello delle aziende sanitarie, per quanto riguarda la corretta organizzazione e l'efficienza del funzionamento, le Regioni, per quanto riguarda interventi di riorganizzazione della rete di offerta (dando priorità alle fasi di assistenza pre e post fasi acute, delle diverse forme di assistenza continua per situazioni croniche o durature, di metodiche

assistenziali per una popolazione sempre più anziana).

Per quanto riguarda gli aspetti della sicurezza, si richiamano alcuni dei concetti-strumenti fondamentali che erano contenuti nel Disegno di Legge:

– sistemi di management, compresa l'eventuale istituzione di specifiche figure di «responsabili della gestione (eliminazione) dei rischi per i pazienti»;

– procedure stragiudiziali per chiedere indennizzi per danni derivanti da interventi medici (che peraltro esprimono implicitamente la scarsa fiducia sulla efficacia e la rapidità del sistema giudiziario italiano), esse tutelano i cittadini nei casi di malasanità, ma comportano anche il rischio di un «uso strumentale», ossia di richiesta di indennizzi anche in presenza di assistenza valida ma con esiti negativi o addirittura drammatici per i pazienti dovuti a fattori imprevedibili e non riconducibili ad errori o inefficienze;

– responsabilità (oggettiva) dell'azienda per i danni medici non causati da colpa grave o dolo.

Su questo aspetto un solo breve commento, anche se il tema richiederebbe lunghe e approfondite analisi e considerazioni, peraltro sviluppate in alcuni contributi già pubblicati o che sicuramente saranno pubblicati da *Mecosan*, data la sua rilevanza. Se nel concreto prevarranno la logica, gli interventi, le azioni di previsione, prevenzione ed eliminazione delle cause dei rischi (soggettive e organizzative) si avrà un notevole beneficio netto per il sistema. Se, malauguratamente, dovessero prevalere la logica e le azioni «risarcitorie», il sistema entrerebbe in un «circolo vizioso» secondo il quale aumenterebbe la spesa per i risarcimenti che ridurrebbe la disponibilità di risorse da dedicare alla eli-

minazione dei rischi e a creare maggiore sicurezza.

Sul fronte della qualità gli interventi esplicitamente richiamati erano:

- rapporto di esclusività per i medici responsabili di strutture: misura di cui chi scrive comprende la *ratio* anche se non la condivide, perché la capacità, la professionalità, la dedizione e l'impegno a dirigere strutture non dipendono da una condizione formale (rapporto di esclusività) e molte volte nemmeno dal tempo passato nelle strutture pubbliche;

- nomine trasparenti per merito dei Direttori generali, dei responsabili di struttura e dei medici o altri professionisti: principio da sempre e da tutti invocato, ma poi molte volte inapplicato, su cui ci si riserva di ritornare in un prossimo editoriale;

- rafforzamento della responsabilità, *attiva*, intesa come maggiori poteri decisionali autonomi sulla organizzazione e il funzionamento, e *passiva*, intesa come verifica, controllo e valutazione dei risultati: l'analisi del Disegno di Legge evidenzia, peraltro, una complessità nelle procedure di responsabilizzazione, come in quelle della nomina dei Direttori generali e dei «professionisti», che destano non poche perplessità sulla coerenza possibile tra obiettivo dichiarato (del tutto condivisibile) e possibilità reali di conseguirlo.

Come è logico i temi della sicurezza per il paziente e della qualità dell'assistenza sono strettamente correlati e interdipendenti, il che emerge esplicitamente da una serie di interventi-strumenti che, potenzialmente, agiscono su entrambi i fronti:

- sistema nazionale di valutazione che, prevedendo una molteplicità di aspetti, rischia di dare ragione a chi afferma che «quando si vogliono valutare troppe cose e non si focalizza l'attenzione su alcuni aspetti rilevanti, si finisce per valutare nulla o per dare valutazioni scarsamente significative ed efficaci»;

- sistema nazionale di linee-guida che ripropone il problema di trovare un accettabile equilibrio tra l'esigenza di tutelare in modo omogeneo la salute dei cittadini italiani (livelli essenziali di assistenza e altri aspetti) e spazio di autonomia delle Regioni, specialmente di quelle che sono più dinamiche o all'avanguardia;

- introduzione di sistemi di governo clinico (*clinical governance*) che sottolinea l'esigenza di un maggiore coinvolgimento di chi ha la responsabilità dei processi primari caratteristici (l'assistenza) nel definire le regole di funzionamento delle aziende: tema, anche questo, che presenta molteplici aspetti e che è stato più volte affrontato da *Mecosan*;

- sanzioni più rigorose contro le frodi e le truffe a danno del Ssn, interventi che da qualcuno possono essere considerati alla stregua di «grida manzoniane» di fronte alla difficoltà di far applicare norme più semplici in vari comparti della vita sociale e tenendo conto dei pesanti condizionamenti sulla sanità determinati dalla malavita organizzata e dalle varie *lobbies* che agiscono lunga tutta la filiera della tutela della salute;

- partecipazione dei cittadini alla valutazione della cura che, potrà essere efficace solo se si realizzerà con rigorosi strumenti idonei ad evitare i rischi di condizionamenti ideologici o di modelli «populistici»;

- rafforzamento della formazione «sul campo» degli specializzandi, si potrebbe dire *in vivo* e non *in vitro* come purtroppo spesso oggi accade per giovani medici che sono poco seguiti nel loro processo di specializzazione, salvo poi essere mandati allo sbarraglio, magari in servizi di pronto soccorso senza la necessaria preparazione pratica, oltre che teorica.

Come si è detto, la filosofia e la logica del Disegno di Legge appare condivisibile, anche perché, a quanto risulta, il testo ha recepito le osservazioni e le esigenze delle Regioni, delle aziende sanitarie e ospedaliere, di varie associazioni e sindacati rappresentativi dei medici e altri professionisti, delle maggiori associazioni rappresentative dei pazienti e di vari altri soggetti. Semmai si può dire che il processo di ricerca di un vasto consenso, apprezzabile sul piano del coinvolgimento, ha prodotto un testo che presenta non poche e non marginali contraddizioni e, per molti aspetti, discutibile sul piano della tecnica giuridica, ma anche di quella funzionale in vista della attuazione. Chi scrive da molto tempo sostiene che in una società pluralistica e pluriculturale (aspetto positivo) e frammentata sul piano politico (aspetto negativo particolarmente accentuato nel nostro Paese) non ci si può e non ci si deve attendere una legislazione semplice e coerente. Il suggerimento

mento è quello di affrontare questa situazione non invocando il ritorno ad una era di norme chiare, semplici, lineari e coerenti (meglio se ciò dovesse avvenire per qualche miracolo della storia), ma di cogliere, nell'ambito del coacervo di norme, gli elementi realmente critici e le tendenze strutturali e concentrare gli sforzi attuativi su di essi. Occorre, inoltre, applicare il sano principio di selezione delle priorità e di «fattibilità», ossia di investire intelligenze, impegno, risorse e tempo sulle cose concretamente fattibili in relazione alle condizioni reali in cui si trova il Ssn, l'economia e la società italiana. Anche in questo caso vale uno dei principi fondanti e fondamentali del diritto secondo cui «ad impossibilia nemo tenetur».

Qualsiasi riforma politica o intervento futuro nel campo della tutela della salute si attuerà in un contesto socio-politico ed economico dell'Italia, fortemente condizionato da quello internazionale, nel quale si prospettano due possibili scenari:

a) quello di una *differenziazione* fisiologica dei livelli e della qualità effettiva di assistenza tra Paesi (disposti a destinare una quota maggiore o minore del loro reddito a questo settore), tra regioni (che interpretano in modo più o meno adeguato il proprio ambito di autonomia), tra gruppi di popolazione (che danno più o meno importanza alla tutela della propria salute rispetto ad altri bisogni);

b) quello invece di una *divaricazione* crescente tra Paesi, regioni, aree e gruppi di popolazione all'interno dei singoli Paesi che possono accedere a servizi di salute sempre più elevati ed avanzati e quelli che rischiano di vedere addirittura diminuire il livello di assistenza cui hanno accesso effettivo.

Il rafforzamento dei sistemi «a copertura generalizzata» (secondo il modello dei Servizi sanitari nazionali) o quelli di «copertura assicurativa obbligatoria» (come si sta verificando negli USA) porterebbe ad affermare il primo scenario.

L'affermarsi di modelli di privatizzazione sempre più accentuata, specie delle modalità di finanziamento del sistema e di copertura della spesa (come sono decisivi aumenti di *copayment* nei Servizi sanitari pubblici) favorirebbe l'evoluzione verso il secondo scenario. Peraltro, basta analizzare la situazione di molti Paesi poveri o anche di Paesi emergenti, come Cina, India, Korea del Sud,

lo stesso Brasile e la nuova Russia, nei quali si trovano strutture di eccellenza e tra le più avanzate a livello mondiale sul piano scientifico, tecnologico, della qualità di medici, infermieri e altri professionisti, cui però ha accesso una parte assai limitata della popolazione (ovviamente la più ricca e gli stranieri dipendenti delle grandi imprese globali), mentre una parte rilevante della popolazione non ha accesso o ha difficoltà di accesso a cure che nel mondo occidentale sono considerate diritti o bisogni primari della persona.

La tendenza al decentramento-devoluzione alle Regioni deve essere considerata strutturale e irreversibile per lungo tempo, in quanto risponde ad esigenza di qualità dell'assistenza (legata ai cosiddetti fattori «di prossimità» ai bisogni e a chi valuta la risposta), economica (responsabilizzazione sull'equilibrio domanda-offerta e finanziamento-spesa collegati ai differenti livelli di efficienza della Regioni), istituzionale (legata al recupero di un rapporto più diretto tra rappresentati e rappresentanti). In questo contesto, l'evoluzione verso il primo o il secondo scenario dipenderà in misura determinante dalle scelte strategiche sulle politiche della salute e dalla capacità di loro attuazione da parte delle Regioni, delle aziende che ne sono lo strumento attuativo e dalla volontà/capacità di coinvolgere gli enti locali, essenziali nel definire e gestire l'offerta di servizi socio-sanitari, dell'assistenza sul territorio e degli interventi di prevenzione. Sarà, inoltre, fondamentale dare concretezza e strumenti al principio di sussidiarietà con il coinvolgimento di altri soggetti: individui, famiglie, movimenti solidaristi e di solidarietà, imprese (*for profit*) e imprese sociali (*non profit*) che gestiscono servizi di tutela della salute o che sono fornitori a vario titolo (farmaci, tecnologie sanitarie, beni di consumo, altri servizi di supporto) del sistema.

Per evitare una evoluzione verso situazioni che rientrano nel secondo scenario (divaricazione socialmente inaccettabile dei livelli di assistenza), occorre intervenire sui seguenti fattori.

Finanziamento. I trasferimenti da parte dello Stato, a titolo di fondo ordinario, fondo di riequilibrio, ripianamento di disavanzi pregressi, dovranno essere vincolati, per le Regioni che oggi presentano le situazioni più negative sul piano dell'equilibrio economi-

co-finanziario, all'adozione di chiari, decisi e rigorosi strumenti per il controllo della spesa. Questa linea, adottata con la richiesta dei «Piani di risanamento» a sei Regioni italiane con la sanzione del «commissariamento», dovranno prevedere espliciti strumenti di monitoraggio e di accompagnamento. I vincoli di rigore imposti dal livello centrale devono essere definiti, presentati e interpretati come un aiuto ai responsabili a livello politico o manageriale delle Regioni, delle aziende sanitarie, degli enti locali, ad avere maggiore forza rispetto alle esigenze del consenso e ai condizionamenti localistici. In caso di inerzia dei sistemi regionali interessati, il livello centrale deve intervenire tempestivamente in modo deciso per evitare un progressivo degrado della situazione simile a quello che ha portato dal problema «strutturale» dello smaltimento dei rifiuti in Campania, alla «emergenza rifiuti», alla «tragedia dei rifiuti» di dicembre 2007-gennaio 2008.

D'altra parte, tuttavia, occorre evitare che le Regioni «più virtuose» o quelle che in anni recenti hanno accettato e vinto (almeno per ora) la sfida della razionalizzazione del sistema di offerta o di recupero di più alti livelli di efficienza operativa, in alcuni casi subendo effetti negativi sul piano del consenso e dei conflitti locali, accettino che il collegamento tra livello dei trasferimenti statali e livelli di qualità dell'assistenza, eccellenza delle strutture, livello di efficienza, *non porti ad una situazione* di «sanità a due (o più) velocità». Sicuramente, vanno perseguite con decisione la logica e le politiche di finanziamento che premiano le Regioni che hanno utilizzato (e utilizzano) l'autonomia in modo maggiormente responsabile e che prestano maggiore attenzione ai risultati di salute e alla dignità (oltre che ai diritti) dei cittadini e penalizzano quelle Regioni che non sono state virtuose, per causa dei vari soggetti che hanno avuto (o hanno) diverse responsabilità nel sistema o per cause esterne dovute ad un non favorevole contesto socio-economico. La criticità nasce dal fatto che è molto più difficile, rispetto ad alcuni anni fa, contemplare concretamente due principi in sé validi e probabilmente logicamente accettati.

Criteri di riparto. Se il sistema degli indicatori di riparto delle risorse trasferite dallo Stato, sarà tale da accentuare un *divario* già elevato, ci si evolverà verso il secondo

scenario e si avranno Regioni con assistenza qualificabile di livello A, altre di livello B, altre forse di livello C. E all'interno delle stesse Regioni si avranno crescenti divaricazioni tra accessibilità a strutture e servizi di serie A, B, C da parte della popolazione. Richiamando una immagine del mondo automobilistico, le difficoltà nascono dal fatto che a livello di Stato, di Conferenza Stato-Regioni, di singole Regioni occorre seguire contemporaneamente e sincronicamente politiche e interventi di «freno» (delle inefficienze, degli sprechi, della erogazione di prestazioni inappropriate, ecc.) e di «accelerazione» (dei processi di riconversione e di comportamenti innovativi).

Accettazione del rischio, senso dell'interesse generale, senso delle istituzioni. Politiche e interventi capaci di sincronizzare azioni di *freno e accelerazione* possono essere compiute solo da una classe politica che abbia capito e abbia il coraggio di pensare che i processi di razionalizzazione, modernizzazione, innovazione, in sostanza di modifiche anche radicali dello *status quo*, sono contemporaneamente fonte di rischi sul piano del consenso (è molto diffusa in Italia la convinzione che «chi ha tentato di razionalizzare la sanità abbia avuto effetti negativi sul piano politico»), ma può invece essere anche un volano per acquisire consenso (come dimostrato in alcune Regioni). Poiché i rischi (e gli effetti negativi) sono in genere percepiti con maggiore intensità e si manifestano nel breve periodo, mentre i benefici sono meno immediati e si manifestano nel futuro, si potrà evitare una evoluzione verso lo scenario di crescente divaricazione, solo se la società saprà esprimere una classe politica un po' più «imprenditoriale», cioè disposta ad accettare i rischi (anche di sconfitte elettorali) per perseguire vantaggi di consenso nel medio e lungo periodo congiuntamente ad un maggiore senso di responsabilità nei confronti dell'interesse generale.

Considerazioni analoghe, anche se su piani diversi, valgono per i manager del sistema sanitario (a livello nazionale, regionale, delle aziende, degli enti locali dei settori interessati ai problemi della salute), per i medici e gli altri professionisti.

Se un numero crescente di questi soggetti accetterà di perseguire obiettivi personali (di prestigio, di carriera, economici

e anche di potere) congiuntamente a quelli di interesse generale, vi potrà essere una evoluzione verso il primo scenario, quello che prevede differenze fisiologiche e anche positive.

Se ciò non accadrà sarà inevitabile l'evoluzione verso il secondo scenario.

Sussidiarietà e ruolo del privato. La storia ha dimostrato che la riduzione delle differenze sociali ed economiche non può essere imposta con interventi di una «razionalità» o di un potere sovraordinato (democrazie popolari e Paesi a forte intervento statalista). Anzi, ha dimostrato il contrario. Peraltro, anche le teorie o le politiche basate sulla fiducia nella capacità di sviluppo e di autoregolazione del «sistema di mercato» persino in settori di pubblico interesse, come quello della tutela della salute, dopo una fase di potente rafforzamento che ancora caratterizza la realtà di oggi, incominciano a vacillare. Le teorie e le politiche centrate sul forte ruolo dell'interesse individuale e della competizione hanno indubbiamente creato sviluppo e progresso, specie in campo economico e anche in molti settori di interesse pubblico, ma hanno accresciuto anche la polarizzazione e la concentrazione della ricchezza, del potere e, nel settore specifico, dell'accessibilità alle opportunità di tutela della salute che sono senz'altro cresciute.

D'altra parte la stessa interpretazione della sussidiarietà come opposizione tra istituzioni pubbliche e quella che genericamente è stata definita in Italia «società civile» comporta rischi e dimostra grandi limiti. Se il principio, la filosofia, la cultura della sussidiarietà non

si trasformeranno nella creazione di «nuove forme organizzative» della società, cresceranno le disparità, tra Paesi, tra aree all'interno dei Paesi e tra gruppi sociali. Ciò porrà problemi di sostenibilità.

Anche il Disegno di Legge sulla qualità e sicurezza della sanità pone il problema di fondo per la società di oggi e del prossimo futuro, quello di una scelta, fondamentale etica e morale, tra una società globalmente (e anche mediamente) più ricca ma con disparità sempre più accentuate, e una società con sviluppo meno rapido, ma più sostenibile; tra una sanità più evoluta, ma con livelli di accessibilità molto differenziati, e una sanità a sviluppo tecnologico meno accentuato, ma con livelli di accessibilità più omogenei per un numero maggiore di persone.

Come l'utopia del socialismo reale e di certe ideologie dell'intervento pubblico di «rendere tutti uguali» o di «dare tutto a tutti» (che la ha caratterizzato anche il mondo della sanità) è fallita, esiste il concreto rischio che falliscano anche le scelte che portano verso un sistema con punte elevatissime di eccellenza per un numero ristretto di persone con un numero crescente di popolazione che magari vede aumentare il livello assoluto di tutela della salute, ma al tempo stesso crescere le differenze.

L'eccellenza, anche dei sistemi di tutela della salute, di alcune Regioni nei confronti di altre, può costituire un potente stimolo alla emulazione positiva e alla diffusione della imprenditorialità, ma può altresì essere il detonatore di conflitti sociali difficilmente governabili.

Malattie rare: sempre più cenerentole

Il tema delle malattie rare, specie di quelle cronico-degenerative, merita una particolare attenzione che si accentua nei periodi di crisi come quello attuale. Infatti, da un lato, le politiche di contenimento della spesa non di rado portano a escludere dai Livelli essenziali di assistenza alcune prestazioni di cui hanno bisogno i portatori di tali malattie e, dall'altro, le imprese, sottoposte alle pressioni competitive della globalizzazione, tendono a ridurre gli investimenti in ricerca di farmaci o altre tecnologie per «mercati» che non garantiscono in prospettiva ricavi e profitti elevati. Le malattie rare in un certo senso sono tra le prime vittime dei criteri di «razionalità economica», anche se le politiche appena ricordate devono ritenersi contrarie non solo ai valori umani che devono ispirare i sistemi di tutela della salute, ma anche a quella che può essere definita la razionalità e la cultura del progresso scientifico e dell'innovazione. Le patologie rare pongono significative «sfide» sul piano della conoscenza, sulle loro cause e sui possibili rimedi, nonché sul piano dei modelli assistenziali e della organizzazione del sistema di offerta. Si tratta di patologie molto complesse, in genere di origine genetica o causate da traumi gravi. Nel caso delle prime, la genomica e la proteomica hanno aperto nuove frontiere che richiedono un approccio molto diverso rispetto ad altre malattie. Le disabilità gravi, di carattere cronico-degenerativo sono spesso multifattoriali e quindi non sono sufficienti la ricerca e l'individuazione di un solo gene contenente un errore, ma di molteplici geni o di molteplici sequenze di errori. È necessario applicare nuove metodiche di sequenziamento del genoma, di ricerca dei meccanismi, delle interdipendenze che si determinano tra le diverse funzioni dell'organismo che consentano ai ricercatori di trovare conferme a ipotesi

dei genetisti e dei clinici e di generare nuove ipotesi. Da un lato la ricerca ha lo scopo di trovare evidenze empiriche, dall'altro essa sposta in avanti la frontiera della conoscenza che richiede una sempre più accentuata multidisciplinarietà tra medicina clinica, medicina di laboratorio, biologia, chimica, ma anche di competenze di carattere informatico, di tipo medico-statistico, per individuare le combinazioni ricorrenti nei portatori della stessa disabilità o di disabilità che appaiono simili, ma che in realtà sono solo analoghe o appartengono a un'unica famiglia. Nel caso delle disabilità multisensoriali, i recenti progressi della ricerca hanno consentito di mettere in evidenza le differenze nella origine di ciò che fino a pochi anni fa appariva uguale e a spiegare il diverso decorso di malattie che può essere più o meno rapido, progressivo in modo sostanzialmente lineare o con fasi di stabilità e di successivi peggioramenti «con discontinuità» o «a stadi». La ricerca nel campo delle malattie rare spinge nella direzione della diagnosi, prognosi, cure nel caso in cui sono disponibili e nel caso di sperimentazione «personalizzata». La tendenza alla cura personalizzata è generale ed è collegata sia alla concezione antropologica, etica e religiosa della persona come «unicum irripetibile», sia alle nuove conoscenze consentite dal progresso scientifico, sia a una concezione avanzata dell'economia. Infatti, il passaggio dalla produzione di beni materiali standardizzabili a quella dei beni immateriali o dei servizi non standardizzabili riguarda molti settori e diventa «fattore di successo» sia per imprese che operano sul mercato che per aziende pubbliche che hanno il fine di tutela della salute. Tuttavia a nessuno può sfuggire la grande differenza esistente tra personalizzazione di servizi che rispondono a bisogni non primari, correlati

alla gratificazione degli individui o a esigenze di *status*, personalizzazione delle fasi acute di patologie che non portano disabilità e personalizzazione che riguarda malattie rare cronico-degenerative. Nel primo caso, la personalizzazione consiste nell'aggiungere qualcosa a un bene o a un servizio che consente a chi può avervi accesso di «distinguersi da altri» o di avere un migliore «benessere» in senso generale, nel secondo caso la personalizzazione riguarda aspetti quali la tempestività della diagnosi e cura, l'adattamento dei trattamenti, non di rado del comfort in senso generale (qualità dei luoghi di cura, gentilezza e qualità delle relazioni con gli operatori). Per le disabilità la personalizzazione è una caratteristica intrinseca, ineliminabile, poiché il decorso della malattia è molto diverso per ogni persona e richiede una attenzione del tutto particolare. Certamente, con il progresso delle conoscenze è possibile ricostruire «modelli di evoluzione» della condizione della persona disabile o con patologie cronico-degenerative, il cosiddetto *staging*, ma si tratta di modelli di riferimento meno definiti e con più marcata incertezza, molto diversi da quelli disponibili per le patologie a larga diffusione. Per queste ultime sono ormai disponibili parametri anatomici e fisiologici che consentono di identificare le fasce di «normalità», quelle cui sono correlabili rischi limitati di eventi negativi (ictus, infarti, coma diabetico, ecc.), quelle cui sono correlabili rischi alti di manifestazione di eventi negativi. Sono parametri che, inoltre, sono riferibili a diverse popolazioni o diversi gruppi e che sono aggiornati e modificati con i dati di migliaia e a volte di milioni di pazienti (giovani, adulti, anziani, popolazioni con determinate abitudini alimentari e diversi stili di vita). Parametri ritenuti «normali» o «a rischio» per certe popolazioni e certi gruppi non sono tali per altri. Nel caso di patologie «rare» non è fuori luogo affermare che «ogni caso fa storia a sé» anche se si colloca all'interno di un determinato stadio e una determinata traiettoria di evoluzione.

Per le patologie a larga diffusione è possibile utilizzare metodi di analisi statistica inferenziale di tipo classico o comunque consolidati (ad esempio distribuzione secondo curve gaussiane, o di altro tipo), per le malattie rare è necessario ricorrere a metodi matematico-statistici di tipo molto sofisticato

che coniugano elementi di tipo combinatorio e di tipo sequenziale delle informazioni genetiche e delle modificazioni della autosufficienza delle diverse funzioni e che, a volte, richiedono il ricorso alla statistica basata su elementi «soggettivi» (statistica bayesiana).

Per le malattie rare è diverso, rispetto a quelle a larga diffusione, anche il contesto della ricerca. Una prima considerazione riguarda il flusso di risorse finanziarie a sostegno della stessa. Per la ricerca farmacologica o delle tecnologie sanitarie vi è in un certo senso un flusso naturale di risorse guidato dalle regole della competizione. Imprese e gruppi che investono maggiormente nella ricerca lo fanno per avere una maggiore capacità competitiva correlata alla innovazione. Anche se non esiste una correlazione necessariamente diretta tra volumi degli investimenti e scoperta di nuovi principi attivi, di nuovi vaccini, di protesi meno invasive o più resistenti, si può dire che l'innovazione passa in gran parte dalla percentuale di spese in ricerca rispetto al fatturato. Peraltro, recenti ricerche mettono in dubbio, senza tuttavia smentirla, questa correlazione, in quanto hanno rilevato che in numerosi settori, in molti casi, l'innovazione non sempre è correlata all'entità degli investimenti effettuati, ma piuttosto alla qualità dei ricercatori. Oltre alle risorse finanziarie, la ricerca rivolta a patologie a larga diffusione può basarsi su centri e laboratori di grandi dimensioni e su un numero rilevante di ricercatori, anche concentrati in un unico luogo. Ricercatori che, oltre alla motivazione intrinseca di chi è spinto a tale carriera dalla curiosità intellettuale, possono essere motivati non solo dagli ingenti mezzi a disposizione o da retribuzioni più elevate, ma anche dalla speranza di ottenere qualche risultato positivo. Non si fa riferimento solo alle aspettative di successo e di carriera, ma anche alla «speranza» o alla ragionevole probabilità di scoprire i meccanismi che determinano le malattie e, di conseguenza, le specifiche terapie in grado di alleviare le sofferenze o di migliorare la qualità di vita di molte persone.

Al contrario, il finanziamento della ricerca per le malattie rare proviene da canali «specifici» assai più limitati: ad esempio, fondazioni private, istituite da malati o loro familiari, dedicate a ogni patologia, campagne di raccolta fondi mirate a tale scopo,

in genere una quota limitata di fondi pubblici, politiche di «responsabilità sociale» delle imprese e dei grandi gruppi dell'indotto che sono più diffuse rispetto al passato, ma che comunque riguardano importi limitati. A ogni singola patologia rara può essere interessato un numero limitato di centri e di ricercatori, anche nei Paesi di grandi dimensioni ed elevata potenza economica. La ricerca è quindi meno ampia, il che comporta le seguenti conseguenze:

a) i progetti di ricerca devono essere necessariamente multicentrici;

b) è più difficile costruire «banche dati» significative, anche laddove il livello di collaborazione e di disponibilità a conservare dati è elevatissimo: questa difficoltà si accresce enormemente per le patologie genetiche per le quali è necessario raccogliere dati di intere famiglie e varie generazioni;

c) la «selezione» dei progetti di ricerca da parte dei finanziatori deve seguire procedure e criteri di estremo rigore: ciò è sicuramente positivo, ma può causare tempi più lunghi tra il momento della presentazione dei progetti e quello della loro effettiva ammissione al finanziamento;

d) non sempre è garantita la continuità dei finanziamenti: di fronte a una interruzione, o sospensione per tempi significativi (due o tre anni) può interrompersi il processo (e l'effetto) di accumulo delle conoscenze;

e) gli aspetti di «privacy» nel trattamento dei dati ai fini di ricerca sono strutturalmente più delicati in quanto è più difficile rendere anonime le informazioni riferite a un numero ridotto di persone.

Ulteriori considerazioni riguardano, poi, le motivazioni dei ricercatori. A fronte di spinte intrinsecamente più forti di chi sceglie di fare ricerca nel campo di patologie rare, specialmente se gravi e molte volte con esiti devastanti per la persona (dalla morte, alla cecità totale, alla completa immobilità), esiste una particolare condizione di stress psicologico, emotivo e relazionale. Condizione psicologica che ha un lato positivo, in quanto il clinico-ricercatore (le due funzioni sono difficilmente separabili) è motivato a «darsi carico» e «prenderci cura» della persona malata, ma ha anche una componente negativa perché non è facile interagire con persone cui si sa di non poter ridare uno stato di salute confortevole o che sono destinate a

morire. Spesso chi fa ricerca è anche il medico o altro professionista che fa la diagnosi, la prognosi e che garantisce l'assistenza. È necessario unire alla professionalità una particolare sensibilità psicologica nel momento iniziale in cui si comunicano la diagnosi e la prognosi e in tutto il tempo in cui chi assiste si rapporta con chi è assistito. Occorre dare speranza e infondere coraggio senza creare illusioni. Non va peraltro dimenticato che spesso le persone con disabilità gravi sono «persone straordinarie» per forza di volontà, coraggio e spesso serenità che sono occasione di «un grande arricchimento» per chi si prende cura di loro, si tratti di medici, parenti o volontari. L'elemento di reciproco «arricchimento» è uno dei temi più ricorrenti in convegni, congressi, eventi di solidarietà che hanno come oggetto le malattie rare, invalidanti, degenerative. Anche la struttura di tali eventi è particolare, in quanto prevede la presenza di un *mix* equilibrato di pazienti, clinici, altro personale di assistenza, ricercatori, rappresentanti di associazioni di volontariato e di enti e fondazioni finanziatori, struttura rara in convegni, congressi, conferenze che si occupano di malattie diffuse non disabilitanti. Un *mix* che produce un «clima» del tutto particolare, nel quale aspetti medicoscientifici, professionali, economici, sociali e di testimonianza costituiscono un vero e grande valore aggiunto. Un *mix* che consente di analizzare il problema, ossia la condizione di disabilità, da diverse prospettive, con un processo di reciproco apprendimento rispetto ai convegni, congressi, conferenze nelle quali i ricercatori, i clinici, gli altri professionisti non medici si scambiano conoscenze usando gli stessi linguaggi e gli stessi schemi concettuali. La testimonianza di una persona disabile sul suo vissuto quotidiano e sulle reazioni che ha avuto quando è stata informata della gravità della malattia e della prognosi può stimolare a un diverso approccio del clinico e del ricercatore che deve fare prelievi a interi nuclei famigliari, nel caso di malattie genetiche, e che, per far ciò, deve conquistare la fiducia di molte persone con caratteri e comportamenti diversi, superando barriere di resistenza o di rifiuto che spesso nascono di fronte a malattie di questo genere.

La complessità delle malattie cronicodegenerative e, in generale, di quelle che comportano disabilità gravi impone di con-

siderare molte dimensioni. Innanzitutto, il modello assistenziale che non può essere basato sulla trattazione «frammentata» delle singole fasi o dei singoli eventi che caratterizzano il decorso della malattia, ad esempio, i ricoveri periodici quando si manifestano peggioramenti, o la somministrazione di farmaci o di trattamenti particolari al domicilio o anche sui luoghi di lavoro, per coloro che sono ancora in grado di svolgere una attività. Per queste malattie è necessario, più che per altre, che si impongano modelli assistenziali basati sulla logica dei «percorsi» (esempio PDTA - percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) e della continuità delle cure. Logiche secondo le quali ogni atto, ogni prestazione, ogni trattamento non deve essere considerato e valutato in sé, ma in relazione ai trattamenti precedenti e a quelli che si prevede dovranno seguire.

Modelli assistenziali nei quali non va perseguita l'ottimizzazione, in termini di efficacia e di costi, della singola fase o del singolo trattamento. L'ottimizzazione va ricercata combinando l'efficacia e i costi dell'intero percorso o dell'intera vita del paziente. Con riferimento agli elementi di valutazione si sottolinea che:

a) l'efficacia non può essere valutata solo sul piano strettamente clinico, ma anche e soprattutto su quello relazionale;

b) sono significativi, molte volte preponderanti, i costi indiretti;

c) è essenziale una organizzazione di offerta «a rete» di servizi con forte coordinamento dei nodi della rete.

Anche se la legge 833/78 ha definito la salute come «stato di benessere fisico e psichico», non va dimenticato che la persona è un individuo «che sta in relazione con altri». La vita di relazione è pertanto una componente essenziale dell'assistenza di persone che hanno gravi limitazioni in alcune funzioni vitali (respirazione, deambulazione, vista, udito, parola). Quando la ricerca non è in grado di dare una soluzione al problema, ossia non riesce a dare cure efficaci, essa deve almeno essere orientata a trovare tecnologie, supporti e forme di trattamento in grado di assicurare il più elevato livello di relazioni compatibile con la natura e lo stadio della disabilità. Occorre creare stimoli alla persona, occorre farla vivere in un ambiente nel quale possa valorizzare al massimo tutte le funzio-

nalità residue di cui essa dispone. L'efficacia perciò va intesa in senso assai più ampio, come la creazione di tutte le condizioni che permettono una «vicinanza» alla persona. Vi sono ricerche e, soprattutto, testimonianze su persone che pur vivendo allo «stato vegetativo» sul piano clinico, sembrano reagire alla presenza di altre persone, al «potere» della vicinanza umana.

È necessario creare attorno alla persona con gravi disabilità una «comunità» della quale facciano parte medici e altro personale di assistenza, familiari, amici, volontari. Occorre creare condizioni di vita in cui, anche quando sono persone estranee a entrare in contatto con il disabile grave, questi non percepisca, o percepisca nel modo più ridotto possibile, il senso di diversità, di estraneità. L'assistenza rivolta alle gravi disabilità deve essere considerata in termini più complessivi come modello «educativo» che aiuti la persona ad accettare e a convivere con la propria condizione, e come modello organizzativo che aiuti la famiglia, o le strutture che erogano servizi, la scuola, in generale la società a non isolare i portatori di disabilità. La cosiddetta «medicalizzazione della salute» produce effetti molto più negativi in caso di malattie rare e gravi rispetto ad altri settori dell'assistenza.

Le considerazioni appena svolte introducono il tema dei costi che non hanno una correlazione diretta con la gravità delle disabilità. Se si parla di costi monetari direttamente sostenuti dal sistema sanitario, vi sono situazioni di disabilità molto gravi, ad esempio persone in stato neurovegetativo duraturo, che determinano costi non elevati, mentre vi sono altre situazioni per le quali i costi monetari sostenuti direttamente dal sistema sono elevati per ogni singolo caso. Al riguardo occorre fare le seguenti considerazioni. Anche quando i costi diretti della diagnosi, cura, assistenza sono elevati, si deve considerare che per le malattie rare il costo complessivo è relativamente basso. Chi scrive non dispone di dati frutto di ricerche empiriche, ma ha ragione di ritenere che la spesa per farmaci non utilizzati o non efficaci, spese per trattamenti inappropriati, per trattamenti estetici e simili siano nei Paesi progrediti assai più elevate della spesa complessiva causata da patologie rare anche gravi. Certamente il progresso scientifico e tecnologico che ha l'effetto di

prolungare la vita di disabili gravi, ha anche un effetto in termini di aumento della spesa complessiva, ma appaiono poco condivisibili, anche sul piano della razionalità economica, le politiche di contenimento della spesa e di esclusione dalla lista dei livelli essenziali delle prestazioni rivolte a portatori di malattie rare, anche se gravi e con elevato costo. Anzi, la natura stessa dei sistemi di tutela universale (sistemi sanitari pubblici) potrebbe suggerire di dare priorità alle situazioni in cui il costo unitario per l'intera vita è elevato e incide in termini a volte insostenibili per la famiglia. Il principio di sussidiarietà significa che la comunità nel suo complesso è in grado di sostenere costi e spese unitarie elevate rispetto alle singole famiglie e a comunità più ristrette che si danno carico delle persone con disabilità gravi. Ad esempio, un limitato incremento del ticket per diagnosi e cure a larga diffusione e che riguarda solo patologie acute potrebbe avere un effetto assai superiore sull'aumento delle entrate e, di conseguenza, sul contenimento dei disavanzi rispetto alla esclusione dalla gratuità di prestazioni e di rimborsi per spese di acquisto di carrozzelle, supporti per gli ipovedenti o i non vedenti, apparecchiature per non udenti, ecc. Purtroppo è noto che misure anche limitate che riguardano un numero elevato di persone hanno un effetto sul piano del consenso politico, della valutazione dei manager, ma anche della opinione pubblica, più di quanto non ne possano avere i portatori di malattie rare. Nel caso di provvedimenti clamorosi che penalizzano malati «gravi» e ad elevato costo (sia a causa di eventi acuti, sia a causa di disabilità cronico-degenerative) possono attivarsi «campagne di solidarietà» che, anche quando risolvono il singolo caso, non modificano la strutturale debolezza di fondo dei portatori di malattie gravi che, per definizione, hanno un limitato «potere di voce». Questa è la ragione principale che dovrebbe spingere le associazioni, i ricercatori, i clinici e tutti coloro che si occupano di malattie rare a unire le forze per aumentare il proprio potere di influenza e attuare politiche «specifiche».

Sempre con riferimento ai costi, va poi sottolineato come in genere siano elevati i costi indiretti di tipo economico (ausiliari, necessità di adeguamento delle abitazioni, perdita o diminuzione della capacità lavorativa), ma soprattutto di carattere non economico. Tutte le ricerche sulle malattie invalidanti dimostrano che una parte rilevante dell'assistenza è garantita dai famigliari, parenti, amici, volontari che rinunciano ad altre attività di lavoro e collegate alla propria vita personale. Questa analisi suggerisce due considerazioni:

a) i modelli assistenziali dovrebbero essere tali da garantire alle famiglie anche supporti di tipo sociale idonei a sollevarle, meglio a condividere con esse l'onere di garantire ai malati una soddisfacente e accettabile vita di relazione: purtroppo, le ricerche mettono in evidenza che, nel nostro Paese, spesso le famiglie sono lasciate sole di fronte a un impegno rilevante che qualche volta porta alla disperazione e a tragici gesti;

b) l'importanza del dono, della gratuità (dei famigliari e dei volontari): si tratta di una componente assistenziale che non è considerata dalle teorie economiche del mercato e dalla contabilità, ma che è l'indicatore di reale civiltà e progresso.

In questo editoriale si è cercato di mettere in evidenza le ragioni per cui la capacità di un sistema di tutela della salute (e, più in generale, di un sistema economico-sociale) di farsi carico dei portatori di malattie rare e gravi dovrebbe diventare un segno «distintivo» di una società progredita. Purtroppo, nei periodi di crisi, oltre a politiche di contenimento della spesa pubblica e alla contrazione dei profitti e degli investimenti in ricerca da parte delle imprese, si ha anche un impoverimento generale della popolazione che, a sua volta, causa una riduzione del numero di volontari e delle donazioni, come rilevato recentemente da una ricerca commissionata dalla «Lega del Filo d'Oro». In questi periodi, per le malattie rare la mezzanotte e si allontana la prova della scarpetta del principe e rischiano di restare sempre più Cenerentole.

La calda estate, il tiepido autunno e il freddo inverno della sanità

Il 2009 sarà probabilmente ricordato come l'anno della «calda estate, del tiepido autunno e del freddo inverno» della sanità. Calda estate non tanto per la temperatura torrida, almeno nel nostro Paese, e per le sue inevitabili conseguenze negative su anziani e altri soggetti debilitati da malattie, ma per una serie di eventi del nostro Paese e a livello mondiale. Sparito dai media per alcune settimane per non deprimere ulteriormente un settore turistico già fortemente condizionato in negativo dalla crisi economica, il tema dell'influenza A H1N1 è ritornato sulle prime pagine alla fine di agosto, per restarvi in settembre e ottobre e poi sparire, pressoché definitivamente alla fine di novembre, ricomparendo a gennaio 2010 per la questione «vaccini inutilizzati». Infatti, l'allarme suscitato si è rivelato infondato poiché solo poche centinaia di migliaia di persone hanno accettato di vaccinarsi e gran parte dei vaccini prodotti è rimasta inutilizzata, anche se pagata dal Ssn.

Tiepido autunno, quindi, per la campagna a favore della vaccinazione, salvo per il Sottosegretario (ora Ministro) della sanità chiamato per varie settimane a spiegare la non pericolosità dell'influenza, meno aggressiva di quella stagionale, e al tempo stesso a suggerire la vaccinazione.

Freddo inverno se si considerano 24 milioni di dosi acquistate dall'Italia, 94 dalla Francia, 50 dalla Germania, 130 della Gran Bretagna, 51 del Canada rimaste largamente inutilizzate a causa della bassa percentuale di popolazione vaccinatasi. A gennaio 2010 ha avuto inizio la corsa alla «rivendita» o «svendita» del vaccino a Paesi nei quali l'epidemia dell'influenza è ancora diffusa (Ucraina, Egitto e soprattutto Cina) con rilevanti perdite per le finanze pubbliche.

L'estate 2009 della sanità è stata particolarmente calda anche a seguito di molteplici casi di «malasanità» e di morti causate da «disfunzioni e inefficienze», presunte o reali che siano, come accerteranno la magistratura e le varie commissioni di inchiesta regionali e ministeriali. Si tratta di eventi che vengono portati periodicamente all'attenzione dell'opinione pubblica, più frequenti in alcune Regioni specialmente del Sud i cui sistemi di tutela della salute sono considerati da tempo di bassa qualità. L'estate è stata calda perché i casi di presunta o reale malasanità si sono intrecciati con la questione dei «piani di rientro» concordati con il Governo dalle Regioni che presentavano elevati disavanzi.

Va sottolineato, peraltro, che anche nelle Regioni che si collocano nella parte bassa della graduatoria dei livelli di efficacia ed efficienza e che presentano elevata mobilità esterna e alti deficit sono presenti alcune strutture di eccellenza e che casi di malasanità si sono manifestati anche in Regioni considerate eccellenti.

Nella calda estate 2009 sono finite sotto i riflettori dei media e dell'opinione pubblica alcune Regioni nelle quali sono aperte «partite emblematiche» e profondamente diverse sul fronte della riorganizzazione e del risanamento.

In Sicilia è stato evitato il commissariamento in quanto la Regione, dopo una dura battaglia combattuta sul piano tecnico-organizzativo e ancor più su quello politico, ha approvato un coraggioso e innovativo Piano di riorganizzazione e di razionalizzazione che incide profondamente sul sistema di interessi consolidati nel tempo attorno alla sanità. Un piano che ha attuato la riduzione delle aziende sanitarie da 29 a 17, decisione operativa da settembre, con la nomina dei nuovi Direttori generali secondo criteri che

presentano una forte discontinuità rispetto al passato e che sono finalizzati a ridurre lo spazio per interferenze della politica sulla gestione. Il Piano prevede anche la «riconversione» in presidi assistenziali sul territorio, per lungodegenti, per l'assistenza agli anziani, di ospedali non idonei per le limitate dimensioni o per altri motivi strutturali a svolgere adeguatamente la funzione di assistenza per acuti. È corretto, e merita di essere evidenziato, usare il termine «riconversione» e non quello di «chiusura» come invece è stato denunciato nelle ricorrenti cronache di alcuni tragici eventi che hanno reso calda l'estate della sanità siciliana. Infatti, il Piano introduce un modello di organizzazione regionale basato sul concetto di «rete di strutture e di servizi» che dovrebbe, e dovrà garantire, una volta realizzata, la sicurezza dei pazienti, ossia l'erogazione di prestazioni compatibili con la dotazione di personale qualificato, di attrezzature e di altre condizioni in ognuna delle strutture. Il Piano ha le potenzialità per garantire un uso più razionale delle risorse finanziarie e un più elevato livello di produttività della spesa insieme a una migliore assistenza. Il concetto di ospedale «sotto casa», ma che non può dare garanzie sul piano della qualità dell'assistenza e della sicurezza per i pazienti, viene sostituito dal concetto di «servizi capillarmente distribuiti sul territorio», cui devono poter accedere con rapidità i pazienti secondo la complessità dei problemi di salute: servizi di pronto intervento, compreso un 118 funzionante, che dovranno prestare le prime cure, valutare la gravità delle condizioni del paziente ed eventualmente indirizzarlo altrettanto celermente a strutture attrezzate per l'assistenza di livello più complesso.

Tuttavia, a ricordare le difficoltà dei processi di cambiamento ci ha pensato uno dei casi portati agli onori, si fa per dire, della cronaca estiva nazionale, quello dell'ospedale di Mazzarino, che non è stato in grado di dare assistenza a un giovane, vittima di un incidente stradale, purtroppo in seguito deceduto durante il trasporto all'ospedale di Caltanissetta. Il luttuoso evento, oltre a creare il dolore di famigliari e parenti, ha suscitato vivaci proteste della popolazione durante le quali è apparso un cartello che recitava «Questo è il primo morto della riforma voluta dall'Assessore». Coloro che hanno scritto questo car-

tello avrebbero reso un migliore servizio a se stessi e alla comunità del distretto in cui è inserito l'ospedale, se avessero scritto «Questo è il primo morto che si sarebbe potuto evitare se il Piano dell'Assessore fosse stato approvato sei mesi o un anno prima». Se ciò fosse avvenuto, probabilmente ad agosto 2009 l'ambulanza (o meglio l'eliambulanza) avrebbe portato immediatamente il ragazzo vittima dell'incidente in un ospedale attrezzato dove si sarebbe potuto salvare.

Se va compresa la reazione dettata dal dolore di parenti e amici, è probabile che nel coro delle proteste si siano inseriti coloro che hanno lo scopo di difendere interessi e privilegi consolidati che nulla hanno a che fare con la difesa del diritto dei siciliani alla tutela della salute. Far leva sul dolore reale per ostacolare o tentare di bloccare il cambiamento che colpisce interessi particolari, privilegi, sprechi e interessi illeciti è un classico comportamento evidenziato dalle teorie e da molte ricerche empiriche. Non può sorprendere che ciò sia accaduto nella patria del «Gattopardo», nella quale i piani di riorganizzazione formale del passato, che hanno lasciato quasi tutto inalterato, sono stati di gran lunga preferiti all'attuale piano che, se attuato, inciderebbe in modo strutturale e profondo sulla capacità del sistema di rispondere ai bisogni reali di salute, ma anche sull'intreccio di interessi consolidati tra gruppi di potere.

Alla calda estate ha fatto seguito un tiepido autunno, per quanto può esserlo un periodo di cambiamento strutturale, nel quale il confronto-scontro tra forze favorevoli e contrarie al rinnovamento non è stato meno duro, ma si è realizzato in modo più sotterraneo. Il gelido inverno sulla riforma sanitaria regionale è cominciato con la crisi politica e la formazione, a inizio gennaio 2010, di una giunta di minoranza con una forte presenza di «tecnici», soluzione atipica nel contesto istituzionale, dato che richiede il sostegno dell'assemblea su singoli provvedimenti con la creazione di maggioranze ad assetto variabile.

Molto diverso è il caso della Regione Calabria, nella quale gli eventi di «malasanità» (sempre presunti o reali) sono stati pure numerosi nella calda estate del 2009 e, purtroppo, si sono ripetuti nell'autunno e nell'inverno. Per questa Regione è stato concordato

con il (o imposto dal) Governo un «piano di rientro» che, tuttavia, non si è tradotto in un organico piano di riorganizzazione e ristrutturazione del sistema di offerta regionale. È auspicabile, anche se ciò rattrista chiunque si richiami al buon senso e abbia un minimo di rispetto delle persone, che le «morti evitabili» attraverso un sistema più efficiente (la considerazione vale per la Calabria, ma anche per le altre Regioni in cui si sono manifestati eventi simili) possano tradursi in uno stimolo forte a rompere quell'intreccio di interessi, spesso illeciti e malavitosi, che finora hanno prevalso sulla volontà di coloro che desiderano un reale cambiamento. Auspicio difficile da realizzare nella Regione che ha visto l'assassinio dell'Assessore Fortugno che aveva denunciato la situazione di illegalità che ruota attorno al sistema sanitario. Se lo shock provocato nella popolazione calabrese, oltre che nell'opinione pubblica nazionale, da quelle «morti inspiegabili e assurde» servisse a dare forza e sostegno ai processi di razionalizzazione del sistema, si potrebbe dire che «dal sangue degli innocenti sarà scaturita una speranza per il futuro». È quanto emerge anche dalle parole di genitori e parenti di alcuni dei pazienti deceduti nella calda estate 2009. Ciò non si è ancora avverato poiché, mentre in Sicilia alla «campagna di primavera» (approvazione della riorganizzazione) ha fatto seguito una «controffensiva di estate» (di coloro che vogliono mantenere lo *status quo*), si può rilevare che per la Calabria il trauma umano e sociale di una tragica estate di morti nei luoghi che hanno la funzione di tutelare la vita non ha prodotto una «campagna di autunno» caratterizzata da efficaci e coraggiose politiche capaci di affrontare e cominciare a sciogliere i nodi profondi delle disfunzioni.

L'autunno è stato «tiepido» sul piano del cambiamento e l'inverno è stato rigido per una Regione che ha dovuto ridurre la spesa, ma non ha saputo, o potuto a causa di condizionamenti esterni, imboccare la via della modernizzazione della propria struttura di offerta.

Le altre Regioni commissariate o sottoposte alla procedura dei piani di rientro con riguardo ai livelli di spesa (Lazio, Campania, Abruzzo, Molise) hanno vissuto una estate apparentemente meno calda sul piano della esposizione mediatica della sanità, anche se

in alcune di esse non sono mancati casi di malasanità o di assistenza inadeguata, nonché proteste per la chiusura di alcuni ospedali (ad esempio il San Giacomo di Roma), il ridimensionamento di altri, la scarsità dei finanziamenti. In alcune di esse il clima della sanità si è surriscaldato in autunno per i fatti esterni alla sanità, come nel Lazio a seguito della vicenda del Governatore Marrazzo che era anche Commissario per l'attuazione del piano di rientro, o per una accelerazione interna, come in Campania con la nomina di un Vicecommissario cui è stato attribuito il compito di attuare interventi più incisivi. Il vero freddo, non meteorologico, per queste Regioni e anche per le altre che fino al 2009 avevano i conti «abbastanza in equilibrio», è forse arrivato con l'approvazione della legge finanziaria per il 2010. È vero che essa ha recepito il «Patto per la salute» stipulato tra le Regioni e lo Stato con i relativi aumenti degli stanziamenti per il triennio 2010-2012, ma con questa manovra sono stati resi più rigidi i vincoli di spesa. Si può anche ritenere che, sul piano generale e della compatibilità economica del Paese, la manovra sia stata necessaria e possa spingere tutte le Regioni, e specialmente quelle con deficit strutturale più elevato, a recuperare efficienza, ma non si può negare che vincoli rigidi imposti a un sistema sanitario che spende meno della media OCSE (2.700 dollari circa contro 3.000) rappresentano un «vento freddo» per tutti con il rischio della riduzione dei livelli effettivi di assistenza. Il riconoscimento di 106,2 miliardi di euro per la spesa sanitaria del 2010, accompagnato tuttavia da politiche di contenimento di cassa e dal «congelamento» delle procedure di pignoramento e di riscossione coatta da parte dei creditori del Ssn, ha alimentato un vento freddo di inverno che metterà a dura prova le Regioni, quelle giudicate inefficienti e quelle ritenute virtuose, ma anche imprese e istituzioni finanziarie che operano nel settore.

L'estate del 2009 è stata calda, anzi caldissima, anche all'estero, specie negli Stati Uniti dove sarà ricordata come l'estate dello scontro sulla «riforma sanitaria» voluta dal Presidente Obama. Una riforma che cerca di affrontare alcuni dei nodi più drammatici del sistema di tutela della salute del Paese. Poco meno di cinquanta milioni di cittadini privi di assicurazione privata o dell'assistenza

garantita dai principali programmi pubblici (MEDICAID, MEDICARE, VETERAN e altri minori), numero in rapida crescita come conseguenza della crisi economica e dell'aumento della disoccupazione cui è associata la perdita della copertura assicurativa aziendale, indicatori di salute che collocano il più ricco e potente Paese del mondo in posizioni assai basse nelle classifiche dell'Organizzazione mondiale della sanità e di altri organismi internazionali, circa l'80% di cittadini che si dichiarano «insoddisfatti» della qualità dei servizi ricevuti sono numeri che il Presidente Obama ha citato centinaia di volte a sostegno del proprio progetto. Fanno poi riflettere i risultati di una indagine condotta nel 2004 secondo cui più di un terzo degli oltre seimila intervistati dichiarava di «aver dovuto rinunciare a cure essenziali per motivi economici» (percentuale oggi probabilmente più alta). A ciò si aggiunga il fatto che una spesa globale pari ormai al 16.5% del Prodotto interno lordo e «costi amministrativi» pari a oltre il 25% della spesa totale e che stanno salendo rapidamente avvicinandosi al 30%, sono insostenibili anche sul piano economico e contribuiscono a ridurre la competitività delle imprese statunitensi.

L'esigenza di modificare il sistema per introdurre una copertura generalizzata ha fatto breccia anche nella società USA, ma proprio nell'estate del 2009, di fronte a un preciso progetto di legge, essa ha dimostrato di essere ancora pervasa dal timore nei confronti dell'intervento pubblico. L'iniziale progetto del Presidente, che prevedeva la copertura generalizzata tramite assicurazioni obbligatorie offerte anche dagli stati (la ormai famosa *public option*), non solo ha suscitato la forte opposizione dei repubblicani, ma ha destato perplessità anche nel partito democratico e nell'opinione pubblica. La «campagna d'estate» contro la riforma sanitaria di Obama ha assunto subito toni forti con accuse al Presidente di voler mettere la salute dei cittadini «nelle mani di oscuri, e beceri, burocrati» o, addirittura, di proporre una riforma che istituiva «tribunali della morte, che decideranno se, e quali, pazienti avranno accesso alle cure», come recitava uno slogan di Sarah Pallin, ex candidata alla vicepresidenza per il partito repubblicano. Gli oppositori più strenui della riforma nell'estate 2009 hanno rappresentato Obama con le

fattezze di Hitler e si sono attivati con *spot* sulle principali reti televisive per invitare gli americani ad aderire a comitati e associazioni contro il progetto di legge. *Spot* che hanno utilizzato motivazioni nobili, quali la tutela della libertà di scelta degli individui, ma che hanno agitato «fantasmi» ben radicati nella cultura americana quali la «pericolosità» che sarebbe connaturata a ogni intervento pubblico. Motivazioni, queste ultime, da giudicare incomprensibili e strumentali di fronte ai costi sostenuti dalla finanza pubblica che, nei mesi precedenti, aveva accettato il salvataggio di banche, assicurazioni, imprese del settore automobilistico e di altri settori colpiti dalla crisi provocata da una finanza speculativa e da una economia che si era sviluppata al di fuori di regole e controlli pubblici. La società USA aveva accettato come «male necessario» costi stimati in 1570 dollari per ogni cittadino, considerando i fondi utilizzati ad agosto 2009, ai quali si aggiungono 1000 miliardi di disavanzo pubblico previsti per ognuno dei dieci anni successivi. Motivazioni che fanno presa sull'opinione pubblica e nel mondo economico perché i costi per gli interventi anticrisi sono considerati *necessari*, di breve periodo e forse anche recuperabili, almeno in parte, se la ripresa consentirà al Tesoro di rimettere sul mercato le azioni acquisite in occasione dei salvataggi, mentre la maggiore spesa pubblica per l'assistenza sanitaria generalizzata è considerata strutturale e non recuperabile. Nel caso della spesa per la salute, pochi considerano la potenziale riduzione ottenibile con un sistema che darà più spazio alla prevenzione e alle cure extra-ospedaliere.

Le posizioni contrarie alla proposta di riforma sanitaria sono sostenute da tre forti gruppi d'interesse che esercitano la loro azione di *lobbying* nella società e nell'ambito del Congresso. Quella dei medici che temono un cambiamento che prevede l'introduzione di regole, di controlli e di valutazioni del loro operato. È forte il timore dei medici di perdere l'autonomia professionale, aspetto che correttamente essi difendono, e l'auto-referenzialità, che invece è la faccia negativa dell'attuale sistema. La seconda *lobby* è costituita dalle imprese farmaceutiche, da quelle produttrici di tecnologie mediche e in generale dalle imprese che forniscono beni e servizi a ospedali, centri diagnostici

e altre strutture assistenziali. Esse ritengono che interventi di razionalizzazione rispetto all'attuale situazione di frammentazione dell'offerta possa determinare una riduzione dei prezzi unitari di acquisto di farmaci, *device*, attrezzature sanitarie e di conseguenza dei loro ricavi e profitti. La terza *lobby* che ha contribuito a rendere calda l'estate della riforma Obama è quella delle assicurazioni private che temono i fondi pubblici, in quanto essi potrebbero diventare in futuro pericolosi concorrenti qualora riuscissero a garantire livelli di assistenza più elevati a costi più contenuti. Le assicurazioni private sono scese in campo contro la riforma segnalando il potenziale effetto «di distorsione della concorrenza» dovuto alla presenza di fondi assistenziali finanziati, almeno in parte, con denaro pubblico. Non è da escludere, tuttavia, che esse vogliano difendere rendite di posizione accumulate nel tempo e siano contrarie al possibile effetto «calmieratore» che potrebbe essere determinato dai fondi gestiti non con una logica di profitto ma nell'interesse generale.

Alla calda estate della sanità USA, in cui sono stati protagonisti i media e gli scontri diretti tra i protagonisti, ha fatto seguito un autunno «tiepido» solo nella forma, poiché il confronto-scontro si è spostato nelle ovattate aule della Camera dei Rappresentanti e del Senato dove si è svolta una intensa attività di

ricerca di compromessi che ha portato, all'inizio dell'inverno, alla approvazione della riforma. Un inverno che per la sanità USA non è stato gelido, ma è servito per raccordare i due testi approvati dalla Camera e dal Senato. Una stagione che è servita per far germogliare definitivamente la pianticella di una riforma attesa da decenni da milioni di cittadini per i quali la tutela della salute non era un diritto.

In conclusione, si può sostenere che la calda estate, il tiepido autunno e il freddo inverno della sanità 2009 hanno messo in evidenza come le dinamiche di questo settore siano fortemente condizionate da tre principali fattori: *la fiducia* (o la mancanza di fiducia) tra i diversi soggetti, *il potere* collegato a interessi precostituiti, *la cultura* dei diversi contesti socio-economici, sintetizzabile nella questione meridionale nel nostro Paese e nella opposizione al presunto interventismo pubblico negli USA. La ricerca di un equilibrio tra questi fattori è condizione ineludibile per rendere efficaci i piani di rientro delle Regioni meno virtuose in Italia e per il definitivo decollo della riforma negli USA. Per cambiare la cultura e conseguire gli obiettivi desiderati, occorre esercitare il potere in maniera tale da conquistare la fiducia della popolazione con la quale è possibile battere le *lobbies* e abbattere gli interessi illeciti.

Parte III

La tutela della salute:
valore da generare,
distribuire e comunicare

La responsabilità sociale nel sistema di tutela della salute

Il tema della Responsabilità sociale è entrato prepotentemente nel dibattito sull'economia, sul ruolo e le funzioni delle imprese, sul funzionamento del mercato e dei vari organi, *Autorities*, Agenzie di vigilanza sul mercato, la Borsa, i mercati finanziari, i comportamenti manageriali e imprenditoriali. Il tema, identificato come *Corporate Social Responsibility* (d'ora in avanti CSR), ossia responsabilità delle «imprese», o come Social Commitment (obblighi verso la società, che è cosa assai diversa da impegni nel sociale), è considerato oggi un «nuovo e innovativo» approccio culturale, teorico e pratico. Esso si inserisce sulle strategie e sui criteri di scelta delle imprese che nascono per iniziative di soggetti privati in risposta a motivazioni individuali o comunque particolari, che rispondono ad interessi di specifici gruppi di soggetti e che sono governate da regole decisionali e da soggetti privati.

Per chi si occupa di servizi di interesse pubblico, anzi di tutela di diritti della persona, quale è stata definita la tutela della salute, e per chi si richiama ad un concetto di azienda come «istituto economico-*sociale*» o come «sistema dei processi economici *strumentali* al raggiungimento di fini di istituti *sociali*», questo approccio non è nuovo, né innovativo, ma rappresenta semmai un «ritorno alle radici», ovvero la «riscoperta» dell'essenza del rapporto economia (che è una parte) e società (che è il tutto). Di nuovo, oltre all'enfasi e alla quantità-qualità di convegni, congressi, conferenze, tavole rotonde, tavoli di confronto, progetti, pubblicazioni, ci sono i metodi e gli strumenti operativi tramite cui si cerca di tradurre una filosofia, una logica, una concezione di impresa in sistemi di regole e in sistemi di verifiche di comportamenti reali, per distinguere quelli che sono coerenti nella sostanza con tale visione da

quelli che la considerano come una «moda», la naturale reazione ad una stagione di scandali o di *malpratica* manageriali e imprenditoriali (come direbbero i medici) o, peggio ancora, come *maquillage* (di dichiarazione e di rapporti sociali) per coprire scelte contrarie ai valori sottostanti la CSR.

Le domande naturali che nascono per chi si occupa dei criteri di tutela della salute sono le seguenti:

a) ha senso applicare tale approccio a questo settore?

b) cosa concretamente ciò vuol dire?

c) quali sono le differenze, le peculiarità rispetto ad altri settori?

Alla prima domanda si può, e si deve, dare una risposta affermativa, pur articolando le motivazioni con riferimento alle differenti classi di aziende che costituiscono il sistema di offerta, quelle pubbliche (che oggi fanno capo alle Regioni o sono costituite in forma di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, che a loro volta stanno trasformandosi in Fondazioni a seguito della recente normativa), quelle private *for profit*, quelle private *non profit* sia religiose sia laiche, quelle «miste» pubblico-privato il cui numero sembra destinato ad aumentare nel prossimo futuro.

Le aziende pubbliche *dovrebbero*, e si sottolinea il condizionale, avere la funzione istituzionale di garantire la tutela della salute come diritto del cittadino e quindi *dovrebbe* essere contenuta nel loro cosiddetto DNA la logica della CSR, della attenzione all'interesse pubblico, inteso non solo come interesse (primario) dei pazienti, ma come complesso degli interessi della società riguardanti la tutela della salute. Tra tali interessi vanno elencati:

a) quelli di tutela della salute di ordine generale (quali la prevenzione di epidemie o la lotta alla loro diffusione);

- b) quelli di tutela della salute dei singoli;
- c) quelli delle persone che esprimono i loro valori, le loro motivazioni e le loro conoscenze, competenze e abilità come medici, infermieri, biologi, tecnici e altri cosiddetti «professionals»;
- d) quelli di chi intende soddisfare la «curiosità intellettuale» applicandosi alla comprensione dei fattori che influenzano lo stato di salute (ricercatori nel campo della medicina e dei settori collegati quali farmaceutica, biotecnologie, apparecchiature e attrezzature diagnostiche, per terapie, per riabilitazione, ecc.);
- e) quelli dei fornitori di tecnologie sanitarie e/o altri beni di consumo.

Tuttavia, vi sono alcune teorie che considerano le istituzioni pubbliche come «sistemi nei quali domina non il principio della funzionalità (risposta ai fini espliciti) ma quello del potere» e nei quali si determinano *distorsioni strutturali* dei comportamenti. Peraltro, senza approfondire ulteriormente questa dimensione «filosofica» (sociologica, politica, amministrativa, giuridica, etica) sulla natura intrinseca delle istituzioni, si può rilevare dalla esperienza quotidiana che, comunque, vi sono molte aziende pubbliche nelle quali prevalgono, o sono molto diffusi, comportamenti, logiche, decisioni non orientati alla tutela della salute dei pazienti e al perseguimento degli altri interessi legittimi sopra richiamati, ma «strumentali» alla carriera politica, manageriale, professionale, scientifica di chi occupa le diverse posizioni di potere organizzativo, o a garantire vantaggi economici ai fornitori di beni di consumo e di tecnologie che «non servono» alla tutela della salute o che non sono nel concreto utilizzate per tale scopo, o a garantire una occupazione a qualcuno senza preoccuparsi della sua competenza e capacità professionale, ecc. Le aziende sanitarie pubbliche, con il grande «potere» che esse consentono di esercitare, in quanto le scelte che in esse si prendono possono influenzare la vita e la morte, la sofferenza o il benessere delle persone, vengono non di rado utilizzate come «terreno di scambio» tra interessi particolari. Quindi, non sono né superflui, né astratti l'applicazione e i richiami alla necessità di diffondere nelle aziende sanitarie pubbliche i principi, i criteri, i codici, gli indicatori che ricordino l'esigenza di avere comportamen-

ti «socialmente responsabili» e, soprattutto, che consentano di verificare se tale principio sia effettivamente realizzato nei risultati ottenuti dalle aziende in termini di qualità dell'assistenza, razionale utilizzo delle risorse, mantenimento della propria autonomia operativa, economica, organizzativa, decisionale.

Per le aziende private *for profit* che operano nel sistema di tutela della salute, il richiamo alla «responsabilità sociale» è essenziale e assume un preciso significato che può essere sintetizzato in questi termini: devono essere evitati quei comportamenti che consentono di ottenere l'obiettivo di aumentare la ricchezza economica di qualcuno (imprenditori, *manager*, azionisti, medici, ecc.) sfruttando o facendo leva sulla debolezza del potere contrattuale (sul piano economico) di chi ha un problema di salute. Infatti, chi ha un problema di salute rilevante, o percepito come tale (esempio pericolo di vita) attribuisce un basso valore alla ricchezza economica, come si dice in termini correnti «è disposto a pagare qualsiasi prezzo», per risolvere il proprio problema di salute.

Per le aziende private «responsabilità sociale» vuol dire che esse devono perseguire i loro obiettivi di aumento della ricchezza (del profitto) non scegliendo le soluzioni «semplici» (almeno nel breve periodo) dello sfruttamento della debolezza contrattuale dei pazienti, o almeno di una parte di essi, o dello sfruttamento delle inefficienze delle aziende pubbliche (peraltro a volte create artificialmente), ma scegliendo le soluzioni «difficili» della qualità dell'assistenza, dell'alta specializzazione o della tempestività e sicurezza delle prestazioni, della continua ricerca, dell'aggiornamento del personale, soluzioni che «generano valore aggiunto reale» (e non fittizio o solo di immagine) per la comunità.

Per le aziende *non profit*, la cui costituzione si richiama a valori religiosi, morali, etici di «servizio ai più deboli» (e tra questi vanno sicuramente incluse le persone che hanno un bisogno di salute), il richiamo alla «responsabilità sociale» significa ricordare che i valori religiosi, etici, morali, professionali (deontologia professionale) sono propri delle persone, ma richiedono di essere dimostrati e verificati sulla base di concreti risultati.

Del resto, ciò è riconosciuto anche da molte religioni: «chi invece ascolta e non mette

in pratica, è simile a un uomo che ha costruito una casa sulla terra, senza fondamenta». Il richiamo ai principi, ai criteri, agli strumenti di verifica dei risultati che rispondano alle attese di diversi portatori di interessi servono a ridurre i rischi di autoreferenzialità, di scelte «personalistiche», di selezione dei pazienti su base ideologica o sulla base di «affinità» o «appartenenza» di vario tipo (religioso, economico, politico, ecc.).

Per le aziende «miste», che possono essere di tipo pubblico-privato *for profit*, pubblico-privato *non profit*, privato *for profit*-privato *non profit*, alle motivazioni sopra ricordate per ognuna delle tipologie, se ne aggiunge un'altra: la CSR deve garantire il rapporto sostanziale, e non solo formale o sul piano giuridico, di una equilibrata considerazione delle attese, del ruolo, del potere decisionale delle «parti che uniscono le proprie forze e le proprie energie». La CSR deve, in altri termini, aiutare a far prevalere scelte o comportamenti che privilegiano le sinergie «a vantaggio dell'insieme dei diversi interessi» e che evitano comportamenti in cui una delle parti delle «aziende miste» cerchi di prevalere sull'altra *solo* per perseguire alcuni degli interessi.

Alla seconda domanda, cosa vuole concretamente dire un approccio CSR nel sistema di tutela della salute, è possibile dare una risposta semplice e breve.

Vuol dire stabilire una chiara «gerarchia di rilevanza» degli interessi in gioco nella quale il paziente, la persona che deve recuperare, mantenere, migliorare il proprio stato di benessere fisico e psichico, viene al primo posto. Nelle teorie e nei modelli di CSR applicabili ad altri settori di attività, non importa se pubblici o privati, è accettabile una impostazione che consideri centrale «il bilanciamento, il temperamento» di diversi interessi. Si parla di logiche di «ottimalità multicriteri» o di «razionalità *multistakeholder*» o si usano concetti analoghi. Nel campo della tutela della salute, pur accettando l'assunto teorico della necessità di rispondere in modo almeno soddisfacente a tutti gli interessi, occorre esplicitare con precisione che si è in presenza di un sistema «*multistakeholder* sbilanciato». Ciò vuol dire che, in presenza di situazioni nelle quali si manifestano contrasti tra i diversi interessi, nelle quali vi sono incertezze sui vantaggi conseguenti a

determinate scelte, *vanno privilegiati gli interessi dei pazienti.*

Applicare un approccio CSR non vuol dire condividere questo assunto sul piano filosofico, astratto, delle dichiarazioni di principio (che tutti sono pronti a sottoscrivere), ma vuol dire adottare criteri decisionali e sistemi di misurazione tali da dare concreta attuazione a tale principio. Come nel diritto si applica il principio di «in dubio pro reo», l'approccio CSR nel sistema di tutela della salute si traduce nel principio di «in caso di incertezza o di contrasto di interessi, vanno privilegiate le esigenze del paziente». Ciò non vuol dire che le ragioni, le attese, i bisogni dei pazienti diventano a loro volta un criterio autoreferenziale assoluto, in quanto anche essi debbono rispettare le condizioni di razionalità e i vincoli del mondo reale. Se, ad esempio, privilegiare le ragioni, le attese, i bisogni dei pazienti dovesse comportare il rischio di limitare le ricerche per il futuro, il rischio di demotivare i medici e gli altri professionisti oltre la soglia di accettabilità, di mettere in crisi la durabilità delle aziende che erogano servizi (pubbliche o private), occorrerebbe introdurre qualche limitazione concreta alla applicazione del concetto di «priorità del paziente».

Con ciò si introduce la risposta anche alla terza domanda, quale sono le peculiarità della logica CSR nel sistema di tutela della salute? Esse sono collegate alle caratteristiche specifiche di tale sistema riassumibili nei seguenti termini:

1) elevato contenuto «emozionale» nella percezione dei bisogni di salute: l'approccio CSR richiede di introdurre sistemi atti ad evitare «interventi inutili», «terapie non scientificamente dimostrate, finalizzate solo ad alimentare illusioni o inutili speranze», «alimentazione strumentale di speranze di trattamenti efficaci», «sovrastima dei risultati positivi di certi trattamenti», ecc.;

2) rapporto fiduciario medico (altro operatore)-paziente: l'approccio CSR impone di introdurre sistemi organizzativi e di rilevazione-misurazione delle prestazioni erogate volti ad evitare trattamenti inappropriati, domanda superflua, condizionamenti psicologici dei pazienti e limitazione della loro effettiva libertà di scelta;

3) intrinseca connessione tra attività assistenziale e attività di ricerca: l'approccio

CSR richiede di applicare con il massimo rigore i principi deontologici di «consenso informato», di divieto a trattamenti nei quali prevale lo scopo di ricerca sull'efficacia e sul rispetto della persona (rischio di uso dei pazienti come «cavie umane»);

4) autonomia professionale: l'approccio CSR richiede l'introduzione di efficaci strumenti idonei a rilevare casi di «autoreferenzialità» del professionista (che rifiuta le misurazioni di efficacia dei propri interventi), ad individuare e a sanzionare con il massimo rigore casi di *malpractice*, ma anche strumenti idonei a tutelare i medici o gli altri professionisti da un uso «strumentale» delle norme sulla responsabilità professionale (cause legali contro i medici finalizzate solo a trarre un vantaggio economico per i pazienti e per chi li assiste legalmente);

5) rapporto tra utilità percepita e utilità reale, che è diverso rispetto a quello riferibile a molti altri beni: l'approccio CSR richiede di usare in modo *integrato* indicatori e valuta-

zioni di tipo economico e di efficacia-qualità dei risultati di salute ed indicatori di «razionalità» organizzativa ed economica.

In conclusione, si può proporre che l'approccio CSR nel sistema di tutela della salute sia fondato su una logica di «consapevole squilibrio della priorità dei diversi interessi» a favore, *in primis*, dei pazienti. Si tratta di una impostazione assai diversa da quella della «priorità del cliente», teorizzata e applicata per le imprese di produzione di altri beni e servizi, che è stata poi bilanciata dall'approccio «multistakeholder», ossia della equilibrata tutela di tutti i portatori di interesse. Soprattutto, si ritiene necessario sottolineare come la «centralità della persona», uno dei pilastri, se non *il pilastro*, dell'approccio CSR, assume nel sistema di tutela della salute una valenza etica, morale, filosofica, antropologica, sociale assai diversa rispetto a quella che assume nei settori legati a bisogni secondari, voluttuari, di *status symbol*.

La responsabilità sociale in sanità

Qualche anno fa parlare di «responsabilità sociale delle imprese» provocava immediate e forti reazioni negative, al massimo veniva considerato come espressione di «idealismo di valori o buonismo di origine religiosa staccato dalla realtà dei fatti», oppure cadeva nella più completa indifferenza. A dire il vero dalla fine degli anni sessanta e, con forza decrescente, fino alla fine del decennio successivo, era arrivato anche in Europa il tema dell'etica degli affari e del bilancio sociale che da qualche anno si era sviluppato nel mondo accademico USA. In seguito, l'interesse e la rilevanza erano diminuiti fino ad eclissarsi quasi completamente, quando ricominciò a spirare il forte vento della teoria del management «razionale» (anni ottanta), dell'innovazione tecnologica (da metà anni ottanta e ancor oggi così centrale nel dibattito sulla competitività), della globalizzazione (a partire dagli anni novanta).

Parallelamente, con riguardo al settore pubblico (e in esso sicuramente i sistemi di tutela della salute) erano fortemente ostacolate, trovavano rigide resistenze, erano considerate «con sufficienza e distacco» o erano quasi del tutto ignorate le teorie e la richiesta di politiche di liberalizzazione, privatizzazione, esternalizzazione di funzioni, servizi, attività pubbliche, di pubblica utilità, di pubblico interesse.

Negli ultimi quindici anni in Italia, e ancor prima in altri Paesi, la situazione è cambiata radicalmente, in quanto nel mondo delle imprese, dell'economia e degli affari si sono diffuse teorie, dibattiti scientifici e sui media politiche e interventi finalizzati a legittimare, diffondere e consolidare la «responsabilità sociale dell'impresa» e il collegato aspetto dell'«etica nello svolgimento delle attività economiche». Nello stesso periodo le politiche di liberalizzazione, privatizzazioni,

esternalizzazione riguardanti le attività del settore pubblico si sono estese in tutti i Paesi con modalità, tempi ed effetti assai diversi. Tale fenomeno ha riguardato in modo rivoluzionario e strutturale i Paesi che dai precedenti sistemi di «economia pianificata e statalista» sono passati o hanno avviato la transizione verso l'economia di mercato. Per essere precisi, si può mettere in evidenza che il cambiamento di politiche, ma anche di cultura, nel settore pubblico è iniziato e si è diffuso *prima* del cambiamento degli atteggiamenti e delle politiche delle imprese nei confronti della responsabilità sociale. Si fa riferimento, ovviamente, all'accettazione delle teorie e al diffondersi del dibattito pubblico, poiché molte imprese hanno, si può dire da sempre, dalla loro costituzione, applicato un approccio che oggi viene definito e identificato come «socialmente responsabile» senza sbandierarlo nei convegni, nei dibattiti, nelle interviste, sulle pagine patinate di giornali e riviste sul management. Su questo fronte, occorre ricordare che, forse, l'Italia non è stata seconda a nessuno con le migliaia di piccole e medie imprese che da sempre sono state fortemente legate al territorio e alle comunità locali, assumendo comportamenti di responsabilità sociale.

Queste tendenze contestuali delle imprese verso la responsabilità sociale e delle istituzioni pubbliche verso logiche e comportamenti più attenti all'efficacia, all'efficienza, all'economicità, alla funzionalità, caratteristiche tipiche del privato, rappresentano una convergenza verso un concetto comune: ogni istituzione, ogni azienda, ogni forma organizzativa della società ha, e deve avere, funzioni e fini specifici, ma non può più agire come un «corpo autonomo» che non si dà carico in qualche modo del buon funzionamento dell'intera società, del sistema complessivo,

come si usa dire. Si può, quindi, identificare il primo e fondamentale elemento che costituisce la responsabilità sociale che si realizza quando ogni istituzione, pubblica o privata che sia, *in primis* svolge nel migliore dei modi la propria funzione. L'impresa ha la funzione di produrre e distribuire ricchezza, le amministrazioni pubbliche quella di soddisfare i bisogni pubblici e comuni, di realizzare le infrastrutture materiali ed immateriali (quali l'istruzione) ed erogare i servizi che contribuiscono ad aumentare la produttività e la competitività delle imprese. Per il sistema di tutela della salute, per i soggetti pubblici e privati che erogano servizi e prestazioni e che contribuiscono al finanziamento della spesa, ciò vuol dire garantire i più elevati livelli quali-quantitativi di tutela della salute intesa come recupero della stessa (diagnosi, cura e riabilitazione), mantenimento (prevenzione), miglioramento (ricerca nel settore, promozione di stili di vita che contribuiscono positivamente al benessere fisico e psichico, prevenzione idonea ad evitare l'insorgere di malattie). Tuttavia, il passaggio da una semplice visione «funzionale», svolgere bene la propria funzione, ad una di responsabilità sociale dipende dall'accettazione di due presupposti logici:

a) la somma degli «ottimi parziali» e della «massimizzazione dei risultati» (in senso esteso e non solo economico) delle singole unità del sistema non coincide con l'ottimalità o la massimizzazione dei risultati generali;

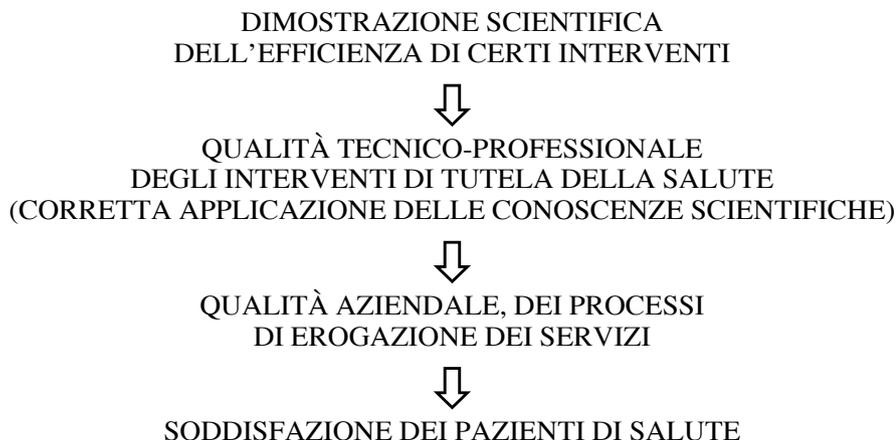
b) non esiste una razionalità assoluta circa i modi di operare, ad esempio di applicare le conoscenze nel campo della tutela della salute, la definizione dei confini della propria attività (i problemi di salute di cui ci si intende occupare oltre, ovviamente, a quelli obbligatori per legge), le strategie di azione, ossia le priorità attribuite ai diversi problemi di salute e, quindi, ai diversi gruppi sociali, le tecnologie e le metodiche assistenziali ritenute più efficaci, l'allocazione delle risorse umane, finanziarie, logistiche, tecniche ai diversi settori di intervento: esiste uno spazio di discrezionalità che può essere esercitato dimostrando un diverso grado di interesse e di attenzione agli effetti che si producono all'esterno delle aziende, ad esempio sui parenti o amici chiamati a garantire l'assistenza a lungodegenti non assistiti da ospedali o altre strutture sanitarie.

Un *primo* livello, o stadio, di responsabilità sociale consiste allora nel perseguire politiche di costante aggiornamento rispetto alle conoscenze (formazione del personale) e delle tecnologie. Politiche e scelte che impediscono questo aggiornamento e determinano l'obsolescenza delle professionalità di medici, infermieri, altri professionisti, delle attrezzature e apparecchiature, degli edifici e degli ambiti in cui si svolge l'attività, sono contrarie alla responsabilità sociale.

Un *secondo* livello concerne il corretto, efficiente uso delle risorse. Infatti, date le enormi (rispetto al passato) e crescenti (previsioni per il futuro) possibilità di efficaci interventi di tutela della salute, il limite principale deriva dalla scarsità delle risorse disponibili o comunque attribuibili a questo settore in relazione al rispetto delle «compatibilità generali» dell'economia, ossia dell'equilibrio tra ricchezza prodotta e consumata. Infatti, le risorse destinate alla tutela della salute non possono essere utilizzate per soddisfare altri bisogni (ad esempio di istruzione, di mobilità, per abitazioni, ecc.). Di conseguenza, se è vero che la salute è «un bisogno essenziale e primario della persona», è altrettanto vero che anche aumentando di molto la spesa ad essa destinata si avrebbe un effetto progressivamente più ridotto sullo stato di salute (legge dell'utilità marginale decrescente) e, ad un certo punto, addirittura nullo, considerato che la morte è un evento ineliminabile. Non sarebbe economicamente sostenibile, socialmente opportuno e neppure eticamente accettabile destinare il 25% della ricchezza di un Paese, stima di qualche studioso, per rispondere a tutti i problemi di salute oggi scientificamente e tecnicamente risolvibili, riducendo la possibilità di rispondere ad altri bisogni primari (casa, alimentazione, ecc.) o rilevanti per la persona. Dunque la ricerca dell'efficienza economica, che consiste nell'ottenere il massimo dei risultati con il minimo impiego di risorse, non è in contraddizione con i valori di rispetto della persona e di riconoscimento della sua dignità. Al contrario, è un modo per dare *contenuto reale* al principio di responsabilità sociale perché, se si riesce a rispondere a determinati bisogni di salute con una minore quantità di risorse, si «liberano» risorse da destinare ad altri bisogni, ad altri pazienti.

Un terzo livello cui si esprime la responsabilità sociale è quello della *ricerca della qualità* per i pazienti, per i destinatari delle

politiche sanitarie e della erogazione di prestazioni e servizi. Oggi il sistema sembra fondato su una logica che privilegia la sequenza:



Una sequenza che spesso si ferma e si focalizza sulla qualità tecnico-professionale o arriva a quella aziendale, ossia della ricerca delle migliori modalità di erogazione dei servizi. Non di rado, inoltre, si assiste al dibattito, confronto o scontro tra chi ricerca l'ottima qualità tecnico-professionale senza porre attenzione alla qualità dell'erogazione (sono tali le situazioni di assistenza di elevato livello ma con la mancanza di adeguate informazioni ai pazienti e ai parenti, l'assistenza realizzata in ambiti e in condizioni poco confortevoli, quali mancanza di sale di attesa per chi accompagna o assiste il paziente, ecc.) e chi invece

pone l'accento sulla qualità dell'erogazione, applicando in alcuni casi criteri e sistemi di valutazione che penalizzano la qualità tecnico-professionale. In questo quadro si collocano molti dei contrasti, quando non degli aperti conflitti tra «professionisti» e «manager» della sanità. Comunque, in entrambi i casi, si è di fronte ad una cultura autoreferenziale dalla quale di può, e si deve, uscire se si vuole recuperare un migliore rapporto con i pazienti ed una più elevata credibilità e legittimità sociale, adottando politiche e gestendo le aziende sanitarie con una logica inversa privilegiando la sequenza:

P
A
R
T
E
I
I
I



L'attenzione alla qualità che parte dai bisogni reali e dalle attese dei pazienti, cui si dà una risposta «complessiva», globale, olistica (che cioè tiene conto della unitarietà della persona che è fatta di condizioni fisiche, psichiche, relazionali e spirituali) qualifica la responsabilità sociale. Essa, come appare evidente dalla sequenza logica sopra ricordata, richiede che siano erogate prestazioni la cui efficacia è fondata sulle conoscenze (in tal modo va inteso il concetto di efficacia scientifica dimostrata) evitando di generare speranze non fondate (i viaggi della speranza) ma, al tempo stesso, evitando l'impersonalità, e volte la crudezza, dell'informazione puramente scientifica sulla gravità delle malattie, sulla diagnosi e la prognosi quando questa è, purtroppo, infausta.

L'umanizzazione dell'assistenza, la ricerca di una organizzazione che consenta di realizzarla effettivamente, ad esempio definendo tempi e standard/obiettivi di produttività che tengano conto della componente «relazionale», sono espressione di responsabilità sociale in quanto tengono conto degli effetti prodotti su altri soggetti del modo di apparire delle aziende sanitarie. Ad esempio, si evitano disperazione e suicidi (che oltre a costituire drammi personali possono determinare costi per la società, come nel caso di suicidio con il gas che distrugge abitazioni, o con forme che bloccano il traffico ferroviario, di metropolitana, ecc.), oppure al contrario si dà la forza (e il sostegno) a persone per mantenere una «normale» attività (con beneficio della società sul piano economico, in generale della qualità) evitando di alimentare circuiti di «ricerca di soluzioni impossibili» che rappresentano uno spreco per la comunità.

Un *quarto* livello di responsabilità sociale riguarda il modo in cui viene gestito il rapporto tra domanda e offerta. Secondo i principi di razionalità, le strutture di offerta sono funzionali a dare risposte alla domanda e ai bisogni. Peraltro è noto che l'esistenza di strutture di offerta genera un «indotto» economico e sociale (occupazione, percezione di sicurezza che a volte è ben fondata, altre no, ecc.) per cui molte volte si hanno rigidità e resistenze nel modificare l'organizzazione dell'offerta in funzione della modificazione dei bisogni, della domanda e anche delle metodiche assistenziali. Chiudere ospedali

che per le loro caratteristiche (dimensione, localizzazione vicina ad altri ospedali, numero di ricoveri) non sono più funzionali ad una assistenza di qualità, chiudere reparti e divisioni che sono duplicazione di altri e generano solo una «competizione» negativa (i pazienti si distribuiscono senza consentire a nessuna divisione o unità assistenziale di raggiungere una numerosità di casi che sia anche garanzia di qualità) ed altri interventi di razionalizzazione delle strutture di offerta, non solo rispondono a criteri economici e di razionalità, ma esprimono un orientamento alla responsabilità sociale. Rientra in quella che si definisce cultura di responsabilità sociale di chi adotta politiche e gestisce strutture di offerta evitare la creazione di domanda di prestazioni inutili e superflue, chiudere e riconvertire strutture per acuti che non sono più giustificate dalle moderne metodiche assistenziali, realizzare strutture per l'assistenza a lungodegenti o a malati terminali (per effettuare terapie del dolore) ed adottare provvedimenti che rispondono a logiche di funzionalità anche se fanno perdere consenso politico.

Un *quinto* livello di responsabilità sociale riguarda le politiche di finanziamento del sistema. Infatti, oltre al dibattito tecnico-economico sulle caratteristiche e sulla diversa efficacia dei sistemi di finanziamento, sistema nazionale di tutela della salute basato sulla fiscalità generale, sistemi mutualistici volontari, obbligatori e generalizzati, sistema di assicurazioni private con interventi «integrativi» del finanziamento pubblico per particolari gruppi deboli o svantaggiati (chi è sotto la linea di povertà, anziani, ecc.), oggi esiste un problema comune e uniforme, quello della difficoltà di sostenere la crescente spesa di tutela della salute. Si fa riferimento a sistemi pubblici che presentano spesso disavanzi a consuntivo o cercano di limitarli imponendo vincoli di spesa, a sistemi mutualistici sempre più in difficoltà nel mantenere l'equilibrio tra contributi e livelli di spesa e quindi spesso costretti a ridurre il grado di copertura dei bisogni, a sistemi assicurativi che sono costretti ad aumentare i premi limitando l'accessibilità a individui e famiglie con redditi medio-bassi e determinando un aumento dei costi delle imprese (quando l'assicurazione dei dipendenti è a

loro carico). In questa situazione, la responsabilità consiste in:

a) nella capacità di abbandonare «modelli ideologici» di finanziamento (esempio completa gratuità delle prestazioni nei sistemi pubblici) e ricercare forme «miste» di finanziamento pubblico (tramite fiscalità) e privato sia per la copertura della spesa corrente sia, soprattutto, per la copertura della spesa di investimento;

b) nell'applicare forme di «compartecipazione» (ticket ed altre) ai pazienti che, da un lato, siano tali da stimolare forme di autocontrollo e auto selezione della domanda (riduzione della richiesta di prestazioni inutili o a bassa utilità come sono alcuni accertamenti ripetuti) e, dall'altro, non siano tali da escludere l'accesso alle cure di persone che ne hanno realmente bisogno: forme di compartecipazione che, ad esempio, evitano situazioni come quelle evidenziate da una recente indagine negli USA secondo cui circa un terzo degli intervistati (circa 6.000) ha dichiarato di «aver dovuto rinunciare a cure prescritte dal medico per difficoltà economiche»;

c) nell'applicare forme di finanziamento delle strutture pubbliche o private accreditate secondo modelli del tipo Drg (*diagnosys related group*) o simili, non con l'obiettivo primario, e a volte unico (addirittura espresso per legge), di raggiungere l'equilibrio di bilancio, ma con l'obiettivo di stimolare una più forte e precisa responsabilizzazione degli operatori anche sulle implicazioni economiche delle loro scelte e del loro operato, condizione questa per rendere più agevole il perseguimento dell'equilibrio economico (di bilancio) delle aziende: in particolare, si sottolinea che l'introduzione di sistemi tipo Drg, le modalità di loro applicazione e i sistemi di valutazione dei risultati dei professionisti e delle unità organizzative devono essere accompagnate da interventi (di informazione e formazione) tali da evitare che il rispetto degli obiettivi economici (di rispetto del livello di finanziamento) causi una riduzione della qualità dell'assistenza e diminuisca l'attenzione (e la tensione) sui livelli di efficacia;

d) nell'adottare sistemi di finanziamento in grado di evitare distorsioni nella definizione delle priorità: ad esempio evitare sistemi di finanziamento che privilegiano in-

terventi di diagnosi e cura (ad alta visibilità) penalizzando interventi di prevenzione che sarebbero più efficaci per la tutela della salute, evitare di privilegiare il rafforzamento delle strutture e delle prestazioni «di eccellenza» per un numero limitato di utenti penalizzando invece il miglioramento più generale e più diffuso del sistema e la creazione di «reti integrate e ordinate di strutture» nelle quali le conoscenze e i modelli assistenziali «di eccellenza» generati in alcune strutture possano diffondersi in altre.

Si può sostenere che la logica della responsabilità sociale richiede di applicare sistemi di finanziamento basati non esclusivamente sul principio della competizione (per favorire più elevati livelli di efficienza), ma basati su un bilanciamento dei principi di competizione e di collaborazione che rendono possibile perseguire un sempre migliore equilibrio tra efficacia-qualità ed efficienza e il progresso dell'intero sistema e non di singole strutture di offerta (private o pubbliche) a svantaggio di altre.

Un sesto livello cui si esercita la responsabilità sociale riguarda la capacità di *coinvolgere* e di *far partecipare* sostanzialmente vari soggetti nella definizione delle politiche di tutela della salute e nelle scelte fondamentali della gestione. La tutela della salute è problema e obiettivo talmente complesso da richiedere il concorso di *molteplici dimensioni* di razionalità e differenti sensibilità e percezioni. Accettare e comportarsi effettivamente secondo la logica della responsabilità sociale significa evitare modelli e processi di definizione delle politiche della salute e di definizione delle scelte strategiche delle aziende responsabili della offerta di tipo *unidimensionale* e *unilaterale* (preminenza della razionalità scientifica, o clinico-professionale di chi applica le conoscenze ai casi concreti, o economica, o della ricerca del consenso) e capacità di coinvolgere i professionisti, i responsabili della funzionalità organizzativa, i pazienti, le associazioni dei pazienti, le società scientifiche, i rappresentanti delle comunità di riferimento (ad esempio i Comuni sulla definizione dei Piani o delle strategie delle aziende di tutela della salute). Ciò nel concreto si realizza tramite una corretta e trasparente informazione esterna *prima* di assumere decisioni rilevanti per la società (e non per singoli gruppi di pazienti.

La trasparenza va perseguita anche nei casi di cosiddetta «malasanità» in quanto essa è indice di rispetto delle persone). Altro intervento in questo campo riguarda il rafforzamento dell'informazione interna che genera identità, senso di appartenenza, accettazione delle responsabilità.

Un *settimo* livello di responsabilità sociale riguarda il modo di interpretare e applicare le norme sulla privacy, sul consenso informato nel caso di «trattamenti a rischio», di richiesta di adesione a trial clinici o ad altre sperimentazioni, di richiesta del parere dei Comitati etici. Infatti, vi può essere un utilizzo secondo modalità formali e burocratiche, oppure addirittura con una logica «difensiva e di scarico di responsabilità», come può avvenire con la richiesta di consenso per certi interventi. Oppure, tali strumenti possono essere utilizzati in modo attivo, ad esempio per diffondere tra i pazienti la cultura dell'importanza della sperimentazione che può aiutare il progresso delle scienze e generare benefici futuri per altri pazienti, per altre persone. Usare questi strumenti con logica e obiettivi «difensivi e di tutela» contro eventuali azioni di responsabilità nei confronti di professionisti o delle strutture erogatrici dei servizi può essere «razionale». Usare questi strumenti con modalità rispettose della dignità delle persone può essere considerato come rispetto dei principi etici e di deontologia professionale. Usare questi strumenti in modo attivo al fine di informare e coinvolgere i pazienti nel processo di generazione delle conoscenze e del progresso del sistema di tutela della salute è obiettivo ancora più ampio e generale che caratterizza un approccio di responsabilità sociale.

Un *ottavo* livello di responsabilità sociale rientra in schemi, se si vuole, più tradizionali su questo tema e riguarda la responsabilità di tutela dell'ambiente connesso allo smaltimento di «rifiuti nocivi e pericolosi». L'attività di tutela della salute richiede sempre più trattamenti che generano rifiuti tossici e pericolosi (rifiuti non biodegradabili, sostanze inquinanti, sostanze potenzialmente diffusori di patologie, sostanze radioattive, ecc.) Occorre che lo smaltimento di tali rifiuti sia fatto non solo nel pieno rispetto delle norme vigenti (come ovvio anche se non sempre rispettate), ma adottando precauzioni anche maggiori ri-

spetto al trattamento di altri rifiuti. Vincoli, anche oggettivi, di costi, non possono ridurre l'attenzione di chi vuole essere socialmente responsabile verso l'esigenza di ricercare e trovare soluzioni tali da non risolvere il problema per l'ospedale, per la struttura diagnostica «esternalizzando» però rischi ambientali sulla società.

Qualche ovvia considerazione finale. Occorre evitare di trattare il tema della responsabilità sociale nella sanità semplicemente come effetto di evoluzione rispetto alla diffusione della logica di responsabilità sociale dell'impresa. Si impone, invece, una riflessione attenta sugli aspetti *peculiari* e specifici che sono stati qui ricordati.

Di conseguenza, anche gli strumenti adottati (bilancio sociale, indicatori di responsabilità sociale), pur potendo e dovendo beneficiare delle elaborazioni realizzate per le imprese, non dovrebbero adottare pedissequamente *i modelli e gli schemi* applicati per le imprese. Ad esempio la parte sulla *governance* dovrebbe avere una struttura ben diversa nelle aziende di tutela della salute private rispetto a quelle pubbliche nelle quali gli aspetti di «funzioni e competenze» dello Stato, delle Regioni, delle aziende erogatrici di salute e dei rispettivi margini di autonomia sono rilevanti e specifici. Allo stesso modo la parte sui «destinatari-pazienti» dei servizi dovrebbe avere una struttura e *trattare* contenuti diversi rispetto alla sezione sui «clienti» delle imprese. Il paziente non è cliente di una struttura di offerta, ma è cittadino titolare di un diritto alla tutela della salute.

Infine parlare di responsabilità sociale di impresa implica che vi sia una profonda convinzione che essa non coincide né con la razionalità né con una generica e astratta tensione etico-morale. Essa, al contrario, implica incorporare razionalità e valori nelle politiche e nelle strategie aziendali, richiede che dai modelli si passi rapidamente all'azione, impone la trasparenza e la disponibilità a «rendere conto» a molti soggetti di ciò che si fa. Richiede, infine, che non si dimentichi e non si indebolisca il concetto secondo cui la tutela della salute dipende essenzialmente da una azione di sistema, ossia dal contributo di molteplici soggetti motivati sia da principi di competizione sia da principi di collaborazione.

Scandali, persone, regole

Nei giorni successivi allo scoppio dello scandalo della clinica S. Rita di Milano, tutti i giornalisti che mi hanno intervistato mi hanno posto questa domanda: «Ma allora non ci si può fidare nemmeno degli ospedali privati?». Non sono sicuro, ma è molto probabile che alcuni di questi giornalisti fossero stati autori di articoli sulle inefficienze e sulla malasana «pubblica», in occasione di altri fatti drammatici relativi a cure non appropriate avvenuti negli ultimi mesi, fatti che si sono manifestati con maggiore o minore intensità negli ultimi anni e che continueranno a manifestarsi anche nei prossimi.

La mia risposta è sempre stata la seguente, articolata in tre elementi:

– il primo, banale, ma spesso dimenticato secondo cui, se sono legittimi e necessari commenti e valutazioni «a caldo», è necessario usare argomentazioni equilibrate, non emotive e giustizialiste e aspettare che i fatti siano accertati nella loro reale entità quantitativa e qualitativa;

– il secondo, che suggerisce, anzi impone, di evitare generalizzazioni: il giudizio sul comportamento di alcuni medici, di una struttura (o eventualmente di alcune altre per le quali la Regione Lombardia, in questo caso, ha attuato verifiche e controlli puntuali e mirati), non può essere, implicitamente o esplicitamente, esteso alla professionalità dei medici o di altri operatori o ad un intero settore, quello della sanità privata;

– il terzo, meno banale e meno diffuso, anche se ribadito più volte dagli editoriali e dagli articoli di *Mecosan*, è collegato dal fatto che la distinzione-contrapposizione pubblico-privato non è idonea né ad interpretare correttamente la realtà della sanità – e di tutti i settori cosiddetti di pubblici servizi o di pubblica utilità – né a definire adeguate ed efficaci politiche per il futuro.

La prima considerazione suggerisce di riflettere sul fatto che, nella società dei media, dell'informazione in tempo reale, della velocità, dello *scoop*, la capacità di agire sulla «emotività» individuale e, soprattutto, collettiva» prevale sulla applicazione del giornalismo (e più in generale dell'informazione moderna): occorre tenere ben distinta la descrizione dei fatti, che deve basarsi su elementi oggettivi e sicuri, rispetto ai commenti che, invece, sono soggettivi, si basano sulla esperienza, sui modelli interpretativi di cui ognuno è portatore, su ipotesi di cui ognuno deve prendersi la responsabilità. Nei giorni caldi del «dopo prima notizia» sulla S. Rita (e su altri eventi simili nella sanità e in altri settori), sembra essere stato prevalente il numero dei giornalisti, commentatori di ogni estrazione (politici, teorici, operatori del settore, ecc.), a volte anche studiosi coinvolti nelle decine di dibattiti televisivi o su altri media i quali, dopo aver detto la canonica frase «i fatti sembrano gravi, ma occorre aspettare che la magistratura, la Regione e la commissione di inchiesta appurino i fatti», si sono lanciati in analisi e valutazioni nelle quali era difficile distinguere i fatti dalle interpretazioni personali. Ovviamente, non è stato così per tutti, alcuni sono stati più pacati ed equilibrati, altri più focosi e preoccupati di difendere o di attaccare certi ambienti, il modello lombardo, il privato rispetto al pubblico, la deontologia e l'etica della professione medica o di altri operatori della sanità, i passati effetti del modello aziendale o manageriale di gestione. A me pare, comunque, che nel complesso abbia prevalso la logica dello «sbatti il mostro in prima pagina» (titoli come «clinica dell'orrore» sono un'evidenza di ciò).

La seconda considerazione, quella di evitare generalizzazioni, mi sembra invece

avere avuto una maggiore condivisione. A parte un certo numero di contestatori che non si sono fatti sfuggire l'occasione per rispolverare vecchie – e, sempre a mio parere, obsolete – ideologie contro «il privato cattivo che guarda solo al profitto» o contro «la classe medica che oggi antepone il facile guadagno all'interesse del paziente» o contro «l'economicismo come demone che corrompe l'umanesimo» nei sistemi di tutela della salute, sembra siano state prevalenti le voci di coloro che hanno affermato la necessità di essere inflessibili nel colpire eventuali colpevoli non solo di fatti illeciti, ma anche di fatti contrari alla deontologia professionale o all'etica, cogliendo l'occasione per realizzare azioni idonee a rafforzare questi valori. Peraltro, se dopo mesi o forse anni nei quali si è diffusa la «sfiducia nei confronti del sistema pubblico (almeno di molte Regioni) a causa di fatti (reali o presunti e, in molti casi, poi dimostratisi inesistenti) di malasanità», a seguito di questo o altri fatti si mettesse in crisi anche la «fiducia nei confronti della componente privata del sistema e della capacità del pubblico di controllarla», cosa resterebbe? La fiducia nelle strutture *non profit*, in alcune delle quali già si sono manifestati casi di non coerenza tra natura e fini dichiarati o sbandierati (*non profit*) e comportamenti di scarsa attenzione alle reali esigenze delle persone in stato di bisogno, o nei singoli «medici di fiducia», o nei maghi e fattucchiere o millantatori della «medicina alternativa non controllata».

La terza considerazione, riguarda il fatto che la distinzione tra pubblico e privato esiste, è un dato reale che riguarda l'origine del potere decisionale (proprietà nel privato e la rappresentanza «politica» nel pubblico), le regole tramite cui si prendono le decisioni e si gestisce, le regole di funzionamento dei controlli ed altri elementi, ma che non rappresenta una contrapposizione né sul piano del rispetto dell'etica, della legge o, mi sia permesso, nemmeno dell'efficienza. La vera contrapposizione, che sostengo da quasi quarant'anni, da quando come giovane ricercatore mi sono dedicato agli studi di economia aziendale (e al management delle amministrazioni pubbliche della sanità, al settore delle *public utilities*, al settore *non profit*), è tra due insiemi diversi. Da una parte vi sono, in grado di sviluppare proficue collabora-

zioni, sia persone e istituzioni che operano secondo le regole del privato (o del mercato) sulla base di principi imprenditoriali, di assunzione del rischio, di accettazione della valutazione e del riconoscimento del merito, sia persone e strutture pubbliche guidate veramente dal fine di perseguire interessi pubblici e generali. Dall'altra si collocano sia persone e strutture private che, al contrario, vivono sulle inefficienze del pubblico, su rapporti di *lobbying* o di amicizie perverse, sul profitto ottenuto a scapito dei pazienti e con danni per la comunità, sia persone e strutture pubbliche «preoccupate di gestire solo il potere derivato dalla loro carica o dalla investitura formale» e che utilizzano tali poteri per fini particolari, persone e istituzioni che, a loro volta, stabiliscono rapporti di collusione e patti di reciproco sostegno, dubbi sul piano dei corretti comportamenti quando non addirittura classificabili come illeciti e scellerati.

D'altra parte il «caso S. Rita» deve essere discusso poiché, nella sua complessità, propone vari aspetti che devono essere analizzati distintamente seppure in una visione unitaria. I problemi complessi vanno, infatti, affrontati cercando di separare i diversi aspetti per poi considerarli complessivamente nelle loro interdipendenze. Come dice un simpatico ed evocativo detto popolare: «il salame va tagliato e mangiato a fette per apprezzarne il gusto ed evitare l'indigestione».

Sistema di finanziamento. Nei sistemi basati sulla divisione tra funzione di raccolta e allocazione alla tutela della salute dei mezzi finanziari, da una parte, e quella di erogazione dei servizi ai cittadini «per conto» dell'ente finanziatore, dall'altra, semplificando si possono distinguere due grandi modelli: quello del cosiddetto «finanziamento a *budget*» e quello del «finanziamento sulla base della quantità e complessità delle prestazioni». Quest'ultimo sistema, tipico dei modelli fondati sulle assicurazioni private e in larga parte anche dei sistemi basati sulle mutue o sui fondi sanitari, è stato teorizzato anche per i sistemi pubblici con lo scopo di eliminare effetti giudicati negativi del monopolio pubblico. In Italia il sistema è stato effettivamente introdotto nella seconda metà degli anni novanta e utilizzato in modo più diffuso dalla Regione Lombardia per le pre-

stazioni ospedaliere e alcune prestazioni specialistiche senza ricovero con le finalità di:

a) rompere il monopolio che si ha quando lo stesso soggetto regola, finanzia ed eroga le prestazioni;

b) favorire la competizione tra strutture di offerta dei servizi, stimolando la ricerca di una maggiore efficienza e favorendo l'orientamento verso la specializzazione nella erogazione dei servizi;

c) realizzare, tramite la concessione di autonomia alle aziende ospedaliere pubbliche e l'introduzione del sistema di accreditamento, il superamento della distinzione tra erogatori pubblici e privati e promuovere la qualità e l'efficienza (tramite l'uso delle tariffe Drg);

d) consentire una maggiore «libertà di scelta» al paziente con riguardo alle strutture cui rivolgersi sulla base della qualità, reale o percepita e della fiducia che ogni azienda ha saputo conquistarsi nella società.

Il sistema di finanziamento a *budget*, ossia con l'assegnazione di un finanziamento complessivo determinato con criteri vari (spesa storica, indicatori di bisogni, ecc.) può essere causa di deresponsabilizzazione, perché l'eventuale difficoltà a rispondere alle esigenze dei pazienti (esempio lunghe code di attesa, impossibilità di ottenere prestazioni nei tempi richiesti dalla severità e dalle urgenze dei trattamenti) o il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico possono essere attribuiti o alla scarsità dei finanziamenti ottenuti o, viceversa, alla inappropriata attività svolta, alla cattiva organizzazione, o ad altre inefficienze.

I sistemi di «finanziamento a *budget*» richiedono, quindi, il rafforzamento dei sistemi di controlli di qualità, efficacia, appropriatezza, efficienza *interni* alle singole strutture (gli ospedali inseriti nelle aziende sanitarie) e a livello di «gruppo», ossia la Regione stimola e governa il rafforzamento dei sistemi di controllo interno delle proprie aziende sanitarie.

Il modello di «finanziamento a prestazioni» – in passato le giornate di degenza, oggi i sistemi di Drg e alcuni più sofisticati che si stanno sperimentando e applicando in vari Paesi – determina *strutturalmente* due effetti di segno diverso: positivo, legato alla competizione che si traduce in ricerca del miglioramento della qualità (a vantaggio dei pazienti) e dell'efficienza (a vantaggio

dell'azienda); dall'altro lo stimolo ad *aumentare* il numero delle prestazioni, poiché ciò determina un aumento dei ricavi. Se tale aumento è perseguito coprendo aree di bisogni precedentemente non soddisfatti, o attraendo pazienti da strutture che hanno minore qualità e costi maggiori, l'effetto è positivo. Se invece l'aumento delle prestazioni o della loro complessità (che comporta tariffe Drg più alte) è ottenuto tramite prestazioni superflue, inappropriate o addirittura dannose per la salute dei pazienti (come asportazione non necessaria di organi, trattamenti chirurgici innovativi non necessari e con conseguenze gravi per i pazienti), l'effetto è indubbiamente negativo, oltre che eventualmente illecito e non rispondente alla deontologia.

I sistemi di «finanziamento a prestazioni» devono essere governati con efficaci sistemi di *controlli esterni* da parte del soggetto finanziatore, nel caso specifico la Regione, poiché sono le singole strutture erogatrici ad avere un forte interesse a introdurre efficaci sistemi di controllo interno.

Sistema dei controlli. Si pone, così, il secondo aspetto rilevato, quello dei controlli regionali. Con riguardo a questo aspetto, sul quale si è concentrata una parte rilevante del dibattito, esistono varie tipologie. La prima, definibile tecnocratica, è quella di introdurre complessi sistemi di raccolta di informazioni sul sistema di tutela della salute a livello regionale e, eventualmente, nazionale. Essi si pongono l'obiettivo di raccogliere in modo sistematico dati di tutte le aziende pubbliche e private riguardanti il numero di pazienti, il tipo di prestazioni, i finanziamenti o costi, al fine di dedurre vari indicatori di efficacia, efficienza, economicità e, in alcuni casi, anche di impatto sui livelli di soddisfazione dei bisogni (*outcome*).

Un secondo tipo di controlli si effettua tramite periodiche verifiche presso le aziende accreditate (pubbliche e private) che erogano servizi. Si tratta di controlli «a campione» che dovrebbero riguardare gli aspetti sia di qualità delle prestazioni, sia di rispetto dei requisiti organizzativi idonei a tutelare i pazienti, sia di tipo amministrativo. Nel caso della Regione Lombardia si è scritto che erano stati effettuati controlli a campione sul 6% delle strutture. Tale livello, rispetto ad altre Regioni e anche rispetto agli standard internazionali, deve essere considerato buo-

no anche sul piano statistico. Si dimentica, però, che i controlli «a campione» sono efficaci solo nel caso di fenomeni fisiologici, cioè nei quali vi siano altri sistemi che inducono le persone a svolgere le proprie funzioni (esempio una adeguata organizzazione, la risposta della clientela nel caso di imprese che vendono beni o servizi di vario tipo, ecc.), mentre sono scarsamente efficaci nell'individuare situazioni patologiche. Infatti, chi ha comportamenti illeciti o comunque contrari alla funzionalità – nel caso della S. Rita perlomeno prestazioni inutili e inappropriate – normalmente sta ben attento a produrre documenti ineccepibili sul piano formale, oppure ha rapporti tali da consentirgli di conoscere in anticipo i periodi e lo svolgimento delle ispezioni e, quindi, di far trovare «tutto in ordine».

Anche in questo caso vale il principio secondo cui i sistemi complessi devono essere, da un lato, governati dall'alto e, dall'altro, controllati con metodi semplici, da non confondere con semplicistici. Per il governo del sistema si suggerisce di avere un numero limitato di regole e quindi si suggerisce la semplificazione. Per il controllo si suggerisce di applicare il concetto della semplicità organizzativa. Essa consiste nell'avere qualcuno che, tramite l'analisi di pochi indicatori, sia in grado di individuare «sintomi di anomalie» e di tenerli sotto controllo per alcuni mesi, per poi effettuare indagini o ispezioni approfondite. Un numero «anomalo» di interventi rispetto alle dimensioni della struttura o secondo il confronto con altre strutture, un tasso di sviluppo eccessivo in un sistema che ha, comunque, vincoli di finanziamento e spesa sempre più rigidi, dovrebbero essere sufficienti per guidare i controlli non sulla base del principio della «significatività statistica», ma della «significatività dei sintomi rilevanti». Ciò che sorprende della vicenda della S. Rita è che il caso sia emerso a seguito di alcune denunce da parte dei pazienti che non erano stati soddisfatti o che ritenevano di avere ricevuto danni alla propria salute e a seguito di intercettazioni telefoniche.

Nel dibattito si è parlato di costituire «organi indipendenti della Regione» cui demandare i controlli. Esiste anche una soluzione assai più semplice: chiedere che i dati sulle prestazioni effettuate, sui pazienti ricovera-

ti, sui Drg trattati, sui rimborsi siano resi accessibili a centri di ricerca nel settore. Con pochi giovani ricercatori ben guidati e motivati ad utilizzare dati empirici da presentare a convegni nazionali e internazionali dove si confrontano con altri, si avrebbe un controllo automatico su indicatori «anomali». Infatti, la logica del ricercatore legato alla realtà, non del ricercatore «topo di biblioteca» o «topo navigatore di internet», è quella di raccogliere dati che confermino certe teorie o, in presenza di dati anomali, che deve spiegare. Per un ricercatore, i dati anomali della S. Rita avrebbero sicuramente fatto scattare l'idea di un «caso di eccellenza» da studiare o di «dati sbagliati» poiché tra loro non coerenti.

La lotta a comportamenti illeciti ed eticamente riprovevoli non si fa con sistemi di regole e di controlli sempre più sofisticati sul piano tecnico – come del resto dimostra ciò che è capitato nei mesi scorsi nel «campo della finanza mondiale» dove esistono regole delle Borse, delle Banche centrali, degli organi di vigilanza molto avanzati – ma si fa «ritornando ai fondamentali», come si dice nello sport e nella vita. E, in questo caso, i fondamentali sono:

a) trasparenza dei dati tramite la facile accessibilità a quelli pubblici (quali le prestazioni e i pagamenti delle Regioni a strutture accreditate);

b) uso di «indicatori sintetici», non a caso il termine «indicatore», invece di quello di «indice», dovrebbe significare «ciò che segnala qualcosa di rilevante»;

c) messa a disposizione di dati e informazioni a soggetti che sono esterni al circuito direttamente interessato, come ad esempio i ricercatori: in questo modo si potrebbe aiutare anche la ricerca ad essere maggiormente integrata e utile alla società.

Non sfugge certo a chi scrive la facile critica a questo proposito. I ricercatori esterni non conoscono «come funziona il mondo reale», sono ingenui, sono condizionati con finanziamenti alla loro ricerca. Potrebbe essere vero, ma al Lettore si lascia la libertà di valutare se ritiene più facile creare un sistema di rapporti perversi o di potere tra politici, dirigenti e funzionari regionali, proprietari, dirigenti e professionisti oppure condizionare con poche centinaia di migliaia di euro centri di ricerca e ricercatori formati nella

cultura che la loro «responsabilità sociale» non è solo quella di fare ricerca rigorosa, ma quella di fare ricerca rigorosa, motivare la propria indipendenza di giudizio, segnalare agli organi competenti (Ministero, Regioni, ecc.) informazioni utili per le decisioni o dati che indicano anomalie.

Comportamenti illeciti e reati. Il terzo tema sollevato dal caso e che dovrà essere accertato dalla giustizia, riguarda i comportamenti illeciti, le connivenze, la truffa ed eventuali altri reati. Si tratta di fenomeni che ci sono sempre stati e sempre si saranno e che fanno parte del confronto tra *bene* e *male*. Fenomeni che non possono essere affrontati con sistemi di regole e di controlli di tipo giuridico, manageriale, tecnico, ecc. È pura illusione pensare di avere regole e controlli capaci di evitare o ridurre al minimo comportamenti illeciti e reati di individui finalizzati a obiettivi contrari al bene delle singole persone e della collettività.

Anzi, può accadere il contrario: più sofisticate e tecnicamente complesse sono le regole e i controlli, più agevole è la creazione di «gruppi di potere e *lobbying* illecite».

Si può, però, certamente dire che una società nella quale domina la cultura del risultato, della performance, del successo, indipendentemente da come essi sono stati ottenuti, è una società molto permeabile a comportamenti illeciti o almeno non in linea con la deontologia (professionale), con i criteri etici e morali.

Una società che crea ed esalta miti dello sport, quando ottengono risultati positivi, degli affari, quando ottengono eccezionali risultati economici, dello spettacolo, quando

sono sempre presenti sui media, della ricerca, quando ottengono riconoscimenti prestigiosi, e poi li distrugge, in maniera altrettanto acritica, quando si scopre che lo sportivo usava il *doping*, l'uomo di affari (imprenditore o manager) otteneva risultati con speculazioni azzardate o a danno dei risparmiatori, la persona dello spettacolo era al centro di ogni evento perché sostenuta da politici o da «amicizie influenti» o sfruttando idee di altri, il ricercatore otteneva riconoscimenti prestigiosi «rubando idee ad altri» o perché inserito in ristretti gruppi che si scambiavano premi e riconoscimenti, non aiuta certo a rafforzare comportamenti virtuosi, nei sistemi di tutela della salute, come in altri ambiti della società.

Oggi si parla tanto, troppo di regole: occorrerebbe parlare più di valori che stanno a monte delle regole o di comportamenti che stanno a valle. Le leggi e le regole sociali non sono oggettive come quelle della fisica, della chimica, delle scienze naturali o formali, ma esprimono determinati valori. E si moltiplicano anche le evidenze empiriche che dimostrano come «fatta la legge, le regole, il sistema di controlli, trovato l'inganno», ossia il modo di aggirarli.

Per non cadere nel moralismo, la conclusione è la seguente: una società che esalta il merito e l'eccellenza individuale oltre ogni ragionevole limite, non può certo aspettarsi il rafforzamento del senso delle istituzioni e l'attenzione al bene comune. Se si premiano comportamenti competitivi e di «produzione di prestazioni», non ci si può poi attendere comportamenti collaborativi o orientati a «produrre salute».

Ricreare una tensione costruttiva per e nel sistema di tutela della salute

Di cosa soffre il sistema di tutela della salute? Di sprechi e inefficienze, di eccesso di prestazioni «improprie», non correlati ai reali bisogni, di strutture inadeguate, di eccessiva attenzione al contenimento dei costi che fa perdere di vista il fine primario del sistema che è quello di tutela della salute e della migliore qualità (reale e percepita) dei servizi per i pazienti. Inoltre tale aspetto di criticità è rappresentato dai comportamenti dettati da interessi particolari (di tipo economico, di potere, ecc.) opposti a quelli che dovrebbero derivare dai «valori» di attenzione alla persona che soffre o che muore, che dovrebbero guidare la scelta e le azioni di tutti coloro che direttamente o indirettamente (esempio fornitori di farmaci, presidi, attrezzature) possono incidere positivamente o negativamente sulla qualità di vita di altre persone. Certamente tutte queste ragioni concorrono a determinare il «malessere e le difficoltà» in cui si dibattono i sistemi di tutela della salute di moltissimi paesi aggravati dai contrasti e dai conflitti tra i diversi livelli di governo del sistema con riferimento ai fattori che stanno determinando rilevanti difficoltà finanziarie e di suo funzionamento: vale per tutti il serrato confronto nel nostro Paese tra Stato e Regioni circa l'entità del disavanzo accumulato negli anni e le sue cause.

Tuttavia si ritiene che la causa profonda dell'attuale stato di malessere sia riconducibile a due principali fattori:

- 1) il paradosso del progresso;
- 2) la noncuranza o la debolezza di «tensioni positive nel sistema» che sembrano essere sovrastate dalle «tensioni negative».

Con riguardo al primo punto, si può osservare che l'enorme e rapido progresso delle conoscenze ha innalzato in tempi brevi e in termini molto generalizzati le attese, le

aspettative e, non di rado, le speranze non ancora fondate su possibilità reali. Ciò ha determinato il rapido e diffuso aumento della domanda nei confronti delle strutture di offerta che, per ragioni intrinseche e non solo per effetto di inefficienze di vario tipo, non riescono a seguire l'evoluzione della domanda con la necessaria velocità. Da qui l'emergere del malessere e dell'insoddisfazione dei pazienti e in generale della popolazione che, qui sta il paradosso, possono essere considerati come sintomi positivi in quanto segnalano che esiste uno «spazio di miglioramento».

Si possono paragonare tale malessere e tale insoddisfazione al dolore o a sintomi di malessere corporeo che il paziente prova quando è sottoposto a determinate terapie e che sono la dimostrazione che il corpo sta reagendo alle cure. Come occorre «tenere sotto controllo» il dolore e le reazioni provocate da cure efficaci, anticipandoli, chiarendoli e tranquillizzando i pazienti, occorre «tenere sotto controllo» le forme di «malessere e insoddisfazione fisiologici» collegati al progresso, tramite una più estesa e corretta informazione sul fatto che, ad esempio, una scoperta scientifica non si trasforma immediatamente in metodiche di cura, ma spesso richiede parecchi anni o che, applicazioni «di successo» ma «sperimentali» di determinati trattamenti, non possono essere immediatamente applicati su vasta scala perché occorre formare le professionalità adeguate e occorre evitare che una applicazione di trattamenti senza le necessarie garanzie possa determinare effetti negativi e non positivi per la salute.

Il secondo fattore, ossia la prevalenza di tensioni negative rispetto a quelle positive è in un certo senso figlia della «cultura e dei paradigmi economici» oggi dominanti. Senza

voler ampliare eccessivamente l'analisi di un fenomeno che è complesso e multidimensionale, si sottolinea come nella cultura economica nella quale prevalgono i concetti di produzione, aumento della produttività, tecnologia come motore dello sviluppo economico e del progresso civile, la destinazione di risorse per soddisfare i bisogni di salute viene considerata come «consumo finale di tipo improduttivo», il che porta a individuare l'obiettivo di contenimento di tale spesa come *obiettivo primario* di breve-medio periodo delle politiche economiche. Si afferma sovente che «il contenimento della spesa corrente per servizi di *Welfare* è un *male necessario* per poter mantenere e rilanciare le opportunità di sviluppo nel lungo periodo a vantaggio delle future generazioni». Chi scrive non concorda con questo modello interpretativo, poiché ritiene che lo sviluppo economico è il risultato di un difficile equilibrio da mantenere tra produzione e produttività, consumi e qualità dei consumi, risparmio *reale* e *monetario* e investimenti e che la qualità dello sviluppo economico e del progresso umano e civile *dipende* dalle priorità date a certe catene del valore. Si può scegliere di sostenere la ripresa e lo sviluppo economico privilegiando la «catena di produzione-consumi-risparmi-investimenti» che ruota attorno alla spesa bellica, alla cosiddetta industria pesante, all'auto, all'edilizia, alla ricerca spaziale, all'informatica, alle telecomunicazioni, ma anche attorno alla tutela della salute, alla difesa dell'ambiente, alla lotta contro la povertà, alla cultura, ai bisogni cosiddetti «del tempo libero», ecc.

Al di là delle proprie convinzioni e delle proprie conoscenze, lo studioso deve prendere atto della cultura dominante che, per la società ha comportato il prevalere negli ultimi anni di una specie di «tensioni negative» derivanti dalle politiche di contenimento della spesa, specie pubblica.

Come è possibile reagire a tale situazione e introdurre nel sistema dosi massicce di «tensione positiva e propulsiva»?

Per ottenere questo risultato è necessario introdurre e far assimilare al sistema alcuni messaggi chiave idonei a *bilanciare*, si sottolinea il termine «bilanciare» volutamente usato invece che quello di sostituire,

i messaggi-chiave o i messaggi-forza che si sono imposti nell'ultimo decennio.

Il *primo* è quello della *progettualità* che deve bilanciare il concetto di razionalizzazione.

Infatti, quest'ultimo è in un certo senso riduttivo in quanto incorpora ed esprime l'idea di «fare meglio ciò che già si sta facendo». Progettualità, al contrario, evoca una attività intellettuale proiettata a prevedere il nuovo, a prepararsi ad affrontare i problemi di salute del domani, a decidere le modalità con cui realizzare un sistema di offerta capace di rispondere alle esigenze emergenti o prevedibili. Progettare significa chiedere alle persone di:

a) riflettere sulle tendenze della società per quanto riguarda i problemi della salute: si tratta di un'attività che si sta «atrofizzando» in un mondo nel quale si è spesso chiamati a decidere, a decidere in fretta, a fare;

b) cambiare schemi mentali, il che stimola la creatività delle persone: qualità questa che a sua volta sembra oggi minacciata dalle abitudini, dalla diffusione di comportamenti standardizzati, dalle stesse tecnologie dell'informazione e comunicazione che sembrano (e si sottolinea «sembrano») farci trovare «pronte per l'uso» non solo le informazioni, ma anche le risposte ai problemi più vari, compresi quelli della salute (si vedano alcuni «portali» o «servizi *on line*» anche in questo settore).

Tuttavia va chiarito che l'attività di «progettazione» è assai diversa da quella di innovazione, creatività, prefigurazione di scenari per il futuro. Nei sistemi organizzativi essa deve avere le caratteristiche di focalizzare (deve saper individuare i problemi rilevanti per il contesto), *fattibilità* (deve avere una possibilità non marginale di veder realizzate le proposte), *coerente con gli spazi* decisionali esistenti. Per questo la progettualità non è in contrasto con la razionalizzazione, ma al contrario ne è il completamento. Razionalizzare il funzionamento attuale del sistema di tutela della salute, significa infatti «ampliare gli spazi per far entrare la progettualità». La sola razionalizzazione concentra le persone sui vincoli e gli ostacoli e spesso impedisce di ottenere risultati positivi perché propone tipiche soluzioni cosiddette «a somma uguale o minore di zero» (qualcuno trae vantaggio a scapito

di qualcun altro, somma uguale a zero, oppure tutti percepiscono il rischio di avere svantaggi, il che fa sorgere inevitabilmente conflitti). Razionalizzazione che si aggiunge alla progettualità orienta invece le persone a concentrare i propri sforzi su soluzioni che, almeno nel medio periodo, possono essere del tipo «a somma maggiore di zero», il che vuol dire capaci di rispondere in modo più soddisfacente alle attese di pazienti (per primi), medici e altri professionisti, *manager* delle aziende, delle Regioni e del Ministero, decisori politici. Se nella progettazione si è capaci di *mettere in evidenza* questa caratteristica (somma maggiore di zero), è possibile diminuire il livello dei conflitti e diminuire le resistenze alla razionalizzazione.

Il *secondo* messaggio che deve essere rafforzato è quello della *responsabilizzazione*. Infatti, l'introduzione del Ssn che ha definito la salute come «diritto delle persone» (dichiarazione del tutto condivisibile e segno di grande civiltà), il conseguente passaggio alla «copertura estesa a tutti i cittadini» e al finanziamento tramite fiscalità, la grande enfasi sulla necessità di valorizzare le scelte del paziente sono tutti elementi positivi di evoluzione del sistema che, tuttavia, hanno contribuito a creare una condizione strutturale di debolezza. Si è diffusa e consolidata l'idea che tutto fosse dovuto in tema di salute, sottovalutando il fatto che l'organizzazione del sistema di offerta implica il sostenimento dei costi. Vi è stata una deresponsabilizzazione che, ad esempio, ha portato a comportamenti di eccessivo uso dei servizi di salute o di ricorso improprio alle strutture di offerta (domanda impropria).

D'altra parte l'esplosione della tecnologia ha diffuso tra medici e operatori sanitari (non tra tutti per fortuna) una specie di «fiducia incondizionata in essa» e una delega delle proprie funzioni di diagnosi e cura. La congruenza è stata un sempre più rapido aumento di richieste di accertamenti, una fiducia incondizionata e spesso acritica in parametri «che rientrano o non rientrano nella norma», il tentativo di costruire «sistemi esperti» ritenuti in grado di definire il migliore percorso diagnostico-terapeutico a valle di certi *input*. Altro aspetto della deresponsabilizzazione dei medici e degli altri operatori della salute è quello di usare accertamenti e trattamenti non richiesti «a

scopo puramente cautelativo» (la cosiddetta medicina difensiva) che non sono finalizzate a migliorare lo stato di salute, ma solo ad evitare azioni di responsabilità penale e civile.

Anche chi svolge funzioni di «decisore sulle politiche pubbliche» è sempre più frequentemente indotto ad assumere atteggiamenti di deresponsabilizzazione. In una società che premia l'immagine, la comunicazione, a volte la capacità di esorcizzare la realtà tramite la creazione di illusioni è senza dubbio più facile *fare promesse non sempre fondate su condizioni di fattibilità che non promettere solo soluzioni realistiche*, agire sulla sfera della emotività, individuale e/o collettiva, piuttosto che sulla sfera della razionalità.

La tendenza alla deresponsabilizzazione è stata favorita, in un certo senso, anche dall'aumento della complessità del sistema. Più complesso è il sistema, più facile è la tendenza ad «attribuire ad altri» (al Governo, alle Regioni, alle aziende sanitarie, ai medici, ai *manager*, agli stessi pazienti accusati di consumismo sanitario) la responsabilità per l'insoddisfacente funzionamento del sistema e per insoddisfacenti risultati economici.

L'adozione di modelli istituzionali idonei a distinguere le funzioni di indirizzo generale (esempio definizione dei LEA) da parte dello Stato, la programmazione del sistema di offerta e di modalità per il controllo della domanda e il finanziamento della spesa (Regioni), la definizione delle politiche contestualizzate nei territori di competenza, degli obiettivi assegnati alle diverse unità organizzative più o meno complesse (dipartimenti, distretti, unità operative, complesse o semplici, poliambulatori, ecc.) sono strumenti atti ad individuare e distinguere i diversi livelli di responsabilità. Ciò significa che ognuno, invece di concentrare le proprie analisi e le proprie energie nello sforzo di «rimandare le responsabilità ad altri soggetti», sarà stimolato a concentrarsi maggiormente nella ricerca e nella individuazione dei «propri sforzi di azione» (fattori direttamente controllabili) e ad agire positivamente su di essi.

La *terza* leva da usare per un rilancio del sistema di tutela della salute è quella della valorizzazione e della motivazione del personale. Oggi, anche in relazione alle

elevate attese dei pazienti e dell'opinione pubblica sulla qualità di un servizio di così elevata rilevanza, spesso vengono portati all'attenzione dei *media* i casi di cattivo funzionamento del sistema (casi di malasanità e di errori) ed anche fatti illeciti che vanno a danno della salute (frodi, tangenti, ecc.). Non si può negare che siano fatti gravi che, tuttavia, ad una analisi approfondita riguardano comunque un numero ridotto di persone rispetto a tutte quelle che operano nel sistema facendo ogni giorno il proprio dovere con dedizione e professionalità e, non di rado, andando anche oltre perché cercano di superare le *carenze strutturali* del sistema.

A parte queste considerazioni, anche la priorità data alla semplice razionalizzazione e contenimento della spesa spesso perseguito con interventi «centralistici» e di «controllo rigido delle scelte» (da parte dello Stato e, recentemente, delle Regioni nei confronti delle aziende sanitarie e, a cascata, dei Direttori generali, dei Dirigenti sanitari e non sanitari di unità organizzative, dei medici, del personale sanitario e del personale amministrativo) ha determinato un forte calo della motivazione. Spesso questi interventi di tipo amministrativo e burocratico presentati erroneamente e astrattamente come interventi di carattere «manageriale» e «aziendale» per nobilitarli, hanno addirittura interferito con l'autonomia clinica ed assistenziale (che è propria del professionista) ponendosi al limite (quando non oltre i limiti) dei poteri organizzativi, creando anche problemi «etici». Tali situazioni avrebbero potuto e dovuto essere evitate con una gestione manageriale vera per non generare il rischio di curare in modo inadeguato i pazienti al fine di rispettare vincoli economici, cosa che non rientra tra le alternative del buon *management*.

Le decine e le centinaia di migliaia di operatori del sistema che hanno scelto di operare con professionalità per generare benefici per altre persone, si sentono spesso «spossate» della loro autonomia (e a volte della loro dignità di lavoratori e professionisti di un «settore particolare») e, soprattutto, vedono spreca la loro carica di creatività e di ricerca del miglioramento che molti di loro hanno. Occorre *rilanciare a tutti i livelli* un grande progetto di motivazione del personale, e di coinvolgimento nella ricerca di

soluzioni innovative tramite la concessione di una maggiore autonomia decisionale e operativa collegata ad obiettivi che garantiscano l'equilibrio di sistema.

In altre parole occorre fare esattamente l'opposto di quanto oggi viene fatto in molte realtà: di fronte ad una realtà sempre più complessa, non bisogna centralizzare e porre vincoli rigidi e dirigisti (che risolvono il problema solo nel breve, e quindi fittiziamente, aggravandolo nel medio-lungo periodo), ma al contrario occorre *avere il coraggio* e la professionalità che caratterizza il *manager-leader* di coinvolgere e motivare le persone per poter mettere in campo tutte le energie e la carica innovativa spesso «imprigionata» dai vincoli. Coinvolgere e motivare non vuol dire delegare a comportamenti completamente soggettivi e discrezionali delle persone, ma vuol dire dare orientamenti e dare obiettivi che tengono conto delle esigenze e delle difficoltà del sistema. Vuol dire responsabilizzare, come si è scritto in precedenza, le persone nei confronti dei propri pazienti (che devono essere curati in modo adeguato alle loro esigenze e senza spreco, nei confronti della sopravvivenza del sistema sanitario. Data l'efficacia dell'assistenza, occorre anche ricercare il contenimento dei costi perché la continuità dell'assistenza dipende dalla continuità del sistema. Persone motivate si preoccupano anche della efficienza e dell'economicità delle aziende sanitarie e del sistema regionale e nazionale, ma lo fanno *cercando, e spesso trovando* soluzioni ben più valide di quelle che molti burocrati o «*manager d'assalto*» trovano «a tavolino» senza essere stati sulla *frontiera* del lavoro quotidiano a contatto con i pazienti.

La *quarta* leva è quella della *selezione*. Dato l'enorme aumento delle possibilità di intervento occorre diffondere, anche tramite la formazione e adeguati sistemi di valutazione (ad esempio della efficacia e qualità dei trattamenti, del rapporto benefici-costi ed altri) il principio che occorre *selezionare, stabilire ordini di priorità*. In passato, si riteneva che queste funzioni dovessero essere esercitate a livello di decisione politica, a livello di programmazione, mentre l'esigenza di decidere cosa fare prima e cosa dopo, cosa fare direttamente e cosa rinviare ad altra struttura più adeguata per quel tipo

di problema, se intervenire o non intervenire poiché il problema posto può benissimo essere affrontato dal paziente con auto-controllo o autoassistenza, sono decisioni quotidiane.

Purtroppo, anche nel sistema di salute si sono diffuse logiche secondo cui «tutto è dovuto» e quindi si è indebolita la capacità di selezionare. Questo almeno nella società occidentale, nel nord del mondo ricco. Nei Paesi poveri e nel Sud del mondo il problema non si pone poiché i bisogni sono tali e spesso così «di base» da rendere utile qualsiasi intervento, purché non palesemente strumentale o in mala fede.

Il *quinto* concetto su cui si vuole attrarre l'attenzione è quello che sostituisce la competizione, che è stata ed è ancora considerata una forte leva del cambiamento. Più volte dalle pagine di questa Rivista ci si è soffermati sul concetto della competizione (concorrenziale e collaborativa), sulle differenze strutturali tra competizione nei settori dei beni di largo consumo (fungibili) e dei beni strumentali, sui limiti (e rischi della competizione in sanità). Si è peraltro riconosciuto che esiste una indiscutibile necessità di introdurre sistemi idonei a incentivare il miglioramento. Avendo verificato che nel concreto, nonostante tutti i distinguo e le precauzioni, il concetto di competizione viene molto spesso interpretato secondo paradigmi classici consolidati in altri settori dell'attività economica (con le inevitabili distorsioni), in questa sede si propone di sostituire il principio della competizione con quelli della emulazione e della segmentazione delle competenze. Esse implicano che le scelte delle aziende, dei dipartimenti, delle unità organizzative, delle diverse *équipe* di medici e altri operatori debbano essere guidati dal principio/valore di:

a) cercare di *emulare* chi sul piano tecnico-professionale, assistenziale, organizzativo ha dimostrato di aver trovato soluzioni più soddisfacenti in termini di risposte ai bisogni di salute e sul piano economico;

b) dedicare i propri sforzi e le proprie risorse a sviluppare competenze e soluzioni per quei settori della tutela della salute nei quali vi è «carezza di offerta» segmentazione concertata delle competenze.

Questi principi eviterebbero di assumere comportamenti che determinerebbero una

forte concentrazione di offerta per quelle aree di assistenza ritenute «più convenienti» (specie con il sistema delle strutture accreditate) o «più facili e a minor rischio», lasciando scoperte aree di bisogno ad elevato «valore sociale» anche se con più basso «valore economico».

Concretamente tali principi possono essere posti alla base di un sistema di «programmazione concertata» ben diversa dai sistemi di «programmazione rigida» e di «programmazione finanziaria» che oggi sono dominanti.

Il concetto di competizione evoca principalmente un rapporto con altre aziende sanitarie (pubbliche o private) finalizzato ad *attrarre le preferenze* del paziente utilizzando la qualità di servizi a un costo inferiore (aspetto positivo della competizione), ma a volte utilizzando aspetti non essenziali e non centrali del servizio, a volte addirittura utilizzando strumenti discutibili sul piano etico, quali informazioni «strumentali», quali ad esempio «questo accertamento può essere eseguito fra 2-3 mesi se si ricorre all'ospedale pubblico, mentre può essere eseguito immediatamente in forma privata», creazione di rapporti «preferenziali» con medici che influenzano le scelte dei pazienti circa la struttura di offerta, azioni che concorrono ad allungare le liste (e i tempi) di attesa negli ospedali pubblici. Il concetto di concorrenza, anche quando è usato con strumenti e con valori positivi, ha come elemento centrale «l'obiettivo di spostare il paziente da una azienda all'altra», a volte con vantaggi effettivi per il paziente, altre volte senza sostanziale beneficio per i pazienti e con benefici molto marginali e molto inferiori ai «costi della concorrenza» (esempio investimenti nella comunicazione e nel miglioramento del *comfort* invece che investimenti nella ricerca).

I concetti di *emulazione* e di *programmazione concertata* per lo sviluppo nelle aree dove l'offerta è carente, si fondano sui seguenti fattori:

a) aumento della capacità di offerta di qualità, nei casi in cui già esiste ma è insufficiente sul piano qualitativo o quantitativo;

b) attivazione di una capacità di offerta «nuova» nelle aree (ad esempio Regioni) dove tale offerta non esiste e dove si genera perciò emigrazione sanitaria.

Non è centrale la capacità di spostare pazienti da una azienda ad un'altra, ma è centrale «la capacità di generare una potenzialità di offerta *aggiuntiva* a favore dei pazienti e della comunità».

Sono concetti che qualificano il principio della competizione giocato su fattori positivi, ma che al tempo stesso inducono a contrastare le *forme di competizione giocata su fattori marginali per l'equilibrio generale del sistema*, quando non addirittura negativi, ad esempio concorrenza che si traduce in aumento complessivo della domanda di prestazioni superflue o inappropriate e finalizzate solo a migliorare il risultato economico della singola azienda (esempio pareggio delle aziende ospedaliere pubbliche) senza preoccupazione per l'equilibrio sostenibile dal sistema, regionale o nazionale. La concorrenza *può far leva sulla scelta del paziente* per migliorare i risultati

delle aziende, l'emulazione e la programmazione concertata fanno leva sulle risorse e le potenzialità delle aziende per ridurre il divario tra le risposte a problemi e a bisogni di salute cui *potenzialmente* si è in grado di dare risposte e *livelli effettivi* di risposte.

Inoltre i concetti-messaggi su cui si basa quest'ultima strategia per il rilancio del sistema di salute, progettazione, autonomia e responsabilizzazione, valorizzazione e motivazione, sviluppo dell'attenzione e della capacità di selezione, si rivolgono *direttamente* alle persone e non genericamente alle aziende, agli organi aziendali. Quindi sono più idonei a ridare centralità al rapporto interpersonale, paziente-medico, paziente-altro operatore (anche amministrativo). Si è messo prima il termine paziente non casualmente, ma per indicare che l'origine e il fine del rapporto sono il bisogno di salute di una persona e una adeguata risposta.

La filiera della salute: l'economia riscopre la persona

La crescente spesa per la tutela della salute rappresenta un rischio per la compatibilità economica dei Paesi progrediti e per la loro competitività nel contesto globale. I disavanzi della finanza pubblica nei sistemi basati sulla fiscalità, non evidenziati a preventivo con l'*escamotage* della sottostima del finanziamento ma che si manifestano inevitabilmente a consuntivo, i frequenti interventi pubblici «per ripianare le perdite delle mutue» nei Paesi con sistemi mutualistici, la richiesta delle imprese di ridurre i costi a loro carico per la copertura sanitaria dei dipendenti al fine di contenere il costo del lavoro e la continua espansione del costo dei «programmi pubblici» a favore di persone escluse dal «circuito delle assicurazioni private» aziendali o individuali (*Medicaid*, *Medicare* in USA) sono sintomi della «crisi» dei sistemi di tutela della salute che sembra accomunare i Paesi progrediti.

A fronte di essa sta la «crisi» di segno opposto dei Paesi poveri per i quali non esistono le poche risorse finanziarie che sarebbero necessarie e sufficienti per combattere ed eradicare alcune malattie endemiche che causano milioni di morti all'anno e che costituiscono, assieme all'istruzione, uno dei più rilevanti, se non il più rilevante fattore di sottosviluppo, o del mancato sviluppo.

Dalle analisi prevalenti si trae la percezione che il miglioramento delle conoscenze, la possibilità di risolvere positivamente un numero maggiore di problemi di salute rispetto al passato, l'invecchiamento della popolazione, la sopravvivenza di portatori di disabilità o di persone colpite da malattie e da traumi invalidanti, stiano diventando «problemi» per la società e non indicatori di progresso. In effetti, molte analisi mettono in evidenza gli *enormi progressi* nel livello e nella qualità di tutela della salute ottenuti

negli ultimi decenni in virtù di nuove scoperte scientifiche, della innovazione nel campo dei farmaci, delle attrezzature e apparecchiature diagnostiche, terapeutiche e della produttività complessiva. Non si dimenticano, né si intende sottovalutare questi elementi positivi delle analisi, ma si vuole solo sottolineare che, specie nell'ultimo decennio, l'esplicitazione e le considerazioni critiche sugli aspetti negativi degli attuali sistemi di tutela della salute hanno prevalso su quelle che mettevano in evidenza gli elementi positivi e hanno diffuso l'idea, la percezione, la convinzione che «si stiano raggiungendo i limiti della fase positiva» della evoluzione del sistema.

Il rischio della diffusione di un certo «pesimismo», alcuni preferiscono parlare di «realismo della ragione», della compatibilità economica e le previsioni sul fatto che solo alcune operazioni finanziarie che consentono di anticipare le entrate e di rinviare le spese consentono di posporre nel tempo il nodo gordiano della revisione (al ribasso) dei livelli assistenziali sembrano trovare proprio nei mesi più recenti un bilanciamento nell'emergere di nuovi paradigmi interpretativi e in nuove prospettive d'analisi.

Esse, in un certo senso, sembrano idonee a rilanciare prospettive più positive. Si fa riferimento in particolare alla convergenza di un numero crescente di studiosi e ai risultati di un numero crescente di analisi empiriche su quella che viene sempre più frequentemente identificata come la «filiera della salute». Si tratta di un paradigma di analisi e di interpretazione dell'economia moderna già proposto in passato dalle colonne di *Mecosan* (sia in alcuni editoriali, sia in articoli), ma che ora si intende opporre in modo sistematico e organico. Si valuta opportuno partire dalla enunciazione di tale modello di analisi e in-

interpretazione per poi cercare di dimostrarne la consistenza e la fondatezza sul piano della logica economica. La tesi può essere sintetizzata nei seguenti termini: le attività economiche generate dal fine di rispondere ai bisogni di salute, costituiscono una «filiera» che può sostituire altri tradizionali circuiti di produzione-consumo che, a seguito dei processi di globalizzazione, si sono trasferiti o sono strutturalmente destinati a trasferirsi in altre aree geoeconomiche. Corollario di questo modello di analisi è quello secondo cui gli investimenti e i finanziamenti internazionali destinati al miglioramento dello stato di salute delle popolazioni dei Paesi poveri, possono essere lo strumento più efficace per rompere il circolo vizioso della povertà e del mancato sviluppo.

Con riguardo alla prima parte di questo paradigma ci si muove dalla constatazione che ormai la maggior parte dei beni materiali è producibile tramite macchine o da persone che non hanno bisogno di esperienze accumulate, o che possono imparare facilmente. I vantaggi della specializzazione, che molto tempo fa erano evidenziati dalle teorie sul commercio internazionale, esaltati dalla «apertura» di molti sistemi socio-politici ed economici hanno accentuato i vantaggi competitivi collegati al basso costo del lavoro, al basso costo della terra (del territorio su cui insediare le attività), all'elevato livello di produttività. La conseguenza è stata il trasferimento di tali «filiera» dai Paesi progrediti ai Paesi emergenti. Per un certo periodo si è ritenuto che il mantenimento della proprietà e delle leve di governo, il controllo dei processi di assemblaggio dei beni e di commercializzazione potesse mantenere ai Paesi progrediti una quota significativa del reddito. Anche quando ciò è stato possibile, l'effetto è stato quello della concentrazione della ricchezza in fasce sempre più ristrette della popolazione e della progressiva perdita di potere di acquisto e di sicurezza per le classi intermedie.

Processi analoghi di delocalizzazione si sono realizzati negli anni successivi anche per molti settori di servizi le cui caratteristiche sono state sempre più standardizzate, e quindi ripetibili e riproducibili anche in virtù delle nuove tecnologie (si pensi ai *call center*, ai servizi di prenotazione, ai servizi contabili, alla stessa produzione di *software*

applicativi, ecc.). Anche in settori di servizi per i quali fino a qualche anno fa si ipotizzava la possibilità di difesa tramite il possesso di *know how* e di specifiche esperienze accumulate, le barriere sono diminuite sempre di più e sono rimasti nei Paesi progrediti i «segmenti di attività e di mercato più elevati», che hanno un più elevato valore aggiunto ma che comunque danno origine a processi di concentrazione della ricchezza.

In anni recenti, poi, è apparso sempre più evidente che anche i settori cosiddetti *high-tech* o ad elevato contenuto di conoscenze sono soggetti a fenomeni di «delocalizzazione» e di «concentrazione» in aree ad elevata specializzazione nelle quali sono presenti persone con elevato livello di preparazione (si pensi al grande numero di ingegneri, di esperti di informatica, di tecnici di alto livello, di ricercatori presenti in Cina, India e altri Paesi).

Senza entrare nel merito del bilanciamento tra potenziali vantaggi e svantaggi, a breve e lungo periodo, di questi processi di «ristrutturazione globale» dell'economia, si deve prendere atto del fatto che nel breve-medio periodo molte delle tradizionali «filiera» di produzione-consumo-investimenti sulle quali si è fondato sino ad oggi lo sviluppo economico nei Paesi occidentali, si stanno trasferendo in altre parti del mondo. Nei Paesi occidentali, semmai, restano «parti di queste filiere», non di rado le parti di elevato livello, di alta gamma come si usa dire, che comunque alimentano il circuito della ricchezza e del benessere di un numero proporzionalmente più ristretto della popolazione.

A loro volta le «filiera» collegate alle cosiddette «industrie pesanti» (edilizia, *automotive*, ecc.) sembrano meno efficaci rispetto al passato nel sostenere la ripresa o lo sviluppo economico, di fronte a limiti oggettivi quali sono le normative di tutela dell'ambiente, la congestione delle città (per le auto), i costi crescenti delle risorse naturali (petrolio, gas, altre materie prime) e altri fattori socio-istituzionali quali le politiche del mercato del lavoro.

In questo scenario quella della tutela della salute può rappresentare una «filiera» di attività e di valore in parte sostituiva di altre, in grado di contribuire alla ristrutturazione

del modello economico e del modello di vita della società del futuro che:

a) per i beni materiali (*commodities*) e per i servizi di largo consumo, per quelli legati alla cultura e al tempo libero, sembra destinata ad uno sviluppo «a tre velocità» o «a tre livelli»: uno costituito da una quota sempre più ristretta di popolazione ad elevati redditi con consumi ad elevato valore (intrinseco, o di *status*, o di percezione), un secondo costituito da popolazione caratterizzata da redditi più bassi rispetto al passato (schiacciamento delle classi intermedie) che tuttavia potrà mantenere soddisfacenti o accettabili livelli di consumi ricorrendo a beni e servizi «low cost», un terzo costituito da persone emarginate dal circuito dell'economia ufficiale che avranno accesso a livelli essenziali di servizi e di qualità di vita in virtù di interventi di solidarietà (pubblica o del privato *non profit*);

b) dovrà dare più spazio e più rilevanza ai «servizi alla persona» quale motore di una economia che si sviluppa a livello globale, che è caratterizzata da rilevanti trasferimenti di ricchezza in nuove aree geopolitiche e sociali (nei prossimi decenni il Pil della Cina supererà quello degli USA e quello dell'India e di altri Paesi emergenti supererà quello degli attuali appartenenti al gruppo dei G8), che però deve, o vuole, evitare il declino di aree che hanno sperimentato il benessere.

Affinché il concetto di filiera della salute non resti astratto o una pura formulazione teorica, occorrono politiche efficaci nell'affrontare due principali problemi:

1) quello della compatibilità macroeconomica;

2) quello della «produttività del sistema salute».

Sul primo aspetto si osserva che sarà possibile sostenere un più elevato livello di spesa per la tutela della salute (e più in generale per proteggere i bisogni integrati assistenziali e di salute) se:

a) ci si orienterà verso forme di finanziamento «misto» del sistema, in parte con il ricorso alla fiscalità (come accade nei sistemi di servizio pubblico o nei Paesi con forti «programmi pubblici», come *Medicare* e *Medicaid* negli USA, Paese nel quale per la prima volta nella storia, nel 2005 la quota di finanziamento pubblico è stata del 51% del totale, quindi superiore a quella privata), in parte con il ricorso a forme di copertura di

tipo «solidaristico» (mutue), in parte con il ricorso a forme di copertura collettiva del rischio di salute (assicurazioni private o fondi integrativi), in parte con il ricorso al finanziamento diretto da parte di cittadini che hanno una adeguata capacità di reddito;

b) vi saranno iniziative di informazione e sensibilizzazione sui «modelli di consumo», oltre che sui modelli di produzione, tali da rendere chiaro che destinare una quota maggiore di risorse (del Pil) alla «filiera della salute» significa, a parità di altre condizioni, la disponibilità della società a ridurre o a rinunciare ad altri tipi di bisogni e alle filiere ad essi collegate (ad esempio parte di quelle del tempo libero e dell'*entertainment*);

c) infatti, se da un lato è corretto sensibilizzare la popolazione (e responsabilizzare i politici) sul fatto che nel campo della salute non si può dare (e soprattutto promettere) tutto a tutti, è altrettanto vero che occorre sensibilizzare la popolazione (e responsabilizzare i politici) sul fatto che non si può pretendere (e promettere) una assistenza di qualità (ad esempio taglio delle liste d'attesa) senza dedicare al settore adeguate risorse e senza «riorientare» risorse da altri settori;

d) è necessaria una più efficace azione culturale capace di diffondere nei cittadini, nei pazienti, negli operatori, in chi si richiama a valori etici profondi e sinceri che può essere accettata la teoria (e le conseguenti politiche) secondo cui la «salute non ha prezzo, ossia deve essere garantita *comunque* anche a chi non è in grado di pagare i servizi», ma che essa «ha un costo», ossia richiede l'impiego di risorse che devono essere disponibili: in assenza di risorse si ha inevitabilmente un effetto di esclusione dal diritto alla salute, una selezione delle persone.

La compatibilità macroeconomica, inoltre, richiede che siano assunte «politiche almeno coordinate, meglio se integrate» lungo tutta la filiera che va dall'assistenza in strutture o al di fuori di esse (come la farmaceutica convenzionata), al sistema di fornitura delle tecnologie, dei beni durevoli, dei farmaci, di altri beni ad uso sanitario, di altri beni di consumo (suddiviso nelle due componenti del sistema di produzione dei beni e di distribuzione degli stessi), al sistema dello sviluppo e ricerca di beni e servizi, al sistema della ricerca di base.

La compatibilità macroeconomica può essere mantenuta solo se il nostro Paese (ma le

considerazioni valgono per ogni Paese) non diventerà prevalentemente un «mercato di sbocco» che sostiene la spesa, ma il cui valore aggiunto esce poi dal Paese. Se tutta la «filiera», o buona parte di essa, resta legata al Paese, la spesa per la tutela della salute (impiego della ricchezza prodotta o disponibile) diventa reddito per coloro che lavorano nel settore e in settori collegati e ricavi per le imprese dell'indotto, il che a sua volta genererà spese per soddisfare altri bisogni e reddito per altri settori, o investimenti diretti delle imprese o indiretti da parte di risparmiatori. Se, invece, a causa di politiche non coerenti e razionali (esempio condizioni di scarsa convenienza per le imprese collegate al settore o inadeguati incentivi alla ricerca), una parte rilevante del «valore prodotto nella filiera» esce dal Paese, si ha un impoverimento dello stesso, una crescente difficoltà nel mantenere la compatibilità macroeconomica e l'inevitabile diminuzione dei livelli effettivi di assistenza. Di questo quadro fa parte anche il problema della carenza di alcune professioni sanitarie non mediche che, quando svolte in numero crescente da immigrati, aumentano il «ciclo virtuoso» se gli immigrati vengono integrati nella società italiana, mentre danno origine ad una uscita di ricchezza se gli immigrati sono temporanei e portano la maggior parte del reddito acquisito nei loro Paesi dove potranno alimentare processi di consumo e produzione favorevoli allo sviluppo locale.

Il tema della compatibilità macroeconomica, a sua volta, non può essere separato da quello della «produttività». Infatti, una legge dell'economia (il cosiddetto «morbo di Baumol») sostiene che mentre nei settori manifatturieri e dei servizi standardizzabili l'aumento di produttività consente una riduzione dei costi e, di conseguenza, dei prezzi con un effetto di aumento della competitività di quella produzione (di quei beni), nel campo dei servizi alle persone, l'aumento della produttività in genere si traduce in un limitato contenimento di costi, mentre più frequentemente si traduce in un aumento della qualità di vita e di benessere che non si riflette positivamente sulla competitività internazionale e sull'aumento del tasso di sviluppo. Questa considerazione pone due ordini di problemi:

a) quello dei limiti degli attuali sistemi di misurazione della ricchezza (essenzialmente il Pil complessivo e pro-capite) che è di tipo prevalentemente quantitativo e che un numero crescente di studiosi propone di sostituire con altri indicatori «più significativi e, comunque, inclusivi di alcuni elementi qualitativi»;

b) quello della adozione di un concetto «allargato» di produttività.

Concentrando l'attenzione su questo secondo aspetto, si può dire che la produttività di un sistema di servizi, e di servizi di tutela della salute in particolare, inizia con politiche e con l'adozione di strumenti di valutazione, di incentivi e disincentivi, idonei ad individuare, a contenere ed a eliminare la domanda di prestazioni improprie. Deve essere intesa come tale la domanda di prestazioni non correlata a bisogni reali, ma determinata da eccesso di timori dei pazienti (ipocondria), dalla richiesta di prestazioni (esempio acquisti di farmaci o accertamenti diagnostici) perché garantite o erogate a tariffe molto basse, prestazioni indotte da medici o da strutture di offerta unicamente o prevalentemente per acquisire maggiori risorse economiche in relazione ai sistemi di finanziamento adottati (esempio Drg).

Un secondo intervento sulla produttività riguarda l'introduzione di sistemi di valutazione del rapporto benefici/costi (applicati secondo differenti metodi o tecniche che non è possibile approfondire in questa sede) di nuove tecnologie, nuovi farmaci, nuove metodiche e diagnostiche, terapeutiche, riabilitative. Questi sistemi consentono di ridurre l'effetto del circolo vizioso dell'«offerta che crea la propria domanda» (non correlata ad un bisogno) e che quindi distrugge ricchezza.

Un terzo livello di interventi sulla «produttività» riguarda la responsabilizzazione dei medici e degli altri professionisti con riguardo alle loro scelte:

a) quella dell'efficacia nel risolvere i problemi di salute e dell'applicazione dei principi scientifici, deontologici ed etici;

b) quella delle risorse impiegate.

In passato ha prevalso una sorta di «pendolarismo» tra i due aspetti, secondo cui in certi periodi si è dato esclusivo (o prevalente) rilievo all'efficacia, alla deontologia, all'umanizzazione dell'assistenza, all'eticità dei comportamenti, in altri periodi (come

nell'ultimo decennio in Italia) per motivi vari si è dato prevalente peso alla dimensione del contenimento della spesa e dei costi, sulla base del presupposto, a volte corretto a volte meno corretto, dell'esistenza di elevate «sacche di inefficienza». Responsabilizzare i medici e gli altri professionisti in modo integrato sulla dimensione dei risultati (dell'efficienza) e sulla dimensione dei costi, non significa ridurre la loro autonomia professionale, ma al contrario significa chiedere loro di dare un contributo «più complessivo» e «più qualificante» al difficile obiettivo di garantire una tutela della salute di qualità più elevata per un numero più ampio di persone.

Un quarto *intervento* sulla «produttività» del sistema riguarda la capacità dello Stato (*in primis*) e delle Regioni (in parte ancor più rilevante nel nostro Paese dato il modello di decentramento) di adottare politiche e regole idonee a garantire un equilibrio del sistema (nazionale e regionale), tramite la valorizzazione «a fini di interesse comune» della autonomia strategica e gestionale delle aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere). Oggi, al contrario, spesso si sono adottate politiche ed interventi che perseguono l'obiettivo dell'equilibrio domanda-offerta e finanziamento-spesa del sistema, tramite una penalizzazione dell'autonomia delle aziende. L'obiettivo dell'equilibrio spesso non è raggiunto, altre volte è raggiunto a livelli di assistenza effettiva (non dichiarata) inferiori a quelli dichiarati o a quelli che sarebbero possibili con

più elevati livelli di produttività del sistema di offerta regionale.

Un quinto livello di intervento sulla produttività riguarda l'organizzazione interna delle aziende sanitarie, territoriali ed ospedaliere. Non si fa riferimento a modelli legati alla produttività «individuale» del singolo medico o della singola unità organizzativa, del tipo «tempi e metodi» (numero di visite o di interventi per ora o per giorno), ormai superati anche nelle realtà industriali più evolute, ma alla maggiore produttività favorita da una più razionale organizzazione del lavoro, dalle scelte di manager «competenti», ossia che conoscono il management e il contesto di sua applicazione, che è molto differente dalla realtà manifatturiera, dell'auto, dei servizi di trasporto, dei servizi culturali, dei servizi dell'*entertainment*.

Aumentare la produttività a tutti i livelli, studiandola con strumenti tradizionali di tipo quantitativo «integrati» e «completati» da strumenti qualitativi è una condizione essenziale per rispettare certi vincoli oggettivi dell'equilibrio macroeconomico (altri sono soggettivi o conseguenza di errate, o superate, politiche economiche), facendo diventare la «filiera di servizi di tutela della salute», e dei servizi alla persona più in generale, una delle componenti di un nuovo modello di sviluppo e non solo un auspicio o una utopia di economisti e studiosi in cerca di idee e teorie innovative o di notorietà.

Innovazione al cubo

Come sopravvivere e svilupparsi nell'economia e nella società globale? L'ovvia risposta è aumentare la produttività e la competitività delle imprese e dell'intero sistema-paese tramite l'innovazione.

Come affrontare la crisi finanziaria, dell'economia reale e della finanza pubblica? Ovviamente, tramite l'innovazione dei modelli di business (per le imprese) e delle logiche di funzionamento delle amministrazioni pubbliche.

Come affrontare i grandi problemi comuni al mondo intero, quali il riscaldamento globale, l'inquinamento, il progressivo esaurimento delle fonti di energia e di altre risorse, la povertà e la mancanza di salute per miliardi di abitanti della terra, l'emergere di nuove patologie e tanti altri? Ancora una volta, la risposta più comune e più diffusa è quella dell'innovazione prodotta dalla ricerca.

Queste risposte hanno tuttavia un elevato grado di indeterminatezza con riguardo ai contenuti del termine *innovazione*, che possono essere identificati come segue:

- innovazione delle conoscenze scientifiche e tecniche;
- innovazione manageriale;
- innovazione della cultura, degli atteggiamenti, dei comportamenti.

Per passare dalle enunciazioni di principio della rilevanza dell'innovazione alla concreta applicazione dello stesso, occorre far riferimento ai fattori che possono determinare un cambiamento in questa direzione. Si può, così, far riferimento a:

- pressioni generate dal mercato (per le imprese);
- vincoli delle leggi (per il sistema delle amministrazioni pubbliche, delle agenzie e degli organismi ad esse collegate);
- motivazioni delle persone (sia per i settori privati *profit* e *non profit*, sia per i settori

pubblici a vario livello – locale, regionale, nazionale –).

Si può dire che una simile formula, dell'«innovazione al cubo», sia particolarmente adatta per descrivere e per analizzare la situazione attuale del Ssn. Infatti, tutti i sistemi di tutela della salute (sia quelli basati sul modello di servizio sanitario nazionale, che mutualistico, o di assicurazioni private) si trovano di fronte a una molteplicità di sfide, affrontare le quali potrebbe sembrare una «mission: impossible» qualora si prescindesse dall'innovazione. Da un lato, la tutela della salute è stata definita come diritto della persona nelle dichiarazioni dell'Onu, dell'Oms e di altri organismi internazionali del genere; dall'altro, essa è minacciata dalla profonda crisi economico-finanziaria della finanza pubblica, che impedisce il pieno rispetto di questo diritto, la sua estensione ai Paesi che non lo hanno ancora recepito come tale, il suo mantenimento nei Paesi maggiormente esposti alla crisi. Tra questi ultimi rientra, purtroppo, il nostro Paese, nel quale molti continuano a discutere sul principio astratto della estensione dei livelli «essenziali» di assistenza, senza accorgersi che la crisi rende giorno dopo giorno sempre maggiore il rischio che siano ridotti addirittura i livelli «effettivi» di assistenza, anche nelle Regioni considerate più efficienti. Giocando sugli acronimi, si può dire che vi è una crescente divaricazione tra Lea (in cui la «E» è l'acronimo per l'aggettivo «essenziali») e Lea (in cui essa è l'acronimo per l'aggettivo «effettivi») e tra Lea di diverse Regioni, in particolare delle Regioni sottoposte a Piano di rientro e delle Regioni non sottoposte a tale misura di intervento e controllo da parte dello Stato. Nelle prime, i livelli effettivi di assistenza sono fortemente condizionati dai vincoli finanziari e dalla preminenza (del tut-

to discutibile, ma che per alcuni appare inevitabile nell'attuale contesto) del criterio di contenimento della spesa nel breve periodo.

Passando agli aspetti di contenuto, si può rilevare che l'innovazione delle conoscenze è rapidissima, se è vero, come affermano molti studi e ricerche, che nel giro di cinque anni circa la metà delle conoscenze in campo medico-scientifico sono da considerare già superate e devono essere rinnovate. Ciò impone, anzi è meglio dire imporrebbe poiché ciò non sempre accade, un processo di aggiornamento, riqualificazione, formazione di medici, infermieri, tecnici, altri professionisti della salute, per poter garantire adeguati livelli di appropriatezza degli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione. Purtroppo, si deve rilevare che non esiste una politica complessiva (si dice di sistema) per favorire e sostenere questo processo. Politica che è ancor più debole per quanto riguarda il secondo tipo di contenuti, ossia l'innovazione manageriale. Da vent'anni è stato introdotto nel nostro sistema il cosiddetto «modello aziendale» ed è stata recepita anche sul piano normativo l'importanza del management. Come si è già avuto modo di sottolineare in numerosi editoriali, vi è stata una distorsione nella concezione di tali termini e una divaricazione tra il dover essere e l'essere. Distorsione in quanto, invece di considerare il «modello aziendale» come capacità di gestire sistemi complessi, lo si è spesso inteso come preminenza degli aspetti economici (che sono strumentali) su quelli di tutela della salute (che sono finalistici e quindi da privilegiare). Inoltre, il termine management, invece di essere inteso come capacità di governare l'azienda cercando e trovando un equilibrio sostenibile tra diverse dimensioni, è spesso stato inteso come ricerca del pareggio di bilancio, sia da parte dei regolatori (Stato e Regioni) sia da parte dei direttori generali o dei dirigenti di vario livello nelle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere.

Ancor più difficile appare l'innovazione culturale e dei comportamenti. Infatti, essa dipende da valori e attitudini personali, dalle pressioni esterne e dalle regole di funzionamento di aziende sanitarie, ospedali, altre strutture in cui le persone sono inserite. Per esempio, vi sono distorsioni del tutto comprensibili, anche se ormai difficilmente di-

fendibili, riconducibili al principio secondo cui i comportamenti di medici, infermieri e altri operatori possono essere guidati solo da principi etici e deontologici. Ciò è sicuramente vero, ma può dare adito a due tipi di distorsioni. Innanzitutto, vi sono medici e altri operatori che, rivendicando questo principio, si sottraggono a valutazioni di efficacia delle loro azioni basate sulle evidenze dei risultati ottenuti o a valutazioni di efficienza. Nessuna organizzazione complessa può funzionare bene e può raggiungere l'equilibrio economico se non sono accettati strumenti espliciti per mettere a confronto comportamenti diversi, per individuare persone che lavorano bene e in modo efficiente, distinguendole da persone che lavorano meno bene e con minore efficienza, persone che pur garantendo buoni livelli di assistenza potrebbero comunque migliorare, persone che lavorano bene individualmente ma non contribuiscono al buon funzionamento di équipe, persone che sono concentrate sulle proprie discipline e sulle proprie attività di assistenza e persone che accettano un approccio interdisciplinare che, oltre ad avere una maggiore validità sul piano assistenziale, consente di tener conto unitariamente del bisogno di salute della persona invece che curare la specifica malattia o lo specifico organo. In secondo luogo, il rifiuto di sistemi di verifica consente anche comportamenti non conformi a questi principi. Si fa riferimento ai casi di medici che chiedono pagamenti in nero per le proprie prestazioni, che contribuiscono ad allungare le liste di attesa negli ospedali pubblici per certe prestazioni, solo al fine di dirottare i pazienti verso quelle a pagamento (sia nell'attività libero-professionale intramuraria o, addirittura, in strutture private nelle quali essi operano), a infermieri e altro personale di assistenza che trascurano le esigenze dei pazienti, a personale amministrativo che non si preoccupa di comprare a prezzi bassi o che, addirittura, chiede compensi illeciti per gli acquisti.

Se però si riflette a fondo ci si può accorgere che il problema rilevante è quello della introduzione dell'innovazione. Per mantenere la formula dell'«innovazione al cubo» si può dire che, quando le conoscenze di tipo medico-scientifico sono incorporate in una tecnologia, o quando le innovazioni manageriali sono collegate a quelli che vengono

definiti i «sistemi operativi» (per esempio, di programmazione e controllo, di *budgeting*, raccolta ed elaborazione delle informazioni, di HTA - *Health Technology Assessment*, ecc.), in un certo senso esse entrano automaticamente nelle aziende e modificano i comportamenti. Vi possono essere alcune resistenze che ritardano gli effetti ma, in tempi relativamente brevi, la tecnologia e i sistemi operativi si impongono e le persone ne devono prendere atto. Quando viene scoperto un nuovo farmaco, viene prodotta una nuova protesi, viene scoperta una nuova tecnologia essi sono impiegati e si diffondono automaticamente. In questi casi, i problemi da affrontare riguardano la disponibilità di risorse finanziarie (per esempio, vi possono essere limiti di spesa che impediscono l'acquisto), la necessità di evitare sprechi (per esempio, acquisto di tecnologie che poi vengono messe negli scantinati e non sono utilizzate o acquisto di farmaci non necessari) o eccesso di tecnologie. Nella cultura che si è imposta negli ultimi decenni, il progresso è stato spesso confuso con la tecnologia, per cui viene considerato migliore l'ospedale che ha tecnologie più avanzate. Questa cultura, che è sempre stata criticata da un certo filone di pensiero che si può definire di «ecologia della salute», oggi è messa in discussione anche sulla base di numerose ricerche che hanno evidenziato come, sempre più spesso, le tecnologie «più avanzate» non siano quelle più utili ai fini dello stato di salute e, soprattutto, non siano quelle più adatte allo specifico contesto. Recentemente un amico mi ha ricordato come, durante una missione in un Paese povero dell'Africa, aveva trovato attrezzature diagnostiche molto avanzate, donate da una organizzazione di cooperazione internazionale, che, evidentemente, non potevano essere utilizzate in quanto in quel Paese mancavano degli ospedali attrezzati, i medici in grado di utilizzarle e, banalmente, i pazienti. In quell'ambiente, sarebbero state necessarie attrezzature di base da usare in ambulatori dei villaggi o dotazioni di farmaci a basso costo, utili a combattere patologie endemiche. Ugualmente, sono sempre più numerosi gli studi che mettono in evidenza come farmaci di nuova generazione, molto efficaci per combattere patologie nelle fasi acute, possano diventare addirittura pericolosi se utilizzati in modo improprio dai me-

dici, dagli infermieri e dagli stessi pazienti. Anche nel caso di sistemi di gestione, per esempio il budget, il rischio è quello di una adozione puramente formale che non cambia i comportamenti reali o che, addirittura, determina distorsioni nei comportamenti. Invece di stimolare la ricerca della appropriatezza e dell'efficienza, l'adozione dei budget può portare a ridurre i livelli di assistenza «a causa del raggiungimento dei limiti di budget». È noto che, negli ultimi anni, molte aziende sanitarie e molte aziende ospedaliere, approssimandosi la fine dell'esercizio, «bloccano» determinate prestazioni (per esempio, di diagnosi, di ricoveri elettivi non urgenti, di riabilitazione) e le rinviando all'anno d'esercizio successivo poiché hanno raggiunto il tetto della spesa consentita.

In secondo luogo, quando l'innovazione è collegata all'acquisizione di nuove conoscenze, competenze, capacità tecniche (per esempio nel caso di nuove tecniche chirurgiche o ricostruttive) di medici, infermieri o altri operatori, il problema si sposta e viene definito di *knowledge management*. Gli innovatori sono spesso «allergici alle regole» e, non di rado, hanno caratteri forti e tendenze egocentriche. In questo caso, chi vuole favorire l'innovazione deve essere in grado di riconoscere queste persone, di garantire le condizioni affinché esse possano sperimentare e diffondere nuovi approcci diagnostici, terapeutici, riabilitativi, di trovare il modo per acquisire le tecnologie di cui essi hanno bisogno. Ma, soprattutto, deve preoccuparsi delle «gelosie professionali» che quasi sempre sorgono e che contrappongono coloro che usano approcci tradizionali al paziente e coloro che usano approcci innovativi, deve preoccuparsi di prevenire o gestire i conflitti, deve essere chiaro nel far comprendere agli innovatori che non possono pretendere di far ruotare attorno a sé le scelte dell'ospedale e dell'azienda sanitaria. Quando in un'azienda sanitaria o in un'azienda ospedaliera viene inserito un chirurgo, un medico, un neurochirurgo, un cardiologo, un cardiocirurgo, ecc., che si è specializzato nel trattare certi pazienti, il Direttore generale deve chiarire a lui e alla sua équipe che devono accettare di trattare anche altre patologie che rispondono alle esigenze del territorio. Oppure il Direttore generale deve definire una politica in base alla quale, accanto al medito innova-

tore e alla sua équipe, operano altri medici e altre équipe senza che nascano tensioni per «accaparrarsi» i pazienti. Se poi le situazioni di salute per le quali si specializzano gli innovatori, nel bacino di utenza dell'Asl o dell'ospedale, non sono in numero sufficiente da giustificare una équipe o una unità operativa specializzata, occorre attivare accordi con altre aziende sanitarie, in modo da ampliare il bacino di utenza e utilizzare al meglio le potenzialità degli innovatori. Se questi problemi di «inserimento» degli innovatori nella strategia e nella operatività delle aziende non vengono compresi in anticipo, valutati adeguatamente e gestiti, possono determinare situazioni di conflitto che hanno riflessi negativi sulla funzionalità e sul clima organizzativo.

In terzo luogo, è importante una riflessione sulle condizioni che generano e diffondono l'innovazione. Si è scritto dei sistemi tramite cui si genera (con la ricerca) e si diffonde (con le tecnologie e le metodiche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative) l'innovazione di carattere professionale. Con riferimento, invece, all'innovazione manageriale spesso si sostiene che essa viene generata e si diffonde soprattutto a seguito delle «pressioni competitive» (nel settore privato o nei settori pubblici esposti alla concorrenza) o a seguito di cambiamenti normativi (nei settori pubblici, come nel caso del Ssn). Qualcuno poi ritiene che una forte tensione all'innovazione possa derivare da un uso combinato dei due strumenti. Si spiega in questo modo il rapido susseguirsi, anche nel Ssn, di leggi, decreti, linee-guida che impongono tetti di spesa (per creare pressioni sostitutive del mercato), che mettono in concorrenza aziende ospedaliere o aziende sanitarie, che impongono l'adozione di standard (per esempio, standard di dotazione di posti-letto o di personale, standard per il numero di unità operative nelle diverse specialità sulla base del numero di abitanti, standard di costi, ecc.), che prevedono la rilevazione e la trasmissione di informazioni sugli esiti delle cure, sui costi, sulla qualità dei servizi. Sarebbe banale sostenere che non basta una legge per cambiare il mondo o, più semplicemente, per cambiare comportamenti radicati da tempo, o che nel Paese del Gattopardo (ma in verità in tutti i Paesi del mondo con maggiore o minore intensità) può accadere che «tutto cambi affinché nulla cambi»

o che i cambiamenti siano sempre meno radicali e meno diffusi di quanto non sia previsto dalle leggi o non ci si possa attendere dalle pressioni provenienti dall'esterno. Sarebbe appunto «banale», se non si dovesse riscontrare che l'idea del cambiamento guidato dalle leggi, dai mercati, dalla concorrenza rimanga prevalente e, anzi, si stia rafforzando. Sembra addirittura persistere un effetto perverso, una specie di correlazione negativa che può essere espressa nei seguenti termini: aumentando il numero delle leggi - decreti - linee-guida che sono disattesi o che sono applicati solo parzialmente si incentiva la produzione di altre leggi - decreti - linee-guida che si propongono di ottenere ciò che non è stato possibile ottenere in precedenza. Da questo circolo vizioso nasce quella selva di normative nella quale diventa sempre più difficile districarsi e che, non di rado, rende più difficile la vita a coloro che, per propri valori e motivazioni individuali, professionalità, attitudini all'innovazione, cercano di dare risposte sempre migliori ai pazienti con il minore impiego possibile di risorse, senza riuscire a cambiare i comportamenti di quanti non hanno queste caratteristiche.

In una recente ricerca condotta dal Cergas Bocconi, in partnership con il Ministero della salute, si sono mappate le esperienze adottate in un campione di 90 aziende sanitarie locali su tutto il territorio nazionale e i principali fattori che ne spiegano la diffusione. Da esse è risultato che la diffusione delle innovazioni organizzative e manageriali è dovuta in larga parte a due fattori: la stabilità dei direttori generali e la loro mobilità. Non si tratta di una contraddizione, ma di due facce della stessa medaglia. Infatti, i direttori generali con elevata professionalità e orientati all'innovazione, devono avere tempo sufficiente per introdurre e stabilizzare una più razionale organizzazione dell'assistenza, la semplificazione delle procedure di ammissioni e dimissioni che consenta una migliore occupazione dei posti-letto, sistemi di rilevazione e valutazione dei rischi sanitari e dei conseguenti interventi per migliorare la sicurezza dei pazienti, modelli assistenziali basati sulla continuità delle cure ospedale-territorio (*focus* particolare della ricerca), sistemi di programmazione e controllo, *budgeting*, analisi dei costi, valutazione del personale, valutazione economica delle tecnologie,

processi di aggiornamento professionale e di formazione del personale, ecc. Se il tempo di permanenza al vertice di un'azienda è troppo breve, anche i manager più innovatori ed efficienti possono solo cercare di introdurre alcuni di questi miglioramenti, ma non sono in grado di stabilizzarli. Per cui, quando per motivi vari essi vengono sostituiti, può facilmente accadere che le innovazioni introdotte vengano abbandonate o, nel caso migliore, vengano sostituite con altre innovazioni. Il che comunque fa perdere l'effetto di accumulo. La ricerca di chiamata ha poi evidenziato che il contesto regionale di riferimento gioca un ruolo limitato nello spiegare le scelte di adozione: le dinamiche legislative regionali influenzano soltanto in minima parte le decisioni adottate dalle aziende nel configurare la propria strategia verso l'innovazione organizzativa. Un ruolo centrale in tale direzione è invece giocato dalle strategie seguite dai manager delle aziende sanitarie e nello specifico dai direttori generali. Analizzando i passaggi dei DG da una azienda a un'altra negli ultimi dieci anni, le aziende che hanno avuto il medesimo DG hanno mediamente adottato i medesimi modelli organizzativi, e nello specifico quelli più innovativi (per esempio forme di ospedalizzazione domiciliare). Inoltre, la stabilità del DG in carica in un'azienda è positivamente correlata con il tasso di adozione di innovazione organizzativa. Tale trasferimento è stato ancor più efficace quando, insieme al Direttore generale, si sono spostati il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario.

Infine, si ritiene opportuno sottolineare che l'innovazione gestionale è molto più efficace quando nasce dal basso e non è calata dall'alto. La catena «paziente - professionista - direzione generale di Asl - politiche e indirizzi regionali - politiche e indirizzi statali» è sicuramente molto più efficace di quella inversa che, apparentemente, sembra più forte e di più immediata attuazione. Al riguardo, è possibile citare la recente esperienza di formazione manageriale promossa dal Cipomo (Collegio italiano primari oncologici medici ospedalieri) e realizzata nella Regione Friuli-Venezia Giulia. Avvertendo l'esigenza di un migliore coordinamento tra le diverse unità operative oncologiche che operano in quella Regione, i primari hanno accettato di partecipare a una iniziativa di

formazione progettata sulle loro esigenze specifiche. L'iniziativa è partita da un questionario rivolto ai primari delle unità operative, tramite il quale è stato possibile individuare i più rilevanti problemi quotidiani. Per dare attuazione alla politica di contenimento della spesa derivante dai vincoli di finanza pubblica, senza scaricare le conseguenze negative dei pazienti, i primari hanno ritenuto che la soluzione consistesse nella ricerca di innovazioni di carattere organizzativo e nel miglioramento delle loro conoscenze nel campo delle valutazioni economiche. Pertanto, hanno chiesto alla SDA Bocconi di progettare cinque giornate di formazione sui temi della organizzazione dell'assistenza secondo la logica dei PDTA (Processi diagnostico-terapeutici e assistenziali), dei modelli organizzativi per area vasta (dipartimento strutturale o dipartimento funzionale, dipartimenti disciplinari o interdisciplinari, modalità di coordinamento), del rapporto ospedale-territorio per garantire la continuità delle cure, della logica e delle metodologie di *technology assessment (HTA)* applicate a un settore in cui si vanno diffondendo farmaci e terapie a costi elevati, del *knowledge management*, della gestione del clima organizzativo e delle situazioni di *burn out*, che colpisce chi quotidianamente è a contatto con patologie gravi e con la morte. Per ognuna delle cinque giornate è stata identificata una lista di «cose da fare» per avviare e consolidare l'innovazione organizzativa e per diffondere le competenze manageriali richieste. Alla fine del percorso organizzativo vi è stato un confronto con i Direttori delle aziende e con la Regione, nei confronti dei quali sono stati presi alcuni impegni della «comunità professionale» e sono stati chiesti alcuni interventi facilitanti l'innovazione. Nell'ultimo giorno è stato possibile fare «in tempo reale» alcune riflessioni sulla bozza di Decreto relativo agli standard assistenziali e alla istituzione di reti (sette, per diverse patologie, tra le quali figura quella oncologica). In questo modo, l'esperienza di formazione ha quindi ottenuto diversi obiettivi: condividere e diffondere alcune «buone pratiche», stimolare lo spirito di emulazione – che è assai diverso dalla competizione – (per esempio, con riguardo al PDTA adottato da una delle unità operative per la patologia di tumore al polmone), elaborare proposte concrete che ora si tratte-

rà di attuare, identificare «chi deve fare che cosa» (gli oncologi, i DG, la Regione), prepararsi in anticipo all'innovazione derivante dall'applicazione del Decreto standard quando esso sarà approvato. Ovviamente, l'esperienza è all'inizio di un percorso di miglioramento continuo, che sarà irto di difficoltà, ma che rappresenta la via obbligata per chi vuole costruire sulle persone e sul rapporto

tra medico (infermiere e altro personale di assistenza) - paziente, soluzioni gestionali e organizzative in grado di utilizzare le tecnologie e gli approcci assistenziali più utili e non quelli scientificamente ma astrattamente più avanzati. Una via obbligata per preparare il terreno, affinché l'innovazione legislativa si traduca in cambiamento reale e non in «cambiamento gattopardesco».

Generare e comunicare valore nel Ssn

Uno dei settori più colpiti dalle misure di contenimento e di controllo della spesa e del disavanzo pubblico è sicuramente quello della tutela della salute. La situazione generale del Paese è indubbiamente di grande difficoltà e tutti i settori, pubblici e privati, devono dare il proprio contributo non solo e non tanto al risanamento ma, soprattutto, alla ripresa di un processo di crescita. Il Ssn è chiamato a dare il proprio contributo essenzialmente su quattro fronti:

- 1) eliminazione e riduzione di sprechi e inefficienze;
- 2) lotta alla corruzione;
- 3) produzione di un valore reale;
- 4) comunicazione del valore, sia ai cittadini, sia ai responsabili nazionali e internazionali delle politiche economiche.

Fin dal suo avvio *Mecosan* ha posto al centro degli editoriali e di tantissimi articoli il tema della eliminazione o riduzione di sprechi e inefficienze. In questo editoriale si intende richiamare l'attenzione del lettore su tre aspetti: il fatto che gli interventi di lotta agli sprechi e alle inefficienze saranno sempre necessari, la constatazione che si è molto parlato di possibili interventi su questo fronte e poco si è fatto, la speranza (o la previsione) che i vincoli esterni possano ora rendere più forti ed efficaci le azioni su questo fronte.

Si è parlato meno della corruzione per una ragione semplice, ma che tuttavia non può essere portata come scusante. Gli studiosi di management applicato al sistema di tutela della salute si occupano di analizzare le condizioni di funzionalità delle aziende e di sistemi di aziende e, perciò, storicamente hanno dato meno rilevanza agli aspetti patologici. Usando una metafora medica, si può dire che gli studi di management si sono concentrati su anatomia e fisiologia e molto

meno sulla patologia delle aziende. Inserendoci nel più ampio dibattito sulle politiche di prevenzione e contrasto della corruzione, recentemente riproposte all'attenzione dell'opinione pubblica con l'approvazione della legge n. 190 del 6 novembre 2012, è opportuno partire da un dato di fatto. Poiché molti settori dell'economia sono in crisi, per esempio quello dell'edilizia pubblica e privata, quello delle grandi infrastrutture, quello delle attività commerciali e altri, si può facilmente presumere che i fenomeni di corruzione si siano concentrati sui circuiti della spesa per la tutela della salute, un settore che rappresenta il 7,1-7,3% del Pil, per quanto riguarda la spesa pubblica, il 9,6-9,8% del Pil per quanto riguarda la spesa totale e circa il 11,5-12% del Pil se si considerano anche i settori collegati.

Periodicamente, ma con una certa frequenza, sono oggetto di indagine e vengono portati all'attenzione dell'opinione pubblica dai media fenomeni quali «favoritismi» nell'accesso ai servizi sanitari (per esempio, il superamento delle liste di attesa nelle strutture pubbliche), prescrizione in eccesso di farmaci o prescrizioni di farmaci non efficaci, se non addirittura dannosi (per esempio, ormoni della crescita per bambini, prescrizioni false, ecc.), acquisto di tecnologie mediche, protesi, farmaci e altri beni di uso sanitario non necessari o che sono poco utilizzati, manipolazione di appalti che comportano costi eccessivi per aziende sanitarie locali o aziende ospedaliere, concessione di accreditamenti o convenzioni a strutture che non hanno i requisiti necessari. Tali fenomeni sono consentiti o stimolati da comportamenti di corruzione attiva o passiva che si traducono in qualità inappropriata dell'assistenza e in un aumento di spesa pubblica e privata.

Per non cadere in un tipico atteggiamento italiano, creandoci illusioni da un lato e vedendo solo gli aspetti negativi della realtà dall'altro (specie se si tratta della realtà del settore pubblico in questa fase storica), in questo editoriale si ritiene opportuno proporre al lettore alcune considerazioni sulla dimensione positiva, sintetizzate nel concetto di «generazione e comunicazione del valore». Il sistema di tutela della salute genera valore ogni volta che previene l'insorgere di malattie, produce servizi di diagnosi precoce, di cura e di riabilitazione in tempi rapidi, è in grado di trattare condizioni di cronicità e di lungodegenza consentendo alle persone di mantenere l'autonomia nello svolgimento delle funzioni essenziali (quali vestirsi, cibarsi, muoversi, in alcuni casi continuare a lavorare, ecc.), promuove un miglioramento del benessere fisico, psichico (e spirituale). Se questi risultati sono ottenuti «a parità di costi», si può dire che il Ssn ha contribuito a produrre valore per l'economia e la società.

Tuttavia, a nessuno sfugge l'intrinseca difficoltà di misurazione di questo valore per il servizio pubblico, chiamato a garantire l'universalità dell'assistenza finanziata con la tassazione. Infatti, se ci si pone nella prospettiva di una azienda sanitaria privata finanziata tramite prezzi pagati direttamente dai pazienti o indirettamente dalle assicurazioni, dalle mutue o da fondi integrativi, si potrebbe avere una «misura del valore prodotto» dato dalla moltiplicazione dei prezzi unitari e delle quantità/qualità dei servizi. A servizi di qualità più elevata corrisponderebbero prezzi più elevati, a parità di altre condizioni. Nel caso del servizio pubblico, invece, il valore prodotto può essere misurato solo indirettamente e per confronto rispetto a una situazione precedente. Se, per esempio, in un certo anno si riducono, rispetto a quello precedente, le giornate di lavoro complessivamente perse dai pazienti a seguito dell'introduzione di nuove metodiche assistenziali o di una migliore organizzazione di ospedali, laboratori, ambulatori e servizi di medicina generale sul territorio, il valore prodotto potrebbe essere stimato indirettamente moltiplicando gli anni/persona risparmiati per il valore del prodotto medio pro-capite del Paese. Si tratta di una misurazione molto complessa sul

piano concettuale, metodologico e tecnico, poiché richiede una serie di ipotesi relative al tasso di disoccupazione (per esempio, i vantaggi in termini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di persone non occupate devono essere ugualmente calcolati?), ai redditi medi dei pazienti (per esempio, è opportuno considerare la media generale dei redditi o suddividere i pazienti per «classi di reddito?»), alla distribuzione per sesso dei pazienti (per esempio, poiché nel nostro Paese le remunerazioni delle donne sono mediamente inferiori a quelle degli uomini, è opportuno e corretto tenere questa distinzione che farebbe aumentare il valore semplicemente se i vantaggi fossero maggiori per gli uomini rispetto alle donne?), all'età dei pazienti (per esempio, come valutare i benefici che vanno a vantaggio di persone che godono del trattamento pensionistico).

Se si attuano confronti tra regioni o tra Paesi sulla base della incidenza della spesa sul Pil o della spesa pro capite, concettualmente si può facilmente dire che, a parità di tali valori, una regione o un Paese ha prodotto un «valore superiore» a un altro se sono inferiori i tassi di mortalità, di morbidità, di giornate perse a causa dell'insorgere di malattie. Un maggiore valore è consentito in virtù di una efficace prevenzione (primaria o secondaria), di appropriate diagnosi e terapie, di una elevata qualità dei servizi di riabilitazione. Anche in questo caso non sarebbe superato il problema della «quantificazione» del maggiore valore prodotto, per cui coloro che sostengono le «inderogabili necessità di contenimento della spesa pubblica» potrebbero continuare ad argomentare scelte di riduzione del finanziamento, trascurando le analisi che invece accettano per imprese che operano sul mercato e che non si pongono l'obiettivo primario di riduzione dei costi, ma quello di aumentare la differenza tra ricavi (il valore riconosciuto dal mercato) e costi, sia essa definita genericamente «profitto» o contabilmente «utile di esercizio».

Oltre ai problemi di concettualizzazione del «valore pubblico», ossia del valore prodotto da un sistema pubblico quale è il Ssn, e ai problemi di misurazione, è opportuno approfondire la dimensione della «produzione del valore». Si può dire che esso è generato da quattro differenti «catene di relazioni» o «catene del valore».

La prima riguarda il sistema delle conoscenze di carattere scientifico sui processi che influenzano l'evoluzione dello stato di salute. Si fa riferimento alle conoscenze biomediche, genetiche, dei fattori ambientali, degli stili di vita che possono generare l'insorgere di malattie o che, se affrontati anticipatamente (prevenzione), possono evitare l'insorgere di malattie o il loro manifestarsi in età più avanzata. Interventi su questi fattori possono, inoltre, migliorare lo stato di salute. Questa catena del valore parte dalla ricerca, sia da quella di laboratorio che da quella clinica, che è strettamente collegata all'assistenza. Nell'affrontare e risolvere problemi di salute i medici e gli altri operatori del sistema (per esempio, nell'ambito della ricerca infermieristica) imparano a conoscere come le persone reagiscono a certi trattamenti e, quindi, sviluppano conoscenze. Essa si sviluppa con la diffusione della conoscenza che può seguire due differenti processi: può essere incorporata in farmaci o in tecnologie della salute, oppure può diventare patrimonio di medici, infermieri, biologi, ecc. Anche se la maggior parte degli studiosi sostiene che le conoscenze riguardanti la salute debbano passare dalle persone, non è certo superata una tendenza che nell'ultimo quarto di secolo sembra aver privilegiato la tecnologia, sia del farmaco, sia delle grandi attrezzature diagnostiche della strumentazione tecnologica di laboratorio, dei *devices* di vario tipo.

Questa prima catena del valore si conclude con le relazioni tra medico (o altro operatore della salute) e paziente. Una relazione che richiede una riflessione, in quanto è caratterizzata da una dimensione tradizionale (la fiducia nel medico di famiglia o nel medico personale, l'atteggiamento psicologico di chi affida ad altri i problemi che riguardano la propria salute, la concezione umanistica del rapporto), da una dimensione divenuta più rilevante negli ultimi decenni, legata all'influenza dell'organizzazione su questo rapporto (si ricorda per tutti l'effetto di «spersonalizzazione» del rapporto nelle grandi strutture o nelle metodiche assistenziali nelle quali prevale la tecnologia) e da una dimensione che ha assunto rilevanza negli ultimi anni (la dominanza dei media e del mondo web che diffonde conoscenze). Per generare un valore reale non transi-

torio e che abbia una prospettiva durevole nel tempo, è necessario ricondurre a unità queste tre dimensioni. Se si escludono le situazioni di comportamenti non etici e addirittura illegali di medici e altri operatori che subordinano al proprio interesse dei pazienti a ottenere servizi appropriati, si può dire che le maggiori debolezze della fase finale di questa catena del valore siano individuabili:

– *nell'eccessiva specializzazione*, che determina una focalizzazione sulla qualità dell'atto (per esempio, dell'atto chirurgico, dell'uso di robot chirurgici, dell'impianto di *devices* di ultima generazione), sulla patologia, sull'organo, ma fa perdere una visione di insieme delle cure sulla persona;

– *nell'eccessiva fiducia*, che spesso viene attribuita all'efficacia di farmaci, di tecnologie diagnostiche (analisi di laboratorio e diagnostica per immagini) e negli indicatori di «normalità» di parametri di salute, che indebolisce la specificità della conoscenza di persone su altre persone e che riduce la capacità di diagnosi costruite sulla corretta applicazione dei principi fondamentali dell'anamnesi e che impedisce di adattare le cure alle reali esigenze di ogni persona (personalizzazione della diagnosi e cura);

– *nel modo anonimo* in cui sempre più spesso sono gestite queste relazioni, per esempio discutibile interpretazione del «consenso informato» e della corretta informazione scientifica che porta molti medici e altri operatori a comunicare diagnosi e prognosi relative a gravi condizioni di salute, senza preoccuparsi dei possibili e devastanti effetti sul piano psicologico per i pazienti o per i loro cari (dovrebbe essere rivalutato il ruolo della psicologia e dell'etica della comunicazione per medici, infermieri, altri operatori);

– nella difficoltà con cui i sistemi ufficiali di assistenza si *rapportano con i media* (in genere si trovano impreparati di fronte a casi reali o presunti di mala sanità, non sono proattivi nel comunicare iniziative positive del sistema di assistenza) e nel ritardo con cui cercano di inserirsi nella comunicazione che viaggia in rete (dove i siti ufficiali o comunque controllati su base scientifica sono assai meno numerosi dei siti o delle informazioni sulla salute non controllate,

spesso scientificamente infondate, altre volte condizionate da interessi di varia natura).

Una seconda componente della catena del valore riguarda l'apporto dell'innovazione tecnologica che nasce nelle aziende collegate al settore. In considerazione del fatto che l'innovazione di prodotto, di processi e di modalità di utilizzo dei beni rappresenta un, se non il più importante, fattore distintivo della competizione nell'economia globalizzata, si rileva che anche le imprese che fanno parte del settore integrato della salute sono fortemente dinamiche su questo aspetto. Per imprese integrate nel settore della salute si intendono quelle che mettono a punto prodotti quali farmaci, tecnologie mediche, altri beni di consumo quali fili chirurgici, abbigliamento per ambienti sterili, attrezzature per mobilitare pazienti non autosufficienti, ecc. Sono imprese che investono nella ricerca finalizzata a individuare nuovi principi attivi, strumenti per la digitalizzazione e trasmissione a distanza per gli esami di laboratorio e delle immagini, che sviluppano conoscenze nel campo delle modalità di utilizzo delle nuove tecnologie e dei nuovi beni (innovazione di processo), nuovi approcci al paziente (ad esempio, utilizzo di tecnologie e di beni di consumo in contesti di assistenza a domicilio o sul territorio invece che in contesti ospedalieri).

Queste imprese contribuiscono a «produrre valore» per il paziente solo se non si percepiscono e non operano come semplici fornitori delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, fornitori che non si occupano di trasferire le conoscenze a chi utilizzerà quelle tecnologie e quei beni. Ciò vuol dire che, oltre a, e sempre più spesso al posto di, metodi e tecniche (lecite o illecite, come nel caso di corruzione legata agli appalti per attrezzature, apparecchiature o per la fornitura di beni di consumo) di marketing nei confronti delle aziende sanitarie, esse accettano o propongono di diventare partner delle aziende sanitarie e aziende ospedaliere per attuare le seguenti strategie:

1) realizzare le modalità di utilizzo delle tecnologie e dei beni, anche quando sviluppati autonomamente o adattati alla sanità, a seguito di innovazioni sviluppate per altri utilizzi, ricercando il migliore rapporto tra benefici (per il paziente, per le aziende, per il sistema) e costi;

2) individuare, insieme alle aziende, rilevanti problematiche di salute (bisogni reali e non indotti) per orientare la ricerca di nuove tecnologie e di nuovi beni;

3) definire, congiuntamente alle aziende sanitarie o ospedaliere, obiettivi di qualità dell'assistenza sostenibile nel lungo periodo: l'innovazione di imprese che perseguono solo obiettivi di breve periodo, rischiano di determinare un effetto boomerang per i pazienti e per le stesse imprese, se esse sono utilizzate per aumentare la domanda di breve periodo (a volte non correlata a reali bisogni).

La terza componente della catena del valore è collegata alla capacità di governare le aziende sanitarie territoriali o ospedaliere. Si può definire questa componente come quella legata alla capacità di gestire organizzazioni complesse che operano in un contesto di incertezza, quest'ultima intesa non semplicemente come imprevedibilità del futuro, ma come non applicabilità al futuro dei trend o dei modelli interpretativi sul passato. Non si ritiene necessario ricordare in queste sedi i molti fattori che hanno modificato la natura dell'incertezza rispetto al futuro in cui si trovavano le aziende fino a 20-30 anni fa rispetto all'incertezza sul futuro che identifica l'attuale fase storica. Sinteticamente si può dire che, nel passato, le previsioni riguardanti il futuro erano definibili sulla base dell'analisi di trend storici o sulla base di alcuni modelli interpretativi che erano relativamente costanti, salvo alcune innovazioni che modificavano saltuariamente il contesto di riferimento. Si pensi, nella sanità, all'innovazione dei raggi x, che per circa un secolo è stata seguita da miglioramenti continui senza radicali modifiche, fino all'introduzione della Tac e poi in seguito della risonanza magnetica e della Pet. Oggi invece, in sanità come in altri settori, diventa difficile separare l'innovazione strutturale dalla innovazione continua, nel senso che anche le innovazioni che possono sembrare un miglioramento di precedenti tecnologie determinano cambiamenti radicali nell'organizzazione e nell'approccio al paziente. Se a ciò si aggiunge il cambiamento dell'ambiente socioeconomico, che modifica in modo continuo e strutturale l'atteggiamento delle persone nei confronti della propria salute e delle modalità con cui

rispondere ai propri bisogni, si può sottolineare che è possibile generare valore per il paziente solo se le aziende sono in grado di:

a) reinterpretare continuamente il proprio fine di tutela della salute, adattandosi ai cambiamenti che si generano nella società, nell'economia, nell'ambiente fisico in cui ognuna opera;

b) definire strategie di lungo periodo che, per tenere conto del nuovo tipo di incertezza, devono porsi degli obiettivi ma devono essere caratterizzati anche da una flessibilità che consenta un continuo adattamento;

c) sviluppare competenze manageriali che consentano di tradurre le strategie in concreti interventi, competenze che non possono ridursi ai metodi e alle tecniche di management consolidati nelle teorie, ma devono partire da solidi principi per dare origine a soluzioni sempre diverse;

d) generare figure professionali sempre nuove che si basano su conoscenze interdisciplinari.

Per generare valore per i pazienti è necessario mantenere solidi i principi della buona gestione aziendale, del rapporto fini-strumenti, avendo sempre chiaro che gestione aziendale e manageriale non vuol dire adottare modelli, metodi e tecniche uguali o simili a quelli adottati dalle imprese che operano sul mercato e nemmeno perseguire l'efficienza, come dicono erroneamente o strumentalmente alcuni critici dell'aziendalizzazione e del management. Vuol dire ricercare le «migliori soluzioni» per i pazienti, tenendo conto anche della sostenibilità economica di lungo periodo, senza la quale si perde autonomia e si è costretti ad accettare le imposizioni di chi deve coprire i disavanzi, sia esso lo Stato nei confronti delle Regioni e delle aziende sanitarie oppure i mercati finanziari che devono sottoscrivere il debito dello Stato.

La quarta dimensione della catena del valore è quella delle relazioni istituzionali. Per generare valore per i pazienti è necessario che lo Stato definisca in modo «coerente» i livelli essenziali di assistenza e l'ammontare delle risorse destinate a questo bisogno che, in un certo senso, può essere considerato un bene pubblico. I servizi di tutela della salute rispondono, infatti, sia a bisogni tecnicamente comuni (per esempio, igiene pubblica, lotta alle pandemie, ecc.),

sia a bisogni tecnicamente individuali, quali sono per esempio le cure per patologie che colpiscono alcune persone e non altre. Ma la qualità complessiva di tutela della salute che un Ssn è in grado di garantire costituisce un «bene comune», poiché una popolazione sana è la migliore risorsa per lo sviluppo economico e sociale.

Questa funzione dello Stato di definire i livelli essenziali di assistenza, le risorse destinate a soddisfare questo bisogno, piani e linee-guida nazionali, che contengono regole uguali e uniformi per tutta la popolazione, deve essere completata con una ampia autonomia riconosciuta alle Regioni nel tradurre questi indirizzi generali in una organizzazione del sistema di offerta costruito sulle esigenze di territori e di comunità che, in un Paese composito come l'Italia, non sono uguali. A loro volta, le Regioni devono attuare scelte sul numero di aziende sanitarie, sulle modalità del loro finanziamento, sulla nomina dei dirigenti, sugli indicatori di appropriatezza, efficacia, efficienza, economicità in base ai quali valutare i risultati, sui sistemi di controllo che riconoscano alle aziende sanitarie territoriali e alle aziende ospedaliere l'autonomia sulla loro gestione interna. Senza autonomia è impensabile che standard e soluzioni definite a livello nazionale, o anche a livello regionale, possano generare elevato valore per i pazienti, poiché la tutela della salute non è attività standardizzabile. Ogni persona è diversa da ogni altra, ogni gruppo di persone (per età, sesso, condizione sociale ed economica, ecc.) è diverso da altri gruppi, ogni territorio è diverso da altri (per esempio, aree di pianura, di collina o di montagna che a volte coesistono all'interno della stessa azienda sanitaria locale). Pertanto, si «genera valore» solo in un sistema istituzionale che riconosce l'autonomia gestionale di chi è alla frontiera, ossia di chi deve erogare concretamente i servizi ai pazienti. Un sistema che è in grado di riconoscere le differenze e, tramite l'autonomia, consente e, anzi, stimola soluzioni che rispondono positivamente alle differenze, cercando invece di evitare o combattere soluzioni gestionali che danno origine a differenze «negative», ossia che sono espressione di sprechi, inefficienze, in appropriatezze, quando non addirittura di fatti illeciti. Un sistema istituzio-

nale «genera valore» per i pazienti se è in grado di dare spazio a soluzioni sempre più coerenti con i bisogni, collegando tuttavia l'autonomia a sistemi di responsabilizzazione sul piano della sostenibilità di lungo periodo.

In conclusione, si può dire che la catena del valore per il paziente in effetti non è una catena unica, ma è costituita da quattro raggi convergenti sulle esigenze del paziente:

– quello che dalle conoscenze biomediche o di discipline della salute, tramite la formazione dei professionisti, si traduce in atti adeguati a soddisfare i bisogni di salute;

– quello dell'innovazione che, partendo dallo sviluppo di nuove tecnologie, si traduce in metodiche di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che arrivano al paziente con modelli assistenziali innovativi;

– quello delle conoscenze manageriali che, tramite la definizione di modelli orga-

nizzativi idonei a gestire la complessità e l'incertezza, si traducono in nuove figure professionali che agevolano i percorsi dei pazienti, all'interno non solo di ospedali ma di reti assistenziali;

– quello delle relazioni istituzionali che, attraverso la definizione di competenze di Stato, Regioni, aziende sanitarie, si traduce in scelte autonome che consentono di rispondere tempestivamente ai bisogni, consentendo le differenze fisiologiche ed evitando le differenze patologiche.

I quattro raggi di relazioni possono «generare valore» solo se sono tenuti uniti e integrati da una duplice relazione: devono essere originati dalla capacità di analizzare e interpretare i reali bisogni dei pazienti e la loro dinamica nel tempo e devono produrre soluzioni, la cui efficacia deve essere valutata prefigurando le ricadute sullo stato di salute dei pazienti.

Parte IV

L'integrazione
delle conoscenze
e delle professioni

Cicli di vita dei fenomeni, cicli di vita delle politiche

Una possibile interpretazione dell'attuale fase storica del sistema di tutela della salute è legata al paradigma del «ciclo» dei fenomeni, delle idee-forza tramite cui sono stati interpretati i fenomeni e delle politiche. Cicli che oggi sembrano avere portato il sistema ad una situazione nella quale appare più difficile, rispetto ad altri periodi del recente passato, trovare sintesi o contemperamenti adeguati a rispondere alle diverse esigenze e, soprattutto, alle diverse attese. Si può affermare che, con riguardo al sistema di tutela della salute oggi il problema chiave sia sintetizzabile nei seguenti termini:

a) per diversi «soggetti» del sistema il livello di attese si è elevato in modo decisivo e perciò vengono valutate insoddisfacenti, risposte *superiori a quelle del passato* (a volte in misura rilevante), ma che presentano un divario rispetto alle attese maggiore di quello del passato: in sintesi, erano inferiori le critiche ad un sistema che oggettivamente dava minori servizi e di qualità inferiore, ma nel quale il livello di aspettative era più basso;

b) vi è una convergenza di «fasi critiche» dei diversi cicli che determina quella che può essere definita come una «congestione di complessità» che non si riesce ad affrontare in modo lineare e con la necessaria sequenzialità: le spinte e le pressioni per cercare di risolvere i vari aspetti di complessità (quelle che vengono identificate come «emergenze») determinano conflitti e ritardi nella individuazione di soluzioni accettabili dai diversi soggetti.

Ciclo del concetto di salute. Con l'introduzione del Ssn nel 1978 si è passati, almeno sul piano del diritto codificato, dal concetto di lotta, eliminazione della *malattia* a quello di recupero, mantenimento, promozione della *salute*.

Negli anni ottanta vi è stato un grande fermento di idee, di elaborazioni anche sul piano scientifico, di politiche, rivelatesi poi più o meno efficaci, centrate sui temi della prevenzione, della diagnosi precoce, della riabilitazione. Durante gli anni novanta l'attenzione *culturale* sul tema della salute (invece che della malattia) è rimasta, e per molti aspetti si è anche rafforzata, ma si è dovuta scontrare con sistemi di finanziamento e di valutazione dei risultati che tendevano a privilegiare le fasi della diagnosi e della cura. Si può dire che la «cultura della salute» (della prevenzione e del miglioramento della salute) è rimasta in alcune aree di attività (si ricordano le politiche e le campagne a favore della prevenzione dei tumori, delle malattie cardiovascolari, contro il fumo ed in generale a favore degli stili di vita «salutisti»), ma in molti campi e per molti cittadini è forse ritornata a prevalere la concezione secondo cui ci si preoccupa della salute, quando ci s'imbatta nella malattia.

Anche molti dei programmi di informazione, prevenzione, educazione sanitaria sono stati sospesi e modificati a causa di vincoli finanziari. Con riguardo a questo tema, oggi siamo in una fase del ciclo caratterizzata da «elevata divaricazione»:

a) in alcuni campi e per alcuni gruppi sociali si è definitivamente affermato e consolidato l'obiettivo di tutela della salute: recentemente è stato realizzato un Convegno su «La salute per chi sta bene» (e vi sono varie iniziative su questa linea), sono aumentati i centri e le spese per la cura del corpo (non solo di tipo estetico, ma legate proprio al mantenimento dello stato di benessere);

b) in altre aree di assistenza si è ritornati di fatto, anche se non di diritto, verso la prevalenza della lotta alla malattia: anche se la logica dichiarata non è questa, si può af-

fermare che il principio dei «livelli essenziali di assistenza» è un ritorno verso la priorità della lotta alla malattia;

c) per altre fasce della popolazione (immigrati, nuovi poveri, portatori di patologie cronico-degenerative) i meccanismi di finanziamento del sistema e le forme di partecipazione al costo, rischiano addirittura di compromettere la capacità di combattere tempestivamente ed efficacemente la malattia;

d) si è ancora più accentuato il divario tra Paesi (e aree dello stesso Paese) nei quali sono possibili politiche per la promozione della salute e altre nelle quali sembra addirittura essere diminuita, rispetto agli anni sessanta e settanta (ovviamente in termini relativi), la capacità di lottare contro malattie endemiche, facilmente debellabili sul piano delle conoscenze scientifiche.

Nei Paesi sviluppati e in modo drammatico nei Paesi che non sono usciti dalla morsa del sottosviluppo o in quelli emergenti il tema centrale di questo «ciclo del problema malattia-salute» è quello della relazione che si stabilisce tra salute e qualità dello sviluppo. Anche nei Paesi economicamente progrediti sta emergendo l'idea secondo cui la qualità della salute dei propri cittadini costituisce vincolo allo sviluppo e secondo cui la spesa per la salute potrebbe diventare un nuovo motore-volano per lo sviluppo economico.

Ciclo della scelta del paziente. I modelli classici di analisi del rapporto medico-paziente indicavano che il portatore di un bisogno (il paziente) era in grado di evidenziare sintomi di malessere, ma che il medico aveva la conoscenza per interpretare i sintomi, effettuare la diagnosi, proporre le terapie. In seguito l'affermarsi del principio del «consenso informato», necessario per certi trattamenti, programmi di educazione sanitaria e la diffusione delle informazioni, diventata sempre più rapida, estesa e completa con l'uso delle moderne tecnologie (internet, portali, ecc.), sono stati tutti orientati ad aumentare il «potere di scelta autonoma e consapevole da parte dei pazienti». Anche i sistemi di finanziamento sono stati orientati a valorizzare «le preferenze dei pazienti». A parte le considerazioni sui diversi livelli di accessibilità alle informazioni da parte dei diversi gruppi sociali e/o di pazienti, sulla

qualità delle informazioni autointerpretate dai pazienti (che possono ingenerare anche errori), sulla qualità e sui controlli su informazioni che possono creare distorsioni o che possono essere orientate ad aumentare i consumi di prestazioni e servizi sanitari, oggi si pone un nuovo problema, anche nel nostro Paese.

Il rapporto di «dipendenza psicologica» del paziente nei confronti del medico, in molti casi sembra ribaltarsi in un rapporto di «dipendenza del medico dal paziente» per quanto riguarda l'aspetto delle responsabilità per «errori medici».

È stato corretto eliminare la situazione di mancanza di informazione (o addirittura di omertà) che non consentiva di individuare nel passato errori e colpe di medici e di altri operatori. Era anche doveroso introdurre sistemi di risarcimento (di vario tipo) nel caso di danni alla salute (o di inadeguata soluzione ai problemi della salute) a causa di negligenze, errori di operatori sanitari.

Ora si sta forse entrando in un ciclo nel quale le norme poste a tutela del paziente possono consentire perfino un «eccesso di tutela» o un «uso speculativo» (per trarre vantaggi economici) da presunte negligenze, incompetenze, trattamenti impropri. Il tema del ricorso non sempre corretto a denunce contro le *malpractice* dei medici e delle strutture sanitarie, sta diventando un problema sempre più rilevante con l'aumento di accertamenti e procedure diagnostiche e terapeutiche realizzate non per migliorare la salute, ma al solo «scopo difensivo contro possibili azioni di responsabilità». Rischiano di diffondersi comportamenti di medici determinati dal timore della responsabilità penale e civile piuttosto che dal senso di responsabilità nei confronti dello stato di salute dei pazienti. Di conseguenza una parte crescente di risorse formalmente contabilizzata nel settore non viene destinata al fine di tutela della salute, ma alimenta un altro circuito, quello delle cause legali collegate ai problemi della salute.

Ciclo delle conoscenze e di nuove tecnologie per la salute. Dopo decenni in cui le conoscenze nel campo della tutela della salute hanno avuto miglioramenti significativi, ma alquanto lenti e di tipo lineare (ad esempio da chirurgie generali a chirurgie specialistiche, da medicina generale a varie branche in

cui si è articolata), dalla metà degli anni settanta si è aperto un ciclo in cui:

a) lo sviluppo delle conoscenze ha subito una improvvisa accelerazione;

b) le conoscenze di base si sono tradotte più rapidamente rispetto al passato in metodiche assistenziali e in effettive possibilità di intervenire sullo stato di salute;

c) lo sviluppo delle conoscenze è sempre più strettamente legato alle tecnologie che, da un lato, aiutano ad elaborare le conoscenze (si pensi alla possibilità di trattare enormi quantità di informazioni per stabilire correlazione tra fattori e stili di vita e condizioni di salute, alle tecnologie usate per la mappatura del genoma, ecc.) e, dall'altro, incorporano le conoscenze (si pensi alle tecnologie per l'immagine del tipo TAC, RMM, PET, radiologia digitalizzata, alle tecnologie per i trapianti, per l'assistenza nelle cure intensive, ecc.).

Il ciclo della conoscenza e dell'impiego di nuove tecnologie all'inizio ha apportato enormi benefici sullo stato di salute (patologie in precedenza non diagnosticabili precocemente o non trattabili sono diventate trattabili con efficacia), in seguito ha consentito una più rapida diffusione delle possibilità di intervenire positivamente sullo stato di salute (si pensi alla diffusione della TAC o di altre tecnologie in molti ospedali a seguito della diminuzione del loro costo unitario, o alla possibilità di teleconsulto o di trasmissione a distanza dei dati sui pazienti e delle risposte), infine ha portato ad una situazione, quella attuale, nella quale emergono due temi rilevanti:

a) la natura delle conoscenze pone sempre più rilevanti e complessi problemi etici (dall'uso delle cellule staminali, al mantenimento in vita di persone allo stato vegetativo, ai test predittivi con possibilità di aborto, ai trapianti che a volte inducono persone a «vendere» propri organi per esigenze economiche o causano comportamenti criminali quali il «commercio di organi»);

b) in un numero crescente di casi l'aumento delle conoscenze, sul piano diagnostico e delle terapie, e l'impiego delle tecnologie determina elevati costi con limitati (e in alcuni casi nulli) benefici aggiunti sullo stato di salute: ciò pone rilevanti e complessi problemi sul piano della allocazione delle risorse scarse che, già di per sé limitate, diventano ancor

più scarse per impieghi che avrebbero ben più elevati livelli di efficacia sul piano della salute e più elevati rapporti benefici-costi.

Ciclo delle professionalità sanitarie. Negli ultimi trenta anni le professioni hanno avuto una evoluzione che, seppur con «eroiche semplificazioni» come accade in questi casi, è possibile sintetizzare come segue:

a) all'inizio vi era un elevato livello di «autoreferenzialità» (il medico che interpreta il bisogno «per conto del paziente» e ha grande influenza nel decidere la risposta da dare): a ciò si collega anche un elevato status e privilegio sociale;

b) negli anni ottanta e novanta, è diminuito il livello di autoreferenzialità (percepito, però sempre più come diminuzione del livello di autonomia professionale) a causa del diffondersi delle tecnologie (che in alcuni casi hanno sostituito le funzioni di alcuni operatori, si pensi ai tecnici di laboratorio a seguito dell'automazione ed a molti altri casi), delle politiche di consolidamento ed esplicitazione delle conoscenze da parte delle comunità scientifiche (elaborazione e introduzione di «protocolli di indirizzo diagnostico-terapeutico», di linee-guida, di sistemi di parametri per valutare l'efficacia di certi trattamenti), dell'introduzione di «regole organizzative» (compresa la dibattuta questione del «rapporto esclusivo» con la struttura pubblica) che ha modificato la figura da quella del «professionista che risponde alla scienza e coscienza e al proprio paziente» a quella di professionista «che, facendo parte di un sistema organizzativo» deve accettare e rispettare alcune regole di comportamento quali: programmare le attività, organizzare in modo efficiente il personale, controllare i costi.

Oggi il ciclo è arrivato ad una fase in cui si avverte la forte esigenza dei professionisti di «riappropriarsi» dei contenuti più qualificanti del loro lavoro. Ciò significa volontà di «governare le tecnologie» (cercare di farne un uso corretto) invece che delegare funzioni alle tecnologie, rimettere in discussione regole di comportamento professionale e organizzativo che, invece di aiutare e premiare comportamenti finalizzati al benessere dei pazienti, spesso creano ostacoli e ritardi inutili e irrazionali, recuperare un più diretto rapporto personale, umano, di trasparenza e corretta informazione con il paziente.

Ciclo delle politiche sanitarie. L'introduzione del Ssn aveva dato grande priorità alla funzione della «politica sanitaria» (allora si chiamava ancora così, mentre oggi si dice «di tutela della salute») intesa correttamente come «scelta tra diversi bisogni in rapporto alle risorse disponibili» (logica e modello della programmazione sanitaria). Tale indicazione è però stata interpretata in modo non corretto nella prima fase nella quale organi nominati tramite un processo politico (comitati di gestione) avevano funzioni e responsabilità sulla gestione. In seguito, compresa l'irrazionalità di questo modello e visti i risultati insoddisfacenti, si è allontanata la politica dalla gestione con l'introduzione di Amministratori straordinari unici (anno 1991) e dei Direttori generali. La politica non è scomparsa, ma è stata demandata ad un livello che, per semplificazione evocativa, si può definire «meno nobile», riguardante la nomina dei Direttori generali da parte della Regione (non sempre sulla base di criteri di professionalità, non di rado sulla base di criteri di affinità politiche e di rapporto fiduciario), i sistemi di finanziamento e l'allocazione delle risorse (di rado ottenute sulla base di programmazione e di una progettualità di lungo periodo), la imposizione di regole e vincoli all'autonomia dei dirigenti delle aziende che erogano servizi, regole e vincoli motivati (spesso in modi palesemente contraddittori) da esigenze di coordinamento. Oggi il ciclo della politica sembra giunto in una fase nella quale:

a) è forte la tentazione (che già si è tradotta in molti casi nel concreto) di intervenire più direttamente sulla gestione (interferendo con le competenze dei dirigenti);

b) la stessa politica si trova al centro di pressioni da parte di portatori di interessi molto più forti di trenta anni fa (non solo pressioni di vari gruppi di pazienti organizzati e dei movimenti di tutela dei malati, ma pressioni dei fornitori dei farmaci, tecnologie, servizi alla sanità, settori economici in crescita, da gruppi privati interessati alla privatizzazione di servizi e di strutture o all'esternalizzazione delle attività).

Nel ciclo della politica sanitaria si avverte un ritorno, più o meno accentuato, di elementi «ideologici» o «aprioristici» forse meno legati che in passato a dottrine politi-

che e più legati a differenti «indirizzi e impostazioni» di politiche economiche.

Ciclo del management. Esso può essere considerato come il prodotto della combinazione del ciclo professionalità degli operatori della salute e del ciclo politico. Infatti la funzione manageriale e le figure manageriali hanno trovato forza dalla esigenza, da un lato, di affermare che la produzione e l'erogazione di servizi deve rispettare regole scientifiche, tecniche, organizzative, finanziarie e relazionali che non possono e non devono essere filtrate con i criteri del consenso politico (barriera contro l'eccessivo peso dei politici in sanità) e, dall'altro, dall'esigenza di portare i professionisti (specie clinici) a considerarsi «soggetti importanti, ma inseriti in programmi e processi coordinati» e non come «solisti della scienza» o della «deontologia professionale». Il ciclo del *management* della sanità ha seguito questa evoluzione:

a) *emergere di conoscenze manageriali* nei primi anni ottanta;

b) *sensibilizzazione progressiva* sull'esigenza di ridefinire gli assetti istituzionali e organizzativi in modo da dare autonomo spazio a questa funzione e a figure dotate di potere manageriale, prima con la legittimazione sul piano formale con la legge 111/91 e poi con la piena legittimazione con l'istituzione del modello di «aziende sanitarie» e della figura del Direttore generale (legge 502/92 e 517/93);

c) *diffusione* nella seconda metà degli anni novanta, spesso con significative carenze, distorsioni e incongruenze nella verifica della professionalità;

d) *caduta della «illusione»* (creata da alcuni e sostenuta da altri) che la «razionalità economico e manageriale» potesse risolvere i problemi del sistema di salute che, al contrario, sono multidimensionali e dipendono da molteplici fattori.

Il ciclo di quella che qualcuno agli inizi degli anni novanta aveva chiamato «rivoluzione manageriale», vede ora le figure manageriali al centro di forti critiche (alcune corrette e fondate sui fatti, altre aprioristiche) e, quel che più interessa, impone un ripensamento delle modalità di esercizio di tali funzioni sia all'interno delle aziende, sia nei rapporti con l'esterno. Il ciclo manageriale si trova oggi in una fase nella quale, salvo sempre le dovute e non rare eccezioni di Diret-

tori generali o di *team* di Direzione generale che mantengono un elevato livello di prestigio nelle proprie realtà, i Direttori generali, da un lato, sono chiamati a decidere senza avere chiari riferimenti di politica sanitaria, dall'altro, in vari casi non sono in grado di rispondere alle esigenze di chi ha la responsabilità di specifici processi assistenziali.

Ciclo istituzionale. Con l'introduzione del Ssn il modello istituzionale si fondava su due principi base: l'integrazione dei servizi e dei presidi, da un lato, e il coordinamento «orizzontale» con i Comuni (Usl come «strutture operative» dei Comuni), dall'altro. Negli anni novanta, sono state fortemente ridimensionate le relazioni con i Comuni (lasciate alle conferenze dei Sindaci e alla possibilità di coordinare i servizi a natura sanitaria con quelli a valenza socio-assistenziale) privilegiando la «relazione verticale» con la Regione (costituzione delle aziende sanitarie che fanno capo alla Regione) o con lo Stato (flusso del finanziamento). Oggi la fase del ciclo di ulteriore decentramento e responsabilizzazione delle Regioni pone tre ordini di problemi:

a) come mantenere un sistema di tutela della salute unico, salvaguardando ed anzi esaltando le specificità regionali;

b) come coprire il vuoto di «politica sanitaria» che esiste oggi tra livello regionale e livello delle aziende (soluzioni del tipo area vasta in Toscana, Emilia, stimolo alla creazione di *network* di aziende, ipotesi istituzionali di costituzione di Fondazioni per la gestione degli ospedali vanno in questa direzione);

c) come recuperare un nuovo rapporto (sul piano politico, ma soprattutto della funzionalità) tra dimensione «verticale» (necessaria per il sistema di responsabilizzazione specie economico finanziaria) e dimensione «orizzontale», ossia della integrazione dei processi di tutela della salute con altri servizi alla persona.

Ciclo finanziario. Il ciclo finanziario della sanità può essere suddiviso nelle seguenti fasi:

a) anni ottanta, durante i quali si è seguita in gran parte l'evoluzione determinata dalle tendenze della spesa storica, con qualche tentativo di riequilibrio in verità poco efficace;

b) anni novanta, specie seconda metà, in cui ha dominato, al di là delle dichiarazioni, la politica del deciso contenimento della spesa sanitaria o del suo tasso di espansione: ciò con sistemi vari, quali finanziamento su base Drg, riduzione del Fondo erogato dallo Stato alle Regioni con obbligo di queste di coprire i disavanzi, definizione dei LEA, ecc.;

c) oggi la fase del ciclo mostra che la politica centrale sul contenimento della spesa ha, forse, permesso di conseguire obiettivi di breve medio periodo (compresa l'entrata nell'euro), ma rischia di impedire interventi di innovazione strutturale (e di investimenti) richiesti dalla evoluzione delle esigenze del sistema.

Occorre pensare a forme di corresponsabilizzazione pubblico-privato (pazienti, ma anche imprese) per sostenere un futuro di sviluppo che eviti un pesante avvittamento del nostro sistema di tutela della salute che, va ricordato, è ancora classificato ai primi posti nel *ranking* dell'Organizzazione mondiale della sanità quando si considerano indicatori di qualità dei servizi e di spesa.

Come si è cercato di chiarire, seppure brevemente, ognuno di *questi cicli* ha portato nel sistema elementi di miglioramento (quando le funzioni e i ruoli sono stati interpretati correttamente) ed elementi negativi, in caso di interpretazioni strumentali, non fondate sulle conoscenze o addirittura subordinate a interessi particolari. Le grandi difficoltà e le incertezze di questo periodo derivano dal fatto che la maggior parte di questi cicli sembra aver esaurito la «carica di promesse (o attese, o speranze) positive» e sembra ora immettere nel sistema crescenti elementi di fallimento o di dubbio. È difficile affrontare contestualmente l'insieme dei *nodi irrisolti che sembrano venire al pettine tutti insieme in tempi brevi*.

La generazione che aveva progettato il Ssn e che ne aveva gestito la prima fase, ormai non c'è più o è fuori gioco. La generazione che ha gestito varie linee di «ristrutturazione del sistema», di «riqualificazione della spesa», di «rimodellazione dell'assetto istituzionale» (aggregazione di aziende territoriali, autonomizzazione delle aziende ospedaliere, sistemi di competizione, gestione centrale di servizi comuni), anche nei casi in cui ha volontà e desiderio di progettualità nuova,

sembra forse prigioniera di schemi del passato. La domanda critica diventa allora la seguente: le nuove generazioni di soggetti del sistema (pazienti, movimenti di tutela dei pazienti, professionisti, *manager*, politici) sapranno scegliere e avranno le capacità di scegliere la via di una «nuova progettualità» basata su scenari di sviluppo e rilancio del sistema di tutela della salute (bene assai

prezioso) o si faranno confinare in politiche di razionalizzazione del sistema, di ridimensionamento progressivo (di fatto, se non di diritto) dei livelli assistenziali, di un sistema che non si propone come motore trainante di un nuovo modello di sviluppo, ma che si pone al traino di politiche che privilegiano altri settori? L'auspicio di chi scrive è che lo scenario sia il primo.

Aziendalizzazione e governo clinico

Il sistema di tutela della salute esiste per dare risposte di elevata qualità ai bisogni dei pazienti. La capacità di raggiungere le sue finalità dipende da molteplici fattori tra i quali vanno ricordati:

a) il progresso delle conoscenze scientifiche riferite alle determinanti del benessere fisico e psichico delle persone;

b) la natura del rapporto tra i pazienti (che esprimono i bisogni e la domanda) e coloro che detengono tali conoscenze, medici, infermieri ed altri operatori: qualità dei rapporti interpersonali;

c) la disponibilità di beni e di strumenti (attrezzature, apparecchiature e farmaci, dispositivi medici, ecc.) che possono influenzare positivamente l'evoluzione dello stato di salute;

d) le risorse economiche tramite cui è possibile acquisire le risorse strumentali e remunerare le persone che si occupano della salute dei pazienti (finanziamento del sistema);

e) la funzionalità del complesso di persone e beni organizzati per garantire l'offerta dei servizi, ossia le aziende della salute.

I pazienti sono quindi il terminale di differenti linee di relazioni. La prima collega le conoscenze (generate dalla ricerca e diffuse tramite la formazione), medici ed altri operatori, ai pazienti. La seconda collega le motivazioni e la professionalità dei medici e degli altri operatori ai loro comportamenti effettivi, relazioni definibili di *clinical governance*. La terza collega le risorse finanziarie alla quantità dei beni e di altre condizioni «reali» necessarie per garantire l'offerta, relazione che può essere definita come governo delle aziende. Si tratta di tre differenti linee di relazioni che concorrono a determinare i livelli effettivi di assistenza e che quindi non devono essere poste in contrapposizione tra loro.

In particolare, *clinical governance* significa creare le condizioni favorevoli affinché i medici (e gli altri operatori) possano dare risposte efficaci ai problemi dei pazienti, salvaguardando il contenuto umanizzante delle relazioni con questi ultimi. Governo delle aziende o applicazione dei principi aziendali significa impiegare al meglio, in modo efficiente, le risorse per consentire di erogare una maggiore quantità e una migliore qualità di servizi a parità di risorse o, al contrario, di mantenere gli stessi livelli qualitativi di servizi nei periodi di riduzione delle risorse. L'applicazione dei principi e degli strumenti aziendali non contrasta e non riduce lo spazio della *clinical governance* poiché essa *non significa affatto*, come a volte viene affermato:

a) privilegiare criteri economici di scelta rispetto a criteri medico-scientifici o a criteri etici e di personalizzazione dei rapporti di assistenza;

b) subordinare qualità dell'assistenza, efficacia degli interventi, soddisfazione dei pazienti all'efficienza e al raggiungimento del pareggio di bilancio (criterio di economicità);

c) ridurre l'autonomia professionale di medici e altri operatori.

Certamente, nessuno può negare che nella realtà vi siano state (vi sono e vi saranno) situazioni nelle quali la logica, i principi e i criteri aziendali sono stati interpretati in modo non corretto o distorto e, invece di essere considerati «strumentali» alla migliore qualità della salute, sono diventati obiettivi in sé che hanno penalizzato e ridotto la qualità dell'assistenza, la definizione di priorità nell'erogazione dei servizi non coerenti con la severità e l'urgenza dei bisogni (con la creazione di code e liste d'attesa per prestazioni necessarie in tempi brevi), non rispet-

tosì dell'autonomia professionale. Va tuttavia ricordato che l'incoerenza tra modelli di riferimento e loro interpretazione reale caratterizza tutti i sistemi sociali (si vedano ad esempio i recenti scandali che hanno colpito il mondo dell'imprenditorialità, delle banche, della revisione contabile, delle agenzie di *rating*). Per il sistema sanitario non ci si può limitare alla constatazione e alla denuncia di tali distorsioni ma occorre individuarne le cause, alcune delle quali (che non sono certo secondarie) possono essere sintetizzate nei seguenti termini:

a) crescente divaricazione tra potenzialità di risposta ai bisogni consentita dal progresso scientifico e limitatezza delle risorse economiche messe a disposizione del sistema: i vincoli di finanziamento del sistema di tutela della salute derivano da «scelte di politica economica più generale», ad esempio rispetto del «patto di stabilità e sviluppo» per rafforzare la moneta unica europea e la sua economia rispetto ad altre aree economiche (USA, Cina, Asia, ecc.), realizzazione di infrastrutture, finanziamento della ricerca (si vedano i fondi stanziati per l'Istituto tecnologico italiano che, oltre all'investimento, richiederà spese per la gestione corrente): non è certo responsabilità dell'aziendalizzazione né dei Direttori generali se tali vincoli agiscono a cascata traducendosi nella impossibilità per le aziende (territoriali, ospedaliere, a gestione universitaria, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) pubbliche e private di rispondere a tutti i bisogni e, spesso, di scegliere correttamente le priorità;

b) un uso errato o, addirittura vessatorio, di strumenti ritenuti idonei a far rispettare i vincoli economici: tale deve ritenersi la norma della legge finanziaria per il 2003 che considerava il mancato ottenimento del pareggio di bilancio come causa (di per sé) della possibile revoca dei Direttori generali. Tale norma può aver indotto alcuni Direttori generali, non è dato sapere se molti o pochi, a «fare pressioni» nelle proprie aziende per conseguire tale risultato, ma la responsabilità prima di questi comportamenti va ricondotta a chi ha imposto la norma, non a chi l'ha dovuta subire;

c) la confusione di responsabilità di poteri tra Stato e Regioni a seguito dell'accordo dell'8 agosto 2001: sono note le polemiche e i conflitti tra le parti su «chi non ha rispettato

l'accordo» dai quali appare con certezza che entrambe le parti non hanno rispettato vari aspetti di quell'accordo (che forse era utopico e non del tutto realistico fin dall'inizio) e che le incertezze e le contraddizioni si sono «scaricate a valle» sulle aziende e sui Direttori generali chiamati a garantirne la funzionalità pur in un quadro di regole non precise, interpretabili e interpretate diversamente o che sono state cambiate in continuazione anche in tempi brevi;

d) in generale incertezza del quadro di riferimento dovuto al permanere di norme del passato, di norme della legge 229/99, mai applicate anche se formalmente vigenti, norme, indirizzi, linee guida dello Stato «contestate», e spesso «impugnate sul piano giuridico», dalle Regioni e norme delle Regioni stesse che hanno interpretato in modo assai diverso la loro autonomia legislativa, a loro volta contestate dallo Stato;

e) ulteriori incertezze derivanti da normative settoriali non coerenti con la normativa sulla tutela della salute (sul personale, sugli acquisti, si vedano le norme della Legge Finanziaria sul ricorso alla CONSIP e sul limite dei 50.000 euro ai fini dell'applicazione della normativa europea, norma non confermata nella Legge Finanziaria per il 2004, norma sulla costituzione di «società di capitale misto pubblico-privato» per i servizi, ecc.), nonché da proposte di normative (disegni di legge, ecc.) che, seppure non ancora approvati, producono un «effetto annuncio» ed un «effetto attesa» che interferiscono con la gestione.

Di queste condizioni le aziende e i loro Direttori generali devono essere considerati più vittime che artefici. Una breve considerazione va fatta anche su molte critiche rivolte alla professionalità dei Direttori generali: certamente tra essi si hanno persone di elevata qualificazione professionale, *manager* di prima qualità non di rado migliori di molti *manager* di altri settori pubblici e privati, ma si hanno anche persone che «non sono adeguate alla funzione e alla complessità della gestione delle aziende sanitarie» e, forse, anche persone i cui comportamenti sono discutibili sul piano della professionalità, della deontologia, dell'etica. Ma ciò, va ricordato con chiarezza e senza timore di smentite, accade in tutti i gruppi professionali, compreso quello dei medici. Proporre di dare maggiore

autonomia e potere decisionale ai medici adducendo come motivazione i casi di reale (o presunta) scarsa professionalità, stili di direzione gerarchici o autoreferenziali dei Direttori generali delle aziende, significa fare una operazione non accettabile sul piano logico e metodologico, discutibile sul piano della politica di tutela della salute e pericolosa sul piano delle conseguenze sull'opinione pubblica. Ciò in quanto:

a) si strumentalizzano casi reali (o presunti) di comportamenti non corretti mettendoli a confronto con ipotetici e idealistici comportamenti più corretti, o più «virtuosi», che sarebbero (e si sottolinea il condizionale) garantiti da un sistema di *clinical governance* che, almeno nella formulazione del disegno di legge che è stata finora resa pubblica, tuttavia appare confuso e poco trasparente nella sua architettura, struttura, funzionamento;

b) si critica un modello, quello dell'azienda, sulla base della non corretta interpretazione che di esso è data da alcuni soggetti che affermano di interpretarlo (pochi o tanti che siano) senza riconoscere i miglioramenti che esso ha consentito di ottenere;

c) si critica, e in alcuni casi si «criminalizza» (in termini di funzionalità) un modello, proponendo soluzioni non sempre chiare e che a volte esprimono più un auspicio che un disegno di modelli alternativi per «gestire la complessità» del sistema salute o un «ritorno al passato» che non aveva dato certi risultati soddisfacenti.

Pertanto, sarebbe miope e controproducente difendere ad oltranza ed astrattamente il modello aziendale negando che oggi, anche nel sistema di tutela della salute, è stata sovente data una eccessiva enfasi alla dimensione economica e ai sistemi di valutazione dei risultati di tipo economico, e sono state sottovalutate le reali esigenze dei pazienti e del fatto che ad esse si risponde *valorizzando e non vincolando* l'apporto professionale, umano e motivazionale dei medici e di tutti gli operatori della salute, in sintesi la *clinical governance* (o meglio la *professional governance*).

Alle esigenze di rivalutare la dimensione professionale non sembrano rispondere le proposte sinora avanzate in quanto:

a) non si rafforza una dimensione del funzionamento (la *clinical*, o *professional governance*) *indebolendo* un'altra dimensione,

o contrapponendola ad essa (quella della Direzione generale e della Direzione sanitaria;

b) una organizzazione complessa (se si preferisce usare questo termine invece di quello di azienda) può funzionare bene solo se in essa è chiara una «responsabilizzazione sul suo andamento complessivo» (funzione e ruolo del Direttore generale) e se ha un «gruppo coeso» di alta direzione: al contrario, un gruppo di direzione fondato su un bilanciamento di ruoli e/o di poteri formali (come sembra essere il modello del Coordinatore medico del disegno di legge) è destinato a peggiorare la situazione e a creare difficoltà decisionali;

c) non va confusa la legittima esigenza di «dare maggiore ascolto e maggiore voce» ai *professionals* (medici e non medici) nei casi in cui ciò non avvenga a causa dell'inadeguato stile di direzione dell'attuale «triade» (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo) con la proposta di creare una figura «anomala» (quella del coordinatore medico) che:

c1) sarebbe legittimata in base al principio di «rappresentanza» (scelta dal Consiglio dei Direttori clinici) e non di professionalità di direzione e di responsabilità,

c2) dovrebbe essere comunque nominata dal Direttore generale (cosa accade se non vi è concordanza?),

c3) sostituirebbe il Direttore sanitario solo per una parte delle sue attuali funzioni, quella dei rapporti con i Responsabili di Dipartimenti o di Unità organizzative complesse o semplici, lasciando scoperta una serie di altre funzioni di vigilanza e controllo sulle condizioni igienico-sanitarie, sulla rilevazione e comparazione dei dati di efficacia, sull'osservazione delle tendenze in atto nella domanda che si rivolge all'azienda, ecc.;

d) la *clinical*, o *professional*, *governance* si può realizzare agendo non sulla struttura (creazione di una nuova «figura» o «posizione» in sostituzione o in aggiunta a quelle attuali), ma agendo sui sistemi decisionali e operativi realizzando una maggiore trasparenza su «chi decide che cosa» (e qui si può rivalutare e dare maggiore rilevanza ai criteri medico-scientifici e di qualità dell'assistenza), sugli indicatori in base ai quali si valuta la gestione dell'azienda, su «chi risponde dei risultati» (ognuno deve essere responsabiliz-

zato sui fattori da lui direttamente controllabili);

e) è irrealistico, non utopistico, pensare che, dati i livelli di complessità attuale della struttura di offerta dei servizi, si possa avere una figura di coordinamento che mantenga anche la responsabilità diretta di una unità organizzativa: ciò significa non riconoscere la differenza tra professionalità «di tipo specialistico» (clinica) e responsabilità di direzione e significa sottovalutare il fatto che non si deve mai confondere la responsabilità sul tutto (il funzionamento dell'azienda) con quella su una parte (l'unità organizzativa di provenienza di cui il coordinatore medico resterebbe responsabile).

Infine, una ulteriore considerazione di merito sulle politiche generali del sistema di tutela della salute. Si può, e si deve, rilevare ed evidenziare le disfunzioni e proporre linee di miglioramento. Tuttavia, si *dovrebbe* evitare le *eccessive semplificazioni* che portano a ricondurre le responsabilità delle difficoltà e delle disfunzioni unicamente o prevalentemente ad una dimensione (l'aziendalizzazione) o a specifiche figure (quella del Direttore generale delle aziende) che già operano in condizioni difficili, tra molte incertezze e contraddizioni di cui spesso sono più vittime che artefici. Critiche così dirette, mirate, continue e fortemente discutibili finiscono per *delegittimare* non solo quelle figure, quelle funzioni, quelle professionalità ma contribuiscono anche a delegittimare le istituzioni che esse rappresentano. A livello statale si dovrebbero proporre linee di miglioramento basate non sulla contrap-

posizione, ma sulla ricerca di sinergie e di maggiore collaborazione-coesione tra le diverse figure e le diverse professionalità presenti nel sistema. Politiche generali, inoltre, dovrebbero porsi l'obiettivo di migliorare le «condizioni di ambiente» in cui operano le aziende, i Direttori generali, sanitari, amministrativi, i Responsabili di Dipartimenti, Distretti, Unità organizzative complesse e semplici, in definitiva i responsabili dei processi assistenziali. Per fare ciò dovrebbe favorire una maggiore collaborazione (o almeno la riduzione della conflittualità) tra Stato e Regioni, per contribuire ad eliminare incertezze e contraddizioni. Inoltre, si dovrebbero tener presenti le teorie e i molti studi empirici che dimostrano come non si cambia la realtà, non si cambiano i comportamenti «per legge» o «privilegiando le modifiche di legge». Si cambiano agendo sulla formazione, sulla professionalità, sui sistemi di responsabilizzazione delle varie figure (ognuno per la sua parte) e favorendo la collaborazione e il reciproco rispetto di ruoli.

In conclusione, si può affermare che l'introduzione di sistemi più espliciti di *clinical* (o *professional*) *governance* è una esigenza reale che può eliminare alcune distorsioni generate da una errata applicazione del modello aziendale, tuttavia, a tale esigenza non si risponde con «l'importazione» di modelli o di soluzioni prese da altri contesti e nemmeno con proposte semplicistiche sul piano tecnico e non raccordate con la struttura, le regole di funzionamento, la distribuzione delle responsabilità, i comportamenti attualmente presenti nella realtà italiana.

Clinical Governance, il contributo di molteplici prospettive

Mecosan ha come propria «filosofia» di fondo quella di realizzare uno stretto collegamento tra teoria e pratica, sia negli editoriali, sia nelle sezioni, sia nel tipo di articoli/documenti pubblicati. Questo editoriale rappresenta un ulteriore passo in avanti su tale linea, esso infatti nasce in un modo diverso dagli altri. Nei mesi scorsi è stato promosso dalla Divisione Amministrazioni Pubbliche, Sanità e non profit, SDA-Bocconi un *Network dei Direttori generali* di aziende sanitarie e ospedaliere che si incontrano tre quattro volte all'anno per affrontare «dal vivo» e partendo dall'esperienza, alcuni temi critici, confrontandosi con il mondo della ricerca. Il primo incontro è stato dedicato al tema della *Clinic Governance* e si è svolto con il seguente metodo:

- breve introduzione da parte dei docenti-ricercatori (stimoli alla discussione);
- ampio dibattito tra i Direttori generali che, oltre a discutere i vari aspetti del problema (punti di accordo o di disaccordo)

hanno evidenziato come ognuno di loro lo sta affrontando nella propria realtà (processi e strumenti utilizzati e modalità di coinvolgimento di medici e altri professionisti);

– un pomeriggio di confronto con domande e risposte con due medici scelti che rappresentavano le posizioni, le attese, il pensiero dei «professionisti».

Il Documento qui presentato è il risultato di un dibattito «a tre voci» che, peraltro, si è svolto su uno *spartito chiaro e preciso* ricordato all'inizio dell'incontro e scritto a lettere cubitali nella sala del dibattito:

tutte le considerazioni dovranno essere finalizzate all'obiettivo di fare analisi e proposte per migliorare il grado di qualità delle risposte ai bisogni di salute dei pazienti.

Le considerazioni sulla efficienza, sul livello dei costi, sulla razionalità organizzativa, sulla autonomia decisionale e responsabilità dovranno essere orientate alla finalità sopra indicata.

La responsabilità in medicina: quando obiettivi corretti possono causare gravi problemi

Non vi è alcun dubbio che il controllo del tasso di aumento della spesa per la tutela della salute e della sua incidenza sul PIL costituisca uno dei principali problemi di come far convivere politiche sociali e politiche economiche nei Paesi progrediti. Non solo l'Europa del *Welfare State* e dei sistemi di Servizio sanitario pubblico sono alle prese con questo problema, ma anche gli USA dove esiste una radicata tradizione di «sistema assicurativo privato», integrato, a partire dalla metà degli anni sessanta, dall'introduzione di fondi pubblici quali MEDICAID, MEDICARE e altri fondi minori. Le cause sono molteplici e più volte ricordate anche dalle colonne di questa rivista, dall'enorme progresso scientifico che consente di intervenire con efficacia su un numero crescente di situazioni di salute, all'invecchiamento della popolazione, alla realizzazione di nuove tecnologie e di nuove metodiche a costi sempre più elevati (compresi i fenomeni di «ultima generazione»), alla crescente attenzione agli aspetti di qualità della vita.

Esiste un fattore sul quale nel nostro Paese non è ancora stato aperto un dibattito e un confronto ampio e approfondito, anche se esso da alcuni anni è ben presente a chi opera nel settore. Un fattore che può essere definito come una specie di «bomba ad orologeria» destinata a produrre nel breve effetti rilevanti sulla spesa per la tutela della salute e, indirettamente, sui livelli assistenziali che potranno essere garantiti ai cittadini e sui comportamenti dei «professionisti» (medici, infermieri, ed altri operatori), sui manager delle aziende sanitarie (pubbliche e private), sui responsabili delle politiche di tutela della salute. Si tratta del fattore collegato alla «responsabilità personale (degli operatori) e oggettiva (delle aziende) per i danni subiti da

pazienti durante processi di diagnosi, cura, riabilitazione».

Non vi è alcun dubbio che nella società «del diritto» e «della professionalità»:

a) il paziente che si rivolge ad una struttura o ad un professionista «abilitati» ad erogare prestazioni e servizi debba avere ampie garanzie che essi abbiano le caratteristiche per svolgere tale funzione;

b) egli si attende di ricevere prestazioni e servizi adeguati, ossia conformi a certe competenze corrispondenti al tipo di struttura di offerta cui si rivolge (ad esempio ambulatorio, ospedale di primo livello o attrezzato per situazioni a bassa complessità, ospedali specialistici di terzo livello, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ospedali universitari, ecc.);

c) nel caso in cui le prestazioni e i servizi non siano erogati in modo adeguato alle conoscenze e alle professionalità richieste, abbia diritto ad ottenere il risarcimento dei Danni fisici e morali anche se, purtroppo, nei casi di errori gravi il danno è irreparabile per la persona (in caso di morte) e il risarcimento potrà beneficiare solo altre persone.

L'esigenza e la tendenza è quella di dare contenuto *sostanziale sempre più pregnante* ad un diritto sancito dalla legge e comunque espressivo della dignità della persona. Alla evoluzione, positiva, in questa direzione hanno contribuito l'aumento della cultura media della popolazione, la modificazione del rapporto medico (professionista)-paziente che, se anche mantiene un certo livello di «dipendenza psicologica», è diventato più equilibrato anche a seguito del diffondersi delle conoscenze, la disponibilità di strumenti più efficaci per verificare errori o inadeguatezza dei trattamenti sul piano scientifico, la disponibilità di estese informazioni accessibili in modo semplice e diretto. Ogni sistema che

contribuisce a ridurre l'*autoreferenzialità*, la *mancaza di verifiche* e di conseguenza una sostanziale *immunità per le proprie responsabilità* è positivo e promuove il progresso. Elementi di questo progresso sono l'introduzione e la diffusione della pratica del «consenso informato», la più estesa possibilità di accedere agli atti, la possibilità di avere il doppio consulto e, nei casi più gravi, l'intervento della magistratura. Anche la diffusione di una logica manageriale (e non burocratica) di «gestione aperta e trasparente» della struttura di offerta rende sempre più difficile l'adozione di comportamenti di «copertura di errori» o di «occultamento di prove di errori, anche se purtroppo tali comportamenti sono ancora troppo diffusi.

Tuttavia, il progresso presenta sempre e strutturalmente due facce, una positiva, una negativa.

Per il problema in esame, la faccia negativa della medaglia è sintetizzabile essenzialmente nei seguenti punti:

a) se il sistema professionale, organizzativo, sociale non è preparato e non è pronto a recepire la nuova logica, si determinano «effetti moltiplicativi» di tipo negativo collegati all'aumento dei costi;

b) la cultura del «diritto alla salute» e al «risarcimento in caso di mancata risposta ad un diritto» per dolo o colpa di qualcuno, in alcuni contesti sociali si trasforma e diviene una cultura distorta dell'«abuso del diritto»: ciò è empiricamente dimostrato da molte indagini, svolte specialmente negli USA, che dimostrano come si promuovano molte cause di «malpractice» (o di «dolosità») che si rivelano a posteriori inconsistenti e finalizzate solamente ad ottenere un vantaggio economico per il paziente (e per chi lo assiste nelle controversie);

c) la combinazione dei due fattori, spesso spinge a comportamenti «difensivi» da parte dei medici, altri professionisti e strutture sanitarie che si traducono in tentativi di «scaricare preventivamente il rischio di errore sul paziente» con varie forme di consenso informato che mirano ad escludere molti tipi di responsabilità degli operatori o con il rifiuto di trattare alcune situazioni che vengono ritenute a più elevato rischio sul piano delle possibilità di contestazioni «per trattamenti inadeguati».

Questi elementi producono effetti negativi sul piano dell'aumento della spesa per le strutture che erogano servizi (sia per l'aumento dei premi assicurativi contro danni fisici e morali causati ai pazienti, o per corrispondere risarcimenti in caso di assenza di copertura assicurativa), la difficoltà per i pazienti di trovare strutture disposte a trattare situazioni di salute ad elevato rischio, l'aumento di «eccesso di preoccupazione e di pressione psicologica sui pazienti» quando sono chiamati ad esprimere il consenso informato su trattamenti di cui si *enfaticizzano eccessivamente i rischi e le possibili conseguenze* negative per costituire una preventiva prova di difesa del professionista e/o della struttura.

Il problema del rischio connesso alla inappropriata di interventi di tutela della salute e delle conseguenti responsabilità può essere affrontato secondo tre principali strategie:

1) quella del diritto che consiste nel definire in modo più chiaro e preciso le fattispecie delle responsabilità attribuibili a dolo, colpa grave, colpa leggera, con le eventuali attenuanti insieme ad altre caratteristiche del procedimento (processo) tramite cui si giunge a determinare l'esistenza o meno di una responsabilità e di conseguenza a definire i provvedimenti penali o civili (risarcimento dei Danni) a carico di chi ha erogato prestazioni inappropriate «dannose»: tale linea di intervento si può definire come strategia «difensiva»;

2) sul piano economico assicurativo, ossia tramite la stipulazione di appositi e assicurazioni e tramite la costituzione di appositi fondi da utilizzare nel caso si manifestino fatti che comportano il risarcimento (assicurazione «interna», in termini tecnico-contabili definiti come «fondi spese e rischi futuri»): tale seconda linea di intervento si può definire come strategia «curativa o riparativa», mutuando la terminologia dal settore in oggetto;

3) sul piano tecnico-scientifico, deontologico ed etico (che in questo caso possono essere considerati coincidenti e sovrapponibili) tramite politiche e interventi finalizzati ad evitare che gli eventi si manifestino: strategia «preventiva».

Dal punto di vista delle finalità del sistema (tutela della salute), sociale ed economico la terza strategia è sicuramente preferibile per-

ché determina un minore livello di «entro-
pia», ossia di assorbimento di risorse rispetto
alla finalità del sistema. Detto in altri termini
si ha una minore quota di risorse sottratta alla
destinazione principale «recuperare, mante-
nere, migliorare lo stato di benessere fisico
e psichico dei pazienti» e destinata ad altri
circuiti economici come quello delle assicu-
razioni per rischi o quello della gestione. Per
seguire la terza strategia, occorre esplicitare
i fattori che possono causare trattamenti ina-
deguali o dannosi.

Il primo è collegato alla veloce dinamica
della evoluzione delle conoscenze scientifiche
nel settore da cui discende che lo svilup-
po della professionalità non può più essere
lasciato ad un sistema fondato su una solida
preparazione di base (universitaria o profes-
sionalizzante), alla esperienza maturata sul
campo, ad attività di aggiornamento lasciata
alla volontà, alla disponibilità, all'impegno
dei singoli. Certamente questi aspetti sono
importanti ma, data la dinamica sopra ricor-
data, il rischio connesso a questo fattore può
essere limitato e ridotto tramite politiche atti-
ve del personale su due fronti:

a) aggiornamento e qualificazione tec-
nico-professionale continua realizzata con
modalità e strumenti vari ritenuti più efficaci
per ogni realtà: sono utili al riguardo tutte le
normative che incentivano e anche impongono
la formazione continua (esempio sistema
ECM), ma va sottolineato che tali sistemi
sono inutili (ed a volte perversi) se utilizzati
in modo solo formale o addirittura distorto
(ad esempio con partecipazione ad iniziative
formative di basso livello o, peggio, condi-
zionate da alcuni soggetti esterni che hanno
solo obiettivi economici particolari, come
sono a volte le imprese fornitrici del sistema
di tutela della salute) e che comunque, con
o senza una specifica legislazione, la qualità
del personale è considerata non solo «fattore
di successo» delle aziende (private e pubbli-
che, di molti settori), ma anche per la sua so-
pravvivenza;

b) consolidamento e continuo aggiorna-
mento delle conoscenze tramite strumenti
quali protocolli di indirizzo diagnostico-
terapeutico, linee-guida, costruzione di si-
stemi «esperti» capaci di simulare a priori
interventi chirurgici (con lo scopo di evitare
errori) o di produrre varie ipotesi di diagnosi
in presenza di certi risultati di accertamenti

(ipotesi che aiutano il medico a concentra-
re la propria attenzione su quelle più signi-
ficative). Allo stesso modo vi sono forme
per consolidare, trasmettere ed aggiornare le
conoscenze nel campo dell'assistenza infer-
mieristica o nella riabilitazione;

c) politiche di utilizzo del personale se-
condo le professionalità specifiche richieste.
Se in un ospedale si introducono metodiche
di terapie o trattamenti intensivi è necessario
prevedere un adeguato livello di competenze
professionali medici, infermieri, tecnici, al-
tro personale con capacità e professionalità
oggi disponibili anche nelle fasi di assistenza
postintensiva. Prima di introdurre nuove tec-
nologie e nuove metodiche, occorre aggiornare
e formare il personale e attuare politiche
di mobilità con lo scopo di mettere le per-
sone con la professionalità giusta nei posti
giusti. In molte aziende e strutture di offerta
pubbliche vi sono limiti e ostacoli alla mobi-
lità posti da leggi, contratti, accordi o com-
portamenti sindacali, ma si ritiene che anche
questi ostacoli possano essere più facilmente
superati con scelte che «non impongono la
mobilità per motivi tecnici ed organizzativi»,
ma che dimostrano l'esigenza della mobili-
tà e la sua utilità ai fini di ridurre il rischio
oggettivo che si presenta quando si lasciano
persone a fare cose che non sanno fare, o
che non sanno fare bene. Non si può peral-
tro escludere che vi possano essere ostacoli o
opposizioni «ideologiche», o «di principio»,
o per «dimostrare la forza delle organiz-
zazioni sindacali o di qualche persona». In
questi casi dell'eventuale manifestazione di
tutela inadeguata delle responsabilità occor-
rerà necessariamente ricorrere al primo stru-
mento, quello giuridico della individuazione
delle responsabilità.

Una seconda causa, che spesso viene evo-
cata quando si manifestano casi di «malasani-
tà» o comunque di «danno al paziente», è
quella dell'errore umano. Essa è ineliminabile,
si manifesta in ogni settore dell'attività
umana, ma desta ovviamente maggiore at-
tenzione e preoccupazione quando colpisce
la salute della persona, a volte in modo ir-
reparabile con la morte. Per questo aspetto,
oltre ai danni psicologici e ai problemi etici
che nascono sia negli operatori che causano
il danno, sia in chi lo ha subito, è necessario
considerare gli strumenti e gli interventi utili
a ridurre gli errori.

Si fa riferimento ad una organizzazione che riduca al minimo la probabilità dell'errore. Banalmente organizzare la custodia di farmaci e altri materiali con modalità tali da evitare che «confezioni simili» nella forma ad analisi superficiale contengano sostanze molto diverse, che i contenitori di sostanze e materiali per usi completamente diversi (alcuna addirittura tossici) abbiano collocazione, forma e altre caratteristiche immediatamente percepibili e riconducibili al contenuto. Vi sono poi moderne tecnologie di controlli automatici e/o comunque di altro tipo capaci di individuare e segnalare automaticamente l'errore umano evitando le conseguenze negative. Infine, si ritiene che azioni di vario tipo finalizzate a *ricordare periodicamente che chi si occupa della salute di altre persone, svolge una attività professionale diversa dalle altre e con più elevato grado di rischio per i pazienti, debbano servire a tenere alta la tensione e l'attenzione* evitando che le attività stesse siano affrontate in modo routinario, ripetitivo, il che ovviamente genera i rischi.

Seppure molto diversi da quelli sin qui considerati, anche i comportamenti «delittuosi» compiuti dai professionisti nell'esercizio delle loro funzioni nell'ambito delle strutture devono essere previsti. Ovviamente questi casi (morti volontariamente provocate, atti di violenza o di maltrattamenti di qualsiasi tipo compiuti nei confronti di pazienti, ecc.) comportano responsabilità sul piano civile per le strutture. Esse possono dotarsi di una serie di strumenti che, se non possono prevenire comportamenti delittuosi, possono almeno scoprirli tempestivamente ed evitarne il perpetuarsi. Sistemi di controllo di fenomeni e fatti «anormali» che possono costituire un «segnale di attenzione», quali complicanze o aggravamenti «inspiegabili» e «ricorrenti» di pazienti in certi reparti e in certi momenti (esempio turni notturni), richiesta anormale di farmaci «con somministrazione controllata» o «pericolosi» senza che la patologia dell'ospedale o dell'ambulatorio sembri giustificarlo, incongruenze o omissioni nella compilazione delle cartelle cliniche, delle cartelle infermieristiche, di altra documentazione, concentrazione sospetta di morti senza apparenti modifiche della epidemiologia di una popolazione assistita in ospedale o a domicilio dovrebbero fare

«scattare delle azioni di verifiche e controlli preventivi in grado di scoprire e prevenire».

Si introduce così il quarto elemento, quello organizzativo, che è forse quello più importante, e sul quale vi è maggiore spazio di manovra. Organizzare bene un ambulatorio, un *day hospital*, un ospedale, i servizi sul territorio, l'assistenza domiciliare, una rete di servizi, non solo aiuta a perseguire effetti positivi, ma costituisce anche un «deterrente» o un «filtro efficace» per evitare situazioni di «malpractice» o di danno al paziente. Procedure chiare, codificate e conosciute da tutti, una logistica adeguata che ottimizzi la collocazione dei pazienti, la sequenza dei servizi e delle prestazioni da erogare, la presenza e la mobilità di medici e di altro personale, i flussi di materiali, il sistema di rilevazione tempestiva di dati di carattere clinico ed epidemiologico, l'analisi e riscontri su anomalie, un'adeguata programmazione alle «procedure da attuare su pazienti» con le opportune garanzie (ad esempio per evitare di operare l'organo sano invece di quello malato, o di scambiare i materiali biologici di differenti persone da analizzare), controlli mirati per scoprire le cause e le fonti di infezioni ospedaliere o di traumi subiti nei luoghi che dovrebbero garantire la salute, sono tutte misure che, se adottate correttamente, in caso di evento negativo possono determinare aggravanti o attenuanti in caso di procedimento giuridico. Inoltre esse possono diminuire (in caso di soluzioni positive) o aumentare (in caso di soluzioni organizzative negative) la probabilità del manifestarsi di eventi negativi, la loro gravità. Ciò con beneficio per la salute complessiva, ma anche con risvolti positivi sul piano economico, ad esempio in termini di premi assicurativi.

Esiste infine un fattore che si può definire di ordine sociale in generale e che a sua volta è composto da vari elementi:

a) una diffusione del concetto di benessere nella società moderna che rende sempre più difficile «accettare» la malattia e, tanto meno, la morte. Questo atteggiamento determina nei pazienti una «eccessiva fiducia nella scienza e nella tecnica» (a volte alimentata e rafforzata da informazioni distorte) che alzano il livello delle attese e che spingono a volte ad attribuire la non risposta ai problemi alla inadeguata professionalità, alla disorganizzazione, a possibili errori;

b) il rafforzamento di atteggiamenti di «sospetto», specie nei confronti delle strutture pubbliche a seguito dell'immagine spesso negativa derivante da cause di disfunzioni e di scandali eccessivamente enfatizzati dai media;

c) infine, l'affermarsi della cultura della convenienza e dell'opportunità che induce un numero crescente di persone a «promuovere cause su presunti casi di errori e danni» al fine di trarne un beneficio economico.

Non si ritiene opportuno soffermarsi sugli aspetti più generali di tipo sociale e legato ai comportamenti.

In conclusione di questo editoriale, si ritiene al contrario necessario esprimere le seguenti indicazioni.

1. Il problema è diventato da qualche tempo rilevante anche in Italia. Occorre passare rapidamente dalle analisi, dai dibattiti, dalle ricerche alla proposizione di efficaci politiche attive per affrontarlo in modo sistematico e razionale e non «al manifestarsi del caso».

2. Soluzioni razionali si impongono per ragioni di etica economica. Occorre cioè evitare che non affrontando il problema in modo razionale, si finisca per sostenere costi più elevati, il che vuol dire «sottrarre» risorse alla finalità primaria che è quella di destinare le risorse alla tutela della salute, e non a risarcire chi, purtroppo, tale tutela non ha ottenuto.

3. Per affrontare il problema economico occorrono analisi delle differenti tipologie di rischi sanitari in relazione alle diverse funzioni delle strutture sanitarie, alle condizioni che possono attenuarne o accentuarne la probabilità e la dimensione. Esistono vari dati in proposito, ma nel nostro Paese sono ancora poco sistematici, organici e, in alcuni casi, di dubbia validità. A tal fine una maggiore collaborazione con imprese specializzate nel settore che si propongano, non come semplici «fornitori di polizze assicurative», ma come veri e propri partner in grado di aiutare a realizzare una «mappatura dei rischi», ad individuare interventi idonei a ridurre la probabilità e a proporre una razionalizzazione complessiva delle differenti possibili coperture dei rischi.

4. Infine occorre valorizzare e orientare i sistemi di accreditamento, certificazione e qualità anche allo scopo di ridurre la dimensione del rischio. Al riguardo occorre dire che, nonostante le critiche, in Italia sul tema delle responsabilità in campo sanitario e del *risk management* «non siamo all'anno zero». Ci sono esperienze anche di avanguardia, ma come spesso accade, manca oppure è debole un «approccio di sistema». Questo è il livello a cui occorre agire: utilizzare le conoscenze e gli strumenti che in questo campo esistono, per creare politiche di sistema sia a livello di singole aziende sanitarie, sia a livello di aggregati di aziende (esempio aree vaste o *network di aziende*), sia a livello regionale.

Il ritorno al futuro: il ruolo del medico di medicina generale

Il tempo cronologico scorre inevitabilmente in modo lineare, dal passato al presente al futuro. Il tempo dei fenomeni sociali, delle regole, dei comportamenti scorre in direzioni e secondo modalità e velocità influenzate dalle scelte individuali di persone, comunità organizzate secondo regole condivise e accettate o che sono codificate formalmente. In questo senso si può dire che il ruolo, la funzione del medico di medicina generale (del medico di famiglia secondo una tradizione che ogni tanto è utile ricordare), può andare verso il futuro recuperando e valorizzando il proprio passato, la propria storia e la propria tradizione. Se, infatti, da un lato è certo che la tutela della salute sarà nel futuro fortemente influenzata (in positivo) dalle scoperte scientifiche (genomica e proteomica, trapiantologia, scienza dei materiali per protesi sempre più compatibili con la biologia umana), dallo sviluppo di «tecnologie» (farmaci, attrezzature, apparecchiature, robotica sanitaria, ecc.) e da «metodiche» di prevenzione, diagnosi-precoce, diagnosi, cura, riabilitazione sempre più efficaci, affidabili e sicure, dall'altro è certo che i risultati finali saranno sempre più influenzati da tre fattori:

a) il ruolo e le funzioni dei soggetti che utilizzeranno conoscenze, tecnologie: *coloro che domineranno governando il loro uso*;

b) i luoghi e i contesti in cui essi saranno utilizzati: ad esempio all'interno di strutture o in ambiti definiti (ospedali, ambulatori, strutture attrezzate o sempre più negli ambiti in cui vivono le persone, i pazienti attuali e potenziali);

c) la quantità di risorse (in genere si pensa a quelle finanziarie, ma in questo caso è necessario richiamare l'attenzione su quelle umane) che ogni sistema (regionale, nazionale, sovranazionale) deciderà esplicita-

mente o implicitamente di mettere a disposizione per soddisfare i bisogni di salute in senso lato, rispetto ad altri bisogni.

In questo scenario il ruolo, la funzione, lo *status* del medico di medicina generale dipenderà dalla capacità di seguire con coerenza, efficacia e in modo sistematico un percorso caratterizzato da azioni tese a:

a) recuperare una propria, specifica identità in un contesto sociale, economico, di conoscenze profondamente cambiato rispetto al passato e che è in forte, rapido e continuo cambiamento (ruolo della società scientifica di medicina generale);

b) esplicitare, diffondere e promuovere sempre più elevati standard professionali (che sono di carattere scientifico, organizzativo e comportamentale) tra un numero sempre più ampio di appartenenti al gruppo professionale e monitorare l'effettivo rispetto di tali *standard* (ruolo degli ordini professionali);

c) esercitare una influenza nel processo legislativo (in generale) e nei rapporti contrattuali al fine di evitare che esso sia dominato solo da obiettivi di tutela di interessi particolari del gruppo professionale (comportamento, peraltro, del tutto legittimo), ma anche dalla accettazione di un modello logico culturale nel quale la difesa e la tutela di interessi particolari «siano inserite» nella prospettiva del perseguimento dell'interesse generale (ruolo delle organizzazioni sindacali di categoria).

Con riguardo al primo aspetto, si sottolinea che appare scarsamente produttivo il dibattito sul ruolo del medico di medicina generale che lo vede alternativamente come «erogatore di cure primarie» o di «cure a domicilio» (posizione questa ritenuta idonea a valorizzare la funzione medica) o come «gatekeeper» o «filtro» alla domanda di

prestazioni e di servizi sanitari, funzione per lungo tempo considerata preminente ed ora in parte rifiutata perché ritenuta di natura prevalentemente «burocratica» e «deprofessionalizzante». Nella società «della conoscenza», la contrapposizione tra le due funzioni appare sempre più inconsistente e perfino deviante e, comunque, non è correlabile al concetto di professionalità e alla sua valorizzazione. In effetti, l'enorme sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie (a volte addirittura discutibile, perché non correlato ad una reale risposta ai problemi, a volte perfino distorto, conoscenze fine a se stesse) è la condizione che:

a) da un lato consente di rendere più capillari e diffuse le conoscenze che possono essere messe a disposizione (con tecnologie a basso costo) dei medici di medicina generale o che comunque possono essere rese accessibili ed essi (esempio telemedicina);

b) dall'altro rende sempre «più critica e qualificante» la funzione di chi «sa scegliere il percorso corretto», di diagnosi e di cura, verso cui indirizzare il paziente.

Ciò che è veramente rilevante è il fatto che lo sviluppo delle conoscenze consente il pieno recupero della identità «di medico» e non quella di «filtro burocratico» o di «controllore iniziale» che ha il compito di evitare sprechi di risorse, come è accaduto nel recente passato e come, forse, viene ancora inteso il ruolo di «gatekeeper» o di «filtro all'entrata» al sistema di tutela della salute. La quantità enorme di conoscenze oggi disponibili determina una situazione in cui anche gli individui (i medici, i professionisti) più qualificati, gli eccellenti, anche le strutture di offerta all'avanguardia possono detenere solo una parte delle conoscenze stesse. Perciò, il concetto di professionalità elevata va correlato a quattro diverse condizioni:

a) quella dell'alta specializzazione di chi sa fare meglio di altri determinate cose, nel caso specifico determinati atti, interventi, procedure che consentono di tutelare la salute;

b) quella di chi sa inquadrare correttamente una condizione di salute, il che è più difficile per chi svolge la funzione di medico di medicina generale che, in genere, non si trova di fronte a situazioni di gravi sintomi o urgenza: infatti, a parità di altre condizioni,

è più facile l'inquadramento diagnostico di traumatizzati gravi o di una sintomatologia acuta che può essere indagata con tecnologie e procedure sofisticate, rispetto all'inquadramento diagnostico di chi ha sintomatologie non così evidenti, spesso sottovalutate dagli stessi pazienti, di carattere così generale da essere compatibili con un vasto spettro di patologie possibili;

c) ricondurre a sintesi una serie di informazioni e di dati differenti tramite procedure diagnostiche anche molto sofisticate e tramite comparazioni con «parametri di normalità o di compatibilità» che la scienza moderna ha oggi elaborato e mette a disposizione in automatico (valori riscontrati per certi soggetti messi a confronto con i valori di una popolazione di riferimento);

d) ricondurre le informazioni diagnostiche e le terapie suggerite dagli specialisti alle caratteristiche personali, familiari, del contesto sociale ed economico del paziente: se è vero che ogni soggetto ha una sua «individualità» non solo sul piano filosofico e religioso, ma anche sul piano delle «reazioni fisiologiche e psicologiche» ad interventi esterni (somministrazione di farmaci, interventi chirurgici più o meno rilevanti, ecc.) allora si deve ritenere che, al di fuori delle fasi acute, sono essenziali le conoscenze di *qualcuno* che sappia «collegare» dati, informazioni, conoscenze sulle malattie, alle conoscenze sulla persona (sulla sua famiglia, sul suo passato, sulle sue abitudini, ecc.) alle conoscenze sul contesto in cui le persone vivono.

Il medico di medicina generale non può essere, e probabilmente è meglio che non sia mai, uno «specialista» in senso tecnico, perché la sua professionalità deve svilupparsi, manifestarsi ed essere esercitata sugli altri tre fronti.

Per fare ciò, e qui si passa al secondo aspetto, sono necessari percorsi formativi iniziali e percorsi di aggiornamento e di qualificazione (riqualificazione professionale) molto diversi da quelli attualmente dominanti nel nostro Paese.

Certamente, occorre una formazione *comune* nel campo delle conoscenze medicoscientifiche attinenti alla salute che vanno intese in senso lato, non solo come conoscenze biologiche, anatomiche, fisiologiche, chimiche, ma anche relative alla psicologia

delle persone e di tipo più generale; conoscenze, quindi, interdisciplinari che oggi si qualificano come «scienze dell'uomo» o «scienze della salute». Occorre però che, ad un certo punto del processo formativo o di apprendimento, vi sia una chiara distinzione (non separazione) di percorsi tra chi si orienta verso un profilo di competenze «specialistiche» (nei vari settori della tutela della salute), chi si orienta a svolgere funzioni di inquadramento e di integrazione delle conoscenze specialistiche «all'interno di una struttura complessa di offerta» (ospedali, centri diagnostici o centri di riabilitazione) nei quali sono presenti supporti specialistici, di attrezzature e apparecchiature, logistici ben definiti e chi, come il medico di medicina generale che opera all'esterno delle strutture, svolge funzioni di primo inquadramento e di integrazione di conoscenze scientifiche e di comportamenti delle persone senza il *supporto diretto e strutturato* presente in ospedali, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, centri diagnostici e di riabilitazione dotati di strumentazioni sofisticate.

In una società complessa e articolata, ruolo, funzione, status e immagine dei professionisti si modificano in positivo o in negativo in relazione a molteplici variabili e condizioni. Tra queste si ricordano:

a) la coerenza dei comportamenti di tutti coloro che appartengono alle stesse famiglie professionali rispetto a principi, criteri, *standard* esplicitati: questa è la funzione che devono svolgere gli ordini professionali a vario livello, locale e nazionale;

b) la capacità di esercitare una influenza sui processi tramite un sistema definito di «regole» che presidiano lo svolgimento di una professione.

Si tratta, in questo secondo caso, della funzione «di rappresentanza degli interessi» (sindacale) che in passato è stata esercitata soprattutto con riguardo ai processi legislativi e contrattuali che definivano diritti e doveri formali, aspetti autorizzativi e di responsabilità, nonché elementi retributivi. La dimensione di rappresentanza degli interessi si manifestava anche nella verifica della corretta applicazione delle regole di garanzia a tutela dei singoli.

In Italia è da tempo aperto il dibattito sulla funzione di rappresentanza degli interessi tramite le organizzazioni sindacali e sulle

modalità del loro esercizio, dibattito generale ma fortemente presente nel settore della tutela della salute, nel quale è stato messo in evidenza spesso in termini critici come la funzione sindacale abbia privilegiato la tutela degli interessi particolari, addirittura interessi «corporativi» o di pochi appartenenti a certi gruppi e a certe professioni, anche quando ciò è andato a danno dell'interesse generale che, nel caso del sistema sanitario, è quello di garantire più elevati livelli qualitativi e quantitativi di risposta ai bisogni. Nelle dinamiche del passato, l'influenza sindacale dei medici di medicina generale è stata, o almeno è stata percepita, come una *influenza forte* sia nei riguardi dei processi legislativi sia in occasione dei rinnovi delle «convenzioni» con il Ssn, una influenza che non sempre è stata giudicata coerente con le esigenze del sistema e che, se per il futuro vuole diventare fattore di innovazione, dovrà essere esercitata secondo i principi che di seguito si sintetizzano.

1. Superare la situazione di tradizionale «separatezza» nei confronti del sistema ricondotta alla natura di «rapporto non dipendente» dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Occorre accettare la distinzione tra forma del rapporto di lavoro e modalità di inserimento nel sistema organizzativo di erogazione dell'offerta. I medici di medicina generale devono accettare e dovrebbero rivendicare una loro maggiore «integrazione» nel sistema di offerta di prestazioni e di servizi di prevenzione, diagnosi, cura in regime di ricovero, di *day hospital*, cure ambulatoriali o a domicilio. La logica di una assistenza «non più frammentata in prestazioni specialistiche», ma progettata ed erogata sulla base del concetto di «percorsi di diagnosi e cura», «profili di cura», «continuità assistenziale pre e post fasi acute» richiede un rilevante, significativo e qualificato coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Accettare, sostenere e promuovere il modello della «continuità assistenziale» ha almeno tre implicazioni critiche per il futuro del sistema della salute:

a) ricostruire, favorire e realizzare il recupero della «continuità» della professione medica (che è unica anche se esercitata in contesti diversi): ciò vuol dire creare le condizioni culturali necessarie per superare

la situazione di separatezza tra «medici ospedalieri, o che operano in strutture» e «medici di medicina generale sul territorio», spesso considerati meno qualificati in una società che attribuisce più elevato valore al principio della «specializzazione» rispetto a quello della «integrazione» e della risposta reale ai bisogni;

b) provvedere a realizzare forme di integrazione con altre professioni, all'interno dell'ospedale (dove forse la tecnologia e l'organizzazione del lavoro la rende più agevole) sia sul territorio dove appare più difficile o «meno naturale»;

c) contribuire ad affrontare anche gli aspetti economici, in quanto il rafforzamento del ruolo *iniziale* del medico di medicina generale (di indirizzo verso corretti percorsi di diagnosi e cura a seguito di un corretto inquadramento sulla base dei primi sintomi e adeguata anamnesi, nonché di erogazione di cure primarie ove possibile) e *in fasi successive* (assistenza ambulatoriale sul territorio o domiciliare seguita e controllata dal medico di medicina generale) può ridurre «la corsa» e «la concentrazione» dei pazienti verso le strutture a più alta complessità ed a più alti costi, che è una delle cause di esplosione della spesa per la salute.

Chiaramente, il recupero in pieno della continuità della professione e della professionalità medica in un contesto in cui le conoscenze sono sempre più complesse e articolate e cambiano rapidamente, non può avvenire solo sulla base della buona volontà e della disponibilità di singoli. Occorrono precisi strumenti quali:

a) la predisposizione di particolari protocolli di indirizzo per la prevenzione, la diagnosi e cura, la terapia e l'assistenza domiciliare *post* fase acuta, ecc., elaborati tenendo conto delle condizioni reali (non ideali o ipotetiche) in cui agiscono i medici di medicina generale, delle condizioni emotive dei pazienti e dei loro parenti: occorre che i medici di medicina generale non si sentano «valorizzati» e «riconosciuti» sul piano formale, ma sostanzialmente abbandonati a se stessi;

b) realizzare momenti di confronto e di reciproco apprendimento tra «medici che operano in diversi contesti» (si tratta di rendere più uniformi le conoscenze tra medici ospedalieri e non ospedalieri)

affinché si definiscano percorsi assistenziali finalizzati ad «ottimizzare l'intero percorso» e non solo alcune fasi di esso, fossero pure le più critiche e quelle a più elevato costo.

Un altro aspetto rilevante che può contribuire a rilanciare in modo positivo il ruolo dei medici di medicina generale è quello di potenziare forme di associazionismo medico. Infatti queste forme, se sostenute da una adeguata organizzazione e da una idonea strumentazione (ambulatori con una attrezzatura un po' più sofisticata di quella in media possibile negli studi personali, collegamenti informatici per la conservazione di informazioni sui pazienti e l'accesso a *database* di varia natura, la possibilità di svolgere alcune operazioni quali prenotazioni in tempo reale e ricevimento dei referti) consentirebbero di coniugare il mantenimento di un elevato rapporto personale (rapporto medico-paziente), con la continuità della risposta (copertura assistenziale da parte di altri medici associati che non sono completamente anonimi), servizi di qualità o che, comunque, garantiscono un soddisfacente livello di sicurezza.

Promuovere le forme di collaborazione e di trasmissione di conoscenze tra medici (e anche altri operatori della salute) che operano in situazioni ed ambiti assistenziali diversi e sostenere le forme di associazionismo dei medici di medicina generale, rappresentano una delle modalità per realizzare la «clinical governance» intesa come riconoscimento e valorizzazione dell'autonomia professionale *inserita organicamente* in un sistema organizzato di responsabilità sul piano della efficacia assistenziale, efficienza organizzativa, economicità della gestione non solo dichiarata, ma sottoposta a verifiche che non siano burocraticamente imposte dall'alto in basso (ragioni dalla legge finanziaria o da leggi e piani regionali), ma siano costruiti e condivisi dai medici e dagli operatori, da chi ha il rapporto diretto con i pazienti.

In conclusione si può rilevare che, per modificare ancor più profondamente e rapidamente di quanto non stia accadendo, il ruolo e le funzioni del medico di medicina generale occorre attivare le seguenti azioni:

1) creare nella società, nei pazienti, negli stessi medici un *diverso orientamento* rispetto al passato, una diversa percezione e

anche attese diverse da quelle oggi orientate prevalentemente verso le grandi scoperte scientifiche e verso le frontiere della specializzazione spinta;

2) rafforzare e finalizzare la formazione iniziale dei medici che si orienteranno a svolgere funzioni di base e sostenerla con una continua funzione di aggiornamento e riqualificazione;

3) dare grande rilievo, in questa formazione, e usare l'informazione, i medici per diffondere attese positive nel cambiamento dei tradizionali modelli assistenziali, ad esempio una maggiore consapevolezza dell'efficacia per i pazienti del modello basato sui «percorsi assistenziali» e le capacità relazionali ed organizzative, oltre naturalmente a quelle scientifiche;

4) definire una strategia di integrazione con le aziende sanitarie territoriali e con le aziende ospedaliere coinvolgendo anche enti locali per i servizi nei quali vi è forte interazione strutturale tra componente sanitaria e sociale.

Il futuro per i medici di medicina generale non è semplice, ma se sarà accolta la visione, la prospettiva sopra delineata, seppure nel breve spazio consentito, vi potrà essere il recupero dei valori che hanno fatto la storia e il prestigio (e anche suggerito qualche romanzo) del «medico di famiglia», del medico professionista non anonimo che i pazienti conoscono e nel quale hanno fiducia per le piccole esigenze di salute, ma anche per i consigli su gravi problemi, quando i grandi specialisti, i grandi esperti hanno tra loro pareri diversi.

Sperimentazioni gestionali e razionalizzazione della spesa pubblica

Tagliare, tagliare, tagliare la spesa sanitaria oltre a quella delle Regioni e degli enti locali: sembra essere questo uno dei *leitmotiv* degli interventi del governo che, trovandosi di fronte a una situazione del debito e della finanza pubblica indiscutibilmente difficile (chi scrive non condivide il concetto di condizione «drammatica» e «da ultima spiaggia»), ha privilegiato la filosofia e la logica di «affamare la bestia» (come dicono gli inglesi) per renderla più ragionevole. I miei ricordi giovanili, di quando vivevo in un paese di campagna, sono svaniti e quindi non so se le «bestie affamate» possano essere più facilmente addomesticate o diventino furiose, ma a mio parere è utile abbandonare questa metafora, che mi sembra fuori luogo come quella delle formiche e delle cicale, quando si devono affrontare problemi di sistemi complessi, multiculturali, multi valoriali con attese assai elevate, come è nel caso del sistema di tutela della salute.

Sembra più opportuno e costruttivo entrare nel merito dei problemi con gli strumenti analitici, interpretativi e decisionali oggi disponibili. Innanzitutto, un breve richiamo sulla debolezza logica del principio secondo cui riducendo i finanziamenti si possano determinare automaticamente processi di razionalizzazione. Esistono studi teorici e infinite evidenze empiriche che non è così e che i comportamenti reali sono assai diversi. Nel campo delle imprese, di fronte alla riduzione dei ricavi dovuta agli effetti della concorrenza, o ad altri fenomeni, solo un numero ridotto di esse ha saputo ed è stata in grado di ridurre i costi tramite razionalizzazione o tramite innovazioni di processi, mentre altre continuano a mantenere situazioni di inefficienza, fino al punto di arrivare al fallimento. La drammatica situazione italiana di questi ultimi anni, con decine di

migliaia di piccole imprese che sono fallite o hanno deciso di concludere la loro attività, dimostra che non bastano le pressioni esterne e la buona volontà per sopravvivere. La mancanza di condizioni minimali per una duratura vita economica può essere considerata equivalente alla mancanza di aria per l'organismo umano. Se la riduzione di aria si manifesta gradualmente, prima si avvertono le difficoltà respiratorie e poi si muore, o si è costretti a ricorrere alle bombole di ossigeno. Per quanto riguarda le amministrazioni pubbliche, ma anche molte imprese private, nelle quali sono presenti fenomeni di corruzione o di uso di risorse non per fini istituzionali, ma per interessi particolari, la riduzione dei finanziamenti può tradursi facilmente in comportamenti che «buttano fuori dal sistema» servizi e attività utili e «tengono dentro» le inefficienze, gli sprechi e l'uso di denaro pubblico e privato per fatti illeciti. Sarebbe bello pensare il contrario, ma si tratta solo di una pia illusione (*wishful thinking*) se non vengono modificate le regole di gestione di aziende sanitarie locali, ospedali, assistenza di territorio, ecc., come in altri campi di Comuni, Province, Regioni. È certo che nessun provvedimento legislativo, né la *spending review*, né la legge di stabilità, né altre manovre di carattere finanziario possono determinare un cambiamento del funzionamento «reale» di circa 300 istituzioni sanitarie pubbliche e delle centinaia di soggetti privati che, essendo accreditati dal Ssn, erogano servizi di tutela della salute. Come non è certo che, ponendo vincoli rigidi di rispetto del pareggio di bilancio, a carico dei Direttori generali o dei vertici degli enti pubblici, e prevedendo pene individuali in caso di non rispetto, si possano ottenere i risultati desiderati. Con questi interventi si generano forti rischi di «manipolazioni

dei conti pubblici», dilazioni delle spese (per esempio, manutenzioni, sostituzioni di attrezzature, pagamenti di forniture ricevute, ecc.) quando non una «selezione negativa» di chi accetta posizioni di responsabilità. Infatti, persone coscienziose e desiderose di mantenere adeguati livelli assistenziali difficilmente possono resistere in condizioni di eccessivo uso del principio di «affamare la bestia tramite riduzioni continue del cibo». Non vorremmo che fra pochi anni si dovesse registrare un decadimento rilevante dei livelli assistenziali e l'abbandono strisciante (ma non troppo) della copertura universale tramite Ssn e si arrivasse a una situazione come quella indicata dall'epitaffio scritto su una tomba: «Ve lo avevo detto che stavo male». Oppure, sempre per usare un detto popolare, non vorremmo che si dovesse dire: «L'operazione (contenimento della spesa sanitaria) è riuscita, ma il paziente (copertura universale come segno di civiltà e di progresso) è morto».

Anche partendo dalla considerazione che i 6,5 miliardi di minori spese previste dai provvedimenti di finanza pubblica per il triennio 2012-2014 (cui si debbono aggiungere 1,5 miliardi previsti dalla legge di stabilità, licenziata dal governo il 10 ottobre e ora sottoposta all'esame delle camere) rappresentano non una riduzione dei livelli di spesa, ma una riduzione rispetto ai livelli di spesa «tendenziali a legislazione previgente», l'effetto sulla gestione sarà pesante. Qualcuno stima che si debbano ridurre i livelli di spesa effettiva in una misura pari al 5% (con 1,5 miliardi della legge di stabilità si passerebbe al 6%), obiettivo che sembrerebbe facilmente raggiungibile. Se si trattasse di una impresa che opera su mercati di beni di largo consumo, sicuramente una riduzione del 5-6% dei costi sarebbe facilmente ottenibile. Con riguardo al sistema di tutela della salute tale obiettivo è di più difficile ottenimento, in considerazione dei seguenti elementi. In primo luogo, si deve considerare il progresso delle conoscenze scientifiche che consentono di affrontare con successo situazioni di salute che in precedenza non potevano essere risolte, ma ciò determina indubbiamente una pressione in termini di maggiori costi. Se è vero che in cinque anni circa metà delle conoscenze in campo medico scientifico vengono superate e si rinnovano, appaiono evidenti i

rilevanti riflessi sul piano dei modelli assistenziali e dei costi. In secondo luogo, l'invecchiamento della popolazione è una causa strutturale di aumento della spesa ed è inutile ripetere che l'Italia è un Paese che sta invecchiando. In terzo luogo, va ricordato che la spesa pubblica per la salute rappresentava il 7,3% del Pil nel 2010, percentuale destinata ad aumentare di qualche decimo di punto solo perché la riduzione del Pil prevista per il 2012 (2,5-2,6%), diminuirà il denominatore, e che la spesa totale è di qualche decimo inferiore al 10%. Poiché si tratta di livelli inferiori a quelli di tutti i Paesi con cui siamo soliti confrontarci (Francia, Germania, Spagna, UK), per non parlare dei Paesi del Nord Europa e degli Usa che arrivano a una spesa totale del 17,5% e a una spesa pubblica (senza l'effetto della riforma Obama) superiore all'8%, qualcuno dovrebbe spiegare in modo convincente come sia possibile mantenere livelli di assistenza di elevata qualità nelle Regioni considerate «virtuose» e recuperare livelli assistenziali soddisfacenti, o almeno accettabili, nelle Regioni oggi considerate «poco virtuose» con la logica di «affamare la bestia». In quarto luogo, ci si permette di sottolineare che i processi di lotta agli sprechi e di recupero dell'efficienza (senza parlare della lotta ai fatti illeciti) non possono essere imposti per legge, ma si conseguono con la formazione di dirigenti e di professionisti sugli aspetti organizzativi, gestionali, di valutazioni economiche comparate nel caso dell'acquisto di beni e servizi, tecnologie ed attrezzature mediche, adozione di nuove metodiche assistenziali. Ma i provvedimenti di contenimento della spesa praticamente azzerano le spese per la formazione, con buona pace di chi dichiara che le persone sono il patrimonio più importante per l'economia e la società e che occorre valorizzare le forze attive del Paese.

Si deve allora ritenere che sia ineluttabile l'arretramento dei livelli di assistenza e il decadimento del Ssn? Niente affatto, poiché una vera cultura di realismo nelle decisioni di politiche pubbliche (nel caso specifico di tutela della salute) e di management impone di non arrendersi mai e di cercare sempre soluzioni positive. Non si deve certo pensare che il buon decisore di politiche pubbliche e il buon manager riescano a risolvere qualsiasi problema, poiché nessuno è onnipot-

tente su questa terra, ma chi ha interiorizzato veramente questa cultura pensa sempre che si possa migliorare e cerca soluzioni innovative. Interessanti indicazioni al riguardo possono venire dalla valorizzazione e dalla diffusione delle conoscenze acquisite con le sperimentazioni gestionali previste al momento della introduzione nel 1993 del modello «aziendale» nel Ssn. Una ricerca condotta dal Cergas per conto del Ministero della Salute - Siveas e di Agenas sulle sperimentazioni previste dall'articolo 9 bis del D.L.vo 517/93 e su quelle attivate dalle Regioni dopo il 2000, nell'ambito della propria autonomia, consente di avanzare alcune interessanti proposte per il futuro. Si ricorda che le sperimentazioni avevano l'obiettivo di individuare forme di collaborazione pubblico-privato in grado di salvaguardare il fine pubblico e di trarre i vantaggi dalle conoscenze dei soci privati per quanto riguarda soprattutto l'efficienza gestionale. Dalla ricerca emerge innanzitutto il ricorso a differenti forme giuridiche adottate per le sperimentazioni. In venti casi è stato fatto ricorso al modello di sperimentazione istituzionalizzata di tipo societario (Spa e Srl, in generale con la quota maggioritaria in mano pubblica). In sette casi si è adottato il modello di sperimentazione istituzionalizzata di tipo non societario (Fondazione o istituto di altra natura). In quattordici casi si è fatto ricorso al modello di sperimentazione di tipo associativo (associazione in partecipazione). In nove casi si è adottato il modello di sperimentazione di tipo contrattuale (convenzione o concessione). In venti anni si è avuto un numero limitato di sperimentazioni, se per 52 su 63 formalmente dichiarate si è potuto raccogliere una adeguata documentazione sull'oggetto e le caratteristiche, significa che nel sistema vi è uno scarso orientamento e una limitata cultura all'innovazione, o che vincoli giuridici o di altro tipo hanno impedito tale innovazione. Inoltre, la limitata prevalenza delle forme istituzionali (di tipo societario o non societario), che rappresentano il 54% del totale di quelle censite, segnala che esistono remore (o difficoltà giuridiche, finanziarie, politiche, di reciproca fiducia, di cultura) a stabilire legami stretti tra soggetti pubblici e privati. Remore che indubbiamente impediscono di ricercare e sfruttare appieno le possibili sinergie.

Le sperimentazioni gestionali di tipo societario hanno ottenuto risultati che possono essere riassunti sinteticamente nei seguenti termini: buoni livelli di assistenza, ritorno sugli investimenti (ROE positivo nel 64% dei casi mentre nel restante 36% vi è stata una erosione del patrimonio), investimento medio di 11,5 milioni finanziato in gran parte dai soggetti che hanno dato vita alla sperimentazione, ma anche con ricorso all'indebitamento autonomo. Le sperimentazioni gestionali di tipo non societario si caratterizzano per un numero limitato di partner, in genere non sono proprietarie delle strutture nelle quali vengono erogati i servizi (le strutture sono in genere della Asl o della AO), hanno risultati economici negativi nel 75% dei casi (coperte in gran parte dal socio pubblico), hanno un livello di investimenti più basso, in media 3,6 milioni. Le sperimentazioni gestionali di tipo associativo riguardano lo svolgimento di ben definite attività, per esempio quelle ambulatoriali, e sono caratterizzate da un rapporto tra due soggetti (Asl o AO e un socio privato scelto direttamente senza gara, dato che si basano su un rapporto fiduciario), non hanno evidentemente un patrimonio proprio, ma utilizzano strutture del socio pubblico, in genere hanno raggiunto un pareggio tra ricavi (o finanziamenti assegnati dal socio pubblico) e costi e hanno un livello di investimento ancora più ridotto (in media 1,5 milioni). Le sperimentazioni gestionali di tipo contrattuale fanno riferimento a concessioni, seguite da convenzioni e da appalti con concorso, sono vicine alla esternalizzazione di servizi, prevedono il pagamento di un canone di affitto da parte del privato che gestisce i servizi assistenziali presso le strutture pubbliche, conseguono il pareggio di bilancio nel 50% dei casi e un utile nella metà rimanente, sono caratterizzate da un elevato livello di investimenti da parte del privato (in media 10,3 milioni) che evidentemente è in grado di effettuare valutazioni di propria convenienza economica sulla base degli impegni contrattuali assunti, che sono chiari e precisi.

Dall'indagine emergono tre modelli di formule organizzative che sono sicuramente utili per individuare politiche per il prossimo futuro: imprenditoriale, integrato a supporto e associativo. Il modello imprenditoriale vede la presenza di un gruppo italiano o

estero *for profit* di medio-grandi dimensioni che ha l'obiettivo di esplorare nuovi mercati sanitari a media/buona redditività, in settori a domanda crescente tradizionalmente presidiati dal pubblico. In questi casi l'obiettivo che il soggetto pubblico persegue tramite il coinvolgimento di un privato «imprenditoriale» è quello della riqualificazione e specializzazione della rete di offerta. Esso è stato utilizzato per gestire servizi ospedalieri per acuti o servizi riabilitativi. Nei casi di modello integrato a supporto, la Regione ha elaborato chiari indirizzi, negli accordi di *partnership*, sono definite modalità strutturate che permettono di definire impegni, responsabilità e remunerazioni precise (Spa, Srl). Sono stati coinvolti gruppi italiani o locali *for profit*, di medie o medio-piccole dimensioni, che hanno l'obiettivo di presidiare mercati sanitari locali o sovra locali a buona o sufficiente redditività, in settori a domanda crescente e tradizionalmente presidiati dal pubblico. In questi casi l'obiettivo del pubblico è la riqualificazione delle reti di offerta e l'efficientamento gestionale. Il modello in questione è stato utilizzato per gestire servizi ospedalieri per acuti sia specialistici che generalistici (per esempio medicine generali, chirurgia) e servizi riabilitativi. Il modello associativo nasce quando il soggetto pubblico (in genere AO) non ritiene opportuno vincolare la propria gestione. Vede coinvolti soggetti italiani o locali *non profit* o *for profit* di medie e medio-piccole dimensioni, che, in presenza di una offerta privata già ampia, sono interessati a progetti specifici, anche connessi alla gestione di una porzione della struttura (singoli reparti, ambulatori, laboratori, ecc.). Gli obiettivi del soggetto pubblico sono la riqualificazione e specializzazione della rete di offerta, l'efficientamento gestionale e l'ampliamento dell'offerta di servizi emergenti. Il modello è stato utilizzato per gestire servizi ospedalieri e territoriali, specialistici per acuti o riabilitativi.

L'accumulo di conoscenze consente di proporre alcune linee per l'attuazione di recenti provvedimenti legislativi riguardanti il Ssn. In particolare, la Legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che «è favorita la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita, che realizzino effettive finalità

di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extra ospedaliere». È interessante sottolineare l'avverbio «effettivamente» che esprime un indiretto giudizio su analoghi provvedimenti del passato, quasi si voglia sottolineare che moltissimi dei provvedimenti di contenimento (si potrebbe dire quasi tutti) adottati negli oltre trenta anni di vita del Ssn non si siano poi realizzati. Parlano in tal senso i costanti «ripiani a consuntivo» dei disavanzi o gli stanziamenti aggiuntivi previsti in alcuni anni per integrare i finanziamenti degli anni precedenti. Il riferimento a modelli di assistenza nelle forme in cui essa è garantita di fatto individua un campo di azione ampio, si potrebbe dire esteso a tutti gli ambiti diagnosi, cura (per acuti e per condizioni di salute croniche e degenerative), riabilitazione. Infine, il richiamo alle «sinergie» tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extra ospedaliere indica una apertura a 360 gradi. Si ritiene opportuno segnalare che dopo venti anni, occorrerebbe abbandonare il concetto di sperimentazione, soprattutto in considerazione del fatto che oggi si conoscono i fattori che hanno favorito il successo o che hanno causato l'insuccesso delle sperimentazioni, come rilevato dall'indagine Cergas. In un mondo che cambia rapidamente è meglio applicare il principio della continua innovazione, che significa scegliere una forma di gestione «realisticamente» idonea a perseguire determinate finalità (di salute), scegliere una soluzione istituzionale e organizzativa (tra le tre rilevate dalla ricerca), passare velocemente alla fase attuativa, monitorare i risultati e, di conseguenza, modificare le soluzioni istituzionali e organizzative. Innovazione continua delle politiche e della gestione significa scegliere una soluzione che abbia intrinsecamente il carattere di flessibilità, ossia capacità di migliorare, sulla base dei risultati ottenuti e di adattarsi ai cambiamenti esterni, ad esempio delle conoscenze scientifiche, della disponibilità di nuove tecnologie e nuove metodiche assistenziali. Il concetto di sperimentazione evoca l'idea delle «applicazioni di laboratorio», ossia di ambiti definiti di applicazione (non di rado con una legislazione *ad hoc*) che, se danno buoni risultati, possono essere estesi. Nel mondo reale dell'assistenza non

c'è più tempo per percorrere questo percorso «ideale»: buon management significa accettare un rischio calcolato (le cosiddette analisi di fattibilità e realistica) ed essere aperti, pronti e veloci nel modificare ciò che non va e nel consolidare ciò che va.

A sua volta il recente DL 158, recante «Norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria», prevede l'organizzazione di servizi di cura primaria da parte dei Mms e Pls, 7 giorni su 7 h24, nonché la predisposizione da parte delle Asl di adeguate strutture per lo svolgimento dell'attività professionale intramuraria da parte dei medici del Ssn. Poiché una delle maggiori preoccupazioni dei Mmg e Pls è quella di perdere l'autonomia professionale e di diventare medici dipendenti, e in considerazione del fatto che un rilevante numero di Asl e AO fino ad ora non sono state in grado di mettere a disposizione adeguate strutture per lo svolgimento dell'attività professionale, è possibile ipotizzare che l'applicazione estensiva di uno dei modelli di sperimentazione evidenziato dalla ricerca Cergas consenta di intervenire su questo fronte. In particolare, si ritiene che il modello imprenditoriale *in primis* e quello contrattuale-associativo in seconda istanza consentano di adottare soluzioni in grado di:

- tranquillizzare i Mmg e i Pls, con riguardo al mantenimento della propria autonomia professionale;
- garantire i servizi di supporto amministrativo e tecnico previsti dal Decreto (per esempio, per fissare gli appuntamenti e per la compilazione on line delle prescrizioni, per la manutenzione delle attrezzature, per la gestione delle pulizie dei locali, ecc.);
- gestire le «prestazioni aggiuntive a pagamento», secondo criteri che non penalizzino i pazienti (per esempio, evitare che siano fatte a pagamento prestazioni che sono incluse nei livelli essenziali di assistenza);
- favorire l'integrazione dei medici specialisti ed ospedalieri con i Mmg e Pls;
- applicare forme di remunerazione aggiuntiva che si basino sui risparmi ottenuti rispetto ai costi attuali sostenuti dal Ssn (per esempio, per certi servizi si assegna un *budget* che sia del 10/15 % inferiore del costo attuale con possibilità di garantire ai medici retribuzioni accessorie basate su risparmi aggiuntivi).

I Mmg, Pls, specialisti che intendono svolgere attività libero professionale intramuraria potrebbero costituire società di capitale o di persone che, a loro volta, entrerebbero in *partnership* con le Asl costituendo un soggetto che assume la responsabilità di gestione dei servizi, secondo il modello imprenditoriale sopra ricordato. Oppure le società potrebbero negoziare con le Asl i servizi tramite convenzioni secondo le prescrizioni di legge e gli indirizzi regionali, ricorrendo alla forma «associativo-contrattuale». Il coinvolgimento diretto dei medici nella «governance» sarebbe una forte garanzia di impegno al contenimento dei costi, in quanto esiste un diretto interesse a recuperare un maggiore livello di assistenza senza ridurre la qualità dei servizi. Le recenti normative si sono concentrate anche sulla riduzione dei costi dei fattori intermedi, imponendo rigorose politiche di sostituzione del turnover del personale, privilegiando forme di acquisti centralizzati di beni e servizi con lo scopo di eliminare eccessive disparità dei prezzi. Il modello imprenditoriale analizzato dalla ricerca Cergas potrebbe rappresentare una soluzione particolarmente utile a questo scopo, in quanto consentirebbe il reclutamento, l'acquisizione e la valorizzazione di persone dotate di elevata professionalità, per lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- acquisti di beni e servizi per i quali oltre alla specializzazione di tipo tecnico-amministrativo può essere perseguita una specializzazione nelle analisi di mercato riguardanti i fornitori, la predisposizione di bandi mirati in grado di attirare offerte qualificate e la valutazione comparativa delle offerte;
 - logistica dei materiali, delle attrezzature, ecc., che consentirebbe una riduzione degli investimenti in capitale circolante e il rapido flusso dei beni e dei materiali di consumo alle attività assistenziali;
 - acquisti e manutenzione di attrezzature e apparecchiature, con la possibilità di applicare fondate analisi HTA (*Health Technology Assessment*);
 - gestione dei debiti nei confronti dei fornitori, in modo da ridurre i ritardi di pagamento e i costi diretti e indiretti per il Ssn.
- Come si può vedere, le idee e le soluzioni operative non mancano. Si tratta ora di verificare se le Regioni hanno la volontà e l'effet-

tiva capacità di applicarle o di incentivarle, e se lo Stato riesce a diventare propositore di soluzioni alla Conferenza Stato-Regioni o se, al contrario, intende mantenere il ruolo di chi privilegia i vincoli e brandisce la spada del «danno erariale» per chi non riesce a ottenere l'equilibrio di bilancio e per chi, volendo garantire servizi di elevata qualità, accetta il rischio di non riuscire a rispettare qualche vincolo assurdo. Chi governa il sistema deve decidere se preferisce adot-

tare la politica di uno, dieci, cento Bondi (Commissario speciale anti sprechi) o invece preferisce dare fiducia a decine di migliaia di medici, infermieri, altri professionisti della salute, Dirigenti di vario livello preparati e motivati che, a parere di chi scrive, sono in numero nettamente superiore alle persone non preparate, ai «fannulloni», ai corrotti che non mancano nel Ssn, come non mancano nella società, anche nel privato e non solo nel pubblico.

Stress test per la sanità

Da quando è scoppiata, nel 2007, la crisi finanziaria mondiale, che poi è degenerata in crisi dell'economia reale con pesanti riflessi sull'occupazione e sul livello di ricchezza di molti Paesi, uno dei temi che via via si è imposto è quello degli *stress test*, in primis delle banche, ma anche delle imprese. Con tale termine si fa riferimento ad analisi che cercano di valutare anticipatamente quali potrebbero essere i punti di rottura delle banche, di fronte al ripetersi in futuro di situazioni di crisi finanziaria ed economica. Il valore segnaletico degli *stress test* deriva da quella che è stata definita la «crisi sistemica», in quanto il fallimento della Lehman Brothers e di altri istituti finanziari, soprattutto statunitensi, ha provocato una catena di effetti negativi sulle banche e altri istituti finanziari che vantavano crediti o che erano detentori di derivati, il cui valore è caduto verticalmente quando non si è addirittura annullato. Inoltre, la crisi che ha colpito molte imprese produttrici di beni e di servizi ha aumentato il livello di «insoluti» nei confronti delle banche, che perciò hanno dovuto rilevare perdite significative. Senza entrare negli aspetti tecnici degli *stress test*, che, tra parentesi, sono spesso sconosciuti agli stessi esperti del settore e, in molti casi, non sono nemmeno stati esplicitati suscitando dubbi sulla loro effettiva validità, si può dire che essi hanno l'obiettivo di impedire il manifestarsi di «circoli viziosi», secondo cui l'inversione di tendenze di un sistema economico, ad esempio il blocco dello sviluppo economico fondato sulla costruzione di appartamenti o di altre strutture edilizie che poi restano invendute, genera la crisi di imprese del settore e degli istituti che hanno finanziato tale attività (crisi dei *subprime* negli Usa) e che, a loro volta, accentuano la

propagazione degli effetti negativi e l'accentuazione della crisi di sistema.

Mutuando un concetto dell'ingegneria dei materiali, gli *stress test* segnalano il livello di resistenza delle istituzioni degli istituti finanziari che è collegato al livello di capitalizzazione degli stessi. Non a caso, anche a seguito della recente crisi globale, sono stati ridefiniti criteri per rafforzare in futuro la solidità patrimoniale degli istituti finanziari (Basilea 3) e sono stati attivati processi di aumento del capitale delle banche (in Italia si vedano le operazioni avviate ad aprile 2011 e, nello stesso periodo, le dichiarazioni del governatore della Banca d'Italia e del ministro dell'Economia e Finanza Tremonti, sull'assenza di un rischio sistemico per il nostro Paese). Anche se per esse non è stato usato questo termine, molte imprese produttrici di beni e di servizi sono state indotte a effettuare processi del tutto analoghi a quelli degli *stress test*. Si fa riferimento alle analisi sulla «sostenibilità» di certe strategie di riconversione e di recupero della competitività a livello internazionale e sulle cosiddette «analisi di scenario». In altre parole, messo alle spalle un periodo di sviluppo per certi aspetti «maggiormente prevedibile» e un periodo di sviluppo tramite la delocalizzazione produttiva in Paesi a basso costo del lavoro, molte imprese hanno dovuto porsi le seguenti domande: come potremo reagire di fronte a improvvisi e significativi cambiamenti dei gusti e dei comportamenti di acquisto dei nostri tradizionali clienti? Saremo in grado di resistere a sconvolgimenti degli assetti politico-istituzionali simili a quelli che si stanno verificando nel Nord Africa e in altre parti del globo? Come potremo far fronte a eventuali catastrofi, quali terremoti o inondazioni in aree dove sono localizzati gli impianti produttivi?

Come potremo affrontare il manifestarsi di eventi negativi connessi alla nostra attività, quali esplosioni di piattaforme petrolifere, con conseguente inquinamento marino, o errori di fabbricazione in automobili o in altri beni, che comportano ingenti risarcimenti agli acquirenti? Saremo in grado di realizzare i progetti di investimento anche in presenza di riduzione del credito da parte delle banche? Sapremo reagire all'entrata sul mercato di concorrenti molto agguerriti e altamente innovativi (si pensi ad esempio alla concorrenza nel campo dei *Social Network*)?

In relazione a queste considerazioni, mi è parso del tutto naturale accettare nei mesi scorsi l'invito della Fondazione Tonolli a svolgere un intervento sul tema «Stress test per la sanità in periodi di crisi: come salvaguardare i livelli di assistenza». Un titolo che, partendo dagli stessi presupposti (la crisi dell'economia occidentale), indica una metodologia differente da quella utilizzata per le banche e per le imprese. Mentre per queste ultime il punto di partenza e l'obiettivo primario sono quelli di garantire l'equilibrio economico, gli *stress test* applicati al settore della sanità vanno innanzitutto effettuati partendo dall'obiettivo di salvaguardia dei livelli di assistenza, anzi al miglioramento degli stessi. In effetti, il sistema di tutela della salute – con esso si include sia la componente pubblica che la componente privata – sarà nei prossimi anni sottoposto a una crescente pressione da parte dei cittadini. Il progresso scientifico, la mobilità delle persone e dei professionisti, l'aumento delle informazioni che si possono facilmente ottenere, navigando nella rete e nei numerosissimi siti dedicati alla salute, aumenteranno inevitabilmente e in modo significativo le attese di chi è colpito da malattie e di chi si propone di prevenirle. Per evitare una «crisi sistemica» sarà quindi necessario che lo Stato e le Regioni definiscano politiche realistiche e compatibili con le risorse disponibili, e attuino un controllo della rete e della circolazione delle informazioni per evitare che si generino attese non correlate a effettive possibilità di risposta (ad esempio, annunci di terapie non ancora disponibili, ma solo in fase di sperimentazione pre-clinica o clinica). A loro volta le aziende sanitarie territoriali e le aziende ospedaliere dovranno verificare «anticipatamente» quali possono

essere gli effetti sui livelli e la qualità della domanda che ad essi si rivolge, derivanti da eventuali carenze delle politiche di sistema, e come queste ultime possono predisporre adeguati interventi per evitare di contribuire ad accentuare la crisi sistemica. Ad esempio, una maggiore e migliore informazione «a livello aziendale» può contribuire a mantenere i livelli delle attese dei pazienti nei limiti di ciò che il sistema può permettersi.

Un secondo ambito di analisi per gli *stress test* riguarda i medici e il personale di assistenza e deve essere affrontato con riferimento a due dimensioni: quantitativa e qualitativa. Sul piano quantitativo, dopo decenni nei quali in Italia vi è stata la «plethora medica», si prospetta per il prossimo decennio una carenza di medici che non sarà possibile colmare con la revisione del numero programmato degli accessi all'università. Infatti, la preparazione di medici, specialisti o di una medicina generale sul territorio, evoluta e in linea con i nuovi modelli assistenziali, richiede almeno un decennio. Pertanto gli *stress test* riferiti alle singole Regioni e, più in dettaglio, alle singole aziende sanitarie territoriali e alle aziende ospedaliere, possono evidenziare dove vi sono maggiori situazioni di tensione in termini di disponibilità di medici. La situazione di carenza quantitativa è da tempo particolarmente accentuata, con riferimento agli infermieri e ad altro personale di assistenza, tanto è vero che negli ultimi anni il 34% dei nuovi iscritti agli albi è rappresentato da professionisti provenienti da altri Paesi, di cui circa il 15% da Paesi extracomunitari.

Oltre alla dimensione quantitativa, che può basarsi su analisi della «demografia» di medici, infermieri e altri professionisti (usciti per pensionamento, entrate, invecchiamento), gli *stress test* dovranno porre particolare attenzione anche agli aspetti qualitativi, rispondendo alle seguenti domande: quali sono le specialità per le quali nelle singole Regioni e nelle singole aziende sanitarie e ospedaliere si possono prevedere carenze più accentuate? Quali sono i problemi generati dall'entrata di professionisti provenienti da altri Paesi che, oltre a un percorso di formazione differente (ancorché armonizzato a livello europeo come avviene per le professioni infermieristiche, tecniche, di altre

figure assistenziali), spesso hanno problemi di conoscenza della lingua e, quindi, difficoltà di comunicazione con i pazienti o di interazione con gli altri professionisti? Sarà possibile per il nostro sistema attrarre medici da altri Paesi, mantenendo un elevato livello di competenza e di qualificazione, in considerazione del fatto che in quasi tutti i Paesi occidentali vi è una carenza?

La combinazione della dimensione quantitativa e qualitativa riferita a medici, infermieri e altro personale di assistenza, determina un ulteriore elemento da sottoporre a *stress test* che riguarda il cosiddetto effetto di *burn out*. In effetti, soprattutto negli ospedali e nelle componenti intensive delle cure, l'aumento della pressione derivante da attività che richiedono una costante attenzione e tensione, combinata con il mantenimento o la riduzione del personale (si pensi, ad esempio, agli anestesisti, alle *équipe* impegnate in complesse operazioni di trapianti di organi, ai capisala e infermieri dei reparti operatori), determina l'oggettivo rischio di avere persone che, dopo un certo periodo di tempo, non sono più in grado di sostenere determinati ritmi, o che svolgeranno i compiti e le funzioni senza la dovuta attenzione. Sono rischi per il personale, ma soprattutto per la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti.

Un terzo ambito a cui dovrebbero essere applicati gli *stress test* riguarda i «modelli assistenziali». Le teorie e molte sperimentazioni gestionali e organizzative indicano che il futuro dell'assistenza sarà caratterizzato da un approccio per processi (PDTA - Processi diagnostico-terapeutici assistenziali), da un'integrazione dell'assistenza ospedaliera ed extra ospedaliera e dalla «organizzazione a rete». Si tratta di modelli che hanno la grande potenzialità di migliorare sostanzialmente la qualità dell'assistenza e di aumentare i livelli di efficienza, ma che richiedono investimenti di carattere materiale e sulla professionalità delle persone. Poiché molte volte gli investimenti sono necessari prima che si manifestino i recuperi di efficienza e la riduzione di costi, gli *stress test* sono indispensabili per evitare di avviare processi che poi non si è in grado di sostenere, con la conseguenza di generare un incontrollabile effetto negativo: innalzare il livello di attese dei pazienti e dei professionisti e mettere in crisi l'organizzazione attuale, senza poi

poter concludere i processi di rinnovamento. Inoltre, occorre evitare l'ulteriore effetto negativo che si genera quando per gli investimenti si adotta un approccio «contabile». Ciò accade quando si hanno a disposizione risorse per investimenti materiali (edifici, attrezzature, ecc.) o immateriali (ad esempio sviluppo di *know how*) senza considerare i futuri costi di gestione. Investimenti sostenibili significano capacità di definire piani di medio e lungo periodo che considerino i flussi di costi e di entrate rapportati ai livelli di attività delle aziende sanitarie territoriali e delle aziende ospedaliere.

Un quarto ambito riguarda l'introduzione di nuove tecnologie. Esse sono l'effetto del progresso scientifico, incorporato in apparecchiature, attrezzature e altri strumenti che aiutano medici, infermieri, altro personale di assistenza, nello svolgimento delle attività di diagnosi (più o meno precoce), cura e riabilitazione, dovendosi ritenere che l'attività di prevenzione primaria o secondaria sia più legata a comportamenti e all'educazione sanitaria. Due sono gli aspetti di *stress test* collegati alla tecnologia. Da un lato, la previsione, e la successiva verifica, che l'adozione di nuove tecnologie e di correlate nuove metodiche diagnostiche, assistenziali e riabilitative comportino un effettivo recupero, mantenimento o miglioramento dello stato di salute. Ciò purtroppo non sempre avviene, poiché nella società moderna, non solo nei sistemi di tutela della salute, è presente un fenomeno di distorsione secondo cui si hanno tecnologie che sostituiscono tecnologie, che a loro volta avevano sostituito precedenti tecnologie, senza un effettivo miglioramento del livello di salute. Ciò è avvenuto tipicamente quando le tecnologie hanno sostituito o ridotto le capacità anamnestiche dei medici, che si sono affidati ai risultati di diagnosi per immagine o a parametri «di normalità» di vari accertamenti, costruiti su popolazioni diverse da quelle alle quali sono poi applicati, e senza inquadrarli nella situazione generale del paziente. Dall'altro lato, le decisioni sulle tecnologie sono spesso assunte con riferimento alla possibilità delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, pubbliche o private, di sostenere il costo dell'investimento iniziale, senza valutare adeguatamente le necessità di utilizzo e i costi di

gestione generati dalle stesse. Un caso tipico è nel nostro Paese l'acquisto di un numero elevato (non giustificato in rapporto alla situazione di altri Paesi) del robot chirurgico «Da Vinci», che poi in molti casi è rimasto inutilizzato per mancanza delle competenze necessarie (un caso estremo è quello di una Usl nella quale il robot è disponibile presso un presidio ospedaliero, mentre *l'équipe* che è in grado di utilizzarlo è presente in un altro presidio ospedaliero), o viene utilizzato per un numero assai limitato di casi, data la mancanza di situazioni per i quali esso è effettivamente utile, o non viene addirittura utilizzato per l'impossibilità di sostenere i costi di gestione. La «distorsione» nell'uso delle tecnologie è causata dal fatto che ad esse è spesso collegata l'idea di «maggiore qualità» o comunque «di prestigio» ed è presente in misura maggiore nelle aziende pubbliche rispetto a quelle private. Queste, infatti, sono spesso più attente nel definire piani economici e finanziari che tengano conto dell'investimento iniziale e dei costi di gestione, e nel recuperare i costi a seguito del finanziamento pubblico o del pagamento diretto da parte dei pazienti, tramite assicurazioni e fondi integrativi.

Un quinto ambito a cui applicare gli *stress test* riguarda i rapporti con i media e l'accessibilità alle informazioni tramite le reti. Per quanto riguarda i media, si ricorda che essi in genere riportano situazioni di reale o presunta «malasanità». Anche se a qualcuno ciò appare come un'asimmetria, in quanto vengono segnalati con grande risalto pochi casi di disfunzione rispetto ai moltissimi casi di risposte soddisfacenti ai bisogni di salute (ogni anno decine di milioni di pazienti ricoverati, decine di milioni di giornate di degenza, centinaia di milioni di esami di accertamento diagnostico), la situazione appare inevitabile poiché l'adeguatezza e l'appropriatezza della risposta ai problemi di salute devono considerarsi fisiologiche, mentre spetta ai media segnalare le situazioni che appaiono patologiche (anche se non sempre risultano tali dopo la verifica dei fatti). Di conseguenza, gli *stress test* devono riguardare situazioni in cui il rapporto tra i casi portati dai media all'attenzione dell'opinione pubblica come episodi di «malasanità» e quelli che si sono rivelati effettivamente tali sia eccessiva-

mente elevato, oppure le situazioni nelle quali l'azione dei media provoca inchieste o comunque interventi esterni (dei Nas, delle autorità inquirenti, delle commissioni parlamentari, ecc.), che determinano significative interferenze nella funzionalità delle aziende sanitarie territoriali o delle aziende ospedaliere. Si fa riferimento agli interventi che impegnano medici, infermieri, altro personale di assistenza, personale amministrativo, direttori generali, sanitari e amministrativi, nel seguire le inchieste o nel rispondere alle richieste di documentazioni, sottraendo tempo alle attività assistenziali e a quelle di corretta gestione. Per quanto riguarda la maggiore accessibilità alle informazioni, appare ormai chiaro che l'utilizzo della rete genera una moltiplicazione della domanda (viene esasperato l'effetto di ipocondria di molte persone), o la necessità di interventi finalizzati a porre rimedio a comportamenti di «auto prescrizione» o «auto medicazione» di altre persone. Oggi l'educazione sanitaria non riguarda solamente aspetti di comportamenti salutisti o di diagnosi precoce, ma riguarda anche l'educazione a un corretto uso delle informazioni che si trovano nella rete (ad esempio, individuare i siti che riportano informazioni attendibili e scientificamente fondate, come correlare certi sintomi alle patologie descritte in rete, ecc.).

Un sesto ambito a cui applicare gli *stress test* riguarda il rapporto delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere con i Comuni. Con la riforma iniziata nel 1991 (L. 111/91) e completata nel 1992/1993 con la cosiddetta «aziendalizzazione» (D.L.vo 502/92 e 517/93), si è passati da una relazione istituzionale diretta con i Comuni (le Usl erano state definite dalla legge 833/78 come «strutture operative dei Comuni») a una relazione diretta con le Regioni alle quali fanno riferimento le aziende, non solo per quanto riguarda il finanziamento, ma anche per quanto riguarda la nomina dei direttori generali e la definizione degli indirizzi sulla gestione. Dopo un primo periodo nel quale tale passaggio ha comportato anche una separazione sul piano del finanziamento e sul piano operativo degli interventi «sanitari» (di competenza delle Aziende sanitarie ospedaliere) rispetto a quelli «socio-assistenziali» (di competenza dei Comuni che, peraltro, potevano delegarli alle aziende

sanitarie con relativo trasferimento dei fondi), nell'ultimo decennio si sono imposti modelli di «continuità delle cure» e di «organizzazione a rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali» che hanno imposto il progressivo superamento della separazione attuata all'inizio degli anni '90. Soprattutto per le aziende sanitarie territoriali, ma anche per gli ospedali che per dimensioni e per caratteristiche delle attività sono maggiormente legati al territorio, s'impone la necessità di realizzare un forte coordinamento strategico e operativo con gli interventi dei Comuni. L'orientamento verso l'adozione di modelli del tipo PDTA (Processi diagnostico-terapeutici assistenziali) e i crescenti bisogni correlati alla lungodegenza e non autosufficienza, possono essere affrontati in modo sinergico (riduzione di costi a parità di qualità dell'assistenza o miglioramento della qualità a parità di costi) solo con l'azione congiunta tra Aziende sanitarie (e indirettamente Regione) e Comuni di riferimento. Sulla base delle esperienze passate, gli *stress test* devono essere in grado di mettere in evidenza se esista e quanto forte sia la capacità di dialogo tra le due componenti.

Un settimo ambito di applicazione degli *stress test* riguarda l'adozione del modello federale di tipo municipale (approvato a febbraio 2010) e regionale (approvato a marzo 2010). In quest'ultimo sono inclusi anche i costi standard riguardanti la sanità, che sono di particolare rilievo in quanto il 70-80% del bilancio regionale è riferibile al comparto della sanità. Le problematiche del federalismo sono già state affrontate in due precedenti editoriali di *Mecosan*, il primo in termini anticipatori e dinamici («Verso il federalismo fiscale», *Mecosan*, 2008, n. 67), il secondo in termini prospettici sui possibili effetti strutturali («Finalità del federalismo fiscale», *Mecosan*, 2009, n. 70). In questa sede, s'intendono richiamare le prevedibili conseguenze del modo in cui sono definiti i fabbisogni di finanziamento e la modalità di loro copertura. A rigor di logica, il fabbisogno dovrebbe essere definito dai livelli essenziali di assistenza resi obbligatori con normativa statale (Lea) ai quali applicare i costi standard, ossia le quantità di fattori produttivi necessari per garantire i Lea, moltiplicate per i prezzi di ogni fattore produttivo. Poiché tale processo è «tecnicamente» molto complicato e concretamente impossibile, dato l'attuale sistema informativo esistente anche nelle Regioni più efficienti, il fabbisogno standard è stato definito come spesa delle tre-cinque Regioni considerate virtuose per quanto riguarda appropriatezza delle cure, qualità dei servizi ed efficienza nell'uso delle risorse. Come è già stato sottolineato nell'editoriale «Finalità del federalismo fiscale», questa modalità si propone di stimolare le Regioni che hanno bassi livelli di appropriatezza delle cure, qualità dei servizi ed efficienza a emulare le Regioni più virtuose, pena la necessità di aumentare i tributi regionali a copertura dei prevedibili disavanzi. Tuttavia, gli *stress test* dovrebbero rispondere alla seguente domanda: cosa potrà accadere se le Regioni oggi meno virtuose non saranno in grado di seguire il percorso di miglioramento previsto dalla gradualità con cui le norme sul federalismo entreranno in vigore, avendo recepito il principio della «solidarietà e sussidiarietà verticale»? Come ha affermato il ministro Tremonti, quando nel 2010 l'Europa decise di costituire un fondo di garanzia a sostegno della Grecia, esteso poi all'Irlanda ed estensibile al Portogallo, alla Spagna e ad altri eventuali Stati in difficoltà finanziaria, se «la casa del vicino brucia, è superfluo discutere sulle responsabilità (se degli Stati a rischio di *default* o delle banche che li hanno finanziati traendone rilevanti profitti), ma è necessario intervenire per spegnere il fuoco che potrebbe anche estendersi alla tua casa». Queste parole possono essere applicate tranquillamente all'ipotesi di federalismo. Se le Regioni chiamate a intraprendere processi di miglioramento non dovessero riuscire, per demeriti propri o per oggettive condizioni di contesto, diventerebbe necessario per le Regioni virtuose o per lo Stato intervenire, per evitare che il disagio sociale si estenda a tutto il Paese. *Stress test* finalizzati a individuare i «rischi di incendio» nella sanità di alcune Regioni potrebbero evitare di porre al federalismo obiettivi «troppo elevati» rispetto alle condizioni reali, quindi per ridurre il rischio di «crisi sistemica», come oggi si usa dire. Potrebbero, inoltre, suggerire interventi di accompagnamento alla copertura finanziaria dei fabbisogni con trasferimenti da parte dello Stato, con tributi

regionali, o con partecipazione dei pazienti (ticket e altro).

Infine, è opportuno chiedersi chi siano i soggetti che dovrebbero fare gli *stress test*. La prima risposta potrebbe essere: i pazienti, e per essi le associazioni che li rappresentano, ma è ovvio che questa strada non è praticabile sul piano concreto. Quindi, questi test dovrebbero essere fatti dal Ministero della sanità, per quanto riguarda gli aspetti assistenziali, dal Ministero dell'economia e finanza, per quanto riguarda gli aspetti economici, dalla conferenza Stato-Regioni, dalle singole Regioni che sono titolari delle competenze in materia sanitaria. Per quanto riguarda gli *stress test* relativi al rapporto tra interventi sanitari e socio-assistenziali, gli enti competenti sono le Regioni, le aziende sanitario-ospedaliere, in raccordo con i Comuni, organizzati in consorzi sanitari di zona o in strutture equivalenti. Infine,

per le implicazioni che riguardano medici, infermieri e altro personale di assistenza, gli *stress test* dovrebbero essere effettuati dagli ordini e dai collegi professionali. Si potrebbe anche pensare a organismi autonomi e indipendenti, composti da persone qualificate che esprimano una valutazione sulla sostenibilità delle politiche sanitarie e socio-assistenziali e del federalismo istituzionale, funzionale e fiscale. Appare chiaro che il sistema di *stress test* per la sanità è concettualmente e concretamente assai più complesso di quelli riferiti alle banche e al sistema finanziario, che sono demandati a «organismi tecnici», che utilizzano metodologie consolidate anche se molto discutibili, visto che in molti casi di fronte a risultati positivi degli *stress test* si sono manifestate, in tempi brevi, situazioni di crisi finanziaria di istituti finanziari, di imprese e di interi Paesi.

Parte V

Dare contenuto
alle parole

L'alfabeto del Ssn

Un modo sintetico e puntuale per fare in modo che i temi rilevanti per il sistema di tutela della salute restino ben impressi nella mente del lettore è quello di collegare alcuni concetti alle lettere dell'alfabeto. Poiché 3 viene considerato il numero perfetto, è utile analizzare i concetti a gruppi di tre.

Senza la pretesa di considerare in modo esaustivo tutte le lettere si può iniziare dalla lettera A che si collega a un elemento cardine su cui è costruito il sistema ossia il concetto di *Azienda*. Più volte negli editoriali e negli articoli di *Mecosan* è stato richiamato il modello aziendale e, quindi, in questa sede si ricordano alcuni caratteri che qualificano questo modello logico. Innanzitutto, *Autonomia*, poiché per le aziende sanitarie e territoriali, le aziende ospedaliere, le «società della salute» o le «città della salute», la possibilità di rilevare e analizzare i bisogni, prevederne l'evoluzione nel tempo e organizzare processi di prevenzione, diagnosi cura, riabilitazione idonei a recuperare mantenere e migliorare lo stato di salute dipende dal grado di autonomia. Se leggi dello Stato, ad esempio provvedimenti sui Lea (Livelli essenziali di assistenza), contenimento della spesa o interventi delle Regioni quali sono leggi sui modelli organizzativi, riparto dei fondi, linee-guida o protocolli vincolanti, dotazioni di organico e altre riducono al minimo il grado di autonomia delle aziende, il sistema non potrà migliorare. Peraltro, l'Autonomia non è solo qualcosa che viene concesso dallo Stato o dalle Regioni, ma è anche qualcosa che le aziende, e per esse i loro direttori generali e le loro direzioni strategiche, sono in grado di conquistare sulla base della propria autorevolezza, competenza e credibilità. Al contrario di «modelli burocratici o di modelli di razionalità organizzativa» imposti dalle Regioni o dallo

Stato, la logica dell'Autonomia significa che le aziende possono anche essere gestite in modo inadeguato e inefficiente. Tuttavia, poiché in una realtà complessa e differenziata, quale è il sistema di tutela della salute, nessuna soluzione burocratica (che impone il rigido rispetto di procedure formali o che si riconduce alla «presunta razionalità oggettiva») può eliminare sprechi e inefficienze, il riconoscimento dell'Autonomia, se collegata a un processo di selezione di manager di elevata professionalità e moralità, consente un miglioramento complessivo del sistema.

Un corretto uso dell'Autonomia richiede, peraltro, che le persone che operano all'interno delle aziende con varie posizioni di responsabilità, dai medici, infermieri e altri professionisti, ai dirigenti medici e non medici di medio e alto livello, al personale amministrativo e in particolare a quello di «contatto con i pazienti e contatti con il pubblico», si mettano in situazione di *Ascolto* nei confronti dell'ambiente. Una corretta gestione delle aziende richiede innanzitutto una conoscenza delle caratteristiche epidemiologiche e sociali delle popolazioni che fanno riferimento alle stesse, comunità del territorio nel caso di aziende territoriali e di aziende ospedaliere a valenza locale, oppure pazienti provenienti anche da territori lontani nel caso di aziende ospedaliere di elevata specializzazione in grado di esercitare un forte potere di attrazione. Inoltre, la dirigenza deve essere in grado di ascoltare le esigenze manifestate dai «rappresentanti delle comunità di riferimento» che possono essere i Sindaci dei Comuni oppure i movimenti di difesa dei diritti dei pazienti o altre forme di rappresentanza espresse dalla società. Spesso i servizi delle aziende sanitarie territoriali e delle aziende ospedaliere sono considerati inadeguati poiché essi

sono organizzati sulla base di un'insufficiente o imprecisa conoscenza delle effettive caratteristiche della domanda. L'atteggiamento di Ascolto, infine, deve riguardare i rapporti tra direzione strategica e personale dell'azienda. Costruire delle mappe di conoscenze, competenze e atteggiamenti del personale, comprendere le profonde motivazioni per una professione che ha riflessi diretti su uno dei diritti fondamentali delle persone, coinvolgere le persone in «sfide per il cambiamento» sono condizioni per realizzare processi di continuo miglioramento.

Accountability è un terzo concetto che deve essere tenuto ben presente nel sistema di tutela della salute. Essa va intesa nel senso di «rendere conto» ai pazienti, agli enti locali, alla Regione, allo Stato, non solo in termini economici, ma anche in termini di efficacia, appropriatezza, qualità dei servizi ed efficienza nell'impiego delle risorse. Occorre superare una logica «riduttivistica» che da circa dieci anni caratterizza le politiche riguardanti il sistema di tutela della salute, secondo la quale si è posto l'accento soprattutto sul tema dei vincoli della spesa (o dell'aumento della spesa) e sulla eliminazione degli sprechi e delle inefficienze. Solo adottando una logica sistemica che, partendo dal quadro epidemiologico, ricostruisce *ex ante* (con riferimento ai processi di programmazione) ed *ex post* (con riferimento ai processi di verifica e controllo), le relazioni tra *output* e *outcome* e tra risorse e *output*, solo con processi di *Accountability* «a 360 gradi» sarà possibile contenere la spesa sanitaria, la spesa di tutela della salute o i tassi di suo aumento, senza ridurre i livelli di assistenza. Al contrario, adottando sistemi di *Accountability* «parziali» e «frammentati», si determinerà confusione con riguardo alle responsabilità operative (ad esempio carenza di servizi, errori più o meno gravi che portano a giudizi di malasania), decisionali (ad esempio tra responsabili di unità operative semplici, unità operative complesse, dipartimenti, distretti, direttore generale, sanitario, amministrativo) istituzionali (ad esempio tra aziende sanitarie territoriali, aziende ospedaliere, Regioni, Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze).

Una seconda triade caratterizzata dalla lettera A collega *Autorità*, *Autorevolezza* e *Alleanze* (strategiche). Il concetto di *Autorità*

si collega all'esistenza di poteri sovra ordinati che possono essere utilizzati per perseguire i fini di tutela della salute. *Autorità* nel definire livelli di assistenza, emanare leggi, indirizzi, linee-guida in modo da costituire un quadro di riferimento per le scelte delle aziende sanitarie territoriali e aziende ospedaliere, dei medici e di altri professionisti, dei manager, dei pazienti (ad esempio con partecipazione al costo dei servizi tramite ticket o addizionali sui tributi regionali). *Autorità* è anche quella che a volte devono esercitare i Direttori generali nei casi in cui persone che operano all'interno delle aziende non rispettino le regole o comunque utilizzino i loro spazi di autonomia assumendo comportamenti non coerenti o che sono in contrasto con gli obiettivi aziendali. Anche se si sono diffuse teorie secondo cui per realizzare cambiamenti organizzativi è necessario coinvolgere e motivare le persone, non di rado nei sistemi professionali sono radicate forme di resistenza che possono essere superate attraverso interventi che si richiamano al principio di *autorità*. Peraltro si deve ritenere che cambiamenti sostanziali nella direzione di migliori risposte alle esigenze dei pazienti sono possibili laddove Direttori generali, sanitari, amministrativi, Direttori di dipartimenti, di unità operative complesse e semplici siano capaci di passare dall'esercizio di *Autorità* derivanti dalle loro posizioni formali a quello di *Autorevolezza* derivante dalle conoscenze e competenze che sono in grado di mettere in campo. L'*Autorevolezza* collegata alla capacità di definire e analizzare i problemi di tutela della salute, individuare alternative e scegliere le soluzioni più adeguate, dare attuazione alle scelte, facilita anche i rapporti interistituzionali tra Ministero della salute e Ministero dell'economia e finanza e Regioni e tra Regioni e aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, pubbliche o private. *Autorevolezza* significa, in definitiva, capacità di far convergere comportamenti di diversi soggetti verso obiettivi comuni. L'*Autorevolezza* a sua volta è condizione essenziale per stabilire *Alleanze* sul piano operativo, organizzativo e strategico. Per realizzare percorsi integrati di tutela della salute è necessario promuovere e realizzare *Alleanze* tra ospedali e servizi territoriali, alcuni gestiti dalle Aziende sanitarie e altri gestiti dagli enti

locali (ad esempio servizi socio-assistenziali). Per recuperare migliori livelli di efficacia ed efficienza dei servizi sono necessarie Alleanze organizzative tra tutti coloro che accettano e promuovono il cambiamento che, solo unendo le proprie forze, possono superare gli ostacoli creati da coloro che vogliono mantenere lo *status quo* per ragioni nobili o meno nobili. Per realizzare interventi strutturali di lungo periodo, ad esempio riqualificazione dell'edilizia ospedaliera, introduzione di nuove tecnologie, realizzazione di investimenti nella ricerca, creazione di «cittadelle delle salute» o «cittadelle della ricerca biomedica e dell'assistenza», sono necessarie Alleanze strategiche tra diverse istituzioni pubbliche e tra pubblico e privato.

Un secondo blocco di concetti è correlabile alla lettera B. Si tratta di *Benessere* fisico e psichico, inteso come «sentirsi bene», che qualifica in termini concreti il diritto astratto di tutela della salute. Al contrario dei beni e servizi oggetto di «negoziato sul mercato», il valore dell'attività svolta dalle aziende sanitarie territoriali e dalle aziende ospedaliere pubbliche, ma in parte queste considerazioni valgono anche per le aziende private *for profit* e *non profit*, non può essere ridotto al mero equilibrio di bilancio. Sicuramente tale equilibrio è condizione per una sostenibilità di lungo periodo, ma la valutazione sulla gestione dovrebbe riguardare il livello di Benessere dei singoli pazienti e delle comunità nel caso delle attività cosiddette di «sanità pubblica». Con riferimento alle considerazioni sul Benessere, vanno sottolineate le distorsioni di alcune normative nazionali e regionali che considerano il mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio come unica o prevalente «causa automatica di decadenza» dei Direttori generali. Si può arrivare al paradosso secondo cui Direttori generali che, partendo da disavanzi rilevanti delle proprie aziende, sono riusciti a ottenere una riduzione significativa del disavanzo (senza però riuscire a raggiungere il pareggio), che possono essere rimossi, anche se sono riusciti a mantenere o addirittura a innalzare i livelli qualitativi dell'assistenza, mentre altri Direttori generali non possono essere dichiarati decaduti poiché sono riusciti a mantenere o a raggiungere l'equilibrio di bilancio, magari attraverso politiche di drastica riduzione dei livelli di assistenza.

Evidentemente, le Regioni, cui spetta la nomina e la revoca dei Direttori generali, dovrebbero porre attenzione a considerare gli effetti sul Benessere come fattore primario di valutazione.

Al concetto di Benessere è strettamente collegato quello di *Bene comune*. Esso non implica solo la capacità di dare risposte ai bisogni individuali, ma anche quella di determinare chiari ed espliciti ordini di priorità. In presenza di un progresso scientifico che ha allargato enormemente le opportunità di intervenire positivamente sulle condizioni di salute (anche molto gravi) le aziende sanitarie ospedaliere devono essere in grado di scegliere le priorità, pur nel rispetto delle linee-guida o degli indirizzi di altro tipo espressi dalla Regione. Per favorire una attenzione al Bene comune, è necessario promuovere processi di informazione, coinvolgimento e partecipazione delle associazioni di pazienti e della popolazione che, ad esempio, può essere sensibilizzata nell'accettare ticket o altre forme di compartecipazione ai costi dei servizi per prestazioni non essenziali, al fine di garantire il finanziamento di servizi essenziali per pazienti gravi o con patologie croniche. Ai concetti di Benessere e Bene comune si aggiunge quello di *Benefici*, che la legge 833 richiama esplicitamente in relazione ai livelli di finanziamento del sistema del Ssn. La legge recepisce un concetto di ordine generale ossia che i livelli di risorse attribuite a un settore (finanziamento) e di conseguenza il livello di spesa consentito dovesse correlarsi a un Beneficio inteso come qualità di vita delle persone, o capacità delle persone di partecipare alla produzione della ricchezza. Persone dotate di un buono stato di salute sono un patrimonio per l'economia e per la società nel suo complesso. Negli anni successivi la correlazione tra benefici e costi è stata abbandonata a livello generale di sistema ed è stata applicata in termini particolari alla valutazione di nuovi farmaci, nuove tecnologie mediche, nuovi modelli assistenziali. Su queste applicazioni particolari del rapporto Benefici-costi esiste una vasta letteratura e sono numerose le normative di vari Paesi che impongono tale analisi come condizione per la registrazione di farmaci o per la definizione dei prezzi. Questa visione particolare e la perdita del riferimento al sistema comples-

sivo di tutela della salute hanno portato alla prevalenza di politiche di contenimento della spesa e riduzione dei costi (*cost containment* e *cost saving*).

Un terzo blocco di concetto è collegato alla lettera C. Innanzitutto *Comportamenti*, la cui rilevanza va recuperata in un mondo nel quale sembrano prevalere le dichiarazioni, la comunicazione, la presenza sui media, la cura dell'immagine. Anche il sistema di tutela della salute sembra pervaso da questi aspetti della società moderna che a volte portano all'attenzione dell'opinione pubblica casi di presunta «malasanità» e a volte sembrano premiare professionisti e manager più attenti all'apparire che all'essere. In questo contesto non basta richiamare l'importanza delle regole, ma è necessario che le persone ritornino a privilegiare Comportamenti di attenzione al paziente non solo per quanto riguarda le patologie da cui è colpito, ma anche con riguardo agli aspetti psicologici e di considerazione olistica della persona. La *Coerenza*, oltre a qualificare i comportamenti delle persone, deve caratterizzare anche alcune scelte istituzionali, nel senso che deve esistere Coerenza nella attribuzione delle funzioni e delle responsabilità ai diversi livelli decisionali del sistema (statale, regionale, delle aziende sanitarie, degli enti locali, ecc); finanziarie, nel senso che deve esistere Coerenza tra livelli essenziali di assistenza garantita per legge, obiettivi definiti dal Piano sanitario nazionale e dai Piani sanitari regionali e risorse messe a disposizione; programmatiche, nel senso che deve esistere una Coerenza tra obiettivi di salute di breve o di lungo periodo per le aziende sanitarie territoriali, programmi annuali o piani pluriennali di attività e disponibilità di professionalità richieste per realizzare i programmi e i piani. Per ottenere un miglioramento in un contesto di crescente incertezza e complessità occorre che i Comportamenti Coerenti siano anche caratterizzati da *Continuità* nel tempo. Sono frequenti i casi in cui nelle aziende sanitarie e territoriali e in quelle ospedaliere si creano condizioni che determinano forti spinte emotive verso il miglioramento. Ciò accade in presenza di un Direttore generale con elevate qualità di *leadership* capace di attorniarci di un *team* di persone con elevata professionalità e guidati dalla volontà di cambiamento, o in

presenza di un gruppo di dirigenti (sanitari o amministrativi), di medici, infermieri e altri professionisti particolarmente motivati. Per rispondere alla missione di garantire la salute dei cittadini, queste persone, oltre a obiettivi di qualità dei servizi, devono porsi obiettivi di rafforzamento dei sistemi organizzativi, di gestione, di rilevazione dei dati affinché, venute eventualmente a mancare le condizioni favorevoli (ad esempio revoca del Direttore generale a seguito di cambiamenti delle maggioranze politiche nelle regioni), non vengano completamente dispersi i benefici. Le aziende sono definite come sistemi di operazioni strumentali al raggiungimento di certi fini «atti a perdurare», cioè per le quali deve essere garantita la caratteristica di Continuità dei Comportamenti positivi nel tempo.

Parlare di sistema sanitario e di aziende come sistema di operazioni, significa sottolineare il concetto di *Coordinamento*. Concetto introdotto dalla legge 833/78 che qualificava le Usl come insieme dei presidi di «prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione», una definizione che, tuttavia, è rimasta, e tuttora rimane, troppo spesso inapplicata. Ciò accade quando vengono approvati piani nazionali, regionali o locali organizzati per progetti o articolati per obiettivi, progetti e programmi costruiti a canne d'organo e senza valutazione dell'impatto congiunto che essi possono avere sulle aziende (unità del sistema sanitario) che devono attuare i piani. Ciò accade ancora quando si assegnano fondi a destinazione vincolata o si attuano «tagli di spesa su voci specifiche di bilancio» poiché tali interventi non consentono alle aziende di attuare quegli interventi che, considerati congiuntamente e in modo sistemico, consentirebbero di ottenere un migliore rapporto tra quantità e qualità di risposte ai problemi di salute e ammontare dei fattori produttivi impiegati o della spesa globale. Solo l'introduzione di sistemi di responsabilizzazione che rispettano il carattere di coordinamento, consentono di esercitare un *Controllo* sulla gestione. Controllo inteso non solo come rilevazione dei risultati, ma come sistema di misurazione che consente di governare in modo sostanziale le aziende, controllo che, a sua volta, è condizione necessaria anche se non sufficiente per mantenere i *Costi* nei limiti delle compatibi-

lità di bilancio (per le aziende), delle compatibilità macroeconomiche (imposti dall'equilibrio della finanza pubblica), delle esigenze imposte dal federalismo (confrontabilità dei Costi tra le diverse Regioni in modo da premiare quelle più virtuose).

L'adozione nel 1992-93 del cosiddetto «modello aziendale» ha introdotto nel sistema anche il concetto di *Competizione*. Esso era collegato al sistema di finanziamento Drg per le aziende ospedaliere, finalizzato a premiare quelle in grado di aumentare la propria Competitività tramite una riduzione dei costi, alla maggiore mobilità interaziendale e interregionale che tramite il pagamento delle prestazioni premiava le aziende capaci di attrarre pazienti, alla separazione tra aziende territoriali responsabili della salute dei cittadini (*purchaser*) e aziende ospedaliere responsabili della produzione di servizi (*provider*). Indubbiamente alcuni elementi di Competizione hanno prodotto il miglioramento del sistema, tuttavia si deve ritenere che l'eccessiva enfasi su tale aspetto abbia in alcuni casi determinato e possa determinare effetti negativi, ossia il perseguimento di ottimizzazione parziale dei risultati da parte delle singole unità (le singole aziende) a danno dell'ottimo complessivo di sistema. In effetti la gestione unitaria, che è necessaria dati i vincoli di finanza pubblica, richiede che la Competizione sia interpretata soprattutto come «Competizione con se stessi» nel senso di ricerca del continuo miglioramento che deve animare gli atteggiamenti delle persone e le scelte aziendali. Non deve essere interpretata come Competizione del tipo *win-lose*, qualche azienda guadagna mentre altre perdono, ma come logica di *win-win*, ossia ricerca di soluzioni che consentano vantaggi per tutti i soggetti: per un numero sempre più ampio di pazienti, per gli operatori del settore, per le aziende sanitarie e ospedaliere, per le aziende fornitrici di beni, servizi apparecchiature e attrezzature, per la finanza pubblica. Soluzioni di tipo *win-win* possono essere individuate se il principio di Competizione viene collegato quello di *Collaborazione*. Collaborazione tra i diversi livelli di governo, Stato, Regione, aziende sanitarie, Comuni; Collaborazione tra Direzione strategica delle aziende e altri livelli organizzativi; Collaborazione tra professionisti e manager; Collaborazione

con le associazioni di volontariato del terzo settore che operano nel campo della tutela della salute e con le associazioni rappresentative dei pazienti; infine Collaborazione tra pubblico e privato. Il principio di Competizione Collaborativa che sembra un ossimoro ma che può rappresentare una soluzione per il futuro, attribuisce concretezza all'esigenza di *Coesione sociale*. Essa significa riconoscere le differenze e le diverse esigenze che a volte possono essere in contrasto tra loro, ma che devono essere contemperate nella ricerca di una visione unitaria che possa essere accettata da tutti.

Poiché l'alfabeto è ancora lungo, nel prossimo editoriale di *Mecosan* ci si ripropone di sviluppare ulteriori concetti.

Come annunciato nell'editoriale del numero precedente, si prosegue con l'esposizione dei concetti collegati alle lettere dell'alfabeto. La lettera D evoca condizioni purtroppo stabili del Ssn e ormai ben note anche ai cittadini comuni. Innanzitutto *Disavanzo/Deficit*, che si manifesta quando le spese di una Asl o di una Ao, di una Regione, dell'intero Ssn sono superiori alle entrate di parte corrente, ossia alle risorse messe a disposizione traendole dalle entrate fiscali o da tributi, sovrattasse o contributi regionali, dal prelievo di ticket e altre forme di compartecipazione alla spesa. L'analisi e l'interpretazione del Deficit/Disavanzo è fonte di una costante e mai sopita conflittualità tra chi deve finanziare e chi ha l'autonomia e la responsabilità della spesa. Le Asl e le Ao che presentano disavanzi di parte corrente in genere attribuiscono questo risultato alla inadeguatezza dei finanziamenti da parte delle Regioni che non terrebbero conto della complessità della casistica trattata, della tipologia della popolazione (distribuzione per classi di età, tassi di morbilità, ecc), caratteristiche del territorio (es. montuoso con località difficilmente raggiungibili) e dispersione della popolazione. Le Regioni in genere interpretano il manifestarsi di disavanzi come espressione di scarsa efficienza, di inadeguata professionalità della dirigenza, di assenza dei necessari interventi di razionalizzazione della rete di offerta. Analogamente, le Regioni in disavanzo cercano di attribuirne le cause alla inadeguatezza dei trasferimenti da parte dello Stato o all'adozione dei criteri di riparto giudicati «pena-

lizzanti», oppure riconducono il disavanzo alla debolezza della struttura di offerta e alla conseguente mobilità esterna che causa il trasferimento di mezzi ad altre Regioni, senza ridurre i costi fissi nella Regione di origine. Lo Stato, da parte sua, interpreta i disavanzi delle Regioni come conseguenza di politiche inefficaci nel controllare una domanda superflua o l'inappropriatezza delle prestazioni, di ritardi con cui sono adottati provvedimenti di razionalizzazione del sistema di offerta (es. chiusura di piccoli ospedali che non hanno requisiti tecnici e organizzativi per garantire una soddisfacente qualità dei servizi, mancanza di strutture territoriali che potrebbero ridurre il tasso di ospedalizzazione), di mancanza di adeguati sistemi di programmazione e controllo della spesa. Una particolare considerazione riguarda il fatto che il Ssn è stato caratterizzato fin dalla sua prima istituzione dal fenomeno dei cosiddetti «disavanzi sommersi», ossia di disavanzi che si manifestavano a consuntivo pur in presenza di preventivi in equilibrio, o che addirittura venivano nascosti e contabilizzati in periodi successivi ricorrendo ad alcune «tecniche» contabili.

Collegato al Disavanzo è poi il fenomeno del *Debito*, che è costituito dalla somma dei disavanzi non coperti, anche se questo fenomeno formalmente non dovrebbe essere consentito. In parte il fenomeno è collegato all'esigenza di finanziare gli investimenti in nuovi ospedali, attrezzature e apparecchiature sanitarie, informatiche e di altro tipo. In presenza di vincoli sulla finanza pubblica, diventati sempre più rigidi dopo l'introduzione della moneta unica e delle regole stabilite dalla Ue, si è ridotta ancor più la capacità dello Stato di finanziare gli investimenti con trasferimenti in conto capitale alle Regioni. Queste, e a cascata le Asl e le Ao, hanno dovuto far fronte a esigenze di investimento e alla copertura dei disavanzi con operazioni di ricorso diretto all'indebitamento, di *project financing*, di cartolarizzazioni che hanno portato all'accumulo di un significativo ammontare di indebitamento che si aggiunge a quello dello Stato. La ricerca di disponibilità finanziarie immediate, rinviando al futuro gli impegni a copertura del rimborso del debito, è diventata una pratica che è sempre stata presente nel sistema di tutela

della salute, ma si è ancor più generalizzata negli ultimi anni.

La combinazione di disavanzi, ammontari di debito che via via si sono accumulati nel tempo, permanenza di sistemi di offerta non razionalizzati, differenti livelli di efficienza, riflessi sulla gestione del Ssn di comportamenti politici guidati solo dall'obiettivo di ottenere consenso (per esempio, tramite assunzione di personale in eccesso rispetto alle esigenze o con professionalità inadeguate), infiltrazioni della malavita organizzata, rappresentano un complesso di fattori che hanno determinato la crescente *Divaricazione* tra le diverse Regioni e, all'interno di ognuna, tra le diverse Asl e Ao. Per *Divaricazione* si intende la faccia negativa di un fenomeno che ha (o potrebbe avere) anche una faccia positiva, rappresentata dalla *Differenziazione*. Quest'ultimo termine, infatti, sta a indicare che le Regioni, le Asl e le Ao sono in grado di adattare i propri interventi alle specifiche realtà, pur nel rispetto di normative comuni (nazionali nei confronti delle Regioni e regionali nei confronti delle Asl e Ao), delle stesse linee di indirizzo, di definizioni dei livelli di assistenza garantiti. Al contrario, per *Divaricazione* si intendono tendenze determinate dalla incapacità delle Regioni di mantenere la stessa velocità di sviluppo. La crescente *Divaricazione* significa anche la debolezza di sistemi che facilitino il trasferimento delle conoscenze (*knowledge transfer*). Troppo spesso molti responsabili delle politiche nazionali, tra i quali possono essere annoverati gli organismi (e le persone che in essi operano) che hanno imposto e controllano l'attuazione dei piani di rientro, hanno ritenuto che la *Divaricazione* potesse essere eliminata o ridotta tramite i cosiddetti finanziamenti di riequilibrio o gli obiettivi di eliminazione dei disavanzi finanziari (nel caso dei piani di rientro). Non sono sufficienti maggiori finanziamenti o vincoli più rigidi per invertire le tendenze delle Regioni, e all'interno di ognuna delle Asl e Ao, che presentano più elevati livelli di inefficienza, di sprechi, di inappropriatezza delle prestazioni, di inadeguata dotazione di strutture che potrebbero ridurre i costi. Sono necessari interventi contestuali per combattere situazioni di illegalità e di attività illecite costituite all'ombra della sanità, sviluppo di competenze manageriali e professionali,

introduzione di innovazioni tecnologiche, organizzative, gestionali, adozione di strumenti di analisi costi/benefici di diverse tecnologie, nuovi modelli assistenziali e modalità di erogazione di servizi.

Coloro che leggono *Mecosan*, anche in modo non sistematico, probabilmente intuiscono quali siano i concetti ricollegabili alla lettera *E*. Innanzitutto la terna o triade di *Efficacia, Efficienza, Economicità* che qualifica il cosiddetto modello aziendale, su cui ritorneremo in un prossimo editoriale in occasione dei 20 anni della sua introduzione con il D.L.vo 502/902. Non si ritiene, quindi, opportuno soffermarci ulteriormente su di esse. Meno costante è stata, in questi ultimi anni, l'attenzione rivolta all'*Equità*, anche se questo principio rappresenta un pilastro fondamentale di tutti i sistemi di copertura universale. Il termine *Equità* è stato molte volte fonte di equivoci o di interpretazioni inappropriate, in quanto considerato sinonimo di *gratuità*. L'*Equità* non può essere sinonimo di *gratuità* in un sistema con risorse limitate rispetto ai bisogni. *Equità*, infatti, significa che, in mancanza di un sistema di mercato privato (pagamento diretto delle prestazioni o assicurazioni private), nel quale la selezione dei bisogni e la definizione delle priorità è attribuita al reddito e alla capacità di spesa, occorre introdurre sistemi di controllo della domanda finalizzati a contenere l'emergere di domanda impropria o correlata a bisogni di minore entità per rendere disponibili risorse da destinare a bisogni di maggiore rilevanza per quanto riguarda il benessere fisico, psichico, spirituale delle persone (a volte addirittura riguardanti situazioni di vita o di morte) o che comportano costi difficilmente sostenibili dai privati (per esempio, cronicità severe, malattie rare o molto rare con elevatissimi costi di trattamento). Un sistema è *equo* quando è in grado di garantire equivalenti opportunità a persone o gruppi di persone con problematiche di salute tra loro differenti. Questa considerazione toglie (o riduce gli) argomenti a tutti coloro che criticano i sistemi sanitari nazionali o i sistemi a copertura universale affermando che «non è possibile garantire tutto a tutti o garantire livelli elevati di tutela a tutti nello stesso modo», poiché questo, come si è scritto, non esprime nemmeno il principio di equità.

Un sistema equo consente di dare servizi di assistenza in rapporto al bisogno di ognuno, chiedendo di contribuire con i tributi sulla base del principio della capacità contributiva e chiedendo contributi «addizionali» per alcune prestazioni (ticket e altre forme di compartecipazione) solo a chi, da questo ulteriore sforzo, non vede messo in discussione il proprio benessere economico.

La complessità dei moderni sistemi di tutela della salute, che è aumentata non solo a seguito del progresso scientifico e tecnologico, ma anche della maggiore rapidità con cui si modificano le attese e i comportamenti delle persone nei riguardi della propria salute – conseguente anche a una maggiore diffusione di informazioni non sempre attendibili e rilevanti (internet) e a più elevati livelli di incertezza sul futuro – può essere affrontata da persone che, ai diversi livelli decisionali e operativi, sono in grado di coniugare la professionalità con un elevato *Equilibrio*. *Equilibrio* nel valutare i vantaggi e i possibili rischi/limiti di diverse possibilità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione. *Equilibrio* nel valutare la convenienza (in senso lato, che include qualità dell'assistenza, costi, spesa totale) di breve e di lungo periodo. *Equilibrio* con riguardo al peso da dare alle competenze scientifiche e tecnico-professionali e alle competenze manageriali nei diversi ruoli organizzativi. *Equilibrio* nel definire in modo realistico modelli assistenziali che privilegino la centralità dell'ospedale o la centralità di strutture e di servizi sul territorio. *Equilibrio* nell'introdurre modelli organizzativi basati sulla specializzazione delle conoscenze medico-scientifiche (medicina, ortopedia, chirurgia, cardiocirurgia, neurochirurgia, ecc.) o sulla intensità di cura. *Equilibrio* nel definire forme di assistenza centrate sul trattamento delle specifiche situazioni del paziente, tipiche per il trattamento delle patologie acute o fondate sulla continuità assistenziale nel caso di lungodegenza post trattamenti delle fasi acute e per la cronicità. *Equilibrio* nello stabilire tempi e interventi per i piani di rientro, poiché «cure tropo drastiche in termini finanziari» potrebbero determinare effetti perversi sul piano della qualità dell'assistenza (effetti del tipo «l'operazione è riuscita ma il paziente è morto»). *Equilibrio* nel perseguire politiche di razionalizzazione e di sviluppo. *Equili-*

brio nel realizzare interventi di contenimento della spesa totale, che deve incidere soprattutto sulla spesa corrente inappropriata, senza penalizzare spesa corrente appropriata e produttiva e spesa per investimenti.

Non va, peraltro, dimenticato che è sempre più difficile cercare e, soprattutto, individuare e decidere politiche e interventi equilibrati in un mondo caratterizzato dalla grande *Eterogeneità* presente nella società moderna. Al contrario di quanto teorizzato solo alcuni decenni fa, da chi credeva che la diffusione delle informazioni attraverso i media, la più elevata mobilità e possibilità di interscambio avrebbero portato alla diffusione di valori e soprattutto comportamenti più omogenei, l'evoluzione della società ha seguito due differenti direttrici: maggiore omogeneità per quanto riguarda alcuni beni di consumo di carattere materiale e crescente eterogeneità per quanto riguarda i bisogni di ordine superiore, tra i quali sicuramente va inclusa la percezione dello stato di salute. Nella società *eterogenea* si creano molto facilmente maggioranze *contro* qualcosa (contro le leggi esistenti, i provvedimenti di risanamento della finanza pubblica, le scelte urbanistiche, quelle riguardanti la localizzazione di parchi, scuole, chiusura al traffico di centri storici, introduzione di ticket sanitari, riconversione di ospedali in strutture per non autosufficienti o in poliambulatori specialistici spesso interpretate come «chiusure», ecc.) mentre è sempre più difficile realizzare maggioranze *a favore* di qualcosa. Situazione questa più accentuata in Italia rispetto ad altri Paesi e che forse è uno dei motivi fondamentali per cui nel nostro Paese è più difficile che in altri proporre e realizzare effettivamente riforme più o meno strutturali. La sfida di trovare e far accettare soluzioni equilibrate in una società *eterogenea* può essere vinta da persone non solo dotate di elevata professionalità e di sincera etica e senso delle istituzioni, ma da persone anche sapienti che, secondo l'etimologia del termine (in latino «*sapere*»), sono in grado di «dare gusto alle scelte».

Uno degli strumenti per perseguire l'Equità, l'Equilibrio, il rispetto delle differenze, l'eliminazione di divaricazioni dovute a scarsa qualità dei politici e a inefficienze delle amministrazioni è senza alcun dubbio il *Federalismo*. Anche questo tema è già stato

trattato in almeno due editoriali di *Mecosan* («Verso il federalismo fiscale», n. 67, 2008; «Finalità del federalismo fiscale», n. 70, 2009) e in numerosi articoli, ma è opportuno riproporre ulteriori considerazioni. Il Federalismo è stato considerato come modello istituzionale finalizzato a responsabilizzare le Regioni sull'efficiente uso delle risorse. Infatti, tema centrale, che è all'ordine del giorno del confronto Regioni-Governo, è quello della definizione dei costi standard e dei livelli standard di qualità. Tuttavia, non si sottolineerà mai a sufficienza che il Federalismo, per essere tale, deve essere *solidale* e che la solidarietà orizzontale (tra Regioni) o verticale (attuata in sede di allocazione da parte dello Stato del FSN) non si limita al riequilibrio di tipo finanziario. Il Federalismo solidale si realizza dando concreta attuazione ai principi enunciati anche dal nuovo Presidente del Consiglio Mario Monti nella presentazione del suo programma al Parlamento, ossia coniugando rigore, solidarietà, crescita. Se tutto, e si sottolinea tutto, il Paese sarà in grado di intraprendere una nuova fase di sviluppo, una specie di «terzo miracolo economico» dopo quello di fine '800 e del secondo dopoguerra, vi saranno maggiori risorse anche per il sistema di tutela della salute. Inoltre, potranno essere sostenuti interventi che riducano la divaricazione fra diverse Regioni in termini di qualità dell'assistenza in rapporto alla spesa. Nella società post industriale nella quale si moltiplicano le iniziative per definire indicatori di benessere integrativi del Pil, le dinamiche dell'economia sono sempre più influenzate da fattori sovranazionali (per esempio, il ruolo della Banca centrale europea e del Fondo monetario internazionale, gli investimenti dei fondi sovrani e le operazioni finanziarie di tipo più o meno speculativo), mentre i livelli di salute (attese di vita alla nascita, tassi di mortalità neonatale e infantile, tassi di morbilità, accessibilità ai servizi, appropriatezza delle prestazioni, ecc.) sono sempre più collegati alle politiche infranazionali, alla cosiddetta dimensione locale. Un Federalismo *sostenibile* e solidale rappresenta, quindi, la capacità di coniugare dimensione globale e dimensione locale, salvaguardando l'apertura delle nazioni ed evitando antistoriche politiche di chiusura, quali sono dazi doganali e altre misure per quanto riguarda la

mobilità di merci e servizi. Un Federalismo capace di «non lasciare indietro» nessuna Regione diffonderebbe anche nel nostro Paese una cultura del riconoscimento della responsabilità e del merito, che ne rafforzi l'attitudine e la capacità a seguire altri Paesi ritenuti, a ragione o a torto, più attenti al principio del rigore e della crescita.

A sua volta il termine *Fiducia* è diventato ricorrente negli anni della crisi economica e sociale che ha coinvolto soprattutto i Paesi occidentali. Anche riguardo a questo termine, si è avuta occasione di scrivere in precedenza su questa Rivista («La mancanza di fiducia, male oscuro (non troppo) della sanità», n. 59, 2006; «Fiducia, parola magica», n. 74, 2010). Si ritiene peraltro di poter aggiungere che, oltre alla Fiducia negli altri (pazienti nei confronti dei medici, medici nei confronti dei manager, manager nei confronti di chi adotta le politiche di salute regionali e nazionali, Ministero dell'Economia e della finanza e Ministero della salute nei confronti delle Regioni e delle Asl, mercati finanziari nei confronti del nostro Paese), è indispensabile recuperare una forte Fiducia in se stessi. Essa è indispensabile per uscire da una logica di «assistenzialismo passivo» (di chi si affida all'aiuto di altri) o di «assistenzialismo rivendicativo» (di chi si aspetta interventi riparativi di presunti torti subiti nella storia più o meno recente) per assumere una logica di promozione di se stessi. Pazienti fiduciosi nel fatto che il proprio impegno e il rigoroso rispetto di comportamenti alimentari (prevenzioni), di diagnosi precoce, di rispetto delle terapie (cosiddetta *compliance* del paziente), aiutano i medici e gli altri professionisti. Pazienti fiduciosi in se stessi possono chiedere ai medici e ad altri operatori più corrette informazioni sul proprio stato di salute, senza un atteggiamento critico, o a volte anche ostile, che fa scattare comportamenti di medicina preventiva o di chiusura dei professionisti della salute. Fiducia in se stessi di medici, infermieri e altri professionisti induce ad accettare strumenti quali la programmazione delle attività, *budget*, verifica della qualità, analisi dei costi, come strumenti utili per conoscere meglio le conseguenze economiche delle proprie scelte e dei metodi assistenziali e non come vincolo o obbligo «burocratico» imposto dai manager. Fiducia in se stessi

consente ai manager di aziende sanitarie e di aziende ospedaliere di porsi nella prospettiva di chi cerca, e in genere trova, soluzioni in grado di adattare politiche nazionali e regionali alle specificità locali, anche quando queste possano sembrare in prima istanza penalizzanti. Fiducia del Ministero dell'economia e finanza e del Ministero della salute nei confronti di Regioni, «più responsabili e più responsabilizzate con riguardo ai risultati», favorirebbe l'assunzione di politiche e di interventi maggiormente rispettosi dell'autonomia istituzionale, organizzativa e operativa, di cui le Regioni vanno fiere. Fiducia del Paese nella capacità di risolvere autonomamente i problemi della propria crescita e dell'elevato debito aumenterebbe probabilmente la Fiducia dei mercati finanziari e aiuterebbe il Paese a uscire dalla situazione di «commissariamento» da parte della Ue e del FMI. Tuttavia, seguendo la saggezza del detto popolare secondo cui «la fede si dà a Dio, mentre la fiducia si dà agli uomini, salvo verifica», occorre meritare la fiducia ed essere disposti ad accettare le verifiche in modo trasparente. Perseguire il Federalismo attraverso la diffusione e il consolidamento di un clima di Fiducia tra le forze politiche, tra le istituzioni (stato centrale, regioni, enti locali), tra i diversi gruppi professionali nell'ambito della sanità, tra i cittadini-pazienti (per quanto riguarda servizi per salute) e amministrazioni pubbliche o istituzioni private che erogano servizi. Ma la Fiducia non può essere generata solo da dichiarazioni di intenti e di buona volontà. Essa richiede molta *Fatica* nel cambiare i propri atteggiamenti e i propri comportamenti, nel cercare di capire le reali esigenze di altri interlocutori e del sistema di tutela della salute. Fatica nell'interagire con gli enti locali. Fatica nel presentare in modo trasparente alle popolazioni locali i progetti di riconversione di ospedali, di parziale accentramento delle attività di ricovero in ospedali dotati di tecnologie d'avanguardia e in grado di trattare i problemi di salute garantendo la migliore qualità e la sicurezza dei pazienti, con decentramento di servizi diagnostici e post-degenza sul territorio. Fatica nel rispondere a vincoli finanziari non con riduzione della quantità di servizi, ma addirittura perseguendo miglioramenti consentiti da una migliore organizzazione e da una più

elevata responsabilizzazione e motivazione delle persone. Fatica nel ricercare forme di collaborazione tra amministrazioni centrali e Regioni e tra Regioni e aziende sanitarie che, nel rispetto delle reciproche competenze, siano in grado di superare logiche di contrapposizione a volte preconcepita. Fatica nel passare da logiche di *government* di sistema (lo Stato impone leggi, piani, piani di rientro, piani sanitari alle Regioni, le Regioni impongono modelli organizzativi, strategie, vincoli di bilancio alle aziende sanitarie territoriali e alle aziende ospedaliere) e di gerarchia organizzativa all'interno delle aziende (i direttori generali impongono soluzioni ai direttori di dipartimento, che a loro volta impongono soluzioni ai direttori di unità organizzative semplici e complesse, che a loro volta impongono modelli operativi alle persone afferenti alle loro unità) a logiche di *governance* di sistema e di *governance* organizzativa, che significa orientamento verso un obiettivo unitario di soggetti istituzionali e di persone di cui viene riconosciuta concretamente l'autonomia.

La *governance* di sistemi complessi e la possibilità di ricostituire una situazione sociale, istituzionale e politica nella quale le scelte strategiche e quelle operative si basino sulla Fiducia, non può essere demandata a soluzioni razionali e a tecniche professionali, manageriali e *policy making* sofisticate. Essa richiede uno sforzo di *Fantasia* sul piano economico, istituzionale e sociale. In società con un futuro sempre più incerto e imprevedibile, la *Fantasia* ha una rilevanza non marginale nel contribuire a recuperare quella progettualità che può motivare le persone disposte al cambiamento e a ricreare una speranza per il futuro.

Proseguendo l'analisi con riferimento alle lettere dell'alfabeto, alla lettera G possono essere collegati i seguenti concetti: Garanzia, Giustizia, Governo e Governance, in considerazione del fatto che la tutela della salute è riconosciuta nella dichiarazione delle Nazioni unite come «diritto umano» e che in molti Paesi esso è definito come diritto dei cittadini e di tutte le persone che si trovano sul territorio, come accade ad esempio per gli immigrati, anche se irregolari. Infatti, perfino nei Paesi nei quali non esiste un servizio sanitario nazionale vi sono leggi o altri provvedimenti che hanno la finalità di *garantire*

un certo livello di assistenza e tali garanzie, non di rado, si estendono anche agli immigrati non regolari: in alcuni casi con intervento delle strutture pubbliche (per esempio, in Italia, l'assistenza in Pronto soccorso è garantita senza obbligo di denuncia degli irregolari), in altri casi con interventi di associazioni e organizzazioni *non profit*, la cui attività viene promossa dalle stesse istituzioni pubbliche. Tuttavia, va sottolineato che la *Garanzia* di tutela della salute non può essere ridotta al semplice elemento giuridico e formale, in quanto essa è direttamente correlata alla qualità delle politiche, ai criteri di allocazione delle risorse economiche, alla funzionalità degli ospedali e delle altre strutture assistenziali, al tipo di relazioni che si stabiliscono tra medici, infermieri, altri operatori della salute e pazienti. Inoltre, la garanzia di tutela della salute non può e non deve mai essere separata dai criteri di appropriatezza e, soprattutto, da quelli di sicurezza per il paziente. Spesso accade che la popolazione sia indotta a difendere la presenza di piccoli ospedali o di altre strutture assistenziali, anche se esse non possono avere caratteristiche tecniche e di funzionalità idonee a garantire la sicurezza e l'appropriatezza delle diagnosi e dei trattamenti per i pazienti. Uno dei paradossi delle politiche sanitarie consiste nel fatto che, a volte, coloro che attuano politiche finalizzate ad aumentare la Garanzia per i pazienti si devono scontrare con l'opposizione delle stesse persone che essi intendono tutelare.

A sua volta, la Garanzia per la tutela della salute non può prescindere dal riferimento al principio-valore della *Giustizia*. Giustizia significa tutela dei diritti umani, civili, sociali, politici ed economici in un sistema nel quale esiste un equilibrio tra diritti e doveri. Poiché la tutela della salute costituisce uno dei diritti fondamentali della persona, non vi è Giustizia se tale diritto non è tutelato in modo soddisfacente. È il caso, per esempio, di sistemi sanitari che presentano la caratteristica delle «due velocità», ossia fondati su una sanità privata di alto livello qualitativo, cui ha accesso un insieme limitato della popolazione, e su una sanità pubblica (o mutualistica nelle diverse forme adottate in vari Paesi) di qualità più bassa, in ragione delle difficoltà di finanziamento. In situazioni del genere, si può

dire che, pur in presenza di sistemi che «formalmente» possono avere una copertura universale o comunque molto estesa (oltre il 95% della popolazione), non viene rispettato il principio-valore, qualunque sia l'accezione a esso attribuita. Infatti, di fronte a un diritto della persona, è indubbio che viene meno il principio-valore di Giustizia quando esiste un sistema che consente a una parte della popolazione di avere cure strutturalmente migliori di un'altra componente della popolazione solo per motivi economici, in ragione di una maggiore rilevanza e severità del bisogno di salute. Peraltro, il principio-valore di Giustizia viene meno anche nei casi in cui si determinano altre differenze *strutturali* nell'accesso alle cure: è il caso di gruppi sociali che, in virtù della loro capacità di *lobby*, riescono a far prevalere i propri bisogni, anche quando essi per natura e per severità avrebbero un minore livello di priorità rispetto ad altri, oppure il caso di disparità che si determinano fra aree geografiche a causa di fattori quali debolezza delle istituzioni e presenza della malavita organizzata. Un sistema sanitario che non è in grado di garantire i livelli di assistenza definiti dalle leggi, non solo viene meno al principio di legalità, ma viene meno al principio di Giustizia con effetti deteriori sulla sua credibilità e legittimazione presso i pazienti. Inoltre, occorre ricordare che il principio di Giustizia sociale può essere messo in discussione anche in presenza di politiche sanitarie condizionate da vincoli finanziari posti dall'esterno. Può essere considerato giusto un sistema nel quale la tutela del diritto alla salute viene ridotta in misura significativa da politiche di contenimento della spesa imposte dall'esigenza di dare fiducia ai mercati finanziari? La risposta dipende evidentemente dalla diversa concezione di società e di economia. Tuttavia, anche nel caso in cui i vincoli imposti dalle reazioni dei mercati finanziari rispetto alle politiche dei Paesi siano (o appaiano) rigidi e in un certo senso obbligati, è discutibile che le conseguenti politiche si possano considerare improntate al principio di Giustizia. Non tutto ciò che è economicamente motivato o che è legale, con riferimento al diritto positivo, può essere considerato giusto sul piano etico, morale e dei rapporti sociali. Certamente la problematica non può essere

esaurita nello spazio di un editoriale, ma si ritiene opportuno sollevare il problema in un periodo nel quale sembra che, di fronte a reali o presunte valutazioni di razionalità economica, ogni altra considerazione debba perdere di valore o diventare irrilevante.

Per garantire la tutela della salute secondo il principio-valore di Giustizia è necessario che un sistema sia *Governato*. L'idea, anzi l'illusione, degli economisti liberisti secondo cui il mercato e la concorrenza producono effetti di «autoregolazione» si è rivelata fallace per molti beni e servizi e per molti settori di attività. Essa è tantomeno proponibile nel caso di un bene particolare e così importante qual è la tutela della salute. Pertanto, indipendentemente dal fatto che si sia in presenza di un modello di Servizio sanitario nazionale a copertura universale, o di un modello di sistema di tipo mutualistico volontario o obbligatorio, o di un modello basato su assicurazioni private integrato da programmi pubblici (come nel caso degli Stati Uniti), è necessario che vi sia una attiva azione di *Governo* da parte dei diversi livelli rappresentativi della sovranità. Si fa riferimento al livello di Stato federale e degli enti federali (Stati negli Usa e Brasile, Province in Canada, Lander in Germania, Cantoni in Svizzera), di Stato centrale e dei livelli infrastatali (Regioni in Italia, Province in Cina, ecc.) che devono definire piani sanitari, regole per il finanziamento e l'allocazione delle risorse, linee-guida e di indirizzo per i diversi soggetti pubblici e privati. L'azione di Governo, a sua volta, può essere attuata secondo due modelli logici, che sono bene espressi dall'uso di due termini inglesi. Il primo, *Government*, indica che la dinamica del sistema di tutela della salute è prevalentemente guidata tramite l'uso di poteri sovraordinati, di piani, indirizzi, linee-guida dettagliati e rigidi, controlli puntuali sul funzionamento dei diversi organismi che hanno funzioni e competenze nel campo della tutela della salute. Il secondo, *Governance*, consiste nella capacità di orientare i diversi soggetti del sistema, pubblici e privati, tramite piani, regole, linee-guida che definiscono gli obiettivi che si intendono raggiungere, le priorità, un insieme di incentivi/disincentivi. *Governance* significa anche proporre forme di controllo che non entrano nel merito dello svolgimento delle singole

attività, ma che vengono esercitate con riferimento al raggiungimento degli obiettivi in termini di risposta ai bisogni di salute, quantità e qualità dei servizi erogati, ecc. Nella logica di Government prevalgono le relazioni «dall'alto in basso»: per esempio, si definiscono gli equilibri finanziari compatibili con la situazione macroeconomica del Paese e da essi si fanno discendere indirizzi normativi che vincolano i comportamenti dei livelli di governo inferiore e il funzionamento degli enti che erogano prestazioni (ospedali, altre strutture di assistenza). Nei sistemi che si richiamano alla logica di Governance prevalgono le relazioni «dal basso verso l'alto», o almeno di tipo misto. Ciò significa ritenere che gli equilibri generali di sistema possano essere raggiunti solo se la maggior parte dei diversi soggetti che lo compongono (erogatori di servizi come sono le aziende sanitarie Asl e A.O., mutue, le assicurazioni private, i fondi integrativi) sono incentivati e sono in grado di migliorare il loro livello di appropriatezza, efficacia, efficienza, produttività. Oppure significa avere fiducia in un sistema «misto», nel quale le relazioni «dall'alto in basso» (piani, linee-guida, criteri di finanziamento) non sono rigide e dettagliate, ma sono tali da consentire alle unità di base del sistema di adeguare il proprio funzionamento alle specifiche condizioni in cui ognuna di esse opera. Un sistema complesso, quale deve considerarsi la tutela della salute, non può e non potrà mai essere governato secondo la logica di Government, a meno di non farlo diventare burocratico, intendendo per burocrazia non solo il vincolo di rispetto di norme giuridiche ma, in senso più lato, il rispetto di norme di comportamento economico anonime, standardizzate, non coerenti con la realtà che è differenziata.

La lettera I evoca molti concetti che ben si adattano al sistema di tutela della salute. Innanzitutto, l'*Interdipendenza* tra i fattori che determinano il buono stato di salute o l'emergere di patologie. Si tratta di stili di vita, condizioni dell'ambiente fisico (inquinamento e altro), condizioni familiari e dell'ambiente di lavoro che possono causare stress o traumi (si pensi agli incidenti di lavoro causati da condizioni psicofisiche alterate, nonché dalla mancanza di adeguati sistemi di sicurezza), di ferite da incidenti stradali che possono avere complicazioni

derivanti da malattie genetiche o di altro tipo (ad esempio diabete, immunodeficienza ecc.). L'interdipendenza riguarda anche il rapporto tra bisogno - domanda - offerta di servizi di tutela della salute. La mancanza di servizi di prevenzione può determinare malattie o diminuzione dello stato di salute, che a loro volta determineranno la richiesta (domanda) di servizi di diagnosi e cura. A sua volta, la presenza di strutture diagnostiche di un certo tipo può determinare la moltiplicazione di esami non necessari e, a volte, addirittura inappropriati e dannosi per la salute. L'Interdipendenza tra le diverse funzioni del corpo e della mente spesso viene dimenticata, sia nei processi diagnostici sia in quelli terapeutici. Infatti, la tendenza alla specializzazione determina spesso approcci secondo cui si fa la diagnosi e si cura una malattia, una funzione (respiratoria, cardiovascolare, neurologica ecc.) senza tener conto degli effetti su altri organi e altre funzioni, cioè senza avere presente la persona in senso olistico. Non di rado, si dimentica quanto previsto dall'art. 1 della legge 833/78 che definisce la salute come «benessere fisico, psichico (e si può aggiungere spirituale in senso religioso o laico) della persona».

Il concetto di Interdipendenza rimanda immediatamente a quello di *Integrazione*. La legge che ha introdotto il Ssn definiva le Unità sanitarie locali (in seguito divenute Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere, con i decreti 502/92 e 517/93), come «l'insieme dei presidi e dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione», in cui il concetto di *insieme* era chiaramente inteso come sistema coordinato e integrato di persone che operano in strutture in senso fisico (ospedali, ambulatori ospedalieri ed extraospedalieri, centri diagnostici, centri di medicina di comunità ecc.), svolgendo attività da considerarsi tra loro correlate. Il concetto di Integrazione deve poi essere esteso al rapporto tra Regione, da un lato, e Asl e A.O. regionali, dall'altro. Queste ultime devono essere considerate come entità giuridiche ed economiche dotate di autonomia amministrativa, gestionale, organizzativa, patrimoniale, di bilancio che, tuttavia, deve essere esercitata tenendo conto della integrazione con tutte le aziende del «sistema-regione». Per esempio, se l'applicazione dei sistemi di finanziamento sulla base di

Drg dovesse indurre aziende ospedaliere ad aumentare i volumi di ricoveri o a classificare in modo non appropriato i pazienti, con il solo (o principale) scopo di migliorare il risultato del proprio bilancio, con l'effetto di causare disavanzi nei bilanci delle aziende sanitarie e territoriali, si avrebbe il mancato rispetto del principio di Integrazione funzionale ed economica, con la conseguenza di un effetto complessivo negativo (numero di ricoveri non appropriati moltiplicato per i costi variabili effettivi di ognuno di essi). Il principio-criterio di Integrazione dovrebbe riguardare anche i rapporti tra Regioni e delle stesse con lo Stato centrale. Ciò dovrebbe indurre ad adottare politiche e decisioni che premiano alcune Regioni e penalizzino altre, a condizione che non si abbia un risultato complessivo negativo, per esempio aumento della spesa sanitaria totale.

Un carattere che diventa ogni giorno più importante nei sistemi di tutela della salute è quello della *Interculturalità*. Da sempre si sottolinea che il rapporto con la salute propria e quella degli altri è un elemento qualificante della cultura di una popolazione, elemento questo oggi reso ancor più forte dalle possibilità di mobilità delle persone, sia dei pazienti, sia di medici, infermieri, altri professionisti. Occorre tenere presente aspetti delle diverse culture quando si applicano metodi di diagnosi e cura a popolazioni diverse. Per esempio, in popolazioni nelle quali esiste un elevato tasso di analfabetismo, o comunque l'abitudine a seguire più il linguaggio delle immagini che non quello delle parole, le indicazioni riguardanti i farmaci devono far riferimento a figure, rappresentazioni grafiche o immagini più che a spiegazioni scritte (i famosi, o famigerati, bugiardini che peraltro sono illeggibili per chiunque). I processi di diagnosi e di cura in cui esse sono attuate non possono prescindere dal modo in cui, nelle diverse culture, è percepito il rapporto tra uomini e donne e il concetto di *privacy*. In realtà in cui vi è una larga presenza di medici, infermieri, ausiliari socio assistenziali (Asa) e operatori socio sanitari (Oss) e altre figure provenienti da altri Paesi, a volte esistono problemi di conoscenza di contenuti professionali (anche quando i titoli formali sono riconosciuti), di corretta comprensione della lingua e, quindi, delle prescrizioni o dei documenti di passaggio delle consegne da

un turno all'altro, di rapporti con i pazienti. Se questi problemi non sono affrontati in modo organico, si possono avere effetti non desiderati sul piano della sicurezza dei pazienti (per esempio somministrazione errata di farmaci, non rispetto degli orari) e delle relazioni interpersonali che si riflettono sulla qualità dell'assistenza. Poiché la cultura dominante negli ultimi decenni ha associato la qualità dell'assistenza alla presenza di strumenti sempre più sofisticati di diagnosi e cura, si sono diffusi tra gli operatori e le strutture comportamenti che portano alla richiesta di apparecchiature e attrezzature sempre più sofisticate, solo per motivi di prestigio e senza che vi siano reali effetti positivi sul piano della tutela della salute. Anche nei programmi di assistenza e cooperazione nei confronti di Paesi a basso livello di sviluppo, non di rado, vi è stata la tendenza a privilegiare ospedali e strutture con attrezzature sofisticate e a elevato costo, quando invece sarebbero state molto più utili strutture e attrezzature meno sofisticate, con più basso costo e, quindi, con la possibilità di una diffusione più capillare sul territorio.

Una fondamentale sfida che i sistemi di tutela della salute si trovano ad affrontare è quella del rapido cambiamento che caratterizza la società e l'economia. Nella società cambiano usi e costumi, atteggiamenti, comportamenti, relazioni, che si riflettono sulle condizioni di salute delle persone e di interi gruppi (si pensi ai rischi di pandemie o alle malattie trasmissibili per contatti di vario tipo e, in particolare, per rapporti sessuali). In molti Paesi, si hanno situazioni politiche e sociali quali conflitti, catastrofi naturali che provocano flussi di migliaia di migranti forzati spesso raccolti in campi nei quali si manifestano epidemie di vario tipo e malattie derivanti da malnutrizione, mancanza di accesso ad acque potabili ecc.

Negli ultimi anni, l'economia ha portato a situazioni di crisi e a situazioni di concentrazione della ricchezza, da un lato, e di aumento della povertà, dall'altro, a cui sono collegate rispettivamente «le malattie dei ricchi» e le «malattie indotte dalla povertà» (per esempio, anche in molti Paesi occidentali sono aumentate le malattie di bambini e adolescenti che vivono in condizioni di malnutrizione o di cattive condizioni igieniche delle abitazioni e degli ambienti in

cui vivono usualmente). I sistemi di tutela della salute, nella componente pubblica, privata, *non profit*, non possono più seguire la logica dell'*Inerzia* che determina evoluzioni prevedibili e lineari. Esistono numerose tipologie di *Inerzia*, che a loro volta si autoalimentano: quella *professionale*, di chi tende a ripetere approcci al paziente consolidati dall'esperienza; quella *organizzativa*, connessa al fatto che, in presenza di strutture architettoniche costruite pensando ai ricoveri, si tenderà a privilegiare il ricovero dei pazienti a danno di soluzioni quali *day hospital*, ambulatoriale, ecc. Quella *funzionale*, secondo la quale, di fronte a modelli del passato basati sulla distinzione, e non di rado netta separazione, tra l'assistenza ospedaliera, specialistica extraospedaliera, di base garantita dai medici di medicina generale (Mmg), diventa difficile introdurre modelli di continuità delle cure o che fanno riferimento a percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (di fronte alla distinzione/separazione delle strutture di offerta diventa difficile, se non impossibile, realizzare una appropriata, efficiente, economica assistenza di pazienti cronici e lungodegenti); quella *economica*, quando a fronte del contenimento del finanziamento o un suo aumento inadeguato rispetto all'aumento dei bisogni e delle conoscenze che consentono di rispondere a bisogni sempre più estesi e complessi, prevalgono politiche di semplice razionalizzazione (che comunque rappresenta un aspetto positivo) quando non addirittura di riduzione dei servizi (che rappresenta indubbiamente una *Inerzia* negativa).

Le dinamiche del sistema che rispondono al principio di *Inerzia* possono essere ridotte o modificate strutturalmente tramite la diffusione nel sistema dell'*Innovazione* che può assumere diversi contenuti. In primo luogo si tratta di *Innovazione* delle *conoscenze*, consentita dalla ricerca sviluppata non solo nelle università o nei centri di ricerca biomedica o correlata alla salute, ma anche nei luoghi di assistenza, come avviene quando metodiche di diagnosi, cura e riabilitazione passano, dai laboratori o dagli ambiti di sperimentazione, alla diffusione in contesti nei quali non sono garantite condizioni «ottimali». *Innovazione* significa, infatti, scoprire «qualcosa di nuovo», ma anche «capacità di adattare qualcosa (nel caso specifico meto-

diche di diagnosi cura e riabilitazione) a differenti condizioni». Si tratta anche di *Innovazione professionale*, che significa capacità di far emergere nuovi profili assistenziali con competenze di tipo interdisciplinari attuando, se necessario, coerenti politiche di formazione e riqualificazione del personale. Spesso le persone non accettano il nuovo poiché hanno paura di non essere in grado di svolgere nuovi compiti e nuove funzioni e di non essere all'altezza delle responsabilità che ne deriverebbero. Politiche di assunzione e di formazione che riducono tali timori possono favorire l'accettazione del cambiamento. Non bisogna, poi, dimenticare l'*Innovazione* sul piano delle *strutture fisiche* (ad esempio, ospedali progettati per un'organizzazione secondo il principio della intensità di cure, con un'attività di ricovero ridotta e un'ampia attività di tipo territoriale, con spazi adeguati anche per momenti di relazioni con i parenti) e delle strutture organizzative (ad esempio organizzazione a rete, con nodi di assistenza con diverso grado di specializzazione), dei sistemi tramite cui si «fanno girare» le informazioni e le certificazioni invece che i pazienti (ad esempio diagnosi a distanza e, più in generale, telemedicina e teleassistenza, consultazione via internet degli esiti di accertamenti diagnostici, ecc.). Infine, bisogna considerare l'*Innovazione* sul piano *funzionale*, che significa, da un lato, utilizzazione delle persone in rapporto alle proprie competenze e alle finalità di garantire l'appropriatezza, la sicurezza per i pazienti e l'efficienza per le aziende e, dall'altro, cercare di «costruire contenuti di lavoro e di responsabilità» idonei a tenere elevato i livelli di motivazione e di identificazione delle persone con l'azienda (*organizational engagement and commitment*).

Non va poi dimenticato che non può esistere *Innovazione* senza che vi sia uno spirito imprenditoriale diffuso a vari livelli. Le teorie economiche e manageriali classiche hanno collegato il termine di *Imprenditorialità* alla attività di imprese mosse dalle finalità di profitto, dimenticando che la natura di tale concetto deve essere riferita alla capacità di precedere e anticipare esigenze del futuro, alla disponibilità ad assumere un rischio per prepararsi a dare risposte a tali esigenze (non necessariamente il rischio deve essere di tipo

economico, ma può riguardare il rischio professionale e la progressione economica delle persone), alla capacità di organizzare molteplici risorse per svolgere attività complesse. Anticipazione del futuro, orientamento al rischio, competenze e capacità di organizzare attività complesse sono presenti in misura massiccia nelle funzioni di tutela della salute a vari livelli. Ne consegue che deve cadere un altro concetto delle teorie classiche che collegava l'Imprenditorialità alla proprietà alle funzioni di vertice di imprese e, in generale, di organizzazioni complesse (*top management*). Per seguire e alimentare l'Innovazione vi deve essere Imprenditorialità diffusa anche ai livelli organizzativi intermedi e operativi, in quanto la direzione di un dipartimento, di una unità operativa complessa o semplice, di un'azienda sanitaria o di un'azienda ospedaliera, la gestione di un blocco operatorio, l'assistenza a una persona portatrice di malattie cronico-degenerative richiede un crescente contenuto di Impren-

ditorialità intesa come nuove modalità per risolvere un problema.

In conclusione, si può ricordare che il rapporto tra Inerzia e Innovazione non sempre produce effetti di carattere positivo o stabilizzante. Di fronte a vincoli di carattere finanziario, a condizioni politico istituzionali negative, all'indebolimento di valori professionali (per esempio deontologia medica) ed etici (rispetto della dignità della persona umana), si può determinare una *Involuzione* del sistema. Ciò significa che diritti e livelli di assistenza acquisiti non sono più garantiti o non sono garantiti in senso universalistico. Quindi, il dibattito sulle politiche di copertura universale non riguarda solo il tema di come diffondere la tutela di un livello di salute soddisfacente per tutta la popolazione in Paesi in cui tale diritto non è riconosciuto, ma riguarda sempre più il problema simmetrico di come evitare che la copertura assistenziale diminuisca per parti rilevanti di popolazioni, che in passato godevano e forse ancor oggi godono di tale diritto.

Dai livelli essenziali ai livelli effettivi di assistenza

Il termine di LEA (livelli essenziali di assistenza) è diventato da alcuni anni di uso corrente nel dibattito sui sistemi di tutela della salute. Non solo, ma quello di LES (livelli essenziali di servizi) si va diffondendo rapidamente in molti settori di servizi di pubblico interesse o di pubblica utilità (dalla erogazione di gas, acqua ed elettricità, ai servizi sociali, ai trasporti, ecc.), ossia per quei bisogni di cui la comunità ha deciso di «darsi carico» in virtù di valori di progresso e di tutela della persona in quanto tale.

Il concetto di *livelli essenziali* si è diffuso prevalentemente in correlazione alla necessità di controllare l'espansione della spesa pubblica per la sanità e per gli altri settori cui esso è stato esteso o, per essere più precisi, per garantire la compatibilità tra livello del finanziamento pubblico e livello della spesa. Con riferimento alla tutela della salute, si può ricordare che vi è stata una prima fase in cui l'affermazione di tale diritto era stata interpretata in senso lato e assoluto (garantire a *tutti* i cittadini *tutti* i servizi che le conoscenze e le buone pratiche assistenziali, consentivano per cercare di «recuperare, mantenere, promuovere il benessere fisico e psichico delle persone» (art. 1 della legge 833/78). In una seconda fase anche la Suprema Corte ha sentenziato che tale diritto, in astratto assoluto, in concreto trova un limite *oggettivo* nella disponibilità delle risorse.

Tuttavia, l'accentuazione dell'aspetto economico dei LEA, della loro funzione di garantire la compatibilità economica tra l'affermazione di un diritto e la concreta possibilità della comunità di garantirlo, appare riduttiva. Vi sono almeno altre tre dimensioni che è opportuno sottolineare.

1. *La natura del rapporto tra individuo e istituzione.* Infatti le istituzioni, in generale

e pubbliche in particolare, rappresentano un «sistema di regole e di garanzie» finalizzato a non lasciare l'individuo o le forme primarie di organizzazione sociale, quali sono le famiglie, di fronte ad eventi, come quello della perdita della salute, che non sono in grado di affrontare da soli, o che potrebbero affrontare con gravi difficoltà e rinunciando a molti altri bisogni rilevanti per la persona.

Sul piano storico, sociologico, giuridico e culturale, il rapporto individui e istituzioni solleva due problemi di fondo:

a) le regole delle istituzioni devono essere tali da non «annullare» l'identità e le libertà essenziali delle persone (e delle forme associative liberamente scelte): in questa direzione si sono mosse le critiche alle forme di organizzazione sociale derivate dallo strutturalismo economico e sociale quali quelle rappresentate dagli Stati del «socialismo reale» o delle «democrazie popolari»;

b) gli individui, da parte loro, non devono considerare le istituzioni come «entità astratte» da cui attendersi comunque risposte ai propri bisogni identificati come «diritti giuridici»: non deve diffondersi, cioè, la cultura delle istituzioni che deresponsabilizzano gli individui, e le forme di organizzazione spontanea di collaborazione sociale, che possono contribuire «a far funzionare» le istituzioni.

Il concetto di *livello essenziale di assistenza (di servizi)* rappresenta pertanto una modalità operativa per stabilire il punto di equilibrio, che può cambiare nel tempo, tra livello di responsabilità dei singoli e delle forme di autorganizzazione sociale, e livello di responsabilità delle istituzioni.

2. Ciò introduce alla seconda dimensione, *quella della evoluzione da una concezione istituzionale di servizio pubblico ad una concezione funzionale*, che è poi la conce-

zione originaria delle società semplici. In effetti, nello «Stato di diritto», l'affermazione che un certo bisogno dovesse considerarsi «pubblico» o di «interesse pubblico», aveva portato alla considerazione semplificatoria, e semplicistica, secondo cui la risposta a tali bisogni dovesse essere garantita dall'intervento diretto delle istituzioni pubbliche.

Ciò tramite politiche di raccolta dei tributi e redistribuzione della ricchezza (nel caso della funzione equitativa) o tramite la produzione e l'erogazione diretta dei servizi. Stabilire che la tutela della salute, ovviamente nell'ambito delle conoscenze disponibili, è un «diritto della persona», dichiarare che la comunità «organizzata istituzionalmente» deve impegnarsi a garantire che tale bisogno sia soddisfatto, non significa affermare che esso *debba essere* soddisfatto direttamente dall'amministrazione pubblica, ma che essa si impegna a stabilire regole, indirizzi e efficaci controlli tali da garantire che i bisogni siano soddisfatti, seppure con modalità diverse. In questo quadro vi sono due processi essenziali:

a) quello derivante dal principio della *sussidiarietà orizzontale* secondo cui gli individui e la società sono liberi di rispondere ai propri bisogni, salvo l'intervento «dei sistemi sociali di ordine superiore» (le istituzioni di diverso livello) quando la complessità dei bisogni o altri vincoli impediscono una autonoma risposta;

b) quello delle varie forme di delimitazione dell'intervento delle istituzioni pubbliche, tra le quali vanno elencati appunto i *livelli essenziali*: l'amministrazione pubblica *esplicita* qual è il livello di bisogno che è garantito uniformemente alla popolazione, lasciando poi la libertà di soddisfare livelli più elevati, dando priorità a questi bisogni rispetto ad altri, o lasciando anche la libertà di rinunciare a tali livelli, nei Paesi nei quali è consentita «l'uscita dal sistema di tutela pubblica».

Definire livelli essenziali, significa consentire che altri soggetti, privati *for profit*, *non profit*, misti pubblico-privato, intervengano con fondi e assicurazioni integrative e potenzialmente o parzialmente sostitutive (nei Paesi nei quali ciò è consentito e favorito anche sul piano fiscale) non solo nell'erogazione dei servizi, ma anche

nel finanziamento della spesa. Tra l'altro i livelli essenziali possono essere modificati in rapporto alla capacità del sistema sociale di autorganizzarsi per dare risposta a quel bisogno. Se tale capacità aumenta, le istituzioni pubbliche possono ridurre l'estensione della copertura tramite i livelli essenziali. Se tale capacità diminuisce, le istituzioni pubbliche dovrebbero garantire una estensione della copertura. Facendo riferimento alla realtà odierna si può dire che nei Paesi nei quali la tutela della salute non è in alcun modo garantita, occorre operare affinché si introducano livelli essenziali e questi siano gradualmente ampliati in relazione allo sviluppo economico e al progresso civile. Nei Paesi progrediti, al contrario, i livelli essenziali di assistenza possono essere ridotti, eventualmente differenziandoli per classi di reddito e per aree territoriali (come, ad esempio, consentito in Italia dalla razionalizzazione del sistema) o per altre caratteristiche.

3. La terza dimensione *considera i livelli essenziali come strumento per gestire il decentramento e il federalismo*. Infatti decentramento e federalismo implicano *strutturalmente* il riconoscimento e l'accettazione di differenze. La definizione dei livelli essenziali di assistenza consente, infatti:

a) di riconoscere e valorizzare le differenze positive, legate a differenti scelte di priorità delle Regioni o a diversi livelli di efficienza, in quanto consente ad ognuna di destinare ulteriori risorse al settore della tutela della salute, se considera questo bisogno prioritario rispetto ad altri (destinando al suo finanziamento risorse proprie), o di raggiungere i livelli essenziali con minori risorse (in caso di politiche dell'offerta razionali e di gestioni efficienti);

b) di creare stimoli al superamento delle differenze negative derivanti da inefficienze dei sistemi regionali di tutela della salute, poiché spinge gli organi di governo ad eliminare tali inefficienze, per non dover «pagare il costo politico» di livelli assistenziali inferiori rispetto a quelli di altre Regioni.

Va peraltro sottolineato che l'uso dello strumento livelli essenziali di assistenza (di servizi) al fine di affermare l'appartenenza ad un sistema unitario e di mettere in evidenza l'autonomia e la responsabilità dei livelli istituzionali intermedi (Regioni per

le politiche sanitarie e aziende sanitarie per i livelli di efficienza gestionale) è condizionato/subordinato a due elementi «tecnici» che non sempre sono rispettati adeguatamente:

a) che siano definiti «livelli assistenziali», ossia di risposta ai bisogni e non «livelli di prestazioni garantite», poiché se si definiscono le prestazioni si corre il rischio, da un lato, di consentire l'erogazione di prestazioni inutili o inappropriate, dall'altro, di porre *standard* di prestazioni che non consentono di soddisfare bisogni reali;

b) che il finanziamento sia effettivamente correlato ai livelli essenziali garantiti: si fa riferimento sia ai trasferimenti finanziari dallo Stato alle Regioni (a fronte dei livelli essenziali stabiliti a livello nazionale), sia ai trasferimenti dalle Regioni alle aziende sanitarie (a fronte dei livelli essenziali stabiliti dalle Regioni stesse).

Si tratta di due condizioni di natura «tecnica», ma che hanno rilevanti riflessi politico-istituzionali. Sul piano della politica sanitaria, definire i livelli essenziali in termini di *prestazioni garantite gratuitamente* e non in termini di situazioni di salute su cui intervenire, significa orientare le scelte verso il modello assistenziale che privilegia la cosiddetta «medicina prestazionale» (diagnosi, cura e in parte riabilitazione) rispetto alla «tutela della salute» (che privilegia la prevenzione e, in altri casi, forme di assistenza non esplicitamente previste nell'ambito delle prestazioni garantite). Sul piano *politico in senso lato*, l'eventuale sottostima dei trasferimenti dal livello superiore a quello inferiore (Stato verso le Regioni e Regioni verso le aziende sanitarie) «sposta» il livello della responsabilità per l'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi di salute e per la copertura del disavanzo a consuntivo in caso di maggiori spese effettive. Sul piano *istituzionale* si crea lo spazio per forme di relazioni che possono privilegiare:

a) il modello «negoziale», tentato senza eccessivo successo con l'accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001, ma che potrebbe (e, a parere di chi scrive, dovrebbe) essere ritentato sulla base di informazioni o previsioni più solide;

b) il modello di conflittualità interistituzionale, che si traduce nel tentativo di «far

ricadere su altri livelli di governo la responsabilità del mancato raggiungimento degli obiettivi di salute o di equilibrio economico» senza un equivalente impegno nella ricerca di soluzioni più soddisfacenti per i cittadini-pazienti (qualità dei servizi) e per il sistema (equilibrio economico).

Esiste, peraltro, un aspetto di ordine generale su cui si ritiene utile richiamare l'attenzione. Si discute molto di livelli essenziali di assistenza, sulla compatibilità di tale concetto con quello di sistema di tutela della salute «generalizzato» o «residuale», sulle implicazioni nel rapporto pubblico-privato, sugli eventuali effetti sul livello di equità o di parità (sostanziale e non formale) di trattamento dei cittadini. Limitata, e solo indiretta, attenzione ad una distinzione più rilevante sul piano concreto tra:

— LEAP (livelli essenziali di assistenza programmata);

— LEAC (livelli effettivi di assistenza controllata).

Tale classificazione intende sottolineare i seguenti elementi. Il concetto di *essenziale* è un concetto comunque «astratto» che dipende sia da elementi oggettivi (esempio prestazioni che salvano la vita o eliminano patologie gravemente invalidanti da essere considerate essenziali), sia da valutazioni soggettive e legate alla cultura (condizioni di salute che per alcuni sono considerate rilevanti, e quindi essenziali, per altre persone possono essere considerate meno rilevanti, e quindi non essenziali), sia da valutazioni di ordine economico (certi livelli di salute possono essere considerati essenziali, ma si ritiene che essi possano essere soddisfatti autonomamente dalla totalità, o dalla grande maggioranza della popolazione). Esso va valutato in relazione ai concetti di *minimo garantito* dall'intervento pubblico, di contenuto e estensione del *diritto sancito* per legge, di *coerenza con la concezione di benessere fisico e psichico* dominante in una società.

Il secondo concetto, livelli effettivi, sottolinea come il cittadino-paziente sia interessato ad avere prestazioni e servizi idonei a garantire una *effettiva* risposta alle proprie esigenze di salute e non tanto alle dichiarazioni, magari tradotte in leggi o in piani sanitari, sui livelli di assistenza che lo Stato o la

Regione «si impegna formalmente a garantire».

Esso è invece un concetto concreto, immediatamente percepibile dalle persone, confrontabile con la quantità, qualità e altre condizioni di erogazione dei servizi (esempio code o liste d'attesa) garantite da altre aziende sanitarie e da altre Regioni.

Negoziare, concordare, decidere, programmare certi livelli assistenziali è sicuramente importante perché consente di individuare obiettivi, motivare persone (singole o operanti nell'ambito di strutture di offerta), incentivare e responsabilizzare. Tuttavia, si ritiene che sia ancor più importante spostare il dibattito, e quel che più conta l'impegno, sul fronte dei processi di controllo delle politiche e della gestione per migliorare i livelli quali-quantitativi di assistenza effettivamente erogati. Ciò significa intervenire sull'innovazione delle metodiche assistenziali e tecnologiche, sull'organizzazione del lavoro (per attuare più elevati livelli di efficienza), sulla motivazione e la valorizzazione delle persone (tramite riconoscimenti sul piano economico, e non solo economico, del merito e della professionalità).

Il passaggio dal concetto di LEAP, livelli essenziali di assistenza programmati, a quello di LEAC, livelli effettivi di assistenza controllati, consente di porre in modo assai diverso rispetto all'attuale dibattito, il tema della gestione del decentramento alle Regioni, delle politiche e degli interventi di tipo perequativo, del decentramento/federalismo coniugato con la *sussidiarietà istituzionale*. Il processo di decentramento/federalismo potrà, infatti,

essere compatibile con il mantenimento del modello del sistema nazionale di tutela della salute e potrà essere «sostenibile» sul piano sociale, non perché vi sarà un fondo o interventi perequativi di carattere «finanziario», ma solo se vi sarà la diffusione e la perequazione della capacità effettiva delle Regioni e delle aziende sanitarie di elevare i propri livelli di qualità della salute, efficacia nella risposta ai bisogni dei pazienti, efficienza nell'impiego delle risorse, economicità della gestione intesa come capacità di mantenere un fisiologico equilibrio nel lungo periodo tra spesa e finanziamenti ottenuti da varie fonti.

La vera sussidiarietà istituzionale di tipo *orizzontale* (tra Regioni) o *verticale* (dello Stato nei confronti delle Regioni) si realizza trasferendo conoscenze, professionalità e capacità di tipo tecnico-professionale, manageriale e di formulazione-attuazione di politiche tali da:

a) consentire alle Regioni/aree nelle quali i livelli effettivi sono già vicini a quelli essenziali programmati di ridurre ulteriormente l'eventuale divario;

b) aiutare le Regioni in cui, per molteplici ragioni che in questo editoriale non è possibile ricordare, il divario tra LEAP e LEAC è molto ampio, a creare le condizioni per ridurre progressivamente ma significativamente il divario stesso.

Solo in questo modo si potrà affermare che il processo di decentramento/federalismo sarà stato utile per riconoscere e valorizzare le differenze positive delle varie aree del Paese e non avrà portato all'abbandono del sistema nazionale di tutela della salute.

Revenue e spending review in sanità

Come si possono modificare i palinsesti delle trasmissioni televisive in occasione di eventi straordinari, allo stesso modo si ritiene opportuno sospendere la trattazione de «L'alfabeto della sanità» per affrontare due temi che, anche se mai sopiti, in questi mesi sono ritornati di stretta attualità e lo saranno ancor di più nel prossimo futuro.

Si fa riferimento al tema del previsto aumento delle entrate da compartecipazione dei pazienti (o, più in generale, dei cittadini) che nel 2014 dovrebbero passare a sei miliardi di euro dagli attuali quattro (come indicato dalla manovra finanziaria del luglio 2011) e a quello della analisi e della valutazione della spesa finalizzate a eliminare sprechi e inefficienze. Il termine di moda usato è quello di *spending review* che dovrebbe (e il condizionale è d'obbligo) sostituire i tagli lineari, fino a oggi criticati da tutti, ma, poi, applicati da tutti i governi per la loro semplicità. A questo termine si può aggiungere quello di *revenue review* per segnalare che esiste anche una indiscutibile necessità di pensare a qualche soluzione innovativa per aumentare il finanziamento o per ridurre la quota del bilancio pubblico destinata al Fns.

Si ritiene di partire dal secondo tema, in quanto esso ha recentemente suscitato alcune proposte che hanno lo scopo di evitare i classici interventi sui ticket e sulle esenzioni di cui si conoscono vantaggi e limiti, sia sul piano teorico che su quello operativo. Una proposta che ha avviato un acceso dibattito, ma anche suscitato molte perplessità tra i responsabili delle politiche di tutela della salute a livello nazionale e regionale, oltre che tra gli studiosi del settore, è quella della «franchigia». A metà maggio il ministro Balduzzi ha lanciato l'idea, non è dato sapere se a seguito di specifiche analisi in

tavoli tecnici ristretti o, semplicemente, come *ballon d'essai*, ma in ogni caso non si hanno documenti articolati a disposizione (a meno che questi non escano nel periodo che intercorre tra la stesura di questo editoriale e la sua pubblicazione).

In sintesi, la proposta consisterebbe nel prevedere per ogni cittadino (o nucleo familiare?) un certo ammontare definito in termini di percentuale di reddito sulle persone fisiche, simile a un «castelletto» di conto corrente, cui sia possibile attingere quando il cittadino richiede le prestazioni.

Concretamente il cittadino sarebbe dotato di una apposita carta sanitaria, provvista di un *chip* elettronico, nella quale verrebbe registrato il ticket pagato in occasione delle prestazioni. Secondo alcune analisi non pubblicate, condotte all'interno di Agenas, tale nuovo ticket dovrebbe essere definito nell'ordine del 50% delle prestazioni ma, una volta raggiunto l'ammontare della franchigia, il cittadino godrebbe gratuitamente delle prestazioni. Per esempio, un cittadino con un reddito di ventimila euro potrebbe ipoteticamente disporre di una franchigia pari a cento euro e, quindi, dovrebbe pagare il 50% delle prestazioni (esami diagnostici, farmaci, ecc.) fino a tale soglia, godendo gratuitamente di tutte le prestazioni cui ricorresse dopo tale livello.

Le principali argomentazioni a favore di questa proposta possono essere riassunte nei seguenti termini.

Viene riaffermato e consolidato il principio della copertura universale. Viene mantenuto anche il principio di equità nella partecipazione al cofinanziamento della spesa per la tutela della salute, in quanto la franchigia sarebbe correlata al reddito: nel concreto sarà necessario definire se l'ammontare della franchigia debba essere uguale

per tutti o progressiva sulla base del reddito o, secondo altri, regressiva per tener conto del fatto che le persone dotate di elevati redditi sono tendenzialmente anche quelle che si servono in misura maggiore di fondi integrativi e di assicurazioni private che riducono il loro ricorso alle prestazioni del Ssn.

Altre considerazioni favorevoli sono quelle che considerano come così si eviti un incremento del ticket in misura non sostenibile per le persone che hanno bassi redditi ed elevati fabbisogni di tipo sanitario (anziani, persone con patologie croniche, ecc.) e, al tempo stesso, si riduca la complessità relativa alla determinazione dei ticket e alla selva di esenzioni, nonché le distorsioni che sono a essa collegate (già ora, per un certo numero di prestazioni, il costo delle stesse è inferiore al ticket, per cui il cittadino trova più conveniente il ricorso al pagamento diretto presso strutture private). Ciò rischia di portare verso un sistema sanitario nazionale che non garantirebbe la copertura sanitaria per tutti, ma solo per i più poveri a seguito di una fuoriuscita volontaria dal sistema dei più abbienti per una parte non irrilevante di prestazioni.

Le principali argomentazioni contrarie sono state presentate in modo esteso da Nerina Dirindin in un contributo del 15 maggio su *Lavoce.info* e possono essere sintetizzate come segue.

La franchigia si configura come una addizionale sull'Irpef. Essa non risolve il problema dell'equità, anzi lo accentuerebbe, in quanto i cittadini che oggi usufruiscono della esenzione sarebbero chiamati a contribuire, seppure in misura ridotta. Inoltre, le difficoltà operative derivanti dalla sostituzione delle attuali carte sanitarie con quelle dotate di un *microchip* e la dotazione dei punti di erogazione con strumenti idonei a registrare e a leggere i dati inseriti nelle carte sanitarie determinerebbero costi elevati e forse addirittura superiori ai ricavi previsti. Ancora, una franchigia nell'ordine di quella prevista (3-5 per mille) non consentirebbe di raggiungere l'obiettivo dei due miliardi di euro di maggiori entrate previste e, se dovesse essere applicata, logicamente richiederebbe di sostituire anche l'attuale sistema di ticket che genera circa quattro miliardi di entrate, ciò per non avere un sistema misto

che accumula le complessità e gli svantaggi di entrambi. Infine, data l'attuale situazione riguardante il sistema di accertamento dei redditi, si determinerebbe un effetto regressivo, se si considera che dalle più recenti statistiche pubblicate dalla Agenzia delle entrate molte categorie di liberi professionisti, di lavoratori autonomi, di imprenditori denunciano redditi inferiori ai lavoratori dipendenti e, in alcuni casi, a certe categorie di pensionati non certo «di lusso».

Sia coloro che si dichiarano favorevoli alla revisione del sistema dei ticket, sia coloro che propendono per la franchigia sottolineano che, per funzionare bene, entrambe le soluzioni richiederebbero, da un lato, una rigorosa politica di revisione del sistema di accertamento dei redditi al fine di eliminare le palesi e inique distorsioni attuali, da un altro lato, più decisi interventi per responsabilizzare i medici sulla appropriatezza delle prescrizioni di accertamenti, da un altro ancora, interventi di riorganizzazione e razionalizzazione per ridurre i costi dei servizi e, quindi, il bisogno di ricorrere al cofinanziamento da parte dei pazienti.

Lungi dal volere aggiungere altre argomentazioni a favore dell'una o dell'altra soluzione, in questa sede, si intende contribuire al dibattito con alcune ulteriori considerazioni.

Innanzitutto, appare velleitario pensare di impedire o ridurre il ricorso a prestazioni private (che favoriscono indubbiamente coloro che hanno redditi più elevati) tramite un sistema di ticket o di franchigie che, di fatto, si configurano come «prezzi amministrati». L'evoluzione delle tecnologie, delle modalità organizzative e delle strategie dei privati modificano in tempi rapidi i prezzi delle prestazioni da essi erogate che, quindi, non possono essere seguiti in tempo reale dalla modifica dei ticket o del tetto massimo della franchigia. Per esempio, la diffusione di politiche di *low cost* applicate da gruppi privati che operano nel settore sanitario può essere tale da rendere conveniente l'uscita dal Ssn per certe fasce di prestazioni. Il sistema di prezzi di mercato delle prestazioni è per sua definizione dinamico, mentre il sistema dei prezzi amministrati è statico e rappresenta un punto di riferimento rispetto al quale il sistema privato può definire, secondo proprie convenienze, i prezzi.

In secondo luogo, il principio della copertura universale non può e non deve essere considerato in astratto, ma in relazione alle concrete condizioni sociali ed economiche. Non si ritiene che esso venga meno quando una parte della popolazione, quella che ha redditi più elevati, decide di non avvalersi delle prestazioni del Sistema sanitario nazionale e ricorre a prestazioni pagate privatamente, purché sia mantenuto il diritto di avere le prestazioni necessarie (i livelli essenziali di assistenza) anche alle persone dotate di redditi bassi e a quelle che hanno più elevati bisogni assistenziali. La tesi secondo cui verrebbe meno il principio di equità quando una parte della popolazione può permettersi consumi, nel caso specifico servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, che altri non possono permettersi è, per certi aspetti, ideologica (senza voler attribuire un connotato necessariamente negativo a questo termine), in quanto non tiene conto del fatto che la diversità di reddito e le scelte di sua utilizzazione dipendono dalla autonomia degli individui. Redditi più alti delle persone, infatti, possono dipendere da maggiori capacità professionali e imprenditoriali, da un maggiore impegno sul lavoro, da patrimoni ottenuti senza merito, da comportamenti speculativi o illeciti. Le differenze dovute ai primi due comportamenti sono sicuramente da accettare e, anche, da stimolare in una società che vuole progredire. Le differenze dovute a condizioni favorevoli ereditate possono essere discutibili, sono tuttavia sicuramente lecite e, semmai, devono essere affrontate in sede di sistema di tassazione: è corretto, equo, funzionale che patrimoni siano tassati in occasione di loro trasferimento (per esempio, nel caso di successioni ed eredità) oppure ciò rischia di avere effetti negativi sull'economia e sulla società?

Situazioni in cui vi sia ricchezza accumulata non per merito o, addirittura, a seguito di comportamenti illeciti (per esempio, con l'evasione fiscale) devono e possono essere combattute in altra sede e con altri strumenti, non certo con i ticket o le franchigie per prestazioni sanitarie. Inoltre, non esiste nessuna ragione per impedire o scoraggiare le persone e le famiglie che hanno più elevati redditi ottenuti per merito di utilizzare parte di questo reddito per il ricorso a prestazioni sanitarie private, anziché servirsene

per consumi d'altro genere, come le proprie vacanze, l'abbigliamento di qualità, i generi di lusso, la cultura, ecc. Le basi del Sistema sanitario nazionale a copertura universale sono il finanziamento tramite tassazione e la garanzia di livelli essenziali di assistenza (Lea) per tutti i cittadini. Se i Lea non sono garantiti perché a livello di allocazione del bilancio statale non viene destinata al Ssn una quota sufficiente del gettito fiscale o perché il sistema presenta bassi livelli di efficienza (fattori che generano, per esempio, tempi lunghi di attesa per certe prestazioni), la soluzione non consiste nel cercare di ridurre la possibilità di ricorrere a prestazioni private da parte di chi può permetterselo sul piano economico, ma è quella di ripensare alle priorità nell'allocazione della spesa pubblica e nell'aumento dell'efficienza del sistema. L'universalità del sistema non è garantita dal fatto che tutti siano trattati nello modo, anche quando ciò voglia dire bassi livelli di assistenza, ma dal fatto che *tutti* possano accedere ai suoi livelli essenziali e che *qualcuno* possa avere ulteriori prestazioni, purché sia in grado di sostenerle.

Anche l'argomentazione secondo cui il progressivo maggior ricorso a prestazioni private determinerebbe l'evoluzione verso un «sistema di sanità residuale per i poveri o i gruppi disagiati» appare astratta. Infatti, il ricorso a prestazioni private di per sé non determina l'aumento della spesa totale per il Sistema sanitario nazionale. Potrebbe determinare un aumento del «costo unitario delle prestazioni» nel caso di capacità assistenziale «non utilizzata» (riduzione del tasso di occupazione dei posti-letto o del tasso di utilizzazione di altri servizi), ma la riduzione della spesa totale dovuta al mancato sostenimento dei «costi variabili» delle prestazioni. Sostenere che la «fuga dal Sistema sanitario nazionale» a causa del ticket possa essere bloccata con il sistema delle franchigie rischia di rivelarsi (e per chi scrive così è) una pia illusione, in quanto, come si è argomentato in precedenza, essa dipende dalle politiche dei prezzi applicati per le prestazioni dei privati.

Una ulteriore considerazione riguarda il «chi deve pagare». Sia con il sistema del ticket sia con quello della franchigia l'assunto di base è che a pagare debbano essere coloro che ricorrono alle prestazioni. Ciò per

due ordini di motivi, il primo per determinare un «effetto disincentivante» per prestazioni inappropriate, il secondo per ottenere entrate in tempi rapidi e certi, con quella che viene definita e criticata come motivazione di «pura cassa». La prima motivazione è largamente accettata in termini di principio, anche se poi vi è una divaricazione tra le posizioni di coloro che attribuiscono la volontà/non volontà o la capacità/non capacità di ridurre prestazioni non appropriate prevalentemente ai medici e coloro che ritengono, invece, che anche il paziente abbia un certo livello di responsabilità nell'indurre prestazioni non appropriate (per esempio, nel caso di farmaci non utilizzati o di cambiamento del medico di base quando questi non si presti a prescrivere accertamenti e farmaci che considera superflui). Peraltro, esiste una larga convergenza da parte degli studiosi nel rilevare che l'effetto disincentivante è stato nullo, o comunque limitato, e che la principale motivazione del ricorso al ticket negli ultimi anni sia stata proprio quella «del fare cassa» con modalità immediate e semplici, con una logica che esula dalle ragioni che dovrebbero presiedere le scelte del Sistema sanitario nazionale.

In termini più moderni, il tema deve essere quindi riformulato come ricerca delle vie e delle forme per «estrarre valore» dall'intero settore che ruota attorno al bisogno di salute. Nessuno, infatti, può negare che alcuni dei soggetti privati presenti nel sistema di offerta sono in grado di ottenere profitti elevati sia per capacità imprenditoriale propria, sia perché possono sfruttare posizioni di rendita o situazioni determinate da inefficienze del sistema pubblico, a volte provocate o alimentate da chi ha convenienza a dirottare sul privato parte della domanda. Altri ottengono profitti elevati poiché sono in grado di far leva su persone ipocondriache o che, comunque, sono disposte a pagare direttamente o tramite assicurazioni private prestazioni non necessarie (per esempio, ecografie per conoscere il sesso dei nascituri i altri accertamenti ogni qualvolta che si manifesti qualche dolore considerato sospetto). Condizione quest'ultima che è stata fortemente accentuata dal fatto che molti cittadini, avendo accesso alla rete, vengono in possesso di informazioni su sintomi e su manifestazioni di patologie varie senza avere

la capacità di interpretare questi sintomi. Vi sono alcune indagini che dimostrerebbero un aumento rapido del numero di cittadini che ricorrono all'autodiagnosi e anche all'autoprescrizione tramite la rete o siti di cui nessuno ha potuto verificare e controllare l'affidabilità e la correttezza. Quanti sono i medici che, di fronte a un cittadino che si presenta con la richiesta di effettuare accertamenti perché teme di soffrire di una determinata malattia o solo perché vuole essere tranquillizzato, hanno il coraggio e la volontà di negare la prescrizione e trovano il tempo per informare correttamente il paziente?

Inoltre, esistono anche molte imprese fornitrici di beni e servizi al sistema di tutela della salute che possono conseguire elevati profitti sia in relazione al reale «alto valore aggiunto» (ipotesi positiva), sia in relazione a situazioni di monopolio o a rendite di posizione di altro tipo (situazioni non illecite ma comunque non legate a una reale professionalità e imprenditorialità). Perché non pensare a forme di «estrazione del valore» da queste situazioni attraverso interventi analoghi alla tanto discussa *Tobin tax* sulle transazioni finanziarie che creano solo valore virtuale e non valore reale? Non vorremmo che qualcuno dei soggetti privati sopra richiamati interpretasse questa proposta come «interferenza sulle logiche di mercato», né come posizione ideologica negativa nei confronti del privato. Si tratta, infatti, di una ipotesi basata su un ragionamento economico molto semplice e concreto: se, a seguito delle difficoltà delle finanze pubbliche, che spingono a introdurre o ad aumentare ticket e ad applicare franchigie, oppure a seguito dell'indiscutibile impoverimento di larghe fasce di popolazione (l'effetto schiacciamento dei ceti medi provocato dalla crisi sistemica) si riduce la domanda complessiva di prestazioni sanitarie e, quindi, il «volume d'affari» complessivo del settore che ruota attorno al bisogno di salute, tutti i soggetti (pubblici e privati) che fanno parte del settore subiscono effetti negativi in tempi brevi.

Un altro modo per «estrarre valore» dal sistema è quello di utilizzare al meglio il recupero di risorse perseguito con la *spending review*. Di fronte a una spesa pari al 7,1 % del Pil per il finanziamento pubblico della tutela della salute e al 9,5%, come finanziamento totale pubblico e privato, – percen-

tuali inferiori ai Paesi con i quali l'Italia si confronta, quali Francia, Germania, UK, Giappone, Canada, per non parlare degli Usa, in cui la percentuale di spesa totale è del 17,4 % del Pil –, non sembra ragionevole sul piano economico ridurre ulteriormente le risorse destinate a tutelare un bisogno definito come «diritto umano» dall'Onu e come «diritto sociale del cittadino» dalla Costituzione italiana. Certamente, vi sono sprechi che vanno combattuti, ma deve ritenersi che vi siano sprechi anche in altri Paesi, dato che gli indicatori di speranza di vita collocano l'Italia al terzo posto nella graduatoria positiva e gli indicatori di mortalità e morbilità segnalano una buona qualità dell'assistenza, paragonabile a quella dei Paesi sopraccitati e anche ai Paesi scandinavi, sempre portati a modello di buona amministrazione e di corretti comportamenti sociali. Inoltre, esistono sprechi in molti settori dell'economia italiana, non solo nella componente pubblica, ma anche in quella privata. Al cittadino medio potrebbe venire spontanea una domanda: perché quando si tratta di «far cassa» oltre che incidere sulla benzina o su altri beni di consumo (si veda l'aumento dell'Iva) si colpisce un settore fondamentale per la qualità della vita quale è la tutela della salute, garantito da un sistema che, pur con tutti i suoi difetti, parecchi Paesi del mondo ci invidiano?

Si faccia quindi la *spending review* del Ssn, la si faccia in modo rigoroso e, se è concesso un suggerimento ai competenti organi, coinvolgendo chi conosce realmente il sistema e non tramite consulenti o esperti che improvvisano interventi efficaci solo nelle loro intenzioni e nei loro modelli che poi si riveleranno (e la previsione non è difficile) inefficaci, quando addirittura non controproducenti. Ma si utilizzino i risparmi della spesa corrente ottenuta con

la *spending review* non per ridurre ulteriormente la quota di spesa pubblica e privata destinata al settore, bensì per finanziare interventi finalizzati ad alimentare il processo di sviluppo che tutti invocano, ultimamente anche nei numerosi vertici e nelle frequenti teleconferenze a livello europeo e dei «grandi del mondo». Infatti, chi si preoccupa dello sviluppo, dopo essersi preoccupato del rigore e della fiducia da dare ai mercati finanziari (che peraltro sembrano non accontentarsi mai), dovrebbe ricordare che la parte dell'economia che ruota attorno ai bisogni di salute ha in sé un enorme potenziale di sviluppo. Si tratta di un settore a elevata intensità di lavoro (aspetto determinante se si vuole generare sviluppo collegato a maggiore occupazione ed evitare la crescita senza occupazione) e a elevata intensità di ricerca, innovazione, conoscenze, fattori che qualificano l'economia post industriale e qualcuno aggiunge post-moderna o post-crisi. Anche le imprese dei settori dell'indotto, oltre al farmaceutico, quello dei *device*, delle apparecchiature e delle attrezzature mediche, delle tecnologie ICT applicate alla diagnosi, cura e riabilitazione, dei materiali biocompatibili, della bioingegneria, ecc. sono a elevata intensità di lavoro, di ricerca, di innovazione, di conoscenze (*labour and brain intensive*). Sarebbe utile evitare che, dopo la logica di fatto dei «due tempi», prima il rigore e poi la crescita, si persegua anche una via dei «due tempi», prima la lotta agli sprechi e poi la ricerca di investimenti a sostegno dello sviluppo. Reinvestire i risparmi agli sprechi nel Ssn in politiche di sviluppo della qualità e dei livelli di assistenza attuali e futuri (tramite investimenti in conto capitale e nella ricerca) è sicuramente la scelta migliore per tutti e sicuramente utile a dare fiducia ai pazienti e all'intera popolazione.

Salute e benessere tra principi e pragmatismo

Nella seconda metà – e soprattutto nell’ultimo quarto del secolo scorso – il dibattito sulla tutela della salute è stato concentrato prevalentemente sugli aspetti di principio. La salute, infatti, è diventata uno dei «diritti» garantiti ai cittadini nel modello di *welfare state* introdotto da Beveridge in Gran Bretagna subito dopo la seconda guerra mondiale e in Italia con l’istituzione nel 1978 del Ssn. Da parte sua, nello stesso anno, l’Oms (Organizzazione mondiale della sanità) aveva lanciato ad Alma Ata la nota dichiarazione «Salute per tutti nell’anno 2000» che, purtroppo, non ha avuto gli esiti sperati. Il contenuto di questa dichiarazione è stato poi ripreso dall’Onu nell’ambito della *Millennium Declaration* con il programma del *Millennium Development Goal*, in cui la tutela della salute è uno degli otto obiettivi da perseguire entro il 2015 per il quale sono definiti indicatori puntuali, specifici e misurabili.

Specialmente gli anni Ottanta e Novanta sono stati poi caratterizzati, non tanto nel nostro Paese quanto a livello internazionale, dal confronto e spesso contrapposizione dei principi della «copertura universale» (modello dei servizi sanitari nazionali) e della «copertura individuale» (tramite assicurazioni private) o di «gruppi definiti» (tramite mutue o casse). In Italia, un effetto di questa contrapposizione è stato l’introduzione (con la legge 229/99) dei «fondi integrativi», che potevano godere di trattamento fiscale privilegiato solo nel caso prevedessero un’assistenza aggiuntiva a quella garantita dal Ssn. Ovviamente, poiché le assicurazioni possono definire polizze solo specificando il tipo di assistenza e valutando l’incidenza prevista delle prestazioni da erogare, tali fondi integrativi non sono stati attivati, poiché vi era una differenza tra i livelli essenziali di assi-

stenza (Lea) specificati per legge, e quelli effettivamente erogati nelle diverse Regioni. Nelle Regioni a elevata funzionalità del Ssn vi era scarsa convenienza da parte di aziende, assicurazioni e cittadini a istituire e ad aderire a fondi che non godevano di trattamento fiscale di vantaggio. Nelle Regioni meno efficienti, l’istituzione e l’adesione a questi fondi sono state ulteriormente disincantate dalla necessità di coprire bisogni di salute non garantiti dalle istituzioni.

Anche a livello internazionale, la questione di principio ha prevalso sia a livello teorico sia a livello di politiche. Numerosi sono stati i contributi sui vantaggi e i limiti dei modelli di Ssn a copertura universale, basati su mutue di categorie o su fondi aziendali, su assicurazioni private, fondi e mutue integrate da programmi pubblici per gruppi deboli della popolazione, ad esempio *Medicaid* e *Medicare* negli Usa. Numerose sono state anche le indagini empiriche finalizzate a dimostrare che la quota del reddito destinato alla tutela della salute è crescente negli anni in relazione alla crescita del Pil. Altre ricerche hanno avuto l’obiettivo di stimare il livello di spesa per prestazioni inappropriate, ossia non correlate a effettivi bisogni di salute. La maggior parte di queste indagini empiriche aveva lo scopo di sostenere le differenti impostazioni teoriche e/o di principio. Alla «questione di principio» va ascritto anche il fallimento, a metà degli anni Novanta, della proposta di riforma sostenuta da Hillary Clinton, fortemente contrastata dalle *lobby* delle assicurazioni, dei medici, dei fornitori di farmaci e di tecnologie mediche, che facevano leva sulle preoccupazioni dell’opinione pubblica statunitense per ogni forma di intervento pubblico, che veniva considerata come riduzione delle libertà individuali.

Già a partire dagli anni Novanta, ma in modo sempre più accentuato nel primo decennio del XXI secolo, gli aspetti di principio hanno lasciato progressivamente spazio a impostazioni maggiormente caratterizzate da aspetti pragmatici. Nei Paesi caratterizzati da Ssn le crescenti difficoltà della finanza pubblica hanno contribuito al progressivo superamento della contrapposizione tra pubblico e privato e della concezione secondo cui non era opportuno applicare ticket o altre forme di compartecipazione degli individui alla spesa, poiché la tutela della salute era un diritto di cittadinanza. Alla questione di principio sintetizzata dallo slogan-messaggio secondo cui «la tutela della salute non ha prezzo», si è sostituita progressivamente l'accettazione a tutti i livelli del concetto sintetizzato dalla locuzione secondo cui «la tutela della salute può non avere un prezzo per il singolo individuo, ma comunque ha sempre un costo per la collettività». Sono note ai lettori di *Mecosan* le conseguenze di questa evoluzione, che ha portato all'introduzione nel nostro Paese con i D.L.vo 502/92 e 517/93 del modello aziendale e delle conseguenti logiche di competizione più o meno spinta nei diversi contesti regionali e di separazione tra acquirenti dei servizi di tutela della salute (le aziende sanitarie territoriali) e i produttori di prestazioni e servizi sanitari (ospedali pubblici e privati accreditati, laboratori e centri diagnostici, altre strutture di offerta).

Meno nota è l'evoluzione in senso pragmatico che si è avuta negli Usa prima del recente dibattito sulla riforma sanitaria fortemente voluta dal Presidente Obama. Questa evoluzione è stata recentemente portata all'attenzione del mondo manageriale e, indirettamente, dell'opinione pubblica da alcuni scritti tra i quali si richiama il libro di Michael Porter *Redefining Competition in Health Care Reform*, nel quale si sostiene che il sistema di tutela della salute è eccessivamente costoso in rapporto ai benefici che produce. Ciò è dovuto, secondo il guru internazionale del management, sostenitore degli effetti positivi della competizione, al fatto che la logica delle assicurazioni private privilegia le prestazioni di diagnosi e cura in strutture specializzate a elevata intensità di tecnologie (cure) rispetto alla logica di

prevenzione e di appropriata assistenza al di fuori di strutture specializzate (care).

Questa logica pragmatica, che ha consentito al Presidente Obama di fare approvare la riforma sanitaria ora contestata e rimessa in discussione dal partito repubblicano, che ha ottenuto la maggioranza al Congresso, è stata evidenziata anche da numerose ricerche dell'ultimo decennio che non avevano lo scopo di dimostrare la superiorità di un modello di tutela della salute rispetto a un altro, ma che hanno messo in evidenza come un numero rilevante di cittadini statunitensi non aveva avuto accesso o aveva dovuto rinunciare per motivi di reddito (in quanto non in grado di pagare una assicurazione) a cure essenziali per la propria salute. Altre ricerche, che avevano lo scopo di valutare le cause della perdita di competitività delle imprese Usa rispetto a quelle cinesi e di altri Paesi, hanno messo in evidenza come uno dei fattori rilevanti di tale fenomeno era ed è costituito dall'elevata incidenza del costo delle assicurazioni sanitarie aziendali sul costo del lavoro. Nei primi anni del nuovo decennio tali analisi sulla competitività hanno suggerito interventi finalizzati a ridurre la copertura sanitaria e, in alcuni casi, a escluderla con gravi effetti negativi per i lavoratori.

Una politica ben diversa, che si colloca nel filone della logica pragmatica, è quella presentata nell'articolo «Qual è l'effettivo ritorno dei programmi di benessere per i dipendenti?» di L. Berry, A.M. Mirabito e W.B. Baum, uscito nell'ultimo numero dell'edizione italiana della rivista *Harvard Business Review*. In esso vengono presentati i risultati di una ricerca sui programmi di benessere adottati da dieci grandi imprese statunitensi: Biltmore - Ospitalità e turismo; Chevron - Energia; Comporium - Comunicazioni; Healthwise - Pubblicazione di informazioni sanitarie; H-E-B - Grande distribuzione alimentare; Johnson&Johnson - Prodotti per l'assistenza sanitaria; Lowe's - Fai da te; MD Anderson Cancer Center - Assistenza sanitaria; Nelnet - *Education* in campo finanziario; SAS Institute - *Software*. La logica pragmatica è evidenziata innanzitutto dalle finalità di questi programmi aziendali, ben evidenziati dal paragrafo iniziale in cui si legge: «A partire dal 1995, la percentuale di dipendenti della Johnson &

Johnson che fumano è diminuita di oltre due terzi. È diminuito – di oltre il 50% – anche il numero di quelli che hanno la pressione alta o non fanno esercizio fisico. È una gran bella cosa, naturalmente, ma dovrebbe interessare ai manager? Sì, perché oggi sappiamo che un investimento ampio e strategicamente studiato nel benessere sociale, mentale e fisico dei dipendenti rende molto. I dirigenti della J&J stimano che, nei dieci anni scorsi, questi programmi abbiano fatto risparmiare complessivamente all'azienda 250 milioni di dollari sui costi di assistenza sanitaria; tra il 2002 e il 2008, il ritorno è stato di 2,71 dollari per ogni dollaro investito». Appare evidente la tipica impostazione aziendale secondo cui la ragione che giustifica il programma è quella del «rendimento» per l'azienda, pari a 2,71 dollari per ogni dollaro investito. Sulla stessa linea si collocano i risultati dell'indagine, riportata nello stesso articolo, condotta presso un'altra azienda del campione non specificata dai due medici R. Milan e C. Lavie su un campione di 185 lavoratori e relativi coniugi che, senza avere sintomi espliciti di patologie cardiache, sono stati sottoposti a riabilitazione cardiaca e a mirati esercizi di *fitness*. «Tra quelli classificati ad alto rischio (in termini di peso, pressione sanguigna, ansia e altri parametri) all'inizio dell'indagine, il 57% erano diventati a basso rischio alla fine del programma semestrale. Inoltre, i costi di assistenza sanitaria (prestazioni di diagnosi e cura) erano scesi di 1.421 dollari per partecipante rispetto all'anno prima, mentre il gruppo di controllo (lavoratori con le stesse caratteristiche non sottoposti al programma) non ha mostrato alcun miglioramento su questi parametri. Ogni dollaro investito nell'intervento ha generato sei dollari di risparmi sui costi sanitari».

Si sottolinea che in entrambi i casi viene evidenziato l'effetto in termini di riduzione dei costi per l'impresa. Inoltre, vengono introdotti, secondo una logica pragmatica, due concetti che nei decenni precedenti erano stati a lungo dibattuti in termini di principio, suscitando spesso diverse correnti di pensiero che si contrapponevano con toni accesi (come accade frequentemente quando si affrontano aspetti di principio) in convegni, congressi, workshop, seminari di studio: quello della prevenzione e quello dell'ampliamento del concetto di «benessere fisico

e psichico delle persone», contenuto nell'art. 1 della legge 883/78, che si estende anche a servizi di *fitness* e *wellness*. La rilevanza della prevenzione è stata sottolineata anche dalle politiche adottate da MD Anderson Cancer Center che «ha creato un'unità di prevenzione delle malattie e degli infortuni all'interno del reparto salute e benessere dei dipendenti, gestita da un medico e da un'infermiera responsabile del programma. Nel giro di sei anni, i giorni di lavoro persi sono diminuiti dell'80% e i giorni di produttività ridotta per motivi di salute sono diminuiti del 64%. I risparmi, calcolati moltiplicando i giorni recuperati per la paga media, ammontavano a 1,5 milioni di dollari, e i premi di assicurazione contro le malattie dei dipendenti sono scesi del 50%». Per inciso, si evidenzia come nell'unità di prevenzione si abbia una presenza «integrata» di diverse professionalità, quella del medico e quella dell'infermiera, la cui presenza non è di carattere subordinato ma complementare. Il richiamo pragmatico all'importanza della prevenzione viene evidenziato anche da un altro caso citato nello studio, che peraltro rispecchia la situazione di molte altre aziende, non solo statunitensi. Infatti, «l'investimento effettuato inizialmente in benessere da Nelnet ha irritato i dipendenti. Il senior management ha inaspettatamente imposto dei *check-up* per sensibilizzare i lavoratori sui rischi per la salute. Non essendo pronti ad affrontare degli argomenti così personali e diffidando delle motivazioni addotte dall'azienda, i dipendenti si sono tirati indietro. Allora l'azienda ha ingaggiato alcuni esperti di promozione del benessere e ha sviluppato una strategia complessiva di lungo termine in questo campo. Oggi enfatizza la comunicazione preventiva e spiegazioni chiare per lasciare ai dipendenti il tempo di fare domande e di prepararsi al cambiamento. E i dipendenti hanno recepito la cultura salutistica di Nelnet: il 90% di essi partecipa alla valutazione dei rischi per la salute (HRA), e quasi tre quarti di loro si impegnano in attività di fitness e ricerca del benessere». Questo esempio dovrebbe insegnare molto a coloro che pensano di imporre per legge interventi di prevenzione o a direttori generali e responsabili della prevenzione di aziende sanitarie che decidono piani e programmi calati dall'alto, salvo poi

ricercare le cause di quella che viene definita «mancata *compliance*» di destinatari di programmi definiti «così utili» secondo il loro pensiero o secondo i «sacri testi» sulla prevenzione. Forse potrebbe essere molto più efficace, e probabilmente anche meno costoso, fare leggi o approvare piani nazionali, regionali, aziendali che pongano le grandi linee di intervento in tema di prevenzione e formare medici, psicologi, infermieri e altre professionalità che si mettano in atteggiamento di ascolto nei confronti dei diversi gruppi di popolazione. Ci si collocherebbe anche nella prospettiva dello «snellimento» delle amministrazioni pubbliche, in questo caso del Ssn, sempre evocato e poco applicato.

Per quanto riguarda l'estensione del concetto di tutela della salute, nell'articolo viene sottolineato come «il benessere non si riduce unicamente alla forma fisica. La depressione e lo stress, in particolare, si sono dimostrati fonti decisive di perdita della produttività. I gestori dei programmi di benessere devono ragionare in una prospettiva che va oltre la dieta e l'esercizio fisico. La Biltmore, per esempio, offre un servizio di assistenza religiosa (aconfessionale), in funzione 24 ore su 24, che assiste i dipendenti e i loro familiari in caso di divorzio, gravi malattie, lutti, problemi con i figli e cura dei genitori anziani. I suoi servizi sono confidenziali, gratuiti e volontari. Gli assistenti incontrano i clienti dappertutto, dalla loro abitazione a una camera ardente, a un punto vendita Starbucks». Questo modo di affrontare il problema dovrebbe far riflettere di fronte a una società in cui sono sempre più numerosi i casi di suicidi o di stragi familiari, compiute da persone che hanno perso il posto di lavoro, o sottoposte a stress da ipercompetizione ed entrate in depressione, di fronte a cui parenti, vicini e conoscenti affermano: «Si trattava di persone tranquille e nulla lasciava presagire atti così tragici e disperati». Una società nella quale la rapidità dei cambiamenti sottopone le persone all'esigenza di adattamenti che non di rado le trova impreparate, le nuove tecnologie portano a rendere sempre meno chiari i confini tra lavoro e riposo (si pensi a *i-phone*, *i-pad* che consentono/obbligano a restare continuamente in collegamento con l'ufficio) e la competizione globale trasforma certezze

in estrema incertezza, richiede di affrontare i problemi della salute in termini di benessere integrato. Mentre negli anni Settanta e Ottanta si è consolidato il passaggio dal concetto di salute come lotta alle malattie a quello di salute come recupero, mantenimento e promozione del benessere fisico e psichico, oggi è richiesto di andare ancora oltre e di considerare globalmente la condizione fisica, psichica, psicologica, sociale e relazionale delle persone.

Più rischiosa, si consenta il bisticcio di parole, è la logica pragmatica con cui sono affrontati i temi dei rischi collegati alla salute. Infatti, nell'esperienza statunitense sono sempre più frequenti i programmi di valutazione online dei rischi per la salute dei dipendenti (*Health Risk Assessment - HRA*) che combinano «un'indagine sullo stile di vita con test biometrici come la pressione arteriosa, la colesterolemia, la glicemia e l'indice di massa corporea. Le caratteristiche dello stile di vita (livelli di stress, attività fisica, abitudini alimentari, uso di tabacco e alcol, e altri comportamenti che incidono sulla salute) vengono spesso combinate con i dati biometrici per calcolare il livello di rischio sanitario, ossia «l'età reale». Queste informazioni vengono discusse riservatamente con ciascun partecipante per aiutarlo a rilevare i progressi compiuti sul piano del benessere e, quando il caso lo richiede, fornirgli assistenza in aree come la nutrizione. I dipendenti possono spesso sottoporsi ai test biometrici presso i servizi sanitari dell'azienda. Le imprese sono tenute per legge a tenere riservate le informazioni sulla salute dei singoli dipendenti, ma i manager possono ricevere dati aggregati che identificano le categorie più a rischio e documentano i cambiamenti intervenuti nelle condizioni di salute della forza lavoro». In questo caso viene messo in evidenza come i risultati dei programmi aziendali di miglioramento della salute interagiscono con aspetti di tutela della privacy e divieto per le imprese di attuare politiche di discriminazione dei lavoratori. Si tratta di due diritti individuali che sono riconosciuti sia dalla costituzione statunitense sia da quella italiana, ma che trovano attuazione in modo assai diverso. Si pensi alle rilevanti sanzioni, di tipo pecuniario e penale, che negli Usa vengono comminate alle imprese che non rispettano i

diritti individuali alla privacy e a non essere discriminati per motivi religiosi, di orientamento sessuale e di altro tipo, compresi gli stili di vita che hanno riflessi sui rischi sanitari. Al contrario in Italia informazioni di carattere privato divengono di dominio pubblico tramite i media, anche quando coperte da segreto istruttorio. Qualora anche nel nostro Paese si diffondesse la prassi di fondi aziendali integrativi e si attivassero iniziative simili a quella appena riportata, i rischi di un uso «strumentale» delle informazioni sulle problematiche di salute potrebbero essere assai più elevati e le sanzioni meno disincentivanti, anche a seguito della lentezza della giustizia. Inoltre, se è difficile convincere i dipendenti di imprese a sottoporsi a programmi di valutazione del rischio di salute, è ancor più difficile cercare di convincere una popolazione eterogenea di un territorio a sottoporsi a programmi di valutazione del rischio o di prevenzione.

Alcuni anni fa mi aveva piacevolmente e simpaticamente sorpreso l'affermazione di uno dei più noti docenti di sanità pubblica italiani, il professor Gaetano Maria Fara, il quale sosteneva che «noi sbagliamo completamente l'approccio quando proponiamo agli anziani di fare esercizio fisico o suggeriamo rigorose diete che comportano sacrifici per ridurre i rischi sanitari. Sarebbe molto meglio incentivare gli anziani a dedicarsi al ballo, a coloro a cui piace, che comporta un esercizio fisico piacevole, organizzare attività sportive per adulti che hanno una tendenza a essere sedentari, ingaggiare cuochi famosi che presentano in trasmissioni televisive a elevata audience prelibati piatti preparati con ingredienti dietetici». Invece di consigliare diete, consiglieremmo piatti che possono diventare «alla moda» e quindi diffondersi in più ampi strati della popolazione. Tra l'altro, alcuni di questi piatti possono essere preparati non solo con ingredienti a basso contenuto calorico, ma anche a più basso costo, il che non nuoce in periodi di crisi economica. In questa linea si colloca anche l'esperienza di aziende Usa che mettono al primo posto «il principio del piacere nelle iniziative di benessere: per esempio, il *Wellness Day 2009* di Healthwise - intitolato *Joy, Play, Spirit*, che includeva una gara di quadriglia; *Step It Up* di Lowe's, una camminata competitiva di dieci chilometri in cui i dipendenti

ricevono un pedometro e un contapassi e la cui campagna del primo anno opponeva i dipendenti al senior management; il centro ricreativo di SAS, che mette a disposizione una grande piscina dove, a detta del direttore Jack Poll, i dipendenti possono fare tutto quello che fanno fuori dall'acqua, come giocare a basket, lacrosse e frisbee. È un'autentica palestra acquatica».

La logica pragmatica che accomuna Servizi sanitari nazionali diffusi in Europa e sistemi sanitari basati sulle assicurazioni private e su programmi aziendali è quella che fa riferimento all'aspetto di qualità. Si tratta dell'adozione di metodi di *benchmarking* che mettono a confronto le «buone» o «migliori» pratiche o dell'introduzione di «premi» o «riconoscimenti» per le migliori aziende sanitarie locali o aziende ospedaliere per quanto riguarda la qualità dei servizi, la soddisfazione dei pazienti, il rapporto benefici-costi. Queste iniziative possono stimolare l'orgoglio, il coinvolgimento, il senso di identità di medici, infermieri e altri professionisti e manager, esattamente come accade negli Usa per i programmi aziendali di tutela della salute che ricevono prestigiosi riconoscimenti a livello nazionale e internazionale. Nell'articolo di L. Berry, A.M. Mirabito e W. B. Baum viene citato il caso della MD Anderson, che è diventata la prima organizzazione di assistenza sanitaria a ottenere il massimo accreditamento dalla *CEO Roundtable on Cancer*. In entrambi i modelli l'efficacia nell'introdurre programmi di qualità dipende dal fatto che essi diventano parte integrante della strategia delle aziende sanitarie locali e/o ospedaliere (nel caso di Ssn) o delle imprese (nel caso di sistemi privati di tipo assicurativo). Inoltre, la motivazione e il coinvolgimento attivo del personale (nel caso di Ssn) e dei dipendenti (nel caso di sistemi privati di tipo assicurativo) dipende dal diretto coinvolgimento dei vertici aziendali. Negli Usa molti dei programmi di tutela della salute hanno cominciato a funzionare positivamente quando il CEO o i massimi dirigenti hanno aderito alle iniziative, dimostrando che esse erano importanti per l'impresa. Evidentemente non possono che essere controproducenti gli atteggiamenti di qualche DG o alto dirigente di aziende sanitarie e/o ospedaliere che, magari in termini provocatori nei confronti di medici, infer-

mieri e altro personale delle proprie aziende o esasperato da resistenze a proposte finalizzate a ridurre sprechi, inefficienze e inapproprietezze, si è lasciato scappare affermazioni del tipo: «In caso avessi problemi di salute, mi guarderei bene dal farmi curare in questa azienda».

L'approccio pragmatico ai problemi di tutela della salute può essere sintetizzato nei seguenti termini: «di necessità occorre fare virtù» o, se si vuole, «più che il dovere può l'interesse». Nel primo caso si tratta della necessità di contenimento della spesa pubblica per i Paesi con Ssn e di recupero di competitività tramite la riduzione dei costi correlata a minori premi assicurativi per le imprese che adottano efficaci programmi

sanitari nei Paesi non dotati di Ssn. Nel secondo caso, l'interesse è inteso come concreta possibilità di realizzare un diritto nei Paesi con Ssn o come realizzazione di un vantaggio competitivo nei confronti di altre imprese nei Paesi non dotati di Ssn. Le considerazioni svolte non intendono certo suggerire l'abbandono del confronto sui principi, ma suggeriscono piuttosto un percorso evolutivo dei diversi sistemi, nei quali gli aspetti di principio (affermazione della salute come diritto della persona) e gli aspetti pragmatici (come realizzare concretamente tale diritto) trovano una combinazione che tenga conto della storia, della cultura, della legislazione, dei valori, dei comportamenti individuali e sociali di ogni Paese.



Aims & scope della Rivista

Rivista accreditata AIDEA

Mecosan is the premier quarterly journal in Italy in the field of healthcare management. Its mission is to improve the understanding of how healthcare organizations and systems function and to promote the diffusion of good managerial practices at all levels.

In order to pursue its mission, the journal draws together and learns from different academic disciplines (economics, statistics, medicine, sociology and law), although its conceptual roots are firmly grounded in the Italian approach to managerial studies. Considering the role of the public sector in healthcare systems, public management and administration research is a relevant basis for contributions.

Mecosan aims at providing a forum for sharing the results of rigorous and relevant research, case studies and practical experiences in healthcare so that managerial practices can be influenced and improved. The target audience includes academics, researchers, consultants and practitioners. Contributions from different academic disciplines and professional experiences on managerial themes in the field of healthcare organizations are welcome. Authors can submit conceptual articles, original empirical works, theoretical overviews or reviews, or articles on good practices. All submissions will be comprehensively refereed by at least two anonymous reviewers according to internationally accepted standards. *Mecosan* considers reviewing to be a developmental process aimed at improving the quality of individual papers rather than a mere process of selection.

The journal also welcomes papers from non Italian authors written in English.

Mecosan è una rivista trimestrale di saggi e ricerche, documenti e commenti per il governo manageriale della sanità. La sua missione è di contribuire ad una migliore comprensione del funzionamento dei sistemi e delle aziende sanitarie e di promuovere la diffusione delle buone pratiche manageriali a tutti i livelli, nel settore pubblico e nel privato.

Per realizzare la sua missione la rivista *Mecosan* accoglie contributi di campi disciplinari diversi (economia, statistica, medicina, sociologia e scienze giuridiche) sebbene le sue radici disciplinari siano chiaramente riferibili alla Economia Aziendale. Considerando il ruolo del settore pubblico nei sistemi sanitari la ricerca sul funzionamento delle aziende e delle amministrazioni pubbliche rappresenta un punto di riferimento rilevante per i contributi.

Mecosan intende rappresentare un luogo per la condivisione dei risultati di rilevanti e rigorose ricerche, casi di studio ed esperienze nel campo della sanità affinché le pratiche manageriali possano essere influenzate e migliorate. Il pubblico di riferimento include accademici, ricercatori, dirigenti del S.s.n., consulenti e operatori della sanità.

Sono benvenuti contributi su temi manageriali nel campo delle aziende e dei sistemi sanitari provenienti da differenti campi disciplinari ed esperienze professionali. Gli autori possono inoltrare saggi teorici, lavori empirici originali, rassegne di letteratura, articoli su buone pratiche manageriali. Tutti i materiali pervenuti saranno sottoposti ad un processo di referaggio di almeno due referee anonimi secondo gli standard internazionali comunemente accettati. *Mecosan* considera il referaggio come un processo finalizzato al miglioramento della qualità dei contributi piuttosto che un mero processo di selezione.

La rivista accetta anche contributi di autori non italiani o scritti in inglese, sulla base delle norme editoriali pubblicate in altra parte della rivista.

DIREZIONE

00197 Roma - Viale Parioli, 77 - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386
Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

REDAZIONE

Università Bocconi - Cergas - 20136 Milano - Via Röntgen, 1
E-mail: mecosan@unibocconi.it

ABBONAMENTI

Per abbonarsi a *Mecosan* per l'anno 2013 versare l'importo di € 360,00 mediante c.c.p. n. 72902000 intestato a SIPIS - Roma o inviare assegno circolare o bancario, non trasferibile, intestato a SIPIS s.r.l. - Roma o bonifico bancario (Banca Intesa San Paolo di Roma IBAN: IT 37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM). Prezzo di una copia € 99,00

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del R.o.c. Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

Fotocomposta da SIPIS srl

Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700

Spedita in abbonamento postale, art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)

Società editrice: SIPIS - www.sipis.it

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopie la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57; fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Claii, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.