

Prefazione

di Elio Borgonovi e Rosanna Tarricone

Anche se ormai tutti gli anni sono caratterizzati da elementi da considerare in un certo senso anomali, non lineari e anche non prevedibili, il Rapporto OASI 2012 cade in un anno del tutto particolare. Infatti, non solo è proseguita la politica di misure per il contenimento della spesa, accompagnate dalla ormai usuale indicazione di «razionalizzazione senza riduzione dei livelli assistenziali», ma sono intervenuti il provvedimento sulla «*spending review*» e il Decreto Legge sulla razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria, che qualcuno si è affrettato a definire la quarta riforma del SSN dopo la legge 833/78, i decreti lgs. 502/92 e 517/93, il decreto lgs. 229/99.

Con riferimento alla legge 135/2012 di conversione del D.L. 95/2012 (denominato appunto «*spending review*»), è stato introdotto il principio secondo cui occorre intervenire sulla spesa pubblica in modo selettivo e non con tagli o tetti lineari, ossia uguali per tutti gli enti di una stessa tipologia (ad es. comuni, province, regioni, singoli ministeri, ecc.). Tuttavia, a livello nazionale tale principio può essere enunciato e applicato solo in misura assai ridotta, ad esempio tramite tabelle di spesa autorizzata per enti pubblici di ricerca o altri enti che fanno riferimento direttamente allo stato, oppure per sotto categorie, quali ad es. i tagli differenziati per comuni o province che sono sopra o sotto la media della spesa nazionale o pro capite. La vera *spending review* può essere fatta solo tramite interventi operati all'interno dei singoli soggetti giuridici ed economici che esercitano le funzioni (ad es servizi demografici, servizi sociali, pianificazione territoriale per i comuni, interventi nel campo dei trasporti, dell'artigianato, ecc. per le regioni) o che producono ed erogano servizi, nel caso della tutela della salute le aziende sanitarie territoriali e le aziende ospedaliere.

Il governo ha dato indicazioni sui criteri da seguire per la *spending review*, quali possono essere considerati il tetto sui posti letto, la possibilità di rivedere i contratti già stipulati qualora contengano condizioni non in linea con le migliori offerte del mercato, acquisti centralizzati di beni e servizi per ridurre la spesa complessiva di tali fattori (*public procurement*), la riconferma del tetto alla spesa

farmaceutica (sia convenzionata che in ospedale), i tetti alla spesa per tecnologie mediche. Tuttavia, spetta alle regioni applicare questi indirizzi, riconfigurando il sistema di offerta, ossia ridefinendo eventualmente le aziende sanitarie e sicuramente procedendo alla chiusura o trasformazione di presidi che non rispondono a criteri di sicurezza per i pazienti o a criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza gestionale, e alla revisione del numero di unità organizzative semplici o complesse autorizzate con le rispettive dotazioni di posti letto e di personale medico e non medico.

A nessuno sfugge che in questa fase storica le regioni appaiono fortemente delegittimate: la Sicilia a ottobre è stata costretta al voto anticipato e ha interrotto (si spera solo temporaneamente) un significativo ed efficace processo di risanamento; Lazio e Lombardia – travolte dagli scandali – hanno dovuto sciogliere i rispettivi consigli ed andare ad elezioni anticipate nei primi mesi del 2013. È opportuno sottolineare come il contesto politico, sociale ed economico esterno condizioni fortemente le dinamiche del sistema di tutela della salute. I vincoli derivanti dal forte indebitamento pubblico del Paese e dal suo basso tasso di crescita (riduzione di oltre il 6% del PIL dal 2008) hanno determinato politiche di contenimento della spesa per la tutela della salute, che pare appare non elevata (anzi inferiore) se comparata con i livelli di spesa (pubblica, privata e complessiva) dei Paesi OCSE con i quali si confronta il nostro Paese. Il 7,1-7,3% di spesa pubblica per la sanità andrebbe peraltro confrontata con il 5,7-5,8% di spesa per interessi sul debito pubblico, il che indubbiamente deve far riflettere sull'impatto che le politiche pubbliche del passato hanno sulle generazioni presenti e su quelle future, di cui molti oggi dichiarano di volersi preoccupare. Peraltro, di necessità occorre fare virtù e tutti coloro che hanno responsabilità a diversi livelli nel SSN sono chiamati a compiere uno «sforzo straordinario», non solo in termini di razionalizzazione del sistema, ma anche in termini di ricerca di soluzioni innovative.

Il XIII Rapporto OASI si propone di dare un aiuto a questa «sfida» che una parte rilevante del sistema di welfare del nostro Paese (quello di tutela della salute) deve affrontare, avendo le capacità e gli strumenti per vincerla. L'aggiornamento sui dati strutturali e sulla composizione della spesa della Parte I evidenzia che tale percorso è già iniziato da tempo e continua. Permangono le note differenze tra le regioni, ma esse non potranno essere ridotte se le misure definite «piani di rientro» continueranno a privilegiare l'aspetto della spesa, che è importante, ma parziale. Intervenire sulla spesa senza una visione complessiva che parta dal rafforzamento delle capacità di governare la domanda e l'offerta di servizi di tutela della salute comporta il forte rischio di ottenere qualche limitato risultato nel breve periodo, con effetti negativi nel medio periodo. Poiché la logica sostanzialmente finanziaria dei piani di rientro permane ormai dalla loro introduzione, oggi emergono alcuni segnali di difficile sostenibilità di alcune regioni sul piano dei livelli essenziali effettivamente garantiti ai

cittadini. Anche se non incluse nelle analisi del Rapporto OASI 2012, si può suggerire al lettore di analizzare ed interpretare i dati regionali della Parte I tenendo presente alcuni fenomeni verificatisi nella seconda metà del 2012. Come si è ricordato, nella regione Sicilia è stato interrotto il processo di realizzazione del piano di rientro con una prospettiva complessiva, in quanto la riduzione del numero delle aziende sanitarie, la riorganizzazione dell'assessorato ed altri interventi hanno consentito l'azzeramento del disavanzo senza effetti negativi sui livelli di assistenza, anzi con un miglioramento se si considerano alcuni indicatori. La regione Lazio, sottoposta ad un piano di rientro molto significativo, non è riuscita a realizzarlo in modo efficace, anche perché travolta da scandali nel funzionamento dell'ente regione, che hanno portato allo scioglimento del Consiglio. La Lombardia, che pure è stata colpita da una serie di scandali, alcuni dei quali legati alla sanità, presenta un SSR sicuramente di elevata qualità, con numerosi punti di eccellenza, con un forte governo da parte della regione e con una solida situazione sul piano finanziario. Mentre il Rapporto va in stampa, si hanno notizie anche di un debito sommerso accumulato dalla regione Piemonte di rilevante entità, il che potrebbe anche far temere l'accumulo di indebitamento sommerso in altre regioni.

Il punto sugli strumenti utilizzati dalle regioni sottoposte a piano di rientro è sviluppato nella seconda parte del Rapporto OASI. In essa sono presenti informazioni ed analisi su temi rilevanti, quali i tempi di attesa per le prestazioni, proposte di politiche integrate per la gestione del rischio, onde evitare che ogni azienda sanitaria sia costretta ad affrontare il tema singolarmente con le inevitabili diseconomie di duplicazioni o di erronee soluzioni, modelli regionali per affrontare il tema della cronicità.

Nella prefazione dello scorso anno era stata evidenziata una tendenza che le teorie economico-aziendali e manageriali applicate alle relazioni interistituzionali segnalano come fenomeno ad elevato rischio, quella della centralizzazione da parte delle regioni e del depotenziamento dell'autonomia delle aziende territoriali ed ospedaliere. Purtroppo la realtà si è incaricata di confermare la validità di queste teorie. Le regioni, e non solo quelle già citate, sono in grande difficoltà, soggette ad un processo di delegittimazione, in molti casi con un'azione di governo lenta e farragginosa. Esse appaiono schiacciate tra i vincoli posti dallo stato (che a sua volta deve rispondere a vincoli derivanti dal contesto sovranazionale) e crescenti pressioni della popolazione, che si rivolge soprattutto alle aziende. Appaiono quindi soggette ad una schizofrenia dalle imprevedibili conseguenze sul piano della sostenibilità economica e sociale, e sul piano della diminuita legittimazione delle istituzioni.

Nelle ultime due parti del Rapporto (III e IV) sono inclusi contributi che forniscono utili indicazioni per il recepimento di quella che all'inizio di questa prefazione è stata definita come la quarta riforma (Decreto 158/2012, cosiddetto Decreto Balduzzi). Le sperimentazioni gestionali, analizzate nel cap. 12,

quelle del cap. 13 a supporto della gestione operativa (razionalizzazione dei processi assistenziali e logistica dei beni), e quelle presentate nel cap. 14 relative ai processi clinici, hanno consentito di consolidare conoscenze, competenze, capacità riguardanti l'organizzazione degli ospedali per intensità di cura, la dipartimentalizzazione, l'attivazione di reti assistenziali. Oggi sarebbe possibile diffondere tali conoscenze per realizzare un deciso spostamento della logica di gestione verso i bisogni e le attese dei pazienti e per realizzare le politiche di deospedalizzazione e di potenziamento della medicina del territorio di cui si parla da tanto tempo. 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 30 anni di vita del SSN non siano poi stati realizzati. A sua volta il Decreto Balduzzi prevede l'organizzazione di servizi di cura primaria da parte dei MMG 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 numero rilevante 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 evidenziati dalla ricerca CERGAS (cap. 12) 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 (ad 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, etc.);
- ▶ gestire le «prestazioni aggiuntive a pagamento» secondo criteri che non penalizzino i pazienti (ad 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 (ad esempio, per certi servizi si assegna un budget che sia del 10/15 % inferiore al costo attuale, con possibilità di garantire ai medici retribuzioni accessorie basate su risparmi aggiuntivi).

I MMG e 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».

Per realizzare tutto ciò è necessaria una condizione di cui, purtroppo, non sembrano rendersi conto né il legislatore, né tutti coloro che fanno della lotta agli sprechi e alle inefficienze la propria bandiera. Infatti, sarebbe necessario potenziare il ruolo e l'autonomia delle aziende sanitarie, responsabilizzandole fortemente sui risultati di salute e sull'equilibrio economico. Al contrario di quanto sostengono alcuni critici del modello aziendale, esso non è mai stato presentato dal CERGAS come soluzione tecnicista e centrata sui risultati economici e/o di bilancio. Ricollegandosi alla dottrina economico-aziendale italiana, ben diversa dal managerialismo scientifico nato negli USA ed esportato in tutto il mondo anche tramite le grandi società di consulenza, è ben chiaro a chi ha sostenuto questo modello molto prima che esso fosse recepito dalla legislazione del 1992-93 che «la tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende il mezzo». È ben chiaro a questi studiosi che «non si parte dall'equilibrio di bilancio per razionalizzare la spesa», ma che «si parte da una assistenza appropriata dal punto di vista medico-scientifico, rispondente all'esigenza unitaria della persona come soggetto di relazioni (qualità degli outcome o degli esiti dell'assistenza), si passa attraverso una efficace organizzazione e un uso efficiente delle risorse, per arrivare ad un equilibrio di bilancio sostenibile». Questo processo si realizza con un miglioramento delle diverse funzioni aziendali, trattato nella parte IV e nel cap. 11 della parte III, ancora una volta non in termini astratti ma con riferimento a concrete attuazioni.

Anche in questa edizione, dunque, il Rapporto OASI si conferma un potente strumento per tutti coloro che sono orientati al miglioramento, in quanto accanto ad un consolidato modello analitico e interpretativo (cap. 1) aggiunge evidenze tratte dal mondo reale. OASI mette in luce che le soluzioni trovate da Direttori generali, sanitari, amministrativi, Direttori di dipartimenti, unità organizzative complesse e semplici, medici, infermieri, tecnici e altri professionisti, sia all'interno dell'ospedale sia sul territorio, sono spesso più avanti delle teorie. Sottolinea tuttavia che le soluzioni innovative possono essere pensate e realizza-

te solo da persone che sanno unire una profonda conoscenza diretta o indiretta dei processi assistenziali con una cultura del cambiamento (si vedano i capp. 15 e 16) e l'accettazione di una cultura della programmazione, controllo e valutazione (capp. 17, 18 e 19).

Buona lettura a tutti i lettori di OASI fidelizzati e a quelli che si aggiungeranno con questa edizione.

Milano, 29 ottobre 2012

Elio Borgonovi
Presidente CERGAS

Rosanna Tarricone
Direttore CERGAS