

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2019

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
School of Management

 Egea

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Prefazione

di Elio Borghonovi e Aleksandra Torbica

Dopo aver celebrato con OASI 2018 i 40 anni del SSN e del CERGAS, il Rapporto OASI 2019 si sposta decisamente su fronte dell'innovazione, nelle sue diverse sfaccettature. Naturalmente, il tema era presente anche negli anni scorsi, ma è opportuno sottolineare questo deciso passaggio in termini di estensione e approfondimento del tema. Il passaggio è preparato con il richiamo ai due decenni con cui si è aperto il nuovo secolo. Il primo decennio è stato aperto dalla riforma costituzionale del Titolo V che ha attribuito alle regioni più poteri e responsabilità nell'organizzare i servizi sanitari dei loro territori. Il decennio è stato caratterizzato dal ruolo delle regioni e dalle relazioni tra Stato e regioni. Una relazione inter-istituzionale iniziata con i migliori auspici del modello di "leale collaborazione", ma che come spesso – per non dire sempre – accade, si è poi tramutata in una tensione istituzionale tipica del gioco delle parti. Tra 2001 e 2005, diverse regioni non hanno mostrato la capacità o la volontà di responsabilizzarsi realmente sull'equilibrio economico-finanziario dei loro SSR. Sostenendo la tesi del sotto-finanziamento, le regioni hanno fatto ricadere la responsabilità dei deficit regionali e dei relativi ripiani sullo Stato. Quest'ultimo, avendo limitati poteri formali sull'organizzazione dei servizi, non è riuscito a imporre una rigorosa condotta finanziaria fino al 2006. Si è così giunti alla fine della prima decade, con l'introduzione dei piani di rientro (PdR) e il rafforzamento da parte dello Stato del potere di governo della spesa.

Il passaggio dalla prima decade alla seconda del nuovo secolo è stata caratterizzata da riforme e riorganizzazioni. Molti SSR si sono evoluti sul piano istituzionale con l'obiettivo di centralizzare a livello regionale alcune funzioni tecniche e servizi. Allo stesso tempo, gli hanno comportato un aumento delle dimensioni delle ASL. Si è trattato di interventi che possono essere definiti di focalizzazione dei ruoli all'interno dei sistemi regionali; che però hanno trascurato, o sottostimato, ciò che accadeva al di fuori dei confini del SSN sia in termini di ricerca, sia in termini di nuovi orientamenti dei pazienti. Il Rapporto OASI 2019 sostiene una tesi forte supportata da una serie di evidenze: i cam-

biammenti esterni sono stati spesso subiti e non governati. È evidente che le analisi sui sistemi sociali non possono essere mai nette e dicotomiche, per cui certamente ci sono stati adattamenti e reazioni delle ASL e delle regioni ai cambiamenti esterni. Tuttavia, appare difficilmente contestabile il fatto che, in generale, è stata debole la capacità di governare in modo proattivo le dinamiche dei bisogni, delle aspettative, delle opportunità, mentre ha prevalso una cultura e atteggiamenti di tipo reattivo e di rincorsa sempre più affannosa di una realtà che stava cambiando rapidamente e con elementi di accentuata discontinuità rispetto al passato. Per cui, in uno scenario di bisogni crescenti e diversificati da una parte, e maggior controllo delle risorse pubbliche dall'altra, il primo capitolo del Rapporto OASI 2019 affronta la domanda cruciale su quale sia (o possa essere) la missione del SSN proponendo alcune ampie e interessanti linee di riflessione.

Un corollario della mancanza di un orizzonte comune è l'aumento della eterogeneità del SSN. Il Rapporto OASI 2019, nella prima parte del Volume, offre ai lettori molti dati che descrivono le significative differenze tra le regioni.

Non a caso, si parla di un SSN che ha perso gradualmente elementi di unitarietà, uniformità e coerenza, dando origine a 21 sistemi regionali. L'impostazione teorica del CERGAS è quella di riconoscere e valorizzare le differenze di tipo positivo che esprimono la capacità di adattare principi e regole generali alle diverse realtà socio-economiche del paese. Però, soprattutto nel secondo decennio del nuovo secolo, si sono imposte e sono apparse sempre più evidenti le differenze negative tra le regioni, conseguenza delle diverse capacità di definire efficaci politiche di management e di organizzazione.

Per analogia con i temi della salute, si può sostenere che dalla diagnosi/analisi discende la terapia/proposta. Questo è il *fil rouge* con cui i ricercatori del CERGAS hanno costruito i capitoli di approfondimento del Rapporto. Esso è costituito dalla proposta di ripensamento del sistema di governance che non si limiti a considerare prevalentemente le problematiche del SSN, ma che veda queste problematiche in relazione anche al contesto più ampio della ricerca, delle condizioni socio-economiche, dell'evoluzione delle aspettative dei pazienti o delle persone che sono in buona salute, dei comportamenti individuali e di gruppi sociali. Una governance che deve riguardare innanzitutto i rapporti Stato-regioni e che sia in grado di orientare le richieste di autonomia differenziata che da almeno tre anni è uno dei punti caldi del confronto. L'autonomia legislativa, amministrativa, di programmazione, organizzazione e gestione del sistema di tutela della salute, quest'ultimo ridefinito in termini socio-sanitari e assistenziali e non solo in termini strettamente sanitari, è uno dei cardini dell'autonomia differenziata sia per entità delle risorse finanziarie messe in campo sia per l'impatto sul benessere dei cittadini. La soluzione non può dipendere da una logica *win-lose* che contrapponga lo Stato ad alcune regioni e alcune regioni ad altre, logica ulteriormente condizionata da contrapposizioni politico-ideologiche. La soluzione

va ricercata con proposte di tipo *win-win* che possono essere realistiche e percorribili valorizzando l'autonomia.

Valorizzare l'autonomia significa trovare un bilanciamento tra la possibilità, per le regioni, di contestualizzare i principi e le regole unitarie definite a livello statale, assumendo però come contropartita una responsabilizzazione nei confronti dei propri cittadini (qualità e quantità delle risposte a bisogni reali), dello Stato (rispetto dei vincoli imposti dall'equilibrio della finanza pubblica), delle altre regioni (trasferimento di conoscenze, competenze e capacità di policy making, manageriali, professionali dalle regioni cosiddette virtuose a quelle che presentano maggiori difficoltà). Una soluzione che responsabilizzi anche lo Stato tramite un ribilanciamento del ruolo tra governo della spesa (ruolo del MEF) e governo dello stato di salute della popolazione (ruolo del Ministero e dei propri organismi tecnici). Un ribilanciamento che significa ricostituire un corretto rapporto tra fini (la tutela della salute) e condizioni-strumenti (quantità delle risorse allocate al SSN, appropriato, efficace ed efficiente uso delle stesse). Le soluzioni *win-win* richiedono di abbandonare logiche e strumenti di tipo burocratico e di attuare forti investimenti per sviluppare nuove conoscenze, competenze e capacità a livello centrale. Mutuando un sintetico termine inglese si fa riferimento a un nuovo tipo di *institutional/governance capacity* necessaria per far recuperare a livello centrale funzioni di riequilibrio delle opportunità tra le regioni. Si tratta di un approccio molto diverso da quello diretto al recupero del solo equilibrio finanziario.

In effetti, nei decenni passati, l'attenzione è stata posta molto, si potrebbe dire troppo, sul riequilibrio di tipo finanziario e ancor oggi molte analisi concentrano l'attenzione sui differenziali di spesa pro capite tra le regioni. Si è dimenticato che l'universalità, la solidarietà e l'equità tra i cittadini in termini di tutela della salute (principi fondanti del SSN) possono essere concretamente conseguite con un riequilibrio delle opportunità, che a sua volta è conseguenza di una maggiore omogeneità nella capacità di uso appropriato, efficace ed efficiente delle risorse. Pensare in modo nuovo alla governance del SSN significa ragionare in modo diverso sul rapporto causa-effetto tra livelli della spesa e livelli di salute, che rassomiglia al detto popolare che si chiede se...è nato prima l'uovo o la gallina. La logica che ha privilegiato l'aspetto finanziario ha inevitabilmente alimentato il conflitto tra le regioni che richiedevano e richiedono una redistribuzione delle risorse e regioni che si richiamano al criterio del finanziamento su costo standard. La logica che invece considera prioritario il rafforzamento delle capacità di usare in modo appropriato, efficace, efficiente le risorse a livello regionale e delle ASL è condizione necessaria e probabilmente sufficiente per attivare il circolo virtuoso di miglioramento dello stato di salute, aumento della credibilità e della fiducia dei pazienti, aumento della spesa pubblica e privata destinata a questo settore.

Il ripensamento del sistema di governance riguarda anche il rapporto regioni-ASL e AO. Al riguardo occorre evitare l'errore di pensare che il modello di re-

gione come capogruppo che viene posto in evidenza nel rapporto possa significare una diminuzione del ruolo di ASL, AO ed enti intermedi quali sono le ATS in Lombardia o le “aree vaste” in altre regioni. Va sottolineato che anche i gruppi sanitari privati diventano forti, competitivi e si sviluppano solo in presenza di una capacità di governo della capogruppo e di una forte e autonoma capacità delle aziende del gruppo di rispondere alla specifica domanda che ad esse si rivolge. Nel caso del SSN significa che le regioni devono rafforzare la propria capacità di dare chiari e precisi indirizzi e orientamenti al sistema ma devono evitare il rischio sempre presente di voler centralizzare anche le decisioni strategiche quando non addirittura scelte operative. In un contesto che cambia rapidamente le ASL, AO, ATS, aree vaste devono essere stimolate ad innovare. Infatti, l’innovazione nasce dal basso o non nasce affatto. Le regioni, dopo aver recuperato efficienza nella gestione di funzioni e servizi comuni, devono integrare il proprio ruolo in una duplice prospettiva: da un lato incentivare l’innovazione e dall’altro diventare centro di diffusione e generalizzazione dell’innovazione, di quelle che possono chiamarsi “buone pratiche”.

Ripensare al sistema di governance significa abbandonare la logica delle soluzioni “ottimali” o “razionali” che dal centro scendono alle regioni e da queste si diffondono nelle ASL, AO, ATS, aree vaste. Occorre invece pensare a come fluidificare il sistema nella duplice direzione dall’alto verso il basso e viceversa. Dall’alto devono venire principi, criteri, indirizzi, dal basso possono salire flessibilità, innovazione riconoscimento di differenze positive. Privilegiare solo le relazioni dall’alto in basso significherebbe irrigidire il sistema e determinarne l’inevitabile ritardo rispetto alle esigenze reali. Puntare solo sull’innovazione che viene dal basso significherebbe favorire uno sviluppo a macchia di leopardo, un “fai da te” che può solo alimentare squilibri e disomogeneità inaccettabili. Fluidificare il sistema significa renderlo più capace di adattarsi in modo rapido all’evoluzione del contesto, secondo il modello di orientamento strategico-istituzionale (che fisiologicamente procede dal livello istituzionale superiore), sperimentazione (che per l’assistenza sanitaria e sociale avviene nel mondo reale e non in laboratorio), diffusione delle sperimentazioni riuscite (delle cosiddette “buone pratiche”), generalizzazione (che può avvenire quando i nuovi modelli hanno prodotto evidenze positive). Fluidificare il sistema significa fare in modo che le differenze attuali e quelle future portino a convergenze e non siano causa di divergenze o divaricazioni dei livelli assistenziali tra regioni e tra ASL all’interno della stessa regione.

Nel Rapporto OASI 2019 sono presenti molti spunti su come fluidificare il sistema tramite il richiamo ad alcune condizioni che consentano di governare e non subire il cambiamento. Innanzitutto occorre pensare a come tradurre nel concreto le opportunità generate dalla salute personalizzata. In secondo luogo occorre attivare velocemente e in tutte le regioni modelli di presa in carico delle persone in condizioni di cronicità (a volte multi-cronicità), non autosufficienti

(partendo da una situazione di offerta pubblica assolutamente insufficiente) o con disabilità. In terzo luogo, occorre investire nella formazione di nuove professionalità, prima fra tutte quella di muoversi nel mondo dei big data. Si stima che il 30% dei dati disponibili riguardi la tutela della salute, ma le istituzioni pubbliche non utilizzano questi dati per le proprie finalità. In quarto luogo, occorre investire in comunicazione. Vale il principio che “occorre far bene” (efficienza e funzionalità delle aziende) il bene (servizi appropriati ed efficaci nel produrre buona salute); è ormai altrettanto necessario “far conoscere bene il bene che si fa bene”. In quinto luogo, occorre agire per abbattere steccati che si sono consolidati nel tempo tra le professioni sanitarie mediche e non mediche. È in atto un processo di modifica dello *skill mix* che non può essere arrestato con vincoli di legge o con norme burocratiche. Deve essere guidato e accettato tenendo conto anche che la carenza di medici, infermieri, altri professionisti, spesso oggetto di molte analisi e previsioni, non di rado deriva proprio dalle rigidità nella separazione delle funzioni tra le diverse professioni. In sesto luogo, occorre superare le classificazioni contabili di spesa corrente e spesa per investimento, per passare al concetto di spesa “produttiva di salute”. Un concetto che richiede anche di ridefinire le metriche di misurazione della spesa e degli effetti della spesa nel breve e nel lungo periodo, con l’introduzione di piani finanziari più organici e che contemplino una misurazione di impatto multi-dimensionale.

In conclusione, il Rapporto OASI 2019 propone un approccio che, prendendo questa volta dal mondo dello sport, significa “giocare in attacco più che in difesa”, o almeno provarci perché “se si incomincia a fare il necessario ci si scoprirà capaci di fare ciò che appare impossibile”.

Buona lettura.

Elio Borgonovi, Presidente CERGAS
Aleksandra Torbica, Direttore CERGAS