

Prefazione

di Elio Borgonovi e Rosanna Tarricone

Da quando, nell'ambito del CERGAS, si è pensato ad un Osservatorio annuale, il principio guida è stato quello di osservare aspetti rilevanti del SSN (e più in generale del sistema di tutela della salute), produrre evidenze per diversi gruppi di utilizzatori (i diversi *stakeholder* del SSN), proporre analisi, interpretazioni e riflessioni utili per stimolare il dibattito e promuovere processi di miglioramento. In questa prospettiva l'«Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano» analizza e interpreta il sistema di tutela della salute in termini ampi che, di volta in volta, toccano gli aspetti di bisogno-domanda di salute, elementi del contesto, rilevazioni e valutazioni degli *output* e, ove possibile, degli *outcome*, rilevazioni dei livelli di efficienza, flussi finanziari di entrata e spesa, livelli dei disavanzi e dell'indebitamento, modelli di organizzazione dei servizi.

Il Rapporto utilizza metodi misti articolati: su analisi longitudinali, come nel caso della evoluzione negli anni del finanziamento, della spesa, dei disavanzi, delle dotazioni strutturali, dei livelli di attività; analisi comparative tra le Regioni e tra diversi Paesi, che consentono di osservare e valutare il posizionamento del nostro Paese; indagini tramite questionari o interviste; analisi di documentazione; analisi di casi. Si ritiene che dalla molteplicità di metodi e strumenti di ricerca sia possibile dare al lettore elementi conoscitivi riferiti soprattutto alla comprensione di trend evolutivi, alla diffusione di buone pratiche, alla individuazione di soluzioni realistiche e concretamente fattibili ai problemi di chi è chiamato ad elaborare politiche di tutela della salute (*policy maker*) e a coloro che devono applicarle in concrete situazioni (manager e professionisti delle aziende). Conoscenze che, inoltre, possono essere utili per altri ricercatori, per le imprese fornitrici, per quegli operatori dei *media* guidati dall'etica professionale di verificare sempre dati, fatti, informazioni per evitare di proporre alla società luoghi comuni o informazioni «distorte», quando non palesemente strumentali o strumentalizzabili. Non ultimi, poi, gli studenti che intendono svolgere ricerche e preparare tesi.

Anche quest'anno, una lettura non superficiale di OASI mette in evidenza una serie di contraddizioni strutturali del sistema di tutela della salute che devono essere governate e gestite in modo equilibrato, poiché non sono eliminabili. Se è vero, infatti, che la complessità deve essere affrontata avendo pochi, chiari e «semplici» principi e paradigmi interpretativi, non è mai vero e deve essere assolutamente contrastata la tendenza a dare interpretazioni «semplicistiche» e a proporre soluzioni «riduttivistiche», approccio questo purtroppo molto diffuso anche in sedicenti esperti e ricercatori che applicano alla sanità modelli interpretativi mutuati da altri settori dell'attività economica e sociale.

La prima contraddizione fa riferimento al principio di «distruzione creativa» applicato da Shumpeter all'economia. Consumare o distruggere ricchezza è condizione essenziale per alimentare l'attività di produzione, principio che ha una valenza positiva quando si parla di consumo, mentre ha una valenza negativa quando la distruzione si riferisce a guerre, catastrofi naturali, sprechi di ricchezza. Anche questi ultimi fenomeni hanno un effetto propulsivo della produzione, ma indubbiamente non sono auspicabili se non da persone «cyniche» che dalle disgrazie di altri vogliono trarre opportunità per sé. Con riferimento al sistema di tutela della salute, questo principio si applica a due tipologie di processo. Quello dei processi reali, poiché servizi appropriati che rispondono a effettivi bisogni diventano un motore dell'economia, in quanto alimentano una produzione di qualità. Infatti la tutela della salute diventa traino per altri settori ad elevata intensità di lavoro e di conoscenze, come ad esempio la ricerca nel campo dei farmaci e la ricerca e produzione di tecnologie mediche. In secondo luogo, il principio della distribuzione creativa si applica anche a processi culturali e logico-concettuali, in quanto l'innovazione e il miglioramento, aspetti creativi e di progettazione del futuro, devono essere preceduti dal superamento di schemi concettuali, modi di pensare, modelli interpretativi che valevano per il passato e che non possono essere replicati per il futuro e, tutto sommato, non valgono più nemmeno per il presente.

La seconda contraddizione va riferita al tempo. Infatti, occorre trovare un bilanciamento tra obiettivi, politiche, interventi di breve periodo e di lungo periodo. Occorre rispondere ai bisogni attuali e, al tempo stesso, prepararsi a rispondere ai bisogni di lungo periodo, che sono determinati dalle variazioni dello stato di salute in parte significativa determinata da fattori esterni al SSN (ad esempio, inquinamento, produzioni nocive, alimentazione, stili di vita, etc.). Ciò vuol dire ricercare un equilibrio tra le funzioni di assistenza, ricerca, formazione, che sono insite in questo settore e non possono essere confinate solo all'Università. Un equilibrio che deve riguardare non solo l'attività dei medici, ma anche quella degli infermieri (ad esempio assistenza, ricerca e formazione infermieristica) e degli altri professionisti che operano nel sistema di erogazione. Anche sul piano economico occorre ricercare un equilibrio tra breve e lungo periodo. Occorre mantenere, o recuperare, l'equilibrio economico-finanziario

di breve periodo di Aziende sanitarie territoriali, di Aziende ospedaliere, di Regioni, dell'intero Ssn, ma al tempo stesso progettare interventi capaci di mantenere l'equilibrio di lungo periodo. A riguardo, appaiono semplicistiche le logiche e le politiche basate sulla considerazione secondo cui l'equilibrio di breve periodo è «una necessità, un vincolo non superabile», se esso non viene collegato a strategie e piani di lungo periodo. La logica del «primum vivere deinde philosophari» non può applicarsi a un sistema che deve garantire livelli essenziali (che sono definibili come quelli compatibili con i valori di rispetto della persona, tutela della salute come diritto fondamentale per una società che vuol dirsi veramente civile e progredita, solidarietà, pari condizioni nell'accessibilità ai servizi) di assistenza. Interventi che hanno l'obiettivo di contenere la spesa e i disavanzi di breve periodo, ma che incidono negativamente su prevenzione primaria e secondaria, sul rinnovo di strutture fisiche, di attrezzature e apparecchiature, sulla sostituzione di personale in posizioni critiche, possono causare un incremento di bisogni e di domanda nel medio-lungo periodo che determinano pressione sulla spesa e, di conseguenza, sulla sostenibilità economico-finanziaria del sistema. Non appaiono condivisibili teorie (non esplicitamente dichiarate) secondo cui gli equilibri di medio-lungo periodo sono dati da sequenze controllate di equilibri di breve periodo, assiomi che in Italia sembrano essere fondamento delle politiche dei Piani di Rientro. In realtà, se non esiste una visione di lungo periodo, sequenze di equilibri economico-finanziari di breve possono coesistere con l'accumulo di squilibri strutturali nei processi reali, ossia tra bisogni e offerta di servizi, destinati a esplodere e a diventare ingovernabili o non sostenibili (sul piano economico-finanziario o sul piano sociale) dopo alcuni anni.

Una terza apparente contraddizione riguarda la coesistenza di equilibri generali di sistema ed equilibri parziali. Una contraddizione che, sul piano dei contenuti, significa avere la capacità di costruire e progettare visioni ad ampio spettro su tutti i fattori che determinano i bisogni e la domanda e che influenzano l'offerta di servizi secondo criteri di appropriatezza, qualità, efficacia, efficienza ed economicità, e al tempo stesso di definire azioni su specifiche parti del sistema. La mancanza di una visione generale fa perdere l'importanza delle relazioni e delle interdipendenze tra le diverse parti, mentre la mancanza di capacità di prospettare interventi sulle singole parti determina quella che si potrebbe definire l'impotenza delle analisi e della genericità. Visione ampia significa sviluppare le conoscenze in termini orizzontali, ad esempio comprendere che l'efficacia di politiche di tutela della salute è spesso correlata ad interventi su altri settori (politica dei trasporti, per abbattere l'inquinamento, alimentare, per promuovere la prevenzione, dello sport non agonistico, per prevenire patologie determinate dalla sedentarietà, obesità, diabete, etc.), mentre l'attenzione ai dettagli significa sviluppare conoscenze verticali in profondità. Coniugare la dimensione orizzontale e verticale è indubbiamente una sfida in

grado di motivare e mobilitare persone con diverse attitudini, *background* e interessi. Le persone che intendono coniugare queste due dimensioni devono avere quella che gli studiosi di management definiscono come *helicopter view* (per avere una visione di insieme) e capacità di attuare *zooming* (cioè entrare anche nei dettagli) per quegli aspetti che vengano individuati come critici e di particolare rilevanza.

Anche con riferimento al sistema di tutela della salute vale il principio delle teorie delle decisioni applicate ai sistemi, secondo cui la somma degli ottimi parziali non individua l'ottimo generale. Se sul piano dei sistemi matematici i due tipi di equilibri devono essere perseguiti contestualmente, sul piano del governo di sistemi sociali, come è il caso dei sistemi di tutela della salute, deve prevalere una logica secondo cui nessuno dovrebbe pensare di determinare centralmente (a livello statale e regionale) equilibri generali da cui derivare vincoli per le Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere; al tempo stesso, nessuno dovrebbe decidere e operare con l'obiettivo di conseguire equilibri funzionali ed economico-finanziari delle proprie aziende, senza tener conto delle esternalità, positive o negative, che si propagano nel sistema regionale o nazionale. Un tipico esempio è il governo della mobilità, attiva e passiva, che non dovrebbe essere promossa e facilitata dalle Regioni e dalle Aziende «ad elevata capacità attrattiva», nei casi in cui essa produce effetti negativi nelle Regioni a mobilità passiva superiori ai benefici conseguiti. Analisi sui costi fissi e i costi variabili delle Aziende e delle Regioni a mobilità attiva e passiva possono aiutare a perseguire contestualmente equilibri parziali ed equilibri generali.

Una quarta contraddizione riguarda la convivenza tra un approccio sistemico e un approccio innovativo-creativo. Tradizionalmente si ritiene che il primo sia legato a competenze e capacità logiche in grado di individuare gli elementi e le relazioni che compongono un sistema, selezionare la rilevanza delle relazioni, prevedere gli effetti di determinati interventi, mentre il secondo faccia riferimento alla capacità di rompere gli schemi e le relazioni consolidate, agendo in modo imprevedibile su diverse parti del sistema. Se è vero, come è vero, che la realtà è caratterizzata da sistemi economici e sociali sempre più interdipendenti e, al tempo stesso, caratterizzati da cambiamenti imprevedibili che avvengono anche in tempi brevi, è necessario che le due caratteristiche possano coesistere, non necessariamente nelle stesse persone (attitudini individuali non molto diffuse e presenti solo in persone eccezionali), ma all'interno di Aziende Sanitarie, Regioni, Ministeri. Una politica di reclutamento e di formazione che garantisca la presenza nelle istituzioni di queste due componenti, e che sia in grado di valorizzarle ed armonizzarle, è condizione ineludibile per affrontare le sfide del SSN.

Una quinta contraddizione riguarda la necessità di interventi sulle regole (leggi, piani, linee guida, indirizzi, criteri, *standard*) e sulle persone. È indubbio che i sistemi complessi possono funzionare bene e raggiungere i propri obietti-

vi solo in presenza di chiare regole che consentono di motivare le persone, valutarne i comportamenti e confrontare i risultati. Tuttavia, l'esperienza italiana, forse ancor più che di altri Paesi, è piena di evidenze empiriche secondo cui regole astrattamente di ottima qualità e continui cambiamenti delle stesse non hanno prodotto e non producono gli effetti positivi desiderati, quando non sono in grado di incidere sulla cultura, le conoscenze, le competenze, le capacità delle persone. In aggiunta al principio, propugnato dalle teorie di management, secondo cui non è possibile migliorare ciò che non si può misurare, condivisibile solo in linea generale ma non assoluto, è necessario ricordare che è ben più rilevante il principio secondo cui per cambiare realmente occorre coinvolgere, motivare, valorizzare le persone. Solo chi ha una visione «strutturalista» della società e dell'economia può ritenere che gli interventi sulle regole siano più importanti rispetto alle politiche con e per le persone (non «sulle» persone). Gli interventi e le azioni sulle regole possono produrre gli effetti desiderati solo se contestuali e inseriti in politiche con e per le persone, siano essi riferiti alla corretta informazione ed educazione alla salute per i pazienti, oppure del personale.

Il richiamo alla centralità delle persone, con il duplice riferimento ai pazienti, che esprimono il bisogno, e a chi opera nel sistema di offerta (medici, infermieri, altro personale di assistenza, personale amministrativo), fa emergere una sorta apparente contraddizione, quella tra etica dei fini e etica degli strumenti. Infatti l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità, l'attenzione sulla appropriatezza e qualità dei servizi sono attività che devono essere realizzate da persone guidate da un forte senso etico. D'altra parte anche la natura e la qualità delle regole devono fondarsi su un'etica degli strumenti che imponga comportamenti rispettosi delle regole. Come è discutibile la logica machiavellica dei «fini che giustificano i mezzi», altrettanto devono essere rifiutate da un lato la divaricazione, dall'altro la commistione e la sovrapposizione tra etica dei fini ed etica degli strumenti. Entrambe devono coesistere poiché l'etica dei fini aiuta a risolvere problemi di priorità e rilevanza quando gli strumenti dell'epidemiologia, dell'organizzazione, del management, della razionalità economica non danno risposte vincolanti, o danno risposte contrarie al rispetto della dignità umana; peraltro, la sola etica dei fini non garantisce il rispetto delle regole e degli strumenti, in quanto la razionalità organizzativa e l'uso efficiente delle risorse sono condizioni necessarie per dare maggiori e migliori risposte ai bisogni, in presenza di vincoli non eliminabili.

OASI si propone di aiutare lettori con diversa esperienza e diverse conoscenze del sistema di tutela della salute, ad affrontare le contraddizioni/contrapposizioni che, come si è detto, sono solo apparenti o sono tali solo nell'ambito di schemi concettuali del passato che è necessario superare. Quest'obiettivo viene perseguito tramite una focalizzazione sulle relazioni tra aspetti reali e aspetti finanziari, da un lato, e tramite una prospettiva di processi di cambia-

mento, dall'altro. Infatti, nella prima parte vengono aggiornate e commentate le serie storiche dei dati di finanziamento, spesa, disavanzi (assoluti e pro-capite) delle Regioni italiane, insieme a dati strutturali, di attività, di *output*; nelle sezioni successive del Rapporto, sono affrontati vari temi riguardanti le politiche e la gestione del sistema, secondo la logica che i risultati finanziari sono l'effetto di corrette/non corrette scelte di gestione, e che, secondo il detto popolare, «sono le somme che fanno il totale, e mai il totale che fa le somme»: due modi semplici per dire che è illusorio, e per certi aspetti mistificatorio, partire da risultati finanziari per ricostruire livelli di finanziamento, spesa, disavanzo, se queste cifre non sono compatibili con l'obbligo di garantire livelli essenziali di assistenza, e con la pressione sociale a richiedere certi livelli di servizi. Come in campo epistemologico non ha senso proporre teorie che non trovano riscontro nel reale, poiché sono le teorie che devono consentire di analizzare e interpretare i fatti, e non devono essere i fatti che si adeguano alle teorie, allo stesso modo le previsioni economico-finanziarie devono risultare da politiche ed interventi concretamente fattibili e i consuntivi devono dare una «rappresentazione significativa e realistica» della gestione (la *fair and true view* dei principi contabili internazionali). Peraltro, seguendo questa linea di ragionamento, OASI si propone come strumento per individuare processi di cambiamento che non possono essere collegati a modelli astratti, ma che sono efficaci solo quando si hanno persone capaci di osservare i fenomeni, ascoltare i pazienti e comprendere i loro bisogni; disposte a confrontare i propri risultati con quelli di altri; progettare soluzioni innovative; convincersi che è possibile migliorare continuamente, convincere altri che il miglioramento è possibile ed è vantaggioso per tutti (soluzioni *win-win*); comunicare i miglioramenti all'interno e all'esterno delle aziende sanitarie delle Regioni, per evitare che la comunicazione riguardi solo casi di malasanità ed aspetti negativi del sistema; coinvolgere soggetti diversi (personale di assistenza e personale amministrativo, aziende pubbliche e private *for-profit* e *not-for-profit*) nella sfida di cercare «di dare di più e meglio, con meno risorse, senza diminuire la qualità di vita delle persone nelle aziende». Una sfida resa sempre più difficile anche dal progresso scientifico che consente di affrontare e risolvere problemi di salute in passato non risolvibili, e che può essere vinta solo se, nel sistema, prevarranno persone guidate dal valore di competere, con altri e con se stessi, per progredire insieme e non singolarmente. Infine, i processi di cambiamento sono realistici solo se, alla capacità di progettazione, si collega anche l'introduzione di strumenti e la capacità di implementare, monitorare i processi di attuazione, valutare i risultati.

Le teorie specificano le attitudini e le professionalità richieste per gestire i cambiamenti, proponendo in scala crescente le competenze e capacità tecnico-specialistiche, manageriali, di *leadership*; tuttavia, va sottolineato che il cambiamento non è automatica conseguenza di buone idee e buone intuizioni, condi-

zioni necessarie ma non sufficienti, ma richiede capacità di costruire consenso, cercare alleanze (temporanee o di lungo periodo), negoziare, risolvere conflitti o gestirli con abilità per ridurre la forza contrattuale di chi si oppone al cambiamento, o di chi si pone in posizione di attesa.

Infine, i processi di cambiamento sono resi possibili solo se si riesce a formare, motivare e tutelare, nelle singole Aziende sanitarie, o nelle Regioni, o a livello nazionale, una sufficiente massa critica di persone che hanno idee intelligenti orientate all'innovazione.