16° Rapporto Sanità

Oltre l'emergenza: verso una "nuova" *vision* del nostro SSN

16th Health Report

Beyond the emergency: looking for a "new" italian NHS vision

A cura di / *Edited by*:
Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena

CREA Sanità

Università di Roma Tor Vergata

DIPARTIMENTO DI ECONOMIA E FINANZA

Executive summary

Oltre l'emergenza: alla ricerca di una "nuova" *vision* del nostro SSN

Beyond the emergency: looking for a "new" NHS vision

Oltre l'emergenza: alla ricerca di una "nuova" *vision* del nostro SSN

Il 16° Rapporto Sanità, redatto dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, con alcune gradite e competenti collaborazioni, va in stampa a fine 2020: un anno segnato dall'emergenza da COVID-19.

L'evento pandemico è di quelli che probabilmente segneranno l'evoluzione sociale a livello globale: è, quindi, impossibile ignorarne l'impatto e le conseguenze.

Dobbiamo, però, avvertire che, malgrado la pubblicazione del Rapporto avvenga a fine anno, per sviluppare le analisi che contiene ci si deve accontentare, nella migliore delle ipotesi, dei dati dell'anno ancora precedente. In altri termini, il Rapporto 2020 arriva al più ad analizzare compiutamente i consuntivi 2019.

La premessa segnala al lettore che i fenomeni descritti nel Rapporto 2020, in generale, si riferiscono forzatamente al periodo pre-COVID-19; non ci siamo, però, voluti e potuti sottrarre alla responsabilità di analizzare i primi effetti della pandemia, sebbene con dati provvisori, (molto) parziali e, quindi, soggetti a modificarsi o smentirsi nel prosieguo.

Quella dei "dati" è questione da approfondire propedeuticamente, prima di entrare negli approfondimenti contenuti nel volume: non si tratta, infatti, di una mera questione accademica, coinvolgendo piuttosto aspetti essenziali della *governance* del sistema sanitario (e non).

Sebbene appaia largamente condiviso che la mole quantitativa dei dati disponibili in Sanità sia imponente e senza uguali nella Pubblica Amministrazione, qualche perplessità è lecito avanzarla sulla loro qualità e finalizzazione.

Ad esempio, la scarsissima tempestività dei dati, già sopra richiamata, rende il dato spesso inutile per supportare i processi decisionali; la natura istituzionale del dato, obbligando ad un puntiglioso processo di validazione dello stesso, ne vanifica nei fatti l'utilità. In altri termini; il patrimonio informativo disponibile, frequentemente, risulta utilizzabile per descrivere ex post i fenomeni, ma non certo per programmare, specialmente a breve termine.

La mancanza di tempestività mina anche l'*accountability* del sistema: verificare la *Performance* pubblica, quando è presumibilmente già cambiato molto, o a volte tutto, in termini di assetto istituzionale, responsabilità manageriali etc., è sostanzialmente un esercizio puramente accademico.

Le ragioni di questo "spreco" del patrimonio informativo risiedono nel persistere di vari equivoci e limiti di impostazione; senza pretesa di esaustività, citiamo:

- la mancanza di cultura sulla natura di "bene pubblico" dei dati
- la mancanza di cultura statistica
- lo scarso coordinamento fra strumenti e obiettivi.

Sul primo punto, vale la pena di ricordare che la "trasparenza" del "dato", la gestione *"open data"*, sono valori fondanti delle Società democratiche, oltre che un modello assolutamente vincente: lo dimostra anche l'esperienza mondiale maturata per lo sviluppo in tempi rapidi dei vaccini per il COVID-19, che è stata possibile anche grazie all'accesso libero alle banche dati, che incentiva la ricerca e la produzione di innovazione.

Sul secondo punto, come il Rapporto segnala da tempo, dobbiamo lamentare che il sistema informativo sanitario sembra non conoscere altro approccio che quello amministrativo, evidentemente fondato su una raccolta censuaria delle informazioni, in una logica di mero "debito informativo" verso qualche altro livello istituzionale, con tutti i limiti di inefficienza di questo approccio.

Sul terzo punto, legato strettamente al secondo, non possiamo esonerarci dall'osservare che, affinché gli strumenti siano proporzionati agli obiettivi, è necessario analizzare ed esplicitare quali obiettivi si vogliono perseguire prioritariamente: ad esempio, malgrado la ormai decennale attenzione sull' "efficientamento" del sistema, la persistente discrasia fra i dati di utilizzo delle risorse e i dati di morbilità ed esito (anche legata a discutibili questioni legate alla garanzia della *privacy*), ne vanifica ogni sensata valutazione.

Le fragilità e i "vizi" del sistema informativo si sono confermati anche nella fase pandemica; ovviamente è apparso subito evidente che senza un monitoraggio dei contagi e dell'impatto sui servizi, non si sarebbe potuta affrontare l'emergenza. Pur riconoscendo che è stato rapidamente implementato il monitoraggio, sulla qualità del dato prodotto come anche sulla sua diffusione, è lecito avanzare qualche perplessità.

Non sono state, infatti, rese accessibili le banche dati, ma solo alcuni indicatori, rendendo almeno complessa una analisi indipendente e approfondita dei fenomeni in corso; così come il sistema sembra avere avuto come obiettivo (ragionevole, ma non necessariamente l'unico perseguibile) quello della misura del rischio di saturazione della capacità produttiva del sistema di assistenza ospedaliera, peraltro in presenza di qualche incertezza sul lato dell'offerta, ovvero quello dei posti letto (di terapia intensiva e non) effettivamente disponibili e attivi.

Le misure sull'andamento dei contagi sembrano, infatti, patire limiti sostanziali, ad iniziare dal fatto che non c'è stata la capacità, e forse la possibilità, di stima del "denominatore", ovvero del reale numero di contagi in essere, sul quale le ipotesi circolate (anche a livello internazionale) sono state così variabili da risultare del tutto fuorvianti.

I numeri disponibili sono, nei fatti, condizionati dall'evoluzione dell'attività di monitoraggio, in primo luogo dal numero di tamponi effettuati come, anche, da una carenza di trasparenza sulla stessa natura dei tamponi effettuati (originari, di controllo, etc.).

Inoltre, sembra essere stato, in qualche modo, trascurato l'aspetto della comunicazione dei dati, che pure fa parte di una *governance* dei sistemi informativi: ne è testimonianza che, a distanza di mesi dall'insorgenza della pandemia, sui media è ancora frequente che si commentino i dati diffusi senza tenere adeguato conto delle modifiche nei "denominatori", e neppure della variabilità del ciclo settimanale nell'effettuazione dei tamponi.

Non stupisce, quindi, che in un contesto quale quello descritto, le analisi svolte sui dati disponibili si siano per lo più limitate alla descrizione dei fenomeni in atto, con l'aggiunta di raccomandazioni, basate su opinioni personali, sul da farsi in termini di interventi di mitigazione; opinioni differenti che spesso hanno creato qualche confusione nell'opinione pubblica.

Ai fini del supporto alle decisioni, alla fine tutto (o molto) si è concentrato su due dati: quello della saturazione dei posti letto e quello dell'indice (l'ormai "famoso" R_t) di diffusione dei contagi.

Il primo dato, in particolare quello riferito alle terapie intensive, sembra essere quello con maggiore attendibilità "statistica", essendo "filtrato" da decisioni cliniche che in qualche modo possiamo immaginare standardizzate, seppure potenzialmente condizionate dall'offerta di letti e dall'età media dei pazienti.

Il secondo, seppure frutto di un approccio largamente consolidato sul piano scientifico, sembra invece patire il limite di essere "in ritardo" sulla necessità di orientare tempestivamente le decisioni politiche.

Uscendo da una logica puramente emergenziale (per quanto non conclusa), sarebbe quindi auspicabile che si apra un più ampio dibattito sulla qualità e utilizzabilità dei dati disponibili, per orientare con maggiore precisione e tempestività le decisioni politiche e la programmazione.

Programmazione senza *vision*

La lunga premessa è, nelle intenzioni, funzionale a discutere di *vision* e, a seguire, di programmazione: questioni che, nei sistemi complessi (quale quello sanitario), sono essenziali.

La questione dei "dati" è pertinente perché esiste una relazione inscindibile e "biunivoca" fra *vision* e struttura dei sistemi informativi, come anche fra evi-

denze raccolte e programmazione.

Così come è essenziale ricordare che una efficace programmazione richiede di essere preceduta da una *vision* strategica, senza la quale non è possibile definire gli obiettivi da perseguire e quindi i *target* con i quali misurare la propria efficacia.

Come consuetudine, il Rapporto si misura proprio con la valutazione delle strategie sviluppate in campo sanitario e con l'adeguatezza della programmazione che ne consegue: quest'anno non potendo, inoltre, esimersi dal confrontarsi con gli stimoli e le sfide poste dalla pandemia.

Una prima osservazione, desumibile dal fatto che tanto il sistema informativo quanto le risposte alla pandemia sono state il frutto di un intervento effettuato in emergenza, è che l'avvento di una pandemia non era evidentemente nella *vision* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (come, peraltro, forse in nessun altro sistema sanitario); e che, quindi, non erano state programmate le necessarie "risposte".

D'altra parte, è comune cadere nella gestione dell'emergenza proprio per carenza di *vision* e programmazione: in ogni caso si tratta di un fallimento, che genera costi umani ed economici rilevantissimi.

Nella prima fase pandemica, è stata ampiamente sbandierata la retorica (peraltro ricorrente) della capacità nazionale di gestione dell'emergenza: pur riconoscendo che dimensione e gravità della pandemia fossero probabilmente imprevedibili, bisogna ammettere che le debolezze del sistema, resesi subito drammaticamente evidenti, erano già ampiamente note e quindi non completamente inevitabili.

In altri termini, la mancanza di piani operativi, opportunamente predisposti per fronteggiare eventuali crisi pandemiche, può essere annoverata fra le mancanze di *vision;* pur ribadendo che ogni attenuante va applicata per le modalità e l'intensità di evoluzione della pandemia, dobbiamo registrare che il sistema ospedaliero italiano aveva già dato segni, più o meno ogni anno, di *stress* a fronte delle ricorrenti influenze stagionali. Ma questo segnale è stato sottovalutato, se non ignorato, probabilmente perché è mancata una reale consapevolezza che sarebbero state possibili emergenze in scala maggiore.

Efficienza tecnica ed efficienza allocativa

A una soluzione di continuità nel processo che lega *vision* e programmazione, può farsi risalire anche l'esistenza di un diffuso equivoco, resosi evidente con l'emergenza COVID-19, fra perseguimento dell'efficienza tecnica e dell'efficienza allocativa.

L'ormai quasi trentennale ricerca, per certi versi spasmodica, del risanamento finanziario del sistema, ha portato a perseguire la riduzione al minimo della capacità inutilizzata del sistema; ma va da sé che questa politica riduce i "margini" per far fronte ad eventuali eventi "imprevisti".

Del *trade-off* si è avuta piena consapevolezza per effetto della carenza di posti letto durante l'emergenza.

Quel che dovrebbe far riflettere è che i dati erano disponibili, e questo porta a chiedersi perché il tema sia rimasto negletto.

La deospedalizzazione è stata un "*must*" delle politiche sanitarie degli ultimi decenni; e sulla correttezza di tale approccio non ci può essere dubbio alcuno, nella misura in cui continua a predominare l'esigenza di sviluppare l'assistenza primaria, unica risposta possibile per far fronte al cambiamento di bisogni generato dall'invecchiamento, dalla diffusione delle cronicità ed anche, e soprattutto, dalla modificazione delle strutture familiari. E, va aggiunto, il cambiamento di bisogni anche spinto dalla innovazione, che implica sempre maggiore disponibilità di opportunità terapeutiche.

Quando una giusta istanza, come quella della deospedalizzazione, si sposa con un obiettivo più "politico", quale quello del risparmio, è però possibile che si rischi di procedere con i "paraocchi": ad esempio, già nel Rapporto 2019 (si veda per un aggiornamento dei dati il Capitolo 6) segnalavamo che l'Italia era arrivata, in tempi straordinariamente (e, quindi, anche in qualche misura "inspiegabilmente") rapidi, a diventare il Paese Europeo (EU) con il minor tasso di ospedalizzazione, con un *gap* rispetto agli altri Paesi divenuto davvero significativo. Avvertivamo, inoltre, che questa evoluzione si era realizzata in un Paese caratterizzato dall'età media elevata della

sua popolazione, e senza un concomitante sviluppo di servizi alternativi al ricovero ospedaliero.

Ci pare, allora, ci fossero sufficienti elementi perché una riflessione sulle priorità delle politiche sanitarie in questo campo fosse promossa.

Invece, la politica sanitaria nazionale è rimasta sorda e indifferente ai moniti: questa inerzia sembra poter essere ancora attribuita ad una mancanza di *vision*, che ha portato ad una riproposizione acritica delle politiche in essere; ma anche ad una carenza di strumenti di monitoraggio capaci di intercettare eventuali problematicità, quali il rischio di saturazione dell'offerta.

L'assenza di *vision* è anche alla base del rischio di cadere ora nell'errore opposto: ovvero aumentare a dismisura la capacità produttiva, con il doppio effetto di oberare il sistema di futuri oneri impropri e anche di non risolvere davvero il problema.

Un esempio di grande attualità è l'incremento dei posti letto di terapia intensiva: evidentemente ineludibile in fase emergenziale, ma che rischia di trasformarsi in un *boomerang*, nella misura in cui il loro raddoppio implica, in condizioni di ritorno alla normalità, di avere un dimezzamento dei tassi di occupazione, che in fase pre-COVID-19 erano già non altissimi (meno del 50%, dai dati disponibili). In prospettiva possiamo paventare due scenari: o i posti letto saranno "dotati" degli organici e di tutte le risorse accessorie necessarie per renderli operativi al 100%, generando un onere difficilmente sostenibile nel medio-lungo periodo, o (come temiamo probabile) con il passare del tempo, per ridurne i costi, saranno tagliate le risorse, lasciando in essere le sole infrastrutture tecnologiche, con il risultato finale che al bisogno non avremo letti davvero attivabili in modo tempestivo. Un po' come comprare degli spazzaneve in città dove nevica una volta ogni 20 anni, per poi scoprire che quando servono non partono, perché sono stati fermi troppi anni.

Il confronto con la disponibilità di letti della Germania, che viene frequentemente citato, sembra poi del tutto improponibile: non si tiene, infatti, conto che la Germania spende per la Sanità pubblica, in termini pro-capite, il 54% in più dell'Italia: un livello di spesa corrente che rimane per noi assolutamente impossibile perseguire nel breve-medio periodo.

Resilienza vs flessibilità

In una fase in cui l'aggettivo "resiliente" sembra essere diventato la moda stagionale anche in Sanità, una corretta *vision* dovrebbe piuttosto adottare come aggettivo guida "flessibile": la sostenibilità (che non è una questione risolta, come vedremo oltre) richiede un ammodernamento delle nostre strutture e delle nostre organizzazioni, capace di renderle "adattabili" alle future "anomalie", più o meno impreviste, nella evoluzione dei bisogni, senza però cadere nella proliferazione di eccessi di capacità produttiva.

In termini più accademici, si devono rimettere sullo stesso piano l'efficienza allocativa e quella tecnica, ma aumentando la consapevolezza dell'importanza della prima (perseguibile con la flessibilità) e non dimenticandosi della seconda.

Nella *vision* del SSN la flessibilità (che in qualche modo è un aspetto proattivo della resilienza) dovrebbe essere un obiettivo primario; la sfida sarà trasformare uno dei servizi sanitari più sobri del mondo, in quello più flessibile.

Le *Performance* dei sistemi *Beveridge*

Il richiamo alla resilienza ci porta alla rivalutazione di un altro *slogan* che si è imposto nella prima fase della pandemia: quello della "superiorità" del nostro SSN.

Ovviamente, come il Rapporto ha da sempre testimoniato, la tutela della salute garantita dall'accesso universalistico è una vera e sostanziale conquista di civiltà.

Fortunatamente, da italiani facciamo persino fatica a pensare che ci si possa trovare da soli di fronte al peso economico della malattia.

Se sulla superiorità morale dei sistemi universalistici non dovrebbero esserci dubbi, la sua traslazione immediata in termini di maggiore efficienza è in realtà da dimostrare.

Affermare, ad esempio, che il SSN abbia risposto

all'emergenza meglio di altri sistemi sanitari non è affatto scontato.

I tempi sono del tutto immaturi per dare una risposta in termini di *Performance* dei sistemi: ma bisogna ammettere che come mancano ragioni per "bocciature", mancano anche quelle per dare "promozioni".

Va dato indubbiamente merito al sistema Italia di avere risposto alla prima ondata più tempestivamente di quanto abbiano fatto altri Paesi europei (dimenticando, volutamente, i regimi negazionisti dall'altra parte degli oceani); ma è altrettanto vero che nel caso della seconda ondata abbiamo commesso lo stesso errore, perdendo settimane importanti, crogiolandoci nell'illusione di esserci guadagnati nella prima fase qualche vantaggio rispetto agli altri Paesi.

I dati con cui oggi ci presentiamo agli occhi del mondo dovrebbero, invece, imporci qualche domanda; basti vedere che i due sistemi più tipicamente Beveridgiani (noi e UK) sono purtroppo affratellati dai più alti tassi di letalità per COVID-19; con l'"aggravante" per noi, che il dato non è neppure "giustificabile" con la fase inizialmente negazionista del Regno Unito.

La questione viene sempre liquidata in modo frettoloso, con frasi dette "a mezza bocca", che la attribuiscono alla vecchiaia della nostra popolazione.

Applicando i tassi di letalità per fascia di età registrati in Italia alle strutture demografiche dei principali Paesi EU, si scopre, però, che la demografia spiega uno scarto di letalità media di 2/3 decimi di punto percentuale, meno del 5% in termini relativi.

Ed allora la domanda da farsi è in che altro modo possano spiegarsi le statistiche poco performanti di Italia e UK sulla di mortalità; senza pretesa di esaustività, una prima possibilità è che i denominatori (la popolazione contagiata) siano maggiormente sottostimati rispetto agli altri Paesi, avendo fatto "emergere" meno casi; un'altra, è che, in Italia, si ammalino di più gli anziani.

La prima la riteniamo probabile, ma dobbiamo anche ammettere che è un indicatore di cattiva *Performance* di sistema; la seconda è più difficilmente spiegabile: se dovesse, per esempio, essere frutto della nostra carenza di assistenza domiciliare, sarebbe di nuovo un indicatore di cattiva *Performance* di sistema.

Se, poi, ci aggiungiamo le file ai *drive in*, i posti letto di terapia intensiva che dovevano essere aperti ma sono rimasti sulla carta, l'incapacità di garantire un approvvigionamento adeguato di vaccini anti-influenzali, bisogna ammettere che molto è stato fatto, ma che non sono neppure mancate *defaillances*.

Per onestà intellettuale, dobbiamo allora imparare a declinare in modo più preciso i nostri "*slogan*": è bello e irrinunciabile, da un punto di vista della giustizia sociale, avere un sistema di copertura pubblica solidaristica e universale; ma ogni altra estrapolazione a una presunta maggiore efficacia o efficienza è una illazione, e come sempre con dati oggettivi.

La gestione in deroga

Fra i punti che riteniamo strutturalmente critici del nostro sistema sanitario pubblico, c'è quello dell'efficienza degli approvvigionamenti di beni e servizi ed anche del reclutamento di personale.

Sebbene i principali osservatori su questo settore ci dicano che i tempi di aggiudicazione delle gare siano in riduzione, anche senza contare i contenziosi, peraltro sempre troppo diffusi, siamo ancora su tempi medi molto vicini ai sei mesi. Viene voglia di dire che se per acquistare qualcosa serve metà di un anno, vuol dire che non serve davvero.

Si tratta di tempistiche inconciliabili con le esigenze dell'emergenza: non a caso, si è subito deciso di intervenire affinché le Aziende potessero operare "in deroga".

Al di là dell'emergenza, l'idea è maturata grazie ad un terreno fertile inaugurato, forse, con la ricostruzione del Ponte Morandi a Genova che, in condizioni "normali", certamente non sarebbe stato realizzabile nei tempi *record* che abbiamo sperimentato.

È stato da più parti affermato che in Italia nulla si riesce a fare a causa di una burocrazia "elefantiaca" che, di fatto, blocca ogni volontà di "fare"; questa affermazione sconta un atteggiamento culturale che tende a ricercare sempre un capro espiatorio: tanto che ormai il termine "burocrazia" ha assunto un significato sostanzialmente negativo, che non sarebbe

nella sua etimologia.

Anche in questo caso, la domanda è che cosa si intenda sostenere dicendo che la burocrazia è un freno per il Paese: a ben vedere, l'affermazione non poggia su una vera diagnosi del problema. Le opzioni rimangono molteplici: una prima possibilità è che la burocrazia freni i processi, pur svolti correttamente, perché è ormai un "corpo" ostile dello Stato; ma una seconda possibilità è che la norma non sia correttamente impostata e, ad esempio, generi confusione e/o un atteggiamento di "amministrazione difensiva" (e in Sanità sappiamo quanto può costare la medicina difensiva); una terza è che altre Istituzioni (ad esempio il sistema giudiziario) non funzionino a dovere, , minando il buon funzionamento delle norme; una quarta è che sia carente la formazione degli attori impegnati nei meccanismi di approvvigionamento; e potremmo probabilmente continuare a lungo.

La questione, quindi, non può essere liquidata con la semplice identificazione di un capro espiatorio (per quanto virtuale). Ne è riprova che, nella prima fase della pandemia, la possibilità di operare in deroga ha certamente permesso di realizzare riorganizzazioni aziendali altrimenti impensabili; ma anche che, già dopo pochi mesi, si cominciano a ripresentare i soliti "colli di bottiglia" che ben conosciamo.

L'emergenza ci dovrebbe, in definitiva, obbligare a riflettere sulle regole con cui vogliamo gestire il SSN nel futuro. Appare doveroso interrogarsi se sia vero che le norme in deroga sono l'unico modo per le aziende pubbliche di essere efficienti e, quindi, debbano essere mantenute come sono; oppure se debbano essere abolite, in tutto o in parte: e, in quest'ultimo caso, quali siano le "parti" che meritano di diventare "norma".

In altri termini, l'emergenza ha definitivamente posto in primo piano la questione della possibilità (o meno) per il *management* delle aziende pubbliche di perseguire una adeguata efficienza con l'assetto giuridico-istituzionale esistente. Un sistema la cui amministrazione non riesce a funzionare con tempi ragionevoli e certezze di risultato, è destinato a soccombere o a generare costi molto rilevanti per la Società.

Finanziamento fra costi *standard* e sottostima

In tema di assetto istituzionale del SSN, non ci si può poi esimere dal ragionare di finanziamento.

Con grande disinvoltura, siamo passati da una liturgia che assiomaticamente declamava la sufficienza del finanziamento, ad una che, altrettanto assiomaticamente, sconta la sua insufficienza.

Per la verità, come abbiamo argomentato in precedenti edizioni del Rapporto, nel primo caso, un tentativo di supporto alla tesi era stato fatto: la vicenda politico-istituzionale che ha portato al Decreto Legislativo n. 68/2011 sui costi *standard*, può essere letta come un tentativo di dare una sorta di supporto scientifico all'idea che il disavanzo finanziario fosse frutto di inefficienze regionali e non di un sottofinanziamento centrale (il tutto basato sullo *slogan* secondo il quale, se una Regione riesce ad essere in pareggio con il finanziamento riconosciuto, devono poterci riuscire anche le altre, aumentando la loro efficienza). Esula dagli obiettivi di questo contributo, riproporre per esteso le ragioni per cui lo *slogan* non assurge a "evidenza scientifica" di adeguatezza del finanziamento.

Invece, vale la pena di sottolineare che non abbiamo sinora acquisito alcuna nuova evidenza a supporto della tesi dell'insufficienza.

Possiamo anche notare che attribuire le difficoltà di contrasto alla pandemia, con un insufficiente finanziamento negli anni precedenti, è quanto meno velleitario: sebbene manchi un controfattuale, appare piuttosto improbabile che più risorse negli anni precedenti si sarebbero trasformate in posti letto di terapia intensiva, o in un maggiore sviluppo del territorio (sui cui non si è mai investito, ma non tanto per reale mancanza di risorse, quanto per assenza di una strategia condivisa sui termini del suo sviluppo).

Uno degli insegnamenti più chiari dell'emergenza in corso è che la misura del finanziamento è una scelta eminentemente politica: basti dire che nel 2020 è stato dato al SSN un finanziamento aggiuntivo (si veda il Capitolo 2) maggiore di quello ottenuto nei 5 anni precedenti.

La natura politica della scelta è evidente anche

dalla considerazione di quanto da anni il Rapporto segnala relativamente al fatto che, a partire dagli anni del risanamento finanziario, ovvero dell'inaugurazione dei Piani di Rientro, siamo passati da una quota di finanziamento pubblico italiano in linea con quello dei Paesi dell'EU originaria (EU-ante 1995), ad essere sotto il livello medio dei Paesi (in larga parte dell'est EU) entrati dopo il 1995 (si veda ancora il Capitolo 2).

Potremmo sintetizzare la questione dicendo che le scelte di politica economica che hanno guidato il Paese nell'ultimo ventennio (e oltre) ci hanno portato a passare dal gruppo dei Paesi "*Welfare driven*" a quello dei Paesi guidati dalla esigenza di privilegiare la crescita della produttività.

Salute ed Economia

A supporto oggettivo dell'opportunità di operare un rifinanziamento del SSN, dal punto di vista quantitativo si può proporre l'evidenza di una spesa ormai drammaticamente inferiore ai nostri principali partner EU (si rimanda al Capitolo 3 per i dettagli).

Inoltre, da un punto di vista "qualitativo", sembra sia maturata una nuova consapevolezza nell'opinione pubblica sul fatto che la salute sia condizione necessaria per lo sviluppo economico.

Il dubbio è quanto durerà questa consapevolezza (abbiamo una opinione pubblica che non brilla per memoria storica); quanto ne rimarrà è probabilmente funzione dell'uso che faremo di questo insperato "bonus".

Ragionevolmente, se sapremo coniugare politiche assistenziali e politiche industriali, potremo sperare che si consolidi la percezione che "la spesa sanitaria non è un costo ma un investimento" (tanto per usare un altro *slogan*, peraltro spesso abusato); in caso contrario, è facile immaginare che in breve la Sanità tornerà nell'alveo dei settori percepiti come fonte di spreco e malversazione.

Questo implica la responsabilità politica di saper inserire nella *vision* sul futuro del SSN, il perseguimento di un coordinamento stretto fra Ministero della Salute e gli altri dicasteri, ad iniziare dallo Sviluppo Economico e a seguire con l'Ambiente: facendo davvero diventare la Salute un elemento fondante di tutte le politiche.

Investimenti

Le note precedenti ci portano a quello che è in prospettiva il nodo essenziale da sciogliere, nonché il banco di prova delle politiche sanitarie dei prossimi anni: ovvero il piano degli investimenti che saranno resi possibili dal rifinanziamento del SSN.

Ad oggi le misure prese appaiono in buona sostanza reattive, fondamentalmente risposte per fronteggiare la pandemia.

L'arrivo, probabile, sebbene non scontato, delle risorse del *Recovery Fund* porranno però un problema sia di *vision*, che poi di programmazione degli interventi.

Appare opportuno propedeuticamente richiamare l'attenzione sul fatto che le risorse in arrivo non sono completamente a fondo perduto: aumenterà, quindi, il debito.

Si tratta di un tema che sembra essere in questo momento preda di una rimozione collettiva; pur non sposando le tesi rigoriste ad ogni costo, che a volte sono state persino sostenute a scapito della possibilità di sostenere gli investimenti necessari per il rilancio dell'economia italiana, non possiamo dimenticare che siamo un Paese fortemente indebitato e anche con una strutturale difficoltà a spendere.

Sul primo punto, vale la pena di aggiungere (si vedano i capitoli 2, 4 e 9 del Rapporto) che il (quasi) raggiunto equilibrio finanziario regge su circa € 4 mld. di compartecipazioni, il cui onere è distribuito in modo largamente iniquo, ed è anche fonte di impoverimento (nuovamente in aumento); con l'aggravante che l'impianto solidaristico del SSN non riesce più a compensare le disuguaglianze che si creano sul versante della spesa privata: è paradigmatico che, dove anche si osserva un'apparente riduzione delle disuguaglianze, come nel caso dei consumi privati per quintili di consumo, la ragione è una crescita più rapida della spesa sanitaria a carico delle famiglie meno abbienti, oltretutto a scapito degli altri consu-

mi.

Sul secondo punto, riteniamo che, ancora una volta, la richiamata difficoltà nazionale a spendere, possa farsi risalire ad una insufficiente capacità di trasformare la *vision* (quando c'è) in progettualità, ovvero in reali opportunità di investimento.

Più correttamente, andrebbe specificato in opportunità di "buoni" investimenti: perché un investimento che non rende è meglio non farlo, in quanto sarebbe incompatibile con la possibilità di restituzione del debito.

In altri termini, nello scenario che ci si propone per i prossimi mesi/anni, gli investimenti che saranno resi possibili implicheranno una crescita del debito, che è onorabile solo se gli investimenti saranno capaci di ridurre, a parità di servizi erogati, la spesa corrente (tra l'altro finanziabile solo se accessoria e funzionale agli investimenti stessi).

Ad oggi, le poche indiscrezioni disponibili, a parte la proposta di costituire l'ennesimo "comitato", sembrano indicare la volontà di destinare circa il 50% delle risorse all'edilizia sanitaria.

Il parco delle nostre strutture tende certamente all'obsolescenza, e la scelta di privilegiare questo tipo di finanziamento è certamente quella che viene in mente con più immediatezza. Sarebbe, però, colpevole pensare che basti avere strutture tecnologicamente "aggiornate" per aumentare in modo significativo l'efficienza del sistema.

Serve una nuova capacità progettuale, basata come più volte richiamato, sulla flessibilità, capace di precorrere nuovi modi di lavorare in Sanità e nuovi modelli di rapporto fra strutture di ricovero e territorio (tema che riprenderemo oltre).

Nella valutazione delle destinazioni del *Recovery Fund*, va approfondito anche il capitolo dell'ICT e quindi dell'*e-health* (comprendendo in tale termine, per comodità, tutte la moltitudine di applicazioni delle tecnologie dell'ICT alla Sanità).

Si tratta di un'altra sfida che richiede *vision*: in particolare, sull'impatto della "digitalizzazione" sul SSN; pensare di potersi ancora limitare a finanziare qualche progetto più o meno diffuso di Telemedicina, o rivitalizzare l'ormai vetusto progetto della cartella informatizzata, sarebbe una strategia perdente. Le tecnologie avanzano a ritmi impressionanti, e bisognerà avere la capacità di anticipare le opportunità create da quelle che arriveranno sul mercato nei prossimi 5 anni, evitando di implementare quelle vecchie di 5/10, con la speranza di recuperare un tempo perduto che, evidentemente, non tornerà, perché saranno presto obsolete.

Infine, un capitolo che ci sembra meritorio prevedere è quello del potenziamento delle strutture di ricerca nell'ambito del SSN, che è condizione necessaria per sviluppare un terreno fertile alle collaborazioni con le industrie del settore, rappresentando quindi la necessaria cerniera fra politiche assistenziali e industriali.

In sintesi, serve capacità di visione, per progettare la Sanità che "sarà"; serve, anche, la capacità di trasformarla poi in progettualità realizzabili.

Sarebbe, quindi, auspicabile vedere una inversione di tendenza: nel passato si è spesso operato allocando ex ante le risorse su macro capitoli di intervento, per poi distribuirle sulla base di qualche procedura competitiva (generando silos senza osmosi fra loro e, più di qualche volta, erogazioni a pioggia); sarebbe invece preferibile partire da una gara di idee, tesa a disegnare una compiuta *vision* del futuro sistema sanitario; sulla base di quella, si possono chiamare gli attori del sistema a presentare progettualità, allocando le risorse sulla base di una prioritarizzazione esplicita dei rendimenti sociali attesi delle varie alternative progettuali.

Politiche del personale

Gli investimenti rimangono certamente il banco di prova della politica sanitaria, ma non ci si può esimere dal proporre qualche riflessione sulla questione del personale che, pur facendo parte del capitolo della gestione della spesa corrente, è senza ombra di dubbio un elemento chiave del funzionamento del SSN.

Anche in questo caso sono emersi repentini cambiamenti di impostazione, che rischiano di essere perseguiti in assenza di una oggettiva valutazione della situazione.

Esiste, evidentemente, una contraddizione rilevante fra la necessità di soddisfare bisogni immediati derivanti dall'emergenza e la costituzione di uno scenario sostenibile in prospettiva.

Da una parte, abbiamo rischiato, e il pericolo non è del tutto passato, di avere pensato di poter fronteggiare l'emergenza aumentando i posti letto, senza considerare che il vero collo di bottiglia, organizzativamente parlando, è pur sempre il personale sanitario.

Il problema è (forse) quantitativo, ma certamente qualitativo: si è operato con massicce assunzioni, pare oltre 36.000 unità, ma poco è stato fatto per adeguare gli organici esistenti alle nuove condizioni operative.

Ovviamente per formare un rianimatore ci vogliono tempi incompatibili con l'emergenza, ma sarebbe stato ad esempio auspicabile usare i mesi estivi per formare in maniera generalizzata il personale che oggi viene mandato in prima linea ad assistere i pazienti COVID.

Di fatto ha prevalso la dimensione "quantitativa", che ha trovato giustificazione in una lettura quanto meno parziale dei dati.

Rimandando anche in questo caso al 15° Rapporto Sanità (si veda il Capitolo 3b) e anche al Capitolo 3b di questo volume per l'aggiornamento delle analisi, non c'è dubbio che le unità di personale dipendente siano diminuite per effetto di anni di vincoli (sia sulle assunzioni sia sulla spesa, quest'ultimo vincolo essendo stato, peraltro, ampiamente disatteso).

Anche senza considerare che, in parte, la riduzione è stata compensata da altre forme di lavoro non dipendente, possiamo osservare che il "depauperamento" si concentra nelle Regioni meridionali e nelle strutture non di ricovero (possiamo dire nel "territorio", che pure sulla carta si vorrebbe potenziare).

Le analisi condotte l'anno scorso dimostrano, poi, che nelle strutture di ricovero, pur in presenza di una diminuzione di unità dipendenti, negli ultimi 5 anni è aumentata la dotazione per giornata di ricovero.

Ovviamente, nel frattempo, una parte della tradizionale attività di ricovero si è trasformata in attività specialistica ambulatoriale, il cui incremento reale è però difficilmente stimabile.

A completamento di quelle analisi, quest'anno il Rapporto rileva come le dotazioni di personale italiane, confrontate con quelle degli altri *partner* EU, risultano chiaramente inferiori per gli infermieri, ma non significativamente inferiori per i medici.

Il combinato disposto di queste analisi sembra confermare che esiste un problema "quantitativo", per lo più concentrato sulla funzione infermieristica, ma principalmente esiste un problema qualitativo: ovvero un problema di reclutamento per specifiche figure specialistiche, che chiama in causa il percorso di formazione; un problema di ridefinizione delle competenze fra figure professionali; e anche un problema di riorganizzazione delle varie professioni sul territorio.

Accettando l'approccio, si pone conseguentemente il tema dell'adeguatezza delle politiche in atto: è discutibile che sia meglio utilizzare le risorse disponibili per ampliare indiscriminatamente l'organico, quando sarebbe possibile aumentare la produttività dell'organico esistente, motivandolo mediante incentivi, formazione, nonché riorganizzazione delle modalità di collaborazione.

Ad oggi, nella suddivisione delle risorse fra nuove assunzioni e incentivazioni, sembra invece avere prevalso nettamente la prima voce; se in emergenza può essere (pur rimanendo qualche perplessità) accettabile, non lo è di certo in prospettiva; reiteriamo, allora, il monito già espresso nel precedente Rapporto: attenzione a non investire in formazione di professionisti, senza avere creato le condizioni per evitare fughe in altri Paesi, dove le remunerazioni e le condizioni di lavoro e sviluppo professionale sono più appetibili.

Lo sviluppo del territorio

Da ultimo, non potevamo tralasciare il tema del "territorio". La quantità di proclami sull'importanza di potenziare il territorio, ma anche di conseguente normazione, risulta imbarazzante se paragonata agli effetti pratici, come dimostrato dal fatto che rimane il punto debole del nostro SSN.

Sul tema la condivisione è apparentemente totale:

ma probabilmente si ferma al principio; se nessuno nega l'importanza di un potenziamento del cosiddetto "territorio", come questa debba avvenire rimane oscuro; in parte per carenza di una *vision* condivisa sul rapporto che si vuole instaurare fra le varie soluzioni assistenziali; in parte per una rimozione collettiva (da cui stiamo ora timidamente uscendo) su alcuni argomenti considerati politicamente spinosi: primo fra tutti quello dell'incardinamento istituzionale di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), ma anche degli infermieri.

Andando in ordine, da anni il Rapporto evidenzia come il principale ostacolo al potenziamento del "territorio" sia la mancanza di una condivisione sui modelli organizzativi; di fatto, ancora una volta possiamo classificarla come una mancanza di *vision* su cosa debba essere l'alternativa all'ospedale nel SSN.

Questa insufficiente elaborazione è tangibile già dal nome: "territorio" ha un significato che non evoca alcunché: al più è traducibile come "tutto ciò che non è ospedale".

Appare piuttosto evidente che sviluppare qualcosa che si riesce a definire solo per esclusione, è partita persa in partenza.

Nel Rapporto abbiamo sempre preferito parlare di Assistenza Primaria: termine più corretto, e declinabile in positivo, ma purtroppo anch'esso ormai forse superato dall'evoluzione della medicina.

Dell'assistenza primaria fa, infatti, parte certamente anche l'attività specialistica (e la stessa medicina generale ha senso di esistere solo se è "specialistica", rispetto a specifiche esigenze della popolazione): attività primaria e secondaria sono ormai un continuum, sostanzialmente senza soluzione di continuità.

Andrebbe allora sviluppata, a maggior ragione in una fase che sembra preludere a significativi investimenti strutturali, una riflessione sul tema del rapporto fra "Ospedale" e "Territorio", prendendo atto che, come l'esperienza che stiamo vivendo sembra indicare, non ha più senso pensare alle due categorie in termini alternativi e quasi conflittuali; e neppure in termini gerarchici. Rimandando per i dettagli al Capitolo 10b, in cui sintetizziamo una indagine ad hoc svolta da C.R.E.A. Sanità sullo sviluppo delle Case della Salute, sembra doveroso segnalare che le strutture "intermedie" stentano a decollare, almeno a diventare quel luogo di riferimento della popolazione che si vorrebbe: forse perché stiamo generando una moltiplicazione di "luoghi" o di "riferimenti" che dir si voglia, creando confusione nell'utenza; forse perché il loro posizionamento organizzativo non è chiaro, finendo per rimanere *setting* assistenziali avulsi dalle logiche con cui, con le tecnologie attuali, si sviluppano i percorsi diagnostico-terapeutici.

In altri termini, e con un eccesso di semplificazione, ci sembra che sia lecito domandarsi se la strategia vincente sia spostare tecnologie in strutture sul territorio, oppure usare le tecnologie per non far spostare le persone dal proprio domicilio. Ovviamente la questione è più complessa di come l'abbiamo posta, e la risposta dipende, fra l'altro, dal tipo di tecnologia e di paziente.

Sembra, però, quanto meno doveroso provare a immaginare un sistema in cui, rinunciando ad alcuni ideologismi, si riconosce all'ospedale la sua funzione di polo di attrazione di fatto, intorno al quale si sviluppano (o dovrebbero svilupparsi) servizi di ricovero, ma anche di prevenzione, diagnosi, assistenza domiciliare; semplificando, un sistema di offerta integrato, in cui "territorio" e ospedale siano un tutt'uno che si concentra sulla soddisfazione dei bisogni dei pazienti.

Questo schema implica il ripensamento delle funzioni, se non addirittura della utilità dei distretti: il disegno che gli attribuisce una funzione di coordinamento fra servizi, ha senso se si riferisce alla pianificazione e programmazione dell'offerta; appare sostanzialmente inutile se si riferisce alla funzione di smistamento dei bisogni dei pazienti, sia perché questa è ragionevole che rimanga legata al rapporto fiduciario fra paziente e professionista sia perché, per gli aspetti operativi, quale quello delle prenotazioni, l'attuale disponibilità di tecnologie informatiche permette già una gestione diretta e distribuita della funzione.

Come anticipato, l'altra questione in cerca di soluzione è il superamento di una frattura carsica che si è generata nel sistema, fra chi vuole superare il rapporto convenzionale dei MMG e PLS e chi vuo-

le mantenerla; a cui segue quella della domanda di come organizzare l'assistenza infermieristica sul territorio.

Probabilmente il tema della dipendenza/convenzione è mal posto: se il tema è il "controllo" si fa fatica a capire perché un dipendente debba essere più governabile di un professionista convenzionato (i dubbi che sia più condizionabile sono più che leciti, vista la difficoltà di licenziamento); se il tema è che le differenze di trattamento fra dipendenti e convenzionati sono ingiustificate, ha ovviamente un senso, e ne vanno valutate le possibilità di superamento; se il tema è ideologico, allora va approfondito seriamente che significhi e che valore normativo abbia la questione del rapporto fiduciario.

Quello che pare certo, è che non sia accettabile un sistema in cui non c'è rapporto fra la funzione della medicina di base e gli altri *setting*. Il tema non è solo, e non tanto, l'aggregazione dei professionisti, quanto la loro integrazione con gli altri servizi.

Questo vale in prospettiva anche per gli infermieri; che possano avere una funzione essenziale per lo sviluppo del territorio non c'è dubbio: ma non è chiaro come si deve esplicare. Per quanto detto a proposito delle politiche sul personale, non si tratta di fornire di aiuti di studio i medici, secondo uno schema superato che vede gli infermieri in una posizione professionalmente subordinata; si tratta piuttosto di ridefinire ruoli e compiti e decidere come essi debbano integrarsi, anche da un punto di vista organizzativo.

L'esperienza delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) è stata ampiamente apprezzata in fase emergenziale, ma non sembra possa essere una soluzione definitiva (tanto più che, non a caso, sono appunto chiamate Unità Speciali): si tratta di capire quali funzioni debbano essere svolte dagli "infermieri di famiglia" e come queste attività debbano organizzarsi.

Riflessioni finali

L'emergenza COVID-19 ha inevitabilmente creato consapevolezza su alcuni pregi e anche alcuni limiti del SSN; limiti, peraltro, noti da tempo.

Abbiamo argomentato sul perché, alla luce delle varie analisi contenute nel volume, riteniamo che l'inerzia delle politiche sanitarie degli ultimi anni, ovvero il fallimento di alcune politiche rimaste meramente sulla carta, sia in larga misura ascrivibile ad una mancanza di *vision s*enza la quale, abbiamo anche valutato che il rischio maggiore è quello di rimanere schiavi di una continua gestione in emergenza del sistema sanitario, che comporta costi economici e umani.

Il momento è topico, per effetto del probabile arrivo di ingenti risorse per la Sanità: ma senza una chiara progettualità, con un adeguato orizzonte temporale, il rischio di sprecare le risorse con investimenti sbagliati è forte e rappresenterebbe un suicidio per il SSN.

Dobbiamo senza dubbio investire non per mantenere l'esistente, che ha dimostrato limiti importanti, bensì per creare le condizioni di una transizione verso un modello di servizio sanitario per il futuro, che sarà adeguato anche fra 5 o 10 anni.

Per fare ciò, ribadiamo, è necessario avere una *vision* strutturata, che può essere costruita solo con un apporto corale di idee (qualcuna abbiamo modestamente provato a proporla nel Rapporto); è anche necessario uscire da un diffuso conformismo, che si nasconde dietro *slogan* a volte ondivaghi e spesso non supportati da evidenza scientifica; ed infine la consapevolezza che una programmazione efficace ed efficiente è quella che parte da una *vision* del sistema: *vision* che oggi può e deve arricchirsi con le numerose indicazioni che l'emergenza ci ha fornito, mettendo a nudo le debolezze del SSN, ma anche i suoi pregi.