Prefazione

di Elio Borgonovi e Rosanna Tarricone

Alcune settimane fa, durante un convegno, uno dei relatori ha iniziato affermando che «dobbiamo renderci conto che anche nel modello di Servizio Sanitario Nazionale a copertura universalistica non è possibile dare tutto a tutti». Per uno degli autori di questa prefazione, è stato troppo forte l'impulso a intervenire dopo la presentazione, precisando che l'illusione della copertura integrale dei bisogni era fuori luogo fin dal momento di istituzione del SSN italiano. Già la legge 833/78 affermava che sarebbe stato destinato a questo ambito di intervento pubblico il 6,5% del PIL, corrispondente a risorse che difficilmente avrebbero potuto soddisfare una domanda di salute e benessere crescente e potenzialmente illimitata. Oggi tale quota non è molto superiore, poco oltre il 7%. L'ambizione della «copertura totale» faceva parte della «preistoria» del SSN e di un particolare periodo storico: il vero rischio di oggi e del prossimo futuro è quello di garantire tutto (e anche troppo) a pochi e di garantire sempre meno (ovviamente non in senso assoluto ma in rapporto alle conoscenze disponibili) a molti. Questa divaricazione si basa sulle disponibilità economiche: il mondo attuale è caratterizzato dalla più grande concentrazione di ricchezza e di potere economico della storia; è inutile riportare in questa sede dati per i quali si rinvia alle statistiche ufficiali di FMI, Banca Mondiale, OCSE, decine di organismi di ricerca pubblici e privati. Ciò ha riflessi anche sui sistemi di *welfare,* nei quali cresce la divaricazione tra «potenzialità assistenziali» date dal continuo e rapidissimo progresso delle conoscenze ed «effettivi livelli di assistenza» condizionati dai vincoli di finanza pubblica.

Nell'impostare la prefazione al Rapporto OASI 2015, abbiamo concordato sui messaggi che vogliamo condividere con i lettori, con i quali ci piacerebbe stabilire in futuro uno scambio di idee, esperienze, conoscenze, anche tramite gli strumenti di comunicazione consentiti dalle moderne tecnologie. Mi soffermo su questi ultimi perché essi ci permettono di arrivare all'annuale appuntamento di OASI avendo raccolto non solo i risultati delle ricerche, ma anche il distillato di tante e differenziate situazioni del «vissuto quotidiano» di pazienti, medici, in-

fermieri e altri professionisti della salute, personale amministrativo, manager di vario livello, responsabili delle politiche di area vasta, delle Regioni, del Ministero.

Sgombriamo il campo con una premessa che vorremo fosse chiara una volta per tutte: oggi la tutela della salute in generale è migliorata rispetto al passato e in futuro è destinata a migliorare rispetto ad oggi, a seguito del progresso scientifico, delle tecnologie, della mobilità eccetera. Ciò avverrà salvo eventi catastrofici che creino una discontinuità in questo sviluppo lineare e impongano all'umanità improvvisi balzi all'indietro, come peraltro è già accaduto nella storia. Non essendo «futurologi» lasciamo questo campo per affermare invece che l'allungamento della vita, la capacità di affrontare con successo situazioni di disabilità alla nascita o acquisite per traumi e altri eventi, la possibilità di vivere a lungo in condizioni di cronicità, l'aumento del tasso di sopravvivenza per patologie gravi che oggi portano alla morte, non necessariamente si tradurranno in migliore qualità della vita per vasti gruppi della popolazione. Basti citare il caso degli Stati Uniti nei quali, nonostante la Riforma Obama su «*Affordable Care*», rimangono alcuni milioni di cittadini che non sono tanto ricchi da permettersi assicurazioni private di elevato costo, né troppo poveri per avere accesso ai programmi pubblici o per sottoscrivere le assicurazioni previste alle condizioni della stessa riforma.

Il primo messaggio che vorremmo condividere riguarda uno dei blocchi concettuali che caratterizzano il Rapporto OASI di quest'anno (cfr. capitolo 1), ovvero lo stato del SSN dopo sette anni di contenimento della spesa. I dati riportati nella prima parte evidenziano infatti che la spesa del 2014 si è attestata a livello di quella del 2009 o di poco superiore, informazione a cui si può aggiungere che per il 2015 e il 2016 le leggi di stabilità hanno ridotto rispettivamente di 2,35 miliardi e di 4 miliardi (per il 2016 bisogna aspettare l'approvazione a dicembre) il finanziamento che era stato previsto nel Patto per la salute stipulato tra Stato e Regioni nel luglio 2014. Probabilmente, o sicuramente secondo molti di coloro che hanno partecipato ai lunghi mesi di trattativa precedenti la stipula formale, i rappresentanti dello Stato e delle Regioni sono arrivati all'accordo sapendo bene che esso non sarebbe stato rispettato in termini finanziari, tanto è vero che è stata inserita la clausola «... fatte salve le esigenze di finanza pubblica». Non è neppure il caso di discutere se la riduzione della spesa conseguente al vincolo del finanziamento sia stata ottenuta con politiche di «tagli lineari», di «*spending review*» condotta dalle Regioni, dalle ASL, dalle aziende ospedaliere; da riduzione dei livelli assistenziali: tutte le Regioni, ad eccezione Molise, Sardegna e Liguria, sono sostanzialmente in pareggio dopo l'applicazione delle addizionali regionali, come evidenziato nel Rapporto (cfr. capitolo 4). La logica aziendale spiega che tali fattori hanno agito congiuntamente e che non è facile, anzi impossibile a meno di «semplificazioni eroiche», distinguere i loro effetti, soprattutto poiché i dati aggregati (regionali e nazionali) rappresentano il consolidamento

00470238513601_VOLAIT@0001-0020#.indd 16 13/11/15 08:42

di dati relativi a realtà tra loro molto diverse, nelle quali i tre fattori probabilmente hanno agito molte volte in senso contrario. L'unica affermazione che ci sentiamo di sottoscrivere è che non vorremmo capitasse al SSN quanto, secondo un detto popolare, era scritto su una tomba: «ve lo avevo detto che stavo male». Per il Servizio Sanitario Nazionale ciò vorrebbe dire che insieme «all'acqua sporca» ossia sprechi, inefficienze, prestazioni inutili e inappropriate, acquisto di beni non utilizzati o a costi eccessivi, si «buttasse via anche il bambino», volendo indicare con ciò lo smantellamento del SSN non dichiarato esplicitamente. La nostra lunga esperienza di «ricerca applicata» sul sistema di tutela della salute, inteso in senso lato come sanitario, socio-sanitario, e anche socio-assistenziale secondo la missione del CERGAS, ci induce ad essere ancora ottimisti. Ciò perché, andando sul campo, abbiamo incontrato e continuiamo a incontrare medici, infermieri, altri professionisti della salute e dei servizi socio-assistenziali, personale tecnico e amministrativo, direttori di unità organizzative semplici e complesse, direttori generali, dirigenti, funzionari degli Assessorati regionali alla salute e del Ministero che «nonostante tutte le difficoltà e le incongruenze» continuano a credere nel sistema a copertura universale con forti contenuti solidaristici. Persone che credono ai risultati di indagini e di valutazioni fatti anche recentemente da istituzioni internazionali o straniere che pongono il SSN italiano ai primi posti al mondo in termini di rapporto indicatori di salute-livello di finanziamento. Persone che non accettano la logica secondo cui le statistiche che pongono l'Italia nei gradini bassi delle classifiche mondiali sono credibili, mentre quelle che la pongono a livelli alti sono meno credibili. Persone che i ricercatori del CERGAS, e quelli che operano in altri centri di ricerca del Pese che hanno gli stessi valori e la stessa filosofia, non si stancheranno mai di sostenere.

Il secondo messaggio che vorremmo condividere riguarda una tendenza che si è affermata negli ultimi anni in più Regioni, quella delle aggregazioni di ASL aventi l'obiettivo di razionalizzare la rete di offerta e di conseguire economie di scala riguardanti gli acquisiti e servizi comuni. Nel Rapporto OASI si analizza il caso specifico della ASL della Romagna (cfr. capitolo 7) approfondendo la dinamica dei processi, gli aspetti positivi e quelli problematici. Contrariamente al «pensiero dominante» nelle ricerche economiche e di management cosiddetto scientifico secondo cui le conoscenze si ottengono elaborando, con metodi quantitativi sofisticati, grandi banche dati longitudinali (evoluzione nel tempo) e orizzontali (confronto di molte realtà simili), l'analisi di «casi specifici», che è una della caratteristiche dei Rapporti OASI, se condotta con metodologie rigorose, consente di comprendere più a fondo ciò che accade nelle aziende. In questo modo si supera lo strutturale limite dell'approccio dominante che considera le aziende «scatole nere» caratterizzate da forte omogeneità. Invece, approfondire i processi aziendali consente di individuare «buone pratiche» da diffondere o «difficoltà e problematiche» utili ad evitare errori già commessi. I lettori di OASI potranno immergersi in tale approccio, spesso corredato con solide evi-

denze quantitative di background, analizzando i casi della grande ASL della Romagna, della trasformazione dell'attività a pagamento in alcuni ospedali (capitolo 9), dei nuovi modelli di gestione degli *outpatient* (capitolo 10), delle inidoneità totali o parziali nelle aziende sanitarie pubbliche (capitolo 11), dei modelli e criteri di accesso degli utenti a servizi socio-sanitari (capitolo 12), dei modelli di integrazione dei dipartimenti di prevenzione (capitolo 13), della modifica del ruolo delle professioni sanitarie, in particolare infermieristica (capitolo 14).

Riportando l'attenzione sulla tendenza generale verso ASL di dimensioni più grandi, appare inutile mettere a confronto i prevedibili vantaggi e svantaggi e soprattutto appare inutile o velleitario (perché quando certe «mode» si impongo è difficile contrastarle) mettere in guardia rispetto a possibili rischi. Appare invece più opportuno e proficuo fare una riflessione e porre una domanda. Sono realistici i vantaggi economici perseguiti? Quali possono essere le conseguenze? Molti rispondono con una certa sicurezza alla prima domanda portando dati sulle «economie di dimensione» ottenute con gli acquisti centralizzati, su quelle ottenute in imprese private, su quelli ottenute in altri Paesi. La prima risposta ha un limite evidente: riguarda solo una funzione e non l'intera gestione. La seconda e la terza risposta richiedono grande cautela poiché si assumono come ripetibili i risultati ottenuti in contesti completamente diversi. Questo limite vale anche quando si propongono stime «cautelative», ossia che stimano economie di dimensioni più ridotte di quelle conseguite in altri contesti. Ma il limite concettuale più rilevante, che poi si traduce in concreto, consiste nel fatto che processi di aggregazione producono economie e diseconomie, queste ultime legate ai costi interni di organizzazioni sempre più complesse e articolate . Inoltre, esistono anche costi di transazione tra l'azienda unica regionale «di servizi comuni» (dove è stata istituita) o tra le «aziende/agenzie di programmazione, acquisto e controllo» (secondo la recente legge di riordino del Servizio Sanitario lombardo approvata ad agosto 2015) e le aziende (pubbliche e private o miste delle sperimentazioni gestionali) che erogano servizi.

Un terzo messaggio su cui intendiamo attirare l'attenzione riguarda l'approfondimento dedicato quest'anno alla sanità privata sia *out of pocket* sia intermediata. Essa è analizzata sia dal lato della domanda (entità e caratteristiche della spesa) sia dal alto dell'offerta (evoluzione delle strutture pubbliche o private che erogano servizi in solvenza). Nel nostro Paese finora si è preferito non affrontare in modo esplicito tal tema, dato che si tratta di un tasto «politicamente e socialmente sensibile». Infatti ancor oggi tale riserva è diffusa in una vasta parte delle forze politiche e sociali, nonché del grande pubblico, che reagisce emotivamente all'uso stesso della parola «privato» che viene associata al logiche di profitto, alla mera efficienza, al contenimento dei costi, alle disuguaglianze. È un retaggio culturale difficile da superare e di cui ovviamente occorre tener conto, ma la funzione di studiosi è proprio quella di cercare di impostare le questioni in modo corretto anche sul piano della terminologia e seguendo il principio di

00470238513601_VOLAIT@0001-0020#.indd 18 13/11/15 08:42

realisticità. Dati i vincoli derivanti dalla distribuzione della ricchezza, in particolare quelli sulla finanza pubblica di un Paese come l'Italia gravata da un debito pari al 132% del PIL, occorre riflettere sul fatto che la possibilità di mantenere per tutta la popolazione un elevato (o almeno soddisfacente) livello di assistenza si può fondare su tre pilastri: primo, la solidarietà generale garantita dal Fondo Sanitario Nazionale (interregionale) e dai fondi aggiuntivi delle Regioni (entrambi finanziati dalla fiscalità generale); secondo, la solidarietà volontaria garantita da fondi, casse, società di mutuo soccorso con finalità di carattere non profit; terzo, assicurazioni private tramite cui singoli persone o famiglie preferiscono destinare parte del proprio reddito per garantirsi da rischi di salute rilevanti. Non vorremmo che qualcuno interpretasse male questa analisi e pensasse che il CERGAS sia schierato sul fronte di altri ricercatori e docenti bocconiani che dalle pagine di molti giornali teorizzano l'abbandono, o il forte ridimensionamento del Sistema Sanitario Nazionale per passare ad un sistema «di mercato», che ha dato prove negative di sé negli Stati Uniti, in Cina, in altri Paesi nei quali ad un elevato livello di spesa totale sul PIL sono collegati indicatori di salute generali e medi molto più bassi di quelli italiani. I ricercatori del CERGAS ritengono che occorra evitare di ragionare in termini ideali o ideologici, prendere atto delle tendenze strutturali dei sistemi economici e sociali, affrontare esplicitamente i problemi di ripensamento organico del sistema di *welfare* generale e del sistema di tutela della salute in particolare, evitare che vi sia un «razionamento implicito» dei livelli assistenziali che penalizza sempre le fasce di popolazione più deboli e più vulnerabili. Nel Rapporto OASI 2015 vengono in un certo senso approfondite e portate a sistema alcune analisi e riflessioni sulla sanità privata già presenti nei Rapporti degli anni precedenti. L'augurio è che ciò serva a difendere meglio il diritto alla salute proprio delle fasce più deboli della popolazione, poiché quelle forti comunque sia si arrangiano da sole o «cadono sempre in piedi» come dice un altro detto popolare riferendosi ai ricchi e ai potenti.

Buona lettura a tutti.

Milano, 22 Ottobre 2015

Rosanna Tarricone – Direttore CERGAS
Elio Borgonovi – Presidente CERGAS

00470238513601_VOLAIT@0001-0020#.indd 19 13/11/15 08:42