

È arrivato il nuovo patto per la salute

Elio Borgonovi

Evviva! Dopo due anni dalla scadenza naturale del precedente patto, è arrivato il nuovo che copre il periodo 2014 (per metà)-2016. Considerati i ritardi con cui nel nostro Paese si rinnovano i contratti sindacali e gli accordi istituzionali di vario tipo, l'attesa è stata lunga ma non eccezionale, tenendo conto anche del fatto che le regole per il 2012 e il 2013 sono state comunque dettate soprattutto dalle esigenze di finanza pubblica. Ma è inutile recriminare sul passato, mentre è opportuno proiettarci nel futuro. Prendendo in esame il testo, che inizia con ben 24 tra "visto", "considerato", "acquisito il parere di", e 13 leggi e decreti richiamati, mi sono ricordato di una proposta provocatoria che feci circa venti anni fa durante un convegno al quale partecipavano cultori di diversa estrazione: come sarebbe bello se le leggi e i decreti attuativi di varia natura, invece di iniziare con decine di richiami a leggi e a decreti precedenti, potessero iniziare con l'individuazione di una situazione, di un problema da affrontare, cui far seguire la breve analisi delle alternative disponibili per risolvere il problema o per migliorare la situazione, per poi arrivare a una proposta su cosa fare, come farlo e con quali risorse, completata da valutazioni sulla fattibilità amministrativa, gestionale, organizzativa, economica, per poi concludersi con una parte finale nella quale sostanzialmente dire "ciò è compatibile con..." l'elenco delle leggi e dei decreti. Mi ricordo che anche i giuristi presenti dichiararono benevolmente il loro interesse a una idea del genere, facendomi però notare subito che, in un sistema di Civil Law o di diritto formale, la proposta era difficilmente applicabile. Mi accorgo che la provocazione rimane e forse rimarrà per molto tempo, se non per sempre, un sogno un po' infantile, cui però non rinuncio.

Infatti, un patto per la salute non viene stipulato perché è necessario dare seguito a una serie di leggi precedenti, ma perché oggi, in Italia, per salvaguardare il sistema di tutela della salute, come diritto della persona riconosciuto dalla Costituzione e dalla Legge 833/78 istitutiva del SSN, è necessario che Stato e Regioni agiscano in modo convergente. Un patto per la salute si impone per rispondere alle attese, generate in 60 milioni di cittadini, dallo sviluppo delle conoscenze che rendono possibile prevenire, recuperare, promuovere lo stato di benessere fisico, psichico, si può aggiungere spirituale (in senso laico o religioso) meglio di quanto non fosse possibile fare nel 2010 quando fu stipulato il precedente patto. Ovviamente il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e Finanze, che rappresentano lo Stato centrale, e le Regioni, che hanno i poteri, la responsabilità e le funzioni di organizzare un sistema di offerta adeguato alle caratteristiche delle proprie popolazioni, hanno prospettive diverse e quindi valutano in modo diverso i problemi. Il Ministero dell'Economia e Finanze ha la responsabilità di garantire un controllo sulla finanza pubblica, realizzando difficili mediazioni tra i diversi ministeri di spesa; il Ministero della Salute, coadiuvato dagli organi tecnici quali AGENAS, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Sanitario Nazionale, ha la funzione di operare affinché i livelli essenziali di assistenza, definiti come "diritti di cittadinanza", siano perseguiti in modo relativamente uniforme su tutto il territorio (principio di universalità ed equità di accesso all'assistenza); le Regioni hanno la funzione di perseguire la differenziazione "positiva", ossia correlata alle diverse caratteristiche della propria popolazione e dei propri territori. A tale riguardo, lo Stato ha la funzione e la responsabilità di evitare che si determinino "differenze negative" tra le diverse aree del Paese, derivanti dal mancato rispetto degli indirizzi statali che hanno l'obiettivo di

armonizzare gli interventi delle Regioni. Come diceva in un lontano scritto degli anni '50 don Lorenzo Milani, ma in verità anche molti altri, (cito a memoria) «equità e giustizia non significa trattare nello stesso modo situazioni diverse, ma trattare in modo diverso situazioni diverse, affinché tutti abbiano le stesse opportunità e siano rispettati in termini sostanziali principi di carattere generale».

Un patto per la salute introdotto come nuova logica di rapporti tra Stato e Regioni è oggi ancor più necessario rispetto al 2001-2002, poiché vi è stata una crescente divaricazione tra le Regioni, accentuata e non attenuata dalla procedura dei piani di rientro introdotti a partire dal 2006. Non credo sia necessario riportare in questa sede decine di tabelle per dare concreto sostegno a questa affermazione che si basa su "evidenze quotidiane" relative alla mobilità interregionale, alla diversa lunghezza delle liste di attesa, alla diversa qualità dei servizi di diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza lungodegenti, che ogni italiano può verificare andando dal nord al sud e dall'est all'ovest del nostro Paese. In attesa della riforma istituzionale del titolo V, con cui dovrà fare inevitabilmente i conti il Patto per la salute, che ridefinirà in modo più preciso i poteri e le responsabilità dello Stato, delle Regioni, degli enti locali (questi ultimi per quanto riguarda i servizi socio-assistenziali sempre più connessi a quelli socio-sanitari), è opportuno che si generino comportamenti verso "soluzioni condivise". In questa prospettiva occorre che la pluricitata "intesa" tra i due livelli di governo si traduca in analisi condivise, valutazioni sulle cause di ciò che non funziona e sulle condizioni che fanno funzionare bene i sistemi di alcuni Regioni o alcune ASL e Aziende Ospedaliere nell'ambito della stessa regione, nonché in proposte che siano logiche, fattibili e accettabili.

Il richiamo a queste caratteristiche non è banale né superfluo. Già nel richiamo alle leggi che hanno imposto la stabilizzazione del finanziamento statale della spesa sanitaria negli ultimi quattro anni, attorno ai 110 miliardi, e nei numerosi passaggi in cui si afferma che «[...] ciò deve avvenire senza ulteriori oneri per la finanza pubblica», esiste qualche elemento di non logica, o almeno di contraddizione non esplicita. Pur partendo dall'assunto che nel SSN siano presenti sprechi e inefficienze, è difficile pensare che sia possibile il mantenimento e il miglioramento dei livelli essenziali di assistenza tramite interventi drastici e rigidi su quelle che gli economisti definiscono "macrovariabili". La logica non esplicitata delle "regole della finanza pubblica" è quella più volte richiamata da numerosi analisti secondo cui gli sprechi e le inefficienze esistono quando si ha abbondanza di risorse, mentre la riduzione delle risorse disponibili avrebbe gli stessi effetti prodotti dalle regole del mercato sulle imprese, ossia indurrebbe di per sé i decisori nazionali e regionali, delle aziende sanitarie, dei dipartimenti, delle unità organizzative di Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, a migliorare i livelli di appropriatezza (misurata da indicatori epidemiologici confrontati con altri Paesi), efficacia (misurata da indicatori di outcome), qualità dei servizi (misurata da indicatori di output), efficienza (misurata da indicatori di produttività), economicità (misurata da indicatori di costo di diversa natura). Ma si tratta di una logica solo apparente, poiché, restando fedeli al principio di evidence based management o evidence based economic behaviour, esistono tantissime ricerche che dimostrano come il contenimento del finanziamento in ambito pubblico spesso non consente di combattere gli sprechi e le inefficienze, ma determina una riduzione dei servizi, quindi dei diritti dei cittadini. Le politiche di contenimento del finanziamento statale per responsabilizzare le Regioni devono essere accompagnate da politiche e interventi idonei a stimolare/aiutare/incentivare le aziende sanitarie locali e, in generale, gli erogatori pubblici e privati di servizi.

I sistemi complessi funzionano bene se si assume questa logica: dall'alto verso il basso possono essere definite regole di carattere generale, indirizzi, linee guida, definizione di standard per realizzare confronti, mentre la vera innovazione e i veri cambiamenti vanno nella direzione opposta, ossia dal basso verso l'alto. Al riguardo si può fare una osservazione critica sull'intero impianto del Patto, poiché, dopo aver affermato nella premessa che «dovranno essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende» e che «occorre garantire un livello sempre più elevato, in termini di professionalità ed esperienza specifica, dei direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende [...]», ben poco si aggiunge relativamente alle correzioni necessarie per eliminare le errate interpretazioni date al concetto di aziendalizzazione del servizio sanitario introdotto con il DLgs 502/92 e DLgs 517/93. Mentre il termine di azienda dovrebbe essere interpretato come «sistema organizzativo che, tramite l'efficiente utilizzo di risorse limitate, è in grado di meglio perseguire i fini istituzionali, che nel caso specifico

sono la tutela della salute», molti hanno interpretato questo concetto come subordinazione delle finalità di tutela della salute all'obiettivo (di breve periodo) del pareggio di bilancio. Un'ulteriore distorsione è derivata dal collegamento del termine azienda con quello della funzione del Direttore Generale: mentre una corretta interpretazione collega la figura del Direttore Generale alla responsabilità di perseguire e mantenere una visione unitaria del funzionamento dell'azienda, un certo numero di essi (alcuni che dicono in numero maggioritario, altri che dicono in numero minoritario, altri salomonicamente dicono 50 e 50) hanno interpretato questa funzione in termini di esercizio di un potere gerarchico che li ha portati a entrare in conflitto con i medici, gli infermieri, altri operatori della salute dotati di autonoma responsabilità per gli atti nei confronti dei pazienti.

Anche il richiamo alla logica della competizione di mercato quale strumento per spingere le imprese a essere più efficienti appare fuori luogo. Infatti, proprio l'azione del mercato produce effetti di polarizzazione in quanto un certo numero di imprese viene stimolata e spinta a eliminare sprechi e inefficienze e a ricercare soluzioni innovative, mentre un'altra parte di imprese non è in grado di fare ciò e muore. Senza entrare in grandi dibattiti sulla economia di mercato, la polarizzazione delle conseguenze della competizione di mercato può essere accettata quando si parla di imprese che producono beni e servizi che rispondono a bisogni, più o meno rilevanti, ma che non assurgono al rango di diritto della persona, come è nel caso della sanità. Non può essere accettata con riguardo a un sistema pubblico di tutela della salute, poiché non è pensabile che le aziende sanitarie territoriali o le aziende ospedaliere che non sono in grado di reagire positivamente alla pressione determinata da risorse limitate possano morire. E non è pensabile nemmeno che possano essere assorbite da altre aziende, come avviene nel mondo delle imprese, o che il commissariamento possa risolvere i loro problemi. Se non si torna a investire fortemente nello sviluppo di una cultura per migliorare la gestione delle "unità nelle quali è articolato il sistema sanitario nazionale", le si voglia chiamare aziende o in altro modo poco importa, sarà impossibile trovare equilibri del SSN più avanzati e più soddisfacenti, ossia situazioni nelle quali si possa avere una migliore risposta (in termini quantitativi e qualitativi) ai bisogni di salute con un più ridotto livello di finanziamento. Sarà difficile, se non impossibile, applicare correttamente anche la logica della spending review che può essere stimolata dall'alto con criteri, indirizzi, indicazioni di metodologie da affrontare, eventualmente supporti da parte dello Stato nei confronti delle Regioni e delle Regioni nei confronti delle Aziende Sanitarie, ma che potrà trovare terreno fertile solo se nelle unità di base (aziende o non aziende, visto che i termini non sono un dogma) si svilupperanno conoscenze, competenze, abilità, attitudini, motivazioni a fare "meglio con meno". Inoltre, appare per lo meno "parziale" l'affermazione secondo cui "la qualità non costa di più, ma può costare meno". Questo è vero nel breve periodo e a parità di altre condizioni, ma, di fronte a un progresso scientifico che consente di risolvere con esito positivo problematiche di salute in passato non risolvibili, esistono strutturali spinte all'aumento della spesa. Se a ciò si aggiunge che l'Italia ha una spesa pubblica e spesa totale per la tutela della salute inferiore a tutti i Paesi con pari livello di sviluppo economico, ben difficilmente si riuscirà a stare al passo con il progresso, riducendo la percentuale del prodotto interno lordo (che tra l'altro non aumenta o aumenta poco) a questo settore.

I confronti che hanno preceduto la stipula del nuovo patto 2014-2016 sembrano aver portato apparentemente a una situazione di "reciproca accettabilità" da parte dello Stato e delle Regioni. È superfluo ricordare che nei passaggi più qualificanti del documento sia presente l'accezione "si conviene" e non potrebbe essere altrimenti visto che ora la firma dei contraenti esiste. Appare accettabile anche l'accordo su una maggiore certezza del quadro finanziario di riferimento, visto che è previsto un finanziamento di quasi 110 miliardi nel 2014, poco più di 112 miliardi nel 2015 e circa 115,5 miliardi nel 2016 con un leggero aumento in termini nominali nei prossimi due anni. Ma, indipendentemente dal fatto che sia presente una clausola esplicita, questo quadro di certezze potrebbe venir meno di fronte a ulteriori difficoltà della finanza pubblica. Tutti gli italiani, e non solo le Regioni e il Governo, auspicano che il periodo peggiore della crisi sia alle spalle, ma è necessario che l'opinione pubblica e i decisori delle politiche pubbliche abbiano ben presente l'eventualità che la ripresa sia più debole del previsto e che vi possano essere ulteriori difficoltà in termini di equilibrio dei conti pubblici. Di fronte a una tale eventualità, quale valore potrà avere il Patto per la salute? Il Governo attuale, per conto del quale hanno firmato il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e Finanze, o futuri governi, avranno la forza e la volontà di mantenere la tutela della salute ai livelli alti delle priorità per il Paese (come

si dice, al top dell'agenda politica)? In particolare, avranno la forza, all'interno del Paese e a livello di Unione Europea, per tenere fede all'affermazione qualificante contenuta nella premessa istituzionale secondo cui «il nuovo Patto ha l'ambizione di considerare il Sistema salute come un insieme di attori che costituiscono valore per il Sistema Paese. La salute è vista non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale». Questo richiamo introduce una considerazione che non riguarda solo i contraenti del Patto, ma che si estende, come appena ricordato, a tutti i soggetti che operano all'interno del SSN o che a esso sono collegati. Affermare che il Patto «ha l'ambizione di considerare» tutti questi soggetti come un valore per il Paese è solo la premessa per poter modificare radicalmente i rapporti. Occorrerà che gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati accettino di far parte in modo fisiologico di una logica di programmazione nella quale ognuno dovrà avere un proprio ruolo preciso. La programmazione non è mai un esercizio facile, poiché vuol dire mettere ordine, definire delle opportunità e dei confini per diversi soggetti che hanno interessi e obiettivi tra loro spesso divergenti e non di rado conflittuali. Tuttavia, è possibile pensare che con un metodo nuovo di programmazione che parta dal coinvolgimento dei diversi soggetti fin dalla parte di analisi delle situazioni, condivisione dei trend evolutivi dei bisogni e della domanda, arrivi a individuare soluzioni positive per tutti (win-win) o che comunque possano essere accettabili per molti dei soggetti, se non per tutti. Molti soggetti pubblici e privati del sistema di tutela della salute hanno sperimentato in passato gli effetti negativi della mancanza di programmazione, a causa di incertezze, cambiamenti di normative, conflitti evitabili, di programmazione «calata dall'alto» che non ha certo favorito la valorizzazione di tutte le energie, di programmazione fatta più di riunioni e di documenti formali che non di chiari indirizzi e criteri trasparenti, sia di allocazione delle risorse sia di valutazione dei risultati.

Il tema della valorizzazione dei diversi soggetti richiama anche un altro concetto forte presente nel Patto, sia nella premessa dove si afferma che «va potenziato l'intero sistema di governance», sia nell'art. 12 sui piani di rientro che inizia proprio con l'affermazione secondo cui «Si conviene sulla necessità di ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro [...]». Sono due affermazioni che partono da un assunto implicito, ossia che la governance del sistema sia stata debole, sbilanciata, o inadeguata negli ultimi anni.

Passando a un'analisi più puntuale anche se non di dettaglio, è interessante sottolineare che il primo articolo riguarda la determinazione del fabbisogno finanziario collegata all'orientamento di applicare criteri di ripartizione basati su costi standard. Moltissimi parlano di costi standard, ma forse non tutti si rendono conto di quale sia la difficoltà tecnica nella determinazione dei costi standard e del fatto che non esistono costi standard oggettivi. I cultori di contabilità (finanziaria, economico patrimoniale, analitica) sanno bene che ogni sistema di determinazione ha delle implicazioni di carattere politico (quali Regioni vengono avvantaggiate), istituzionale (come vengono definite le responsabilità nell'uso delle risorse), sociale (quali sono le comunità o i gruppi di pazienti che possono essere favoriti o penalizzati da certi costi), organizzativo (quale impatto si ha sui diversi modelli assistenziali). L'eventuale passaggio al finanziamento su base di costi standard, almeno per una parte della quota del finanziamento nazionale alle Regioni, avrà inevitabilmente riflessi sulla possibilità di far evolvere realmente l'assistenza dal setting ospedaliero (art. 4) al setting territoriale (art. 5). Sono noti i dati relativi ai pazienti acuti complessi che, se curati con la tradizionale logica specialistica dell'ospedale, determinano i ricoveri ripetuti, causa non marginale di aumento della spesa sanitaria. Sono noti anche i dati sulla prevalenza di pazienti cronici o con multi cronicità, soprattutto nella fascia anziana della popolazione. Sono convergenti e ormai condivise le analisi sul fatto che il 30% della popolazione con patologie croniche o complesse assorbe il 70-75% della spesa per la tutela della salute. Sono note anche le soluzioni teoriche che consistono nel garantire la «continuità» dell'assistenza secondo modelli di processi diagnostico-terapeutici-assistenziali che seguono il paziente prima, durante e dopo i ricoveri o nelle diverse fasi di evoluzione della malattia. Esistono anche «buone pratiche» di assistenza territoriale consolidate da tempo in alcune regioni italiane, ma esse non sono generalizzate nel Paese. In questo senso va interpretato anche il fatto che l'art. 5, che ha per oggetto l'Assistenza territoriale, è composto da ben 27 punti, mentre l'art. 3, che ha per oggetto l'Assistenza ospedaliera, è composto da soli 3 commi. Il primo che rinvia all'adozione di un regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi (da tempo in elaborazione e che ora sembra giunto alle battute finali), il secondo che rinvia a una ulteriore intesa

Stato-Regioni su indirizzi per garantire la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente, il terzo che richiama la necessità di elaborare entro sei mesi un documento di indirizzo per individuare criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi. La lunghezza dell'art. 5 è un chiaro segnale, i medici direbbero sintomo, del fatto che il tema non ha ancora raggiunto un adeguato livello di elaborazione e di concrete sperimentazioni. Appare comprensibile, ma non per questo meno discutibile, la scelta di essere entrati in indicazioni di dettaglio. Dove esiste un terreno fertile per l'assistenza territoriale, essa si è sviluppata e si svilupperà senza troppe indicazioni di dettaglio. Dove tale terreno non esiste, le indicazioni di dettaglio sono inutili, per non dire pericolose, poiché possono generare attese non soddisfatte e conflitti tra chi rivendicherà l'applicazione del patto e chi richiamerà i moltissimi vincoli che impediscono di attuarlo.

Qualcuno potrebbe considerare superfluo il richiamo alla umanizzazione delle cure dell'art. 4, ma esso è rilevante ed essenziale dopo un periodo dominato da priorità date ai vincoli finanziari, alle tecnologie, alla specializzazione, alle procedure, e ad altri aspetti. L'insieme degli articoli 4, 5 e 6 sull'assistenza socio-sanitaria, come direbbero i giuristi il combinato disposto di questi articoli, propone una "visione" che non è del tutto nuova ma che è nuova in quanto riporta alle origini, in quanto ricorda una concezione secondo cui si cura la malattia solo prendendosi cura della persona nella sua unitarietà. Ai principi di continuità delle cure e di presa in carico dei pazienti si ricollega bene quanto affermato nell'art. 9, nel quale si afferma che «al fine di effettuare la revisione e l'aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie si conviene di costituire una commissione» con varie funzioni specificate in seguito. Sarebbe stato auspicabile inserire in tale articolo qualche riferimento più esplicito alle esigenze di rivedere il finanziamento su base DRG e di sperimentazione e messa a punto di sistemi di finanziamento collegati alla presa in carico (per altro in parte richiamati nell'art. 5) o di sistemi collegati al principio di pagamento sulla base della efficacia dei trattamenti (pay for performance nel caso di farmaci, dispositivi medici, tecnologie mediche, metodiche, metodi ecc.). Il blocco che riguarda i livelli essenziali di assistenza (art. 10), il loro monitoraggio (art. 11), i piani di rientro (art. 12), che sono proposti con una prospettiva ben diversa da quella che li ha caratterizzati dal 2006 a oggi, i controlli dei Collegi Sindacali nelle e sulle Aziende Sanitarie (art. 13) è rilevante e, proprio per questo, merita una analisi specifica che sarà svolta in un futuro editoriale insieme alle indicazioni del Patto su temi specifici quali la mobilità transfrontaliera (art. 2), l'edilizia sanitaria (art. 14), la sanità digitale (art. 15), il Piano nazionale della prevenzione (art. 17), il riordino degli istituti zooprofilattici (art. 18), la sanità pubblica e veterinaria e sicurezza alimentare (art. 19), la ricerca sanitaria (art. 20), l'attività intramoenia (art. 21), gestione e sviluppo delle risorse umane (art. 22), l'assistenza farmaceutica (art. 23), dispositivi medici (art. 24), aggiornamento delle tariffe (art. 25), costituzione di un modello di HTA (art. 26), valutazione nazionale dei medicinali (art. 27).

Interessa invece concludere questa analisi ricordando che l'art. 28 prevede la cabina di regia articolata in un tavolo politico e in un tavolo tecnico coordinato dall'AGENAS. Appare evidente che, oltre a quanto i singoli soggetti riusciranno a fare nei rispettivi ambiti di competenze, i risultati del Patto per la salute dipenderanno molto dal funzionamento dei due tavoli e soprattutto dalla loro interazione. In effetti, un Patto per la salute è un accordo per un processo di cambiamento che coinvolge diversi soggetti. Peccato che i patti precedenti siano stati gestiti con limitato riferimento alle teorie logiche e strumenti di change management. Speriamo che il nuovo Patto applichi questo approccio secondo il quale, se è importante concordare su cosa fare, è ancor più importante trovare l'accordo su come farlo, sui tempi, e garantendo le condizioni di fattibilità sul piano politico, istituzionale, organizzativo, finanziario.