

Un Patto triennale che vale 2 anni

di Elio Borgonovi

Il 18 dicembre 2019 è stato finalmente siglato tra Governo e Regioni il Patto per la Salute 2019-2021. Giusto in tempo per brindare, anche se la soddisfazione è parziale in quanto si tratta di un piano triennale che però vale 2 anni in quanto uno è già passato.

Avrà sicuramente brindato il Ministro Speranza, che aveva posto la sottoscrizione del Patto come un obiettivo prioritario del suo mandato, insieme all'eliminazione del super ticket (inserita nella Legge di Bilancio per il 2020) e alla definizione delle tariffe delle prestazioni necessarie per lo sblocco dei LEA approvati nel lontano gennaio 2017.

Si tratta di un vero Patto per il rilancio della "leale collaborazione" tra Stato e Regioni, di una semplice tregua nel periodico braccio di ferro tra fabbisogni di un SSN e vincoli di finanza pubblica, di rinvio dei problemi mascherato da dichiarazioni di intenti, di un "calcio in avanti al barattolo della sostenibilità economica e sociale" in attesa di tempi migliori che difficilmente arriveranno? Ai posteri l'ardua sentenza mentre a noi spetta il compito di analizzare i contenuti cercando di "separare il grano dal loglio" ossia quelli positivi dai semplici rinvii o dalle dichiarazioni palesemente inefficaci e di assai dubbia realizzabilità. Anche se è vero che "è difficile fare previsioni, soprattutto sul futuro", frase di sottile sarcasmo attribuita a Niels Bohr, premio Nobel per la Fisica, è possibile applicare un esercizio di realistica e fattibilità di alcuni degli interventi previsti nel Patto.

Iniziando dalle cose sicuramente positive perché riguardano il passato si può sottolineare che è stato posto rimedio a una discontinuità di circa 3 anni in quanto il Patto precedente riguardava il periodo 2014-2016 ed è stata recuperata una logica di programmazione, seppur limitata. Programmazione che riguarda soprattutto le previsioni finanziarie, che prevedono una cifra certa per il 2019 (€ 114.474.000.000) e cifre abbastanza realistiche per il 2020 (€ 116.474.000.000) in quanto inserita nella Legge di Bilancio e € 117.974.000.000 per il 2021 (un po' meno certa perché soggetta alle dinamiche della finanza pubblica e della politica italiana). È appena il caso di ricordare che le previsioni per il 2020 e 2021 sono sottoposte alla generale incertezza derivante dall'equilibrio dei conti pubblici, ma si ritiene poco praticabile quanto è accaduto in passato, ossia che il SSN continui a essere considerato come una specie di "bancomat" da cui trarre le risorse per far quadrare i conti pubblici. Esaurita la fase dei vincoli stringenti sui livelli di spesa soprattutto nelle regioni sottoposte a piani di rientro appare poco plausibile e comunque politicamente e socialmente non sostenibile un ulteriore contenimento della spesa per un settore critico anche in termini di consenso.

Tra gli aspetti positivi va annoverata anche la forma del Patto, che è organizzato in 17 schede tematiche che sono diverse dalla tradizionale organizzazione in articoli. Infatti per ogni scheda viene enucleato il contenuto, vengono sottolineati gli aspetti critici e vengono assunti impegni che tuttavia in molti casi sono dichiarazioni di intenti non sostenute da realistiche condizioni di realizzabilità.

Al riguardo si cita la scheda sulla mobilità sanitaria, per la quale si conviene di "elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità fisiologica e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze

locali/regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni". Per raggiungere tale finalità si conviene di "istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni per una lettura del fenomeno sulla base dei lavori in corso presso il Ministero della Salute con l'obiettivo di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, già normativamente previsti, al fine di renderli attuativi. In particolare, il gruppo di lavoro dovrà individuare procedure idonee a rendere vincolanti e a garantire l'operatività dei citati accordi". Viene naturale porsi le seguenti domande: quanto tempo ci vorrà per istituire un gruppo di lavoro? Le informazioni sulla mobilità non sono o non dovrebbero già essere disponibili? Che cosa si intende per mobilità fisiologica e lettura del fenomeno? Quanto tempo ci vorrà per definire un quadro nazionale di riferimento?

Con riguardo alla Scheda 8 "Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale" si possono classificare come auspici finora rimasti inattuati le indicazioni secondo cui "nell'ambito dell'assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali. A tal fine si conviene di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'obiettivo di promuovere:

- le modalità e gli strumenti per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona...;
- il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali...;
- specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute...;
- la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzata alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica...;
- la valorizzazione del ruolo del farmacista in farmacia...".

Nell'elenco di questa scheda sono richiamate esigenze già presenti nei precedenti Patti e in altre normative, mentre sono introdotti alcuni elementi innovativi quali "valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica" e "valorizzazione del ruolo del farmacista". Al riguardo la domanda naturale che ci si può porre è: che cosa significa valorizzazione e con quali strumenti si può realizzare? Si potrebbe richiamare il contenuto di altre schede, ma in questa sede si ritiene opportuno sottolineare che il Patto 2019-2021 contiene alcuni interessanti elementi di cambiamento, ma si pone all'interno di un modello tradizionale. Esso si colloca in linea di continuità con l'"epoca del cambiamento" mentre non recepisce quello che viene definito come "cambiamento di epoca".

Prima di passare ad alcune considerazioni sugli aspetti che si ritengono meno positivi è necessario premettere che è più facile criticare che decidere, è più facile prendere decisioni all'interno di ogni istituzione rispetto a Patti che coinvolgono due livelli istituzionali, è più facile decidere in contesti caratterizzati da gerarchie chiare (per esempio le imprese private) rispetto a istituzioni che devono tener conto del consenso, e in particolare di quello elettorale (si vogliono o non si vogliono le istituzioni pubbliche). Pertanto le considerazioni di seguito svolte devono essere intese come contributo per l'attuazione del Patto o per futuri Patti. Non sono presenti, o sono appena accennate, alcune delle sfide epocali che sono già iniziate in termini di conoscenze, tecnologie, comportamenti presenti nel settore delle life science. Oggi sono in atto cambiamenti che, se non affrontati per tempo a livello di governance del sistema, rischiano di travolgere il SSN e di lasciarlo in balia di attori esterni a esso, quali sono per esempio le "big" di internet e delle consegne a domicilio, i detentori di algoritmi tramite cui si analizzano i Big Data, in generale quelli che vengono identificati come i nuovi "influencer" che sono presenti anche nel settore della salute e non solo in quelli della moda o dei tradizionali consumi di massa.

Il Patto appare ancora una volta eccessivamente schiacciato sul lato dell'offerta. Si introducono elementi di razionalizzazione nella definizione del finanziamento, si evidenziano elementi di semplificazione e accelerazione nelle procedure di allocazione dei fondi alle Regioni, si prevedono tempi e scadenze precise per quanto riguarda l'introduzione del nuovo Sistema di garanzia che dovrà sostituire la vecchia griglia LEA, si sottolinea l'esigenza di potenziare il

monitoraggio del raggiungimento di livelli soddisfacenti nel nuovo sistema, si concorda di ridefinire la procedura di nomina dei Commissari ad acta in caso di inadempienza. Poco viene detto sul governo della domanda rispetto alla quale si stanno modificando (e sono già modificati) i tradizionali processi influenza. Tradizionalmente è stato sottolineato il circolo vizioso dell'“offerta che crea la domanda”, riferito tuttavia a medici e altri professionisti o a ospedali e altre strutture di offerta che influenzano i comportamenti dei pazienti. Da alcuni anni i pazienti sono molto influenzati dall'accesso diretto alla Rete, a siti non certificati che danno informazioni distorte quando non pericolose, si hanno “effetti annuncio” di nuove terapie che stimolano una domanda inappropriata, la distribuzione di farmaci o di devices non soggetti a prescrizione passa attraverso canali non tradizionali. Nel Patto si hanno solo brevi e limitati accenni sull'uso delle informazioni, sulla partecipazione dei pazienti e sulla personalizzazione dell'assistenza nella Scheda 14: “Governo e regioni convergono sull'importanza di utilizzare efficacemente i dati di cui dispongono i Ministeri, le regioni e le strutture sanitarie per effetto della loro attività istituzionale e di trasformarli in informazioni in grado di generare valore nell'erogazione dei servizi. [...] Si conviene sulla necessità di favorire lo sviluppo di progettualità su base regionale e/o aziendale (attraverso la definizione di linee guida e nell'ambito delle risorse a legislazione vigente) che abbiano come obiettivo quello di migliorare la comunicazione e la trasparenza sull'efficienza dei percorsi clinici e amministrativi e il coinvolgimento dei cittadini mediante l'implementazione di pratiche di partecipazione inclusive, su oggetti rilevanti, orientate ai risultati sia in termini di output sia in termini di outcome, delle quali si possa rendere conto ai cittadini medesimi. Si conviene di migliorare l'esperienza del cittadino in termini di efficacia della comunicazione, trasparenza ed efficienza dei percorsi interni clinici e amministrativi, equità nell'accesso ai servizi, coinvolgimento effettivo”. Peraltro questa formulazione mette in luce i ritardi rispetto a cose che dovrebbero già essere acquisite, quali l'utilizzo di dati disponibili o il Fascicolo Sanitario Elettronico, che risulta essere stato introdotto solo da metà delle Regioni e per il quale per altro vi sono difficoltà di accesso da parte di ospedali o di altre strutture che erogano servizi.

In varie schede il tema dell'informazione viene trattato prevalentemente, se non esclusivamente, come “razionalizzazione e inter-operatività dei sistemi informativi” a fini decisionali interni alle ASL e nei rapporti ASL-Regioni-Stato, temi caldi vent'anni fa, mentre non si affronta il tema veramente critico posto dall'uso dei Big Data sul piano della ricerca, dei modelli clinico-assistenziali, degli indicatori di performance, del sistema di governance. Le conoscenze e le competenze per raccogliere masse di dati di diverso tipo, di elaborarli e di finalizzarne l'uso sposteranno decisamente il potere di governance reale del sistema di tutela della salute soprattutto dal lato della domanda. La digitalizzazione richiede un cambiamento del modo di pensare e di organizzare i processi assistenziali e soprattutto comporta l'entrata di soggetti che tradizionalmente non si occupavano di sanità. Sono i grandi soggetti di internet, gestori dei social network (Google, Apple ecc.), delle consegne a domicilio (Amazon), che hanno un'enorme capacità di raccogliere dati relativi alla salute, di elaborarli tramite algoritmi sempre più sofisticati, di condizionare i comportamenti dei pazienti.

In questo contesto si modificano radicalmente i rapporti tra produttori di farmaci, tecnologie sanitarie, medici (e in generale professionisti della salute), pazienti, in quanto i primi troveranno sempre meno conveniente agire sui professionisti per promuovere i propri prodotti e le proprie soluzioni (informatori farmaceutici e politiche di market access) e troveranno sempre più conveniente allearsi con i big digitali per rivolgersi direttamente ai pazienti scavalcando le strutture di offerta. In questo scenario vanno ripensati i rapporti pubblico-privato e le regole di governance, i rapporti inter-istituzionali tra Stato, Regioni, ASL. Il Patto è molto schiacciato sull'esigenza di mantenere un equilibrio di rapporti tra Stato e Regioni, si fa riferimento a diversi gruppi di lavoro e tavoli che si prevede di istituire, mentre non coglie l'esigenza di affrontare come SSN nel suo complesso i nuovi rapporti di influenza che si porranno in futuro, ma di cui vi sono già segnali evidenti. Nonostante si possa dire che il SSN italiano è sotto controllo per quanto riguarda la situazione finanziaria con il mantenimento di apprezzabili livelli di qualità e servizi (senza sottovalutare le differenze tra Nord e Sud, aree urbane e rurali, pazienti acuti e cronici), si deve sottolineare che i segnali di cambiamento ormai sono forti e richiedono terapie d'urto, ossia un cambiamento di passo delle politiche. Sarebbe stato utile inserire una scheda o riformulare qualcuna delle schede in modo da fare emergere che si deve passare da un Patto finalizzato

a governare i rapporti di “leale collaborazione” tra Stato e Regioni, a un Patto tra Stato, Regioni e andrebbero aggiunte anche le ASL per orientare le opportunità create dalle nuove tecnologie verso il miglioramento del benessere dei cittadini più che verso la creazione di nuove opportunità di business per grandi imprese globali che si sono e si stanno affermando nel mondo digitale.

La formulazione del Patto per la Salute può dare l'impressione che si voglia mettere “vino nuovo (nuovi rapporti Stato-Regione per affrontare una nuova realtà e nuovi bisogni di salute) in otri vecchi (un modello tradizionale di relazioni inter-istituzionali)”. In effetti manca la percezione della necessità di “fare il tagliando”, ossia ripensare l'architettura del SSN. Non si possono difendere i principi di universalità, solidarietà tramite fiscalità generale ed equità continuando a riaffermare gli stessi principi, discutere e negoziare il livello di finanziamenti, mettere in discussione le competenze eventualmente ricorrendo con frequenza alla Corte Costituzionale. I principi si difendono prendendo atto che il mondo è cambiato e cambierà sempre più rapidamente e di conseguenza definire un'architettura di sistema costruita con la logica dello scultore più che con la logica del pittore.

Dalla 833/1978 vi è stato un processo di interventi a volte rilevanti (D.Lgs. nn. 502/1992, 517/1993, 229/1999), molte volte meno rilevanti e per sedimentazioni successive (alcune decine di norme specifiche per il SSN e vari interventi previsti nelle leggi di stabilità e nelle leggi di bilancio nei vari anni) sempre con la tecnica del pittore, ossia di ritocchi a pennellate precedenti o nuove pennellate sul dipinto di base (833/78). Ciò ha reso il dipinto sempre meno chiaro e allora anche i futuri Patti per la salute dovrebbero essere impostati secondo la tecnica di “togliere progressivamente” ciò che è superfluo, i vincoli che irrigidiscono le scelte di direttori generali e di coloro che operano in frontiera, ciò che allunga i tempi e complica l'attività senza generare valore. Assumendo la prospettiva dello scultore si potrà riportare alla luce il disegno iniziale del SSN in modo da consentire al pittore (il legislatore) di dipingere un nuovo SSN adeguato ai tempi e pronto ad affrontare le sfide del futuro.

Oltre a quanto si è già scritto con riferimento all'impatto della digitalizzazione il futuro (che per definizione non si può predire ed è sempre più difficile prevedere) sarà comunque caratterizzato, oltre che da una popolazione sempre più longeva e dall'aumento delle condizioni di cronicità, anche dal rischio di nuove epidemie (già da tempo si parla della antibiotico- e antimicrobico-resistenza), nuove forme di selezione derivanti dalla diversa accessibilità ai servizi di tutela della salute, nuove forme di disuguaglianza collegate alla salute. Oggi si dibatte molto sulla crisi delle democrazie rappresentative, per tutti valga il riferimento al World Economic Forum di Davos degli ultimi anni, sulle disuguaglianze economiche derivanti dalla concentrazione della ricchezza, sulla sostenibilità ambientale, sulla libertà delle persone. Non va dimenticato che non vi può essere giustizia senza uguaglianza, non vi può essere uguaglianza senza libertà, ma le persone non possono essere veramente libere se sono povere (in termini economici), non hanno una buona salute, non hanno un'occupazione degna e dignitosa, non hanno conoscenze (knowledge divide). Tra l'altro vi è una correlazione tra povertà economica, disoccupazione, cattiva salute, disuguaglianze nelle conoscenze. Nel Patto non sembra essere presente, o comunque non appare, la riflessione sul forte rischio delle nuove disuguaglianze, poiché ci si concentra soprattutto su interventi per eliminare le attuali disuguaglianze tra regioni.

Passando ad altro tema, nel Patto si è evidenziata l'esigenza di valorizzare “lo sviluppo delle relative competenze professionali delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché del servizio [...] la revisione dei contenuti del corso regionale di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali, ribadendo il ruolo dei MMG nell'azione di prevenzione e contrasto delle malattie croniche, al fine di realizzare sul territorio nazionale una formazione che, pur tenendo conto delle specificità territoriali, assicuri un set minimo omogeneo di requisiti formativi quali-quantitativi, ritenuti indispensabili a garantire livelli uniformi di assistenza [...] la revisione, in accordo anche con il MIUR, del sistema di formazione dei medici specialisti, valorizzandone il ruolo all'interno delle strutture sanitarie regionali pubbliche facenti parte della rete formativa, con progressiva autonomia e responsabilità coerenti con il grado di conoscenze e competenze acquisito” (Scheda 3). Forse sarebbe stato utile dare qualche indicazione più specifica su come valorizzare e rivedere la formazione di queste figure senza rinviare genericamente a intese con il MIUR e a futuri Tavoli o gruppi di lavoro Stato-Regioni. Invece mancano del tutto riferimenti alle nuove figure professionali richieste dall'evoluzione delle conoscenze, delle

tecnologie, dei processi assistenziali, dei modelli organizzativi (per esempio i case manager, i gestori delle piattaforme logistiche e delle informazioni, comunicazione, coinvolgimento dei pazienti, gestione di banche dati e della sicurezza ecc.). Nessun accenno è fatto alla formazione che caratterizza i processi di life long learning se è vero, come dicono molti studiosi, che nel giro di 5-6 anni il 60-70% delle conoscenze sarà obsoleto, soprattutto nel settore della salute. Nulla si dice sulla formazione delle figure manageriali di vertice o intermedie che oggi è demandata a normative vecchie di almeno vent'anni (i corsi regionali organizzati con diversi livelli di qualità). Forse si è ritenuto superfluo inserire questo aspetto, poiché i macro-contenuti dei corsi regionali per direzioni strategiche delle ASL e AO sono stati oggetto di una precedente intesa Stato-Regioni, ma sarebbe stato utile inserire questo tema in modo organico nel quadro del Patto con una scheda specifica sulla formazione distinta da quella sul personale.

Infine si sottolinea che è sviluppata solo parzialmente e a macchia di leopardo la sequenza logica che dovrebbe stare alla base di un Patto così importante: analisi dell'attuale situazione del SSN, riflessioni sullo scenario futuro, individuazione delle criticità, modello logico sottostante alle politiche di intervento, definizione di obiettivi realistici, definizione degli interventi, riflessioni sulle nuove competenze e profili professionali richiesti, previsione delle modalità e degli indicatori di monitoraggio e di valutazione sull'attuazione degli interventi. L'articolazione in schede ha consentito di sviluppare abbastanza bene l'analisi della situazione attuale e l'individuazione delle criticità. Scarne sono le riflessioni sugli scenari futuri (riferimenti quasi esclusivi all'allungamento della vita e alla cronicità). Il modello logico di riferimento sembra essere quello di "porre le toppe ai buchi" o di recuperare i maggiori ritardi. Per alcuni temi sono indicati obiettivi che non sempre appaiono realistici. Quasi nulle sono le indicazioni sulle nuove competenze che renderebbero fattibili gli interventi indicati nelle schede (per molti interventi si ha il rinvio alla costituzione di gruppi o tavoli chiamati a definire gli aspetti tecnico-operativi). Non si affronta il tema del monitoraggio e della valutazione dell'applicazione del Patto, il che fa presumere che essi siano demandati agli strumenti utilizzati nel passato che non hanno dato buoni risultati. Per esempio si definiscono termini riguardanti la sequenza che porta dall'individuazione di Regioni che non rispettano gli indicatori del nuovo sistema di garanzia dei LEA, alla predisposizione di piani di risoluzione delle criticità, alla predisposizione dei piani di potenziamento LEA, del programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Servizio sanitario regionale, all'intervento e valutazione del Comitato LEA nelle diverse fasi (Scheda 2). Anche se alla fine di questa scheda è scritto che "Governo e Regioni confermano che il Commissariamento costituisce un rimedio ultimo dettato da circostanze eccezionali, che giustifichino l'attuazione del potere sostitutivo da parte dello Stato rispetto alle ordinarie attribuzioni degli organi di governo delle Regioni", calendario alla mano chiunque può facilmente verificare la non realistica dei termini previsti.

Da qui la domanda finale: per quale ragione dovrebbero funzionare interventi previsti dal nuovo Patto che non hanno funzionato e tempi che non sono stati rispettati in passato? A riguardo va ricordato che: con leggi, norme, patti imperfetti ma con persone competenti, motivate e guidate da valori si ottengono buoni risultati, mentre con leggi, norme, patti perfetti ma con persone poco professionali, demotivate e prive di sani valori si avranno sempre risultati insoddisfacenti. L'attuazione del Patto 2019-2021 sembra basarsi sull'auspicio che vi sia un significativo miglioramento nella qualità delle persone che sono chiamate ad attuarlo. Si lascia al lettore la valutazione su questa condizione.