

Prefazione

di E. Borgonovi e F. Longo

Il decimo Rapporto OASI consolida la disponibilità di informazioni e conoscenze quantitative e qualitative sul SSN e sull'intero settore socio-sanitario italiano. La solidità del metodo di indagine e la robustezza delle evidenze raccolte confermano che il sapere è frutto di accumulazione progressiva e offrono a manager e *policy-maker* un importante supporto per conoscere, valutare e progettare il cambiamento e l'innovazione del sistema.

Dal Rapporto emerge innanzi tutto la grande dinamicità del sistema sanitario italiano e del contesto ambientale di riferimento, decisamente superiore all'intensità del dibattito sulle evidenze emergenti e sulle alternative di *policy* disponibili. Tale dinamicità offre molte luci, ma anche alcune ombre.

La stagione in corso mette in grande evidenza le disparità di *performance* interregionali. Paradossalmente, le regioni con i risultati di *output* e *outcome* più modesti sono quelle con i maggiori disavanzi (asse del Tirreno meridionale). Il SSN ha affrontato con vigore il tema della rendicontazione dei disavanzi, imponendo ad alcune regioni pressanti e onnicomprensivi piani di rientro. I piani sono stati adottati e sistematicamente sottoposti a valutazione sul loro stato di avanzamento. Al rispetto dei piani di rientro è stato anche subordinato il parziale ripiano dei disavanzi regionali da parte dello Stato. Rimane ancora da decidere in via definitiva, nel corso della costruzione operativa del federalismo fiscale, la quota di copertura statale dei disavanzi e quindi il livello di sofferenza finanziaria da lasciare alle regioni deficitarie. Soprattutto, sono gravemente in ritardo il dibattito e la sperimentazione di soluzioni capaci di trasferire *know how*, personale specializzato, tecnologie alle regioni amministrativamente più deboli. Persiste infatti l'implicita convinzione che la sola responsabilizzazione finanziaria sia sufficiente ad avviare processi di miglioramento e di accumulo progressivo di *know how* nelle regioni oggi in difficoltà.

Come sua consuetudine, il Rapporto OASI segnala annualmente il deficit nelle politiche di sviluppo della classe dirigente del SSN. I direttori generali rimangono in carica per un tempo troppo limitato; le loro retribuzioni non sono com-

petitive con il settore privato, né commisurate alle responsabilità; debole è la selezione in base ai meriti e scarsa la mobilità interregionale. Ciò rientra nella più generale debolezza del Paese nell'attivare processi sistematici di sviluppo della classe dirigente pubblica. Pertanto, una delle leve potenzialmente fondamentali per trasferire competenze alle regioni più deboli, ossia la mobilità di *top management* qualificato, non viene attivata.

Preoccupante è anche la relativa incapacità del sistema di definire politiche generali rispetto all'invecchiamento della popolazione, che sul sistema sanitario impatta in diverse direzioni: l'aumento della domanda socio-sanitaria, l'esplosione delle patologie croniche, ma anche il consistente aumento dell'età media del personale che opera nel SSN. Quest'ultimo fenomeno, in particolare, viene ancora sostanzialmente ignorato, sebbene sia destinato a incidere pesantemente sui meccanismi di innovazione, sul clima organizzativo delle aziende, sulla futura disponibilità di competenze professionali.

Il fondo per la non-autosufficienza, infine, è stato attivato in modo strutturato e sufficientemente dotato dal punto di vista finanziario solo in pochissime regioni. L'Italia rimane quindi l'ultimo grande Paese UE a non avere una politica nazionale credibile in questa direzione. Al contrario, il SSN è stato capace di spostare quote importanti di risorse e servizi a favore della cronicità.

Più incoraggiante è che culturalmente si sia ormai affermata l'idea di sviluppare logiche di rete tra gli attori del sistema. Questo riguarda sia reti professionali, sia reti interaziendali, sia forme di connessione tra strutture sanitarie e sociali. La consapevolezza cognitiva della necessità e dell'opportunità di logiche di coordinamento e *partnership* sta generando i primi significativi impatti istituzionali e organizzativi, soprattutto in alcune regioni. Si diffondono le reti regionali per patologia; si sviluppa la specializzazione differenziata tra stabilimenti ospedalieri coordinati tra loro; si integrano processi ospedalieri e territoriali; si concentrano gli acquisti a livello di area vasta; si diffondono le forme associative tra i MMG. Il paradigma della rete sta progressivamente assumendo la stessa rilevanza culturale che qualche anno fa era riservata all'idea di competizione. In sanità, ovviamente, servono entrambi gli ingredienti (reti e competizione), ma collocati e distribuiti con la corretta struttura e intensità.

Cresce, inoltre, la tendenza a favorire logiche e politiche di *Evidence Based Medicine*, a tutti i livelli: nazionale, regionale, aziendale, professionale. La cultura dell'evidenza è ormai diffusa e stanno maturando anche i correlati approcci e strumenti attuativi, soprattutto nell'ambito dell'*Health Technology Assessment*. Iniziano quindi a diffondersi strumenti di raccolta, valutazione e diffusione di evidenza.

Segnali positivi giungono anche dalla dinamica organizzativa interna alle aziende, seppur con forti differenziazioni geografiche, quindi con alcune realtà sempre più avanzate e altre che sembrano ancora agli inizi del processo di managerializzazione. In particolare, le aziende stanno sempre più diffusamente av-

viando processi di riorganizzazione e reingegnerizzazione delle *operations*, ossia dei processi operativi, in ambito sia sanitario, sia amministrativo. Questo movimento è soltanto agli inizi e probabilmente rappresenterà uno dei principali terreni di lavoro e innovazione per le aziende sanitarie nei prossimi anni, toccando temi quali il *patient flow*, la logistica dei beni, la centralizzazione degli acquisti, l'unificazione e la digitalizzazione delle informazioni sul paziente. L'accresciuta dimensione aziendale e la parziale insoddisfazione verso la dipartimentalizzazione stanno inoltre riportando al centro delle analisi aziendali la configurazione organizzativa, in particolare l'architettura delle strutture intermedie (distretti, dipartimenti, presidi). Il dibattito riguarda soprattutto i contenuti di responsabilità da assegnare ai direttori di tali strutture, nonché il ruolo da assegnare ai corrispondenti coordinatori amministrativi. Da segnalare è anche un progressivo cambiamento degli indicatori di budget, sempre più orientati a logiche strategiche e di sviluppo organizzativo e non solo di efficienza e contenimento dei costi. Infine, si assiste ai primi tentativi di sviluppare la comunicazione come moderno strumento di *empowerment* dei pazienti e di dialogo con gli *stakeholder*, superando la logica della semplice comunicazione politico-istituzionale. Questi tentativi sono però soltanto dei primi timidi segnali di sviluppo della funzione comunicazione in alcune realtà pilota.

Le funzioni aziendali che si stanno progressivamente consolidando sono dunque diverse e soprattutto molto più ampie rispetto alla fase iniziale del processo di aziendalizzazione, che si era focalizzata sul controllo di gestione e su alcune politiche del personale. Le nuove frontiere dell'innovazione (*operations*, ICT, *patient empowerment*, rendicontazione sociale ecc.) sono promettenti piste di lavoro che progressivamente completeranno il processo di aziendalizzazione, confermando il fatto che lo sviluppo delle aziende e la consapevolezza dei risultati raggiunti favoriscono l'entusiasmo e la crescita culturale di tutti gli *stakeholder*, aumentando contemporaneamente la percezione del lavoro che resta da fare per conseguire appieno le finalità istituzionali.