

Ognuno faccia il proprio mestiere

Elio Borgonovi

Recentemente un collega mi ha accusato amichevolmente di essere un inguaribile ottimista contro ogni ragionevole prospettiva per l'Italia e, aggiungeva, più in generale per l'Europa, destinata, a suo parere, a un inevitabile declino. A parte il fatto che qualche dubbio sull'ineluttabilità del declino della civiltà occidentale mi è sorto negli ultimi anni anche sulla base di esperienze non troppo positive nelle istituzioni cui appartengo e che frequento, ho ribattuto a questa osservazione con una considerazione molto semplice sul ruolo che le persone possono avere nel determinare l'evoluzione della storia. Non è il caso di ricordare ricostruzioni storiche che evidenziano come avrebbero potuto cambiare le vicende di intere nazioni se eventi "imperscrutabili" non avessero portato all'emergere di alcuni personaggi che, non a caso, sono diventati "personaggi storici". Non è neppure il caso di richiamare il contenuto del famoso film Sliding Doors, nel quale la vita della protagonista cambia radicalmente nell'ipotesi di prendere o di perdere all'ultimo momento la metropolitana.

Mi limito a dire che anche per l'Italia, e in particolare per il SSN, le cose potrebbero cambiare decisamente e rapidamente in meglio se ognuno si mettesse in testa di fare il proprio mestiere senza occuparsi, o preoccuparsi, di dire ad altri cosa dovrebbero fare o di indicare genericamente cosa "si dovrebbe fare" o cosa "qualcun altro" dovrebbe fare. Nel mondo della concretezza, quando si usa l'impersonale resta sempre incerta, se non oscura, l'identificazione precisa dei soggetti che dovrebbero cambiare o favorire il cambiamento. Parto con il ricordare la arcinota, almeno per coloro che hanno la mia età o qualche anno in meno, frase di John Kennedy che, all'inizio degli anni sessanta, costruì la sua campagna elettorale sul motto "non domandarti cosa l'America può fare per te ma cosa tu puoi fare per l'America" che, non solo per nostalgia di un passato nel quale l'occidente era in conflitto con l'Unione Sovietica ma con prospettive di crescita e sviluppo, a me sembra molto più diretto e responsabilizzante del motto di Obama "yes, we can". Proseguo con il ricordare che "coloro che si propongono di cambiare il mondo, finiscono con il combinare grossi guai", come peraltro dimostra anche la storia recente del nostro Paese nel quale alcuni si sono proposti di cambiare gli italiani, dimenticandosi però di coinvolgere, convincere e responsabilizzare gli italiani sul proprio cambiamento. Il cambiamento calato dall'alto ha dimostrato di non funzionare nella società liquida, e ormai liquefatta, dell'era moderna. Tuttavia, se nessuno deve porsi l'obiettivo di cambiare il mondo, l'Italia o il SSN, è ancora possibile e necessario per ognuno porsi l'obiettivo di cambiare quella piccola parte del mondo, dell'Italia, del SSN sulla quale può esercitare una influenza e che può indirizzare alternativamente nella direzione del miglioramento o del peggioramento. Su questa linea mi piace ricordare l'apologo con cui Ezio Castagna, Direttore Generale della ATM di Cagliari, nominato manager dell'anno 2013 dal comitato scientifico della rivista Azienda Pubblica, ha iniziato la sua presentazione in un recente workshop di Asfor sul tema "leadership e merito". «C'erano quattro persone, chiamate Ognuno, Qualcuno, Ciascuno e Nessuno. C'era un lavoro importante da fare e a Ognuno fu chiesto di farlo. Ognuno era sicuro che Qualcuno lo avrebbe fatto. Ciascuno poteva farlo, ma Nessuno lo fece. Qualcuno si arrabbiò, perché era il lavoro di Ognuno. Ognuno pensò che Ciascuno poteva farlo, ma Nessuno capì che Qualcuno non lo avrebbe fatto. Finì che Ognuno incolpò Qualcuno perché Nessuno fece ciò che Ciascuno avrebbe potuto fare» (cit. Charles Osgood). Nel caso del

SSN non c'è un solo lavoro da fare ma ciascuno può fare tante piccole parti del lavoro in modo da evitare che qualcuno si arrabbi perché nessuno ha fatto quella parte del lavoro che ognuno avrebbe dovuto fare.

Perciò occorre che tutti si sentano responsabili e responsabilizzati nel perseguire gli obiettivi di garantire il mantenimento di un SSN che si propone di "tutelare la salute come diritto universale della persona", realizzando livelli assistenziali di qualità buona o per lo meno accettabile per tutti i cittadini e perseguendo condizioni di sostenibilità economica e finanziaria nel lungo periodo. Ciò richiede da parte di ognuno un atteggiamento e comportamenti articolati nelle seguenti quattro dimensioni:

- *proporsi di fare al meglio il proprio mestiere, ossia esercitare al meglio le proprie funzioni e mettere in campo la propria professionalità;*
- *ricercare il continuo miglioramento, senza aspettare che ciò sia riconosciuto da sistemi di incentivi espliciti: ovviamente incentivi non monetari e monetari possono favorire questa dimensione ma nessuno deve condizionare le proprie scelte e le proprie azioni alla loro esistenza;*
- *porsi l'obiettivo di sfruttare al massimo grado di autonomia che sempre esiste anche in un sistema, quello italiano, nel quale sono presenti moltissime norme, non sempre coerenti tra loro, anzi spesso contraddittorie o di incerta interpretazione;*
- *sviluppare la capacità "critica" che consente di individuare le norme, le politiche, i controlli, i vincoli superflui, inutili, addirittura dannosi rispetto all'obiettivo di tutela della salute ed esercitare la propria influenza per modificare in meglio questa situazione.*

È opportuno iniziare affrontando il tema della sostenibilità nel lungo periodo del SSN. Essa dipende, da un lato, dall'aumento dei bisogni e della domanda di salute e, dall'altro, dalla razionalizzazione del sistema di offerta. A sua volta, l'aumento dei bisogni e della domanda dipende dal progresso scientifico che consente di trattare con successo problemi di salute in passato non risolvibili, dall'allungamento della vita attesa della popolazione, dai "profili di consumo dei servizi sanitari da parte dei pazienti". È scontato sostenere che il progresso scientifico non solo non può essere arrestato ma deve essere incentivato. Si può però dare qualche orientamento ai vari soggetti. Ai ricercatori suggerire di riflettere sulle priorità da dare alle proprie ricerche per le quali esistono varie alternative. Quelle che rispondono a propri interessi scientifici, quelli che rispondono alle mode del momento, quelle che promettono prestigio personale o della équipe di ricerca, quelle per le quali è più facile ottenere finanziamenti pubblici o dalle imprese, quelle che nascono da un attento ascolto delle esigenze della popolazione, quelle che, attente alle esigenze della popolazione, possono avere un impatto sulla condizioni di salute di un maggiore o minore numero di persone che vivono in Paesi o in contesti a maggiore o minore sviluppo economico. Oltre che agire per richiedere un aumento delle spese di ricerca e fare pressione affinché esse siano considerate "investimenti sul futuro" e non "spesa corrente per soddisfare i bisogni presenti", essi potrebbero/dovrebbero riflettere sulle alternative appena richiamate, sulla disponibilità ad accettare sistemi di valutazione della qualità e dei risultati delle proprie ricerche, su un equilibrato rapporto tra ricerca di base e ricerca applicata, come la ricerca di sviluppo delle metodiche assistenziali.

Le domande rivolte ai ricercatori possono anche essere rivolte ai policy maker che potrebbero/dovrebbero decidere gli indirizzi, i metodi di selezione e i finanziamenti pubblici alla ricerca, nonché gli incentivi alle imprese per quanto riguarda i finanziamenti nel campo di farmaci, dispositivi medici e altre tecnologie applicabili nel campo della salute. I primi dovrebbero introdurre specifici criteri, metodi e tecniche per la valutazione e la ricerca nelle diverse fasi, semplificare le procedure che portano alla commercializzazione di farmaci e dispositivi medici senza ridurre il livello di rispetto dei principi etici e di sicurezza per i pazienti. Le imprese potrebbero/dovrebbero perseguire e accettare un maggior equilibrio tra propri obiettivi di profitto, competitività con altre imprese, riduzione del proprio rischio finanziario e del carico fiscale derivante da fusioni e incorporazioni (logica di creazione di valore per sé e per i propri stakeholder) e obiettivi di generazione di "valore pubblico", ossia per i pazienti e per il SSN. I medici, gli infermieri e altri professionisti a diretto contatto con i pazienti che sono impegnati nell'assistenza non dovrebbero limitarsi a garantire

prestazioni e livelli assistenziali di più alta qualità (funzione peraltro meritoria e di alto valore etico) ma potrebbero/dovrebbero sentirsi impegnati anche nell'attuare quella parte di "ricerca sul campo" che genera evidenze sulle quali può basarsi lo sviluppo delle conoscenze. Pur nel riconoscimento di diversi ruoli non vi può essere separazione e separatezza tra l'attività di assistenza (applicazione al meglio delle conoscenze esistenti) e ambiti di ricerca demandati alle università, agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai laboratori, agli istituti e ai centri di ricerca di alto livello. I manager di aziende ospedaliere, aziende sanitarie, altre strutture di erogazione non possono limitarsi a perseguire obiettivi di buon funzionamento delle proprie organizzazioni, valutati sulla base di criteri e indicatori di appropriatezza, efficacia (outcome), qualità dei servizi (output), efficienza (rapporto output/input), costi, ma devono sentirsi responsabilizzati nel creare un ambiente che stimoli, promuova e riconosca la ricerca. Su questo fronte vi è spazio anche per un diverso ruolo dei pazienti e delle loro associazioni. Essi non devono solo esercitare i propri diritti ad avere risposte adeguate ai propri bisogni di salute, ma potrebbero/dovrebbero rendersi disponibili per sperimentazioni e per attività di promozione della ricerca di cui magari essi non potranno beneficiare direttamente ma di cui potranno beneficiare in futuro pazienti colpiti dalle stesse patologie.

A sua volta, l'allungamento della vita è indubbiamente un fattore di incremento strutturale della domanda di servizi, come hanno dimostrato numerosi studi empirici, secondo i quali una parte rilevante di spesa è riferibile alle esigenze della popolazione più anziana che, tra l'altro, è inevitabilmente quella caratterizzata da condizione di cronicità e di multicronicità. Questo fenomeno può essere affrontato agendo su più fattori, innanzitutto rafforzando l'attività di educazione sanitaria diretta nei confronti degli anziani di oggi, per invertire la percezione secondo cui "molti accertamenti e molti farmaci sono la migliore risposta ai loro bisogni". Educazione sanitaria che va estesa anche ai giovani e alla popolazione adulta di oggi, in quanto dai loro stili di vita dipendono in misura significativa i loro bisogni di salute quando diventeranno anziani, quindi dipende la sostenibilità nel lungo periodo del SSN. La logica "consumistica", influenzata dalla ricerca di profitto da parte delle imprese che ha caratterizzato il periodo dell'opulenza soprattutto dei Paesi occidentali, si è estesa nei decenni scorsi anche al settore della salute. A poco sono valse molte ricerche e molte analisi che dimostravano l'inefficacia e a volte addirittura i danni del "consumismo" di servizi sanitari.

La crisi sistemica che ha colpito i Paesi occidentali a partire dal 2008 ha contribuito a ridurre drasticamente in essi, e soprattutto nel nostro Paese, il tasso di sviluppo della spesa pubblica destinata alla salute e anche le disponibilità delle famiglie. Invece che agire con l'innalzamento di ticket per contenere i consumi e con la riduzione dei trasferimenti alle Regioni (misure sulle quali in questa sede non si esprime alcuna valutazione di merito), lo Stato potrebbe/dovrebbe agire lanciando puntuali campagne di sensibilizzazione con strumenti rivolti alla popolazione anziana basate sul seguente messaggio: non chiedete al medico di prescrivervi più medicine ed esami ma di darvi solo il "minimo necessario". Anche le Regioni potrebbero/dovrebbero attivare campagne di informazione e predisporre incentivi alle aziende che propongono progetti di educazione sanitaria. Invece che trovarsi su fronti contrapposti, Stato e Regioni potrebbero/dovrebbero unire le forze per proporre un grande progetto nazionale di informazione, educazione, prevenzione sanitaria nel quale inserire programmi mirati che tengono conto delle specifiche condizioni socio-economiche e culturali delle singole Regioni o di aree omogenee all'interno di Regioni di grandi dimensioni. Programmi che potrebbero/dovrebbero essere pensati in modo integrato, ossia prevedendo comunicazioni, azioni, incentivi rivolti di volta in volta a pazienti, a medici di medicina generale, pediatri di famiglia, infermieri e altri operatori sociosanitari operanti sul territorio, medici, infermieri e altro personale di assistenza negli ospedali, ambulatori, strutture di riabilitazione, manager di aziende sanitarie e di aziende ospedaliere pubbliche, strutture di offerta private accreditate con il sistema sanitario.

Anche chi è stato ed è ancora chiamato ad applicare le normative sulla spending review potrebbe/dovrebbe applicarle non solo per colpire sprechi, inefficienze, corruzione, ma anche per salvaguardare quelle componenti di spesa che producono un più elevato beneficio nel breve, medio e lungo termine. Le istituzioni e le persone chiamate ad applicare i provvedimenti di spending review potrebbero/dovrebbero farsi guidare dalla considerazione secondo cui le spese per l'informazione, l'educazione e la prevenzione sanitaria sono caratterizzate da un paradosso se analizzate secondo schemi concettuali consolidati. Infatti, si tratta di spese i cui benefici sono "meno visibili" nell'immediato e nel breve

periodo e che appaiono "più facili" da tagliare in quanto non trovano forti gruppi di pressione disposti a difenderli. L'informazione e l'educazione sanitaria, che sono il fondamento di una efficace azione di prevenzione, sono considerate genericamente importanti per tutti, ma poi sono difese solo da pochi quando si affrontano i problemi decisionali sulle spese da tagliare. Il paradosso consiste nel fatto che si tratta di spese di dimensioni ridotte rispetto a molte altre voci di spesa, la cui riduzione determina limitati vantaggi sul piano della spending review, mentre esse hanno un impatto rilevante in termini di contributo a ridurre spese future per diagnosi, cura, riabilitazione. Molti studi di OMS, OCSE, università e centri di ricerca nazionali e internazionali evidenziano che fattori determinanti di molte patologie (cardiovascolari, tumorali, bpco ecc.) che colpiscono centinaia di migliaia di persone, sono riconducibili al vasto capitolo degli stili di vita (alcolismo, fumo, altre dipendenze, malnutrizione, obesità, gioco ecc.) che sono modificabili principalmente tramite interventi e azioni non classificabili come "sanitari" e che comportano spese che i puristi della contabilità e del rigore non di rado classificano come "non istituzionali" e quindi non ammissibili o da ridurre prioritariamente.

Anche le imprese, invece di attivare azioni di lobbying per difendere interessi consolidati che derivano da logiche vincenti o difendibili nelle società di continua espansione del PIL, potrebbero/dovrebbero adottare logiche di innovazione strategica coincidente con l'innovazione sociale, compatibile con il nuovo quadro economico. Invece che continuare a sostenere prodotti e consumi collegati a stili di vita "non salutistici" (tra cui anche inappropriati comportamenti prescrittivi di accertamenti diagnostici e farmaci), molte imprese potrebbero/dovrebbero ricercare un posizionamento strategico relativo alla produzione di alimenti salubri e proporsi come partner di aziende sanitarie territoriali e ospedaliere per individuare percorsi diagnostici terapeutici e riabilitativi idonei a garantire l'uso appropriato e con più elevato beneficio di farmaci, dispositivi medici, altre tipologie di tecnologie per la salute. Non si tratta di teorizzare una "decrescita felice" anche per il settore sanitario, ma di intraprendere la via di una "crescita sostenibile secondo principi di appropriatezza" nella quale le imprese capaci di coniugare il proprio interesse con quello generale dei pazienti e del SSN, saranno vincenti e potranno sviluppare il proprio giro di affari rispetto alle aziende che penseranno di continuare a utilizzare il loro potere di lobbying per difendere interessi propri non coincidenti con gli interessi dei pazienti e del SSN. Una strategia che, inoltre, metterebbe queste imprese anche nella condizione di essere vincenti in enormi "nuovi" mercati costituiti da circa 3 miliardi di abitanti che vivono in condizioni di povertà (meno di 1,75 dollari al giorno) e di altri circa 2,5-3 miliardi che hanno un tenore di vita medio basso, popolazione che non può accedere a livelli di assistenza soddisfacenti a causa degli sprechi dovuti a consumi inappropriati che caratterizzano circa 1-1,5 miliardi di persone che vivono nei Paesi sviluppati o che rappresentano la parte ricca dei Paesi emergenti.

Passando dal lato della domanda al lato dell'offerta, chi vuole realmente e sinceramente dare il proprio contributo per vincere le sfide economiche per l'Italia e per l'Europa derivanti dalle mutate condizioni economiche dei Paesi, deve superare, o almeno integrare, la semplice critica a provvedimenti di contenimento della spesa. Critiche molte volte corrette e condivisibili poiché, come hanno dimostrato le politiche imposte dalla Trojka (UE, BCE, FMI) anche nel settore della tutela della salute in Grecia, Portogallo, Irlanda, Spagna (per ora l'Italia è riuscita a evitare questo intervento) l'effetto è stato quello di ridurre drasticamente i livelli assistenziali penalizzando soprattutto e inevitabilmente i gruppi più fragili della popolazione. In Italia, le politiche di risanamento delle Regioni sottoposte a piano di rientro hanno indubbiamente avuto risultati positivi sul piano finanziario (azzeramento o quasi dei disavanzi) ma sembrano (il dubitativo è utilizzato per riconoscere le posizioni di diversi analisti) aver ridotto i livelli di assistenza delle popolazioni di quelle Regioni, o di aver aumentato le differenze regionali. Ogni Regione, ogni direttore generale di Asl o AO, direttore di dipartimento o di unità organizzativa semplice o complessa, équipe assistenziale (che opera in ambito ospedaliero o non ospedaliero), operatore sanitario, sociosanitario, socioassistenziale, dovrebbe cercare di porsi innanzitutto la seguente domanda: l'équipe, l'unità operativa, il dipartimento, l'azienda di cui ho la responsabilità sta utilizzando tutti gli spazi di autonomia (limitati o ampi che siano) di cui dispone? E ancora, abbiamo verificato tutte le possibilità (tecniche, organizzative, normative, istituzionali, politiche) per poter migliorare, ossia per dare risposte appropriate efficaci, di qualità ai pazienti e per darle nel modo più efficiente e al minor costo? Abbiamo coinvolto i pazienti, le famiglie, le loro associazioni per capire realmente di cosa hanno bisogno? Infine, stiamo attivando tutte le

alleanze possibili per rimuovere assurde normative e ostacoli burocratici che impediscono di rispondere alle aspettative dei pazienti di avere un sistema di servizi degno di un Paese avanzato? A sua volta, le Regioni dovrebbero porsi le seguenti domande: abbiamo attuato analisi idonee a capire il grado di utilizzazione delle strutture di offerta e i livelli di variabilità delle performance (in termini di outcome e output) e dei livelli di efficienza? Abbiamo attuato politiche per eliminare i livelli di variabilità non giustificate? Abbiamo adottato metodi e tecniche di valutazione degli investimenti in dispositivi medici e in altre attrezzature direttamente o indirettamente collegati alla salute onde evitare una diffusione guidata da criteri diversi da bisogni reali? Abbiamo adottato le misure per riorganizzare il sistema di offerta? Abbiamo attuato controlli sul grado di attuazione delle politiche e sui risultati ottenuti?

Aumentare la capacità di dare risposte a queste domande rimettendo in discussione le soluzioni e le modalità organizzative consolidate alle quali ognuno si è abituato consentirebbe di raggiungere effettivamente l'obiettivo posto in molti provvedimenti legislativi adottati a partire dal 2010, sintetizzato dalla ricorrente frase: "questi interventi devono essere adottati senza ulteriori oneri per la finanza pubblica e senza riduzione dei livelli assistenziali". Si tratta di un vincolo che esprime un "orientamento di fondo" che in alcuni casi potrà essere conseguito tramite la riduzione di sprechi e inefficienze dovuti a scarsa professionalità (che non può essere modificata per legge ma può essere contrastata con idonee iniziative di formazione) o a fenomeni di corruzione (che evidentemente possono essere combattuti e contrastati con interventi di carattere non sanitario). In altri casi sarà impossibile rispettare questo vincolo e quindi ci si troverà di fronte all'alternativa di rispetto del vincolo di spesa con riduzione dei livelli assistenziali o, viceversa, di difesa dei livelli assistenziali (diritto costituzionalmente garantito) senza rispetto del vincolo di non aumento per la spesa della salute. Tuttavia, se ognuno nella propria posizione si porrà il problema di trovare concretamente (poiché conosce i problemi reali e specifici) risposte alle domande sopra richiamate, sarà più agevole rispettare entrambi i vincoli. Ciò almeno nel breve periodo, poiché nel medio-lungo periodo agiranno le pressioni strutturali che spingono ad un aumento della quota del PIL destinato alla tutela della salute.

Chi vuole essere effettivamente "agente del cambiamento" non per salvare la finanza pubblica, o per un generico orientamento all'innovazione, o per sé, ma per il benessere dei pazienti e indirettamente di tutta la popolazione, deve innanzitutto esprimere con i propri comportamenti la volontà di cambiare, deve attivare tutti i canali per acquisire le conoscenze necessarie a orientare positivamente il cambiamento e deve mettere in campo il proprio potere (più o meno grande) su quella piccola parte del mondo sulla quale ognuno ha influenza. In definitiva, ognuno deve fare il proprio mestiere affinché ciascuno possa contribuire al cambiamento, onde evitare che qualcuno si lamenti perché nessuno si è dato da fare... e tutti hanno continuato a lamentarsi per le cose che non vanno.