



17° Rapporto Sanità

Il futuro del SSN: *vision* tecnocratiche e aspettative della popolazione

17th Health Report

The future of the IT-NHS: technocratic visions and people's expectations

A cura di / Edited by:

Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena



DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA E FINANZA



Ministero della Salute



REGIONE
LAZIO



Università
San Raffaele
Roma

Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione

d'Angela D.¹, Polistena B.¹, Spandonaro F.²

L'Europa, nel momento in cui scriviamo, combatte con una nuova ondata di contagi di COVID; non è per ora prevedibile quale ne sarà l'impatto in Italia, e quindi il rischio di "inaugurare" una nuova fase emergenziale.

In ogni caso, e confidando che ciò non avvenga, dopo quasi due anni di emergenza causata dalla pandemia, sembra non più procrastinabile il tentativo di formulare qualche valutazione sulle prospettive del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

A scanso di equivoci, sottolineiamo che ci concentreremo sulle prospettive del SSN, trascurando volutamente considerazioni sulla gestione della pandemia. Si ritiene, infatti, che non sia ancora venuto il tempo per trarre conclusioni su una fase così drammatica, che tanto ha coinvolto il SSN; prudenza necessaria, in particolare, in ragione della difficoltà di valutare le *Performance* regionali, operazione che richiederebbe di superare l'intrinseca complessità di dare un "valore" all'effetto "sorpresa". Tale effetto impedisce confronti regionali non distorti, in quanto ha impattato in modo evidentemente difforme nelle diverse aree; analoga riflessione vale anche per l'incidenza dei contagi e quindi per la pressione sulle strutture; ci sembra, quindi, che per trarre conclusioni sulla gestione della emergenza, sia prudente attendere il consolidamento delle informazioni disponibili, tanto sugli esiti della pandemia, quanto sulle effettive risposte regionali.

Come anticipato, non è però possibile sottrarsi all'imperativo di valutare le prospettive evolutive del SSN, perché il Paese deve prendere decisioni (in verità non solo in campo sanitario) non procrastinabili

e i cui esiti rischiano di essere discriminanti per il futuro della nostra Società.

Come argomenteremo più approfonditamente nel seguito, il nodo centrale sembra essere quello della implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che porta risorse per investimenti senza precedenti: condizione necessaria, ancorché evidentemente non sufficiente, per modificare le traiettorie di crescita del Paese, oltre che la resilienza del SSN.

Il PNRR è una occasione irripetibile, il cui esito (come sperabile) sarà quello di rilanciare il Paese; ma potrebbe anche essere disastrosa, qualora le scelte di investimento fossero quelle sbagliate.

Al fine di fornire un contributo per "non sbagliare", iniziamo con l'osservare che le scelte fatte in tema di Sanità sono il frutto di anni di discussioni interne al SSN; non stupisce, allora, che come tradizione del nostro servizio sanitario, gli interventi previsti si concentrino sul lato dell'offerta, con l'obiettivo di riadattarla alle nuove esigenze, ivi comprese quelle emerse nella fase pandemica.

Poca o nessuna attenzione è stata, però, deputata a raccogliere i "desiderata" dei cittadini, nella pretesa, non scontata, che il SSN sia certamente in grado di coglierli e rappresentarli: in altri termini, si persegue il cambiamento, adottando una visione sostanzialmente tecnocratica del SSN.

C.R.E.A. Sanità ha, allora, sentito il bisogno di provare a fornire un contributo al dibattito analizzando, oltre la coerenza interna del PNRR, anche quella esterna, ovvero colmando la mancanza di una verifica della coerenza del Piano con le aspettative dei

¹ C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² C.R.E.A. Sanità, Università San Raffaele, Roma

cittadini.

Per fare ciò, abbiamo chiesto direttamente ai cittadini, mediante una *survey* svolta su un campione rappresentativo della popolazione italiana, quali siano a loro parere i punti di forza del SSN, gli elementi di malcontento, e le loro priorità per il futuro.

Ciò premesso, iniziamo la nostra disamina osservando che il futuro del SSN sarà, ovviamente, condizionato dalle eredità lasciate dalla pandemia: da questo punto di vista, se gli effetti della vaccinazione saranno persistenti, ovvero potrà essere possibile “convivere” con il COVID senza dover affrontare nuove emergenze, le eredità della pandemia che dovranno essere gestite dalla politica sanitaria è presumibile che siano principalmente legate a tre aspetti distinti:

- gli esiti del cosiddetto *long-COVID*
- il recupero delle prestazioni trascurate durante l'emergenza (e dei relativi esiti)
- la sfida della “messa a terra” del PNRR.

Evidentemente, i tre aspetti sono interrelati: i primi due implicano un futuro “aggravio” di oneri per il SSN; e, visto che il sistema “pre-COVID” si è dimostrato avere insufficienti margini di capacità produttiva in eccesso (o insufficiente flessibilità), vi si potrà fare fronte, in modo efficace, solo promuovendo una nuova organizzazione, più efficiente, del SSN; in altri termini, determinando una maggiore produttività, che dovrebbe essere il frutto del “terzo aspetto”, ovvero quello del buon esito degli investimenti pianificati nel PNRR.

Sui primi due punti, malgrado le informazioni disponibili siano ancora frammentarie, la situazione è probabilmente seria ma forse non davvero “critica”, almeno non quanto si potesse temere.

Sui bisogni legati al *long-COVID* ancora non disponiamo di una evidenza che ci permetta di fare previsioni: si può, però, ipotizzare che si tratterà di problematiche quantitativamente rilevanti ma “croniche” e, quindi, in qualche modo “diluibili” nel tempo; rilevanti per effetto sia del numero di contagiati

con decorsi complessi, sia perché riguarda anche i non contagiati, come i grandi anziani, sui quali il *lockdown* e la “segregazione” in casa produrrà effetti negativi. Sebbene non ci siano noti studi in tal senso, riteniamo facile paventare che la perdita di auto-sufficienza delle persone più fragili rappresenterà in prospettiva un problema per i servizi pubblici; in compenso, se si tratterà, come probabile, di problematiche essenzialmente croniche, queste implicheranno una presa in carico “diluata” nel tempo che, in termini organizzativi, risulta scarsamente (o meno) impattante.

Sul tema del recupero delle prestazioni, va detto che gli esiti (negativi) dei ritardi nei controlli e nelle diagnosi, come anche negli atti di prevenzione, pur clinicamente significativi, non sono purtroppo recuperabili e, quindi, paradossalmente, non rappresentano un tema gestionale per il SSN.

Diversamente, è doveroso, e urgente, mettere in atto misure per recuperare le mancate diagnosi e ridurre le liste di attesa (specialmente quelle chirurgiche), onde limitare i danni che, certamente, già si sono provocati con i ritardi accumulati.

La presa in carico delle problematiche segnalate richiede risorse (umane e in alcuni casi anche strutturali, come avviene per le sale operatorie) ed evoluzioni organizzative: emerge, quindi, una problematica legata ai costi di gestione della “convivenza con il COVID”, che non si esaurisce, quindi, con l'aspetto vaccinale.

A fronte di queste esigenze prospettiche, non ci sembra di intravedere previsioni di finanziamento del SSN che ne tengano adeguatamente conto.

Come argomentato nel Capitolo 2, l'incremento del finanziamento annuo del SSN, nel 2020, è stato raddoppiato (per quanto, in valori assoluti si trattasse di cifre modeste); nel 2021 ha, poi, registrato un “balzo in avanti”, perché è stato incorporato nel finanziamento quanto stanziato l'anno precedente per far fronte alla pandemia.

Peraltro, non sarebbe davvero un incremento

“netto”, poiché, secondo le Regioni³, lo stanziamento aggiuntivo sarebbe risultato insufficiente a coprire i maggiori oneri del COVID.

Indipendentemente da questo aspetto, da quanto si evince dalla Legge di Bilancio 2021, già dal 2023 si invertirà la tendenza e se si confermeranno le indicazioni normative, nel giro di 2/3 anni il finanziamento si riporterà sulla traiettoria (invero modesta) di crescita del periodo pre-pandemia (Figura 1.).

In termini macro-economici, è immediato interpretare la ratio dei *trend* descritti: si conferma che stiamo vivendo in una “bolla” temporanea, caratterizzata dalla sospensione del Patto di Stabilità, e quindi dalla possibilità di spendere in disavanzo; ma la “bolla” è destinata a scoppiare, e lascerà il Paese con un debito che si aggira intorno al 160% del PIL: un livello che, purtroppo, fa presagire un ritorno ad una fase di “austerità”.

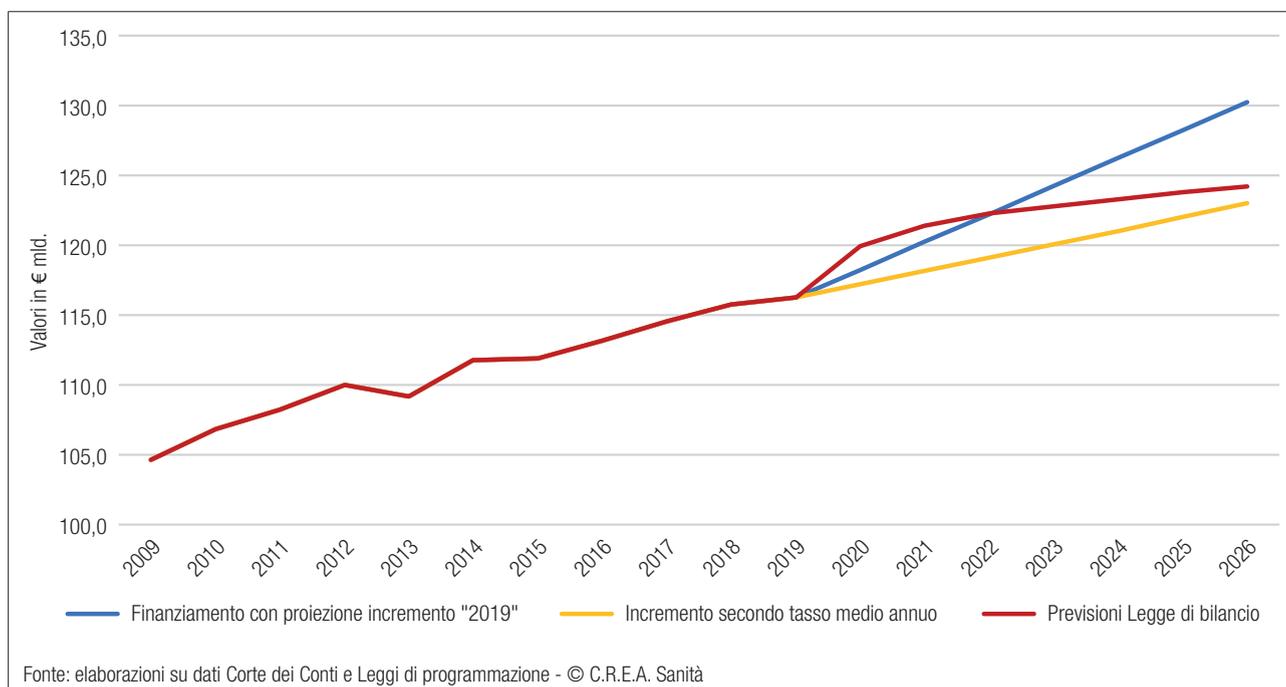
Una “previsione” che non può essere scevra di preoccupazioni, perché a meno di cambiamenti “di-

sruptive”, il finanziamento sembrerebbe destinato a confliggere con le esigenze reali sopra evidenziate.

Inoltre, il quadro debitorio sarà ulteriormente aggravato dagli effetti “indiretti” del PNRR: infatti, come approfondiremo nel prossimo paragrafo, intanto le risorse previste nel Piano genereranno debito per circa due terzi del loro ammontare, e poi il Piano stesso, ampliando l’offerta, implica una necessità di maggiore finanziamento corrente. Ad esempio, sembra evidente come il potenziamento delle strutture territoriali, vero investimento “core” del PNRR, richiederà anch’esso un incremento di spesa per il personale (e non solo).

Malgrado la pandemia abbia dimostrato (se mai ce ne fosse stato bisogno) che il livello di finanziamento del SSN è una scelta politica (nel dibattito politico, tanto si riteneva sufficiente prima, quanto si ritiene insufficiente oggi), è del tutto evidente che, finita l’emergenza, anche gli altri capitoli di spesa pubblica reclameranno attenzione.

Figura 1. Finanziamento del SSN



³ Le Regioni dichiarano il *default* sanitario: “Siamo sotto di 2,2 mld e abbiamo finito i soldi. Senza interventi dello Stato non riusciremo a garantire ulteriori costi pandemia e dovremo aumentare le tasse a cittadini e imprese”, Quotidiano Sanità, 16 Novembre 2021

Paradossalmente, malgrado nell'opinione pubblica sembra essersi diffusa la convinzione che siano finiti i "problemi economici" del SSN, una analisi critica dovrebbe portare a concludere che la situazione finanziaria non è, affatto, "rosea".

Quella citata è una falsa convinzione, poiché poggia sull'idea che il futuro finanziamento della Sanità possa essere sostenuto con i fondi del PNRR: si tratta di una aspettativa errata, nella misura in cui sembra esserci bisogno di adeguare la spesa corrente del SSN, mentre il PNRR finanzia (quasi) solo quella in conto capitale.

Si conferma, quindi, che il PNRR è il vero fattore strategico per il futuro del SSN, nel senso di una grande opportunità, ma anche di un fattore di elevato rischio: una grande opportunità perché è la prima, e forse unica, occasione per rilanciare gli investimenti del SSN che, per lungo tempo, sono stati "ridotti al lumicino"; ma anche un rischio, perché il buon esito degli investimenti dipende dall'aver elaborato una (corretta) *vision* sul futuro del SSN, sia in termini degli ammodernamenti/riforme di sistema necessari, sia in termini di obiettivi ultimi degli investimenti.

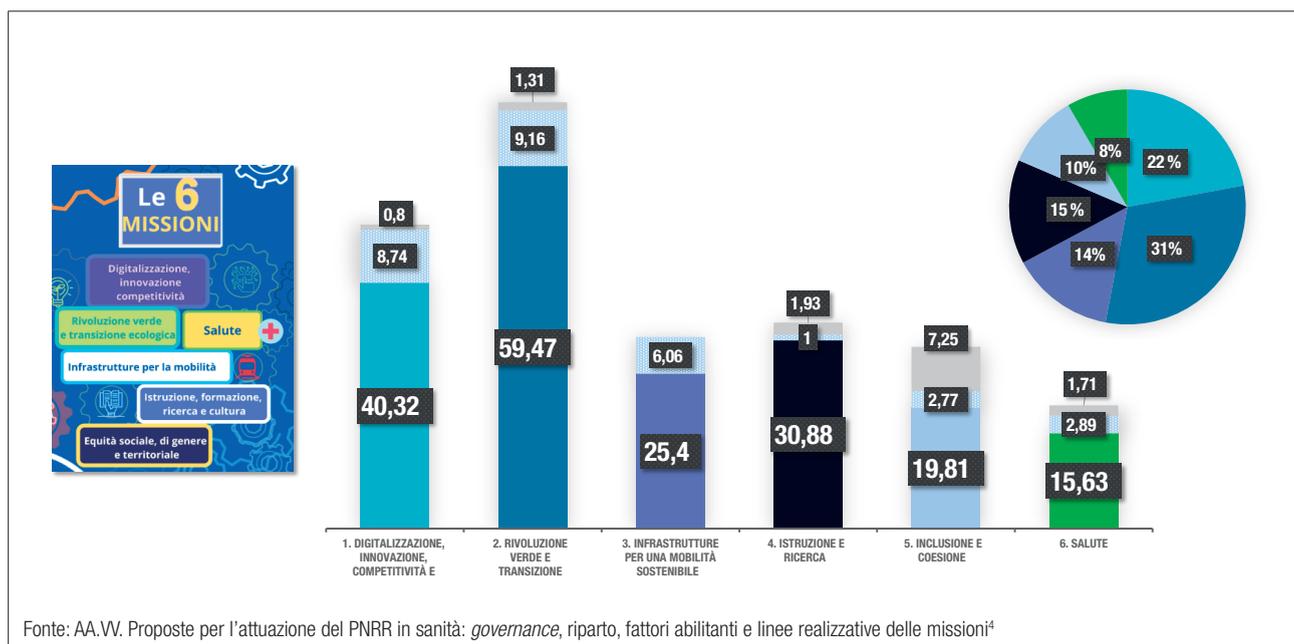
In definitiva, sviluppare una corretta *vision* è condizione necessaria per rendere compatibile la perdurante scarsità di risorse con i bisogni del SSN.

Implicazioni economico-finanziarie del PNRR

Quanto precede obbliga ad analizzare il PNRR da due diversi punti di vista: quello degli effetti finanziari ed economici, e quello della *vision* che esprime sul futuro del SSN.

Iniziando dal primo punto, il *Next Generation EU*, come è noto, mette a disposizione risorse rilevanti (a cui se ne sommano altre, quali quelle del programma di finanziamento *React-EU* e quelle del cosiddetto "fondo complementare"), delle quali l'Italia ha previsto l'impiego massimo richiedibile, ovvero € 191,5 mld.; il punto è che per circa due terzi si tratta di un prestito: il 36,0%, ovvero € 68,9 mld., sono di sostegno non rimborsabile, ma i restanti € 122,6 sono debito.

Figura 2. Risorse del PNRR allocate per missione, € mld. e % sul totale



Nello specifico, alla Sanità (missione 6 del PNRR), sono destinate risorse per € 20,2 mld. (complessivamente sui tre fondi sopra citati): in percentuale, alla Sanità va l'8,2% delle risorse previste nel Piano e, quindi, approssimativamente la stessa percentuale che la Sanità rappresenta sul PIL nazionale, a riprova che non siamo in presenza di un acclarato rilancio del finanziamento del settore (Figura 2.).

Se le risorse finanziarie sono, comunque, evidentemente rilevanti, i tempi concessi per la realizzazione del Piano (che deve chiudersi in 5 anni), rimangono l'elemento più sfidante per la sua implementazione: in costanza di "regole", tali tempi sembrano, secondo le evidenze degli Osservatori sugli appalti in Sanità (MASAN, Osservatorio sul Management degli acquisti e dei Contratti in Sanità, Università Bocconi), non rispettabili. Di fatto, il successo del PNRR richiede una maggiore agilità delle amministrazioni, che dipenderà anche da quanto si riuscirà a realizzare in tema di riforma della Pubblica Amministrazione.

Si intravede il rischio che, per aggirare quella che sarà una sicura criticità, invece di ottimizzare il processo, pur di rispettare i tempi, si contraggano/depauperino le fasi di progettazione e valutazione che, di contro, sono essenziali per evitare che le risorse vadano sprecate.

Per quanto concerne l'assegnazione alle Regioni delle risorse, alla data in cui si scrive, è disponibile soltanto la bozza della proposta di riparto dei primi € 8,0 mld. circa di investimenti.

Secondo tale bozza, l'assegnazione delle risorse alle Regioni avverrà sulla base della quota di accesso al FSN del 2021, fatto salvo che alle Regioni del Sud dovrà essere assegnato almeno il 40,0% delle risorse complessive (L. n. 108/2021 Art. 2 comma 6bis).

In questo contesto, tuttavia, va osservato che, data l'"eccezionalità" della situazione, sarebbe stato opportuno prevedere un criterio di riparto più artic-

lato. Un gruppo di lavoro interuniversitario⁴, che ci ha visto coinvolti, ha proposto che, ad una base di riparto secondo la quota capitaria "pura", si aggiungessero: una quota dipendente dalla conformità dei piani regionali agli obiettivi nazionali; una quota destinata a ridurre le disparità regionali, una quota premiale per i progetti che prevedono collaborazioni tra Regioni ed, infine, una quota dipendente dal livello di implementazione dei Piani, onde evitare investimenti improduttivi o incompiuti (Figura 3.).

In altri termini, l'approccio al riparto utilizzato non sembra contenere sufficienti garanzie, né sulla capacità degli investimenti di ridurre le disparità (che rimangono il vero punto critico del SSN italiano), né di garantire il rispetto dei tempi (molto stretti per la "messa a terra" del PNRR).

Tra l'altro, sembra, anche, essersi persa l'occasione per promuovere un Federalismo più cooperativo, premiando progetti sviluppati in collaborazione/*partnership* fra Regioni.

Per quanto concerne le destinazioni, circa il 45,0% delle risorse della missione Salute del PNRR viene destinato all'implementazione della prima Componente (M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale) e il 55,2% alla realizzazione della seconda Componente (M6C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN).

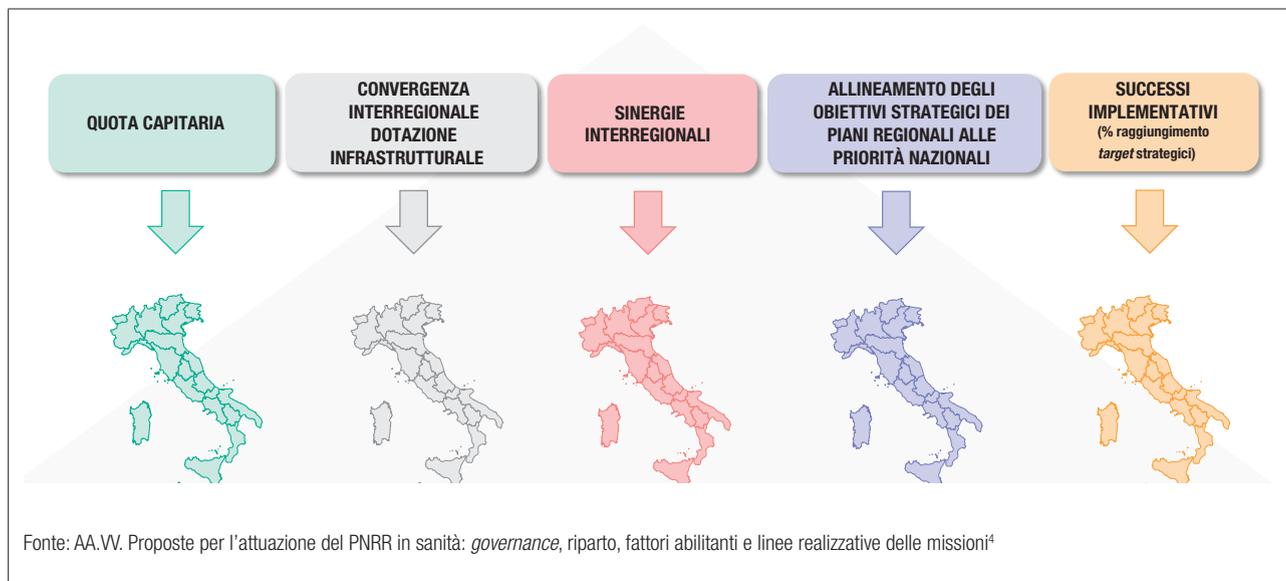
La prima, in buona sostanza, ha come obiettivo il potenziamento dell'assistenza territoriale, tramite la creazione di nuove strutture quali gli Ospedali della Comunità (OdC) e le Case della Comunità (CdC), nonché il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina. La seconda, invece, ha lo scopo di promuovere la digitalizzazione e il rafforzamento del capitale umano del SSN attraverso il potenziamento della ricerca e della formazione.

Si conferma, quindi, l'importanza strategica assegnata tanto al potenziamento del territorio, quanto alla transizione digitale.

⁴ Eugenio Anessi Pessina e Americo Cicchetti (Università Cattolica); Barbara Polistena e Daniela D'Angela (Università di Tor Vergata); Cristina Masella (Politecnico di Milano); Giuseppe Costa (Università di Torino); Sabina Nuti, Federico Vola e Milena Vainieri (Scuola Superiore Sant'Anna); Amelia Compagni, Giovanni Fattore, Francesco Longo, Michela Bobini, Francesca Meda, Claudio Buongiorno Sottoriva (Università Bocconi).

Per approfondimenti si rimanda al documento "Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: *governance*, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni" scaricabile da www.creasanita.it

Figura 3. Il modello di riparto equo, meritocratico e incentivante



Allo stesso tempo, si registra una focalizzazione degli investimenti su due modalità di realizzazione: l'edilizia (adeguamenti strutturali) e le attrezzature (ricambio del parco tecnologico).

Modalità che sono probabilmente frutto dell'esigenza di completare investimenti insufficientemente finanziati nel passato, quanto a favorire il rispetto dei tempi (stretti) del PNRR, essendo "muri" e "attrezzature" le attività più facilmente "cantierabili": tuttavia, entrambe le note fanno sorgere dubbi sulla capacità del PNRR di rappresentare un vero motore di ammodernamento del SSN, introducendo il tema della *vision* adottata nel Piano.

La *vision*: dove vogliamo andare con il SSN?

Per identificare la *vision* di sistema contenuta nel PNRR, al di là delle dichiarazioni di principio sul potenziamento del "territorio" e della transizione digitale, è necessario entrare nel merito degli interventi previsti.

Come anticipato, l'elemento strategico è certamente rappresentato dal potenziamento del "territorio": si tratta, peraltro, di un obiettivo del SSN identificato come prioritario già da tempo. A ben vedere,

intorno ad esso già ruotava la "Legge Balduzzi", datata 2012 (e ancora prima la cosiddetta riforma ter della Sanità dell'allora Ministro Bindi): la pandemia ha, semmai, il "merito" di avere ridato "forza" alla questione, per effetto delle critiche piovute sul comparto, da più parti "accusato" di non avere adeguatamente risposto alla sfida pandemica. "Accuse" che, peraltro, andrebbero almeno circoscritte: infatti, ci sembra oggettivo che lo *stress* sistemico generato dal COVID sia legato ai casi di malattia severa, che di fatto sono oggi trattabili solo in ospedale; non essendo stata ancora trovata una strategia terapeutica davvero efficace, o di facile implementazione, e principalmente da usare nel cosiddetto *setting* "territoriale", va da sé che il comparto poco poteva fare, almeno da un punto di vista clinico, nelle fasi più gravi della pandemia.

Ovviamente, ma su questo il già citato "effetto sorpresa" ha certamente un peso non irrilevante, i Dipartimenti di Prevenzione si sono trovati a dover gestire innanzitutto la sorveglianza, poi anche le vaccinazioni e altre attività senza certamente avere risorse adeguate. Come anche la medicina generale si è trovata a fronteggiare l'emergenza senza adeguate risorse, almeno in parte giustificando una risposta a "macchia di leopardo", molto legata alla capacità/abnegazione individuale, più che a una vera risposta

organizzata.

Rimane il fatto che, allargando l'analisi al complesso degli interventi previsti dal PNRR, risulta, in generale, che non si tratta di "nuovi" progetti, bensì di progetti già in essere, rimasti di fatto "incompiuti"; l'esempio paradigmatico, da questo punto di vista, è il completamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ma potremmo annoverare fra questi anche il potenziamento della telemedicina.

L'obiettivo principale del PNRR sembra, quindi, essere quello di completare progettualità pregresse, sfruttando le risorse rese "improvvisamente" disponibili.

Questa considerazione implica chiedersi se si tratti di una conferma della correttezza di una *vision* dei bisogni di ammodernamento sviluppatasi prima della pandemia o, invece, una soluzione in qualche modo meramente pragmatica, derivante dalla mancanza di tempo sufficiente per elaborare una nuova visione sistemica: propendiamo per ritenere che siano vere entrambe le ipotesi.

Sulla conferma della *vision* pregressa, va osservato che se così non fosse, sarebbe stato almeno opportuno chiedersi se i progetti "incompiuti" fossero tali per mera carenza di fondi, il che ne giustificerebbe il rifinanziamento, o fossero rimasti tali per carenze di progettazione.

Il dubbio si applica anche alla questione del potenziamento del "territorio": un fattore di insuccesso delle normative vigenti nell'innescare l'auspicato potenziamento del "territorio" va certamente ricercato nell'incapacità delle politiche sanitarie di delineare un modello di "territorio" davvero funzionale.

Da questo ultimo punto di vista, un limite si ritiene sia possibile ravvisarlo nell'approccio che, storicamente, ha sempre concentrato l'attenzione sull'adeguamento "strutturale" dell'offerta, facendo trascurare l'esigenza di ripensare in modo "globale" i servizi erogati e le relative modalità di fruizione.

Accettando questa impostazione, una evoluzione incrementale della *vision* diventa un approccio "insufficiente"; riteniamo sarebbe necessario trovare il coraggio di pensare ad una vera soluzione di continuità rispetto all'approccio sinora coltivato.

Ad esempio, una reale transizione digitale è pro-

tabilmente il principale fattore abilitante di sviluppo del territorio.

Purtroppo, malgrado la previsione di finanziamento delle CTO (Centrali Territoriali Operative), che peraltro ci sembrano essere una rivisitazione tecnologica del ruolo del distretto (ponendo, peraltro, nuove ombre sul ruolo degli stessi), l'approfondimento del rapporto fra transizione digitale e riforma del "territorio", nel PNRR, rimane carente, in quanto configurabile come una strategia di "cambiamento incrementale".

Appare cruciale comprendere che l'investimento in ICT (per la Sanità) può assumere finalità affatto sovrapponibili: vanno distinti gli interventi finalizzati alla cosiddetta informatizzazione dei processi e/o alla dematerializzazione degli atti amministrativi (come nel caso del FSE), da quelli deputati a ridefinire le modalità di servizio e, persino, a proporre servizi del tutto nuovi.

Per rendere intellegibile la distinzione sopra proposta, fra "informatizzazione" e "reale" transizione digitale, possiamo immaginare che, a fondamento di un modello ottimale di "territorio", debba svilupparsi un portale mediante il quale il cittadino possa intrattenere i suoi rapporti con il sistema sanitario (per non dire con la sua Salute); ad esempio, senza pretesa di esaustività, permettendo la sottoscrizione di un Piano Assistenziale Individuale annuale in caso di pazienti cronici; ottenere l'autorizzazione necessaria per l'accesso alle prestazioni prescritte; o la gestione dell'*home delivery* dei farmaci e degli ausili protesici.

Inoltre, e segnaliamo che si ritiene sia l'elemento "chiave", che tale portale permetta al paziente (e in generale al cittadino) di interloquire con un *team* di professionisti, composto da medici di medicina generale (MMG), ma anche specialisti, infermieri e assistenti sociali (senza pretesa alcuna di esaustività), e che le decisioni prese collegialmente dal *team* possano abilitare l'erogazione delle varie prescrizioni (dall'appuntamento per la diagnostica alla prescrizione farmaceutica, o l'invio di materiale protesico o ancora l'attivazione di una assistenza domiciliare), senza ulteriori oneri (di tempo o di gestione di pratiche burocratiche). In altri termini, l'istituzione di un nuovo *modus operandi*, basato sull'utilizzo routinario

di un teleconsulto “allargato”, che finalmente renderebbe un fatto concreto la collaborazione e il coordinamento fra i professionisti e la presa in carico del paziente.

Evidentemente, gli esempi proposti non esauriscono affatto le potenzialità della “digitalizzazione del sistema”; piuttosto, la piattaforma avrebbe la funzione di “enzima” del cambiamento nella modalità di erogazione e proposizione dei servizi, coinvolgendo anche soluzioni sviluppate esternamente al SSN: ad esempio, mediante lo sviluppo di *app* che aiutino il paziente ad essere più informato, o più aderente alle terapie, o anche più autosufficiente.

Per quanto parziali, gli esempi proposti cercano di evidenziare come, nella *vision* del SSN futuro, dovrebbe trovare posto una vera e propria rivoluzione culturale; questa ultima richiede che tanto i cittadini, quanto i professionisti, siano in grado, oltre che motivati, di utilizzare le ICT; che siano, altresì, capaci e convinti dell'utilità del lavoro in *team*; che si definisca, infine, chi deve assumere il ruolo di *case manager* e anche se debba rimanere sempre lo stesso soggetto o l'incarico debba adattarsi alle situazioni (maggiore o minore severità di malattia) o se, addirittura, possa essere un ruolo gestito in forma virtuale (una piattaforma ben fatta potrebbe rendere molto più autosufficiente il paziente e/o i suoi *caregiver*).

In definitiva, la *vision* di cui è portatore il PNRR sembra quella di una evoluzione incrementale del sistema, con un progressivo adeguamento dell'offerta e della digitalizzazione dello stesso; si tratta di un approccio che potrebbe lasciare il SSN rincorrere i cambiamenti, veramente *disruptive*, che l'innovazione tecnologica sta portando nell'assistenza, ma anche nella organizzazione e nella comunicazione.

Le aspettative dei cittadini

Come anticipato, C.R.E.A. Sanità ha ritenuto che, in un momento topico come quello che ci apprestiamo a vivere, fosse necessaria una verifica dell'approccio, che abbiamo definito tecnocratico, con il quale si è affrontata la definizione delle linee di intervento per l'ammodernamento del SSN.

A tal fine, il Centro ha promosso una *survey*, realizzata su un campione di 800 individui, rappresentativo della popolazione italiana di età pari o superiore ai 18 anni.

La finalità della *survey* è stata quella di cercare di capire quali fossero gli *unmet needs* percepiti dagli italiani in relazione all'assistenza sanitaria: la finalità ultima, rimanendo quella di verificare se il percorso intrapreso sia coerente con le priorità espresse dalla popolazione.

Dato il *target*, si è ritenuto di limitare al massimo le domande (tre) e di formularle nel modo più semplice possibile, facendo attenzione ad evitare ogni tecnicismo nelle formulazioni, o impostazioni che potessero, in qualche modo, indirizzare i giudizi espressi.

In pratica, si è chiesto ai partecipanti di:

- indicare i punti di forza dell'offerta del SSN
- di indicarne le principali criticità
- di esplicitare per quali miglioramenti dei servizi si sarebbe disposti a pagare.

L'ultima domanda è, evidentemente, finalizzata a cercare di elicitare quali scelte di investimento avrebbe fatto la popolazione. Le prime servono a fotografare il percepito della popolazione rispetto ai servizi e all'impostazione del SSN ma anche a fornire elementi per inquadrare la coerenza d'insieme delle risposte fornite.

Per quanto concerne la domanda sugli elementi di maggiore soddisfazione nei confronti del SSN, oltre la metà del campione (54,2%) indica la possibilità di avere l'assistenza del MMG; il 39,0% indica la soddisfazione per la qualità dei medici (nell'interpretare le percentuali, si consideri che nel campione sono compresi anche giovani che non sempre avranno avuto significativi contatti con gli specialisti).

Con una percentuale molto inferiore troviamo la possibilità di avere la maggior parte dei farmaci in modo pressoché gratuito (20,5%) la citazione della soddisfazione per la possibilità di disporre di tecnologie avanzate (18,0%), più o meno a pari merito con la possibilità di poter disporre dell'assistenza ovunque ci si trovi (17,8%).

La soddisfazione per quest'ultimo elemento è più citata dalla popolazione in età lavorativa e da quella con titolo di studio elevato (laurea o superiore):

considerando che il titolo di studio correla positivamente con reddito, il risultato sembra coerente con il fatto che sono le fasce che maggiormente vivono la necessità di spostarsi; di contro, per gli anziani si rafforza la citazione (superiore al 30,0%) dell'aspetto della gratuità delle cure e dei farmaci: anche in questo caso risultato coerente con il fatto che si tratta della popolazione con i maggiori consumi.

A livello geografico, nel Sud cala la fiducia nella qualità clinica, che comunque è maggiormente apprezzata dalle persone con più elevato titolo di studio; le persone con titolo di studio medio-basso sono, invece, particolarmente soddisfatte dal poter disporre della disponibilità del MMG.

L'importanza attribuita alla disponibilità di tecnologie avanzate è maggiore nel Nord-Est. Appare degno di nota che quest'ultimo *item* è, in generale, molto più citato dai residenti nei comuni di più grande dimensione, e da quelli con più elevato titolo di studio. Nel secondo caso il risultato è coerente con l'evidenza disponibile in letteratura che riporta come le fasce più istruite/abbienti, tendano a ricercare maggiormente servizi specialistici; nel primo caso, a parte una possibile correlazione della residenza con il reddito, si appalesa il fatto che le tecnologie nel SSN sono molto concentrate nei centri urbani.

Pur con i limiti della rilevazione, ci pare di poter concludere che la qualità dell'assistenza clinica non è considerata un problema, anche se con qualche ombra nel Sud: è anzi l'elemento che maggiormente qualifica il SSN agli occhi dei cittadini; che le persone con titolo di studio medio-basso si affidano, con soddisfazione, al MMG, mentre quelle con titolo di studio più elevato usano probabilmente "altre strade" e maggiormente riconoscono il valore di disporre di una elevata offerta tecnologica nell'ambito del SSN. Il fatto che la tecnologia sia maggiormente apprezzata dai residenti nei Comuni di grandi dimensioni potrebbe essere indicazione del fatto che il sistema di cure specialistiche (magari di II livello) rimane concentrato nei poli urbani, ponendo presumibilmente problemi di accesso ai residenti in Comuni periferici. La gratuità viene percepita come un valore solo dagli anziani, che evidentemente sperimentano

materialmente l'onere del dover ricorrere frequentemente all'assistenza sanitaria (Figura 4.).

Passando alle ragioni di insoddisfazione, la risposta del campione è inequivocabile e in qualche modo attesa; i problemi del SSN sono di natura organizzativa: in primis le liste di attesa (citata dal 38,9% dei rispondenti), e a seguire la difficoltà nel riuscire a prendere gli appuntamenti (35,6%). Con minore frequenza, sono richiamate le attese (inutili) negli studi medici/ambulatori (22,7%) ed il fatto di essere "rimbalzati" tra i vari uffici (20,0%).

Coerentemente con la prima domanda, non emergono problemi di qualità (tranne, e rimane coerente con il risultato della prima domanda, nel Sud, dove anche lo scarso *comfort* ospedaliero sale di priorità nella lista delle *doléances*).

Non ci si può esimere dall'osservare che tutte le problematiche che generano insoddisfazione sono legate alla organizzazione nella prenotazione ed erogazione dei servizi (Figura 5.).

Le liste di attesa sono fonte di crescente insoddisfazione al crescere dell'età dei rispondenti e al diminuire del loro livello di titolo di studio.

Questi ultimi soggetti lamentano, inoltre, la necessità di doversi spostare per accedere alle prestazioni, mentre i più giovani ritengono rilevante che il costo delle prestazioni, a causa del *ticket*, a volte è maggiore che sul mercato.

A riprova della segmentazione che esiste nella domanda, oltre alla più volte richiamata differenza di priorità fra fasce diversamente istruite, registriamo analoghe differenze geografiche: nel Nord è più citato che nel Sud il problema delle attese (inutili), come anche quello di non riuscire a concentrare più prestazioni in un unico appuntamento.

Sempre ricordando i limiti della rilevazione, ci sembra di poter dire che la diagnosi è inequivocabile: il problema non di qualità dell'assistenza, se non in qualche realtà meridionale, bensì di organizzazione dell'erogazione dei servizi; e di questa scadente organizzazione fanno maggiormente le spese le persone con titolo di studio medio-basso, quelle (certamente) più "socialmente fragili".

Figura 4. Principali elementi di soddisfazione

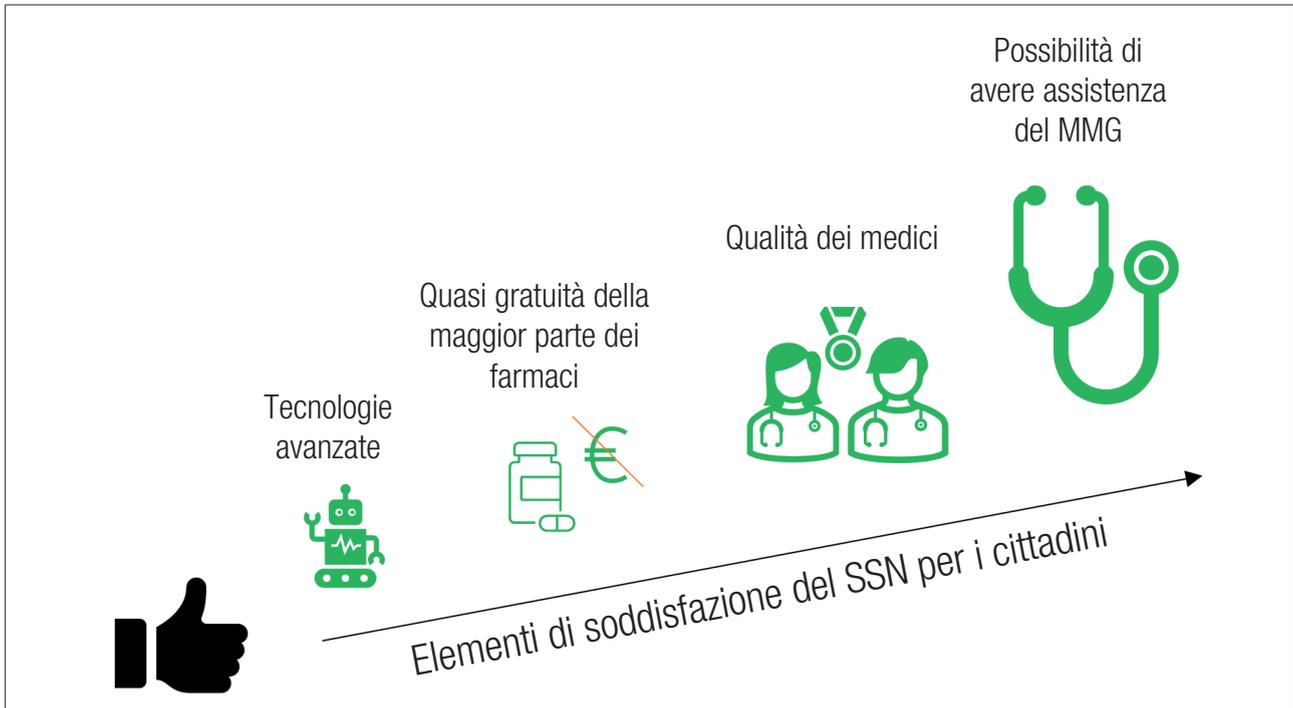
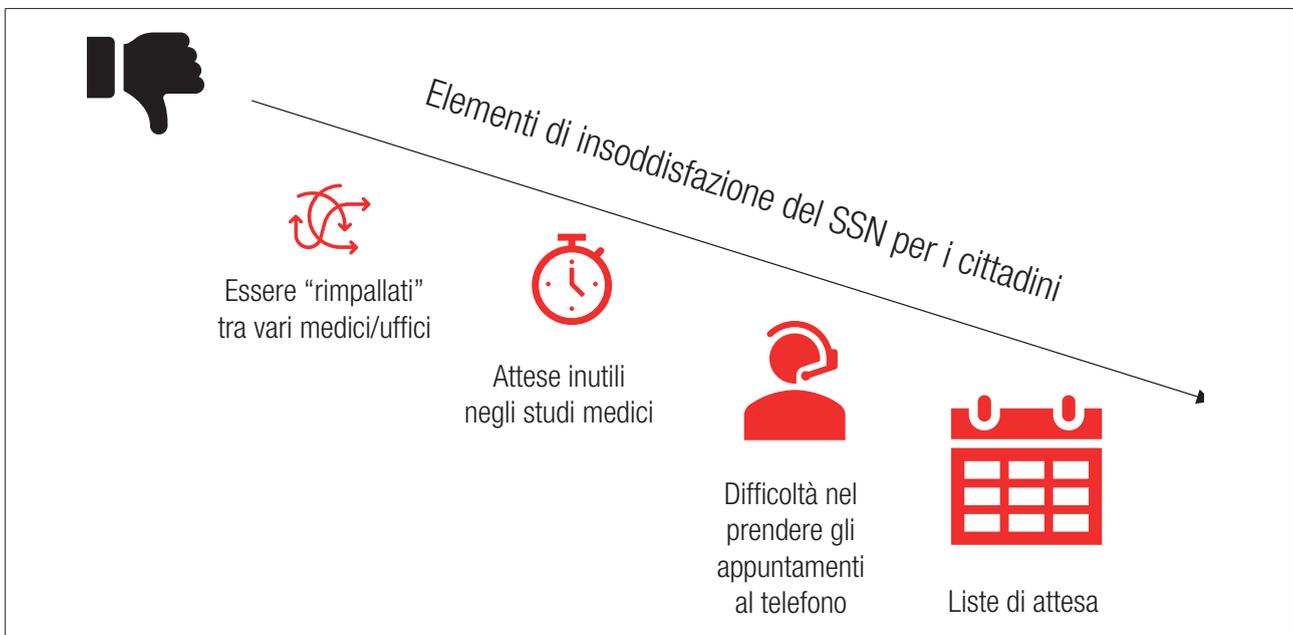


Figura 5. Principali elementi di insoddisfazione



Possiamo trarne la conclusione che nel SSN coesistono sottosistemi con due velocità diverse, e la *survey* conferma che esistono sia sul versante strettamente sanitario (si veda il dato sulla percezione della qualità del sistema e sul *comfort* ospedaliero),

sia su quello sociale (si veda come nel Nord si evidenzia una maggiore attenzione per gli effetti indiretti dell'assistenza, come nel caso delle attese, e della organizzazione/concentrazione delle "sedute").

Figura 6. Disponibilità a pagare



Il quadro emerso risulta per molti versi atteso, ma riteniamo che la *survey* renda possibile quantificare (o almeno ordinare) le priorità e verificarne la coerenza interna: oltre al fatto che colma una evidente carenza, visto che sul versante della *customer satisfaction* i sistemi informativi nazionali sono praticamente silenti.

Acclarata la coerenza della visione espressa dalla popolazione, nelle sue varie segmentazioni, è sembrato lecito analizzare per quali miglioramenti del servizio la popolazione fosse disposta a pagare, di conseguenza elicilandone le priorità (Figura 6.).

Prima di affrontare il tema, due note sembrano necessarie.

La prima è che dai due quesiti iniziali emerge chiaramente come esista più di una “domanda”; i bisogni della popolazione non sono sovrapponibili: si segmentano variamente, ma principalmente in funzione della residenza (Sud/Nord) e delle condizioni socio-economiche.

La programmazione dell’offerta dovrebbe, quindi, sempre essere impostata tenendo in considerazione come si segmenta la domanda.

La seconda nota è che, almeno in alcuni casi, nelle risposte può non essere emersa una “disponibilità

a pagare”, in ragione del fatto che alcune questioni sono considerate un “diritto” acquisito a fronte del pagamento delle tasse: in altri termini, riteniamo utile segnalare che è bene leggere le risposte a questa sezione con prudenza e, comunque, insieme a quelle delle domande precedenti.

Ciò premesso, anche la risposta sulla “disponibilità a pagare” è praticamente un plebiscito: quasi la metà delle risposte converge sul fatto che si sarebbe disposti a pagare pur di avere liste di attesa inferiori.

Su tutto il resto non si evincono concentrazioni di citazioni particolari.

Peraltro, coerentemente con le altre risposte alla *survey*, nel Sud è maggiore la quota di persone disposte a pagare per avere maggior *comfort* ospedaliero e/o la possibilità di curarsi più vicino a casa; nel Nord-Est è persino maggiore la quota di persone disposte a pagare per ridurre le liste di attesa; nel Centro una quota rilevante di persone dichiara che sarebbe disposta a pagare per avere la possibilità di disporre di cure domiciliari. Queste ultime sono una esigenza particolarmente sentita dalla popolazione con titolo di studio medio-basso.

Il poter disporre dei propri dati sanitari su *internet* è una (parziale) priorità solo per la fascia di popola-

zione più istruita.

Pur con tutta la prudenza che è richiesta in questi casi, non possiamo esimerci dal tentare una lettura congiunta degli esiti della *survey*, e le analisi sul percorso, ovvero la *vision*, ipotizzato dal PNRR.

Iniziamo con il segnalare i punti che la *survey* suggerisce dovrebbero informare le scelte di politica sanitaria:

- per la popolazione italiana il problema del SSN non è la qualità delle cure, che anzi sono un punto di forza dell'offerta pubblica, ma le liste di attesa e la farraginosità della gestione "amministrativa" (intesa come gestione delle liste di attesa, delle prenotazioni, etc.)
- la domanda proveniente dalla popolazione non è omogenea; essa esprime esigenze e aspettative abbastanza diverse, segmentandosi in primo luogo fra persone con titolo di studio alto e medio-basso, con le prime che evidentemente riescono ad "aggirare" meglio i problemi "amministrativi"
- forse, proprio per questo, non vengono, in generale, segnalati "problemi di prossimità", nel senso di difficoltà fisica di accesso alle prestazioni; quelli che emergono sono concentrati nelle fasce a più basso titolo di studio e nel Meridione
- la fascia di popolazione con titolo di studio medio-basso si affida di più al MMG, di cui è soddisfatta, mentre i più istruiti (e di solito questo vuol dire anche i più abbienti) seguono percorsi che si intuisce siano in parte alternativi (cala la soddisfazione per i MMG e prevale quella generale per l'assistenza clinica, che si suppone quindi specialistica)
- il problema della disponibilità dei dati su *internet* (si pensi al FSE), non sembra essere un "problema della gente", ma solo delle fasce più istruite
- in alcune zone emerge un problema significativo di *comfort* alberghiero (Sud); in altre (Nord) sembra un problema superato, ed emerge l'esigenza di una gestione dell'assistenza più rispettosa dell'utenza, che eviti attese inutili e sia capace di concentrare l'erogazione delle

diverse prestazioni.

Il passo successivo è quello di chiedersi in che misura le linee di intervento del PNRR siano risolutive rispetto alle attese della popolazione: da questo punto di vista ci pare che si possa concludere che emerge un quadro con luci ed ombre.

Certamente alcune questioni, quale quella del FSE o dell'adeguamento sismico delle strutture ospedaliere, pur essenziali, sono aliene dalla percezione popolare.

L'esigenza di un rinnovo del parco tecnologico non sembra essere percepita come una priorità dalla popolazione e, comunque, il valore delle tecnologie sembra patrimonio solo della parte di popolazione più istruita e che vive nei centri di maggiore dimensione.

Per quanto concerne le CdC, poi, il rischio è che, a fronte della più volte citata segmentazione della domanda, il modello possa effettivamente rispondere alle esigenze di maggiore prossimità sentite però solo in alcune zone, quali quelle meridionali, e dalle fasce di popolazione meno abbienti, di solito residenti nei centri periferici: si può immaginare, anche se gli elementi che è stato possibile raccogliere con questa prima *survey* non forniscono elementi decisivi in tal senso, che la fascia di popolazione più istruita/abbiente e residente nei centri urbani tenda a bypassare il "territorio", riferendosi direttamente allo specialista (per lo più ospedaliero), utilizzando anche le strutture ambulatoriali, magari anche quelle private accreditate.

In altri termini, il rischio è che un posizionamento delle CdC basato sui bacini di utenza serviti, non copra le zone dove il bisogno è sentito, concentrando le strutture in zone urbane, dove non sembrano esserci soverchi problemi di accesso.

Il modello, basato su *standard* di offerta, potrebbe dover essere, quindi, adattato alle diverse "domande" che la popolazione esprime.

Si conferma, anche nella *survey*, che il Sud parte da una situazione di svantaggio strutturale: la domanda è se basterà il vantaggio riconosciuto (a priori) al Meridione nel sistema di riparto dei fondi del PNRR, per ridurre in modo significativo le "distanze"; anche in considerazione del fatto che, fra le priorità,

non sembra esplicitamente citata quella degli investimenti per il *comfort* alberghiero in ospedale, che è una priorità per la popolazione meridionale.

Ci sembra che il PNRR non fornisca, allo stato attuale, indicazioni su come gli interventi previsti potranno contribuire a migliorare quegli aspetti organizzativi che sono la carenza principale del SSN secondo la percezione della popolazione: liste di attesa, prenotazioni, coordinamento degli uffici, etc..

In conclusione, il momento è certamente cruciale per il Paese e, quindi, è doveroso esprimere un impegno collettivo per non sprecare l'occasione delle risorse arrivate con il *Next Generation EU*.

Riuscire ad elaborare il PNRR nei tempi ristretti disponibili è stato un sicuro successo, reso evidente dalla sua approvazione europea.

I tempi ristretti sono, probabilmente, anche la ragione di alcuni indirizzi assunti dal PNRR, che tendono a concentrare le risorse verso aree dove si ritiene potrà essere possibile intervenire nei tempi, ancora una volta ristretti, concessi per gli investimenti: essenzialmente progetti di adeguamento strutturale e di rinnovo del parco tecnologico, nonché progetti già in essere e non ancora completati.

Se un limite "interno" del Piano può identificarsi è quello di una carente attenzione alla *governance*, che potrebbe inficiare la capacità degli interventi del PNRR di ridurre le disparità e iniquità, che rimangono uno dei maggiori fallimenti del SSN.

Il principale limite del PNRR, però, ci sembra "esterno", ovvero quello di non avere sviluppato una *vision* capace di legare l'adeguamento dell'offerta alle esigenze della domanda, ovvero alle priorità espresse dalla popolazione, e alla natura *disruptive* delle innovazioni tecnologiche.

Le priorità della popolazione si dimostrano (o si confermano) essere tutte legate alle modalità di organizzazione/erogazione dei servizi e non alla loro qualità: osservazione che ci sembra possa confermare la centralità del ruolo della digitalizzazione nella riforma del SSN. Come precedentemente argomentato, è necessario operare una "vera" transizione digitale del sistema sanitario per razionalizzare e cambiare i processi, in modo da dare risposta ai "colli di bottiglia" organizzativi e, in questo modo, proporre un modello di assistenza primaria che possa davvero diventare un punto di riferimento per la popolazione.