

Il Patto per la salute parte II

Elio Borgonovi

Non tutti i ritardi vengono per nuocere. Infatti, mentre all'inizio di ottobre mi accingevo a commentare la seconda parte del Patto per la salute 2014-2016, sono iniziate le voci sui nuovi interventi relativi al Servizio sanitario nazionale, che sono poi puntualmente entrati nella legge di stabilità per il 2015 approvata dal Governo il 15 ottobre e che oggi (23 ottobre), dopo la firma del Presidente della Repubblica, ha iniziato ufficialmente l'iter di verifica con la Commissione Europea (che dovrà terminare entro il 29 di ottobre) e il più lungo iter parlamentare per l'approvazione definitiva. Il titolo dell'editoriale precedente era "È arrivato il nuovo Patto per la salute", seppur in ritardo, oggi si potrebbe dire che è già partito, o se si vuole, che il Patto per la salute, concepito con grande difficoltà, è già abortito.

Infatti, fa sorridere, ironicamente e amaramente, il fatto che nell'art. 1 del Patto vengano definiti con estrema precisione gli stanziamenti per l'anno corrente e i prossimi due anni, rispettivamente 109.928.000.000 euro per il 2014 (perché non si è scritto 110.000.000.000?), 112.062.000.000 euro (perché non si è scritto 112.000.000.000?), 115.444.000.000 euro (perché non si è scritto 115.500.000.000?) e nello stesso tempo nella legge di stabilità per il prossimo anno è prevista una riduzione complessiva di 4 miliardi per le Regioni (oltre ai 2 miliardi per i Comuni e un miliardo per le Province). Tenendo conto che la spesa per la salute incide tra il 68 e l'80% della spesa complessiva delle Regioni, assumendo una stima cautelativa di incidenza del 70% e ipotizzando che la riduzione dei trasferimenti statali si ripartisca proporzionalmente tra le diverse voci di spesa delle Regioni, ciò significa 2,8 miliardi di riduzione per i servizi sanitari nazionali, pari al 2,5% della spesa prevista per il 2015.

È facile dire all'opinione pubblica, come ha fatto il premier Renzi, che tutto sommato si tratta di una riduzione accettabile, facilmente assorbibile con la lotta "agli enormi sprechi delle Regioni" e, si può aggiungere, degli enti locali. Ma se si vuole essere concreti e realistici va fatta qualche riflessione un po' più approfondita. Innanzitutto, si tratta di interventi che si sommano a quelli dei precedenti governi presieduti da Berlusconi (con i provvedimenti urgenti del 2011), Monti e Letta; in secondo luogo, va ricordato che la spesa sanitaria negli ultimi due anni è già diminuita in termini monetari dell'1,2% ed è scesa dal 7,3 al 7,2% sul PIL; in terzo luogo, che anche la riduzione dei trasferimenti ai comuni ha riflessi negativi in quanto diminuisce la disponibilità di risorse per le componenti socio-sanitarie e socio-assistenziali che incidono sulla salute; in quarto luogo, che si rompe dopo soli tre mesi un "patto istituzionale".

I cittadini, che dalle indagini di opinione sembrano essersi schierati in larga maggioranza a favore del premier che ha motivato questo intervento come lotta agli sprechi delle Regioni, avrebbero la stessa valutazione se si dicesse loro che, ad esempio, di fronte ad accordi con costruttori per la costruzione di una casa del valore di 200.000 euro (di cui 100.000 richiesti alle famiglie in quanto gli altri 100.000 erano coperti da incentivi riconosciuti dalla legge), dovrebbero pagare 102.500 euro, poiché lo Stato decide di ridurre l'incentivo ai costruttori del 2,5%, motivando col fatto che essi sono inefficienti? Secondo i cittadini, di fronte al nuovo intervento dello Stato, i costruttori tenderebbero a ridurre il costo di costruzione da 200.000 a 197.500 o troverebbero più agevole scaricare sulle famiglie il peso dei minori incentivi chiedendo ad esse 102.500 euro?

L'esempio è fornito solo per rappresentare in modo semplice il problema e non vuole assolutamente dire che le Regioni

dovrebbero, come hanno minacciato, ridurre i servizi o aumentare i tributi regionali o i ticket per far fronte ai 4 miliardi di minori trasferimenti. Chi scrive sostiene dal 1970 che per tutte le amministrazioni pubbliche (locali, regionali, nazionali) sono possibili e da perseguire interventi finalizzati a ottenere più elevati livelli di funzionalità (capacità di svolgere le funzioni istituzionali e di erogare i servizi decisi a favore della popolazione), nel caso specifico della salute più elevati livelli di appropriatezza (dare solo le prestazioni effettivamente richieste dalle condizioni di salute), efficacia (dare le prestazioni che servono a recuperare, mantenere e promuovere un migliore benessere fisico, psichico e spirituale delle persone), qualità dei servizi (dare le prestazioni che siano tecnicamente valide, ma anche ritenute soddisfacenti dai pazienti), efficienza (migliore rapporto tra prestazioni appropriate e di qualità e risorse impiegate), economicità (ossia garantire livelli essenziali di assistenza senza creare disavanzi che penalizzerebbero i livelli di assistenza delle generazioni future). Ma una cosa è affermare questi principi, un'altra è valutare le condizioni di concreta applicabilità.

Innanzitutto, si è più volte sostenuto sulle pagine di Mecosan che non è sufficiente una legge, e nemmeno una dichiarazione del Presidente del Consiglio di turno, per realizzare la lotta agli sprechi e alle inefficienze. Non basta nemmeno fare l'esempio, di impatto mediatico ma che crea percezioni distorte (delle siringhe, dei guanti, del personale, delle lenzuola, della lavanderia, delle pulizie) che hanno un costo di quattro volte superiore in alcune ASL rispetto ad altre. Tutti capiscono che il costo delle siringhe è una quota infinitesimale dei 110 miliardi, il costo di altri beni che vengono normalmente citati incide per 2 o 3 miliardi, anche se è vero che l'acquisto di beni e servizi intermedi, quelli che servono per erogare le prestazioni, incidono per circa 30-35 miliardi. Gli altri 15-20 miliardi che figurano nelle voci spese per acquisto di beni e servizi sono infatti riferite a prestazioni sanitarie acquisite da ospedali e strutture sanitarie private e accreditate dal sistema sanitario.

Una riduzione di 2,8 miliardi significherebbe circa l'8-10% della spesa per acquisti di beni e servizi intermedi, obiettivo che sarebbe decisamente difficile da raggiungere in un anno anche in imprese private, se non a condizione di tagliare pesantemente il costo del lavoro. La stessa riduzione del costo del lavoro nelle aziende sanitarie sembra di difficile attuazione, dopo quattro anni di blocco delle remunerazioni del pubblico impiego (compresa la sanità) e di blocco del turn-over del personale che ha portato a una significativa riduzione del numero di medici, infermieri e altro personale di assistenza. I 2,8 miliardi di minori spese per la salute (sempre mantenendo la proporzione della distribuzione delle spese regionali) non possono essere spalmati sull'acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate, a meno di non accettare la riduzione di prestazioni da esse erogate o una riduzione dei prezzi unitari per prestazioni che già appaiono al limite della sostenibilità economica anche da parte dei privati più efficienti e innovatori. Infine, il recupero di efficienza è un'operazione che non dipende solo dalla volontà politica o dalle pressioni esterne, ma richiede conoscenze e competenze professionali che non esistono "per grazia ricevuta". Dopo 5/6 anni di blocco o ostacoli pesanti per le spese di ricerca, formazione e consulenze, non si può pensare che le persone che dovrebbero essere chiamate ad attuare le misure per ottenere più elevati livelli di efficacia ed efficienza del sistema siano in grado di farlo. Va detto chiaramente all'opinione pubblica che, se può essere vero che in molti casi le regioni hanno aggirato il vincolo sulle consulenze, per attribuire incarichi di tipo "clientelare", è altrettanto vero che le spese per ricerca e formazione "di qualità" sono state oggettivamente ridotte ai minimi termini. Se il Governo vuole avere un minimo di credibilità su questo fronte avrebbe potuto, e forse potrebbe ancora, in sede di conversione della legge, dire che la riduzione è di 3,95-3,98 miliardi di euro per riservare 20-50 milioni di euro per attività di ricerca e formazione sui modelli organizzativi e gestionali, nonché sulla diffusione di una cultura alla effettiva lotta agli sprechi. Peraltro, il tema del finanziamento alla ricerca epidemiologica, sanitaria e clinica meriterebbe un ben più ampio approfondimento e risorse ben più significative, dell'ordine di almeno 3 miliardi (3% della spesa corrente).

Un secondo elemento che viene trascurato, o che non viene portato all'attenzione dell'opinione pubblica, ma che ognuno di noi si trova ad affrontare nella vita quotidiana, è rappresentato dalle cause degli sprechi e inefficienze. Se essi sono determinati dalla mancanza di conoscenze e competenze, valgono le considerazioni appena svolte, nel senso che il cambiamento non può essere immediato e radicale. Se invece gli sprechi e le inefficienze sono determinati in parte significativa anche dalla presenza di privilegi e dai costi della politica, dall'azione di gruppi di potere (tra cui anche

la criminalità organizzata), è possibile (qualcuno dice probabile) che essi in buona parte rimangano e che la riduzione della spesa sia ottenuta con una riduzione delle prestazioni. Nessuno può illudersi che siano sufficienti grandi dichiarazioni, interviste televisive, accuse alle Regioni e agli Enti Locali, nonché il grande favore dell'opinione pubblica per incidere su questo fattore. Certo, la mobilitazione dell'opinione pubblica è importante, ma per combattere i privilegi della politica, di manager o di altri gruppi che ruotano attorno al mondo della salute occorrono interventi strutturali ancor più radicali delle riforme del mercato del lavoro, del sistema fiscale, elettorale o istituzionale, delle liberalizzazioni.

Occorre trovare un punto di rottura sulla linea continua che, da un lato, vede interventi e azioni che mirano alla tutela della salute sulla base di valori etici, professionali e condotti con criteri di efficienza, nel mezzo vede decisioni e comportamenti che presentano sprechi e inefficienze dovuti a mancanza di competenze e conoscenze organizzative e gestionali, oltre che tecnico-professionali (che in senso figurato si può dire stiano a metà della linea), e all'estremo opposto decisioni e comportamenti che determinano sprechi e inefficienze a causa di mancanza di etica, di professionalità e non conformi alle esigenze dei pazienti. Anzi, la realtà è ancor più complessa, poiché non si può parlare di una linea in quanto nella realtà comportamenti dei tre tipi sono a volte presenti in diversi contesti e sono difficilmente distinguibili. Non di rado, accade che proprio coloro che cercano di "fare meglio con meno" a favore della salute della popolazione, come spesso si dice per caratterizzare la sfida dell'attuale periodo storico di difficile situazione della finanza pubblica (oltre che dell'economia in generale), si trovano tra l'incudine (di un'opinione pubblica che è portata "a fare di ogni erba un fascio" a causa della semplificazione richiesta dai mezzi di comunicazione) e il martello (dei gruppi di potere che s'inseriscono strumentalmente nel dibattito pubblico per salvaguardare i propri privilegi e i propri interessi particolari). Recentemente un Direttore Generale di ASL ha riferito che durante i suoi venti anni di carriera in varie posizioni dirigenziali, nei quali ha cercato e attuato interventi di miglioramento della risposta ai bisogni di salute, ha dovuto affrontare 350 ricorsi al TAR (di cui 349 vinti), 26 denunce penali (tutte archiviate perché il fatto non costituiva reato), 11 indagini della Corte dei Conti per danno erariale (tutte finite nel nulla). Il cambiamento è un processo che non può basarsi solo o prevalentemente sulla presenza di persone orientate e che accettano il rischio personale per il bene di tutti o dedite al sacrificio.

Superando le considerazioni di quadro generale e ponendosi in un'ottica più pragmatica di "accettazione dei vincoli esterni per fare il massimo possibile", atteggiamento che molti riconoscono al mondo anglosassone e centroeuropeo (Germania in testa), cerchiamo di vedere la realistica e fattibilità delle azioni specifiche previste dal Patto per la salute. L'art. 2 riguardante l'applicazione del D.Lgs 4 marzo 2014 n.38 recante "Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera [...]" non può certo esaurirsi nella adozione delle linee guida previste dall'art. 19 entro il 31 ottobre 2014 e nella definizione di istruzioni riguardanti criteri di autorizzazioni e rimborsi e le procedure amministrative. La direttiva 24 sulla mobilità transfrontaliera apre due grandi problemi: il riconoscimento ai cittadini del diritto alla tutela della salute in ambito comunitario e la competizione tra diverse strutture di offerta. Senza entrare nel merito delle tariffe riconosciute per la mobilità transfrontaliera, è evidente che, di fronte a una riduzione del finanziamento, nessun ospedale o struttura pubblica di offerta italiana potrà attrezzarsi per competere con ospedali e strutture di offerta dei paesi più avanzati. Ciò nemmeno nelle regioni più efficienti. Quindi si alimenterà strutturalmente una mobilità passiva verso l'estero con ulteriore depauperamento di risorse per il sistema di offerta italiano. Solo gli ospedali, gli ambulatori e altre strutture di offerta private potranno pensare ed attivare politiche per "attrarre pazienti con tariffe remunerative" da altri paesi. Inoltre, se per far fronte alla riduzione dei trasferimenti statali, le regioni fossero indotte a ridurre la quota di servizi "acquistati" da ospedali e strutture sanitarie private accreditate, queste ultime potranno reagire solo in due modi: ridurre la propria capacità di offerta, con effetti negativi anche sull'occupazione, oppure adottare strategie per utilizzare la propria capacità produttiva tramite la mobilità attiva. Strategie che potrebbero anche consistere nella fusione con gruppi sanitari di altri paesi che potrebbero aumentare la mobilità passiva e indebolire globalmente il sistema di offerta privata di qualità accreditata con il Ssn.

Per quanto riguarda l'art. 13, che prevede "elevati standard di qualificazione professionale" dei collegi sindacali per

rafforzare i controlli, è il caso di sottolineare che i rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze e del Ministero della Salute difficilmente saranno dotati delle conoscenze, competenze e attitudini per verificare e stimolare interventi di riorganizzazione e ristrutturazione. Questa considerazione non deve essere interpretata come considerazione negativa nei confronti della professionalità di queste persone o della validità dei criteri di nomina. Si intende solo segnalare che si tratta di persone che hanno passato la propria vita professionale ad analizzare e controllare "variabili finanziarie e macroeconomiche" (MEF) o a verificare e comparare dati di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere, di IRCCS "da lontano" ossia sulla base di documenti senza "esperienza sul campo, o con una "esperienza sul campo non recente". Dato che le persone non possono sdoppiarsi come Dr. Jekyll e Mr. Hyde, queste persone saranno inevitabilmente portate ad analizzare e valutare documenti e a cercare di imporre l'applicazione di leggi o decreti non di rado obsoleti, contraddittori e incoerenti con l'obiettivo di dare risposte effettive ai bisogni di salute. È molto probabile il duplice effetto negativo derivante dal fatto che tali persone dovranno sottrarre tempo alle loro funzioni presso il MEF e il Ministero della Salute e che impiegheranno un certo tempo prima di convincersi che l'applicazione formale di alcune norme contrasta con la funzionalità dei servizi e che occorre dare una interpretazione delle norme che, rispettando i crismi della legalità sostanziale, consenta alle aziende sanitarie e ospedaliere di operare. Questo duplice rischio va valutato in rapporto al "teorico e sperato" effetto positivo di controlli esterni che dovrebbero limitare sprechi e inefficienze delle regioni e delle loro aziende.

Di fronte a una così evidente "rottura" del Patto per la salute riguardante il finanziamento della spesa corrente delle Regioni, fa sorridere amaramente quanto previsto dall'art. 14 che recita che «il Governo si impegna ad assicurare alle regioni, nell'ambito del complessivo finanziamento allocato sul comparto degli interventi infrastrutturali, adeguate risorse finanziarie [...]». Dichiarazione indebolita o resa nulla dalla solita dichiarazione che ciò è subordinato «al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e con il quadro macroeconomico», che non è cambiato da agosto e che resta comunque negativo, nonché dal rinvio a un piano straordinario di edilizia sanitaria che si prospetta molto lontano nel tempo. Molti studi e ricerche hanno evidenziato che una parte rilevante delle strutture sanitarie pubbliche sono obsolete e determinano costi di gestione e manutenzione elevati che potrebbero essere ridotti in modo significativo con ospedali e strutture ambulatoriali nuove o assoggettate a interventi strutturali. Ma ciò richiede che prima si possano fare gli investimenti e poi si riescano ad ottenere risparmi che consentirebbero in alcuni casi il recupero dell'investimento in 4/5 o al massimo 6 anni, ma i vincoli di finanza pubblica sembrerebbero imporre una inversione degli interventi, ossia prima i risparmi e poi gli investimenti di miglioramento e di sviluppo. Qualcuno in passato ha pensato che questa "magia" potesse essere affidata a capitali privati nella forma di project financing, o altre forme simili, ma questi interventi sono stati assai ridotti e, soprattutto, si sono rivelati più onerosi del previsto e, cosa che dovrebbe fare pensare, più onerosi (di 1,5-2% di interessi) di analoghe operazioni tra privati. Qualcuno dirà che "ciò è dovuto alla incompetenza o al clientelismo della politica", ma qualcun altro potrebbe pensare che quando il privato interviene, oltre che a perseguire legittimi obiettivi di remunerazione, non lascia perdere l'occasione per ottenere "extra-profitti", sfruttando le debolezze contrattuali del soggetto pubblico.

Considerazioni simili a quelle relative all'edilizia sanitaria possono essere fatte per quanto riguarda le previsioni dell'art. 15 sulla sanità digitale. Alcuni studi hanno quantificato in termini astronomici i possibili risparmi (ad esempio, uno del Politecnico di Milano parla addirittura di 14 miliardi in alcuni anni). Senza entrare nel merito di queste valutazioni, si può rilevare molto più semplicemente che non risulta che sia stato siglato "entro 30 giorni dal Patto per la salute", un Patto per la sanità digitale, ossia "un piano strategico teso a rimuovere gli ostacoli che ne rallentano la diffusione". Risulta che siano stati fatti convegni, seminari di studio e incontri di vario tipo, ma che per ora ancora poco si sia mosso sul piano concreto. C'è tempo ancora fino a metà novembre per istituire la Cabina di Regia del NSIS prevista dall'art. 16, tra Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministro delegato per l'innovazione tecnologica, le Regioni e le Province autonome. Poiché si tratta di una norma programmatica e non vincolante, è molto improbabile che il termine sia rispettato e, qualora lo fosse, è improbabile che questo organismo possa produrre proposte che incidono sul recupero di efficienza già a partire dal 2015. Ancora una volta appare chiaro che «il tempo, sia nei termini di adozione di quanto previsto da leggi o da patti come nel caso in esame», o nel quale si

prevedono gli effetti degli interventi, sia una variabile indipendente. Sembra che le misure previste da leggi o da altre norme siano in un certo senso "atemporali", mentre è noto che la gestione dei servizi pubblici, in generale, e di tutela della salute, in particolare, sia molto collegata al tempo e che la mancanza di risorse agisce in tempi brevi e, è il caso di dirlo, può "incidere direttamente sulla carne delle persone" nel caso in cui i servizi non possano essere erogati.

È nota a tutti gli studiosi una delle più ferree regole "della scarsità delle risorse": essa agisce per prima sulla parte più debole del sistema di erogazione dei servizi. Ciò determina la strutturale contraddizione derivante dal fatto che mentre, da un lato, le ricerche evidenziano che la prevenzione è l'attività che incide maggiormente sul contenimento della spesa nel medio-lungo periodo, dall'altro, essa è anche quella che per prima vede una riduzione di risorse di fronte a vincoli di finanziamento. Di fronte all'ulteriore riduzione di 4 miliardi di trasferimenti statali (2,8 per la sanità, se si rispettano le proporzioni), difficilmente le Regioni e le Province a statuto speciale potranno rispettare l'impegno di «confermare per gli anni 2014-2016 [...] la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionali, ai sensi dell'art. 1 [...]». La speranza, che è concetto assai diverso dalle previsioni, è che le Regioni e le Province a statuto speciale riescano ad affrontare la riduzione di finanziamento agendo sul recupero di efficienza delle prestazioni di ricovero, specialistica extra-ospedaliera, analisi di laboratorio o in generale di diagnostica. Allo stesso modo si può dire che, di fronte al progressivo indebolimento della sanità pubblica veterinaria, verificatosi negli ultimi anni anche a seguito del blocco delle assunzioni, non sarà sufficiente attuare la pur necessaria riorganizzazione degli istituti zoonofili (art. 18), e sarà difficile (per non dire impossibile) che le Regioni e Province a statuto speciale possano mantenere l'impegno di «assicurare i livelli essenziali di assistenza in tema di Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, nonché l'adempimento degli obblighi comunitari in materia di controlli ufficiali» (art. 19). Difficoltà che appare ancor più preoccupante di fronte alla esplosione dei casi di frodi alimentari, di scoperta di alimenti nocivi per la salute che circolano tranquillamente, dal possibile aumento di alimenti di origine OGM che si prospetta nell'ambito degli accordi di libero scambio Europa-USA. Una recente puntata di Report, trasmissione generalmente ben documentata, ha messo in evidenza i rischi per la salute derivanti da questi fenomeni e ha ipotizzato due diversi canali di alimentazione, uno per le classi ricche della popolazione, fondato su alimenti naturali, biologici, a più elevato costo, un altro per le classi meno abbienti che dovranno accontentarsi di alimenti a basso costo ma con potenziali effetti molto negativi per la salute presente e futura.

Gli art. 20, 21 e 22 contengono puri e semplici auspici e nessuna misura realmente innovativa e che possa far presumere una maggiore efficacia dell'azione. Infatti, il cuore centrale dell'art. 20, recita: «nell'ambito di tale strategia» – ossia di ricerca da trasferire all'assistenza – «è fondamentale il reperimento delle fonti di finanziamento, l'individuazione delle possibili sinergie fra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed extraeuropea e la valorizzazione delle risorse già presenti nell'Ssn». Non s'identificano fonti di finanziamento, né come esse possano essere attivate, il che significa dire che "ci si impegna a fare tutto ciò che finora si sarebbe dovuto fare ma non è stato fatto". La stessa considerazione, se possibile ancor più accentuata, vale per l'art. 21 che recita: «al fine di consentire il passaggio al regime ordinario dell'esercizio dell'attività libero professionista intramuraria, si conviene di dare piena attuazione a quanto stabilito dalle legge 3 agosto 2007, n.120 [...]». Se per 7 anni non si è data attuazione a una legge vuol dire che è mancata la volontà politica, oppure le aziende non avevano le strutture dove far svolgere l'attività intramoenia (situazione molto diffusa), oppure che sono stati presenti ostacoli e resistenze di altro tipo. Tutto ciò dovrebbe venir meno a seguito di un generico impegno e in condizioni di riduzione di risorse: ciò è semplicemente non credibile.

Gli art. da 23 a 27 prevedono misure in parte molto innovative e in parte che si collocano su una linea già consolidata nel passato. Si collocano in questa seconda linea le misure previste dall'art. 23 sull'assistenza farmaceutica, che sono molto articolate e dettagliate: aggiornamento del prontuario farmaceutico da parte di AIFA, revisione della normativa nazionale, revisione degli accordi negoziali sui farmaci, definizione di un percorso per sostenere l'innovazione terapeutica reale, regolamentazione dell'art. 10 della legge 189/2012 relativo alla definizione di equivalenza terapeutica per tutto il territorio nazionale. Tali misure sono strettamente legate al ruolo e al funzionamento di AIFA e alla efficacia del tavolo di monitoraggio permanente. L'art. 24 ha in comune con l'art. 23 il fatto che il Ssn si ponga come

interlocutore delle imprese dei due settori, farmaceutico e dispositivi medici. In altre parole, si ponga il problema della “catena del valore” per il paziente. Tuttavia, è innovativo in quanto introduce l’impegno della “dispositivo-vigilanza” (comma 1), la definizione dei contenuti informativi che dovrebbero essere omogenee tra le regioni per consentire il controllo da parte del Ministero della sanità e il confronto (comma 2). A conferma che il tempo sembra una variabile non presa in considerazione nella normativa, non risulta che il documento recante Linee Guida per il corretto utilizzo dei dati sia stato predisposto entro il 1 ottobre, né che si stia procedendo “rapidamente” all’aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni protesiche e degli ausili (art. 25), fermo al 1999. Per inciso, si sottolinea che in 15 anni nel settore delle protesi e degli ausili il progresso tecnologico ha fatto passi da gigante e che oggi non hanno senso molti dei dispositivi previsti allora, mentre altri sono completamente ignorati.

Gli art. 26 e 27 introducono o rafforzano l’esigenza di attivare processi di valutazione secondo la logica HTA (Health Technology Assessment) sia nel campo dei dispositivi medici, sia nel campo dei farmaci, ma si potrebbe dire più in generale nel campo di nuovi modelli e metodiche assistenziali. Chi scrive, avendo promosso nel febbraio 1979 una delle prime, se non la prima, iniziative riguardanti le analisi costi-benefici, in seguito costi-efficacia, costi-qualità e, a partire dalla fine degli anni ’80, sul più generale tema di HTA, ritiene di poter sottolineare tre aspetti. In primo luogo, il fatto che non basta richiamare le esperienze del NICE inglese, né rifarsi ad alcune linee guida elaborate dallo stesso ente o da altri organismi nazionali per diventare esperti per questa attività. Certamente anche in Italia esistono ricercatori ed esperti che sotto l’egida della società italiana HTA hanno conoscenze e competenze nel settore, ma il rischio è che il tema sia affrontato troppo secondo la “prospettiva del ricercatore e dell’esperto” e poco dalla “prospettiva del policy maker e del manager”. I primi in genere sono portati a impostare metodologie sempre più affinate e a richiedere informazioni sempre più sofisticate, trascurando la difficoltà nella raccolta dell’informazione, le risorse necessarie e il controllo della qualità dei dati; spesso i manager e i policy maker devono prendere decisioni avendo a disposizione informazioni limitate, dovendo gestire pressioni diverse o dovendo trovare un equilibrio tra interessi diversi, sempre avendo poco tempo a disposizione. Un secondo problema concerne il livello istituzionale cui deve applicarsi l’approccio HTA. Sul piano razionale, sarebbe meglio che tali analisi fossero sviluppate a livello centrale, ma il Patto non è del tutto chiaro a riguardo, visto che si parla di Linee Guida che devono essere definite a livello di Ministero della Salute, ma nulla si dice sul fatto che probabilmente ogni Regione tenderà a sviluppare una propria struttura di HTA. Sarà necessario unire competenze che a livello centrale sono distribuite tra il Ministero della Salute, AGENAS, AIFA, Istituto Superiore di Sanità e a livello regionale o di USL sono distribuite tra servizi di ingegneria sanitaria (dove esistono), servizi epidemiologici o di igiene pubblica, alcuni servizi clinici, o di diagnostica che utilizzano tecnologie sanitarie, servizi amministrativi e controllo di gestione per quanto riguarda i costi. Integrare queste molteplici e differenziate competenze è operazione più facile da dire che da realizzare, poiché oltre agli aspetti di linguaggi diversi occorre superare anche “le gelosie” di chi ritiene di gestire le proprie informazioni per “gestire un potere più o meno ampio”. Non pochi sono rimasti legati al principio che J. Forrester aveva enunciato alla fine degli anni ’60, inizio anni ’70 secondo cui “to possess information is to possess power”. Si tratta di una concezione alquanto superata, poiché oggi il vero potere organizzativo consiste nella capacità di usare in modo adeguato le informazioni e nella capacità di utilizzare le informazioni per risolvere realmente i problemi.

Su questo ultimo tema, ma più in generale su molti altri temi presenti nel Patto per la salute, occorre evitare la “trappola dei sistemi complessi” enunciata da Henry Mintzberg nel suo ultimo volume *Il lavoro manageriale in pratica* (edizione italiana: FrancoAngeli 2014), che nasce dal rapporto esperti e specialisti, da un lato, e manager e policy maker, dall’altro. La complessità spinge i primi ad occuparsi di aspetti sempre più di dettaglio, fino a quando essi finiscono “per conoscere tutto del nulla (o quasi nulla)”; i secondi sono chiamati ad occuparsi di problemi tra loro molto diversi e quindi hanno poco tempo e non possono consolidare conoscenze specifiche su ognuno di essi, per cui finiscono “con il sapere nulla (o quasi nulla) del tutto”.