



un progetto di



**Strategie, finanziamento e gestione dei servizi
sanitari e socio-assistenziali: le opportunità e
le barriere dell'integrazione pubblico-privato**

Output tavolo di discussione



24 ottobre 2016

Pochi ormai metterebbero in dubbio che il futuro del welfare, da quello sanitario a quello socioassistenziale, è nella direzione della costruzione di sistemi multi pilastro, sistemi nei quali meccanismi finanziari e operativi di diversa natura convivono e convergono nell'offrire risposte nuove a bisogni fondamentali, e certamente non nuovi, degli individui. La tutela della salute, il mantenimento delle migliori condizioni di funzionalità e benessere quando essa non possa essere recuperata, la possibilità di condurre una vita dignitosa quando l'autosufficienza non sia più possibile sono ambiti nei quali la collettività ha avuto, e deve continuare ad avere, un ruolo centrale nel garantire sicurezza e protezione ai propri componenti.

E' però evidente che le forme del passato, nelle quali l'assunzione di responsabilità della collettività si traduceva in una responsabilità quasi esclusiva di intervento pubblico, sorretto da un prelievo coattivo di ricchezza (welfare state), necessitano di un profondo ripensamento. Non si tratta soltanto dell'operare di variabili pure importanti come quelle demografiche ed epidemiologiche o come la rivolta dei tax payer e la crescente difficoltà connessa alla redistribuzione di ricchezza tra i diversi segmenti della società. A richiedere un diverso equilibrio tra responsabilità individuali e responsabilità collettive e un migliore intreccio tra meccanismi volontari e meccanismi obbligatori sono anche:

- la maturazione e l'empowerment richiesto dagli utenti/cittadini;
- la natura dei bisogni che diventano sempre più complessi, rendendo sempre più difficile la definizione di un confine tra ciò è meritevole di intervento e ciò che non lo è;
- l'evoluzione tecnologica e l'innovazione nel mondo dei servizi che rendono possibile un miglior allineamento tra il perseguimento di vantaggi individuali e l'ottenimento di risultati collettivi.

Se la direzione e il disegno iniziano a essere sufficientemente chiari, il come arrivarci rimane largamente impreciso e soggetto a molteplici interpretazioni. Quale ruolo nel nuovo scenario potranno e dovranno giocare gli individui e le famiglie, i soggetti collettivi non pubblici, le compagnie di assicurazione e forme di mutualità privata, le diverse articolazioni del potere pubblico (stato, regioni, enti locali), il SSN, i produttori di servizi? Come è possibile assicurare una governance pubblica in un sistema misto? Quali meccanismi possono assicurare una eventuale messa in comune delle risorse che attraverso circuiti pubblici e privati alimentano il soddisfacimento dei medesimi bisogni? Come è possibile evitare duplicazioni e assicurare sinergie in uno scenario nel quale la convergenza verso obiettivi comuni dei diversi meccanismi è una necessità vitale?

Il seminario di Roma ha riunito molti dei protagonisti con l'idea che sia necessario mettere meglio a fuoco il disegno e, al tempo stesso, iniziare a far combaciare alcuni pezzi di un puzzle che andrà pazientemente composto. In altri termini, concettualizzazioni e sperimentazioni, disegni complessivi e soluzioni locali dovranno andare di pari passo, alimentandosi vicendevolmente, se come collettività vogliamo provare ad affrontare il passaggio da un welfare state a una welfare society.

Il punto di partenza è stato la condivisione delle ragioni che rendono la collaborazione e l'integrazione una prospettiva ineludibile. In questo senso, almeno due elementi sono emersi come meritevoli di particolare attenzione. Il primo è la dimensione strettamente demografica, la cui proiezione, anche solo su un orizzonte di 10 anni, preannuncia impatti radicali sui grandi pilastri del welfare (sanità, assistenza e previdenza). La seconda è la frammentazione delle risposte offerte a individui e famiglie, già oggi preoccupante e particolarmente evidente nel socio assistenziale. L'utilizzo del termine frammentazione è indicativo di una situazione in cui la pluralità delle risposte, che potrebbe essere positivamente intesa, da una parte, non trova sufficienti meccanismi di raccordo (il quadro delle regole in primis, ma anche una debolezza nelle soluzioni offerte dal mercato) e, dall'altra, si caratterizza per una drammatica insufficienza complessiva.

Il dibattito ha poi sottolineato come tra la sanità per acuti, a un estremo, e l'area della LTC, dall'altra, esistono somiglianze e interdipendenze che non devono, però, far dimenticare le differenze. Le interdipendenze nascono, certamente, da una sovrapposizione e, a volte indistinguibilità, dei bisogni (tipicamente le esigenze strettamente sanitarie del paziente non autosufficiente), ma si amplificano perché la carenza assoluta di risposte in settore (LTC) spinge, impropriamente, a cercare anche poche risposte dove possono essere trovate (sanità). Le differenze sono però evidenti e non devono essere sottovalutate.

La sanità è un settore robustamente strutturato sia in termini di offerta sia, almeno in linea di principio, di definizione dei diritti e degli standard di risposta. L'integrazione pubblico - privato non è per questo meno importante rispetto al socio assistenziale, ma gli obiettivi, i terreni di incontro, i meccanismi sono abbastanza chiari: consentire al sistema pubblico una migliore focalizzazione sulle aree a maggiore utilità, consentire a quote crescenti di popolazione l'accesso a servizi integrativi e complementari senza minare l'equità complessiva del sistema. Nel caso del socio-assistenziale la situazione mostra scarse tracce di strutturazione, per cui al problema di come incrementare le risorse si aggiunge la riconfigurazione complessiva del sistema di risposta, a partire da come concentrare le risorse ora disperse, per passare alla trasformazione di trasferimenti monetari in

servizi reali, fino allo sviluppo di una offerta moderna in grado di arrivare efficacemente al domicilio del paziente.

È stata registrata una larga convergenza intorno all'idea che la governance dei sistemi misti debba rimanere saldamente nelle mani del soggetto pubblico e delle regioni in particolare. La governance include funzioni e ambiti di responsabilità diversi che devono essere contemporaneamente presidiati. C'è un fondamentale ruolo di garanzia nei confronti dei cittadini, perché uno spazio più ampio a soggetti privati e a meccanismi basati su scelte individuali necessita di un più attento presidio delle finalità collettive. C'è anche però una responsabilità pubblica nel porre le condizioni perché l'integrazione si possa sviluppare, definendo regole adatte, mettendo in atto comportamenti coerenti e fungendo da stimolo nei confronti dei diversi soggetti coinvolti.

Se la governance pubblica non viene messa in discussione, più variegata sono le visioni su quale strutturazione dei compiti possa meglio garantire una efficace integrazione. Indipendentemente dalle specifiche proposte, è emersa la necessità di guardare con molta attenzione al ruolo di gestore del paziente, di chi si assume la responsabilità della presa in carico o, più semplicemente ne diviene il punto di riferimento. Le combinazioni possibili sono diverse, ma è importante sottolineare come tale ruolo possa anche essere enucleato rispetto ad altre componenti della filiera (finanziamento, erogazione) e come intorno alla questione di un modello più o meno integrato verticalmente si sviluppino molte delle differenze.

Difficilmente cambiamenti di tale portata nei sistemi di welfare potranno prodursi compiutamente se non saranno sostenuti da cambiamenti coerenti nei modelli di business nel settore privato. Si tratta di realizzare un più deciso ancoraggio a risultati significativi per il destinatario dei servizi e per il sistema, abbandonando definitivamente la logica della prestazione spesso inutili, di riuscire a proporre nuove soluzioni ai clienti diventando alleati nella soluzione di problemi importanti, di mettere in campo logiche evolute di produzione. Da questo punto di vista alcuni dei partecipanti al tavolo interpretano, e sono riusciti a trasmettere il senso, di una evoluzione significativa in molti settori della filiera sanitaria. Un contributo decisivo in tal senso, ma la questione riguarda anche i processi produttivi del pubblico, potrà venire dalla tecnologia, non solo e non tanto sul terreno sanitario, ma anche e soprattutto in relazione alla LTC (domotica, sensori, ...).

Da ultimo rimane una questione la cui importanza non può essere sottovalutata. L'infrastruttura fondamentale per la costruzione di sistemi integrati, efficaci e in grado di sfruttare tutte le opportunità scientifiche e tecnologiche sono i dati e le informazioni. L'operatore pubblico è in molti casi l'attore dominante e i risultati dello sforzo che esso fa per riconnettere le informazioni sul paziente devono potere

essere messi a disposizione del cittadino, nel momento in cui decida di utilizzare canali diversi da quelli pubblici, e della società nel suo complesso (open data), per promuovere l'innovazione e lo sviluppo di nuove soluzioni. Al tempo stesso le prestazioni sanitarie e altre informazioni utili devono essere rese tracciabili e utilizzabili, evidentemente con il consenso del soggetto, anche quando originino da transazioni private. La costruzione di una rete informativa e un patrimonio di dati affidabili e accessibili è, a questo punto una condizione indispensabile per lo sviluppo di ogni ipotesi di sistema integrato.

Se riusciremo a fare tutto, anche attraverso una, non scontata, assunzione di responsabilità della politica, non solo daremo migliori risposte ai bisogni per i quali i sistemi di welfare sono nati, ma offriremo nuove opportunità per lo sviluppo di quella white economy che rappresenta sempre più un possibile motore per l'economia del paese.