

# La programmazione è morta... pensare al futuro in modo innovativo

Elio Borgonovi, Giovanni Migliore\*

*La programmazione come è stata concepita e realizzata finora è in stato comatoso ed è destinata inevitabilmente a morire. È opportuno evitare l'accanimento terapeutico anche perché sarebbe troppo costoso e inutile. Sono cinque i principali motivi su cui si basa questa affermazione forte e provocatoria solo in apparenza:*

- 1) perché si basa su previsioni che rispondono al paradigma della rational choice;
- 2) perché il processo di approvazione dei piani nel settore pubblico è incompatibile con un ambiente socio-economico in rapido cambiamento;
- 3) perché la programmazione si basa strutturalmente su ipotesi ottimistiche riguardanti gli obiettivi da raggiungere;
- 4) perché spesso vi è una strutturale incoerenza tra esigenze, nel caso specifico bisogno di salute, obiettivi e risorse disponibili;
- 5) perché nel sistema pubblico esiste una strutturale debolezza nella fase di implementazione e in quella di monitoraggio e valutazione.

*La prima causa deriva dal fatto che i modelli di programmazione finora si sono basati sul paradigma della rational choice secondo cui il miglioramento delle informazioni consente di migliorare le decisioni. Pertanto, si ritiene che migliorando le previsioni si ottiene il miglioramento della programmazione. Un assunto che per vari decenni ha funzionato con l'applicazione di strumenti sempre più sofisticati di previsioni. Si è passati dalle proiezioni di trend del passato all'uso di modelli sempre più complessi di simulazione delle relazioni tra variabili economiche e socio-economiche, a metodi e strumenti di formulazione di scenari alternativi con la messa in campo di conoscenze di carattere interdisciplinare. Nelle formulazioni più avanzate di questi metodi e tecniche, sono state introdotte anche riflessioni su possibili "cigni neri", ossia eventi non prevedibili in grado di interferire sulle relazioni economiche o sociali conosciute. Recentemente si è pensato che questo paradigma possa essere rafforzato dall'uso di "intelligenze artificiali" di tipo predittivo che, utilizzando potentissimi strumenti di lavorazione, possano elaborare previsioni su possibili scenari ai quali collegare diverse probabilità. Tuttavia, i sistemi di intelligenza artificiale di tipo predittivo si basano su conoscenze del passato mentre sembra ormai acquisito che il futuro sarà caratterizzato dal paradigma dell'incertezza e della complessità. Incertezza vuol dire impossibilità di collegare a differenti scenari una probabilità di loro manifestazione. Di conseguenza, viene indebolito il fondamento della rational choice che fa riferimento proprio alle diverse probabilità di eventi futuri. Complessità significa che tra le diverse variabili economiche e sociali non esistono solo relazioni di causa-effetto-retroazione bensì relazioni di co-evoluzione, ossia interdipendenza tra le stesse. Per quanto riguarda i sistemi di tutela della salute significa che, accanto a fenomeni strutturali quali modificazioni della struttura demografi-*

\* Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.  
Giovanni Migliore, Presidente FIASO.

# EDITORIALE

## PUNTO DI VISTA

ca delle popolazioni (abbassamento del tasso di natalità in moltissimi Paesi, allungamento della vita ecc.) e alla prevalenza di certe patologie (oncologiche, cardiovascolari, respiratorie a causa dell'inquinamento), si avranno modificazioni non prevedibili delle attese dei comportamenti dei pazienti, rapida evoluzione delle tecnologie e delle metodiche di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e dei modelli assistenziali. In presenza di condizioni di incertezza e complessità, condizioni di tutela della salute che oggi sembrerebbero più probabili possono diventare in tempi brevissimi superate, mentre si possono determinare situazioni che oggi nessuno riesce non solo a prevedere ma neanche a immaginare. Pertanto, sembra opportuno applicare il principio secondo cui è più utile preparare le persone e le organizzazioni ad affrontare un futuro più che a moltiplicare gli sforzi per prevedere il futuro.

Con riferimento al secondo punto, i tempi dei processi di programmazione, è utile sottolineare due fenomeni. Il primo riguarda le fasi in cui essa si articola, che possono essere riassunte nei seguenti termini:

- analisi dei bisogni di salute e della loro evoluzione;
- predisposizione delle proposte di piani da parte delle strutture tecniche, da parte del Ministero della Salute o degli assessorati regionali;
- approvazione delle proposte di piani da parte del governo o delle giunte regionali;
- discussione in Parlamento o nei consigli regionali delle proposte di piano;
- approvazione definitiva dei piani.

Si tratta di processi che richiedono tempi lunghi, spesso irti di difficoltà tecniche e politiche, soggetti a modifiche e a compromessi nell'iter di approvazione per cui si può dire che i piani sono già obsoleti nel momento stesso in cui sono approvati perché nel frattempo sono cambiate profondamente le situazioni di partenza dei bisogni di salute, delle aspettative dei pazienti, delle conoscenze cliniche, delle tecnologie e delle metodiche di diagnosi, cura e riabilitazione. Al contrario, per quanto riguarda i piani delle aziende sanitarie per aziende sanitarie territoriali o aziende ospedaliere, si ha il fenomeno opposto, ossia tempi troppo stretti per la loro predisposizione. In questo caso sono presenti due condizioni che comunque riducono il valore della programmazione. Da un lato i tempi stretti nei quali i piani devono essere formulati, che non consentono adeguate analisi della situazione, dall'altro l'incoerenza tra obiettivi e risorse messe a disposizione. Infatti indirizzi regionali, regole di sistema, comunicazione delle risorse messe a disposizione arrivano ai vertici aziendali con l'indicazione di tempi strettissimi per l'elaborazione dei piani (30 o 60 giorni). Inoltre, non di rado, per non dire quasi sempre, gli obiettivi fissati per le aziende sono in contraddizione con i provvedimenti che riguardano le risorse finanziarie, tecnologiche e di personale messe a disposizione. Con riferimento sia alla programmazione nazionale e regionale, sia a quella locale, la tecnica dei piani triennali a scorrimento (ossia ogni anno si aggiusta il piano per il triennio successivo) costituisce solo una parziale attenuazione di questa incongruenza. La terza causa deriva dal fatto che la programmazione soffre di una strutturale propensione all'ottimismo, sia con riguardo al miglioramento della risposta ai bisogni di salute, sia quando si pone obiettivi di razionalizzazione. Per ottenere il consenso spesso vi è una sovrastima della capacità del sistema di rispondere ai bisogni. Gli obiettivi quantitativi e qualitativi sono posti a livelli troppo elevati rispetto all'effettiva capacità del sistema di raggiungerli. Viceversa, nel caso di piani di razionalizzazione del sistema di offerta, per esempio chiusura o riconversione di ospedali di piccole dimensioni, vengono sottostimate le resistenze al cambiamento. Di conseguenza, molti piani appaiono irrealistici già al momento della loro approvazione formale.

Con riguardo alla quarta causa, rapporto obiettivi-risorse, si può evidenziare che oggi, più che in passato, esiste una strutturale divaricazione tra obiettivi e risorse. Per acquisire il consenso nell'iter di approvazione, la programmazione strutturalmente è guidata dalle aspettative con riguardo alla tutela della salute. Aspettative che sono sempre più elevate anche a seguito delle maggiori informazioni disponibili sui progressi della scienza e su ciò che "sarebbe possibile fare". Inoltre, nei sistemi pubblici queste aspettative sono elevate in ragione dell'affermazione dei principi del diritto alla tutela della salute (Art. 32 della Costituzione Italiana), della universalità, equità/uguaglianza e gratuità nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Sulle risorse agiscono invece vincoli sempre più stringenti della finanza

pubblica. In molti piani sanitari e lo stesso Patto per la Salute tra Stato e Regioni, le risorse previste erano incongruenti già al momento della loro approvazione con le risorse messe a disposizione con la legge di stabilità (ora legge di bilancio). Perciò la programmazione soffre di una strutturale incongruenza che si riflette soprattutto su coloro che agiscono in frontiera, ossia sulle aziende sanitarie e ospedaliere, sulle unità organizzative e sui professionisti che sono a diretto contatto con i pazienti.

L'ultima causa fa riferimento al ciclo della programmazione che è articolato nelle seguenti fasi: analisi dell'ambiente, generazione delle alternative per rispondere ai bisogni di salute, decisioni, attuazione delle decisioni, monitoraggio, valutazione. La pluridecennale esperienza di programmazione evidenzia che in Italia è molto debole la fase di attuazione. Infatti, i piani nazionali e regionali prevedono decreti attuativi e regolamenti che spesso richiedono tempi lunghi. A loro volta, i piani delle aziende sanitarie e ospedaliere sono condizionati da provvedimenti nazionali e regionali, da consultazioni con le forze sindacali e da altri procedimenti formali. In un sistema pubblico basato sul diritto amministrativo, i tempi lunghi dell'attuazione rendono debole la programmazione. A ciò si può aggiungere anche la debolezza della valutazione dei risultati. Sul piano teorico e pratico sono più difficili i sistemi di valutazione dei risultati di salute (outcome) per cui è debole una programmazione di carattere flessibile, cioè che si adatta ai cambiamenti dei bisogni. Spesso accade che la valutazione sia concentrata sul controllo dei fattori produttivi o delle prestazioni e non sulla verifica dei risultati, che dovrebbe costituire invece l'elemento caratterizzante di una buona programmazione.

Affermare che la programmazione è in stato comatoso e che bisogna evitare l'accanimento terapeutico non significa dire che dobbiamo tornare a decidere giorno per giorno, mese per mese, anno per anno. Significa invece che occorre cambiare il modo di pensare al futuro. Innanzitutto, significa abbandonare la presunzione dell'approccio analitico che entra in eccessivi dettagli di obiettivi super sofisticati e abbracciare un'impostazione che privilegia la condivisione di una visione di fondo in grado di coinvolgere i professionisti. Privilegiare la visione di fondo consente di valorizzare le persone, motivarle, farle sentire parte di un'organizzazione che si occupa e si preoccupa della salute. Elaborare una visione significa attivare strumenti per ascoltare la voce dei pazienti. Significa spostare l'accento dalla lotta alla malattia che ha dominato gli ultimi decenni e forse l'ultimo secolo alla promozione della salute. Significa cercare di agire sui fattori individuali, sociali e ambientali che la influenzano. Significa fare scelte di priorità fra due tipi di bisogni di salute: quelli che riguardano un numero elevato di persone ma con bassi costi unitari e quelli che riguardano un numero limitato di persone ma che comportano costi unitari elevati. Significa seguire l'evoluzione della ricerca e l'innovazione delle tecnologie per preparare il sistema nel momento in cui le conoscenze potranno essere concretamente disponibili. Per la singola azienda sanitaria o ospedaliera significa chiarire se intende caratterizzarsi come struttura hub o struttura spoke, tenendo presente che si può essere hub per alcuni ambiti dell'assistenza e spoke per altri. Significa favorire l'attivazione e il potenziamento di reti professionali, interaziendali, interistituzionali e sociali che in un certo senso costituiscono una via obbligata per creare sinergie in termini di risorse da mettere in campo.

In secondo luogo, un nuovo tipo di programmazione consiste nello spostare l'accento dalle decisioni ai "criteri per decidere". Se è vero, come è vero, che ci troviamo in un periodo di rapidissimi cambiamenti e di incertezza, è evidente che consolidare decisioni in piani significa rendere rigido un sistema che invece dovrebbe essere adattabile e flessibile. Piani fondati su standard strutturali, funzionali, di quantità e qualità di servizi, condizioni di sicurezza per i pazienti, velocità di risposta ai bisogni, criteri di decisione che, da un lato, sono più snelli (si evitano piani di centinaia di pagine) e, dall'altro, danno maggiore autonomia nella fase di attuazione. Il riferimento a standard e a criteri decisionali rende più agevole l'attuazione perché richiede un minor numero di decreti e regolamenti attuativi e perché, se cambiano le condizioni, possono cambiare le decisioni senza dover modificare i piani. Inoltre, questo approccio alla programmazione stimola l'adozione di un'organizzazione "agile", ossia che aggrega conoscenze e competenze sulla base delle nuove conoscenze, delle tecnologie e dei modelli assistenziali. Infine, l'adozione di standard e criteri potrebbe (e il condizionale è d'obbligo in questi casi) costituire una barriera anche alle interferenze della politica nelle fasi di attuazione. Prendere decisioni che non rispettano i criteri e gli standard potrebbe aumentare il "costo politico" del mancato rispetto. La presenza di criteri e standard potrebbe essere utilizzata dai politici per affermare che in un certo senso "hanno le mani legate" e, quindi, consentire loro di prendere decisioni difficili senza pagare un eccessivo prezzo

# EDITORIALE

## ● PUNTO DI VISTA

*in termini di perdita di consenso. In sostanza, standard e criteri determinano una situazione di “inversione della prova”, nel senso che chi intende non rispettare gli standard e i criteri dovrebbe dimostrare la loro incongruenza.*

*In terzo luogo, il nuovo paradigma di programmazione richiede di abbandonare la logica basata sulla relazione regole/obblighi → controlli → sanzioni per introdurre la logica basata sulle relazioni criteri/obiettivi → autonomia decisionale → incentivi. Il primo tipo di logica deriva dal principio di legalità che regola i rapporti interistituzionali tra Stato, Regione, aziende sanitarie, organi delle aziende, secondo cui si ritiene che i comportamenti debbano conformarsi a quanto previsto dalle leggi e dal modello organizzativo di tipo gerarchico in base al quale il potere discende dall'alto verso i livelli più bassi dell'organizzazione. Tuttavia, è noto che le leggi sono di diverso tipo, ordinatorio quando stabiliscono diritti e doveri immediatamente esigibili, e programmatico, che riguardano diritti esigibili solo in presenza di determinate condizioni. Quest'ultima tipologia è propria del diritto alla tutela della salute che può essere garantito solo in presenza di adeguate risorse, corretti criteri di distribuzione alle Regioni e dalle Regioni alle aziende sanitarie e ospedaliere, appropriatezza, efficacia ed efficienza nel loro impiego. Sul piano organizzativo, il modello gerarchico non è applicabile perché i professionisti (medici, infermieri, tecnici ecc.) sono dotati di autonomia e responsabilità per gli atti compiuti.*

*In mancanza di queste condizioni, anche le norme che formalmente appaiono ordinarie e perentorie diventano grida manzoniane che restano inapplicabili. Inoltre, la logica di tipo gerarchico determina una moltiplicazione di controlli spesso superflui quando non addirittura dannosi, come ha sottolineato in diverse occasioni il prof. Sabino Cassese. A ciò si aggiunga che il rischio di sanzioni è causa del fenomeno di deresponsabilizzazione con il classico fenomeno della fuga dalla firma o da attività sanitarie che comportano rischi sul piano civile, penale, amministrativo e contabile. Adottare la logica criteri/obiettivi → autonomia decisionale → incentivi è coerente con il contesto in cui si svolge e sempre più si svolgerà l'attività di tutela della salute. Infatti, criteri per le decisioni consentono di adeguare con flessibilità gli obiettivi ai cambiamenti dei bisogni e delle aspettative dei pazienti, delle conoscenze e delle tecnologie. L'autonomia decisionale è coerente con la natura della responsabilità professionale, che tuttavia non è lasciata alla discrezionalità soggettiva (e a volte alla colpevole incompetenza dei professionisti che non si aggiornano) ma è data dagli obiettivi e dai criteri decisionali e dalla verifica dei risultati. Inoltre, l'autonomia decisionale richiede di favorire relazioni organizzative basate sul coinvolgimento e sulla fiducia. Infine, privilegiare l'incentivazione rispetto alla sanzione significa dar rilievo a comportamenti positivi piuttosto che preoccuparsi di combattere comportamenti negativi. Favorire comportamenti positivi può attivare all'interno dell'organizzazione l'effetto di emulazione e applicare il principio secondo cui “le parole convincono (nel caso specifico i piani possono essere coerenti e convincenti) ma l'esempio trascina”.*

*In conclusione, si può sostenere che occorre guardare al futuro applicando l'insegnamento di Einstein secondo cui “le cose non cambieranno se continueremo a guardare le cose nello stesso modo”. Si può dire che guardare alla programmazione con occhi nuovi significa credere e investire nella qualità, nelle conoscenze e nelle motivazioni delle persone. Un investimento che consente migliori risultati rispetto a investimenti (finanziari, di tempo, di energie psicofisiche) in metodi e tecniche sempre più sofisticate e a tecnologie di simulazione che sono in grado di trattare migliaia di relazioni causa-effetto e retroazione e di produrre centinaia di possibili scenari, ma non possono (e, secondo chi scrive, non potranno mai) sostituire quella parte dell'intelligenza che viene definita creativa/generativa, emozionale ed etica che è propria delle persone.*