



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

01.2020

I Quaderni della Fondazione Farmafactoring

Il Servizio Sanitario e la gestione
della complessità: sostenibilità, pluralità
delle piattaforme e loro interazioni

Autori

Vincenzo Atella, Claudia Donati, Daniele Ferretti, Laura Giudice, Joanna Kopinska, Francesca Lecci, Federico Lega, Francesco Longo, Annalisa Luciani, Francesco Maietta, Vera Rizzotto, Andrea Rotolo e Marco Sartirana

Direttore Scientifico Fondazione Farmafactoring

Vincenzo Atella

Indice

Introduzione	5
1. L'ecosistema e le piattaforme del SSN	7
1.1 Il SSN e i suoi <i>stakeholder</i> : un mondo in continua evoluzione	7
1.2 L'ecosistema e le piattaforme: definizioni e metodologia	9
1.3 La metodologia per la definizione delle relazioni	11
2. Sistemi regionali e aziendali a confronto con l'Ecosistema	16
2.1 Metodologia e fasi della ricerca	17
2.2 Il governo degli <i>stakeholder</i> nell'ecosistema	22
2.3 Il punto di vista delle aziende pubbliche	22
2.3.1 Il rapporto con gli enti pubblici territoriali	23
2.3.2 Il rapporto con le Scuole	25
2.3.3 Il rapporto con le imprese	26
2.3.4 Il rapporto con MMG e PLS	27
2.3.5 Il rapporto con Associazioni di pazienti e volontariato	28
2.3.6 Il rapporto con gli altri soggetti	29
2.4 Il punto di vista dei manager pubblici	30
2.5 Analisi dei risultati	34
3. Ecosistema sanità: una logica da conquistare	36
3.1 Gli aspetti della domanda di salute che sospingono verso l'ecosistema	37
3.2 Agire da ecosistema	41
Bibliografia	45

Introduzione¹

È noto nella letteratura e tra gli esperti che i sistemi sanitari sono esempi paradigmatici di organizzazioni umane complesse che fondono una moltitudine di caratteristiche professionali e disciplinari diverse all'interno di un ambiente critico. Il fallimento della comunicazione tra i diversi attori, così come l'esistenza di processi "difettosi" all'interno di tali sistemi, possono avere un forte impatto sulla società, sia in termini economico-finanziari, sia di stato di salute. Negli anni la complessità di questi sistemi è cresciuta anche a causa della continua e costante introduzione di nuove tecnologie - di processo, di produzione e organizzative - che hanno aumentato il numero di stakeholder coinvolti creando nuove relazioni e nuovi canali attraverso cui i vari soggetti interagiscono.

La gradualità con la quale molti di questi cambiamenti sono avvenuti ha spesso evitato l'insorgere di break strutturali che potessero facilmente far capire la necessità di dover intervenire secondo nuovi paradigmi. Contemporaneamente, i cambiamenti impongono una serie di costi, non necessariamente monetari, ma più spesso legati a variazioni nelle rendite di posizione - che le burocrazie cercano per quanto possibile di evitare. Questo insieme di cose ha fatto sì che, nonostante la crescente complessità, i sistemi sanitari continuassero ad essere considerati come strutture gerarchiche lineari, i cui approcci meccanici spesso portano a conseguenze indesiderate. Infatti, l'output di un sistema meccanico può essere controllato manipolando ciascuna delle sue parti, mentre l'output di un sistema complesso si comporta in modo diverso a seconda delle condizioni iniziali e dei feedback che si determinano.

I moderni sistemi sanitari - a tutti i livelli e in tutte le discipline di assistenza - evolvono verso strutture sempre più complesse. Per esempio, solo un decennio fa, un medico di famiglia o uno specialista ospedaliero lavoravano in contesti in cui la maggior parte dei loro problemi poteva essere descritta in termini biomedici e affrontata usando le conoscenze e le abilità acquisite all'università (vedi ad esempio le nuove terapie geniche). Oggi, nella maggior parte dei casi, questo paradigma può essere considerato superato e i policy maker devono pianificare scenari di azione estremamente complessi. Quello che si sta sempre più realizzando è un concetto di "complessità di complessità", per cui il sistema complesso della sanità si trova sempre più in relazione (complessa) con altri sistemi complessi, e i problemi del sistema sanitario diventano problemi degli altri sistemi e le soluzioni ai problemi della sanità non possono essere trovate senza trovare soluzioni ai problemi degli altri sistemi complessi.

Questa nuova "iper-struttura" ci porta a ragionare sull'esistenza di una "ecosistema" all'interno della quale diversi sistemi complessi co-esistono e interagiscono attraverso una serie di "piattaforme" sulle quali si creano relazioni tra diversi "agenti". Questo nuovo modo di

(1) Il presente Quaderno rappresenta una sintesi del Rapporto Farmafactoring 2019. Tutti i dati qui riportati si basano su informazioni contenute nel Rapporto e disponibili alla data del 30 ottobre 2019, quando lo stesso è stato completato.

pensare l'organizzazione dei sistemi fa sì che si possano più facilmente immaginare relazioni e/o piani che in passato, per diversi motivi, erano tenuti separati. Allo stesso tempo, questa visione permette di riconsiderare il sistema sanitario come una struttura non più monolitica e non rappresentata dalla semplice sommatoria dei soggetti. In questa logica, all'interno dell'ecosistema si trovano, altri sistemi complessi come quello della comunicazione, dell'istruzione, dell'industria alimentare e del tabacco, dell'industria del fitness, dell'industria bio-medicale, delle società scientifiche, dei regolatori, delle istituzioni (a tutti i livelli) e della politica. Gli agenti che operano in questi sistemi complessi sono i cittadini, i pazienti, i medici, gli amministratori, gli educatori, gli imprenditori, i politici. Infine, gli agenti sono messi in comunicazione tra loro e tra i sistemi complessi attraverso le piattaforme.

Partendo da questi temi, il Rapporto 2019 è stato sviluppato lungo tre direzioni:

- 1. effettuare la mappatura "dinamica" delle piattaforme e dei soggetti che interagiscono nell'ecosistema di riferimento del sistema sanitario. Grazie a tale mappatura è possibile non solo avere il quadro della situazione attuale delle relazioni esistenti, ma anche una possibile prospettiva su come queste relazioni evolveranno nei prossimi anni.*
- 2. come le regioni (e le ASL al loro interno) si confrontano con queste relazioni dinamiche nell'ecosistema, cercando di capire quanto esse siano al corrente di tali relazioni e di evidenziare le differenze che esistono tra le varie regioni e all'interno delle regioni nel gestire tali relazioni. Le regioni individuate (Lombardia, Liguria, Lazio, Puglia e Sicilia) permettono di avere un quadro abbastanza variegato della situazione italiana.*
- 3. analizzare le origini sociali e di contesto della sfida dell'ecosistema per la sanità italiana. È il racconto di come l'evoluzione di stili di vita, concezione della salute e rapporto con la sanità abbiano condotto all'attuale situazione di complessità di complessità, in cui è urgente l'assunzione di culture e pratiche professionali, nonché opzioni organizzative, di governance e funzionali in grado di misurarsi con la molteplicità di mondi da cui, in ultima analisi, dipende oggi tutela e promozione della salute degli italiani.*

Nel complesso, l'analisi così condotta dovrebbe garantire una visione molto più ampia e completa di quelli che oggi sono i punti di forza e di debolezza del sistema sanitario italiano, cosa fino a oggi trascurata nelle principali analisi condotte sul tema.

L'ecosistema e le piattaforme del SSN

1.1 Il SSN e i suoi *stakeholder*: un mondo in continua evoluzione

Tradizionalmente, i sistemi sanitari sono stati per lungo tempo considerati strutture gerarchiche lineari che potevano essere gestite al pari di sistemi meccanicistici in cui le relazioni tra le diverse componenti erano regolate da specifici rapporti di causa-effetto. Anche a causa di un continuo progresso tecnologico e organizzativo che ha reso sempre più efficaci le cure fornite ai pazienti, con il passare degli anni questa visione "meccanicistica" dei sistemi sanitari si è andata man mano evolvendo. Da un po' di anni nella letteratura scientifica si è affermata sempre di più una visione diversa che caratterizza le attività sanitarie in termini di teoria dei sistemi complessi, dove il concetto di complessità è stato spesso definito in modo vago e vario, con significati che vanno da "non semplice" a "complicato" a "intrattabile" (Kannampallil et al., 2011). Secondo tali sviluppi i sistemi sanitari vengono sempre più assimilati a entità complesse governate da leggi di interazione non lineari, da auto-organizzazione e da fenomeni emergenti ("*emergent phenomena*") e sono esempi paradigmatici di organizzazioni umane che fondono una moltitudine di diverse caratteristiche professionali e disciplinari in ambienti dalle prestazioni critiche.

Uno dei principali effetti generati dalla complessità del sistema è quello della "difficoltà computazionale" ("*computability*"). In altre parole, vi è un costo in termini di risorse cognitive, computazionali, temporali o fisiche richieste o spese quando si lavora all'interno o su tali sistemi. Allo stesso modo, per gli osservatori esterni che cercano di comprendere sistemi complessi, l'interrelazione dei componenti introduce sfide significative per comprendere efficacemente il sistema. Purtroppo, alcuni aspetti importanti di tali sistemi sono talvolta ignorati, generando rischi e pericoli per gli utenti finali.

Sono tante le ragioni che negli anni hanno reso i sistemi sanitari sempre più complessi, non ultimo le tante innovazioni tecnologiche sia di natura sanitaria, sia legate alla rivoluzione digitale che hanno permesso di aumentare in modo consistente le componenti del sistema e le interrelazioni tra queste. Una volta raggiunta una certa soglia critica il livello di complessità del sistema tende poi ad auto-alimentarsi coinvolgendo nuovi attori, settori e discipline. La salute della popolazione dipende, quindi, dall'interazione tra i vari sistemi secondo dei meccanismi che fanno emergere fenomeni poco attesi e difficili da comprendere con un approccio riduzionista che guarda alle solite categorie viste fino ad allora. La principale conseguenza di tale cambio di prospettiva è che i confini dei sistemi sanitari non vengono più tracciati in modo esogeno dal *policy maker*, ma diventano "endogeni" in quanto legati alla struttura socio-economica dei paesi, al sistema politico di appartenenza, alla matrice culturale che

I sistemi sanitari non come sistemi gerarchici ma come sistemi complessi

orienta il comportamento e la capacità rivendicativa dei diversi attori sociali (i *professional*, i cittadini, i decisori pubblici), alle caratteristiche e al comportamento strategico del terzo settore e delle imprese profit. Inoltre, si pongono le basi per uno spostamento del centro del processo di cura dall'ospedale al territorio, che non significa solo un consolidamento delle attività svolte nel territorio.

In questa situazione, il sistema sanitario diventa un sistema adattivo complesso, non statico, poiché si adatta, modella e si modifica in base alle esperienze, alla stimolazione, alla comunicazione, all'informazione e all'ambiente. Ed è proprio partendo da queste considerazioni che il Rapporto di quest'anno trae la sua origine. Rispetto a quanto fino a oggi discusso nella letteratura sulla complessità dei sistemi sanitari l'obiettivo del Rapporto è duplice. Da un lato si mette in evidenza l'esistenza di un sistema sanitario che è parte di una rete di sistemi complessi tra di loro legati da relazioni di diversa intensità: a tale rete di sistemi complessi daremo il nome di "Ecosistema". Dall'altro definiamo un secondo concetto, quello di "piattaforma", che non è altro che il sistema di relazioni attraverso cui i vari attori si legano e contribuiscono in modo diretto e indiretto all'erogazione dei vari prodotti e servizi del sistema sanitario. In tal modo cercheremo di rendere evidente che, nella logica di comprendere in pieno il funzionamento del sistema complesso della sanità, sarà necessario conoscere sia la struttura dell'Ecosistema (ovvero gli attori/*stakeholder* che vi partecipano), sia le modalità attraverso le quali le varie piattaforme di servizi offerti dal sistema sanitario integrano i vari attori dell'Ecosistema. Questo perché diverse piattaforme di erogazione dei servizi sanitari coinvolgono diversi attori dell'Ecosistema. Se non si chiariscono questi legami/relazioni diventa poi difficile operare, dall'interno o dall'esterno, per migliorare il sistema stesso o per disegnare e implementare politiche sanitarie efficaci. Inoltre, come si vedrà meglio nelle pagine successive, in molti casi la definizione di relazione tra i vari attori dell'Ecosistema sarà coincidente con la presenza/assenza di "conflitti di interesse", che a seconda dei casi possono determinare esternalità positive o negative.

Un esempio concreto per capire meglio questo concetto è quello della piattaforma della prevenzione, sulla quale diversi sistemi complessi interagiscono (sanitario, comunicazione, istruzione, industria alimentare e del tabacco, industria del *fitness*, società scientifiche, regolatori, istituzioni e politica) e diversi agenti sono coinvolti. Basti pensare al lavoro delle società scientifiche per definire e implementare una campagna di prevenzione, all'attività di comunicazione per rendere efficace la campagna di prevenzione, all'attività di formazione svolta dalle scuole per inculcare i concetti chiave della prevenzione, al ruolo del regolatore per agevolare e/o favorire una serie di comportamenti (esempio classico è la legge sul fumo nei locali pubblici), al ruolo delle imprese dell'alimentare o del fumo per aumentare trasparenza sui

Il sistema sanitario come parte di una rete di sistemi complessi cui daremo il nome di "Ecosistema".

prodotti utilizzati e sui danni/benefici dei prodotti per la salute umana (ad esempio riportare in modo chiaro l'apporto nutrizionale dei cibi) e, infine, al ruolo organizzativo del sistema sanitario per implementare attività di prevenzione. Un recente caso di piattaforma che ha visto coinvolti diversi sistemi complessi con esiti poco prevedibili solo pochi anni fa è stato quello delle vaccinazioni obbligatorie.

Altre piattaforme importanti da considerare sono quella della cronicità, della ricerca, delle acuzie/ospedalità, della riabilitazione, delle cure primarie, della LTC, ecc. Per ogni piattaforma è possibile immaginare una serie di sistemi complessi che interagiscono insieme a diversi agenti. Essere al di fuori di questa visione non aiuta *policy maker* e *decision maker* a disegnare e rendere operativi interventi che hanno come obiettivi principali il miglioramento dell'efficacia del sistema sanitario. Visto in quest'ottica, l'approccio dell'ecosfera risulta essere più generale della visione del solo sistema sanitario come sistema complesso, che comprende solo alcune reti di componenti (ospedali, cliniche, case di cura, unità di riabilitazione, case di pazienti, famiglie e pazienti) che interagiscono in modo non-lineare su alcune scale (paziente, famiglia, fornitore di servizi medici e governo).

1.2 L'ecosistema e le piattaforme: definizioni e metodologia

Come già accennato nell'introduzione, l'ecosistema lo si può definire come un insieme di diversi sistemi complessi che co-esistono e interagiscono attraverso una serie di "piattaforme" sulle quali si creano relazioni tra diversi "agenti". Nella [Figura 1.1](#) sono riportati alcuni tra i più importanti attori/*stakeholder* che a diverso titolo hanno rapporti con il SSN, definendo così i confini dell'ecosistema della sanità. Gli agenti che operano in questi sistemi complessi sono i cittadini, i pazienti, i medici, gli amministratori, gli educatori, gli imprenditori, i politici.

Come è possibile vedere dalla [Figura 1.2](#), i vari attori possono essere raccolti all'interno di una serie più ampia di "famiglie". Tra queste un'importanza rilevante è ricoperta dall'industria in varie declinazioni. Una seconda importante famiglia è quella dello Stato al di fuori del sistema sanitario, che coinvolge la politica, le agenzie di regolamentazione e la scuola. Esistono poi una serie di altri attori che a varia natura si interfacciano con il mondo della sanità pubblica.

Questi attori/*stakeholder* sono messi in comunicazione tra loro e tra i sistemi complessi attraverso le piattaforme su cui operano e interagiscono. Nella [Figura 1.2](#) sono rappresentate alcune delle più importanti piattaforme attraverso cui il SSN interagisce con il resto dell'Ecosistema ed eroga e produce beni e servizi. Per ognuna di queste piattaforme esiste una struttura di relazioni con i vari attori/

**Ecosistema
e interazione con
le piattaforme**

stakeholder riportati nella *Figura 1.1*, che la rende unica in termini di azioni e di risposte che il SSN deve dare per migliorare la qualità dei servizi offerti. Non avere chiaro in che modo queste piattaforme si interfacciano con i vari attori e come siano eventualmente soggette a pressioni determinate da conflitti di interesse (positivi o negativi) vuol dire non riuscire a mettere in atto politiche efficaci².

Figura 1.1 L'Ecosistema del sistema sanitario



Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring

Essendo utile individuare come i vari soggetti possano interagire all'interno delle varie piattaforme, nelle pagine successive saranno rappresentate graficamente varie relazioni che attengono in particolare alle piattaforme della prevenzione, delle malattie rare, della cronicità, dei medici di medicina generale (MMG) e degli ospedali. Tali grafici, oltre a evidenziare le differenze nell'insieme di relazioni che esistono tra le varie piattaforme, evidenziano anche come alcune relazioni che possono creare un conflitto di interesse su alcune piattaforme, potrebbero non crearlo in altre.

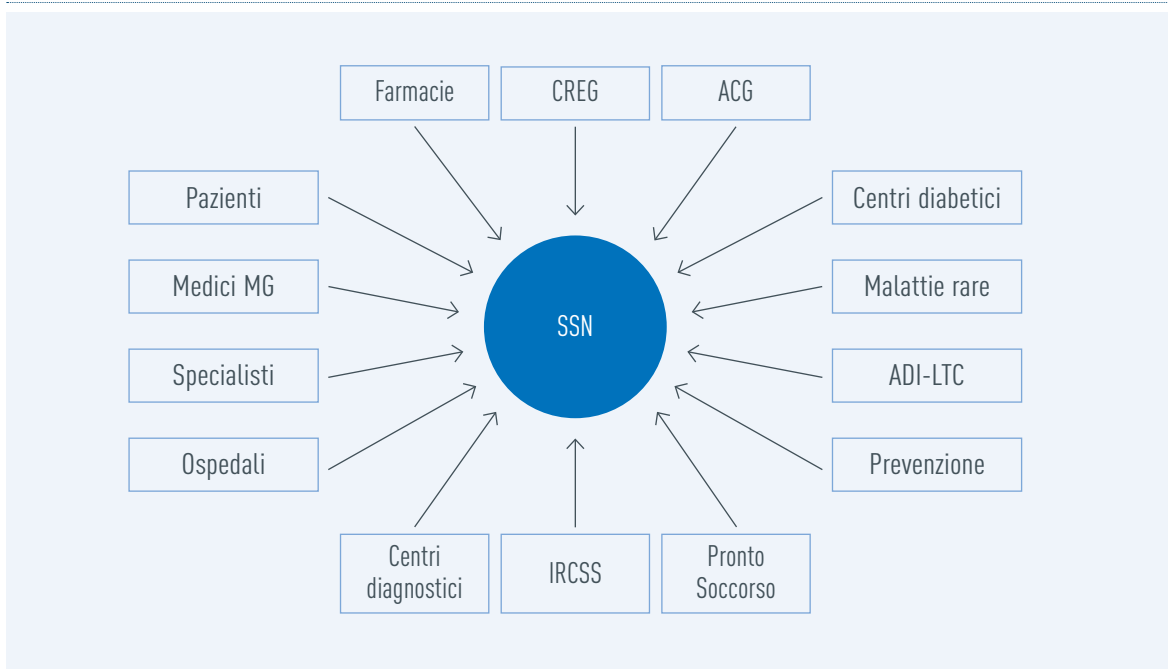
[2] Ciò che non discutiamo in questo Rapporto è che tra le varie piattaforme possano esserci una serie di relazioni che le mettono in contrapposizione o che le rendono sinergiche. È questo il caso, ad esempio, della piattaforma dei MMG e PLS, degli specialisti e degli ospedali. Basta pensare al rapporto ospedale/territorio e a come la sinergia o la contrapposizione tra le varie piattaforme possa portare a risultati positivi o negativi in termini di salute.

1.3 La metodologia per la definizione delle relazioni

La metodologia utilizzata per definire i rapporti tra le piattaforme e i vari attori/*stakeholder* si basa su una tecnica di analisi quali/quantitativa relativamente semplice. Non essendo possibile riuscire ad avere dati quantitativi che informino in modo oggettivo sul reale grado di coinvolgimento dei singoli attori/*stakeholder* nel determinare/ influenzare la piattaforma, si è fatto ricorso a interviste mirate in cui ai singoli esperti è stata chiesta un'opinione in merito al grado di coinvolgimento/rilevanza di ogni singolo attore su una specifica piattaforma. Per ogni singola piattaforma riportata nella [Figura 1.2](#) è stato chiesto al gruppo degli esperti di fornire la loro opinione in merito alla rilevanza degli attori/*stakeholder* riportati nella [Figura 1.1](#) nell'essere determinanti nel funzionamento e/o organizzazione della piattaforma stessa. A tal fine è stata utilizzata una scala Likert su 11 punti, dove 0 corrisponde a "Per nulla rilevante" e 11 corrisponde a "Estremamente rilevante".

Come misurare le relazioni tra ecosistema e piattaforme

Figura 1.2 Le piattaforme del sistema sanitario



Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring

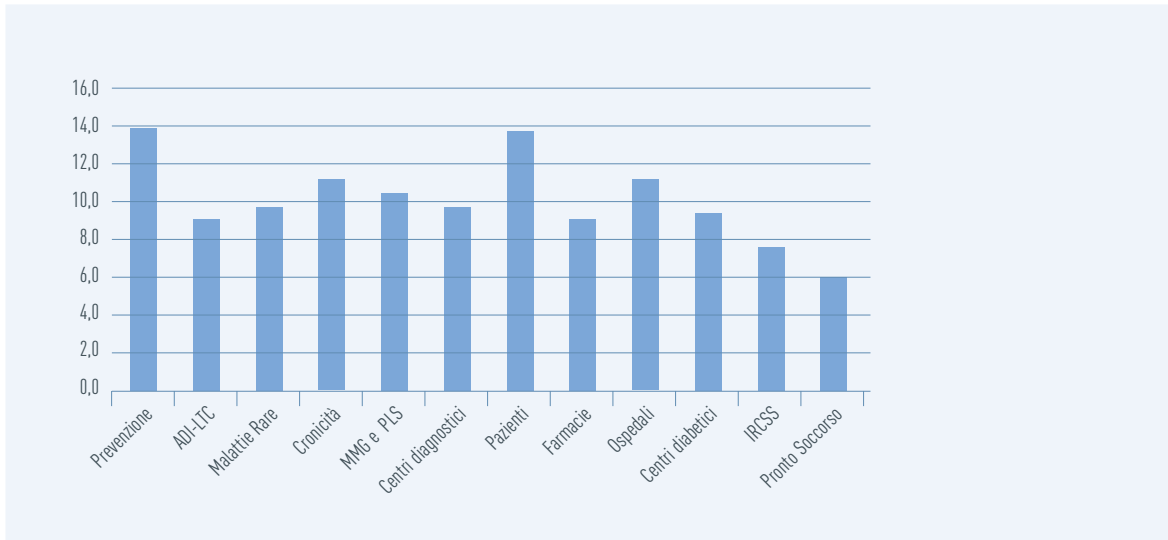
Una volta concluse le interviste e raccolte le valutazioni individuali sono stati ottenuti dei valori medi per ogni singolo attore/piattaforma (vedi [Tabella 1.1](#)). Tali dati permettono di ottenere un indicatore sintetico per tipo di piattaforma ottenuto come somma dei punteggi di rilevanza per ogni singolo attore/*stakeholder*. Dal confronto di tali indicatori sintetici è possibile avere un'idea della "complessità" intrinseca della *governance* della piattaforma da parte del SSN. Per costruzione tale indicatore varia da 0 a 17, dove valori più bassi (alti) indicano che la piattaforma è meno (più) dipendente dai comportamenti/influenze degli *stakeholder* del SSN e, quindi, meno (più) difficile sarà il lavoro necessario per implementare politiche sanitarie efficaci.

Tabella 1.1 Sistema di pesi per le piattaforme

Attori ecosistema	Prevenzione	ADI-LTC	Malattie Rare	Cronicità	MMG e PLS	Centri diagnostici	Pazienti	Farmacie	Ospedali	Centri diabetici	IRCSS	Pronto Soccorso
Mercato del lavoro	0,88	0,40	0,68	0,72	0,62	0,58	0,74	0,24	0,58	0,40	0,16	0,54
Ambiente	0,97	0,32	0,42	0,66	0,38	0,24	0,76	0,34	0,76	0,24	0,30	0,18
Sist. comunicazioni	0,78	0,38	0,52	0,54	0,56	0,52	0,89	0,52	0,46	0,46	0,48	0,32
Sanità privata	0,70	0,84	0,56	0,80	0,40	0,82	0,64	0,34	0,84	0,50	0,40	0,36
Associazione pazienti	0,62	0,76	0,98	0,80	0,74	0,50	0,96	0,36	0,74	0,88	0,86	0,46
Società scientifiche	0,90	0,90	0,98	0,76	0,86	0,64	0,68	0,46	0,86	0,94	0,86	0,24
Sist. socio assistenziale	0,54	0,99	0,74	0,78	0,58	0,58	0,70	0,40	0,76	0,66	0,44	0,38
Ind. Assicurazioni	0,68	0,42	0,44	0,58	0,76	0,86	0,76	0,42	0,76	0,48	0,38	0,28
Ind. Alimentare	0,86	0,34	0,40	0,72	0,76	0,38	0,84	0,56	0,40	0,76	0,24	0,12
Ind. Tabacco	0,94	0,20	0,18	0,46	0,26	0,36	0,80	0,24	0,42	0,16	0,10	0,26
Ind. Alcool	0,92	0,22	0,20	0,56	0,24	0,36	0,82	0,30	0,44	0,12	0,12	0,36
Ind. Fitness	0,86	0,46	0,42	0,60	0,68	0,44	0,84	0,48	0,44	0,48	0,16	0,12
Ind. Biomed./Farmaci	0,84	0,85	0,95	0,94	0,82	1,00	0,97	0,92	0,97	0,76	0,90	0,30
Ind. Assuefazione	0,58	0,28	0,24	0,28	0,24	0,24	0,64	0,26	0,32	0,10	0,12	0,24
Scuola	0,95	0,32	0,36	0,52	0,74	0,34	0,60	0,22	0,28	0,44	0,22	0,44
Regolatori	0,70	0,94	0,94	0,78	0,80	0,60	0,88	0,92	0,72	0,60	0,80	0,56
Politica	0,94	0,54	0,54	0,72	0,81	0,60	0,90	0,88	0,70	0,72	0,62	0,56
Indicatore sintetico di relazione	13,64	9,16	9,86	11,22	10,25	9,06	13,41	7,85	10,44	8,69	7,16	5,72

Graficamente tali indicatori sono riportati nella [Figura 1.3](#). In particolare, si evince chiaramente come la piattaforma della prevenzione sia quella più dipendente/influenzata dagli *stakeholder* dell'ecosistema del SSN. Seguono le piattaforme dei pazienti e degli ospedali. Al contrario, la piattaforma del pronto soccorso sembra essere quella meno dipendente dai comportamenti degli *stakeholder*.

Figura 1.3 Indice sintetico di relazione delle piattaforme



Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring

Sempre grazie ai dati raccolti nella [Tabella 1.1](#) per ogni singola piattaforma è stato possibile realizzare un grafico a “radar” che permette di far capire in modo intuitivo la struttura delle relazioni della singola piattaforma e, successivamente, di confrontare tali strutture tra le piattaforme. A titolo esemplificativo, come si evince dalla [Figura 1.4](#), per quanto riguarda la piattaforma della prevenzione le relazioni più rilevanti che si determinano sono quelle che attengono segnatamente all’ambiente, alle società scientifiche, all’industria del tabacco, industria dell’alcool, alla scuola, alla politica. Seguono poi quelle del mercato del lavoro, dell’industria farmaceutica e biomedicale, dell’industria fitness e sport, dell’industria alimentare, del sistema della comunicazione, dei regolatori nonché dell’industria assicurativa, dell’industria dell’assuefazione e dell’associazione pazienti³.

I risultati dell’analisi qualitativa

(3) Il lettore interessato potrà consultare tutti i grafici all’interno del Rapporto della Fondazione Farmafactoring 2019, disponibile sul sito della Fondazione al seguente indirizzo web: <http://www.fondazionefarmafactoring.it/rapporto-il-sistema-sanitario-in-controluce->.

Figura 1.4 Piattaforma della prevenzione



Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring

Questi risultati sono, ovviamente, in linea con quanto la teoria economica suggerisce, mettendo in evidenza che un importante impedimento alla messa in opera di varie misure nella prevenzione consiste nel fatto che gli individui traggono utilità non solo dalla loro salute, ma spesso dal consumo di beni e dal compiere attività che riducono lo stock di salute. La decisione di fumare, mangiare cibo "spazzatura", guidare pericolosamente o, più in generale, la mancanza di attenzione agli effetti che determinate attività quotidiane hanno sullo stato di salute, risiede spesso nelle preferenze degli individui. Tali preferenze derivano non solo dalle caratteristiche intrinseche degli individui stessi, ma anche dai fallimenti del mercato, provocati dalla mancanza di adeguate informazioni, dall'insufficiente livello d'istruzione, dalla mancanza di capacità di autocontrollo o dalla non corretta valutazione delle conseguenze di particolari azioni.

Tutto ciò suggerisce anche i costi della sanità sono spesso legati a meccanismi che hanno origine nelle differenze demografiche, socio-economiche o culturali tra gli individui e che un fondamentale compito della prevenzione sta quindi nel ripristinare l'equità in termini di determinanti dei fattori di rischio, che a loro volta porterebbero a una maggiore equità nei livelli di salute individuali. Vista in questi termini, è forse più facile capire perché spesso risulti difficile implementare con successo politiche di prevenzione.

Questi risultati mettono in evidenza l'importanza della rete di rapporti e di influenze che il SSN subisce da parte di altri settori. In molti casi tali rapporti e influenze generano interessi in contrapposizione con l'obiettivo principale del SSN, che è quello di mirare a raggiungere in modo efficiente livelli sempre più elevati di salute per la popolazione. L'origine di queste contrapposizioni è da ritrovarsi nell'esistenza di una serie di conflitti di interesse (impliciti o espliciti) tra i vari *stakeholder* (che si aggiungono a quelli noti all'interno del SSN). La grande rete di relazioni e la pluralità dei soggetti di cui si compone l'ecosistema del SSN si caratterizza per la presenza di innumerevoli condizioni naturali di conflitto di interesse, riconducibili al contesto culturale, professionale, scientifico ed economico. Se è vero che la fenomenologia dei conflitti che si possono determinare è talmente ampia che appare difficile riconoscerli tutti *ex-ante*, è altrettanto importante indirizzare gli sforzi per evitare che la situazione di conflitto la si debba subire involontariamente.

**L'importanza delle
relazioni tra le
piattaforme e il
sistema sanitario**

Sistemi regionali e aziendali a confronto con l'Ecosistema

È noto nella letteratura e tra gli esperti che i sistemi sanitari sono esempi paradigmatici di organizzazioni umane complesse che fondono una moltitudine di caratteristiche professionali e disciplinari diverse all'interno di un ambiente critico. Il fallimento della comunicazione tra i diversi attori, così come l'esistenza di processi "difettosi" all'interno di tali sistemi, possono avere un impatto enorme sulla società, sia in termini economico-finanziari, sia di stato di salute. Negli anni la complessità di questi sistemi è cresciuta anche a causa della continua e costante introduzione di nuove tecnologie - di processo, di produzione e organizzative - che hanno aumentato il numero di *stakeholder* coinvolti creando nuove relazioni e nuovi canali attraverso cui i vari soggetti interagiscono.

I moderni sistemi sanitari - a tutti i livelli e in tutte le discipline di assistenza - evolvono verso strutture sempre più complesse. Per esempio, solo un decennio fa, un medico di famiglia o uno specialista ospedaliero lavoravano in contesti in cui la maggior parte dei loro problemi poteva essere descritta in termini biomedici e affrontata usando le conoscenze e le abilità acquisite all'università. Oggi, nella maggior parte dei casi, questo paradigma può essere considerato superato e i *policy maker* devono pianificare scenari di azione estremamente complessi. Quello che si sta sempre più realizzando è un concetto di "complessità di complessità", per cui il sistema complesso della sanità si trova sempre più in relazione (complessa) con altri sistemi complessi, e i problemi del sistema sanitario diventano problemi degli altri sistemi e le soluzioni ai problemi della sanità non possono essere trovate senza trovare soluzioni ai problemi degli altri sistemi complessi.

Questa nuova "iper-struttura" ci porta a ragionare sull'esistenza di un "ecosistema" all'interno della quale diversi sistemi complessi co-esistono e interagiscono attraverso una serie di "piattaforme" sulle quali si creano relazioni tra diversi "agenti".

Il risultato di queste riflessioni è rappresentato dall'emergere di un nuovo approccio, detto della *governance*, che subentra al modello di governo diretto (*government*) sia nella definizione di politiche pubbliche sia nell'erogazione dei servizi pubblici, che caratterizza e accomuna il paradigma burocratico e il *New Public Management* (NPM). Mentre *Government* può essere inteso come esercizio del potere decisionale derivante dal sistema istituzionale formale, il concetto di *Governance* è associato all'esercizio dei poteri formali e/o informali con l'obiettivo di creare consenso attorno alle scelte pubbliche ed è caratterizzato dalla centralità delle interazioni con gli attori presenti ai vari livelli del contesto socio-politico, dal coordinamento di network nonché dall'orientamento all'ambiente economico e sociale esterno (Meneguzzo, 1996).

I sistemi regionali
a confronto con
ecosistema e
piattaforme

In sintesi, con riferimento alle istituzioni pubbliche, il concetto di *Governance* rappresenta la capacità di contemperare le esigenze di portatori di interesse diversi, giungendo a politiche e azioni ritenute reciprocamente vantaggiose o quantomeno accettabili, sia internamente all'istituzione pubblica sia nei suoi rapporti con gli attori esterni (Mayntz, 1998; 2003,; Peters, Pierre, 1998; 2000; Rhodes, 1996).

Nelle pagine che seguono, dunque, la ricerca prova a spiegare come le regioni e, al loro interno, le aziende sanitarie pubbliche (ASL, AO e Aziende Integrate con l'Università) si confrontino, in una logica di *governance*, con queste relazioni dinamiche nell'ecosistema. Nello specifico lo studio mira a rispondere alle seguenti domande di ricerca:

1. la normativa regionale prevede l'introduzione degli strumenti di *stakeholder management* che riconoscono le interconnessioni tra i vari soggetti dell'ecosistema? Con quali caratteristiche?
2. quanto le aziende sono consapevoli dell'esistenza di queste interconnessioni e come le organizzano?
3. quali sono i soggetti dell'ecosistema prevalentemente coinvolti dagli strumenti di *stakeholder management* adottati a livello aziendale?
4. quali sono le differenze che esistono tra le varie regioni e all'interno delle regioni nel gestire tali relazioni?

2.1 Metodologia e fasi della ricerca

Appare utile considerare alcune differenze tra le modalità di *governance* possibili, per comprendere quali siano le forme di cooperazione tra governo e soggetti esterni per la definizione di politiche pubbliche. Meritano particolare attenzione:

- la negoziazione diretta tra istituzioni pubbliche e imprese private, tipicamente aggregate in gruppi d'interesse;
- i *policy network* sia per la definizione che per l'implementazione di politiche pubbliche in settori specifici rappresentano un'altra possibilità, diffusa in Europa soprattutto nei settori delle telecomunicazioni, della salute e della ricerca;
- l'autoregolamentazione o autodisciplina delle imprese, in base alla quale organizzazioni private svolgono funzioni di regolamentazione che, in ultima analisi, soddisfano l'interesse collettivo senza che lo Stato eserciti la propria tradizionale funzione *super partes* di «composizione di interessi contrastanti».
- la compartecipazione dei cittadini e delle associazioni alla definizione delle politiche/scelte pubbliche.

Le possibili modalità di *governance* e la metodologia di analisi

Il modello di *governance* sembra offrire risposte più efficaci alle sfide e alla complessità dei fenomeni che le istituzioni pubbliche si trovano ad affrontare in questa fase, ma vanno comunque ricordati i rischi che le forme sopra riportate di partecipazione e collaborazione presentano.

Tra le forme di *governance* definite, la ricerca ne indaga tre:

- la negoziazione diretta tra istituzioni pubbliche e imprese private, tipicamente aggregate in gruppi d'interesse;
- i *policy network* sia per la definizione che per l'implementazione di politiche pubbliche in ambito sanitario;
- la compartecipazione dei cittadini e delle associazioni alla definizione delle politiche/scelte pubbliche in ambito sanitario.

Queste tre forme di *governance* vedono la presenza di due attori pubblici: le regioni che definiscono le regole di funzionamento dei SSR e le aziende che, nell'ambito del quadro di regole definite, possono concretamente attivare strumenti e logiche di *governance* al fine di intercettare le istanze ed esplodere le interdipendenze di cui ognuno dei soggetti dell'ecosistema è portatore.

Coerentemente agli obiettivi, la ricerca si è sviluppata lungo tre assi:

1. analisi desk delle normative regionali vigenti con riferimento alle previsioni, all'introduzione e allo sviluppo degli strumenti di *stakeholder management* nel proprio contesto di riferimento;
2. somministrazione di un questionario elettronico alle aziende pubbliche (ASL, AO e Aziende Integrate con l'Università) di un gruppo ristretto di regioni con focus specifico su definizione, implementazione e caratteristiche di strumenti di *stakeholder management* concretamente adottati a livello aziendale. La somministrazione del questionario è stata preceduta da 3 interviste con 3 direttori generali di aziende sanitarie al fine di chiarire meglio i potenziali strumenti di *stakeholder management* e le tipologie di piattaforme stabili prevalentemente in uso in ambito sanitario;
3. interviste con le direzioni strategiche aziendali, al fine di discutere in via preliminare i risultati del questionario.

Per quanto riguarda l'analisi *desk*, il lavoro si è concentrato in un primo momento sull'analisi delle più recenti riforme regionali al fine di ricostruire eventuali richiami a strumenti e piattaforme di *stakeholder management*. Questo primo livello di analisi si è reso necessario per inquadrare in termini normativi il tema.

Per quanto riguarda la *survey*, l'analisi è stata condotta attraverso una serie di questionari strutturati che sono inviati ai responsabili aziendali (tipicamente all'interno delle direzioni strategiche)

I temi della ricerca

con l'obiettivo di avere un quadro dettagliato della diffusione e dell'intensità di utilizzo di strumenti di governo esplicito dell'ecosistema a livello aziendale. Il questionario è stato articolato su 10 aree di relazione:

- Enti pubblici territoriali (comuni);
- Scuole
- Imprese
- MMG e PLS
- Associazioni di pazienti e volontariato
- Organi di comunicazione
- Soggetti espressione del mondo della sanità integrativa
- Soggetti deputati alla tutela della sicurezza e del rischio (forze di polizia, magistratura, ecc..)
- Soggetti deputati alla tutela della salute collettiva (ARPA, Istituti Zooprofilattici, NAS)
- Soggetti deputati allo sviluppo della ricerca (finanziatori, start-up, ecc...)

Per ognuna delle aree di relazione sono state indagati quattro ambiti:

1. se esiste e chi è il soggetto deputato a gestire le relazioni;
2. come viene presidiata la relazione;
3. quanto frequente è la relazione;
4. cosa ha prodotto la relazione.

**I temi trattati
nell'indagine presso
le aziende sanitarie**

Tabella 2.1 Le situazioni regionali a confronto

Regione	Livello di attivazione e sviluppo del network	Tipologia di attori coinvolti	Principali obiettivi perseguiti	Livello di comunicazione attivata
Liguria	Buono (coinvolgimento non sistematico)	<ul style="list-style-type: none"> - Aziende sanitarie private accreditate - IP (istruzione, enti locali...) - Imprese (settore ICT e innovazione, farmaceutico...) - Farmacie - Terzo settore - Forze dell'ordine 	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione della salute - Tutela di soggetti a rischio di violenza 	Buono
Lombardia	Avanzato (coinvolgimento più sistematico; approccio sempre più teso alla governance)	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema sociosanitario - Cittadini - Responsabili di settore (agricoltura, scuola...) - IP (istruzione, enti locali...) - Associazioni (di pazienti, di professionisti, di settore...) - Terzo settore - Imprese (settore farmaceutico, ICT e innovazione...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione della salute - Stili di vita sani e sostenibili - Socializzazione - Alimentazione corretta 	Avanzato (una strategia di comunicazione orientata alla costruzione di significati con i cittadini e le comunità)
Puglia	Avanzato (coinvolgimento più sistematico; approccio sempre più teso alla governance)	<ul style="list-style-type: none"> - Aziende sanitarie private accreditate - IP (istruzione, enti parco...) - Imprese (settore ICT e innovazione, farmaceutico...) - Terzo settore - Associazioni (di pazienti, di settore...) - Cittadini - Partner internazionali (autorità sanitarie, università, centri di ricerca) 	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione della salute - Integrated care - Informatizzazione e innovazione 	Avanzato (sito web "Puglia Salute"; Piano Strategico per la Promozione della Salute nelle Scuole...)
Sicilia	Scarso	<ul style="list-style-type: none"> - Aziende sanitarie private accreditate - Sindacati - Associazioni di categoria - Associazioni di pazienti - IP (istruzione...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione della salute 	Scarso (difficoltà nel reperire informazioni relative alle iniziative avviate)
Lazio	Buono (coinvolgimento sempre più sistematico)	<ul style="list-style-type: none"> - Aziende sanitarie private accreditate - Cittadini - Associazioni (di pazienti, professionisti...) - Sindacati - Terzo settore - Imprese (settore ICT e innovazione, ristorazione...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione della salute - Coinvolgimento e partecipazione attiva degli utenti al policy making ("Participation Act") - Corretta e sana alimentazione - Prevenzione 	Buona (sito web "Salute Lazio"; Cabina di Regia istituita con il "Participation Act")

Le evidenze relative ai primi due oggetti di ricerca sono state generate dai livelli regionali e aziendali di 5 regioni italiane: Lombardia, Liguria, Lazio, Puglia e Sicilia. Le regioni identificate permettono di avere un quadro abbastanza variegato della situazione italiana.

Il terzo obiettivo ha richiesto, per migliorare le finalità interpretative, di allargare il campione a 9 regioni italiane. Per quanto riguarda le interviste con le direzioni strategiche aziendali, l'analisi ha integrato metodologie di natura quantitativa e qualitativa al fine di mappare i contenuti e la rilevanza strategica percepita dell'attività dei DG e al contempo di indagare i diversi ruoli esercitati nello svolgimento del lavoro manageriale.

Tabella 2.2 Le esperienze regionali in ambito di Promozione della Salute a confronto

Regione	N° progetti attivati (1998-2019)	N° politiche attivate (1998-2019)	Tematiche di promozione della salute maggiormente presidiate
Liguria	26	13	- Consumi/comportamenti a rischio (16) - Incidenti (5) - Alimentazione (5) - Sessualità (2)
Lombardia	397	13	- Consumi/comportamenti a rischio (122) - Empowerment (110) - Alimentazione (97) - Attività fisica (88)
Puglia	NON DISPONIBILE	13	NON DISPONIBILE
Sicilia	45	11	- Consumi e comportamenti a rischio (21) - Salute mentale e benessere psicofisico (15) - Sessualità (7) - Alimentazione (3)
Lazio	31	13	- Consumi e comportamenti a rischio (13) - Salute mentale e benessere psicofisico (11) - Sessualità (6) - Alimentazione (6)

Fonte: Pro.sa

2.2 Il governo degli *stakeholder* nell'ecosistema

Il paragrafo sintetizza attraverso due tabelle sinottiche (*Tabella 2.1* e *Tabella 2.2*) le evidenze emerse dai 5 casi regionali. Alcune delle evidenze portate a livello regionale sono tratte dalla banca dati on line nazionale di progetti, interventi e politiche di prevenzione e promozione della Salute (Pro.Sa). È uno strumento gratuito di raccolta, analisi e diffusione di progetti, interventi, politiche e buone pratiche che ha l'obiettivo di documentare, condividere e mettere in rete i progetti e i loro risultati per supportare le attività di operatori, decisori e *stakeholders* nell'ambito della prevenzione e promozione della salute.

2.3 Il punto di vista delle aziende pubbliche

Nella *Tabella 2.3* si presentano le aziende del gruppo pubblico delle regioni oggetto di analisi. Il questionario è stato inviato, per la regione Lombardia alle 27 ASST e alle 8 ATS; per la regione Liguria alle 5 ASL.

I risultati vengono presentati e commentati in maniera congiunta per le cinque, stante il medesimo livello di rappresentatività e la sostanziale sovrapposibilità del quadro descritto dalle aziende dei due contesti oggetto di osservazione.

Tabella 2.3 Le aziende del gruppo pubblico regionale

	ASL e ASST	AO	IRCSS PUBBLICI	Enti Intermedi e ATS
Liguria	5	0	2	1
Lombardia	27	0	5	11
Puglia	10	4+1	2	0
Sicilia	6	1+1	2	0
Lazio	9	5+3	2	0

Fonte: Rapporto OASI 2018, CER GAS Bocconi

Complessivamente hanno risposto al questionario:

- Il 55,6% delle ASST e il 62,5% delle ATS lombarde;
- Il 60% delle ASL liguri;
- Il 60% delle ASL e il 40% delle AO laziali;
- Il 66,7% delle ASL pugliesi;
- Il 66,7% delle ASL e il 37,5% delle AO siciliane.

Il primo risultato, comune a tutte le aziende rispondenti, è che la relazione con ognuno dei soggetti dell'ecosistema di seguito presentati è presidiata da una molteplicità di soggetti differenti. In nessun caso è possibile identificare un soggetto prevalente e le relazioni sono disperse su tutti i livelli aziendali.

Di seguito viene riportata una sintesi delle principali evidenze raccolte con riferimento all'eventuale relazione, all'intensità della stessa, agli output che produce e all'attivazione di meccanismi di monitoraggio e valutazione di questi ultimi.

Per esigenza di sintesi, i dati vengono commentati in maniera aggregata e, ove necessario, verranno presentati dei raffronti tra evidenze del Nord (Lombardia e Liguria) e quelle del Centro-Sud (Lazio, Puglia e Sicilia).

2.3.1 Il rapporto con gli enti pubblici territoriali

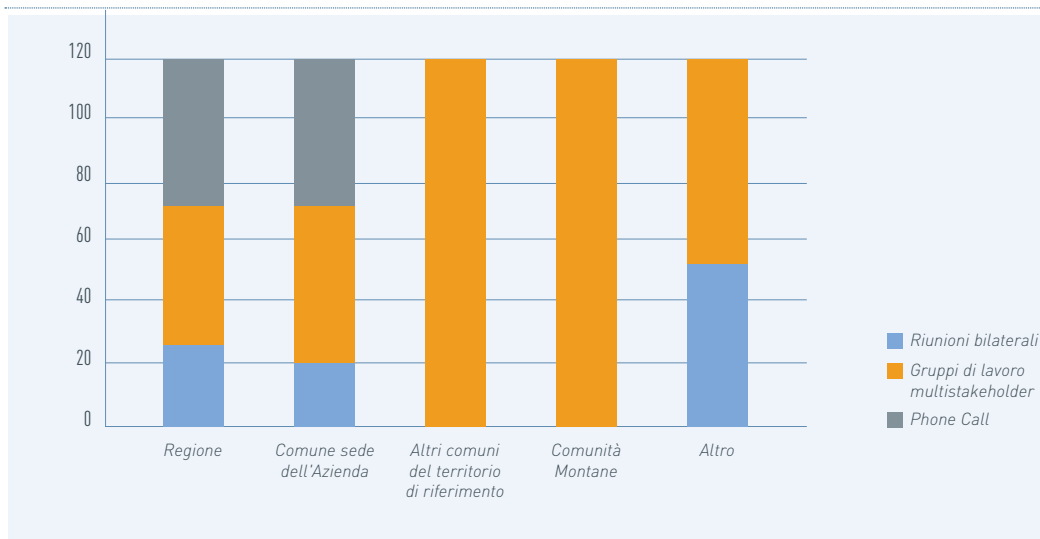
Gli enti pubblici territoriali costituiscono un soggetto rilevante nel sistema di relazioni delle aziende sanitarie.

La relazione con la Regione è in assoluto la più frequente: si potrebbe affermare che sia quasi giornaliera, dal momento che molte aziende, nei commenti qualitativi alla domanda hanno esplicitato come quotidianamente si verifichino occasioni per interfacciarsi con diversi soggetti espressione della capogruppo, nello specifico:

- Assessorati regionali;
- Direzioni di assessorato;
- Agenzie;
- Uffici ed articolazioni organizzative regionali.

Nella relazione con gli enti pubblici territoriali le aziende usano una pluralità di strumenti, sebbene a prevalere sia, nella maggior parte dei casi, il ricorso a gruppi di lavoro *multi-stakeholder* (Figura 2.1).

Figura 2.1 Il mix di strumenti di relazione utilizzati e il peso percepito



Fonte: Nostre elaborazioni su dati di survey

In termini di output, le relazioni con gli enti pubblici territoriali generano output profondamente differenti a seconda del soggetto istituzionale con il quale l'azienda si relaziona. Nel caso dei rapporti con la regione, in un caso su quattro l'azienda si trova a dover adottare un'azione o una decisione concreta che interessa un'attività o un servizio erogato. Questo è significativamente meno presente nella relazione con gli altri interlocutori. In più del 10% dei casi le relazioni con gli enti pubblici territoriali determinano un informale allineamento delle prospettive e delle differenti aspettative.

Il questionario ha infine indagato in che percentuale di casi, tendenzialmente, gli output derivanti dall'interazione con gli enti pubblici territoriali siano sottoposti ad azioni di monitoraggio e/o a misurazione degli impatti prodotti.

Il quadro che emerge è in questo caso non necessariamente confortante dal momento che, al netto degli output che si generano nella relazione con la Regione, le percentuali di casi in cui si ricorre all'adozione di piani di monitoraggio o misurazione degli impatti è inferiore al 20% (e tale percentuale è significativamente più bassa nelle regioni del centro-sud analizzate).

Tabella 2.4 Gli ordinamenti scolastici

Soggetto	% NORD	% CENTRO SUD
Scuole dell'infanzia	60%	50%
Scuole primarie	80%	60%
Scuole secondarie	20%	15%
Scuole secondo ciclo	15%	15%
Altro	2%	0%

Fonte: Nostre elaborazioni su dati di survey

2.3.2 Il rapporto con le Scuole

Le scuole costituiscono un soggetto importante nel sistema di relazioni delle aziende sanitarie liguri e lombarde. La [Tabella 2.4](#) sintetizza i principali ordinamenti scolastici con i quali le aziende rispondenti hanno dichiarato di interfacciarsi.

La relazione con le scuole primarie è in assoluto la più frequente (cumulando le frequenze "più che mensilmente" e "meno che mensilmente"), seguita dalla relazione con la scuola dell'infanzia. Al crescere dell'età degli studenti, si riduce il livello e la frequenza dell'interazione con le istituzioni scolastiche. Inoltre, l'interazione è prevalentemente con gli istituti pubblici, mentre sporadiche sono le relazioni con quelli privati.

Nella relazione con gli ordinamenti scolastici le aziende usano una pluralità di strumenti, sebbene a prevalere sia, nella maggior parte dei casi, il ricorso a gruppi di lavoro *multi-stakeholder*, composti dalle aziende sanitarie, da una pluralità di istituti scolastici e da soggetti culturali e/o del terzo settore.

In termini di output, le relazioni con gli ordinamenti scolastici generano tendenzialmente progettualità che hanno impatto o solo sull'esterno o sull'esterno e sull'interno. In rari casi si generano delle azioni o delle decisioni che modificano un'attività o un servizio svolto.

Il questionario ha infine indagato in che percentuale di casi, tendenzialmente, gli output derivanti dall'interazione con gli ordinamenti scolastici siano sottoposti ad azioni di monitoraggio e/o a misurazione degli impatti prodotti.

Il quadro che emerge è in questo caso poco confortante dal momento che, al netto degli output che si generano nella relazione con le scuole dell'infanzia, le percentuali di casi in cui si ricorre all'adozione di piani di monitoraggio o misurazione degli impatti è inferiore al 10%.

Tabella 2.5 Le imprese

Soggetto	% NORD	% CENTRO SUD
Imprese già fornitrici	100%	100%
Imprese potenzialmente fornitrici	20%	30%
Imprese non fornitrici (partner)	50%	20%
Altro	2%	0%

Fonte: Nostre elaborazioni su dati di survey

2.3.3 Il rapporto con le imprese

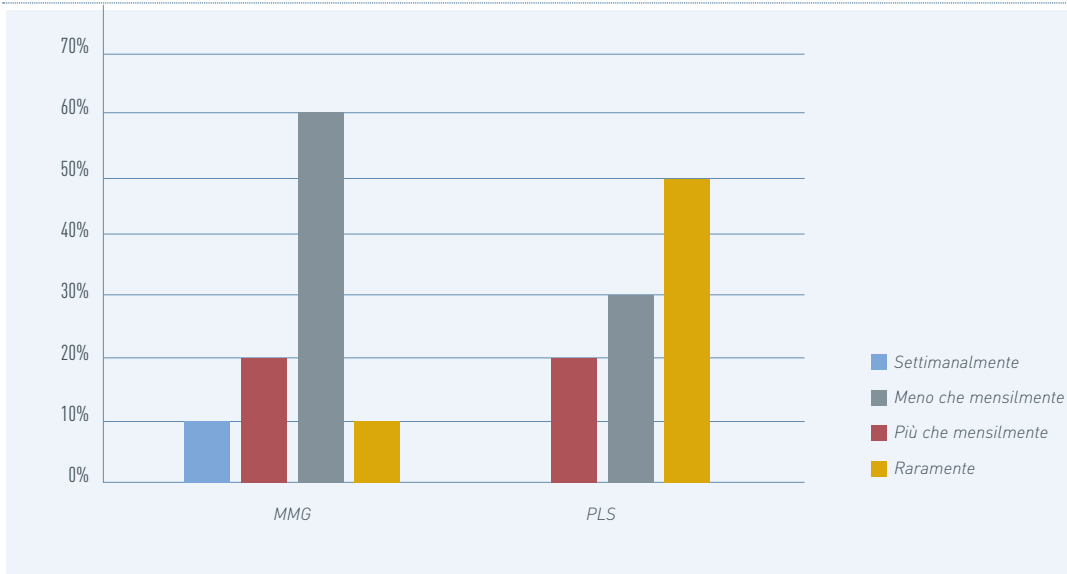
Le imprese costituiscono un soggetto importante nel sistema di relazioni delle aziende sanitarie. La [Tabella 2.5](#) sintetizza le principali classi di aziende con le quali le aziende rispondenti hanno dichiarato di interfacciarsi. La relazione con le imprese già fornitrici è in assoluto la più frequente, seguita dalla relazione con le imprese potenzialmente fornitrici.

Nella relazione con le imprese le aziende usano una pluralità di strumenti, sebbene a prevalere sia, nella maggior parte dei casi, il ricorso a incontri bilaterali, per le imprese già fornitrici e a gruppi *multi-stakeholder* per le altre. In termini di output, le relazioni con le imprese già fornitrici generano tendenzialmente azioni o decisioni che modificano un'attività o un servizio svolto, mentre in tutti gli altri casi si tratta tendenzialmente di un allineamento non formalizzato delle prospettive e delle aspettative reciproche.

Il questionario ha infine indagato in che percentuale di casi, tendenzialmente, gli output derivanti dall'interazione con le imprese siano sottoposti ad azioni di monitoraggio e/o a misurazione degli impatti prodotti.

Il quadro che emerge mostra che ciò avviene solo nel caso di interazioni con imprese fornitrici che generano azioni e decisioni che modificano un'attività o un servizio svolto.

Figura 2.2 La frequenza della relazione con MMG e PLS



Fonte: Nostre elaborazioni su dati di survey

2.3.4 Il rapporto con MMG e PLS

MMG e PLS sono indicati come un soggetto centrale nel sistema di relazioni delle aziende sanitarie liguri e lombarde, con i quali tutte le aziende rispondenti hanno dichiarato di relazionarsi.

La [Figura 2.2](#) mostra la frequenza della relazione tra le aziende sanitarie e MMG e PLS. I dati mostrano come le aziende interagiscano più frequentemente con MMG e decisamente più raramente con i PLS.

Nella relazione con MMG e PLS le aziende usano, di fatto, solo gruppi di lavoro *multi-stakeholder* e, in minima parte, colloqui telefonici. In termini di output, le relazioni con MMG e PLS generano tendenzialmente progettualità che hanno impatto sia sull'esterno sia sull'interno, ma non mancano, soprattutto nella relazione con gli MMG, azioni o delle decisioni che modificano un'attività o un servizio svolto. Il questionario ha infine indagato in che percentuale di casi, tendenzialmente, gli output derivanti dall'interazione con MMG e PLS siano sottoposti ad azioni di monitoraggio e/o a misurazione degli impatti prodotti. Il quadro che emerge è in questo caso confortante con riferimento alla valutazione di specifiche azioni e decisioni, ma carente con riferimento a tutto il resto.

Tabella 2.6 Le Associazioni di pazienti e volontariato

Soggetto	% NORD	% CENTRO SUD
Associazioni di pazienti a vocazione locale	80%	50%
Associazioni di pazienti a vocazione nazionale	100%	30%
Associazioni del volontariato a vocazione locale	100%	50%
Associazioni di volontariato a vocazione (inter)nazionale	70%	40%
Altro	2%	0%

Fonte: Nostre elaborazioni su dati di survey

2.3.5 Il rapporto con Associazioni di pazienti e volontariato

Le aziende dedicano molta attenzione nella relazione con le associazioni dei pazienti e del terzo settore. La *Tabella 2.6* mostra come, nel caso delle associazioni dei pazienti, le aziende mostrano maggiore propensione ad incontrare associazioni a vocazione nazionale, mentre il quadro si presenta esattamente all'opposto nel caso delle associazioni di volontariato, rispetto alle quali a prevalere sono quelle a matrice locale.

Nella relazione con il mondo dell'associazionismo le aziende usano, di fatto, quasi in identica misura incontri bilaterali e gruppi di lavoro *multi-stakeholder*. In termini di output, si generano tendenzialmente progettualità che hanno impatto sia sull'esterno sia sull'interno nel caso delle associazioni di volontariato e azioni/decisioni che modificano un'attività o un servizio svolto nel caso dell'associazione dei pazienti. Da notare che un quarto delle aziende dichiara la generazione di fondi/donazioni come output dell'interazione con le associazioni di volontariato.

Il questionario ha infine indagato in che percentuale di casi, tendenzialmente, gli output derivanti dall'interazione con l'associazionismo siano sottoposti ad azioni di monitoraggio e/o a misurazione degli impatti prodotti.

Il quadro che emerge è in questo caso confortante solo con riferimento alla valutazione delle iniziative di *fundraising*.

2.3.6 Il rapporto con gli altri soggetti

Il questionario ha infine indagato l'eventuale relazione e l'intensità della stessa tra aziende sanitarie e altri soggetti:

- Organi di comunicazione;
- Soggetti espressione del mondo della sanità integrativa;
- Soggetti deputati alla tutela della sicurezza e del rischio (forze di polizia, magistratura, ecc.);
- Soggetti deputati alla tutela della salute collettiva (ARPA, Istituti Zooprofilattici, NAS);
- Soggetti deputati allo sviluppo della ricerca (finanziatori, start-up, ecc...).

Sebbene tutte le aziende dichiarino di intrattenere relazioni con ognuno dei soggetti elencati, si presentano le evidenze in maniera integrata poiché il prodotto dell'interazione con gli stessi appare sempre poco codificato.

Partendo dal legame con gli organi di comunicazione, le aziende lo definiscono prioritario e più che mensile. Le ragioni della relazione sono:

- Governare situazioni critiche (40%);
- Promuovere l'azienda (40%);
- Promuovere servizi/attività dell'azienda (15%);
- Incentivare corretti stili di vita (5%).

Si tratta di una relazione che non genera output codificabili (a meno della produzione e della diffusione di una notizia) e che è tendenzialmente in mano alle direzioni aziendali.

Con riferimento ai soggetti espressione del mondo della sanità integrativa le relazioni sono piuttosto rare (solo il 25% delle aziende dichiara di averne attivate) e, laddove esistono, sono finalizzate a produrre protocolli e linee guida che hanno impatto sia all'esterno che all'interno dell'azienda (tipicamente si tratta di convenzioni per l'erogazione di prestazioni sanitarie a tariffa calmierata a beneficio degli assicurati).

I soggetti deputati alla tutela della sicurezza e del rischio (forze di polizia, magistratura, ecc.) diventano *stakeholder* rilevanti prevalentemente su istanza di questi ultimi e in presenza di reati o presunti tali che coinvolgono l'azienda come soggetto attivo/passivo. Le aziende, tuttavia, hanno riportato esempi di protocolli e linee-guida che impegnano le aziende e i soggetti deputati alla tutela della sicurezza ad adottare prassi condivise in casi specifici (violenza a carico di donne o minori) a beneficio dei pazienti.

Quanto appena descritto si applica anche alla relazione con soggetti deputati alla tutela della salute collettiva (ARPA, Istituti Zooprofilattici, NAS). Sono questi ultimi, tendenzialmente, ad attivare la relazione ed in presenza di eventi specifici.

Infine, con riferimento ai soggetti deputati allo sviluppo della ricerca (finanziatori, start-up, ecc.), le aziende hanno testimoniato di relazioni attivate recentemente, ancora piuttosto sporadiche e che ancora faticano a diventare un patrimonio stabile e in grado di produrre output codificati e misurabili.

2.4 Il punto di vista dei manager pubblici

L'ultima sezione del capitolo presenta, come anticipato, i risultati di un'analisi ad ampio spettro condotta su un campione di direttori generali pubblici italiani. Esaminando le caratteristiche del lavoro dei DG, emerge un carico di lavoro in agenda pari a 50,3 ore di lavoro settimanale, che sottraendo il tempo dedicato alla vita privata in orario di lavoro (visite mediche, appuntamenti familiari, ecc) e sommando le ore di lavoro individuale da casa (stimate pari a 5,5 a settimana dai 17 DG che hanno partecipato al questionario di approfondimento) genera un carico di lavoro complessivo pari a 52,7 ore di lavoro settimanali.

La dimensione relazionale del lavoro è molto forte, infatti il 56% del tempo di agenda, pari a 28,3 ore settimanali, è dedicato a meeting (prevalentemente svolti di persona, e solo in misura marginale – circa un'ora a settimana - attraverso call conferenze pianificate o pranzi di lavoro). Il 23% del tempo, ovvero 11,5 ore settimanali, è riservato al lavoro individuale (per preparazione documenti, lettura e approfondimento, invio email, ecc.) anche se in questo tempo libero in agenda si inseriscono facilmente telefonate o altre attività non programmate. La presenza a eventi pubblici (inaugurazioni, dibattiti, convegni, ecc.) si attesta a 4,1 ore settimanali, pari all'8% del totale. Infine 2,4 (5% del tempo) e 1 ora alla settimana (2%) sono dedicate rispettivamente ai viaggi di lavoro e alle proprie attività formative e di aggiornamento professionale.

Con riferimento ai principali interlocutori con cui i DG si interfacciano durante i meeting tracciati in agenda, emerge come un ruolo principale sia giocato dal tempo dedicato agli interlocutori interni, in particolare professionisti (7,2 ore settimanali, pari al 14% del totale), agli altri componenti della direzione strategica aziendale (6,4 ore, 13%), agli staff aziendali (6 ore, 12%). Tra gli interlocutori esterni si ritrova anzitutto la Regione (2,7 ore, 5%), quindi le comunità locali (1,6 ore, 3%), le rappresentanze sindacali (1,2 ore, 2%) e i DG di altre aziende (1 ora, 2%). Infine, con valori inferiori, le associazioni di pazienti, la

stampa e i media, l'industria e altri *stakeholder* quali l'università, le scuole, ecc. La *Tabella 2.7* riporta la sintesi di questi risultati. Oltre il 50% del tempo dedicato ai professionisti e agli staff è invece considerato di natura operativa, e questo indica possibili margini di ripensamento delle modalità di lavoro. Da ultimo, appare interessante osservare che l'interlocutore che, tra tutti, è considerato a minor rilevanza strategica è la stampa.

Tabella 2.7 L'agenda settimanale del DG (attività e interlocutori)

Attività	Ore settimanali dedicate	% rispetto a tempo agenda
Meeting e riunioni (di cui)	28,3	56%
<i>Professionisti</i>	7,2	14%
<i>Direzione Strategica</i>	6,4	13%
<i>Staff aziendali</i>	6,0	12%
<i>Regione</i>	2,7	5%
<i>Comunità locali</i>	1,6	3%
<i>Rappresentanti sindacali</i>	1,2	2%
<i>DG altre aziende</i>	1,0	2%
<i>Associazioni di pazienti</i>	0,7	1%
<i>Stampa/media</i>	0,6	1%
<i>Industria</i>	0,2	0%
<i>Altri stakeholder</i>	0,8	2%
Lavoro individuale in agenda	11,5	23%
Presenza a eventi pubblici	4,1	8%
Trasferte di lavoro	2,4	5%
Attività formative e di aggiornamento	1,0	2%
Tempo in agenda dedicato alla vita privata	3,0	6%
Lavoro individuale extra agenda	5,5	
Totale attività	52,7	100%

Fonte: Nostre elaborazioni su dati di survey

Per quanto riguarda l'interpretazione del ruolo del Direttore Generale, si sottolinea come prima evidenza che tutti i DG interpellati concordano nel definire il ruolo come il risultato delle intensità delle interazioni che si possono avere con gli *stakeholder* interni ed esterni all'azienda che, a loro volta, dipendono da alcuni fattori di contesto.

Nella *Tabella 2.8* viene riportata una sintesi della rilevanza delle relazioni con i principali interlocutori può rivestire dal punto di vista di un DG.

Tabella 2.8 Rilevanza strategica dei meeting con i diversi interlocutori

Meeting e riunioni con:	% a rilevanza strategica
Regione	76%
Direzione Strategica	69%
DG altre aziende	63%
Comunità locali	58%
Rappresentanti sindacali	52%
Associazioni di pazienti	50%
Staff aziendali	49%
Professionisti	48%
Industria	48%
Stampa/media	36%
Altri <i>stakeholder</i>	42%
Totale	56%

Fonte: Nostre elaborazioni su dati di survey

Tabella 2.9 I principali interlocutori delle aziende sanitarie e la rilevanza per i DG

Interlocutore	Rilevanza per il ruolo del DG
Direzione strategica	<ul style="list-style-type: none"> • Confronto e collaborazione continua con DG • Delega di alcuni aspetti della gestione e progetti specifici
Staff aziendali	<ul style="list-style-type: none"> • In parte compongono la "squadra" del DG • Importanti nella fase di traduzione della strategia in operatività
Professionisti	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento nelle decisioni strategiche • Cinghia di trasmissione cruciale tra Direzione e macchina organizzativa
Regione	<ul style="list-style-type: none"> • Interlocutore chiave per la condivisione delle strategie • Confronto periodico
Direttori di altre aziende sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> • Diventa rilevante per produrre azioni uniformi e coerenti sul territorio (soprattutto se ruolo non viene esercitato in modo forte da Regione)
Sindaci, associazioni di pazienti e volontariato	<ul style="list-style-type: none"> • Relazioni e partnership da costruire e alimentare soprattutto per DG delle ASL • Rischio di prevalenza di interessi specifici
Organizzazioni sindacali	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento indispensabile (previsto da normativa) • Rilevanza strategica dipende dai singoli rappresentanti
Industria	<ul style="list-style-type: none"> • Relazione a bassa rilevanza strategica • Necessarie competenze tecniche (spazio di delega)
Media, stampa	<ul style="list-style-type: none"> • Difficile da rendere alleati • Relazione da governare (quasi sempre ex-post)

Fonte: Nostre elaborazioni su dati di survey

2.5 Analisi dei risultati

Questa sezione del rapporto ha inteso dare risposta ad alcuni quesiti di ricerca. In primo luogo abbiamo verificato se la normativa regionale preveda l'introduzione degli strumenti di *stakeholder management* che riconoscono le interconnessioni tra i vari soggetti dell'ecosistema. In realtà, nelle due realtà regionali descritte in questo report intermedio, non esiste normativa specifica in merito. Semmai possiamo affermare che la normativa in essere non ostacola progettualità aziendali che intendano riconoscere e valorizzare le interconnessioni che si generano tra le aziende stesse e i vari soggetti dell'ecosistema. Tuttavia, soprattutto con riferimento all'area della prevenzione e della promozione della salute, entrambe le regioni (e in misura maggiore regione Lombardia) hanno attivato interessanti progettualità che coinvolgono una pluralità di *stakeholder*. Si tratta, tuttavia, di progetti che al momento non mostrano la caratteristica della scalabilità.

Stante il quadro regionale descritto, le aziende sono assolutamente consapevoli dell'esistenza di numerose interconnessioni nel sistema di tutela della salute, tuttavia tendono ad organizzarle in maniera tradizionale (attraverso relazioni bilaterali o, al massimo tri-laterali) e a riconoscerle solo se esplicitamente sollecitate in merito (sono soggetti passivi più che proattivi, al netto del caso di scuole, enti pubblici territoriali e MMG/PLS). Gli output prodotti dal riconoscimento (più che dalla gestione) delle interconnessioni, sono protocolli e linee guida, che indirizzano l'operato delle aziende tanto quanto quello degli *stakeholder* coinvolti. Tuttavia, raramente questi output sono sottoposti a piani di monitoraggio rispetto al loro andamento e mai ad azioni di verifica degli impatti prodotti.

I soggetti dell'ecosistema prevalentemente coinvolti dagli strumenti di *stakeholder management* adottati a livello aziendale sono, anche in questo caso, prevalentemente di stampo tradizionale. Le aziende pubbliche parlano e si relazionano prevalentemente con le istituzioni pubbliche o con soggetti assimilabili: regioni, comuni, scuole, MMG e PLS. Tutti gli altri soggetti sono coinvolti con tempi più dilatati, su progettualità di piccolo raggio e tendenzialmente a fronte di richieste specifiche da parte degli altri soggetti stessi.

In sintesi, sembrerebbe emergere un quadro in cui le aziende sono consapevoli ma non ancora attive nell'adozione di strumenti di *stakeholder management* moderni e in grado di governare la pluralità dei soggetti che animano l'ecosistema del sistema di tutela della salute.

Quanto alle differenze che esistono tra le varie regioni emerge, chiaramente, come, al netto del rapporto con gli EPT e di MMG/PLS,

L'esistenza di strumenti di *stakeholder management*

Gli strumenti sono spesso di tipo tradizionale

le regioni del Centro-Sud attivino meno sistematicamente relazione con altri soggetti nell'ambito dell'ecosistema salute, sebbene, quando lo facciano, la frequenza, i contenuti e gli output prodotti siano sostanzialmente assimilabili a quanto si evidenzia nelle regioni del Nord.

Ecosistema sanità: una logica da conquistare

Il Servizio sanitario – con 650 mila dipendenti, una *governance* spalmata tra Regioni, Asl e Ministero e una moltiplicazione di soggetti e organismi che dentro e fuori ne sono coinvolti – è un Moloch ad alta complessità interna e a intensa e complessa relazionalità esterna.

Decriptare il senso profondo della sua azione e, più ancora, le determinanti delle sue traiettorie non è operazione semplice, tanto che oggi domina la retorica della *crisi in atto* in comparazione a un passato in cui l'obiettivo della *sanità per tutti*, si dice, era declinato con diretta semplicità.

In realtà, mai è stato semplice il compito di garantire a tutti la tutela della salute, né mai si sono avute soluzioni facili. Ma la complessità attuale è cosa ben diversa dal passato, perché è radicata dentro la più generale evoluzione della società italiana e va oltre le dinamiche interne al Servizio sanitario. Essa chiama in causa la necessità per il Servizio nazionale di interagire con mondi che, tradizionalmente, gli erano estranei.

Infatti, sempre più universi lontani dalla sanità sono chiamati a giocare, direttamente o indirettamente, consapevolmente o spontaneamente, un ruolo dentro i processi di promozione, tutela e cura della salute. E la dimensione sociale assunta dalle problematiche sanitarie e di tutela della salute rende ineludibile la co-azione tra e con tali universi, che devono trovare il modo per parlarsi, interagire, agire insieme.

Solo in questa nuova logica si possono costruire soluzioni appropriate e sostenibili: la sanità non è autoreferenziale ma componente di un ecosistema più ampio in cui alla complessità propria si affianca quella degli altri mondi e quella relazionale tra mondi, che spesso è relazionalità tra singole molecole di mondi diversi.

Per cogliere il processo descritto, per avere contezza della complessità crescente dell'ecosistema di soggetti e processi che sono coinvolti dal grande obiettivo della tutela della salute, è indispensabile guardare al fenomeno con gli occhi e l'esperienza di chi è portatore della domanda, ne è incarnazione attiva e va a cercare le soluzioni migliori, praticabili, sostenibili per tutelare la propria salute.

**Garantire la tutela
del diritto alla salute
non è un compito
semplice**

3.1 Gli aspetti della domanda di salute che spingono verso l'ecosistema

È la tutela della salute concepita e praticata dai cittadini ad imporre, con uno slancio spontaneo, strutturale, di lunga deriva, una logica da sistema aperta alla relazionalità complessa con una molteplicità di altri sistemi.

La sanità nelle sue concrete forme organizzate non può che progressivamente adattarsi sul piano della filosofia, delle culture professionali, della *governance*, dell'organizzazione e della tecnicità a questa dinamica strutturale, assumendo l'orizzonte e il pensiero da ecosistema.

A guidare la traiettoria della sanità sono, in ultima analisi, fabbisogni sanitari, stili di vita e culture sociali diffuse dei cittadini, il cui filo conduttore è la nuova concezione dello star bene che permea la vita degli italiani e il loro rapporto con la salute. Se nel passato "stare bene" tendenzialmente significava avere piena funzionalità e assenza di malattie, da una recente indagine del Censis emerge che tra tutte le definizioni di salute, quella più indicata dagli italiani (41,3%) considera la salute uno stato di benessere psicologico, soddisfazione, tranquillità e felicità. Il 24,4% indica una condizione di stabilità ed equilibrio psicofisico, il 17% il sentirsi in forma, efficienti e in grado di svolgere le normali attività e solo l'11,1% l'assenza di malattie e sintomi (*Tabella 3.1*).

Cosa guida
l'evoluzione del
sistema sanitario

Tabella 3.1 Opinioni degli italiani sul significato di "stare bene" (val.%)

Cosa significa per Lei stare bene?	%
Uno stato di benessere psicologico, soddisfazione, tranquillità e felicità	41,3
Una situazione di stabilità ed equilibrio psicofisico	24,4
Sentirsi in forma, efficienti e in grado di svolgere le normali attività	17,0
Assenza di malattie e di sintomi	11,1
Sentirsi bene anche con un minimo di disturbi	6,2
Totale	100,0

Fonte: indagine Censis

Nel lungo periodo il motore evolutivo del rapporto con la salute è stato l'affermarsi della soggettività, con la conquista di spazi di autoregolazione consapevole della salute all'interno di un rapporto maturo e dialettico con il competente sapere medico.

Il cittadino non si concepisce più come mero recettore passivo di informazioni e indicazioni di fonte medica, al contrario nella relazione con il medico vuole avere un ruolo attivo, instaurando un rapporto dialettico di reciprocità, collaborazione, comunicazione, in un quadro che mai mette in dubbio il valore della competenza e della tecnicità: è il 58% degli italiani a ritenere che medico e paziente debbano collaborare nel prendere decisioni sulle cure più appropriate in materia di salute. È una opinione che è trasversale a territori e gruppi sociali e arriva addirittura all'82,8% tra chi ha più di 65 anni e al 70,4% tra chi dichiara di avere un pessimo stato di salute (*Tabella 3.2*).

L'affermarsi di una concezione della salute ad alta soggettività vuol dire stili di vita salutari, forme di automedicazione consapevole, ricerca di flussi informativi utili e altre dimensioni che dipendono dall'azione congiunta di una molteplicità di soggetti distinti e, spesso, distanti dalla sanità propriamente detta.

Ma che cosa si intende con autoregolazione consapevole? Concretamente, nella quotidianità del rapporto degli italiani con la propria salute, essa è fatta di:

- ricognizione e selezione di informazioni sulla tutela della salute, sulle patologie e sulle cure dalla molteplicità crescente di fonti possibili;
- definizione di un proprio punto di vista su prevenzione e cure da confrontare e verificare con quelli di medici e operatori sanitari;
- investimento, anche di risorse proprie, per l'acquisto di prestazioni sanitarie, farmaci, e altri prodotti in grado di dare risposte alle esigenze personali;
- sviluppo di comportamenti e abitudini nel quotidiano funzionali alla buona salute;
- attenzione crescente all'impatto che i fattori ambientali e/o i comportamenti quotidiani hanno sulla salute.

Un esempio altamente indicativo di tali pratiche è quello relativo all'acquisto di farmaci da banco senza prescrizione medica, per la risoluzione di quei piccoli, minuti, fastidi quotidiani che però tanto incidono sulla qualità della vita.

**Il cittadino vuole
giocare sempre di più
un ruolo attivo**

Da un'indagine Censis emerge che per i piccoli disturbi quotidiani – dal mal di schiena, al raffreddore, mal di gola, tosse – di cui gli italiani fanno esperienza diretta, curarsi da solo attraverso, l'acquisto di farmaci da banco senza obbligo di ricetta, è una pratica diffusa fatta propria dal 90,3% degli italiani.

Tabella 3.2 Opinioni degli italiani su come dovrebbe essere la relazione tra medico e paziente, per età (val.%)

<i>Quando pensa alla relazione tra il medico ed il paziente come pensa debba funzionare in merito alle decisioni sulle cure più appropriate al problema di salute?</i>	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e più	Totale
Il medico e il paziente collaborano nel prendere decisioni	48,4	51,0	82,8	58,0
Il medico fornisce le informazioni su malattia e terapia e le decisioni sono prese dal paziente	27,9	26,9	7,1	22,4
Il medico, in quanto esperto, decide autonomamente sulle cure e la salute del paziente	23,7	22,1	10,1	19,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis

Autocura che, tuttavia, non significa libero arbitrio sregolato. Infatti, come si vede dalla [Tabella 3.3](#):

- il 70,4% degli italiani chiede consiglio al medico e/o al farmacista la prima volta che prende un farmaco senza obbligo di ricetta;
- l'88,5% dichiara di rivolgersi al medico, se dopo qualche giorno il disturbo non passa.

Anche processi più strutturali come invecchiamento e cronicità hanno sospinto e sospingono verso una logica da ecosistema poiché hanno generato fabbisogni sanitari, sociosanitari e sociali la cui copertura chiama in causa mondi che vanno ben oltre la sanità e con cui quest'ultima non può che attivare una relazionalità efficace se non vuole essere travolta dalle criticità che tali processi determinano.

In primo luogo, dal punto di vista soggettivo si è affermata la propensione delle persone a chiudere il gap tra speranza di vita e speranza di vita libera da patologie, soprattutto quelle invalidanti e pertanto la più alta attenzione alla prevenzione, che vuol dire stili di vita salutari e ricorso a diagnosi e screening che consentano di individuare precocemente l'insorgere di patologie. E la pratica della prevenzione per sua natura spinge verso ambiti e soggetti che sono ben oltre la sfera del sanitario stretto e di certo ben oltre i soggetti del Servizio

Invecchiamento e cronicità hanno modificato il sistema spingendolo verso un "Ecosistema"

sanitario. Oltre al tema dell'alimentazione ci sono poi quelli relativi all'attività fisica e al fumo che chiamano in causa mondi che non sono assolutamente attori canonici della sanità.

Tabella 3.3 Aspetti della cultura sociale collettiva nel rapporto con il farmaco da banco, per area geografica (val.%)

<i>In caso di piccoli disturbi e ricorso a farmaci senza obbligo di ricetta medica Lei:</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
La prima volta che prende un farmaco senza obbligo di ricetta si rivolge a medico e/o farmacista	64,8	70,7	71,1	74,1	70,4
Dopo preso il farmaco per qualche giorno se il piccolo disturbo non passa Lei si rivolge al medico	88,8	86,3	85,2	91,4	88,5

Fonte: indagine Censis

C'è poi la dimensione della domanda di assistenza sociosanitaria che sospinge ben oltre la frontiera del sanitario puro, entrando in pieno nel socioassistenziale.

Di fronte ad un fabbisogno assistenziale relativo a oltre 3 milioni di persone, ed alla evidente inadeguatezza del Servizio sanitario che non disponeva e, ancora oggi in molte regioni non dispone di una offerta di continuità assistenziale sul territorio capace di coprire i fabbisogni, le famiglie hanno fatto supplenza attiva mettendo insieme i pezzi dell'ecosistema.

La parte più consistente della spesa per non autosufficienti è oggi privata serve per l'acquisto di servizi di assistenza domiciliare da parte personale esterno sia al servizio sanitario e che ai servizi di assistenza sociale dei comuni. Ed è una spesa che finisce per incorporare anche prestazioni che per essere appropriate dovrebbero essere erogate da un infermiere e invece appunto sono comunque erogate dalle cosiddette badanti o da un familiare.

Le famiglie con la loro azione hanno attivato la pluralità di soggetti che formano l'ecosistema dell'assistenza: i familiari, la badante, eventuali operatori sanitari per prestazioni sanitarie ad hoc, i soggetti della sanità privata per avere prestazioni erogate al momento in cui se ne ha bisogno o in condizioni più comode per pazienti e familiari.

La non autosufficienza è ancora sulle spalle dei privati

3.2 Agire da ecosistema

Se l'evoluzione della domanda di salute nei suoi diversi aspetti strutturali e culturali ha sospinto oggettivamente la sanità verso un contesto da ecosistema, quest'ultimo è molto più del pluralismo dentro il Servizio sanitario o nella sanità *tout court*.

In fondo il Servizio sanitario è stato pluralista, di fatto, sin dalla sua istituzione, ma l'accettazione culturale e sociopolitica di questa vocazione oggi è solo un presupposto della capacità e voglia di adattarsi alle sfide eco-sistemiche.

Una volta capito che la sanità non è più un sistema chiuso, che non può limitarsi a trovare equilibri in se stessa e che, se non affronta le esigenze imposte dalla domanda di salute mobilitando risorse in chiave eco-sistemica, rischia di restarne schiacciata, resta da capire che cosa significa nel concreto della sanità vissuta quotidianamente da centinaia di migliaia di operatori e da milioni di cittadini lavorare con logica e pratica da ecosistema.

Per affrontare la sfida culturale e professionale dell'ecosistema sanità, occorre individuare anche le modalità concrete con cui l'ecosistema può e deve essere vissuto: un riferimento può essere individuato nelle piattaforme che in questi anni si sono imposte come *killer app* di interi settori e ambiti del vivere collettivo che sembravano ormai destinati ad una quieta stabilità.

Le piattaforme sono:

- uno straordinario fluidificante dell'incontro tra domanda e offerta, capaci di far saltare ogni preesistente intermediazione;
- uno stimolo per far emergere domande latenti attivando segmenti di offerta altrimenti inerti;
- una spinta per far interagire i soggetti più diversi a partire da un bisogno a cui dare risposta.

In sostanza, sono luoghi concreti nei quali i soggetti della sanità possono interagire, cooperare, co-progettare e co-agire con i soggetti di altri mondi, entrando da protagonisti nei processi relazionali e condizionando i relativi esiti.

È importante insistere sulle funzionalità delle piattaforme che, da un lato, facilitano la cooperazione tra soggetti con connotati, linguaggi e finalità diverse sulle risposte da dare ad un determinato bisogno, dall'altro condensano in un luogo preciso i portatori della domanda afferente ad un determinato bisogno a caccia della soluzione appropriata.

Il servizio sanitario è più della semplice somma delle parti che lo animano

Per queste funzionalità le piattaforme sono una componente essenziale di un ecosistema funzionante e i tanti soggetti della sanità ne devono diventare protagonisti quotidiani, pena subire l'arrivo dei giganti del web da tempo alla ricerca di una ennesima *killer app* disintermediante in grado di arrivare direttamente ai cittadini, saltando le istituzioni sanitarie tradizionali.

Ecco che diventa decisivo sviluppare piattaforme controllate e/o gestite e/o partecipare da protagonisti in quelle promosse e/o gestite da altri, praticando interazione con altri mondi e rapporto con i cittadini e relativi bisogni.

Attualmente, infatti, il Servizio sanitario gestisce una serie di piattaforme tradizionali obbligate come i Lea salvavita o i Pronto Soccorso, piattaforme di fatto in cui una domanda molto ben definita e una offerta molto specifica si incontrano.

Ma è già molto ampio lo spettro di scambi fabbisogni-prestazioni che si svolgono fuori dal perimetro del Servizio sanitario, così come tanti sono i fabbisogni che sono a cavallo tra sanità e altri mondi, alla cui soluzione la sanità contribuisce sempre più in posizione subalterna o marginale.

Ecco il rischio vero che va emergendo: una moltiplicazione di bisogni che tradizionalmente si rivolgevano al Servizio Sanitario e che oggi possono rivolgersi altrove o perché il Servizio sanitario non riesce a dargli risposta oppure perché sono esito di un bisogno complesso che richiede il contributo non solo della sanità ma di altri mondi che, magari, sono riusciti a prendere la leadership dei processi di offerta.

Le piattaforme giocano un ruolo fondamentale

Il SSN non riesce a dare risposta a tutti i bisogni

Tabella 3.4 Italiani per cui sarebbe utile avere informazioni certificate su web e social network su farmaci da banco, per età (val.%)

	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e più	Totale
Sarebbe utile avere sui siti web o sui social network informazioni certificate sui diversi temi di piccole patologie e farmaci senza obbligo di ricetta	77,5	72,3	49,7	69,2

Fonte: indagine Censis

Se questo è il contesto reale con cui la tutela della salute è destinata a misurarsi, allora il dibattito pubblico sulla sanità ha bisogno di rompere l'asfittica e autoreferenziale diatriba sul *quantum* di risorse pubbliche a cui è appesa la natura e la funzionalità del sistema: le vicende recenti delle *fake news* e la relativa delegittimazione della competenza sanitaria o anche la marginalità della sanità rispetto alle soluzioni in atto per fronteggiare la non autosufficienza, indicano che senza un salto culturale e operativo verso una logica da ecosistema non ci saranno grandi riforme per editto o flussi adeguati di risorse pubbliche che consentiranno alla sanità di star dietro alla crescente complessità della domanda di salute dei cittadini e della realtà sociale in cui deve intervenire.

In questo contesto, è evidente poi che, nell'ecosistema sanità, diventa una strada obbligata il potenziamento del nesso tra mondo della comunicazione e mondo della sanità, un'esigenza di informazione certificata che è fortemente sentita dai cittadini: secondo un'indagine Censis, il 69,2% degli italiani, ad esempio, ritiene che sarebbe utile avere sui siti web o sui social network informazioni certificate sui diversi temi correlati alle piccole patologie e ai farmaci senza obbligo di ricetta [\(Tabella 3.4\)](#).

La cultura da ecosistema e un ruolo primario nella gestione di piattaforme sono due volti della stessa soluzione per una sanità all'altezza della complessità attuale.

Bibliografia

Kannampallil T.G., Schauer G.F., Cohen T. e G.F. Patel (2011). *Considering complexity in healthcare systems*, Journal of Biomedical Informatics, Vol. 44, N. 6, pp. 943-947.

Mayntz R. (1993). *Modernization and the Logic of Interorganizational Networks*, in: Child, John/Crozier, Michel/Mayntz, Renate (eds.): *Societal Change Between Market and Organization*, Aldershot, -1

Mayntz R. (2003). *New Challenges to Governance Theory*, in H.P. Bang (Ed.), *Governance as Social and Political Communication*, Manchester University Press, Manchester, pp. 27-40

Meneguzzo M. (1996). *Strategia e gestione di reti di aziende ospedaliere*. Milano: EGEA.

Peters, B.G. and Pierre, J. (1998). *Governance without Government? Rethinking Public Administration*. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8, 223-243.

Pierre, J. and B. G. Peters (2000). *Governance, Politics and the State* (Basingstoke: Macmillan)

Rhodes R.A.W. (1996). *The New Governance: Governing without Government*, *Political Studies*44: 4, 652-67.

Numeri precedenti

- 01.2012 Il futuro del SSN tra sfide da vincere e inefficienze da eliminare
- 01.2013 La Spesa Sanitaria in tempi di *Spending Review*: il quadro di sintesi dei prossimi anni
- 02.2013 Sanità e salute: la variabile generazionale
- 03.2013 Compartecipazione alla Spesa Sanitaria e salute dei pazienti
- 01.2014 La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN
- 02.2014 I conti della sanità: consuntivi e prospettive future
- 03.2014 I trend di spesa in sanità: il ruolo dei prezzi
- 04.2014 Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia: welfare state e welfare society
- 01.2015 Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia
- 02.2015 Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini di salute e spesa sanitaria
- 03.2015 I conti della sanità in Italia: consuntivi e prospettive future
- 04.2015 Healthy and active aging e le politiche di LTC in Italia
- 01.2016 La struttura dei costi della sanità in Italia: analisi dei trend e dei differenziali regionali (2004-11)
- 02.2016 La gestione del rischio in sanità: il ruolo dell'organizzazione
- 03.2016 Alla difficile caccia della inappropriata
- 04.2016 I conti della sanità: consuntivi del 2015 e prospettive future
- 01.2017 La salute nel ciclo di vita della popolazione: come sta cambiando e come si può intervenire
- 02.2017 Il Servizio Sanitario Nazionale: un sistema voluto dagli Italiani, ma bisognoso di profonde modifiche
- 03.2017 I conti della sanità: consuntivi del 2016 e prospettive future
- 04.2017 La salute dei migranti in Italia: alcune riflessioni ed evidenze
- 01.2018 La salute nel ciclo di vita della popolazione: la salute dei giovani italiani
- 02.2018 L'allocazione delle risorse in sanità: la situazione in Italia
- 03.2018 Le criticità finanziarie dei comuni italiani: un'analisi ricostruttiva
- 04.2018 I conti della sanità: consuntivi del 2017 e prospettive future
- 05.2018 I costi delle nuove tecnologie sanitarie
- 01.2019 La salute nel ciclo di vita della popolazione: la salute degli italiani nell'età adulta
- 02.2019 I conti della sanità: consuntivi del 2018 e prospettive future
- 03.2019 Governo dell'innovazione e sviluppo sostenibile in sanità

Progetto grafico:
ideogramma.it

Stampa:
Italgraf

Le conclusioni riportate nei Quaderni sono quelle espresse dagli autori e non coinvolgono in nessun modo la responsabilità della Fondazione.

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

Via Bertoloni, 1/E int. F - 00197 Roma

Tel. 06.8091391 - fax 06.80913941

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it