

UNIVERSITÀ È SALUTE

GOVERNANCE DELLE AZIENDE UNIVERSITARIO-OSPEDALIERE: UN CONFRONTO NAZIONALE E INTERNAZIONALE

I modelli di *governance* delle aziende universitario-ospedaliere sono oggi definiti, a livello nazionale, dal Decreto legislativo 517/1999 «Disciplina dei rapporti tra SSN e università» e dal collegato DPCM 24 maggio 2001 «Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni ed università per lo svolgimento delle attività assistenziali» e, a livello regionale, da molteplici protocolli di intesa variegati e non uniformi siglati tra regioni e università.

Dalla definizione dei modelli sono trascorsi quindici anni nei quali università ed SSN si sono profondamente trasformati negli assetti organizzativi, nelle regole del gioco, negli strumenti di *governance*, nei risultati attesi e nelle modalità di valutazione.

Oggi questi modelli mostrano i loro limiti e non appaiono più in grado di rispondere adeguatamente alle sfide della sanità e alle

esigenze e aspettative di professionisti, studenti, ricercatori e cittadini.

Questioni aperte

- È possibile inquadrare queste aziende ‘accademiche’ come un insieme, basato regionalmente, ma anche coordinato a livello nazionale, così da costituire uno degli assi portanti per assistenza, ricerca, innovazione e didattica in campo biomedico per il paese?
- È possibile pensare ad una *governance*, sulla base di molteplici esempi internazionali e di alcuni tentativi italiani, dove ricerca ed innovazione, didattica e assistenza si integrano strettamente, si declinano pariteticamente nei modelli organizzativi e si misurano con obiettivi ed indicatori confrontabili a livello nazionale ed internazionale?
- Quali possono essere i primi passi di una *road map* che porti in tempi ragionevoli a istituire la rete delle aziende ‘accademiche’?

SOSTENIBILITÀ DELL'UNIVERSALISMO ALLE CURE SANITARIE: ITALIA *VERSUS* EUROPA

L'universalismo delle cure sanitarie qualifica in maniera rilevante il rapporto di appartenenza dei cittadini alla propria comunità politica, nazionale e sovranazionale. Allo stesso tempo è un fondamentale fattore di progresso sociale ed economico. L'espansione e la qualificazione della domanda di servizi pongono una formidabile sfida di risorse in tutti i paesi europei, che esige una risposta in termini di capacità di innovazione e di conoscenze avanzate. L'università può dunque giocare un ruolo centrale sviluppando soluzioni tecniche ed economiche che migliorino la produttività di una spesa fortemente contingentata. La sostenibilità dell'universalismo pone alcuni temi specifici.

Questioni aperte

- L'innovazione nei sistemi di finanziamento, per passare dalla retribuzione delle prestazioni alla retribuzione degli effetti di salute (orientamento all'*outcome*).
- L'innovazione organizzativa derivata dal

passaggio da una struttura di offerta basata sull'acuzie, ad una basata sulla cronicità: diventa necessario coinvolgere il paziente secondo una logica di coproduzione e di responsabilizzazione sia in fase di prevenzione sia in fase di gestione delle patologie.

- Lo sviluppo estensivo della telemedicina, per ridurre i tempi di intervento e i costi logistici.
- La riconfigurazione del ruolo e delle competenze del medico di medicina generale in chiave di 'coordinatore' di cure dei pazienti in politerapia.
- Il potenziamento delle politiche di ricerca comune a livello europeo; il raccordo e l'integrazione tra sistemi sanitari diversi in uno 'spazio comune'.

SINTESI DELLA DISCUSSIONE

La normativa nazionale sui modelli di *governance* delle aziende universitario-ospedaliere, definiti a livello nazionale dal Decreto legislativo 517/1999 e dal collegato DPCM

24 maggio 2001, non è stata accompagnata dall'emanazione di tutti gli atti correlati previsti e la sua declinazione operativa è stata ed è molto eterogenea nelle diverse regioni italiane inclusa la fattispecie della sua non applicazione.

Ciò contribuisce a determinare l'inadeguatezza di tali modelli, da una parte nel tenere il passo con le trasformazioni che il mondo delle università e del Servizio Sanitario Nazionale hanno inevitabilmente subito e dall'altro nel rispondere alle esigenze e aspettative di cittadini, studenti, professionisti e ricercatori.

Per avviare un percorso di ammodernamento e innovazione dei modelli di *governance* delle aziende universitario-ospedaliere si propongono pertanto le seguenti azioni:

1. Attivare una RETE nazionale delle aziende universitarie ospedaliero-sanitarie (accademiche?): Le aziende universitarie ospedaliero-sanitarie sono una 'rete', presente in quasi tutte le regioni (fanno eccezione Basilicata, Valle d'Aosta e le province autonome

di Trento e Bolzano), che deve essere identificata e valorizzata come *asset* strategico nazionale oltre ad essere parte dei singoli Servizi Sanitari Regionali. Sono il luogo dove per il ‘sistema-paese’ si coniugano assistenza, didattica e ricerca e dove MIUR, Ministero della Salute e Regioni debbono trovare un nuovo equilibrio che valorizzi, unendole, la dimensione nazionale con quelle regionali e locali. Queste aziende sono anche il perno di reti locali, dove si formano tutti i professionisti e la classe dirigente della sanità del paese.

2. Una *GOVERNANCE* più forte e adeguata: la complessità di queste aziende (in letteratura vengono citate come le più complesse esistenti) suggerisce di intervenire con azioni ‘regolatorie’ piuttosto che ‘normative’ e l’eterogeneità dei modelli esistenti nel paese richiede una *governance* con almeno alcuni elementi caratterizzanti comuni:

- il vertice manageriale può trovare migliore sintesi tra i diversi portatori di interessi e maggior forza nelle decisioni affian-

cando al direttore generale un Consiglio di Amministrazione dove siano rappresentati almeno SSN, MIUR, SSR e le università;

- l'organizzazione delle aziende può essere 'regolata' prevedendo articolazioni organizzative e mandati misurabili dove siano previste e strettamente integrate didattica, ricerca e assistenza; questo vuol dire per esempio prevedere la possibilità di unità operative per la ricerca traslazionale, la definizione di obiettivi di budget che includano obbligatoriamente le tre missioni, ma anche modalità di finanziamento delle attività che vedano i diversi portatori di interesse coinvolti in relazione alle loro *mission* principali.

3. La RICERCA come perno: è il 'valore' identificato come centrale per queste aziende e per la loro rete nazionale; per portare il massimo contributo al sistema-paese è opportuno che queste aziende:

- diventino il luogo dove si mettono in stretta collaborazione (anche operativa)

le discipline di base con quelle cliniche; inoltre, vengono promossi e premiati l'incontro e la collaborazione con tutte discipline non solo quelle di area bio-medica;

- siano incentivate a sviluppare reti collaborative di ricerca a livello nazionale ed europeo così da risultare competitive nei diversi bandi di finanziamento;
- dispongano di un adeguato supporto amministrativo e gestionale per la ricerca (ad esempio con articolazioni organizzative, obiettivi strategici nazionali, regionali e locali, risorse competenti nel settore ecc.).

4. La VALUTAZIONE come dimensione costitutiva: è una dimensione che deve caratterizzare queste aziende con la messa a punto di indicatori di qualità e di performance che ne valutino i diversi aspetti della tripla missione e che consentano uno specifico accreditamento come aziende accademiche (inclusa la rete locale per la formazione). La valutazione deve comprendere anche l'iden-

tificazione e condivisione delle 'buone pratiche' nella rete nazionale così da favorire la diffusione di approcci condivisi nell'intero territorio nazionale.

5. Organizzazioni SOSTENIBILI per il sistema-paese: Non esiste un modello 'ideale' per vincere questa sfida ma c'è consenso generale sul fatto che la valorizzazione e sviluppo di una rete nazionale e dei suoi singoli nodi può emergere solo da una forte sinergia e coordinamento tra MIUR ed università da un lato e Ministero della Salute e Servizi Sanitari Regionali dall'altro, oltre che da una sinergia tra portatori di interessi pubblici e privati. Questa sinergia però necessita di un luogo istituzionale definito e non può essere lasciata solo alla buona volontà dei singoli contesti locali o regionali.

In conclusione molte delle proposte presentate non richiedono iter legislativi che stravolgano l'impianto normativo esistente quanto piuttosto la volontà di:

- condividere uno scenario e un orizzonte a livello di 'sistema paese';

- attivare da subito delle ‘azioni regolatorie’ che liberino le potenzialità e le energie presenti in tutto il territorio nazionale oggi troppo spesso distratte in micro conflitti e difficoltà.

L’analisi dei sistemi sanitari e del ruolo che le università possono e debbono ricoprire al loro interno deve partire dalla presa d’atto che, tra tutte le tipologie di organizzazione, a quelle sanitarie viene riconosciuto universalmente il grado di complessità più elevato. Garantire loro una *governance* e il raggiungimento dei risultati attesi, infatti, dipende da moltissimi attori tra loro diversi e, spesso, portatori di interessi e punti di vista divergenti. Questo è ancor più vero per quelle organizzazioni sanitarie dove istituzionalmente è presente l’università e che sono chiamate ad integrare il mandato assistenziale con quelli accademici di ricerca e didattica.

Riconoscere questa peculiarità è un elemento fondamentale per poter immaginare di intervenire in uno scenario dove tutti i paesi sono chiamati ad affrontare il tema della sostenibilità dei propri sistemi sanitari in

relazione alla crescente domanda di servizi ed ai crescenti costi derivanti dall'evoluzione demografica, sociale e tecnologica.

Nel nostro paese il tema della sostenibilità necessariamente si coniuga con quello della scelta di adottare l'universalismo dell'accesso ai servizi sanitari e questo binomio ha consentito di ottenere di risultati lusinghieri nel panorama internazionale rispetto a diversi indicatori di esito e di durata media di vita. Oggi questo binomio, che per molti anni è stato dato per scontato, è messo in crisi e richiede una riflessione e una presa di coscienza rispetto alle conseguenze che si manifesterebbero se venisse meno. In altre parole l'universalismo dell'accesso a servizi sanitari e sociali può essere considerato un elemento peculiare e caratterizzante il nostro tessuto sociale e le sue dinamiche; una sua significativa trasformazione o riduzione aprirebbe scenari critici e per molti aspetti inesplorati in grado di influenzare la nostra struttura sociale e gli esiti di salute.

Volendo semplificare al massimo si possono identificare tre grandi gruppi di fattori capaci

di influenzare la sostenibilità dell'universalismo. Rispetto a questi l'apporto dell'università può essere significativo non solo nella loro individuazione e caratterizzazione ma anche nella proposta e sperimentazione di interventi che contribuiscano a modellarli per definire i nuovi scenari.

Un primo grande gruppo aggrega i fattori che premono sulla *sostenibilità*. In questo gruppo entrano fenomeni come l'invecchiamento della popolazione che assume dimensioni sempre più rilevanti nel contesto italiano e quello, strettamente correlato, del progressivo incremento nella popolazione di persone affette da una o più patologie croniche. Il concetto di cronicità peraltro qui è inteso in senso più ampio includendo anche patologie come i tumori o determinate infezioni (ad esempio l'HIV) dove le conoscenze e la tecnologia consentono una lunga sopravvivenza grazie a trattamenti farmacologici di lunga durata.

Sulla sostenibilità impattano anche fattori più strettamente sociali come: il mutato ruolo delle figure femminili nel mondo del lavoro

che contribuisce a rendere evidenti dei costi (soprattutto sociali ed assistenziali) precedentemente mascherati dalla dimensione prevalentemente domestica della donna; la crescente facilità di accesso alle informazioni sulla salute che tra i vari effetti comporta anche quelli critici di veicolare credenze, di stimolare comportamenti e consumi spesso indipendentemente da un vaglio obiettivo e scientificamente corretto di efficacia ed appropriatezza.

Un ulteriore fattore è lo sviluppo tecnologico che intrinsecamente contiene la bivalente capacità, in alcuni contesti, di ridurre i costi ed, in altri, di incrementarli. Una lettura dell'impatto sui sistemi sanitari dello sviluppo tecnologico deve anche tener conto delle caratteristiche del contesto dove va ad inserirsi. Spesso, infatti, l'innovazione è il frutto di sforzi e investimenti di *player* globali che hanno come target primario contesti non caratterizzati dall'universalismo e che sono in grado di generare un utile rispetto agli investimenti effettuati. D'altro canto la possibilità di disporre di un nuovo strumento efficace

rende quasi obbligata la sua adozione indipendentemente dall'impatto che si genera in termini di sostenibilità sui sistemi stessi. In Italia proprio la presenza di un sistema universalistico rende questo problema attuale stimolando un dibattito che tocca temi etici e di accessibilità alla tecnologia.

Un secondo grande gruppo di fattori riguarda l'*assetto organizzativo* attuale dei sistemi e le possibilità di cambiamento.

Un primo fattore rilevante in questo gruppo sono le significative differenze di accessibilità ai servizi sociali e sanitari che esistono tra Stati membri dell'Unione Europea e all'interno degli stessi Stati: lo sforzo per governare il loro impatto ed allo stesso tempo per mirare ad un loro riduzione è uno dei presupposti per garantire la sostenibilità dei servizi nel medio lungo termine.

Accanto a questo un ruolo rilevante lo rivestono i meccanismi organizzativi in essere nelle organizzazioni sanitarie dove efficienza, appropriatezza, sicurezza e valore se perseguiti sistematicamente possono portare a significativi recuperi di risorse andan-

do ad vanno ad intaccare la quota di ‘spreco’ tuttora esistente nei sistemi sanitari dei paesi OCSE.

Parimenti la semplificazione delle procedure amministrative può rappresentare un volano, ad esempio nel campo della ricerca clinica dove è emblematico come la eccessiva burocratizzazione che accompagna gli iter autorizzativi per la conduzione di sperimentazioni abbia portato l’Italia, che pure è tra i paesi con un consumo rilevante di farmaci, a ridurre significativamente la possibilità di condurre questi studi e di produrre nuove conoscenze ed evidenze a favore di altri paesi con meccanismi autorizzativi più semplificati. Di fatto è una perdita di competitività in termini di ricerca per tutto il paese con tutto l’indotto che ne segue.

Anche la modellistica organizzativa del servizio sanitario nazionale è un potente fattore capace di influenzare il binomio sostenibilità universalismo. Se, infatti, quest’ultimo è un valore da considerare irrinunciabile, le modalità per perseguirlo possono prevedere diverse possibili varianti ognuna delle quali

necessita di una rigorosa valutazione rispetto all'impatto sulla sostenibilità economica del sistema stesso.

Infine, un terzo gruppo di fattori capaci di influenzare i sistemi trova il suo perno nel *ruolo dell'università* rispetto ai sistemi sanitari e alla loro evoluzione.

Spesso sfugge come l'università produca quotidianamente, in una prospettiva di attenzione al bene comune, conoscenza e innovazione capaci di incidere anche nel breve e medio termine sui sistemi.

La sfida però è di far diventare punti di forza questi elementi partendo dallo sforzo di definire un piano nazionale per il coordinamento della ricerca dove gli sforzi e le potenzialità dell'intero sistema universitario siano coordinati e dove l'interdisciplinarietà diventi una caratteristica essenziale.

Tra le aree dove è assolutamente necessario investire, la prevenzione è quella maggiormente in grado di impattare sulla sostenibilità sia nel breve che, soprattutto, nel lungo termine. Allo stesso tempo è proprio l'università, facendosi carico della formazione di base

dei professionisti della sanità e del sociale, il primo motore nel promuovere la trasformazione dei ruoli professionali ed è importante che si promuova la sperimentazione e l'adozione di innovazioni nella didattica capaci di formare professionisti in grado di operare efficacemente in sistemi nuovi e sostenibili. Vale la pena, infine, sottolineare il fatto che, come per tutti i beni, potenziare la produzione di *know-how* e il capitale intellettuale richiede un approccio organizzato e delle professionalità esperte nella gestione di questi fattori (*knowledge management*). Le università dovrebbero riflettere con attenzione sulla necessità di dotarsi di queste figure per poter intervenire da attori protagonisti nella sfida di continuare a rendere compatibili sostenibilità e universalismo.

Hanno partecipato:

Emanuele Scribano, Prorettore vicario, Università degli Studi di Messina, professore di Diagnostica per immagini e Radioterapia

Giacomo Pignataro, Magnifico Rettore, Università degli Studi di Catania, professore di Scienza delle Finanze

Gianluca Vago, Magnifico Rettore, Università di Milano, professore di Anatomia patologica

Gianluigi Condorelli, Università Humanitas, Direttore del Dipartimento cardiovascolare, professore di Malattie cardiovascolari

Maria Cristina Messa, Magnifica Rettrice, Università degli Studi di Milano-Bicocca, professoressa di Diagnostica per immagini e Radioterapia

Massimo Carpinelli, Magnifico Rettore, Università degli Studi di Sassari, professore di Fisica applicata

Massimo Riccaboni, Direttore vicario, Scuola IMT Alti Studi Lucca, professore di Economia applicata

Paolo Collini, Magnifico Rettore, Università degli Studi di Trento, professore di Economia aziendale

Rosario Rizzuto, Magnifico Rettore, Università degli Studi di Padova, professore di Patologia generale

Sergio Pecorelli, Magnifico Rettore, Università degli Studi di Brescia, professore di Ginecologia e Ostetricia

Vilberto Stocchi, Magnifico Rettore, Università degli Studi Urbino Carlo Bo, professore di Biochimica

Hanno contribuito:

Andrea Lenzi, Presidente del Consiglio Universitario Nazionale (CUN), Università degli Studi Roma La Sapienza, professore di Endocrinologia

Antonio Saitta, Assessore alla Sanità della Regione Piemonte e Presidente della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni

Tiziana Frittelli, Direttrice generale della Fondazione Policlinico Tor Vergata di Roma

Walter Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, professore di Igiene generale e applicata

Hanno moderato:

Eugenio Gaudio, Magnifico Rettore, Università degli Studi Roma La Sapienza, professore di Anatomia umana

Giuseppe Novelli, Magnifico Rettore, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, professore di Genetica medica

Hanno relazionato:

Andrea Garlatti, Università degli Studi di Udine, Direttore del Dipartimento di Scienze economiche e statistiche, professore di Economia aziendale

Silvio Brusaferrò, Università degli Studi di Udine, Direttore del Dipartimento di Scienze mediche e biologiche, professore di Igiene generale e applicata