

# **Prefazione**

*di Elio Borgonovi e Aleksandra Torbica*

Il Rapporto e il Convegno OASI del 2018 sono l'occasione per celebrare i quarant'anni dall'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia e, allo stesso tempo, i 40 anni dalla fondazione del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) dell'Università Bocconi. Un lungo periodo: per chi ha avuto la fortuna di viverlo, rappresenta un'intera vita professionale; ma è un anniversario che rappresenta anche la certificazione del consolidamento di un filone di ricerca e formazione nell'ambito di un'istituzione qual è l'Università Bocconi, e allo stesso tempo, una sfida per una scuola di pensiero. L'avventura del CERGAS si è collocata all'interno di un cambiamento epocale per un elemento fondamentale per il benessere di una comunità, qual è il sistema di tutela della salute.

Nonostante spesso si citi l'invecchiamento della popolazione – preferiamo sempre dire allungamento della vita – come una delle sfide più grandi per la sostenibilità del SSN, tutti i lettori potranno concordare sul fatto che aver vissuto tutto il periodo in questione (per Elio) o metà di esso (per Aleksandra) sia stata una vera fortuna. Il fatto che stiamo invecchiando è una delle conseguenze tangibili del magnifico progresso dell'umanità nel suo insieme, e una parte di questo progresso è legata al buon funzionamento dei sistemi sanitari. Siamo diventati più “anziani”, ma sempre più convinti, insieme a tanti, che vogliamo continuare a tenere alta la bandiera di un modello basato sui principi di universalità, solidarietà, equità, nei quali si sostanzia la tutela della salute come diritto della persona.

Molti lettori del Rapporto e molti partecipanti al Convegno hanno condiviso l'avventura nostra e del CERGAS per un tratto più o meno lungo; da essi noi e tutte le colleghe e i colleghi che hanno fatto la storia del CERGAS abbiamo ricevuto tanto in termini di conoscenze, esperienze, stimoli, critiche e speriamo di aver a nostra volta contribuito alla loro crescita professionale e umana. Inoltre, speriamo che il CERGAS abbia contribuito in modo significativo nella loro ricerca di soluzioni per il buon funzionamento di aziende/organizzazioni strumen-

tali alla finalità di “recupero, mantenimento, promozione dello stato di benessere fisico, psichico, sociale, spirituale (in senso religioso o laico) delle persone (salute individuale) e di intere comunità (sanità pubblica)”. Abbiamo imparato che ricerca vuol dire soprattutto scambio di conoscenze tra persone che sono diverse tra loro ma che stabiliscono un’empatia perché sono guidate da motivazioni simili e da un progetto condiviso. Questo progetto è quello di “far bene il bene”, come usava dire il Prof. Carlo Masini, che è stato il visionario ispiratore della costituzione del CERGAS nei due anni che hanno preceduto l’approvazione formale della legge 833/78.

Da quella visione è scaturita un’idea che in alcuni mesi si trasformò in una sfida concreta, quella di applicare ad un settore fondamentale dell’intervento pubblico gli strumenti dell’economia aziendale e del management. Chi ha vissuto gli anni pionieristici delle USL (dalla legge 833/78 ai D.lgs. 502/92 e 517/93) e in seguito delle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere ricorda benissimo che era molto difficile, spesso addirittura considerato provocatorio e non accettabile, parlare di applicazione di logiche, criteri, metodi e strumenti aziendali a un settore così sensibile e peculiare dell’intervento pubblico. Le resistenze e le critiche esplicite si richiamavano ad affermazioni quali “*la salute non ha prezzo*”, “*l’autonomia e la responsabilità per gli atti medici e di assistenza non può essere condizionata da o subordinata a criteri di efficienza*”, “*non è possibile misurare i risultati di processi assistenziali che sono caratterizzati dalla soggettività delle persone*”, “*le decisioni in tema di tutela della salute non possono essere guidate dal profitto o dall’obiettivo di pareggio di bilancio*” e altri simili. Con decisione, continuità, costanza, rigore sia nelle ricerche condotte dal CERGAS sia nelle iniziative di formazione manageriale per professionisti e per tutte le figure che operano all’interno del SSN realizzate tramite la SDA Bocconi, abbiamo cercato di superare le resistenze, con argomentazioni che non fossero mai apodittiche proposizioni di modelli mutuati dal privato o da altri Paesi.

Insieme a decine e decine di colleghi, alcuni dei quali sono oggi ancora presenti nel CERGAS, mentre altri sono presenti in altre università e centri di ricerca o sono diventati *practitioner* del sistema a vario livello, abbiamo cercato di costruire una scuola di pensiero che avesse una specifica identità, riassumibile nel seguente *framework*: gestire secondo logiche, criteri, metodi e strumenti “aziendali” non significa affatto farsi guidare dal profitto, comunque lo si definisca, né dall’obiettivo primario del pareggio di bilancio. Secondo la dottrina economico-aziendale italiana, un approccio aziendale significa “utilizzare al meglio le conoscenze e le risorse disponibili in un determinato momento” per seguire i fini istituzionali, che nel caso specifico sono appunto quelli della tutela della salute come definiti dalla 833 e dalle successive elaborazioni di pensiero. I fini sono di istituti, sono quindi diversi tra istituti pubblici territoriali e non territoriali, che perseguono interessi generali e di comunità più o meno vaste, e tra istituti che tutelano la salute e imprese private, che operano sul mercato per soddisfare

altri bisogni. L'azienda, invece, è un concetto che qualifica lo "strumento", in quanto costituita da processi di impiego di risorse economiche, limitate rispetto ai bisogni. Un concetto che era ben presente nella visione di Carlo Masini, che Borghonovi ha ripreso in un libro dal titolo "*La tutela della salute è il fine, l'azienda è lo strumento*" che tutte le ricercatrici e i ricercatori hanno ripetuto centinaia e migliaia di volte in lezioni, seminari, convegni, conferenze e scritto altrettante volte in articoli e libri.

Da questa concezione discende che l'equilibrio di bilancio è il risultato di una buona gestione, che deve essere perseguito come condizione di autonomia decisionale, che può essere anche disatteso per periodi limitati qualora confligga con il fine di tutela della salute. Accettare la logica aziendale significa essere consapevoli del fatto che le istituzioni, anche quelle pubbliche che devono garantire il benessere della società come è il SSN, se non raggiungono l'equilibrio economico per periodi troppo lunghi si indebitano o costringono lo Stato a indebitarsi. Ne consegue la perdita dell'autonomia decisionale, come accade da parecchi anni per il sistema Italia, le cui politiche di finanza pubblica e le correlate politiche del SSN sono condizionate dai comportamenti dei mercati finanziari e dai vincoli dell'Unione Europea.

Ispirandosi a questi concetti è stato facile rispondere che la salute può non avere un prezzo quando è finanziata con la fiscalità generale, ma comunque ha un costo (per stipendi, farmaci, beni sanitari, attrezzature, etc.) a cui occorre far fronte con un finanziamento adeguato, e che se si riesce a ridurre i costi è possibile garantire maggiori servizi o di maggiore qualità con lo stesso finanziamento. Allo stesso modo ci siamo impegnati a sottolineare che la funzione del management è quella di riuscire a organizzare un'efficiente organizzazione proprio per consentire a medici, infermieri, altri professionisti della salute, di operare in un contesto più favorevole per esercitare le proprie funzioni. Tali funzioni devono essere esercitate in autonomia, secondo "scienza e coscienza", coerentemente con la deontologia professionale e l'etica individuale. In questo caso non sempre siamo riusciti a convincere, perché noi stessi, insieme ai manager e ai professionisti che operano nel settore, ci siamo trovati a combattere contro lacci e laccioli di normative spesso complesse, contraddittorie, caratterizzate da logiche e impostazioni meramente burocratiche, più attente al rispetto di procedure formali che non all'autonomia e alla responsabilizzazione sui risultati sostanziali in termini di esiti di salute (*output* e *outcome*). Tali normativa hanno di frequente generato modelli e stili di direzione "gerarchici", poco attenti a coinvolgere, motivare e responsabilizzare il personale.

A fronte di queste difficoltà, abbiamo spesso proposto l'introduzione di sistemi di misurazione delle performance; tale proposta è basata su alcune logiche considerazioni, riassumibili nei seguenti principi. Innanzitutto, è più facile migliorare ciò che si può misurare. Se si coinvolgono i professionisti (e in prospettiva, sempre più, i pazienti) è possibile individuare indicatori di appropriatezza,

efficacia, efficienza, economicità – e la sequenza non è casuale – non contraddittori con i fini di tutela della salute. Non tutto è misurabile ma in questo caso per migliorare occorre agire sulla motivazione, sul senso del servizio pubblico, sull'etica delle persone.

In questi 40 anni di attività alcune delle migliori soddisfazioni che abbiamo avuto sono derivate dalle occasioni in cui abbiamo condiviso i risultati delle nostre ricerche con le persone che operano all'interno del sistema, a stretto contatto con la realtà. Coloro che spesso ci hanno detto: *“quando vi alternate si vede che avete un'impostazione comune”* (è accaduto anche quando non abbiamo avuto il tempo di coordinarci), oppure *“sono venuta/o ai vostri convegni/corsi perché convinta/o di trovare un contesto di confronto con un'impostazione chiara e precisa, anche quando da me non condivisa”*. Soddisfazione ancora maggiore quando ci siamo sentiti dire *“ero prevenuta/o nei confronti della vostra impostazione ma ora posso affrontare la realtà con una chiave di analisi e interpretazione che mi è molto utile”*, *“nella mia realtà avevo già fatto molte delle cose di cui ci avete parlato ma ora capisco il perché queste cose hanno avuto successo e quindi ho conoscenze, competenze per affrontare nuove sfide e problemi più complessi”*. Il riconoscimento di una scuola di pensiero ci è venuto anche da coloro che in vari contesti hanno criticato e continuano a criticare *“l'approccio bocconiano”*, che qualcuno considera una delle cause di indebolimento del SSN. Anche se in molti casi a noi sembra che queste critiche derivino da un'interpretazione distorta del nostro approccio, consideriamo le critiche sempre positive perché ci costringono a esplicitare i nostri valori di riferimento e ad essere più chiari nelle analisi, interpretazioni e proposte relative ad un fenomeno, quello dei processi di tutela della salute, che consideriamo molto più interdisciplinare rispetto ad altri ambiti di attività economica.

Non abbiamo mai pensato che il management debba avere una “centralità” nella ricerca di soluzioni per problemi che sono oggettivamente complessi, ma siamo convinti che il rafforzamento delle capacità di management sia una condizione necessaria per scelte che vanno nella direzione delle attese e dei diritti dei pazienti, per dare efficace attuazione a leggi, piani, politiche, linee guida, in ultima istanza per difendere il SSN. Essere arrivati a quarant'anni significa che questa scuola di pensiero è passata attraverso la verifica del tempo, delle modifiche istituzionali, di varie fasi politiche, dell'evoluzione di valori e comportamenti sociali. Per noi è una conquista importante che i giovani ricercatori del CER-GAS dovranno impegnarsi a difendere almeno per i prossimi quarant'anni, in un periodo nel quale la cultura, il mito, il *mainstream* del pensiero economico sembra essere quello dell'eccellenza individuale, che mette in dubbio l'esistenza di scuole di pensiero. Un periodo nel quale la società liquida e atomistica ha messo in crisi il senso della comunità, dei corpi intermedi, delle scuole di pensiero. Un periodo nel quale sembra dominare il pensiero debole: le scuole di pensiero so-

no considerate espressione di un'identità che esclude, mentre per noi l'identità consente l'inclusione, perché permette il confronto su qualcosa di definito. Certamente non spetta a noi qualificarci come scuola di pensiero, ma tale valutazione deve venire dall'esterno, da chi entra in contatto con i ricercatori-docenti del CERGAS.

In questi 40 anni, anche noi siamo cambiati profondamente, pur rimanendo fedeli all'impostazione originale. Oggi il CERGAS è un centro di ricerca multidisciplinare la cui attività si divide in 5 aree di ricerca: management sanitario, economia sanitaria e valutazione delle tecnologie, politica sanitaria, servizi di assistenza sociale e management delle imprese sociali e non profit. Il team del CERGAS, compreso da circa 50 ricercatori, continua ad analizzare il funzionamento dei sistemi di Welfare a livello micro e macro e di come migliorare tali sistemi, attraverso soluzioni innovative e l'utilizzo di moderni strumenti di ricerca e di analisi. Il CERGAS interagisce costantemente con le autorità sanitarie regionali, nazionali e internazionali, mantenendo il proprio focus sui problemi concreti. Dalle criticità reali il CERGAS trae analisi, interpretazioni e proposte che abbiano un valore per i committenti delle ricerche, tra cui innumerevoli organismi nazionali e internazionali, come il Governo italiano e la Commissione europea, oltre che istituzioni *not for profit*, aziende pubbliche e imprese private.

Sul piano dell'istituzione Bocconi, il CERGAS ha cercato di essere fedele e di dare completamento ai principi cui esso si ispira fin dalla sua costituzione; principi esplicitati sullo statuto e riconfermati dalle strategie di sviluppo seguite in questi quarant'anni. Sul piano culturale pensiamo e speriamo di aver aggiunto una tessera al mosaico del pluralismo riguardante l'oggetto e i metodi di ricerca. Agli inizi degli anni Settanta, con la riforma del piano di studi che aveva suddiviso il tradizionale corso di laurea in Economia aziendale in Economia aziendale (CLEA) ed Economia politica (CLEP), era stata aggiunta la "tessera" degli studi di economia aziendale applicati alle amministrazioni pubbliche e più in generale ai settori di pubblico interesse. Con il CERGAS e il contestuale avvio della Divisione amministrazioni pubbliche e sanità, cui si è aggiunta agli inizi degli anni Novanta il settore *not for profit*, è stata aggiunta la "tessera" degli studi, ricerche e formazione rivolti al settore della tutela della salute.

Abbiamo applicato ciò che abbiamo insegnato e continuiamo a insegnare: l'equilibrio economico non è fine a se stesso, ma in un'istituzione di ricerca e formazione quale è la Bocconi, è condizione per mantenere l'autonomia e l'indipendenza che sono valori fondanti per una ricerca libera e innovativa. Per questo il CERGAS ha scelto un "modello di ricerca" basato sui principi del "*value for money*" e della competitività. Una competitività declinata in diversi ambiti, da quello della capacità di rispondere ai bisogni delle aziende sanitarie e dei servizi sociali pubbliche e private a quello della risposta alle esigenze conoscitive delle aziende private collegate al settore (imprese farmaceutiche, produttrici

di tecnologie sanitarie o altre tecnologie per il settore o di beni di consumo per ospedali, ambulatori, etc.), alla partecipazione a bandi competitivi a livello europeo e nazionale. Nel corso dei 40 anni CERGAS ha focalizzato i maggiori sforzi nella ricerca che parte da problemi reali di oggi e previsti per il futuro per elaborare conoscenze utili a *policymaker*, manager, professionisti. Le ricerche, allo stesso tempo, devono essere significative per il progresso delle conoscenze di economia aziendale e di management; devono essere adattate alle specificità delle istituzioni pubbliche e private di diversi settori pur mantenendo solidi riferimenti ad un framework teorico comune. Invece di adottare la consueta distinzione tra ricerca di base e ricerca applicata, preferiamo pensare a un *continuum* che con l'approccio induttivo (“*dal basso verso l'alto*”) deve collegare i problemi alla ricerca applicata, alla ricerca di base. Specularmente, con metodo deduttivo (“*dall'alto verso il basso*”), si tratta di passare dalla ricerca di base alla ricerca applicata, fino alla ricerca per lo sviluppo organizzativo, che significa affrontare e proporre soluzioni per problemi concreti. Rigorose dal punto di vista scientifico e centrate sui bisogni reali, le nostre ricerche sono state in grado di promuovere l'innovazione sia nelle comunità scientifiche di riferimento e che nel funzionamento del sistema sanitario nel mondo reale. Inoltre, con un pizzico di civetteria e una punta di orgoglio, il CERGAS si pregia del fatto di essere stato valutato primo fra tutti i centri di ricerca dell'Università Bocconi nei tre esercizi di valutazione finora realizzati.

Nel 2018 si celebrano anche i quarant'anni del SSN della cui evoluzione i ricercatori CERGAS sono stati attenti osservatori e in parte anche soggetti attivi tramite l'elaborazione di conoscenze, di proposte, la partecipazione a comitati e commissioni a livello locale, regionale e nazionale, diffusori di conoscenze tramite l'organizzazione e la partecipazione di seminari, workshop, convegni, conferenze, congressi nazionali e internazionali. I ricercatori del CERGAS hanno sempre sostenuto e promosso la cultura manageriale, organizzativa, delle valutazioni economiche, dell'analisi e valutazione delle politiche di tutela della salute nelle diverse fasi di sviluppo. Tale sostegno è iniziato nel primo decennio, quando si è trattato di dare una legittimazione a questa cultura facendone apprezzare l'utilità. È proseguito negli anni Novanta, nei quali il processo di aziendalizzazione ha avuto un grande sviluppo. Lo abbiamo confermato nel nuovo secolo, quando è stato necessario affrontare crescenti pressioni sul lato del finanziamento pubblico, delle contraddizioni di una normativa che si è sviluppata in modo ipertrofico e non organico, della divaricazione nei livelli assistenziali e di efficienza tra le regioni e tra i diversi territori, dell'impatto dirompente delle nuove tecnologie, dall'effetto sui comportamenti e sulle valutazioni nei confronti del SSN collegato alla Rete e ai *social network*. In questa fase, le sfide che abbiamo dovuto affrontare sono state: farsi accettare come interlocutori da medici, infermieri, altri operatori della salute, personale amministrativo, manager di aziende, policy maker a livello regionale e nazionale; far accettare la logica, la

cultura, i principi, i criteri, i metodi e gli strumenti aziendali tramite il rigore delle analisi, l'efficacia delle interpretazioni, l'utilità delle proposte di intervento organizzativo, i suggerimenti e le proposte di sviluppo manageriale a livello di formazione e di interventi sul campo; opporsi a interpretazioni distorte del modello aziendale non di rado assimilato al modello delle imprese private; evitare di proporre modelli astratti o di ottimizzazione non adattati agli specifici contesti; perseguire la semplificazione delle procedure evitando però di proporre "soluzioni semplicistiche" e "taumaturgiche" per problemi oggettivamente complessi, in altre parole conquistare la fiducia degli interlocutori sulla base della credibilità.

Oggi i ricercatori del CERGAS sono chiamati a confrontarsi con nuove, impegnative ed esaltanti sfide per il servizio sanitario nazionale.

Sul piano delle *conoscenze scientifiche* è necessario cercare, e possibilmente anticipare, soluzioni organizzative e di *management* in grado di facilitare la presa in carico dei pazienti cronici, e in generale di una popolazione che vive sempre più a lungo, la medicina (meglio la tutela della salute di precisione e personalizzata), l'innovazione della genomica, proteomica, nutraceutica, rigenerazione (e sostituzione dei tessuti), terapie cellulari e geniche, uso di nanotecnologie e della robotica, utilizzo di *big data* per trarre informazioni utili ad integrare la *evidence based medicine* di tipo tradizionale con le evidenze provenienti dal mondo reale (*real world data*).

Sul piano *economico* e di *policy*, è necessario cercare soluzioni su come risolvere le tensioni tra le crescenti opportunità create da progresso delle conoscenze, l'aumento delle attese, l'innalzamento dei livelli essenziali di assistenza e la sostenibilità economica di medio-lungo periodo.

Sul piano *amministrativo* è necessario riflettere su come promuovere una semplificazione della normativa che consenta di favorire la convergenza tra diritti alla tutela della salute formalmente garantiti e diritti sostanzialmente ottenuti, in altre parole convergenza tra livelli essenziali di assistenza definiti da leggi, piani, politiche, indirizzi e linee guida nazionali o regionali e livelli essenziali cui hanno effettivamente accesso i pazienti.

Sul piano *istituzionale* è necessario riflettere su come salvaguardare il modello di SSN basato sui principi di universalità, solidarietà, equità tramite un disegno organico a quattro pilastri, quello del finanziamento pubblico tramite fiscalità, quello del finanziamento tramite fondi intermediati, quello dei sistemi di welfare aziendale, quello del finanziamento da parte delle famiglie tramite assicurazioni provate o pagamento diretto delle prestazioni (*out of pocket*). Difendere "ideologicamente" e astrattamente un modello di SSN, che nel 2017 è caratterizzato da circa 117 miliardi di spesa pubblica e circa 40 miliardi di spesa privata prevalentemente *out of pocket*, lasciando che i quattro pilastri si evolvano in termini disorganici e frammentari, significa creare surrettiziamente le condizioni per l'indebolimento strutturale del SSN.



Il mondo accademico e della ricerca, del quale il CERGAS è parte integrante, non può mettersi nella posizione, tutto sommato comoda, di chi affronta i problemi particolari delle aziende sanitarie ospedaliere, delle regioni, del Ministero della Salute, delle aziende che appartengono alla filiera, ma deve sentire la responsabilità nei confronti della società di generare idee innovative per un profondo ripensamento della struttura di *governance*, delle regole che stanno alla base della definizione dei livelli di assistenza, delle forme di finanziamento, della valutazione, dei risultati in termini di salute. Il *management* riguarda soprattutto la fase di applicazione delle leggi e delle norme giuridiche, della implementazione di politiche, ma chi ha conoscenze di *management* non può esimersi dal diritto/dovere di contribuire a formulare leggi e a decidere politiche che siano realistiche, fattibili, economicamente sostenibili, socialmente accettabili. Anche in questo campo bisogna applicare quello che viene definito “ambidestrisimo” del *manager* moderno su due differenti piani. Ambidestrisimo all’interno delle aziende, che significa capacità di coniugare innovazione e stabilizzazione, prospettiva di lungo periodo e capacità di affrontare problemi correnti, gestire attività programmabili e standardizzabili e contemporaneamente attività non programmabili e non standardizzabili, le urgenze. Ambidestrisimo a livello di modello istituzionale, che consiste nella capacità di proporre la semplificazione della selva di norme che creano lacci e laccioli all’azione di chi vuole rispondere ai bisogni di salute e contestualmente contribuire a elaborare una riforma organica del SSN, che non risponda ai problemi di oggi ma sia in grado di rispondere ai problemi che si stanno delineando per i prossimi dieci o vent’anni.

I ricercatori del CERGAS potranno continuare a far parte della storia del SSN nei prossimi quarant’anni se riusciranno a mantenere il DNA sul quale è stata costruita una storia che riteniamo essere stata soddisfacente per coloro che l’anno vissuta per un tempo più o meno lungo. Un DNA che si è sviluppato e deve continuare a svilupparsi sui seguenti principi che devono essere applicati con riferimento esterno al funzionamento del SSN e interno al funzionamento del CERGAS stesso. Primo, centralità delle *persone* nelle aziende intesa non solo come centralità del paziente ma anche centralità di tutti coloro che operano in ospedali, ambulatori, centri di diagnosi, case della salute, distretti, centri di cure primarie, RSA e in generale strutture di offerta comunque denominate. Persone professionali, motivate, che sono messe in condizione di lavorare bene e con soddisfazione, che godono di benessere organizzativo, curano e si prendono cura in modo migliore dei pazienti. Secondo, *rispetto delle regole*, ma con la convinzione e la consapevolezza che nei sistemi sociali le regole sono date dai “valori” delle persone che le definiscono e che i risultati dipendono dai comportamenti reali, che a loro volta sono collegati ai valori delle persone. Terzo, un equilibrio di sistema stabile nel lungo periodo si basa sull’equilibrio delle aziende che lo compongono, mentre la ricerca di un equilibrio di sistema tramite vincoli nel breve periodo può mettere in discussione l’equilibrio delle singole



aziende e causare squilibri di sistema nel lungo e medio periodo. Ad esempio, vincoli di finanziamento e di spesa che costringono le aziende sanitarie a ridurre programmi e interventi di prevenzione o di diagnosi precoce possono determinare più elevati costi di cura per pazienti o possono causare una riduzione di livelli di assistenza nel medio e lungo periodo. Le problematiche delle aziende sanitarie vanno affrontate con una visione unitaria, che implica il superamento dei modelli di finanziamento “a silos” o per “ambiti di assistenza” (ospedaliera, specialistica extra ospedaliera, cure primarie, prevenzione, etc.). Si possono definire finanziamenti sulla base di parametri riferiti a specifici ambiti, ma si deve consentire a chi ha la responsabilità di governo delle aziende di utilizzare le risorse in modo unitario. Si deve consentire la possibilità di utilizzare risparmi ottenuti in un certo ambito di attività per altri ambiti di attività. Solo in questo modo è possibile passare da modelli assistenziali basati su prestazioni a modelli di assistenza basati su profili di cura, processi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), presa in carico organizzazione a rete. Quarto, il principio dell’unitarietà di azienda è anche fondamento per passare da sistemi di valutazione delle *performance* riferiti ad *outcome* o esiti di salute, invece che basati su *output*, indicatori specifici di appropriatezza, efficacia, efficienza, economicità di singole unità organizzative semplici o complesse, di dipartimenti, di distretti. Il principio dell’unitarietà e della coordinazione tra diversi processi impone di perseguire nelle aziende sanitarie (e nel CERGAS) non l’eccellenza individualistica, ma un’eccellenza di individui che viene condivisa con altri trasformandosi in miglioramento di tutti. Ciò è possibile solo se prevalgono il reciproco rispetto, la collaborazione, la capacità di ascolto. Accettazione della logica del miglioramento continuo più che della logica di ottimizzazione e massimizzazione: la prima si basa sulla rilevanza dei processi orientati, la seconda attribuisce priorità a soluzioni di tipo statico.

Inoltre, vorremmo sottolineare che nei quarant’anni di storia passata, il CERGAS è stato guidato da un approccio che solo recentemente sta ricevendo attenzione e riconoscimento dalle comunità scientifiche di riferimento, quello di ricerca rigorosa in grado affrontare le sfide reali, fondendo le conoscenze dei *practitioner* con quelle degli accademici. Da pochi anni il termine circola in convegni, conferenze, workshop, congressi dei principali network internazionali e sta entrando timidamente anche nei circuiti nazionali.

Un approccio che è ben espresso dalle caratteristiche di OASI e di altri osservatori che hanno qualificato l’attività del CERGAS a partire dalla fine degli anni Novanta del secolo scorso o che sono stati lanciati recentemente. Si tratta di osservare la realtà, sapendo che l’osservazione non è astrattamente oggettiva e meccanica ma è guidata da ipotesi di ricerca, analisi per comprendere più a fondo le relazioni che qualificano il fenomeno (per OASI l’evoluzione del SSN edel sistema sanitario), interpretazione delle dinamiche evolutive, supporto alle decisioni dei *policy maker*, dei *manager*, dei professionisti.

Crediamo che questo connubio di rigore scientifico e rilevanza reale ci abbia permesso di diventare ciò che siamo oggi: il centro di ricerca di riferimento nel contesto nazionale ed internazionale, che ha contribuito a formare il modo in cui la società pensa alla tutela della salute e all'assistenza sanitaria. Siamo fiduciosi che questo approccio continuerà ad essere applicato da coloro che faranno la storia del Centro nei prossimi 40 anni.

Buona lettura.