

E00_FT-Parte Prima

Il “fil rouge” tra il libro e l’agenda del cambiamento del SSN

Federico Lega

Il settore della salute italiano è ormai da qualche anno entrato in quella che si può definire una “nuova normalità”. La situazione di crisi attraversata dal SSN nei primi anni 2000 si è rivelata molto più che congiunturale e derivante da una poco attenta gestione degli anni precedenti. Certo, inefficienze, truffe, sprechi, e molto altro hanno appesantito il bilancio della sanità italiana. E una cura “dimagrante” era necessaria. Ma è presto emerso come tale cura non fosse solo il tentativo terapeutico di risolvere la questione annosa dei deficit di bilancio e delle diseguaglianze tra Regioni (da cui il meccanismo dei piani di rientro), quanto l’inizio di una vera e propria “dieta” nuova, un modo nuovo di porsi e far funzionare le aziende sanitarie. Nuovi paradigmi organizzativi e quadri concettuali (ospedali per intensità delle cure e complessità dell’assistenza, il *chronic care model*, la trasparenza, l’attenzione agli esiti, la multidisciplinarietà, le reti cliniche, le centrali di acquisto e le agenzie regionali, ecc.) sono emersi e hanno cambiato in profondità le attese di funzionamento delle aziende sanitarie e dei SSR. In contemporanea evolveva anche il più complessivo settore della salute, con l’ascesa di nuovi modelli di business (la medicina “*low price*” da un lato, la “*concierge medicine*” dall’altro), un importante consolidamento del mercato assicurativo, l’intensificarsi dei fenomeni di turismo medico, una trasformazione

aggressiva dei player privati attraverso fenomeni spinti di concentrazione e managerializzazione.

In questo scenario di crescente complessità, due “oggetti” hanno assunto progressivamente sempre più rilevanza.

Il primo è il tema dell'integrazione, una categoria logica che interessa tutto il panorama del settore salute. Occorre integrare meglio i professionisti, l'ospedale con il territorio, il sociale con il sanitario, l'ospedale con l'ospedale, il MMG con il Distretto, le ATS/ASL con le aziende ospedaliere/ASST, il management con i clinici ecc.

Integrare, ricongiungere, ricombinare, coordinare. Un mondo, quello della sanità, costruito necessariamente sui “silos”, ciascuno titolare di una funzione o di un sapere specialistico, ha un bisogno straordinario di connettersi. Fare rete, mettere a sistema, generare sinergie, non sono più scelte opzionabili. Sono una necessità se settore della salute e SSN ambiscono a migliorare la qualità e l'efficienza di quanto prodotto. E produrre più valore.

La stessa *value-based healthcare* parte dal principio dell'integrazione. Tra professionisti, tra centri, tra strutture. Solo così, concentrando le casistiche, affrontandole in modo multidisciplinare, all'interno di reti cliniche e strutturali che indirizzano il “traffico” nel luogo giusto, nei tempi giusti, e con il professionista o team giusti, la sanità potrà produrre più valore. Risultati migliori, costi meglio controllati.

Il secondo “oggetto” riguarda la necessità di un “protagonismo” più forte in chiave manageriale da parte dei professionisti con responsabilità direzionali. Quello che nelle organizzazioni definiremmo il “middle management”, la linea intermedia. I direttori delle strutture complesse e i direttori dei dipartimenti e distretti, e in generale delle macrostrutture aziendali. Su di loro occorre investire per aumentarne la capacità di dirigere in situazioni sempre più sfidanti, complicate quando non complesse, ad alto tasso di incertezza. Cosa che richiede una formazione diversa, molto più collegata alla *learning experience* (apprendere con il fare) che all'aula tradizionale, molto più centrata su attività da *reflective practitioner* (riflettere sulla propria esperienza e pratica) che sull'acquisizione di nozioni. Come è avvenuto nel corso di formazione manageriale svolto presso la ATS di Brianza, con i progetti finali che i partecipanti hanno prodotto, e di cui questo libro è la conclusione naturale.

Naturale perché i progetti erano di qualità tale, e su temi così centrali nell'agenda del cambiamento del SSN italiano, che è parso fin da subito possibile, e auspicabile, una loro valorizzazione ulteriore attraverso una successiva pubblicazione. La presente. Che ha rappresentato anche l'opportunità per una loro rielaborazione oltre gli schemi previsti dal corso di formazione, per cercare il più corretto ed efficace collegamento tra il progetto "narrato" dal partecipante e le sfide e problematiche oggi affrontate nelle aziende sanitarie e più complessivamente nel SSN. In questo modo, i progetti continueranno a vivere oltre la breve durata del corso, e soprattutto diventano un patrimonio per tutto il sistema.

Peraltro, come si accennava prima, i progetti qui descritti e discussi sono così centrati sulle priorità di intervento e cambiamento nel SSN che rappresentano un vero e proprio "tour" delle direttrici di intervento con cui oggi stiamo cercando di fronteggiare la "sfida" delle sfide, quella dell'integrazione.

Quella dell'integrazione socio-sanitaria sul territorio, nello specifico a livello Distrettuale.

Tema "annoso", ma mai come oggi centrale. La spesa sanitaria pubblica italiana pro-capite è pari a 1.900 euro, ovvero l'80% di quella inglese, il 66% di quella francese e il 55% di quella tedesca. Con una delle più alte aspettative di vita al mondo (83 anni), accompagnata da uno dei più bassi indici di natalità (1,32 figli) e dalla previsione Istat di un rapporto di 1 a 2 tra pensionati e popolazione in età di lavoro entro il 2040, il SSN sarà in grave difficoltà a fronteggiare i bisogni di salute, che per effetto della crescita della cronicità e fragilità comportano necessariamente più integrazione e sinergia tra il settore sociale e quello sanitario (che già oggi, pur in carenza di risorse, contribuisce significativamente a rispondere a bisogni sociali).

Quella della lettura integrata dei flussi informativi e dell'integrazione delle banche dati per creare "valore" per il cittadino.

Promuovendo attraverso l'uso intelligente dei dati, trasformati in informazioni, nuove politiche sanitarie ispirate ai più recenti paradigmi del *population health management* e della medicina di iniziativa. Per costruire servizi (e responsabilità) adeguati a gestire i fattori di rischio, le patologie lievi e in esordio, le patologie moderate e in evoluzione, le patologie severe e/o invalidanti. Quattro

grandi gruppi di cittadini che hanno bisogno di attenzioni e approcci alla gestione della malattia (o della potenziale malattia) specifici.

Quella della multidisciplinarietà. Dell'integrazione professionale.

Perché sappiamo quanto sia importante promuovere e organizzare il lavoro in team. Quanto una sanità di "valore" non possa prescindere da un modello di lavoro più integrato, dove le decisioni sono prese solo dopo aver valutato il problema di salute da diverse angolature, con diverse competenze, individuando le diverse alternative per intervenire. L'esperienza della *breast unit*, quale quella raccontata nel progetto incluso in questa raccolta, è certamente paradigmatica in questo senso.

Quella dell'integrazione orizzontale in rete di due presidi ospedalieri.

Inevitabile, ineluttabile, indispensabile scelte per dare un futuro ad ospedali che si confrontano con i temi degli esiti, della qualità basata sui volumi, delle concentrazioni, della specializzazione e ricerca di vocazioni distintive da un lato, vicine ai bisogni del territorio dall'altro.

Quella dell'integrazione verticale in rete tra ospedale e servizi territoriali.

Con la creazione di nuove strutture intermedie. Quali i Presidi Ospedaliero Territoriali. I POT. L'anello mancante per gestire nel modo più efficace i processi di riacutizzazione e quelli di sub-acuzia e post-acuzia. Il pezzo del puzzle di cui il sistema aveva bisogno per garantire una migliore integrazione del cosiddetto continuum of care, andando ad occupare quella "terra di nessuno" che spesso è risultato essere lo spazio tra il domicilio e l'ospedale.

Infine, l'integrazione tra persona e organizzazione. Quello che oggi chiameremmo *l'engagement* dei professionisti.

Non c'è azienda sanitaria che potrà mai essere meglio di quanto la vogliono far diventare i proprio professionisti. Ecco perché è fondamentale investire nel costruire identità, appartenenza, squadra. Come nel caso della prevenzione e promozione della salute incluso in questo libro. E così abbiamo anche incluso un settore, quello della prevenzione, che completa il tour della sanità, dopo i focus su ospedale e servizi territoriali.

In questa luce, sono stati previsti nel testo ulteriori contributi che affrontano il senso e contenuto della formazione manageriale per i *clinical leaders* delle nostre aziende sanitarie. Quelli coinvolti nel corso per i Direttori di Struttura Complessa da cui sono scaturiti i progetti qui raccolti.

Perché nel quadro di aziende sanitarie sempre più grandi e complesse, come già richiamato in precedenza, assume particolare rilevanza il ruolo - e il protagonismo - del middle management, cioè i direttori di dipartimento e di struttura.

E appare chiara la necessità di affiancare alle competenze professionali tecniche più consolidate delle nuove capacità collegabili alle funzioni di leadership, di business planning, di project management e people management che ciascun middle manager è chiamato ad esercitare in modo crescente nei rispettivi contesti di azione. Competenze che i “prof-man”, come discussi in un apposito capitolo del testo, acquisiranno solo se veramente *engaged* con la propria organizzazione, e quindi motivati ad investire nel rafforzamento del loro ruolo ibrido di professionisti-manager. E matureranno anche meglio se la formazione sarà fatta anche sul campo, “sporcandosi le mani”, come avvenuto nel percorso formativo che ha portato a questo testo.

Resta un ultimo punto da segnalare. L’esperienza del portare a pubblicazione in questa forma i progetti dei partecipanti è stata estremamente positiva. Per due ragioni. La prima, quella generale, è che scrivere obbliga a riflettere, ad analizzare i contenuti, a trovare la razionalità del ragionamento, a porsi le domande su come narrare in modo interessante una storia, a confrontarsi con i quadri concettuali della letteratura. E consente quindi di valorizzare appieno tutto il percorso progettuale, dando un’ultima opportunità per consolidare l’apprendimento fatto in aula e l’autoapprendimento maturato con l’attività di *reflective practitioner*.

La seconda, quella specifica a questo libro, è che in questo caso i partecipanti sono stati affiancati per la scrittura da specializzandi in sanità pubblica. I quali hanno rappresentato un “test” probante per i “progettisti”, e una grande responsabilità nel trasferire saperi ed esperienza attraverso la scrittura congiunta dei capitoli. Un’esperienza arricchente per entrambi i fronti. Che invitiamo altre aziende, altri programmi formativi a percorrere in modo simile. Magari per diventare nel futuro, speriamo in quello a breve termine, una prassi nei corsi di formazione manageriale per Direttori di Struttura Complessa.

Un grazie finale alla Direzione Aziendale e alla Formazione della ATS della Brianza, che ha creduto e dato legittimazione e importanza al processo formativo, ai progetti connessi, e alla loro “finalizzazione” in forma scritta. Anche in questo, ci auguriamo che altre realtà seguano questo esempio virtuoso.