

I 4 assi della sanità futura : appropriatezza, sostenibilità, sistema, innovazione.

Maurizio Dal Maso
Direttore Sanitario Azienda Sanitaria di Massa e Carrara

Nei diversi e ipotetici scenari sul futuro del SSN uno, in particolare, prevede che nei prossimi anni i due vincoli essenziali saranno il tempo a disposizione (poco) per attuare le (tante) riforme necessarie per fare sempre di più con meno per tutti, superando le due criticità maggiori, rappresentate dalla crisi delle istituzioni e dalla debolezza professionale, che negli anni sono progressivamente aumentate. Anche la definizione dei rapporti fra soggetti pubblici e privati dovrà essere rivisitata ricordando che il fine istituzionale di tutela della salute del SSN non è un compito esclusivo del sistema sanitario pubblico, ma un obiettivo dell'intero sistema sociale, cui concorrono soggetti pubblici e privati, anche se con ruoli e compiti diversi. Il carattere pubblicistico del SSN non è da associare ad un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica quanto, piuttosto, all'unicità pubblica del governo delle regole e delle relazioni fra tutti i soggetti del sistema. Questa considerazione dovrebbe facilitare la revisione di molti equilibri interni ai diversi Sistemi Sanitari Regionali (SSR) ricordando che la teoria aziendale distingue aree "core" e "non core" e, nell'ottica della "lean organization" molto attuale nelle organizzazioni sanitarie, tutto ciò che non è "core" può (deve?) essere esternalizzato. Non è "core" tutto ciò che è parte dei cosiddetti processi di supporto che, diversamente da quelli primari, non contribuiscono alla creazione di un output (prodotto e/o servizio) che ha un valore percepito dal cliente finale, che ha una domanda di mercato e per il quale il cliente è disposto a pagare.

In vista delle prossime scelte federaliste nel SSN e nei diversi sistemi sanitari regionali (SSR) credo sia opportuno e doveroso chiedersi se le organizzazioni sanitarie siano state negli anni orientate primariamente alla produzione del "valore", inteso come *"l'uso adeguato delle risorse dedicate dalla collettività alla sanità secondo criteri di appropriatezza ed efficienza per fornire servizi di elevata qualità garantendo ai cittadini l'accesso e l'equità"*, e se oggi siamo in grado di misurare quanto "valore" sia stato effettivamente prodotto. A questo proposito l'analisi economica dei diversi SSR mostra come la spesa procapite sia maggiore al nord, ma correggendo per età, mobilità e complessità dei servizi erogati il rapporto si inverte e si dimostra come al sud si spenda di più e la qualità dei servizi erogati sia stabilmente peggiore. Un'altra considerazione riguarda gli attuali processi di produzione che dovrebbero essere in grado di migliorare continuamente nelle nostre Aziende non in termini di "conformance" ma di "performance" al fine di erogare solo prestazioni appropriate e centrate sulle esigenze degli utenti, sapendo che queste sono in continuo cambiamento e in costante evoluzione. Sul JAMA n. 305 del 2011 è apparso un interessante articolo in cui veniva dimostrata l'inappropriatezza prescrittiva nel caso dei defibrillatori impiantabili in contrasto con quanto stabilito dalle più accreditate Linee guida. L'articolo concludeva affermando che per la opportuna e necessaria sostenibilità di una sanità pubblica equa ed efficace, occorre che i professionisti siano più responsabilizzati ed abbiano un comportamento prescrittivo maggiormente coerente con le raccomandazioni derivanti dalle Linee guida, per non sprecare preziose risorse economiche nella cura di pazienti che non necessitano di certi interventi, a scapito di altri pazienti che potrebbero rimanerne ingiustamente esclusi. L'inappropriatezza riscontrata era risultata pari al 23% dei 111.707 pazienti dello studio a cui era stato impiantato il device. I prescrittori erano risultati diversi: nel 66,6% dei pazienti cardiologi elettrofisiologi, nel 24,8% cardiologi non elettrofisiologi, nel 2,6% chirurghi toracici e nel 6,1% altri specialisti. Era emerso anche, purtroppo, che in quasi un quarto dei pazienti in cui era stato impiantato un defibrillatore, le motivazioni della scelta non solo non erano basate su logiche EBM, ma questi pazienti erano caratterizzati da condizioni cliniche di partenza gravi tali da comportare una più elevata mortalità attesa intra-ospedaliera ed un maggiore tasso di complicanze peri-procedurali. E' quanto mai necessario e indispensabile porre l'attenzione sulla variabilità di comportamenti clinici e professionali ricordando che nelle burocrazie professionali, quali sono le organizzazioni sanitarie secondo H. Mintzberg, valgono tre regole fondamentali :

- i professionisti rispondono in proprio delle attività,
- la standardizzazione delle attività professionali è compito del professionista,
- nelle attività professionali la Direzione aziendale ha scarso controllo delle risorse : i clinici controllano oltre l'80% delle decisioni rilevanti nel determinare i costi dei servizi erogati, mentre il management realizza l'integrazione e il coordinamento gestendo le attività di supporto.

Dunque i professionisti, e a seguire i manager, decidono dove e come usare le risorse anche perché sono i professionisti coloro che gestiscono direttamente l'essenza quotidiana del sistema sanitario ovvero il rapporto medico-paziente in quelle aree particolari definite "zone del valore" ovvero le front-line, i luoghi dove si erogano realmente le cure, i mattoni su cui si basano le attività sanitarie della Aziende e, quindi, dei diversi SSR. Queste zone sono il luogo dove i pazienti, i familiari e i professionisti sanitari si incontrano, creando un gruppo di persone che lavorano insieme per fornire assistenza e cure ai pazienti. Ovvio quindi rivedere il ruolo e il coinvolgimento dei clinici e dei professionisti che troppo spesso si sono sentiti antagonisti alle Direzioni aziendali e, invece, sono la parte essenziale sulla strada del miglioramento continuo delle cure. Non può, però, essere dimenticato che nelle attività clinico-assistenziali "non tutti fanno tutto", anzi molto spesso, professionisti

delle stessa branca specialistica svolgono attività diverse fra loro senza un preciso coordinamento professionale e questo ne spiega, in massima parte, l'altissima variabilità di comportamento. Come si può favorire la corretta interpretazione clinica di specifici casi, attività che resta una delle priorità assolute della professione medica, senza vincolarla a rigidi schemi preconfezionati? Ovvero, come rendere certezza che il paziente in quel momento sia valutato al meglio delle conoscenze e delle evidenze scientifiche e non finisca ostaggio di guerre di territorio professionale? È evidente che questo è il nodo mai sciolto per la difficoltà intrinseca che ne deriva in termini di bilanciamento operativo fra l'autonomia (da non confondere con l'anarchia) professionale e il rispetto di regole o procedure aziendali tendenti all'uso ottimale delle risorse in linea con la responsabilità individuale e organizzativa da mantenere nei confronti degli utenti.

Il nuovo Piano Sanitario Nazionale (PSN) esplicita le linee di azione su cui provare a realizzare quello, che troppe volte, è stato annunciato ma poi, in realtà, mai completamente attuato. IL PSN si presenta come elemento di garanzia per l'uniforme applicazione degli obiettivi e dei LEA a livello nazionale considerando: l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, la crescita della domanda di salute e di benessere in senso lato, la scarsità "relativa" delle risorse con necessità di mantenere un equilibrio tra prestazioni e finanziamenti, l'inappropriatezza di molte prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere, le carenze organizzative nella primary care e nei servizi territoriali, l'allungamento "patologico" delle liste di attesa nonostante l'incremento costante e significativo della offerta, gli alti volumi di spesa farmaceutica, i differenti livelli di qualità dei servizi erogati e la carenza storica di figure professionali e, in futuro, anche di medici.

Una grande attenzione dovrà essere posta nei diversi SSR alle attività territoriali e, in particolare, alle modalità di integrazione socio-sanitaria e professionale fra ospedale e territorio nella consapevolezza che molto deve essere ancora fatto. In questo settore G. Maciocco individua come obiettivo futuro dell'assistenza sanitaria quella basata sulla centralità del paziente intesa come rispetto e attenzione ai bisogni, alle preferenze e ai suoi valori e garanzia che questi guideranno ogni decisione clinica, perché l'interesse del paziente è il punto assistenziale fondamentale e richiede una nuova, forte e intensa comunicazione fra paziente e team di professionisti, nella ricerca di determinati outcomes, quali aumento della sopravvivenza, migliore qualità di vita, riduzione dei costi assistenziali per ricoveri e accertamenti e costi della "non Qualità" ovvero "fare bene cose sbagliate", che oggi costa al SSN circa 10 miliardi di euro all'anno. Andranno condivise e attuate nuove regole alla base della relazione di cura medico/paziente: scambio bidirezionale delle informazioni, assistenza personalizzata, coinvolgimento del gruppo familiare, nuovi aspetti etico-professionali della "comunità dei professionisti", attraverso diverse, sinergiche e contestuali azioni di miglioramento.

Se questa è la rotta, quali sono gli strumenti necessari per raggiungere l'obiettivo, considerando che avremo sempre meno tempo a disposizione e, contemporaneamente, la necessità di fare sempre di più con meno legando manager e professionisti in una logica integrata di efficienza clinica (*migliore risultato conseguito espresso in termini di salute a fronte del consumo più razionale e vantaggioso, bilancio benefici/rischi positivo delle risorse umane, materiali, finanziarie e tecnologiche disponibili*) e manageriale (*risorse messe a disposizione dei decisori impegnati nel processo clinico-assistenziale con il miglior rapporto tra qualità e costi/convenienza*). Quali assi abbiamo a disposizione? Ne individuerei, ovviamente, quattro: appropriatezza, sistema, sostenibilità e innovazione.

L'appropriatezza professionale, intesa come trattamento giusto (efficacia EBM) al paziente giusto (indicazione e bilancio costo/beneficio) al momento giusto per la durata giusta unita a quella organizzativa ovvero luogo di cura giusto e professionista giusto (corretto setting assistenziale, professionisti e consumo di risorse) è ovviamente la condizione necessaria, ma non sufficiente. Le organizzazioni sanitarie sono sistemi costituiti dall'insieme di elementi specializzati strettamente interdipendenti che interagiscono fra loro. I sistemi sanitari sono composti da un elevato numero di sottosistemi e sono, per definizione, "complessi non in equilibrio e aperti": in essi esiste la tendenza alla auto-organizzazione, l'effetto del "caso", non sempre risposte lineari ma anche "non lineari", non sempre proporzionalità fra "causa ed effetto", esistenza di fenomeni non "ripetibili e/o reversibili". In questa ottica il concetto di sistema a rete che in molti casi e in diversi contesti è stato adottato deve essere migliorato, potenziato e allineato alle nuove logiche assistenziali (salute vs. benessere, guarigione vs. riduzione delle disabilità) che prevedono percorsi clinici e organizzativi di cura integrati quali, ad esempio, quello di area chirurgica, medica, oncologica, critica, ortopedica e traumatologia, materno-infantile, riabilitativa, delle cure primarie, e altri. Il percorso di cura sarà quindi il driver nei prossimi anni su cui allineare le attività e gli assetti delle organizzazioni coinvolte sempre di più in una logica di processo di produzione indipendentemente dalla sede fisica dei diversi erogatori.

Il terzo asso è la sostenibilità intesa non solo come classicamente viene conosciuta ma, alla luce anche di considerazioni diverse quali, ad esempio, il rapporto spesa privata/SSN che è in Italia stabilmente superiore al 20% negli ultimi 20 anni, che nel 75% dei casi è pagato dalle famiglie, e non da mutue o assicurazioni, e serve nell'85% dei casi per l'acquisto con pagamento diretto "out of pocket" di prestazioni già offerte dal SSN. Tutto ciò lega fortemente la sostenibilità ai concetti di equità e di eguaglianza di tutti i cittadini di fronte alla tutela della salute, che deve essere intesa come assenza di discriminazioni tra le persone nell'accesso ai servizi assistenziali, nella allocazione delle risorse e nell'offerta di opportunità. Il quarto ed ultimo asso è l'innovazione

che non si identifica solo come sviluppo di un nuovo servizio, ma coinvolge tutti i processi aziendali e può intendersi come innovazione di business, processo e organizzativa che favorisce la crescita aziendale attraverso nuovi settori di attività e/o l'espansione di quelli esistenti, l'introduzione di nuovi e migliorati servizi e l'implementazione di nuovi modelli di lavoro.

L'innovazione deve essere intesa come supporto all'elaborazione delle politiche sanitarie ma come possiamo fare davvero innovazione in un contesto che viene visto come statico e spesso percepito derivazione degli aspetti negativi della pubblica amministrazione applicata alla sanità? Gli strumenti attualmente disponibili sono quelli interni al mondo dell'HTA inteso come un lavoro di ricerca orientato all'azione, alla valutazione sistematica e omnicomprensiva dei presupposti e delle conseguenze della utilizzazione delle tecnologie sanitarie e all'obiettivo della valutazione delle tecnologie per valutarne contemporaneamente l'impatto clinico, economico, organizzativo e sociale. Ovviamente l'HTA deve essere inteso non solo in riferimento a dispositivi, attrezzature, presidi, interventi terapeutici o sistemi di supporto ma come l'ideazione e realizzazione di nuove modalità organizzativo-gestionali in linea con le logiche della Clinical Governance, intesa come *"un sistema integrato, multidisciplinare ed interprofessionale di indirizzo e governo delle attività tecnico-sanitarie finalizzato all'efficacia, alla appropriatezza e alla sicurezza delle prestazioni in un ambito di risorse definite e di obiettivi di salute predefiniti"*.

L'HTA condivide tre principi, ovvero, fare riferimento all'evidence-based knowledge (EBM), richiedere una valutazione multidisciplinare integrata e avere un orientamento decisionale-operativo.

L'HTA è certamente uno strumento della Qualità perché permette di gestire il miglioramento continuo attraverso la misura, anche preventiva, dei fenomeni: *"what gets measured, gets managed, and gets valued"* e per misurare occorre, ovviamente, conoscere e rappresentare. In quale logica progettuale possiamo utilizzare l'HTA nel mondo sanitario?

Lo schema è quello proposto nella Tab. 1

<p>Tab. 1</p> <p>1° step : Ideazione e Pianificazione</p>	<p>Coordinare più specialisti, sapendo che ogni specialista ha un proprio linguaggio e un proprio punto di vista; gestire queste fasi con una facilitazione costante alla integrazione delle specializzazioni per conseguire i risultati attesi rispettando i limiti di tempo, costi e risorse definiti per assicurare la Qualità complessiva del progetto;</p>
<p>2° step : Esecuzione, Controllo e Chiusura</p>	<p>Garantire la presenza che deve essere costante e "forte" della committenza aziendale (Direzione strategica) nel monitorare lo stato di avanzamento del progetto fino alla sua chiusura e all'avvio delle attività di gestione;</p>
<p>3° step : Attivazione e gestione</p>	<p>Formazione : prevedendo un diverso modo di lavorare (organizzazione) dei professionisti sanitari già dall'ideazione della nuova attività secondo lo schema HTA → [EBM → Clinical Governance → Qualità → Project Management] dove il termine HTA deve essere inteso nella sua accezione più ampia che comprende le modalità organizzativo-gestionali in una logica di scambio continuo tra : <u>innovazione tecnologica</u> <-----> <u>innovazione organizzativa</u></p>

Questo schema introduce il 4 elemento dell'HTA ovvero il Project Management (PM) inteso come strumento di gestione dei progetti che sono il mezzo indispensabile per raggiungere gli obiettivi aziendali. Ideazione, pianificazione, esecuzione, controllo e chiusura sono i 5 passaggi secondo cui si sviluppa un progetto e i progetti sono la vita delle organizzazioni sanitarie : ecco perché il PM è uno strumento potente di cambiamento organizzativo. La difficoltà ad implementare i progetti all'interno delle organizzazioni sanitarie deriva da carenze legate al dominio della variabile culturale, infatti l'approccio al PM comporta il consolidarsi di una cultura fondata sul risultato più che sul ruolo, che si accompagna inevitabilmente a una responsabilizzazione sul raggiungimento degli obiettivi, privilegiando i sistemi di verifica e controllo. Le Direzioni aziendali dovranno gestire in modo innovativo e riconoscere nelle logiche della programmazione, valutazione e controllo opportunità di guida, monitoraggio e ri-orientamento continuo della gestione. Infine ritengo opportuna una riflessione su una potenziale quinto asso ovvero la produttività, ricordando che Paul Krugman, Nobel per l'Economia nel 2008, sosteneva come la produttività non fosse tutto ma, a lungo andare, diventasse tutto perché la capacità di un Paese di migliorare il suo standard di vita nel tempo dipende quasi interamente dalla sua capacità di aumentare la produzione per lavoratore. Attraverso un aumento di produttività passa la capacità di produrre più ricchezza e di questo avremo bisogno per mantenere sostenibile e incrementare la dotazione di risorse destinate ai vari SSR.

In conclusione possiamo riconoscere che le organizzazioni sanitarie stanno passando, se pur troppo lentamente, ad una nuova fase di gestione capace di cogliere le unicità di molteplici interlocutori interni ed esterni. Le Direzioni aziendali dovranno favorire al meglio l'azione degli attori di questo processo che interagiranno fra loro in relazioni a molteplici localismi pur nell'ambito di un sistema a rete, coordinando il nuovo approccio dell'organizzazione ospedaliera che sarà sempre più integrata, multidisciplinare e strutturata in percorsi clinico-assistenziali integrati per sede, erogatore e specialità. Ne conseguirà che le competenze individuali saranno alla base delle organizzazioni, non il ruolo, e che il cambiamento organizzativo si otterrà lavorando sulla cultura professionale e quindi sulle competenze e sulle relazioni individuali. Questa è la via finale comune che gli Assessorati regionali e le Direzioni aziendali dovranno seguire se vorranno utilizzare al meglio gli "assi" a loro disposizione riflettendo sempre sul modo di fare management in sanità e sull'attenzione continua da dedicare a collaboratori e utenti.