

Meno manager e più leader : il futuro del SSN passerà attraverso la capacità di cambiare l'intero ciclo produttivo socio-assistenziale.

Maurizio Dal Maso

In questo momento particolare della politica e dell'economia sanitaria italiana si rendono necessarie scelte coraggiose e azioni forti tese a cambiare in profondità e stabilmente l'organizzazione dei servizi socio-sanitari. Sono queste le condizioni ideali per sfruttare le difficoltà trasformandole in opportunità di crescita e sviluppo, a patto di averne la consapevolezza e di poter disporre delle "persone giuste al posto giusto". Non è pensabile di riorganizzare o, semplicemente, riqualificare i cicli produttivi attuali : bisogna avere il coraggio di cominciare a fare cose diverse rispetto a quelle fatte fino ad oggi per rispondere effettivamente ai nuovi bisogni sanitari delle comunità. Questo non si realizza passando attraverso atti legislativi o rivedendo gli attuali modelli gestionali, ma facendo decisi cambi di rotta, attuando azioni concrete che esplicitino il nuovo pensiero su cui basare le future risposte, ovvero "more from less for more". Come si fa, ma soprattutto con chi fare questo radicale cambio di rotta? Con meno manager e più leader perché se management significa gestire, avere la responsabilità di risorse e del loro uso ottimale, oggi è indubbio che serve leadership ovvero la capacità di influenzare, orientare, soddisfare bisogni : un leader è, infatti, colui che conosce, intraprende e mostra la via nuova da percorrere. La leadership si deve apprendere e può essere appresa e, già nel 1996, P.F. Drucker sosteneva che i veri leader non hanno personalità, stili o caratteristiche particolari ma sono consci di quattro condizioni essenziali:

1. il leader ha dei seguaci : senza seguaci non ci possono essere leader;
2. la popolarità non è leadership, i risultati sì; un leader capace non è un individuo da amare o da ammirare ma qualcuno che sa dare le giuste indicazioni ai propri seguaci;
3. i leader hanno visibilità e quindi costituiscono un esempio;
4. la leadership non corrisponde al rango, ai privilegi, ai titoli o al denaro, è responsabilità e la responsabilità è ciò che lega management e leadership.

Ma, soprattutto, ricordava che i risultati di successo si ottengono sfruttando le opportunità, non limitandosi a risolvere i problemi. Ecco perché non basta più concentrarsi sulla gestione e sui criteri ottimali per attuarla, è ora di definire nuove linee di governo e di fare in poco tempo quello che non si è voluto, o saputo o potuto fare negli ultimi 20 anni nei diversi SSR. Tutto ciò non solo per i ben noti squilibri finanziari ma anche, e soprattutto, per la necessità di correggere rapidamente le diseguaglianze esistenti in termini di "valore generato" e "quantità di salute prodotta" nei diversi contesti metropolitani e regionali. Per poter garantire un corretto equilibrio economico-finanziario delle Aziende sanitarie non è opportuno operare dei tagli lineari o finalizzati ad una generica riduzione di spesa ma, piuttosto, innovare cioè ripensare i servizi secondo una logica di appropriatezza professionale e quindi organizzativa, considerando che un sistema raggiunge e mantiene stabile il suo equilibrio economico solo se ha saputo riorganizzare le sua attività secondo logiche di qualità, di efficacia/efficienza, di appropriatezza e sostenibilità. I percorsi di cura attesi dalla popolazione sono assai diversi da quelli oggi prodotti dalla nostre Aziende che danno sempre più l'idea di essere concentrate prevalentemente sul controllo e sul mantenimento degli equilibri fra i diversi stakeholder dimenticandosi che, alla fine, il vero ed unico stakeholder è il cittadino-utente. Giova ricordare che un'Azienda sanitaria pubblica non opera sul mercato alla ricerca di un utile attraverso un meccanismo di prezzi, ma può riuscire, e spesso ci riesce, a sviluppare un forte orientamento ai risultati e all'utente attraverso una gestione per obiettivi e per progetti, mirata ad un migliore impiego delle risorse (efficienza) per incrementare la qualità e l'efficacia dei servizi resi ai cittadini ottenendo, come conseguenza, anche l'equilibrio di bilancio. Il ciclo di vita delle diverse Aziende sanitarie regionali evidenzia situazioni molto eterogenee fra loro e quindi non confrontabili, per cui definire a priori linee di azioni comuni è assai difficile e forse inutile, ma certamente si dovrà uniformare il setting direzionale a partire da quello dei Direttori di unità operative, capi Dipartimento fino alla Direzione aziendale. Infatti, pur se a diversi livelli della organizzazione, e in linea con gli obiettivi delle linee di governo e di gestione, bisognerà gestire la comunicazione organizzativa, sviluppare le risorse professionali, sviluppare le attività in coerenza con le innovazioni tecnologiche, sviluppare il proprio ruolo di leadership e saper comprendere il contesto più ampio del sistema in cui la struttura vive. Anche il Consiglio della UE si muove nella direzione di una necessaria "rivoluzione gestionale" della sanità. In un recente documento pubblicato sulla G.U. della Unione europea dell'8 luglio 2011, si invitano tutti gli Stati membri, fra l'altro, a :

1. valutare approcci e modelli innovativi di assistenza sanitaria che rispondano alle sfide, e sviluppare strategie future a lungo termine nel settore sanitario, mettendo in particolare l'accento su investimenti efficaci nel settore sanitario e sulle risorse umane, con l'obiettivo di allontanarsi dai sistemi incentrati sugli ospedali a favore di sistemi di cura integrati, migliorando l'accesso equo alle cure di alta qualità e riducendo le disuguaglianze;
2. promuovere valutazioni delle tecnologie sanitarie (HTA) e assicurare un uso più intelligente delle soluzioni relative a servizi sanitari in rete in modo da garantire un impiego ottimale delle risorse e benefici per la salute e i sistemi sanitari;
3. sostenere il processo di riflessione attraverso misure adeguate, tra cui un accesso agevolato a consulenze multisettoriali informali e indipendenti da parte di esperti, disponibili su richiesta per gli Stati membri e /o per il gruppo «Sanità pubblica» ad alto livello,
4. mettere in rilievo il ruolo economico di primo piano del settore sanitario, nella prospettiva di far sì che la sanità non sia più considerata semplicemente una voce di spesa ma che sia invece riconosciuta come un fattore che contribuisce alla crescita economica.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 prevede di muoversi secondo logiche di sostenibilità economica, efficienza e 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 e delle pluripatologie, la crescita della domanda di salute e 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, le carenze organizzative delle cure primarie e dei servizi territoriali, l'allungamento "fisiologico" delle liste di attesa, gli alti volumi di spesa farmaceutica, i differenti livelli di qualità dei servizi erogati e la carenza storica di infermieri e nel prossimo futuro anche di medici. Tra le principali azioni sono previste la messa in reti degli ospedali con la trasformazione dell'offerta dei piccoli ospedali, la riorganizzazione delle reti ospedaliere in base al fabbisogno di prestazioni di alta specialità/complessità, il benchmarking tra strutture, la nuova rete dell'emergenza-urgenza con percorsi alternativi per i codici a minore complessità e lo sviluppo delle cure intermedie con la presa in carico dei pazienti in ambito di continuità assistenziale, la valutazione degli esiti di salute e il governo effettivo della domanda. Questo aspetto merita una attenta riflessione perché da diversi, e forse troppi, anni si parla della priorità di azione delle cure intermedie e di come queste dovrebbero essere il faro del sistema assistenziale. Nel n° 24 del 2009 di Monitor era riportata una tabella che mostrava un modello ben strutturato per valutarle usando la sequenza input → output → outcome, attraverso aree specifiche e in relazione a finalità diverse. Rivista oggi sembra un ottimo contenitore a cui continua inesorabilmente a mancare il contenuto. Non so se l' "ospedalizzazione del territorio" sia la risposta, come vedremo in seguito, ma certamente una risposta stabile dovrà essere fornita perché da troppi anni il 51 % della quota capitaria annuale finanzia quello che sempre più sembra un "buco nero" che consuma risorse e non produce i servizi e quindi i risultati attesi, oppure produce poco e in tempi troppo lunghi rispetto alle esigenze e alle aspettative degli utenti. Un elemento di criticità in questo percorso è rappresentato dalla difficoltà di acquisire dati informativi tempestivi, attendibili e completi sull'effettivo "prodotto" del territorio da porre quale base per realizzare progetti di miglioramento continuo della qualità. Elemento altrettanto carente è la mancanza di cooperazione tra i vari attori coinvolti nei servizi sanitari, di capacità di creare consenso, di confronto tra le pratiche migliori, di crescita delle competenze utilizzando con responsabilità le risorse disponibili. In questo scenario e con la finalità di fornire aggiornate linee di indirizzo, è stato di recente pubblicato sulla rivista Monitor N° 27 del 2011 un documento sulla riqualificazione dei servizi sanitari basata su una stretta integrazione tra la rete dell'emergenza-urgenza, la rete ospedaliera e la rete territoriale, in cui si evidenzia che :

- la rete dell'emergenza-urgenza deve agire come ponte tra territorio e la rete operativa degli ospedali, offrendo un sistema uniforme e capillare in grado di garantire una presa in carico efficace e tempestiva delle situazioni critiche ed a maggior rischio; l'organizzazione deve prevedere la possibilità di una rapida valutazione delle condizioni cliniche del paziente ma anche, se necessario, il trasporto assistito presso la sede più idonea a fornire un trattamento di qualità e di alta specializzazione della patologia in essere;
- la rete ospedaliera deve essere ridisegnata secondo una logica dipartimentale, anche interaziendale, *hub & spoke* e per intensità di cure (o differenti livelli di assistenza), con specifici parametri da rispettare per il dimensionamento delle strutture sanitarie di ogni singola disciplina in riferimento al reale bacino di utenza. Una particolare attenzione viene rivolta al tema della appropriatezza dei ricoveri, valutata mediante un set di indicatori :
 - ricoveri ordinari chirurgici o in Day Hospital non convertiti in attività ambulatoriali,
 - ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in reparti di chirurgia,

- valore percentuale di ricoveri medici con degenza uguale o superiore a 12 giorni (consentito al massimo il 20% dei casi),
 - trattamenti di chemioterapia in ricovero ordinario o in DH non convertiti in attività ambulatoriali,
 - tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco in soggetti di età compresa tra 50 e 74 anni (indicatore assunto come elemento di valutazione della scarsa efficacia delle cure domiciliari);
- la rete territoriale deve raggiungere uno sviluppo tale in modo da offrire una efficace presa in carico globale dei pazienti e, in particolare, di quelli usciti da una fase acuta di malattia, realizzando percorsi assistenziali in grado di affrontare e gestire al meglio anche i problemi clinici più complessi e integrando compiutamente aree diverse come quella sociale e assistenziale. Il percorso da seguire potrebbe essere quello delle sperimentazioni gestionali in alcuni particolari patologie che da sole consumano una grande quantità di risorse, ad esempio : broncopatie croniche, ipertensione, scompenso cardiaco, diabete, ictus. Il tutto allo scopo di definire i corretti protocolli professionali e quindi gestionali che integrino le diverse competenze istituzionali ma che permettano, alla fine, di avere un percorso di cura condiviso, fluido e centrato sulle attese e sui bisogni degli utenti eliminando tutti quei passaggi professionali e gestionali inutili perché a valore aggiunto pari a zero.

Ne deriva che il capitolo delle cure intermedie deve essere riscritto alla luce di soluzioni stabili ed esportabili in contesti regionali diversi a parità di efficacia in termini di risultati di salute raggiunti. Come e con quali soggetti? Una delle ipotesi potrebbe essere quella di spostare l'ago della bilancia dalla parte dell'ospedale, struttura in grado di accompagnare realmente il paziente nella gestione territoriale del post-acuzie, in modo da non lasciarlo solo dopo la dimissione. Questa soluzione, ciclicamente riproposta e dibattuta ma mai uniformemente adottata, è oggi sostenuta da Cesare Catananti nel "Rapporto Sanità 2011" edito da Il Mulino. In sintesi anziché insistere nell'affidare l'integrazione tra ospedale e territorio alle ASL si potrebbe sperimentare un'organizzazione nuova, basata su aree territoriali costituite da un ospedale-azienda a cui afferiscono, direttamente o in convenzione, i compiti di coordinamento del pre o del post-acuzie tracciate preventivamente secondo i bisogni attesi e conosciuti della popolazione di riferimento, stabilendo un rapporto istituzionale diretto fra medici ospedalieri e MMG, ovvero i veri gestori della domanda e della offerta in senso bidirezionale (territorio → ospedale e ospedale → territorio). La popolazione anziana aumenta e si tratta di persone con multipatologie che, di fatto, non hanno bisogno del ricovero in ospedale, ma non trovavano risposte stabili e strutturate in altre sedi. Ancora oggi manca una vera rete territoriale di strutture alternative all'ospedale in grado di supportare le famiglie e i medici di medicina generale nella gestione di questi casi con lo scopo di fornire risposte appropriate prima e dopo un eventuale ricovero per un'acutizzazione di una patologia cronica o per un'altra causa. Sembra che in oltre 30 anni di SSN la distinzione fra guarigione del paziente e tutela della salute, elementi guida nella gestione sanitaria, sia stata dimenticata e che i concetti di efficacia produttiva e distributiva siano stati sottovalutati o, peggio, considerati come sinonimi. Per rispondere al meglio a queste sempre più pressanti esigenze si potrebbe immaginare che l'ospedale gestisca il circuito integrato di cure territoriali, dall'ADI alle RSA, dai centri di riabilitazione all'hospice. In questo modo il paziente e i suoi familiari non verrebbero lasciati soli al momento della dimissione, ma guidati in un percorso personalizzato di assistenza. Sfortunatamente fino ad oggi le azioni attuate nelle Regioni italiane sono state diverse e hanno ottenuto risultati molto differenziati creando situazioni difficilmente comprensibili e sostenibili o giustificabili. Un esempio : il numero di posti letto in RSA per 10.000 anziani varia in modo difficilmente giustificabile da Regione a Regione : 484 in Trentino Alto Adige, 298 in Lombardia, 212 in Emilia Romagna, 150 in Toscana, 52 nel Lazio, 42 in Puglia, 21 in Basilicata e 19 in Campania. Inoltre ogni Regione norma in modo autonomo procedure che dovrebbero essere unitarie e che invece cambiano fra Regione e Regione e addirittura all'interno della stessa Regione. Una possibile risposta sarebbe quella di creare la rete integrata fra gli ospedali organizzati per intensità di cura delle Aziende territoriali e ospedaliere esistenti sullo stesso ambito territoriale per i percorsi assistenziali ospedalieri ragionando in una logica di dipartimento interaziendale con scambio di professionisti e uso intensivo degli spazi e delle tecnologie. Il secondo passo dovrebbe essere quello di creare con le strutture territoriali l'insieme di micro-reti afferenti all'ospedale-azienda cui afferiscono le funzioni di programmazione delle strutture pubbliche e di quelle in convenzione, specifiche del pre e del post-acuzie connesse alle funzioni espletate da ADI, RSA, riabilitazione e hospice. Questa ipotesi avrebbe il vantaggio di favorire l'operatività concreta e uniforme in ambito regionale dopo anni di sterili dibattiti e dimostrare che, finalmente, ai concetti fondanti delle cure intermedie si possono dare risposte rapide e concrete : i bisogni di salute, le peculiarità dei servizi, le finalità e il percorso del paziente tracciato sui suoi bisogni e quindi l'allineamento delle strutture eroganti coinvolte secondo logiche professionali e non di funzione, competenza burocratica o natura istituzionale.

Ovviamente bisognerà condividere alcuni concetti base che definiscono il cosa e il come delle cure intermedie. In particolare andranno condivisi i fondamentali dato che ancora oggi appare evidente quale sia il divario esistente anche solo sulle semplici definizioni.

A titolo di esempio cito un interessante documento approvato dal Consiglio dei Sanitari della Regione Toscana in cui sono definite in modo chiaro le caratteristiche della cure intermedie e tracciate alcune semplici regole operative (vedi Tab. 1).

Tab. 1 CURE INTERMEDIE (approvato il 7 dicembre 2010 dal Consiglio Sanitario Regionale della Toscana)	
Chi	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti con problemi cronici riacutizzati che hanno completato il percorso diagnostico della fase acuta; • Soggetti con bisogno socio-sanitario; • Pazienti che necessitano di interventi di riattivazione funzionale; • Pazienti che necessitano di cure ad alta complessità assistenziale.
Cosa	<ul style="list-style-type: none"> • Recupero funzionale dei pazienti per favorire il rientro o la permanenza al domicilio; • Presa in carico multi professionale e multidisciplinare; • Adozione del PAI (piano di assistenza individuale); • Interventi limitati nel tempo • Pianificazione delle dimissioni dall'ospedale; • Percorsi educativi per pazienti e famiglie; • Interazione e comunicazione interprofessionale e multidisciplinare.
Perché	<ul style="list-style-type: none"> • Evitare ricoveri ospedalieri impropri • Evitare in appropriatezza nei tempi di degenza • Limitare l'istituzionalizzazione • Ridurre ricoveri ripetuti e accessi impropri al DEA/PS • Realizzare l'integrazione socio-sanitaria e ospedale-territorio.
Come	<ul style="list-style-type: none"> • Unico centro di coordinamento per accesso alle cure intermedie, pianificazione delle risposte, gestione dei percorsi; • Criteri e strumenti di valutazione e di accesso condivisi; • Tempistica rigorosa; • Comunicazioni informatizzate; • Identificazione del paziente che accede alle cure intermedie; • Rapidità e semplicità di compilazione; • Definizione dei meccanismi di uscita e del passaggio in carico ad altri servizi.
Standard di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza infermieristica H24/7su7; • Gestione interdisciplinare e multiprofessionale integrata; • Responsabilità clinica medica definita; • Disponibilità accertamenti diagnostici in loco o per canali preferenziali; • Standardizzazione ed unificazione della documentazione e degli strumenti di codifica e monitoraggio del percorso clinico-diagnostico-assistenziale; • Condivisione di strumenti informatici lungo tutto il percorso e tra tutti i professionisti interessati; • Integrazione con i gestionali della cartella clinica dei MMG e quelli ospedalieri; • Gestione uniforme della tutela della privacy; • Individuazione di strumenti ed esperti per sfruttare e condividere al meglio le esperienze attivate.

L'adozione di queste regole condivise in diversi contesti regionali potrebbe già essere sufficiente per organizzare servizi omogenei e di qualità certa. Una particolare azione dovrà riguardare la comunicazione (organizzativa) e la informatizzazione delle cure intermedie, perché questi due fondamentali *driver* sono sfruttati in modo assolutamente inadeguato. I sistemi informativi sanitari, l'electronic health record, i servizi di telemedicina, i portali sanitari, i sistemi ICT per il supporto alla prevenzione, diagnosi, trattamento, monitoraggio dello stato di salute e promozione dei corretti stili di vita sono elementi di cura obbligati che devono entrare rapidamente nella operatività quotidiana, facilitando la rapida realizzazione di alcuni passaggi, quali :

- la personalizzazione del percorso cura/malattia : ricostruzione della storia clinica dell'assistito e disponibilità reale del dato personale aggiornato;
- la deospedalizzazione e l'integrazione assistenziale : riorganizzazione dei processi assistenziali tra livelli ad alta e media intensità di cure, cure primarie e assistenza home care;
- il trasferimento progressivo dell'assistenza dall'ospedale ad una diversa realtà ambientale (e-service e dati strutturati per e-Care e telemedicina);

- l'orizzontalizzazione delle strutture sanitarie : rapporto più diretto medico-medico e medici-paziente, cultura hub&spoke per la diffusione dell'eccellenza clinico-assistenziale;
- la socializzazione del dato-informazione: estensione dei flussi comunicazionali verso e tra l'ambiente del cittadino e integrazione del dato sanitario con quello sociale.

In conclusione le organizzazioni sanitarie si dovranno attrezzare molto rapidamente rispetto a quanto hanno fatto fino ad oggi per sviluppare una nuova fase di gestione capace di cogliere le unicità di molteplici interlocutori interni ed esterni. Le Direzioni aziendali dovranno favorire l'azione degli attori di questo processo che interagiscono fra loro in relazioni a molteplici localismi ma nell'ambito di un sistema a rete multiprofessionale, multidisciplinare ed interistituzionale, coordinando il nuovo approccio dell'organizzazione ospedaliera che dovrà essere sempre più strutturata in percorsi clinico-diagnostico assistenziali che prevedano azioni coordinate anche nel periodo pre o post ricovero. Ne deriva che saranno le competenze individuali la base del successo delle organizzazioni, non il ruolo o le funzioni, e che l'atteso cambiamento organizzativo si otterrà lavorando sulla cultura 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 porre al delicato equilibrio che si crea tutti i giorni fra i collaboratori e fra i collaboratori e gli utenti. Il passo successivo, se d'intesa con tutti i professionisti saremo riusciti ad arrivare in tempi brevi ad un nuovo assetto organizzativo delle strutture sanitarie, sarà migliorare la performance agendo sulle due leve essenziali, forse da troppo tempo dimenticate: la competitività e la produttività, ma questa è un altro capitolo della storia che seguiremo prossimamente.