

Da questo numero *Mecosan* presenta due importanti novità. La prima riguarda la modalità open source che consentirà una più larga diffusione e visibilità degli autori, favorendo le citazioni. La seconda riguarda l'accordo stabilito con FIASO (Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere) che prevede la collaborazione scientifica tramite ricerche sul campo e la stesura di casi oltre al sostegno finanziario.

In questo modo *Mecosan* si caratterizza sempre più come iniziativa editoriale che nel mondo anglosassone più innovativo viene definita come *pracademic*, in quanto unisce le conoscenze scientifiche degli accademici con quelle dei practitioners.

Il direttore di distretto: ritorno al futuro

di Elio Borgonovi, Giovanni Migliore*

Non mi sono premurato di verificare se in un precedente editoriale ho già citato la frase di un noto CEO di una grande impresa americana con la quale mi trovo molto d'accordo: "Di fronte all'alternativa tra un'ottima strategia e una mediocre implementazione o una strategia mediocre e un'ottima implementazione, preferisco la seconda". Un atteggiamento che, a mio parere, si applica bene al distretto come articolazione organizzativa della salute territoriale prevista dal PNRR, ma che è diventato un indirizzo generale per il SSN. La visione di un approccio integrato alla tutela della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per patologie acute (ospedale e altre strutture di ricovero), prese in carico di pazienti in setting extra ospedaliero o extra ricovero (sinteticamente salute territoriale) e la strategia di portare i servizi verso i pazienti si basano sul potenziamento dei distretti nei quali saranno presenti le case e gli ospedali di comunità, oltre alle USCA, ADI e altri servizi. Questa impostazione è sicuramente condivisibile, ma seguendo il pensiero del citato CEO occorre fare in modo che anche l'implementazione sia buona, se non ottima.

Per conseguire questo risultato occorre in un certo senso un ritorno al futuro. Ritorno perché l'articolazione distrettuale formalmente non è una novità, in quanto è presente nel SSN italiano fin dalla sua istituzione nell'ormai lontano 1978. Inoltre, in alcune Regioni italiane la tutela della salute in setting non ospedaliero e non di ricovero è una realtà forte da almeno 15-20 anni. Ritorno al futuro in quanto occorre resilienza trasformativa, ossia la capacità del SSN di reagire agli shock cogliendo gli elementi di novità. Gli shock collegati alla digitalizzazione, alle innovazioni radicali delle conoscenze e delle tecnologie nel settore delle life science, oltre a quello di Covid, impongono una manutenzione straordinaria del SSN se non un profondo ripensamento che consenta di salvare i principi di universalità, solidarietà, equità tramite soluzioni diverse da quelle sperimentate finora.

Un processo che, per limitarci al tema dei distretti, deve seguire due percorsi diversi. Nelle regioni dove essi sono assenti o ancora molto deboli si richiede una progettazione creativa che eviti il rischio della contrapposizione tra assistenza ospedaliera ed extra ospedaliera ma che assuma una prospettiva sistemica, ossia di considerare la presa in carico delle persone nelle diverse fasi che caratterizzano lo stato di salute. Una progettazione che non faccia riferimento a model-

* Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.
Giovanni Migliore, Presidente FIASO.

li astratti, ma che sia costruita con il metodo dell'analisi di fattibilità concreta che, per esempio, deve tenere conto della carenza (shortage) di medici, infermieri, assistenti sanitari, sociali e altri professionisti.

Al contrario, le Regioni dove esistono già esperienze consolidate devono avere la capacità, il coraggio e, per certi aspetti, l'umiltà di abbandonare la logica del passato. Il rischio che esse corrono è quello di difendere i modelli di distretto del passato senza cogliere gli elementi di novità. Come le persone, anche le organizzazioni cercano le loro comfort zone e non colgono gli elementi di cambiamento che, per quanto riguarda i distretti, possono essere sintetizzati nei seguenti termini.

- *La società ha compreso che la spesa per la salute, se dal punto di vista tecnico-contabile può essere classificata come consumi, per una parte (nuove tecnologie, nuovi farmaci, formazione del personale, prevenzione che evita costi futuri per le cure) può essere considerata un investimento, in quanto la buona salute è condizione per uno sviluppo economico sostenibile.*
- *La tutela della salute è ridiventata centrale anche nel dibattito/confronto politico, purtroppo soppiantata da qualche settimana dai problemi della guerra in Ucraina e dai venti del ridisegno degli equilibri geopolitici militari a livello globale.*
- *In generale, vi è una maggiore sensibilità sull'importanza della prevenzione, dell'assistenza per le persone con cronicità o che richiedono cure palliative per la stretta connessione tra condizioni socio-economiche e salute.*
- *L'assistenza in setting non di ricovero può sfruttare le opportunità delle tecnologie digitali di telemedicina che consentono di ripensare il tema dell'accessibilità: non sono più i pazienti che vanno verso le strutture, ma sono le informazioni che dai pazienti vanno ai professionisti e i servizi che ritornano verso i pazienti.*
- *La demografia dei professionisti (oltre alla carenza attuale vi sarà in pochi anni l'uscita dal sistema di molti MMG) e l'inserimento nel sistema di nuove figure (per esempio infermieri di famiglia e di comunità) consentiranno un ricambio generazionale di professionisti più aperti all'innovazione e alla multinterdisciplinarietà.*
- *Occorre cogliere questa occasione per porre rimedio alla estrema frammentazione di strutture e di servizi che si sono sedimentate sul territorio nei quarant'anni di SSN: sono state censite circa 9.000 strutture sul territorio (ambulatori e poliambulatori, piccoli centri di diagnosi e cura, USCA, assistenza domiciliare, servizi ADI ecc.).*
- *Ultimo, ma non per importanza, l'attivazione delle strutture di distretto è condizione per ottenere i fondi del PNRR che non solo devono essere spesi, ma devono essere spesi bene: Draghi, in numerosi interventi precedenti all'assunzione della carica di Presidente del Consiglio, ha spesso sottolineato la differenza tra spesa pubblica "buona e cattiva", debito "buono" (che produce sviluppo e non pesa sulle generazioni future) e "cattivo" (che invece si scarica sulle generazioni future in quanto non produce sviluppo).*

Se sul piano formale il distretto è un concetto vecchio, sul piano dei contenuti può e deve essere nuovo, innanzitutto deve consentire una evoluzione delle conoscenze rispetto all'ultimo secolo nel quale, almeno nei Paesi occidentali, è stata prevalente la logica della specializzazione. Essa ha portato grandi benefici con riferimento alle patologie acute (specializzazione per patologie, organi, sistemi), mentre la prevenzione e la presa in carico di persone con cronicità e bisogni socio-sanitari richiedono la ricomposizione delle conoscenze. Lo sviluppo verticale di tipo specialistico deve trovare complemento, e completamento, nell'integrazione orizzontale. Non si tratta di contrapporre le due linee di sviluppo della conoscenza ma di vederle in modo complementare.

Lo sviluppo dei processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle patologie acute ha fatto riferimento alle relazioni di domanda e offerta di prestazioni. Si è affermata nei Paesi occidentali la medicina/assistenza prestazionale e di attesa in quanto le strutture specialistiche rispondevano alla domanda che, a sua volta, a volte era alimentata da bisogni reali, a volte era inappropriata in quanto alimentata dal circuito economico. Per esempio, consumo di farmaci, eccesso di uso di antibiotici, interventi chirurgici indotti da obiettivi di produttività. Il distretto si dovrebbe e si dovrà qualificare come ambito della salute di iniziativa con la presenza di professionisti orientati a individuare bisogni inespressi o latenti e a limitare prestazioni inappropriate. L'economia "consumistica" che si è

estesa anche ai sistemi di tutela della salute si rivela sempre più insostenibile sul piano economico e sociale, mentre il ritorno del ruolo dell'economia alla sua funzione originaria di utilizzo di risorse per soddisfare i bisogni dovrà diventare un nuovo driver di sostenibilità. Ciò anche perché nell'ambito distrettuale è più facile attivare le risorse delle comunità in termini di coinvolgimento degli enti locali (tipicamente servizi sociali e socio-assistenziali), dell'associazionismo e delle organizzazioni non profit e di volontariato, di soggetti profit con orientamento di responsabilità sociale.

In termini di struttura organizzativa, il distretto si colloca in una matrice che, da un lato, considera diversi bisogni (di prevenzione, di continuità assistenziale, presa in carico di persone con cronicità o per cure palliative) e, dall'altro, le diverse specializzazioni. Ponendosi nelle diverse celle di incrocio bisogni e specializzazioni, il distretto diventa ambito di integrazione interdisciplinare, interprofessionale e interistituzionale. Al contrario degli ambulatori o poliambulatori specialistici che rappresentano il decentramento delle diverse specializzazioni, il distretto svolge una funzione in un certo senso analoga a quella del prefetto che rappresenta a livello locale il governo e non singoli ministeri, come invece accade per le tesorerie provinciali, le questure, gli uffici scolastici regionali e provinciali.

Per dare concreta attuazione al modello distrettuale, i coordinatori o direttori devono possedere conoscenze, capacità, competenze, atteggiamenti e comportamenti molto diversi da quelli dei direttori di strutture complesse di ambito ospedaliero specialistico. Tra di essi, in termini indicativi ma non esaustivi si possono citare i seguenti:

- capacità di mappare i bisogni di salute individuali e di comunità con l'adozione di scale di assistenza ritenute di volta in volta più adeguate (per esempio, intensità di prestazioni cliniche, infermieristiche, di fragilità socio-sanitarie);
- definizione dei profili di comunità che tengano conto dei diversi fattori che influenzano la salute (per esempio, aree inquinate, prevalenza di popolazione anziana in certe aree e di popolazione immigrata in altre ecc.): si fa riferimento a modelli di population health con ricorso anche a dati sempre più numerosi;
- capacità di gestione di team professionali assai diversi da quelli che operano nelle sale operatorie o in altri ambiti ospedalieri (per esempio, di diagnosi multidisciplinare di patologie oncologiche, cardiocircolatorie ecc.);
- stili di direzione/coordinamento idonei a delegare, motivare e valorizzare le persone: più che l'autorevolezza di tipo tecnico-professionale, è necessaria una forte connotazione di leadership condivisa;
- elevata attitudine a utilizzare la comunicazione come strumento per informare i diversi gruppi di destinatari sui servizi esistenti, modificare i comportamenti (per esempio, rivolgersi alle Case della Comunità invece che al pronto soccorso), attivare la collaborazione tra diversi soggetti delle comunità (processo di community building per la salute);
- attivazione di strumenti per fare in modo che il distretto e le sue strutture (Case della Comunità, assistenza domiciliare integrata, USCA ecc.) si mettano in ascolto: nel distretto deve e può completarsi il percorso evolutivo secondo cui, dal medico/professionista che interpreta i bisogni in nome e per conto del paziente, si passa al medico/professionista che aiuta il paziente a esprimere i propri bisogni, le proprie aspettative in termini di qualità percepita del proprio stato di salute e, insieme al paziente, individua i migliori percorsi di risposta.

Date queste caratteristiche, la funzione del coordinatore di distretto si qualifica come una tipica posizione "contendibile", mentre le specializzazioni identificano posizioni non contendibili, per esempio il chirurgo, il nefrologo, il cardiocirurgo, l'anestesista ecc. devono seguire specifici percorsi e addestramento, le posizioni di integrazione interdisciplinare e interprofessionale possono essere occupate da persone che hanno conoscenze di base e formale molto diverse (lauree diverse), ma che attraverso la formazione informale e non formale acquisiscono le conoscenze sopra ricordate. I tempi del PNRR e, in generale, delle riorganizzazioni in atto in tutte le Regioni richiedono di attivare rapidamente i distretti. Occorre fare in fretta ma bisogna evitare di fare male, come accadrebbe se si nominassero come direttori di distretto persone che hanno seguito percorsi formativi per direttori di strutture complesse che non hanno conoscenza del territorio e uno scarso interesse a passare dall'assistenza di attesa all'assistenza di iniziativa, a utilizzare le nuove

tecnologie per interagire con la comunità. L'ospedale e le strutture specialistiche si sono caratterizzati come ambiti relativamente separati dal mondo esterno, mentre il distretto deve essere sempre più aperto verso le comunità e il mondo esterno.

Per queste posizioni diventa essenziale individuare processi di selezione dei coordinatori di distretto che si basano su alcuni principi fondamentali. Innanzitutto, strumenti in grado di far emergere attitudini relazionali, quindi persone orientate a esercitare una leadership orizzontale e non un potere verticale di tipo gerarchico. In secondo luogo, attitudine a decidere invertendo il processo di tipo tecnico-professionale. Invece di partire dalle conoscenze che sono necessarie quando si tratta di fare diagnosi e proporre terapie per patologie acute, occorre partire dai bisogni per "ricostruire" le conoscenze e le competenze necessarie. Un processo simile a quello attuato dalle imprese che sono passate dalla logica di product-oriented a quella di client-oriented. In terzo luogo, attitudine a delegare ai vari professionisti individuando le figure di clinical manager (quando il bisogno di carattere medico è più elevato), care manager (quando il bisogno di assistenza infermieristica è più elevato), fragility manager o altra definizione (quando il bisogno di tipo sanitario è una diretta conseguenza di condizioni socio-economiche di fragilità). Trattandosi di una figura nuova, essa può essere sviluppata nel tempo con un adeguato mix di formazione formale (che attribuisce specifici titoli di studio), informale (collegata a iniziative di formazione per adulti) e non formale (acquisita con l'esperienza e con comunità di pratica). La sfida per il nuovo SSN è lanciata per tutti, spetta anche ai lettori di Mecosan accettarla e aiutare a vincerla.