

## La sostenibilità del SSN passa dalle aziende sanitarie

di Elio Borgonovi, Giovanni Migliore\*

*Ora che la fase acuta di Covid-19 si sta trasformando in una fase endemica, anche il SSN deve ritornare a quella che molti studiosi hanno definito come “next normal”, che di normal avrà ben poco. Infatti, il cambiamento che già si era manifestato negli anni precedenti alla pandemia ha subito un’accelerazione che riguarda non solo il progresso scientifico e tecnologico, ma anche il “buon utilizzo” dei fondi del PNRR. Per affrontare i prossimi anni è necessario partire dall’affermazione di Einstein secondo cui “Non possiamo pretendere che le cose cambino, se continuiamo a fare le stesse cose. Follia è fare le stesse cose e aspettare risultati diversi. La crisi è la più grande benedizione per le persone e le nazioni, perché la crisi porta progressi”.*

*Per sfruttare la crisi come occasione di progresso occorre tenere presente gli errori o le visioni riduzionistiche degli ultimi trent’anni. La globalizzazione non regolata che ha portato a una specializzazione internazionale delle produzioni basata soprattutto sul contenimento del costo del lavoro in Paesi con bassi salari e limitati diritti dei lavoratori, ha generato interdipendenze che, dopo alcuni segnali di rottura delle catene di approvvigionamento già presenti nel secondo decennio del nuovo secolo, si sono dimostrate drammatiche con la carenza di dispositivi di protezione individuale e altri dispositivi necessari per affrontare la pandemia. Per cambiare le cose sarà quindi opportuno recuperare un certo livello di autonomia strategica per le produzioni di beni, tecnologie e conoscenze (es. capacità di trattare big data con l’utilizzo di intelligenza artificiale) necessari a un sistema di tutela della salute avanzato. Le politiche di controllo della spesa pubblica e di spending review, guidate da obiettivi di breve periodo, hanno portato a un SSN “ridotto all’osso” in termini di dotazione di personale e di livello di spesa, cui il Paese ha pagato un drammatico conto quando è scoppiata la pandemia.*

*Per cambiare il modo di fare le cose occorre mettere in campo idee e politiche innovative per impiegare i fondi del PNRR e quelli che, auspicabilmente, potranno essere messi in campo anche nel decennio successivo. Innanzitutto occorre aver chiaro come si sviluppano i processi di innovazione. Le nuove conoscenze scientifiche, le nuove tecnologie, le regole e i criteri di carattere generale per il SSN possono essere introdotti dall’alto e per stimolare il cambiamento. Tuttavia, l’innovazione dei processi assistenziali, organizzativi e gestionali avviene solo nelle aziende territoriali o ospedaliere nelle quali centinaia e migliaia di professionisti rispondono ogni giorno, in misura più o meno soddisfacente, ai bisogni di centinaia di migliaia di persone. Per cambiare le cose, chi ha la responsabilità a vario livello delle politiche di tutela della salute (Governo, Ministero della Salute, MEF, AGENAS, ISS, AIFA, assessorati e agenzie regionali) deve abbandonare l’illusione di poter imporre modelli ottimali, ma deve porsi l’obiettivo di lasciare alle aziende l’autonomia per ricercare le migliori soluzioni nei contesti in cui esse operano. Le aziende sono istituzioni socio-economiche nelle quali si svolge l’attività di persone (professionisti) con persone per persone (i pazienti) che non si vuole far diventare pazienti con l’attività di prevenzione.*

*Ciò vuol dire che, dopo aver fatto saltare i vincoli sulle assunzioni a causa di Covid-19 con l’inserimento di oltre 80.000 unità di personale nel periodo 2020-2022, oltre alla loro stabilizzazione, per il futuro sarà necessario garantire anche una continuità di assunzioni evitando futuri blocchi del turnover o vincoli sui livelli di spesa del*

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

personale. Le direzioni strategiche delle aziende sanitarie devono avere l'autonomia per gestire con flessibilità quella che da tutti viene considerata la "risorsa critica" nei sistemi di tutela della salute e, più in generale, nei settori dei servizi alle persone. Bisogna abbandonare il paradigma secondo cui le tecnologie sono sostitutive delle persone che ha guidato molte politiche delle imprese private e che in parte era stato recepito anche nel SSN. Si ricorda che il sistema di competizione delle imprese private aveva portato negli ultimi tre decenni a un diffuso paradosso. Mentre nei convegni, in centinaia di libri e articoli e nei dibattiti si sosteneva la criticità del fattore umano nelle moderne organizzazioni, le politiche di risanamento delle imprese nella maggior parte dei casi si sono basate proprio sulla riduzione del costo del personale (tramite cassa integrazione, dimissioni incentivate, licenziamenti e ristrutturazioni) il cui effetto immediato era l'aumento del valore delle azioni. Analogamente, il controllo della spesa nel settore pubblico e i piani di rientro nel SSN si sono basati proprio sul blocco del turnover e un rigido vincolo alla spesa per il personale.

Si può dire che oggi il SSN si trova in una fase che può essere definita del "non più e non ancora". Non più perché sarebbe assurdo e folle pensare di governare con norme, regole e modelli rigidi un sistema sempre più complesso e articolato e tornare a modelli assistenziali, organizzativi, gestionali e comportamentali del passato. Non ancora perché i piani sul potenziamento dell'assistenza territoriale (case della comunità, COT, ospedali di comunità, ADI, telesalute), sul rinnovamento delle tecnologie, sugli spostamenti nella digitalizzazione, dette intelligenze artificiali, definiscono che cosa fare ma poco dicono sul come fare e con chi fare. A dire il vero, il D.M. n. 77, con l'indicazione degli standard e dei modelli organizzativi, compie un passo avanti nella direzione del come fare e con chi fare, ma resta a livello astratto. In molti dibattiti relativi ai piani del PNRR del D.M. n. 77 delle nuove tecnologie vengono usati spesso verbi al futuro (ci saranno, avremo, sarà possibile) quando sarebbe più corretto usare il condizionale (dovrebbero esserci, dovremmo avere, dovrebbe essere possibile). Infatti, chi opera all'interno delle aziende sanitarie (professionisti, manager di strutture intermedie e della direzione strategica) conosce bene gli ostacoli e i dubbi che sorgono. Dubbi che riguardano soprattutto gli interventi relativi al personale. Non solo conoscono bene le problematiche dello shortage di medici, infermieri e altri professionisti, ma temono che eventuali politiche di stop-and-go nelle assunzioni del personale possano avere vari effetti negativi. In primo luogo perché senza personale adeguato (in termini quantitativi e soprattutto qualitativi) diventerebbe difficile realizzare gli investimenti del PNRR o si avrebbero ritardi nella realizzazione. In secondo luogo perché potrebbe esserci un effetto di demotivazione. Direttori generali che hanno presentato piani di assunzioni correlati ai piani di sviluppo e che dovessero trovarsi di fronte a improvvisi ridimensionamenti da parte delle Regioni a loro volta soggette a vincoli statali, perderebbero credibilità all'interno delle proprie aziende. In terzo luogo perché in mancanza di continuità nella sostituzione del turnover e nelle assunzioni programmate di nuovi profili professionali andrebbero sprecati i costi per la formazione del personale. In quarto luogo perché in assenza di una politica attiva e motivante nei confronti del personale si avrebbe una "osmosi perversa". Sono già in atto fughe di professionisti (per esempio dal pronto soccorso o da altre specialità sotto pressione) verso il privato profit e anche non profit (cooperative di servizi). Di fronte a questo fenomeno si ha l'attrazione verso le strutture pubbliche di professionisti (medici, infermieri, OSS, ASA) dalle RSA o da altre strutture meno motivanti, anche in questo caso con un effetto perverso di creare "carenze assistenziali" per i gruppi di pazienti più fragili. Avere politiche di una certa linearità nel medio periodo con riguardo al personale è condizione essenziale per consentire alle direzioni strategiche e al middle management delle aziende di spingersi anche nei terreni incerti dell'innovazione.

Chi ha la responsabilità della gestione delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere deve agire contestualmente su due fronti, quello dei problemi concreti e immediati e quello della costruzione di una visione di lungo periodo. Di seguito si ricordano alcuni dei problemi concreti più urgenti tra i tanti che devono affrontare ogni giorno le direzioni aziendali. In primo luogo, porre rimedio alla situazione di pazienti che sono assistiti in setting impropri. Si fa riferimento all'accesso al pronto soccorso di pazienti con codici bianchi o verdi, al fenomeno di boarding nei pronto soccorso alla extra locazione di pazienti ricoverati in unità organizzative diverse da quelle che sarebbero proprie (chirurgie invece di medicine ecc.). Sono situazioni che determinano un'assistenza inappropriata e di minore qualità, inefficienze e insoddisfazione dei pazienti. In secondo luogo, sarebbero utili "simulazioni" sul funzionamento delle nuove strutture territoriali coinvolgendo direttamente coloro che in esse dovranno operare, MMG PLS, infermieri di

famiglia e di comunità, psicologi, assistenti sociali, specialisti che già oggi operano in strutture extra ospedaliere. Invece di discutere astrattamente di standard, raccogliere i dubbi, le perplessità e soprattutto i suggerimenti di chi dovrà operare in specifici contesti socio-economici e culturali sarà possibile partire con il piede giusto. Nelle Regioni dove esistono già strutture territoriali (case della salute, società della salute ecc.) sarà importante mettere in evidenza le differenze e il valore aggiunto per la popolazione del nuovo modello, per esempio evidenziando che vi sarà una maggiore dotazione di tecnologie e la possibilità di attivare servizi di telemedicina più strutturati. In terzo luogo, accompagnare gli investimenti previsti dal PNRR con una profonda riorganizzazione basata sui principi di continuità dell'assistenza (superare la contrapposizione ospedale-territorio), flessibilità delle strutture (peraltro sperimentata con l'emergenza Covid), introduzione della logica dei processi. Un'organizzazione che incominci a ragionare in termini di medicina personalizzata, di precisione, preventiva e predittiva. In quarto luogo, verificare continuamente la fattibilità dei piani predisposti per il PNRR. Infatti, l'aumento dei prezzi, delle tecnologie e dei materiali potrebbe imporre una revisione di questi piani che dovrà privilegiare gli investimenti che hanno un maggiore impatto positivo per l'intera azienda. Occorre stabilire in anticipo criteri di priorità per evitare lunghe e defaticanti riunioni e negoziazioni qualora si manifestasse l'esigenza di ridimensionamento degli investimenti. Criteri che devono essere guidati da una strategia di medio-lungo periodo. In quinto luogo, occorre rafforzare la funzione logistica che diventa ancor più importante nella prospettiva del potenziamento dell'assistenza territoriale, occorre razionalizzare l'utilizzo degli spazi vecchi e nuovi per renderli sempre più flessibili e adattabili al mutamento dei processi assistenziali consentiti da nuove conoscenze scientifiche. In passato, e ancora oggi, un tema cruciale è quello dell'accessibilità alle strutture, mentre in futuro la logistica dovrà tener conto delle modalità per portare i servizi nei luoghi in cui si trovano i pazienti. In sesto luogo, facendo tesoro dell'esperienza di Covid-19, sarà necessario predisporre piani aziendali per affrontare emergenze eccezionali. Ciò deve essere fatto consolidando e formalizzando l'esperienza accumulata ma anche facendo ipotesi di reazione in tempo reale a emergenze di altro tipo, senza aspettare piani nazionali o regionali che pure sono necessari. In settimo luogo, l'esperienza quotidiana evidenzia che la comunicazione è un elemento sempre più importante nella società moderna. Come molti dicono, è necessario "far bene (in modo efficiente) il bene (tutela della salute)", ma è altrettanto importante comunicare bene all'interno e all'esterno. All'esterno per coinvolgere e per rendere partecipi i pazienti e la popolazione in generale. Comunicare all'interno per rafforzare il senso di appartenenza e per sottolineare continuamente il valore del rispetto delle persone che si trovano in situazioni di bisogno. In ottavo luogo, definire modalità concrete di coinvolgimento dei pazienti (anche tramite le loro associazioni) nella ridefinizione dei percorsi di cura e presa in carico. Lo stanno facendo da alcuni anni le aziende farmaceutiche e di device negli advisory board della ricerca, probabilmente non lo fanno o lo fanno poco le aziende sanitarie. Su questo tema una difficoltà da superare sarà quella della probabile resistenza dei professionisti. Infine, sono necessari investimenti nella formazione a tutti i livelli, che deve essere rilanciata con forza, ma che deve essere focalizzata soprattutto su dirigenza intermedia e nuove figure (es. coordinatori di distretto, IFEC ecc.). Inoltre, se non sarà possibile inserire con nuove assunzioni profili professionali innovativi quali analisti di dati, statistici, esperti di sistemi informativi, la formazione potrebbe aiutare a "riconvertire le professionalità" di persone già presenti nelle aziende con interventi di upskilling e reskilling.

Gli interventi di breve periodo dovranno essere collocati in una visione di lungo periodo che tenga conto dei seguenti trend strutturali:

- 1) allungamento dell'aspettativa di vita, salvo eventi eccezionali che la riducono (es. Covid ecc.);
- 2) crescente rilevanza degli aspetti di qualità della vita: si dice che dopo aver aggiunto anni alla vita, occorre aggiungere qualità agli anni;
- 3) rapido sviluppo delle conoscenze scientifiche;
- 4) forte innovazione tecnologica;
- 5) aumento della complessità organizzativa;
- 6) digitalizzazione;

## ● PUNTO DI VISTA

- 7) crescenti pressioni tra bisogni e risorse: tema della sostenibilità;
- 8) approccio one-health (umana, animale, vegetale);
- 9) approccio salute circolare: la spesa per la salute può diventare motore di una nuova economia e alimentare lo sviluppo economico che, a sua volta, consentirebbe di aumentare le risorse destinabili alla tutela della salute;
- 10) sviluppo di partnership pubblico-privato;
- 11) asimmetria tra potere economico (transnazionale) e potere politico-istituzionale (tendenzialmente nazionale con difficoltà nella definizione di politiche comuni sovranazionali): al riguardo sono noti gli interventi dei big della Rete (Amazon, Google ecc.) nel campo della tutela della salute che porteranno a logiche di business to consumer che potrebbero mettere in discussione i principi di universalità, equità e solidarietà del SSN.

*In conclusione, si può parafrasare un detto orientale secondo cui “se vuoi prosperità per un anno semina grano, se vuoi prosperità per 10 anni pianta alberi, se vuoi prosperità per 100 anni fai crescere le persone”. Per il futuro del SSN si può dire “se vuoi sostenibilità per un anno applica vincoli di spesa, se vuoi sostenibilità per 10 anni investi in tecnologie, se vuoi sostenibilità per 100 anni investi nelle persone”.*