

PNRR-DM 77 e nuovi ACN: l'“eresia sistemica” contro l'“integrazione retorica”

Elio Borgonovi, Giuseppe Noto*

Le riflessioni che vengono proposte di seguito sono inerenti alla futura costruzione degli scenari PNRR-DM 77 e dei correlati ACN (Accordi Collettivi Nazionali) delle componenti convenzionate del SSN, che costituiscono gli orientamenti “normativi” del profondo processo di innovazione organizzativa, operativa e culturale del SSN delineato dalle suddette norme. Va sottolineato che tale processo, indubbiamente complicato e complesso, si sta innestando su un tangibile deficit di riflessione interna al SSN, in parte dovuto anche ai tempi: si pensi solamente che la L. n. 833/78 nacque dopo ben vent'anni di dibattiti e anche la L. n. 502/92 necessitò di vari anni di serrato confronto.

Di fronte al futuro scenario di reti e di integrazione e di fronte anche alla velocità di realizzazione alla quale le Regioni e le Aziende sanitarie sono chiamate, emerge un interrogativo di fondo: come articolare e come co-costruire nelle Aziende sanitarie, innanzitutto, una vision integrante (nel senso di convergente sugli scenari a tendere) del futuro sistema? Una vision, quindi, in grado di generare una strategia proiettata concretamente verso il superamento della segmentazione dei servizi che origina dalle tante epistemologie¹ di cui sono portatori le diverse professionalità (e relative culture) e i differenti ruoli presenti nelle organizzazioni sanitarie. Epistemologie che guardano alla medesima realtà con chiavi di lettura differenti ma che sono accomunate dallo stesso frequente errore, quello di confondere la mappa con il territorio. Secondo un famoso detto, infatti, chi ha un martello in mano vede chiodi dappertutto.

Partendo da queste premesse, di debolezza di riflessione e di assenza di una vision unitaria, per guardare agli scenari a venire abbiamo oggi di fronte tre variabili fondamentali da considerare:

- *il Quadro Normativo PNRR-DM 77, al quale devono strettamente correlarsi i nuovi ACN dei Convenzionati, che vanno pienamente integrati nella strategia di sistema per la realizzazione del DM 77 e non gestiti come un mondo a sé;*
- *gli Assetti Organizzativi integrati in rete, da contestualizzare nel mondo reale delle Aziende sanitarie in ragione dei vincoli e delle potenzialità locali alla luce di una vision sistemica;*
- *l'Orientamento della Cultura Aziendale, essendo proprio questa composita e variegata variabile a generare gli orientamenti e i comportamenti delle diverse componenti del sistema complesso che interagiscono nel contesto (“con-textus”, tessuto insieme) delle aziende sanitarie.*

Rispetto alla prima variabile, il Quadro Normativo, appare fondamentale intrecciare in un'unica visione strategica i diversi elementi che lo compongono (PNRR-DM 77 e i collegati ACN). Solo per esemplificare il ragionamento, si pensi a quanto sia diffusa nelle Aziende sanitarie la tendenza alla separazione strategica e gestionale tra operatori dipendenti e convenzionati, che genera una profonda debolezza per tutto il sistema e che oggi tende ad acuirsi, giusto

* Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.

Giuseppe Noto, medico esperto di sistemi organizzativi e clinical governance.

¹ Epistemologia (del greco *epistēmē* “conoscenza” e *-logos* “ragione, discorso, parola”) si riferisce ai paradigmi e ai preconcetti attraverso i quali strutturiamo il nostro conoscere e interpretare la realtà che ci circonda.

in questo momento di forte carenza di risorse umane nel SSN. E la “separazione tra i vari mondi” (dipendenti-convenzionati, territorio-ospedale, ma anche tra i diversi e variegati mondi professionali, ...) rischia addirittura di amplificarsi, malgrado sia evidente che la loro interazione non è una mera opzione ideologica ma una cogente necessità, utile, anzi indispensabile, per generare risultati più efficaci per la salute e più “economici” per la lunga sopravvivenza del sistema pubblico.

Rispetto alla seconda variabile, gli Assetti Organizzativi (e, conseguentemente, Gestionali), bisogna agire tempestivamente con decisioni non troppo anticipate ma allo stesso tempo non troppo tardive. Vi è, cioè, esigenza che ci si impegni da subito sui futuri assetti strategici, organizzativi e operativi, recuperando quel deficit di riflessione cui prima si accennava attraverso un profondo lavoro interno alle Aziende di condivisione degli scenari sistemici integrati delineati dalle Norme.

In particolare, appare necessario avvicinare, oggi più che mai, i potenziali di conoscenze e competenze che appartengono alla visione clinica, nelle sue varie componenti, e a quella manageriale, superando, nei processi di pianificazione strategica e di correlata programmazione, la separazione tra questi due mondi fondamentali. Ma per avvicinare questi mondi e definire i codici di interconnessione è necessario predisporre nuove mappe di scenari predittivi basate sui dati di contesto, sulle quali articolare i futuri disegni di governance sia clinico-assistenziale, sia organizzativo-gestionale utili a superare la visione segmentaria e discontinua della malattia e la conseguente segmentazione del sistema organizzativo (la prevenzione, l’assistenza territoriale, l’ospedale, ...) e dei processi assistenziali specifici.

Affermare logiche di governance clinico-assistenziale e manageriale implica l’assunzione di un “paradigma sistemico” basato sulla contaminazione di punti di vista e di saperi e in grado di rivedere l’attuale quadro di offerta a silos in una prospettiva di sistema integrato e di reti operative (prassi integrate e continuità dell’assistenza).

Visione sistemica e continuità assistenziale implicano, però, l’esigenza di avere come mappa di fondo per la pianificazione strategica e per la programmazione dei servizi l’intera “storia naturale di malattia” – dalla prevenzione (stratificazione dei soggetti ad alto rischio nella popolazione generale) all’insorgenza della patologia e alla sua evoluzione (stadiazione per complessità e intensità di cura dei pazienti con patologie croniche e multimorbilità) – articolando, sulla base di tale visione sistemica, un disegno di “governance”, sia clinica (chi fa che cosa, con quali competenze e con quali risultati nei percorsi di presa in carico e di cura), sia gestionale (quali sono i livelli di competenza-responsabilità su risultati misurabili non solo in termini di salute ma anche di economicità).

La pianificazione e la programmazione di un tale disegno sistemico complesso di governance devono, quindi, basarsi sulla costruzione di un network di conoscenze e competenze che valorizzi i diversi saperi interni al con-textus organizzativo attraverso audit e comunità di pratica multiprofessionali e interdisciplinari mirati alla condivisione della strategia e alla co-costruzione di Percorsi assistenziali multilivello e multiprofessionali integrati e personalizzati (i “Progetti Salute” del DM 77), essendo i “Percorsi” la mappa di confronto più concreta e lo strumento più adatto per ri-disegnare l’organizzazione e implementare le reti operative.

Per essere effettivamente incisivi nella realtà, i PDTA dovranno però essere misurabili, nei loro processi e nei loro risultati, non secondo una prospettiva “prestazionale” e solamente clinica ma nella prospettiva di dare evidenza sia ai prodotti intermedi (come la diagnosi precoce, il follow-up attivo, ...) sia a quelli finali (salute prodotta ma anche costi riallocati verso la prevenzione e la pro-attività di presa in carico) generati dalla filiera di attori coinvolti nella gestione dei pazienti lungo il corso di tutta la storia naturale di malattia. Solo una struttura di PDTA che vada oltre la generica declaratoria delle funzioni, dei ruoli e delle prestazioni e anche oltre l’usuale separazione tra clinica e management, può essere in grado di mettere sui tavoli di programmazione e di concertazione chiari obiettivi (evidenze- e data-based) “convergenti” per i diversi professionisti coinvolti e di dare evidenza ai contributi, misurabili, di ogni componente (territoriale, ospedaliera, dipendente, convenzionata, ...) della rete senza “massificare”, dando, cioè, visibilità a tutti i contributi/risultati (misurabili) e valore a chi produce valore.

Rispetto alla terza variabile, l’Orientamento della Cultura Aziendale, che rappresenta la variabile base per promuovere i processi innovativi che si prospettano per il SSN, bisogna, innanzitutto, concordare il significato che diamo ad alcune parole: Strategia come direzione comune accettata e riconosciuta, Struttura come modo di funzionamento

collettivo organizzato, Cultura come insieme di motivazioni e valori condivisi, o meglio, per dirla con G. Morgan (Images), un processo di costruzione della realtà, che permette di vedere e di concepire fatti, azioni e situazioni e che dà senso e significato ai comportamenti.

Nella prospettiva sistemica e di rete, di cui si è detto precedentemente, per promuovere una cultura innovativa e contrastare le diffuse resistenze al cambiamento, è necessario strutturare nei contesti organizzativi una chiara:

- *strategia di governance, correlata alla pianificazione strategica: dati, conoscenza e livelli di responsabilità di risultato generati attraverso la mobilitazione delle intelligenze collettive e connettive interne;*
- *strategia di contesto: piani aziendali (e, a cascata, dipartimentali, distrettuali, ...) per "agire" e condividere la strategia, prevedendo obiettivi convergenti per contrastare il prevalere delle visioni parziali e segmentarie;*
- *strategia sociale: processi decisionali trasparenti, evidence- e data-based, e adeguatamente concertati con una forte impronta di leadership da implementare lungo tutta la catena manageriale;*
- *strategia operativa, cioè una strategia attuata con mappe di dati del contesto e con strumenti, come i PDTA di cui si è detto, in grado di tradurre la visione in scenari concreti e in prassi integrate nel mondo reale.*

In altri termini, è necessario un profondo lavoro, da parte delle Direzioni strategiche in primis, su quello che potremmo definire management dell'identità, guidato dalla vision sistemica, utile ad accrescere le capacità cognitive dell'intero sistema per condividere politiche, senso, dati, strategie, scelte, responsabilità e indirizzi d'azione, elementi, questi, che costituiscono quello che in ambito industriale viene denominato reticolazione d'impresa.

In sintesi, non basta articolare la strategia, ma è necessario "agirla", cioè co-costruirla e condividerla ai diversi livelli del sistema organizzativo, prendendosi cura non solo della grammatica ma anche della semantica della strategia, avendo, cioè, cura di comunicare e di condividere il senso e il valore delle scelte e degli scenari a tendere.

Può sembrare forse superfluo sottolineare che in tali condizioni il "verticismo manageriale" (government, concetto evidentemente contrapposto a quello di governance) è un false friend, che acuisce le distanze, esaspera le autoreferenzialità e non mobilita né valorizza i saperi utili a costruire e a consolidare l'innovazione. E forse può sembrare altrettanto superfluo ricordare che una prospettiva di questo tipo ha bisogno più di leadership che di tecnicismo manageriale.

Ricordando il famoso proverbio africano "se vuoi andare veloce, vai da solo; se vuoi andare lontano, vai insieme", nei momenti particolarmente cruciali dell'organizzazione, da parte del Management è necessario basarsi su alcuni principi di fondo utili a sostenere il cambiamento:

- *"sviluppare un senso di urgenza" (della vision), per dirla con J.P. Kotter (Leadership), il che implica, da parte della Direzione strategica, l'attivazione di un processo di co-costruzione di "senso collettivo" (secondo i principi manageriali del "sense-making"), esplicitando, in idonei contesti interattivi (audit di condivisione delle strategie), la vision e gli scenari concreti (scenario planning data-driven) e comunicando chiaramente le difficoltà che si prospettano ma anche i potenziali di effettiva generazione di valore per i diversi professionisti ed esplicitando i livelli di competenza-responsabilità da mettere in campo;*
- *per uscire fuori dalla genericità ("strategia agita" e non solo ipotizzata), è fondamentale presentare scenari operativi basati su dati di contesto (le già citate "mappe reali" data-driven di popolazioni target prioritarie) e su "piani predittivi" che guardino sia ai risultati di salute (outcome), sia ai risultati di economicità complessiva per l'organizzazione (con particolare attenzione alla potenziale "riallocazione di costi evitabili"), oltre che di sostenibilità degli investimenti;*
- *in un tale processo appare altrettanto fondamentale considerare e mettere in luce le potenzialità e le prospettive di miglioramento quali-quantitativo del lavoro dei professionisti (si pensi, per esempio, all'intasamento evitabile delle funzioni specialistiche...), entrando nel concreto dell'analisi dei modelli di produzione secondo una prospettiva "as is - to be". E, in tale prospettiva, i PDTA "snelli" (lean), articolati con le caratteristiche prima esplicitate, centrati,*

● PUNTO DI VISTA

cioè, non su prestazioni e generiche funzioni ma sui cost driver fondamentali (intendendo per costi sia quelli di salute, sia quelli economico-finanziari) e sui prodotti-risultati dei diversi attori della cura, possono contribuire a uscire fuori dalla mera declaratoria generica di “funzioni e ruoli” che può solo aumentare la distanza tra i buoni intenti e la costruzione concreta dei processi di cambiamento;

- *collegare all’impianto strategico adeguati piani di formazione “sul campo” (on the job) e i “meccanismi operativi” (sistemi informativi, budgeting, valutazione, istituti economici degli ACN...), guardando agli scenari futuri anche relativamente al potenziale impatto con il wellness organizzativo.*

In conclusione, in vista del prossimo futuro così complesso per il SSN e così costellato di difficoltà esterne (finanziamento) e interne (carenza di risorse umane e di “attrattività”), bisogna affermare l’“eresia² sistemica” contro i dogmi delle visioni parziali derivanti dalle diffuse logiche autoreferenziali, dalle quali tendenzialmente scaturisce un concetto di integrazione affermata come mera retorica intenzionale e carta di credito autoassolutoria.

L’eresia sistemica, che tende a disvelare e a contrapporsi alla mera declaratoria di intenti futuribili sull’integrazione – che in fondo mirano al mantenimento delle variegate comfort zone professionali, sia di area clinica, sia di area manageriale –, ci apre una sfidante prospettiva di profonda, seppur difficile, innovazione, partendo però da un assunto certo: le organizzazioni che non hanno visione di sistema e che non attivano processi di generazione di intelligenze collettive e connettive e prassi integrate non hanno futuro.

² Dal greco *airesis*, il cui significato originario (“presa, scelta, elezione, inclinazione, proposta”) designa la negazione di alcuni dogmi o verità di fede.