

Una ordinaria straordinarietà, o straordinaria ordinarietà

Postfazione di Giovanni Migliore¹

Il biennio orribile della pandemia raccontato dal Rapporto OASI 2021 restituisce elementi che possono consentire di capitalizzare le lezioni apprese e di avanzare riflessioni per assicurare un futuro solido al SSN. I diversi capitoli del Rapporto, con le analisi e i dati offerti, sono utili per riempire di contenuto l'agenda del cambiamento prossimo venturo. Permettono di sistematizzare la lettura di ciò che è successo ricontestualizzandola in un quadro che è anche frutto di un ampio, approfondito e costante dibattito *real time* sulle criticità emerse nella gestione della pandemia e sugli interventi necessari per mettere in sicurezza il SSN.

L'emergenza pandemica ha portato nuove consapevolezza sul valore della sanità pubblica e sulla sua traiettoria di sviluppo. I cittadini italiani hanno saputo, forse per la prima volta, che potevano e possono contare, nella sua integrità e integrità, su un Servizio Sanitario Nazionale efficiente, equo e solidale. Superate le difficoltà iniziali, le Aziende sanitarie hanno fronteggiato la pandemia con coraggio e capacità di innovazione, forse al di là di ogni immaginazione, e sono diventate le protagoniste di una gigantesca sperimentazione sul campo, che ha cambiato per sempre manager e professionisti della sanità che hanno vissuto questa straordinaria esperienza umana e professionale.

La gestione della crisi ha richiesto decisioni rapide e tempestive in un contesto di incertezza e ad elevato tasso di dinamicità, che ha esaltato le capacità manageriali, con conseguenze determinanti per la gestione della emergenza. Le Aziende sanitarie hanno affrontato l'imprevedibilità del quadro epidemiologico e le criticità che ne derivavano con l'innovazione organizzativa (percorsi differenziati di accesso ai Pronto Soccorso, apertura/chiusura di reparti e terapie intensive Covid, gestione dei tamponi con postazioni drive-in, attivazione di "alberghi Covid", incremento del ricorso a televisite e telemonitoraggi), l'in-

¹ L'autore è Direttore Generale di FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere).

tegrazione dei servizi (centrali operative distrettuali, centrali operative ospedale-territorio, reti *hub & spoke* tra ospedali pubblici e privati accreditati), la scomposizione e ricomposizione continua dell'offerta così come delle *skill* professionali utilizzate, la tempestiva acquisizione di beni e servizi e assunzione di personale e, in definitiva, l'allocazione flessibile delle risorse straordinarie messe in campo dalle gestioni commissariali nazionali e regionali. Il Rapporto evidenzia, ad esempio, che i SSR hanno fronteggiato i picchi epidemici, tra l'altro, riconvertendo fino al 33% dei posti letto totali, e che la gestione della pandemia ha consentito il reclutamento (nella quasi totalità con contratti a tempo determinato) del 21% dei medici e del 12% degli infermieri in servizio nel SSN prima della pandemia (in totale 83.180 operatori).

Ora le Aziende sanitarie sono chiamate a rendere operativi gli interventi straordinari previsti dal PNRR e a mantenere il sistema in tensione verso obiettivi ambiziosi. La posta in gioco è molto alta per il Paese e non prevede fallimenti, pena l'annullamento di qualsiasi credibilità e l'assunzione di un peso economico insostenibile per le prossime generazioni. Vanno create subito le condizioni per rendere attuabili gli interventi previsti dal Piano; l'esperienza della gestione della emergenza è ricca di elementi utili a questo scopo.

I contenuti del Rapporto indicano ad Aziende sanitarie e management, in particolare, tre assi principali di sviluppo, che riprendiamo di seguito.

La configurazione infrastrutturale

La programmazione degli interventi locali per la costruzione di Case (2.400) e Ospedali della Comunità (1.200) richiede la definizione della loro collocazione sul territorio e necessita di piani di investimento puntuali. Il management è chiamato a proporre e a definire con le Regioni gli interventi infrastrutturali necessari a rispondere ai bisogni di salute della popolazione, tenendo conto, tra l'altro, di analisi epidemiologiche, caratteristiche orografiche del territorio, contesto di riferimento, metropolitano o extra urbano, presenza di ospedali *hub*, condizione della rete della emergenza-urgenza, ecc. Questa attività prevede, ovviamente, un processo di condivisione con i diversi livelli della governance. Bisognerà cercare di coniugare, nei singoli territori, visioni storicamente non sempre coerenti con le esigenze di sanità pubblica (vedi l'esperienza del DM 70 sulla chiusura o riconversione dei piccoli ospedali) e la promozione delle opportunità offerte dai fondi del PNRR, che andrebbero visti anche come vettori di sviluppo economico e di qualificazione territoriale.

L'esperienza Covid ha richiesto alle Aziende sanitarie un orientamento *mission driven*, che potrebbe rivelarsi utile anche per lo sviluppo delle progettualità del PNRR. Gli interventi previsti per la sanità vanno visti, peraltro, integrandoli con gli altri riportati nei diversi capitoli del Piano. Almeno quattro delle restanti cinque missioni hanno un riflesso diretto sulla Missione 6, Salute: la Missione 1, con quanto previsto sul personale, la digitalizzazione e

la semplificazione della PA; la Missione 2, con quanto previsto per la prevenzione con approccio *One Health*; la Missione 4, con quanto previsto per la ricerca; la Missione 5, con quanto previsto per assistenza territoriale, inclusione e coesione. Questa impostazione fortemente trasversale del Piano ne impone una lettura integrata, anche nella fase applicativa, in maniera da capitalizzare sinergie ed economie di scala delle diverse strategie ed azioni. E richiede una attenzione particolare per l'integrazione inter-istituzionale, che potrebbe rivelarsi impegnativa e onerosa. In questo ambito sono necessarie ed auspicabili, quindi, procedure più snelle, rapide e sburocratizzate, e il sostegno a progetti in partnership pubblico-privato per utilizzare anche l'innovazione che proviene dall'industria.

Se gli interventi contenuti nelle linee d'azione del Piano si concentrano, quindi, sul cosa fare per rafforzare, integrare e rendere più sinergica la riposta del Servizio Sanitario, il management delle aziende sanitarie deve interrogarsi e proporre la massima attenzione anche sul *come* dare attuazione ad un progetto così ambizioso, esteso e pervasivo.

Modelli di funzionamento dei servizi

Gli interventi sulle infrastrutture e sulle tecnologie devono essere introdotti con attenzione prioritaria al valore aggiunto generato in termini di salute per la popolazione. Bisogna impegnarsi per trasformare le risorse in processi di potenziamento della rete dei servizi a sostegno dell'innovazione organizzativa già in atto. Il Servizio Sanitario non è una tabula rasa, nella quale ripartire sempre da zero. Anche se con forti eterogeneità tra Regioni, e anche all'interno di una stessa Regione, esiste una rete di assistenza primaria, di servizi territoriali e distrettuali, di servizi di prevenzione, di salute mentale, di cure intermedie che va potenziata e integrata facendo leva sul ruolo fondamentale e insostituibile delle Aziende Sanitarie Locali, la cui *mission* prevede la tutela e la promozione della salute dei cittadini. In questo contesto la capacità manageriale delle Aziende sanitarie è chiamata a governare la frammentazione, consolidando i processi di cambiamento organizzativo già in atto, favorendo l'integrazione dei Medici di Medicina Generale, e la realizzazione dell'assistenza di prossimità anche attraverso la valorizzazione dell'infermiere di comunità, al quale riconoscere un ruolo proattivo all'interno del Distretto Sanitario.

Le Case della Salute, almeno sino ad oggi, hanno rappresentato in alcuni casi un avanzamento nei progetti di integrazione, in altri sono stati luoghi di pura giustapposizione di servizi esistenti. Nelle migliori esperienze le Aziende hanno avvertito il bisogno di dotarsi di strumenti manageriali di contrasto alle iniquità di accesso e di costruire nuove alleanze con tutti i soggetti presenti sul territorio, portatori di soluzioni basate sulla esperienza pratica del cittadino e della sua rete sociale di riferimento. A questo proposito le Aziende hanno lavorato su due fronti: quello interno, offrendo percorsi di presa in carico del-

la cronicità *patient oriented*, che hanno dimostrato una maggiore efficacia ed efficienza allocativa; quello esterno, ricercando una maggiore integrazione con il settore sociale e socio-sanitario, governato insieme agli enti locali, con la partecipazione del non profit prevalentemente come prestatore di servizi. Il PNRR, con il rafforzamento strutturale previsto su questo terreno, apre una nuova stagione, che dovrà tener conto di questa esperienza.

Gestione del Personale

Il tema del governo delle risorse umane in sanità è centrale; è decisivo per qualsiasi obiettivo del Piano e per garantire sostenibilità e qualità dell'assistenza ai cittadini.

Una parte significativa della innovazione che il management della sanità italiana ha introdotto nel corso della pandemia ha riguardato proprio questi aspetti, in particolare i processi, l'abbattimento di barriere professionali e disciplinari ritenute inamovibili e la pratica della flessibilità organizzativa, preoccupandosi esclusivamente di garantire risposte tempestive, efficaci, di qualità e sicure. Ora dobbiamo portare a sistema quella innovazione. Anche una volta usciti dall'emergenza, risulterà fondamentale puntare con forza su un sistema in grado di praticare un adattamento dinamico dei servizi e dello *skill mix* professionale al mutare delle condizioni del contesto. Di quella flessibilità, che si è rivelata necessaria ed indispensabile nel corso della emergenza, abbiamo bisogno anche nella ordinarietà, per sintonizzarci di più e meglio con il punto di vista e i bisogni dei cittadini.

Alle politiche del personale delle Aziende sanitarie viene richiesto un salto di paradigma epocale, nella consapevolezza che è all'interno delle comunità professionali che si genera il cambiamento e che l'organizzazione del lavoro è una delle leve di maggior rilievo per promuoverlo: definizione del fabbisogno standard del personale in base ai bisogni di salute della popolazione, gestione dei mix professionali e del *task shifting* di competenze tra professionisti, rafforzamento della funzione aziendale di gestione delle risorse umane sul piano dell'inserimento e aggiornamento professionale, orientamento ai risultati, valutazione, formazione, wellness e sviluppo organizzativo, sono ormai strade obbligate, non opzioni delle quali si può decidere o meno di tener conto. Occorre definire meccanismi per rendere proporzionata la disponibilità di professionisti tra sedi centrali e periferiche del territorio, in maniera da garantire omogeneità di erogazione dei servizi, e disegnare percorsi di carriera che valorizzino le professionalità e riconoscano il merito per rendere attrattivi offerte formative e posti di lavoro. Ed è necessario approfondire il tema della specializzazione delle professioni sanitarie nella prospettiva del rafforzamento delle competenze necessarie per sostenere sanità di prossimità e sfruttare le potenzialità delle nuove tecnologie.

Per molti anni le Aziende del SSN sono state chiamate a trovare soluzioni

organizzative per rispondere ai continui cambiamenti nel contesto economico, politico e demografico, e rispettando le indicazioni vincolanti della normativa nazionale e regionale nell'ambito della gestione delle risorse umane. Tra gli esempi più rilevanti di tali vincoli di contesto, ricordiamo il blocco del turnover, l'ancoraggio della spesa del personale al costo del 2004 (-1,4% ogni anno), la riduzione nel numero degli incarichi di struttura, l'adeguamento del settore sanitario alla normativa comunitaria in merito all'orario di lavoro del personale sanitario (art. 14 legge 161/2014). Previsioni normative inserite in un contesto di blocco dei rinnovi contrattuali e di marcato invecchiamento degli organici aziendali: condizioni che se da una parte hanno permesso riorganizzazioni e innovazioni interne alle Aziende sanitarie, e dunque hanno generato forme di efficientamento, dall'altra, con il loro perdurare, hanno comportato invecchiamento e demotivazione della popolazione lavorativa del SSN.

Le diverse misure di contenimento della spesa degli ultimi anni e, in particolare, quella relativa ai vincoli assunzionali, hanno determinato una significativa riduzione del personale SSN. Con riferimento al decennio 2009-2018, il personale dipendente a tempo indeterminato del comparto Sanità è diminuito complessivamente del 6,5 per cento, passando da 693.600 unità del 31/12/2009 a 648.507 del 31/12/2018 (- 45.093 unità, Corte dei Conti, 2021).

Il SSN si è così trovato in forte difficoltà all'inizio della pandemia da Covid-19. Una normativa speciale per il settore sanitario si è resa subito necessaria (D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella legge n. 27/2020) per riuscire a reclutare tempestivamente il personale necessario, con diverse forme contrattuali, con procedure semplificate e in deroga ai vincoli di spesa vigenti.

Come visto nei capitoli del Rapporto dedicati al PNRR, esiste un'ampia fetta di fabbisogno di personale non soddisfatto. Per queste ragioni FIASO ha promosso presso le istituzioni la richiesta di stabilizzazione straordinaria del personale reclutato nella fase di emergenza Covid. Questo personale è stato utilizzato per rispondere alla crisi sanitaria, per le attività di *contact tracing*, per incrementare il numero di tamponi, per la campagna di vaccinazione. I professionisti reclutati attualmente sono, almeno in parte, impegnati a recuperare le prestazioni rinviate in emergenza e ad adeguare il modello sanitario alle esigenze che si sono mostrate inderogabili a seguito della pandemia e in avvio del PNRR (es. infermieri di comunità). Considerato l'intenso fabbisogno espresso nell'ultimo anno e mezzo, è verosimile che siano stati reclutati tutti gli operatori disponibili sul mercato del lavoro e che, quindi, qualsiasi procedura di selezione concorsuale del personale riguarderebbe comunque questa stessa popolazione lavorativa, ora in servizio nelle strutture sanitarie con contratti di lavoro flessibile. Le politiche del personale delle Aziende sanitarie sono chiamate a interrogarsi, quindi, su come valorizzare queste risorse professionali per lo sviluppo del nuovo modello di funzionamento e di erogazione dei servizi.

L'esperienza della pandemia ha accentuato la necessità di puntare sul raffor-

zamento e sulla diffusione delle competenze manageriali per lo sviluppo della sanità del futuro, che trovano spazio peraltro all'interno dello stesso PNRR. FIASO ha recentemente presentato un lavoro di ricerca attraverso il quale ha delineato, nell'ambito delle attività del Forum Management della Sanità (FMS), 12 profili professionali del middle management delle Aziende sanitarie, con relative *job description*, funzioni e indicatori per la valutazione delle competenze e dei risultati, sui quali investire subito con piani di formazione dedicati, in grado di favorire il coinvolgimento e la crescita di professionisti più preparati e consapevoli del proprio ruolo e responsabilità.

Infine, in sintonia con le considerazioni sviluppate ancora di recente da Papa Francesco, «Peggio di questa crisi c'è solo il dramma di sprecarla», anche FIASO si è molto interrogata sul ruolo delle Aziende Sanitarie durante la crisi. A questo scopo sono state realizzate oltre 50 interviste a DG di tutta Italia, per comprendere e sistematizzare le lezioni apprese dalla crisi e non lasciare alcuno spazio alle spinte, sempre possibili, al ripristino dello status quo. Anticipando alcune delle conclusioni avanzate dalla ricerca, condotta con l'Università di Firenze (2021), riportiamo di seguito quattro indicazioni strategiche di intervento maturate all'interno del management.

- ▶ *Ripensare l'ospedale*. L'emergenza ha insegnato l'importanza del lavoro di squadra, anche tra specialità diverse, e della capacità di rendere flessibili le strutture.
- ▶ *Rivedere la relazione tra ospedale e territorio*. Superare una volta per tutte la cultura «ospedalocentrica», implementando in maniera sistematica ciò che sul territorio ha dimostrato di funzionare nel corso della pandemia (es. uso della telemedicina, conoscenza approfondita dei pazienti fragili, setting nei quali gestire posti letto per cronici a conduzione non ospedaliera).
- ▶ *Ripensare il territorio* adattandolo ai diversi contesti. L'innovazione non può essere uguale per tutti, lo standard dovrebbero essere costruito basandosi sulle performance, piuttosto che sui modelli organizzativi.
- ▶ *Riprogettare il dipartimento di prevenzione*, riportandolo al suo ruolo di prevenzione primaria e di promozione della salute, e consolidando quella interattività e interdisciplinarietà con i dipartimenti e i distretti, «come è successo con i tamponi», ormai imprescindibili.

Il bagaglio di esperienza e consapevolezza che ci lascia la pandemia è coerente con i cambiamenti richiesti, e non da oggi, per rispondere adeguatamente ai bisogni di salute, attuali e in prospettiva, della popolazione. Oggi più che mai, ciascuno è chiamato a fare la propria parte, in un contesto che porterà rapidamente il sistema ad affrontare con intensità e tensione verso il cambiamento una fase senza precedenti. Una fase che coinvolgerà tutti e che tutti dovrà essere in grado di riconoscere e valorizzare.