

“MISURE URGENTI PER IL RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE CALABRIA”

Audizione presso la Camera dei deputati.- Commissione XII (Affari sociali)

17 Novembre 2020

Prof.ssa Francesca Lecci (francesca.lecci@unibocconi.it) – Associate Professor of Practice SDA Bocconi, Direttore Executive Master in Management delle Aziende Sanitarie e Socio-Assistenziali.

Illustre Presidente e Onorevoli Deputati,

nel ringraziarvi per l’opportunità che mi viene concessa, vi chiedo di tenere a mente alcuni, pochi dati che per me sono imprescindibili con riferimento alla situazione sanitaria della Regione Calabria e che devono ispirare qualunque misura si voglia assumere in tal senso:

- In Calabria gli anni di aspettativa di vita in buona salute sono in media 52,9 contro i 67,7 del Trentino-Alto Adige;
- Più del 20% dei calabresi si sposta ogni anno in altre regioni italiane per soddisfare i propri fabbisogni di salute;
- Tra il 2010 e il 2017 la Regione ha perso oltre il 17% della forza lavoro a matrice sanitaria (medici, infermieri, tecnici e operatori socio-sanitari) e il 25% di quella amministrativo-gestionale¹;
- I tempi medi di pagamento, secondo l’ultimo “tavolo di monitoraggio Adduce”, superano, in peggioramento nel 2020, in oltre l’80% dei casi il numero massimo di giorni consentiti dalle norme nazionali e comunitarie, con punte fino a 800 giorni. E i LEA sembrano essere di nuovo sotto la soglia minima consentita.

A questi quattro dati, consentitemi di aggiungerne ancora uno: la Regione Calabria è commissariata dal livello centrale da oltre 10 anni.

Mi pare quanto mai doveroso provare a capire come mai si siano generate situazioni come quelle rappresentate dai pochi dati che ho citato al fine di evitare di reiterare scelte scarsamente efficaci nel prossimo futuro. Sono 3 le aree di criticità da osservare e risolvere.

1. Il difficile nodo della *governance*

La situazione della Regione Calabria evidenzia la necessità di produrre una visione non conflittuale tra i diversi livelli istituzionali coinvolti in ambito sanitario. Ora, l’esigenza di una dimensione collaborativa tra Regione e Aziende Sanitarie e anche tra Regione e Stato non solo è una visione auspicabile, ma è forse l’unica che può portare a risultati concreti per i cittadini². E andrebbe finanche allargata in modo da prevedere e mettere in

¹ https://www.programmazione sanitaria.it/_progsan/2019/SSNRU-Rapporto.pdf

² <https://bmhealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4593-0>

pratica la collaborazione tra tutti gli attori in gioco, inclusi i medici, i pazienti e i provider del Sistema³. Tutto ciò sembra ovvio e scontato, ma la strada oggi è tutta in salita se non si costruiscono alleanze nel rispetto delle diverse identità e indipendenze.

Ora, l'esame del disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 150/2020 restituisce, seppur in un insieme di indicazioni normative pregevoli, un quadro di governance alquanto confuso.

Infatti, il Disegno di Legge prefigura, ancora una volta, un sistema di pesi e contrappesi che pare divisivo anziché in grado di generare sintesi e consenso⁴.

Chiunque abbia il ruolo di guidare il sistema sanitario in Calabria, deve assumere la responsabilità globale di tutte le scelte inerenti il sistema. Se il *Commissario ad acta* costituisce una sorta di "Assessore alla Sanità" è necessario che al commissario risponda il Direttore Generale del Dipartimento Salute, la cui nomina, se possibile, deve essere condivisa con il Commissario stesso. Come pure spetta al Commissario *ad acta* di condividere la nomina di eventuali sub-commissari (il disegno di legge ne configura due, uno a vocazione gestionale e l'altro a matrice più giuridico-amministrativa, ma non è chiaro chi debba sceglierli). E, a tal proposito, bisogna, far chiarezza sulle linee di comando: gli eventuali sub commissari sono sulla stessa linea gerarchica del Direttore Generale del Dipartimento Salute o no? Se la risposta fosse affermativa, sarà necessario ripartire bene aree di competenze e approcci se si vuole addivenire a una guida condivisa e unitaria.

Tuttavia, la piena responsabilizzazione del *Commissario ad acta* e della struttura gestionale commissariale, non devono essere intese come deroga alla condivisione. Anzi è vero esattamente il contrario. Ma, di nuovo, nel disegno di legge si evidenzia un altro tensore divisivo che si è già manifestato negli ultimi 10 anni: allo stato attuale, delle 9 aziende sanitarie calabresi (contando ASP, AO, AOU), solo 2 hanno un Commissario Straordinario nominato d'intesa con la Regione. In questo quadro di fortissima contrapposizione istituzionale, è necessario invece trovare un meccanismo di nomina dei Commissari straordinari che sappia coinvolgere la rappresentanza politica regionale, magari attraverso la creazione di una commissione tecnica condivisa che selezioni i futuri Commissari straordinari (meglio ancora se direttori generali). E sarebbe auspicabile che i commissari straordinari non discendano meramente dall'accertamento della migliore conoscenza (e men che meno della più becera lottizzazione), ma che siano l'esito della migliore combinazione tra il profilo manageriale del candidato e le esigenze e le sfide delle aziende per le quali si conduce la selezione. Questo impone un incrocio a valle tra le specificità della singola azienda (che, ad esempio, potrebbero essere esplicitate dalla rappresentanza politica regionale), il mandato da assegnare (così come espresso dal *Commissario ad acta*) e la tipologia dei profili di leadership, così come emersi dal processo di assessment. In questo modo si genererebbe un processo di selezione dei Commissari straordinari condiviso tra i diversi stakeholder, contribuendo alla costruzione di quella visione unitaria di cui parlavo in premessa.

³ https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance#tab=tab_1

⁴ Longo F., *Governance dei network di pubblico interesse*, Milano: Egea, 2005

Una volta identificati i Commissari, questi ultimi non possono essere valutati solo sulla base dell'adozione di provvedimenti formali, come gli atti aziendali di organizzazione e funzionamento delle strutture operative o la mera applicazione del piano di rientro dal disavanzo. È necessario assegnare ai commissari un quadro di performance atteso che, beneficiando di momenti di valutazione intermedi, assuma un orizzonte temporale quanto meno triennale se non quinquennale.

E questo vale anche per il *Commissario ad acta*: i processi di change management richiedono tempo in qualunque contesto istituzionale, a maggior ragione quando le sfide da affrontare sono significative, come nel caso del rilancio del sistema sanitario della regione Calabria.

Un orizzonte temporale troppo breve non può che avere un taglio "ragioneristico", di mero recupero dei disavanzi, ma questo esaspererebbe una situazione già altamente conflittuale oltre a condurre a risultati assimilabili a quelli conseguiti in oltre 10 anni di commissariamento.

Una governance condivisa e stabile: senza, anche questo nuovo corso commissariale sarà destinato al fallimento.

2. Il circolo vizioso della *capacity* (a volume e a valore)

Il SSR calabrese vive un tensore costante tra fabbisogno e disponibilità. In realtà, il piano di rientro nell'ultimo decennio non è semplicemente stato un razionamento finanziario, ma si è tradotto in un progressivo impoverimento delle risorse di capacità (medici, infermieri, altro personale, tecnologie). Come ho già avuto modo di evidenziare, le dotazioni di personale sanitario si sono ridotte a fronte di bisogni crescenti. Analogamente, si sono ridotti i posti letto di tutti i tipi, quelli ordinari e quelli di terapia intensiva. La seconda fase del commissariamento e le sfide poste da quest'ultimo anno di pandemia hanno in parte svincolato le risorse finanziarie, ma non le risorse di capacità, che sono difficili da reperire. Attivare nuovi letti richiede una pluralità di professionalità, ma nuove professionalità hanno bisogno di tempo per essere formate (a meno di richiamare, come è stato fatto, il personale in pensione o mettere in servizio i neolaureati). È chiaro, allora, che oltre alle risorse finanziarie aggiuntive, il sistema deve far affidamento su altri fattori produttivi meno scarsi: non solo la rete territoriale (MMG, PLS e cure intermedie e ambulatoriali), ma anche soggetti del terzo settore e di realtà produttive e imprenditoriali che da tutto il Paese possono e devono convergere verso un territorio che in questo momento rivela una drammatica carenza di risorse. E quando dico carenza intendo non solo in termini quantitativi, ma anche qualitativi. In questo momento in Calabria osserviamo un circolo vizioso: i migliori talenti (sanitari e gestionali) non ambiscono a sviluppare il proprio percorso professionale in Calabria, a meno di atti di eroismo. A quel punto il sistema collassa e anche gli eroi vengono travolti da un sistema che è allo stato attuale incapace di esprimere risposte efficaci e immediate. Questo circolo vizioso va trasformato in virtuoso: servono talenti, magari che si prestino per un orizzonte temporale definito ad operare e trasferire conoscenza, sanitaria e gestionale. Servono talenti che attivino risorse tecnologiche,

acquisiscano beni e servizi, rivedano la rete ospedaliera, governino la medicina territoriale. E, soprattutto, serve un piano, un piano di lungo periodo.

3. Il doloroso groviglio dei dati

Vi rubo ancora un minuto per un ultimo aspetto che non trova adeguata rappresentazione nel decreto ed è il tema dei dati. In regione Calabria, abbiamo bisogno di un valido sistema di misurazione della performance affinché le decisioni intraprese siano evidence based. Ora, i sistemi di misurazione della performance strutturati a fini decisionali devono avere 4 caratteristiche primarie:

- La significatività dei KPIs;
- La coerenza interna degli oggetti di misurazione;
- L'attendibilità delle informazioni prodotte;
- La tempestività del dato.

Se posso, una delle prime cose che chiederei al nuovo Commissario ad acta è, certamente di costruire il nuovo sistema di contabilità analitica e fare la verifica dei fabbisogni informativi (come stabilito dal decreto, ma soprattutto di identificare quali sono i 20/25 indicatori di performance più rilevanti, quelli che devono guidare l'operato della tecnostruttura commissariale e a scendere, dei commissari straordinari e di tutti gli operatori della sanità calabrese. 20/25, non di più, per non correre il rischio di aumentare il livello di sofisticazione dei modelli di misurazione, moltiplicando indicatori e dimensioni e di costruire una sorta di labirinto di cristallo in cui è visibile tutto (e niente), e la via d'uscita (la decisione) si complica.

Per concludere in questo momento caratterizzato da grande complessità e incertezza, in Regione Calabria abbiamo bisogno di buon management sanitario. Ci sono

- fabbisogni di salute da soddisfare,
- operatori da trovare e/o motivare,
- asset da riconvertire tempestivamente,
- flussi logistici di beni e pazienti da costruire e presidiare,
- identità aziendali da preservare e rafforzare.

In sintesi, il disegno di legge dovrebbe prefigurare un quadro di governance chiara e condivisa all'interno del quale, per far accadere le cose, veicolare competenze manageriali forti e diffuse, che non pretendano di governare la complessità o l'incertezza ma che nella complessità e nell'incertezza sappiano generare valore.