

# MECOSAN

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

Comitato scientifico

**Elio Borgonovi** (coordinatore)

Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche

Università Bocconi di Milano

Direttore Scuola di Direzione Aziendale

**Luca Anselmi**

Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

**Sabino Cassese**

Ordinario di diritto amministrativo

Università La Sapienza di Roma

**Siro Lombardini**

Ordinario di economia - Università di Torino

**Antonio Pedone**

Ordinario di scienze delle finanze

Università La Sapienza di Roma

**Fabio Roversi Monaco**

Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

**Luigi D'Elia**

Direttore generale - Azienda ospedaliera S. Giovanni - Roma

Condirettore e direttore scientifico

**Elio Borgonovi**

Redazione:

Coordinatore generale

**Mario Del Vecchio**

Coordinatori di sezione

**Federica Bandini - Gianmaria Battaglia - Luca Brusati -**

**Germana Di Falco - Marco Parenti - Rosanna Tarricone**

Redattori

**Giorgio Casati - Giovanni Fattore - Giorgio Fiorentini -**

**Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Marco Meneguzzo -**

**Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro**

Corrispondenti esteri

**Michael Schofield** (Manchester)

**Gustav Schacter** (Boston)

Direttore editoriale

**Anna Gemma Gonzales**

Segreteria di redazione

**Silvia Tanno**

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

Tel. 06/8073368-8073386 - Fax 06/8085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23

Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593

E-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

Pubblicazione

— edita da **SUPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1982

— fotocomposta da **SUPIS** s.r.l.

— stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774/381700, Fax 0774/381700

— spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 80.000

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda:

— che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;

— che chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:

1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;

— che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

## IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **La formazione del medico per i processi di cambiamento dei sistemi sanitari**
- Sez. 1<sup>a</sup> - **Saggi e ricerche**
- 11 **Prospettive e limiti per un approccio dialettico alla pianificazione strategica nelle Aziende sanitarie pubbliche**  
di Federico Lega
- 29 **Ripensare il ruolo e il funzionamento degli ordini e delle associazioni professionali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale**  
di Elena Zuffada
- Sez. 3<sup>a</sup> - **Esperienze innovative**
- 51 **Sperimentazione di un modello di accesso alle cure in regime di degenza ordinaria all'Ospedale Nuovo del Mugello**  
di A. Antognozzi, S. Cardini, T. Faraone, C. Tomassini
- 57 **Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato**  
di A. Bai, T. Carradori, G. Vittoria Dallari, C. Petio, F. De Santis
- 67 **Il modello organizzativo di un'Azienda sanitaria pubblica di grandi dimensioni: il caso A.s.l. Napoli 1**  
di Corrado Cuccurullo, Aldo Schiassi
- 77 **La valutazione dei costi della day surgery**  
di Cristina Filannino, Maria Grazia Serra
- 89 **La graduazione delle posizioni nelle aziende sanitarie: due modelli operativi a confronto**  
di Francesco Longo
- Sez. 4<sup>a</sup> - **La sanità nel mondo**
- 109 **Health Vision 2000: il cambiamento strategico nel sistema sanitario di Malta**  
di Gauden Galea, Marco Meneguzzo, Emanuele Vendramini
- 119 **Healthcare Campaigns nelle politiche di sviluppo degli ospedali no profit statunitensi: il Childrens Hospital di Los Angeles**  
di Valentina Mele
- 127 **Il sistema sanitario in Ungheria: alcune problematiche in corso di risoluzione**  
di Emidia Vagnoni
- Sez. 5<sup>a</sup> - **Sanità e impresa**
- 137 **Il contributo della ricerca alla riduzione di oneri economici per il SSN: l'esempio dei mezzi di contrasto in radiologia**  
di M. Barberio, V. Canepa, M. Garlisi, G. Palmieri, M. Leonardi
- Sez. 6<sup>a</sup> - **Biblioteca**
- 147 **Novità bibliografiche**
- 150 **Spoglio riviste**
- 152 **Bibliografia monotematica**
- 157 **Tesi di laurea**

## LA FORMAZIONE DEL MEDICO PER I PROCESSI DI CAMBIAMENTO DEI SISTEMI SANITARI

### Evoluzione dei sistemi sanitari

*Il cambiamento è caratteristica intrinseca dei sistemi sociali che sono «sistemi di relazioni delle persone con altre persone e con il mondo fisico in cui esse vivono». Infatti la modificazione delle esigenze biologiche, intellettuali e spirituali (per chi ha una fede religiosa) della persona modifica il comportamento delle singole persone e la qualità-quantità delle relazioni da cui è influenzato il comportamento della società nel suo complesso. Si tratta inoltre di un cambiamento che non è casuale, ma dipende dalle conoscenze che l'umanità accumula su se stessa, oltre che da modificazioni di fattori esterni, quali il clima, modificazione del territorio per ragioni varie (terremoti, eruzioni vulcaniche, creazione di laghi artificiali da parte dell'uomo...) ecc.*

*Il sistema sanitario, è indubbiamente un sistema «tecnico» (essendo un insieme di conoscenze tramite cui è possibile influenzare l'evoluzione dello stato di salute della persona) e «sociale» (in quanto esso è concretamente basato su relazioni tra persone, in primis tra il medico e il paziente). I sistemi sanitari cambiano, ma sono oggi diversi dal passato, anche recente, la rapidità e la complessità del cambiamento. Infatti negli ultimi due/tre decenni hanno agito fattori strutturali che hanno accelerato fortemente il processo e che hanno stimo-*

*lato, specie negli anni novanta, interventi di riforma dei sistemi sanitari in molti Paesi del mondo. In particolare si segnalano i seguenti fenomeni:*

*1) enorme sviluppo delle conoscenze scientifiche che hanno consentito di comprendere e di intervenire attivamente su molti meccanismi biologici e psicologici che influenzano lo stato di benessere della persona;*

*2) enorme sviluppo delle metodiche e delle tecnologie sanitarie, ossia di strumenti (la tecnologia) e di sequenze organiche di analisi, decisioni, azioni (le metodiche di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) tramite cui alcune persone (i medici e gli altri operatori della salute) sono in grado di influenzare concretamente l'evoluzione dello stato di salute di altre persone (i pazienti);*

*3) la composizione della popolazione: nei Paesi progrediti dell'Europa e del Nord America si ha un costante aumento della popolazione anziana, mentre in altri Paesi l'avvio di processi di sviluppo economico ha consentito di avere un grande aumento della popolazione giovanile (non più decimata dalla «selezione naturale» della mortalità neonatale e infantile) e della popolazione adulta che si è inserita in attività produttive e che in molti Paesi non è più decimata dalle guerre;*

*4) evoluzione della «concezione sociale di salute»: in passato e per*

*lungo tempo ha prevalso il concetto di lotta alla malattia, poi il bisogno è stato specificato come promozione di un miglioramento del benessere fisico e psichico, in seguito, con l'affermarsi dei sistemi di sicurezza sociale (Welfare State) e dei Servizi sanitari nazionali, la tutela della salute è stata definita come «diritto della persona» e «interesse della comunità».*

*Tutti questi fattori hanno contribuito ad un aumento della domanda in quanto è aumentato il numero di persone cui ci si rivolge, è aumentato il numero di «problemi di salute» ed è aumentata la complessità dei problemi che oggi è possibile risolvere. Aumento della domanda di servizi sanitari significa tuttavia anche aumento della pressione sulle risorse necessarie per produrre adeguate risposte.*

*Per questo il tema dell'economia è diventato «centrale» nel dibattito sulla sanità e nel dibattito sulla cultura e sulla formazione del medico. L'economia è centrale nel dibattito di oggi non perché qualcuno (gli economisti, i manager) intende affermare la preminenza dei criteri economici su altri criteri (scientifici, tecnici, etici, morali, ecc.), ma in relazione al fatto che se i decisori e gli operatori dei sistemi sanitari non imparano a usare in modo più razionale le risorse limitate (risorse economiche) e ad aumentare il livello di efficienza e di produttività del sistema, aumenterà il divario tra ciò*

che potenzialmente è possibile fare e ciò che concretamente si riesce a fare.

Occuparsi di economia, migliorare le conoscenze in campo economico diventa una necessità per tutti coloro che agiscono nel sistema sanitario e per evitare che il crescente divario tra «attese della popolazione di avere risposte ai propri problemi di salute e qualità o quantità di servizi effettivamente offerti» determini un abbassamento della legittimazione del sistema sanitario.

Il cambiamento è processo «naturale» e continuo dei sistemi sociali, ma i tempi, la velocità e soprattutto gli effetti del cambiamento sono fortemente influenzati dalla cultura delle persone, ossia dalle loro conoscenze e competenze, dai valori e interessi, dalle attese e dagli atteggiamenti che condizionano i comportamenti reali. Infatti, in relazione agli stimoli che derivano dalla loro esperienza del passato, alla loro attuale condizione alle prospettive e agli obiettivi che esse si pongono per il futuro le persone possono:

1) promuovere, sostenere, agevolare e impegnarsi per indirizzare la realtà verso un certo tipo di cambiamento poiché pensano di poter migliorare la realtà in cui vivono: ad esempio i medici pensano di promuovere un miglioramento nella capacità del sistema sanitario di dare risposte ai problemi di salute dei propri pazienti, o della popolazione in generale;

2) oppure ostacolare certi cambiamenti perché ritengono, ad esempio nel caso della sanità, che essi peggiorino la capacità del sistema di dare risposte ai problemi di salute, o perché esse vedono minacciati propri interessi consolidati;

3) oppure porsi in posizione di attesa, senza impegnarsi in decisioni e azioni che qualificano il cambiamento, cercando eventualmente di trarre

vantaggi dalla modificazione delle regole di funzionamento del sistema.

L'atteggiamento delle persone nei confronti del cambiamento, la scelta di essere «attori» (in senso di sostegno o di freno) o «spettatori» del cambiamento dipende dalla loro cultura che, come si è detto, è l'insieme di tutti quei fattori che influenzano il rapporto delle persone con la realtà che le circonda. Cultura che è delle persone, ma che caratterizza anche la società nella misura in cui certi atteggiamenti e certi comportamenti si diffondono nella società in modo più o meno omogeneo.

La cultura di un sistema, economico e sociale, o di parte di esso come nel caso del sistema sanitario, è fortemente influenzata dalla formazione, ossia da quei particolari processi tramite cui vengono conservate e accumulate le conoscenze, i valori, e vengono diffuse nelle nuove generazioni. La formazione è un processo sociale fondamentale per il progresso, in quanto una comunità «che apprende» che è in grado di trattenere e accumulare le conoscenze, le competenze, le abilità delle persone che «passano» nella società, è in grado di affrontare problemi sempre nuovi e sempre più complessi. La formazione nella società ha una duplice funzione:

1) quella di diffondere le conoscenze, competenze, abilità utili a risolvere i problemi che perciò deve avere contenuti rapportati alle esigenze dei diversi periodi, deve essere cioè contestualizzata;

2) quello di aiutare a plasmare la personalità degli individui per dare loro una attitudine creativa e una cultura «di innovazione», che consenta di non riprodurre il passato ma di ricercare nuove soluzioni ai problemi della salute.

Soffermandoci sul primo tipo di funzione e con riferimento alla formazione del medico si possono identifi-

care diverse fasi storiche nelle quali sono stati «critici» e dominanti differenti contenuti.

#### Le fasi della formazione del medico

Nella fase prescientifica della medicina e in quella iniziale della moderna medicina in cui ancora limitate erano le conoscenze sui meccanismi che influenzano la salute, il sistema si fondava soprattutto sulla capacità di «maturare conoscenze tramite l'esperienza della pratica medica» e nel «trasferimento ad altri (ai giovani tirocinanti) dell'esperienza». Il contenuto della formazione era essenzialmente legato alle «abilità» del medico che si fondavano sulle abilità sperimentate dai medici più anziani e che ogni medico poi contribuiva a migliorare con la propria esperienza. Abilità legate all'inquadramento diagnostico tramite attività semplici di osservazione, auscultazione, palpazione, percussione ecc. che consentivano di risalire dai sintomi alle possibili cause delle malattie, o abilità di tipo chirurgico, abilità di ottenere il recupero di certe funzioni (riabilitatore). In seguito, con il consolidamento della «conoscenza scientifica» del corpo umano nella sua anatomia e nei suoi processi fisiologici, la formazione si è concentrata soprattutto sul trasferimento delle «conoscenze di base» ritenute indispensabili prima di iniziare la pratica. È il periodo in cui si costruiscono le Facoltà di medicina i cui curricula di studi hanno avuto nei diversi Paesi vari sviluppi in relazione al diverso modo di affrontare temi quali:

— rilevanza data alla «specializzazione delle conoscenze» o alla «capacità di integrare conoscenze»;

— rilevanza da dare nella formazione dei giovani alla cultura generale sulla persona (sotto il profilo biologico, antropologico, etico, religioso), alle conoscenze astratte di base di

anatomia, fisiologia, psicologia, alle conoscenze «applicate» che caratterizzano il ciclo finale degli studi;

— peso da dare ad altre conoscenze che aiutano, e a volte sono essenziali, per comprendere i fenomeni biologici (ad esempio chimica, fisica, ecc.).

Per questo tipo di formazione uno dei problemi centrali è costituito dal fatto che, trattandosi di un sistema di conoscenza a forte base empirica, lo studio non dovrebbe essere di tipo astratto, fatto sui libri, ma dovrebbe continuamente essere completato da una verifica con la concreta realtà consentita dal «rapporto con il paziente».

Un secondo problema rilevante è quello di come completare l'acquisizione di conoscenze generali con l'acquisizione delle «abilità» ad usare su altre persone, le conoscenze acquisite. Ciò spiega lo sviluppo molto più esteso nelle facoltà mediche rispetto ad altre facoltà universitarie, di una organizzazione che prevede il tirocinio, le scuole di specializzazione post laurea e altri percorsi per fare acquisire gradualmente al medico le abilità riducendo il rischio per i pazienti di essere affidati a medici inesperti. Il nodo strutturale della formazione medica è quello della inscindibilità tra ricerca (sviluppo della conoscenza), formazione-didattica (trasferimento delle conoscenze), assistenza (applicazione delle conoscenze per dare risposte ai problemi di salute). Nel caso della formazione medica è impossibile realizzare quella separazione che invece è possibile in altri settori (seppure con risultati spesso criticati) tra sapere, saper fare e fare.

Una terza fase della formazione è strettamente collegata allo sviluppo della tecnologia applicata ai problemi della salute. Con l'innovazione tecnologica, una parte crescente delle conoscenze e delle attività tramite cui si possono comprendere i problemi di

salute e si possono formulare risposte sono incorporate «in macchine» e perciò il rapporto tra medico e paziente è sempre più mediato da macchine, da quelle per la riproduzione dell'immagine (dai raggi X fino alle più moderne PET e alle innovative attrezzature per Adroterapia), a quelle per l'effettuazione di esami chimico-clinici, a quelle dell'informatica e della telematica.

Nell'ultimo quarto di secolo l'aiuto della tecnologia è stato determinante per realizzare enormi, e forse inattesi, progressi nel campo della diagnosi (con decisivi miglioramenti nel campo della diagnosi precoce) della cura e anche della riabilitazione: grazie alla tecnologia, il medico può contare su indicatori di normalità/anormalità (che è concetto da intendere sempre in termini relativi) per certi parametri biologici e fisiologici ottenuti con l'elaborazione di enormi volumi di dati riferiti ad una popolazione. Ciò gli consente di dare maggiore precisione alle sue diagnosi e di definire con maggiore probabilità di successo gli interventi da realizzare:

— può avere immagini molto precise, sezionate o tridimensionali sulla localizzazione di certe masse nel corpo, il che consente di effettuare interventi chirurgici con la massima precisione;

— può contare su analisi dei flussi fisiologici o sul comportamento di certi organi (esempio esami sotto sforzo o controllo cardiaco per un periodo lungo) che consentono di qualificare la diagnosi, o può tenere sotto controllo una grande quantità di parametri che gli forniscono indicazioni sulla «reazione del paziente» a determinate terapie, che perciò possono essere dosate con grande precisione;

— può «simulare» interventi chirurgici o le «più probabili reazioni» del paziente a determinate terapie farmacologiche, in modo da individuare

in anticipo ed evitare possibili rischi per il paziente;

— può trasmettere «a distanza», a centri specializzati, informazioni sui propri pazienti ed avere in tempi brevi, non di rado in tempi reali, analisi e indirizzi che gli consentono di agire potendo usufruire di conoscenze e di professionalità localizzate in altro luogo (telemedicina, teleconsulto, controllo a distanza di interventi chirurgici).

In casi sempre più frequenti, poi, la macchina, la tecnologia sostituisce il medico nella effettuazione di certe attività di diagnosi e cura (sistemi «intelligenti» di diagnosi e robotica sanitaria).

La formazione del medico deve riguardare perciò in misura crescente la tecnologia:

— al fine di consentire un uso efficace (sfruttare le enormi possibilità della tecnologia che molte volte non sono conosciute);

— al fine di evitare quei fenomeni di «delega alla tecnologia» e di «acritico utilizzo di dati e informazioni» denunciati in molti paesi nei quali viene messo in risalto il rischio di «progressiva rinuncia alla professionalità del medico».

Come in tutti gli altri settori della società, anche per la sanità si è aperto un grande dibattito sul fatto che la macchina, la tecnologia continui ad essere essenzialmente uno strumento che «aiuta il medico» e non rischi di diventare, magari con la acritica accettazione dei medici, il suo sostituto. Dibattito che riguarda sia gli aspetti professionali, come cambia la figura del medico, sia quelli economici, in quanto la medicina «strumentale» usata in modo non razionale è una delle maggiori cause della esplosione della spesa sanitaria.

La corretta formazione è uno dei più efficaci strumenti per diffondere una «cultura della tecnologia sanita-

ria» che sia di completamente della cultura e della professionalità del medico e non sostitutiva di essa.

Una quarta fase rilevante della formazione riguarda il rapporto tra medico e organizzazione. La complessità dei problemi di salute su cui si è in grado di intervenire, il ruolo della tecnologia, l'esigenza di utilizzare competenze interdisciplinari per inquadrare i problemi di salute e dare ad essi adeguate risposte, da tempo hanno fatto evolvere l'attività del medico dal paradigma di «attività individuale» o di poche persone ad «attività che si svolge in contesti organizzativi sempre più complessi», quali ospedali, centri diagnostici, centri terapeutici, ecc. Nel caso di «entità organizzate in modo unitario», identificate come entità autonome sul piano giuridico, economico e organizzativo, si pongono due ordini di problemi:

1) la necessità per le singole persone, medici compresi, di rispettare alcune regole comuni (cosiddette di organizzazione e di gestione) che consentono di «coordinare l'attività» di centinaia e spesso migliaia di operatori rivolta a centinaia e migliaia di pazienti: questi pazienti infatti entrano in contatto non con il singolo medico (o operatore), ma con l'ospedale, con il centro diagnostico, ecc. con la cosiddetta «struttura di offerta» sicuri di poter trovare in essa la risposta ai propri problemi di salute;

2) la possibilità, o meno di conservare quel rapporto «particolare» tra medico e paziente, il rapporto fiduciario, che continua ad essere considerato l'elemento fondante del «servizio di tutela della salute»: il dibattito sull'effetto di spersonalizzare, di standardizzare, di considerare il paziente come «oggetto» (corpo) cui si rivolgono una serie di azioni più o meno efficaci e non più come «soggetto» con cui il medico deve interagire, fa parte del più ampio dibattito sulla

cultura ed etica della professione medica e di quella sulla cultura «tout court» della società moderna.

Ai fini del presente scritto è utile sottolineare come le «strutture di offerte complesse» consentono di avere spazi adeguati per lo svolgimento delle attività tecnologie sofisticate (e spesso a costi elevatissimi), presenza di molteplici competenze e professionalità, servizi di supporto (amministrativi, tecnici, informatici, alberghieri, ecc.) senza i quali certi interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione non sarebbero possibili.

Il funzionamento di strutture complesse, proprio perché coinvolge e dipende da centinaia e migliaia di persone, si basa sull'esistenza di certe regole di comportamento esplicitate, riguardanti:

— l'assegnazione e l'uso degli spazi;

— l'acquisto e l'uso dei beni di consumo (farmaci, altri materiali sanitari, ecc.);

— la dotazione di attrezzature e apparecchiature sanitarie e i criteri per il loro utilizzo;

— il rispetto degli orari;

— il coordinamento delle attività tra le varie parti dell'organizzazione (ad esempio procedure per la richiesta di accertamenti diagnostici da parte delle unità di cura) e il coordinamento della presenza di diversi operatori;

— la programmazione delle attività;

— la verifica e il controllo dei risultati sul piano della salute, su quello del rapporto tra servizi erogati e risorse impiegate;

— la raccolta e la conservazione di informazioni;

— i collegamenti con altre strutture (esempio procedure per far effettuare accertamenti diagnostici all'esterno, trasferimento di pazienti, ecc.);

Il medico può dare risposte sempre più efficaci ai problemi di salute di un numero sempre più ampio di persone, non solo se ha adeguate conoscenze scientifiche, non solo se ha una elevata esperienza di rapporti con i pazienti, non solo se è in grado di dominare la tecnologia, non solo se ha elevati valori etici nei rapporti con i pazienti, ma anche se ha solide conoscenze sulla organizzazione, sui processi decisionali, sulle procedure che consentono all'ospedale e ad altre strutture di continuare a funzionare come «entità unitaria».

Se il medico non conosce in modo adeguato i principi, i criteri, i metodi di organizzazione e gestione e di analisi e valutazione economica delle proprie scelte, egli è causa di una bassa efficienza delle strutture di offerta (uno dei maggiori problemi dei moderni sistemi sanitari), ma a sua volta diventa vittima di una bassa efficienza, in quanto non potrà fare tutto quello che sa e vorrebbe fare per una migliore tutela della salute dei propri pazienti.

Il riferimento alle problematiche organizzative consente di sottolineare che il tema del rapporto tra i principi di specializzazione e di integrazione riguarda non solo l'attività del medico e il modo in cui egli affronta i problemi di salute dei propri pazienti, ma riguarda anche i modelli organizzativi del sistema di offerta. Per lungo tempo si sono confrontati due modelli:

— quello della struttura di offerta «generalista», tipico esempio l'ospedale che è in grado di affrontare tutte le principali situazioni di salute a livello di specialità di base (tipicamente la medicina generale, la chirurgia, la ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia) o a vari livelli di complessità delle patologie: infatti si parla di ospedali di primo, secondo e terzo e anche quarto livello a seconda

dell'ampiezza e della complessità dell'offerta;

— quello delle strutture «specializzate» ossia di ospedali che concentrano la loro attività solo su alcune aree della medicina, o più in generale dell'assistenza, quali la cardiologia e la cardio-chirurgia, la neurologia e neurochirurgia, malattie dell'apparato respiratorio, oculistica, ecc.

I due modelli riguardano ospedali, ambulatori, centri sanitari extraospedalieri che tendenzialmente offrono una vasta gamma di servizi sanitari con basso livello di specializzazione o che, viceversa, offrono pochi servizi sanitari con un elevato livello di specializzazione.

Dall'analisi dei vantaggi e dei limiti dei due modelli, sia sul piano della qualità della risposta ai problemi di salute, sia su quello della spesa, recentemente si è sviluppato, sia a livello teorico che della concreta applicazione il modello della «rete di servizi» caratterizzato da:

— strutture organizzative (ospedali centri di diagnosi, ambulatori per la chirurgia senza ricovero, altre) «specializzate» su specifiche aree di diagnosi, cura, riabilitazione e sempre più, anche diagnosi precoce;

— che tuttavia sono tra loro collegate sul piano funzionale, economico e della unità di governo.

Mentre nel modello fondato sul principio della specializzazione ogni struttura si dà carico di una parte della salute del paziente, ed è quest'ultimo che per soddisfare tutti i suoi bisogni sceglie di rivolgersi a diverse strutture, nel modello «a rete» si ha un sistema organizzativo unitario nel quale:

— ogni unità (polo della rete) sviluppa conoscenze, competenze e abilità altamente, e sempre più, specializzate in settori «parziali» (più o meno ampi) dell'assistenza;

— tuttavia non tiene queste «competenze distintive» separate dalle altre, ma le diffonde con strumenti vari che le moderne tecnologie hanno reso sempre più efficaci, in modo che si abbia una integrazione continua tra conoscenze specialistiche e uno sviluppo «armonico» della offerta nelle diverse aree: tecnicamente si dice che le competenze vengono inserite nella rete.

Con il modello di «organizzazione a rete» il paziente entra in contatto con un sistema di offerta (che può essere gestito da soggetti «pubblici» o da soggetti «privati» for profit, esempio i grandi gruppi multihospitals e multiservizi degli USA, o di tipo non profit) che garantisce al tempo stesso i vantaggi della elevata specializzazione nello svolgimento delle singole attività (esempio interventi chirurgici anche di estrema complessità svolti con il più elevato grado di sicurezza per i pazienti, tempi più brevi e costi relativamente bassi data la grande professionalità consentita dalla numerosità degli interventi) e dell'integrazione, ossia possibilità di affrontare contestualmente (tramite il consulto di altri specialisti della rete) o in sequenze programmate, il problema «complesso» di salute del paziente.

Per operare più efficacemente in un sistema organizzativo «a rete», il medico deve sviluppare la propria professionalità, aggiungendo alla specializzazione tecnico-scientifica o tecnico-operativa, altre dimensioni quali:

— raccolta ed elaborazione di informazioni, secondo standard unitari e uniformi;

— comunicazione con gli altri poli del sistema;

— programmazione delle attività per facilitare il coordinamento e lo sviluppo equilibrato;

— realizzazione di sistema di verifica e controllo sul piano della efficacia nella soluzione ai problemi di salute,

su quello della soddisfazione del paziente, su quello dei costi;

— attitudine a lavorare in gruppo.

Si tratta di dimensioni della professionalità che richiedono un ampliamento dei processi formativi per evitare che i medici si trovino ad operare in contesti organizzativi di cui non conoscono le regole di funzionamento.

## Conclusioni

La crescente capacità della società di affrontare problemi di salute con un sistema di offerta sempre più articolato e complesso impone una continua evoluzione della professionalità del medico da contenuti per esso tradizionali a contenuti innovativi di tipo organizzativo, gestionale ed economico. Poiché non è più possibile lasciare che nuove dimensioni della professionalità vengano acquisite «tramite l'esperienza sul campo» è necessario realizzare percorsi formativi che, a diverso livello, diano ai medici le conoscenze, le competenze, le abilità per farli diventare «soggetti che si sentono parte di una organizzazione» che ha propri principi, propri criteri e proprie regole che devono essere rispettate da tutti per trarne un maggiore vantaggio per tutti.

Una formazione specifica che aiuti a superare modelli di comportamento, molto diffuso tra i medici, di «soggetti» che vivono individualisticamente all'interno di una organizzazione di cui non comprendono e non condividono le regole di funzionamento, che spesso sono definite da persone che hanno una diversa professionalità e diverse responsabilità quali sono la salvaguardia dell'equilibrio economico, il rispetto delle leggi e delle norme formali, il raggiungimento di elevati livelli di efficienza e di funzionalità dell'ospedale, del centro sanitario, dell'ambulatorio, ecc.

*Una formazione che può essere affrontata e deve essere potenziata a tre livelli:*

— a livello di formazione di base (di laurea o undergraduate) per far comprendere ai futuri medici che la tutela di salute dipende sempre meno da conoscenze e da «atti» individuali e dipende sempre più da «sistemi organizzati»;

— a livello di «perfezionamento» e di «specializzazione» post laurea o graduate per abituare i medici in tirocinio a valutare i diversi «approcci ai problemi di salute», le diverse metodiche di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, i diversi programmi di «sanità individuale» o di «sanità di comunità» con criteri non solo della efficacia sanitaria (che è

prioritaria) ma anche con criteri della fattibilità organizzativa, degli effetti sui costi per gli individui o per le singole «unità organizzative» (esempio l'ospedale, il centro sanitario), della spesa per l'intero sistema sanitario;

— a livello di formazione continua poiché il medico nelle sue diverse posizioni di responsabilità dovrà rinnovare le proprie capacità di valutare sempre nuove alternative di servizi da avviare, modificare o chiudere, di nuove tecnologie da introdurre, di nuovi programmi assistenziali.

Se non si troveranno modelli formativi per dare ai medici e agli altri operatori della salute una adeguata conoscenza degli aspetti gestionali, organizzativi ed economici e per dare al

cosiddetto personale «amministrativo» adeguate conoscenze sulle caratteristiche dei processi assistenziali e sulla necessità di «costruire attorno ad essi» le più efficienti e funzionali soluzioni organizzative, si rischia di avere sistemi sanitari sempre più «divaricati» nei quali aumenterà il livello dei conflitti tra chi «ha la responsabilità del paziente» e chi «ha la responsabilità di ospedali, centri sanitari e dell'equilibrio economico dei sistemi stessi».

Conflitto che sarebbe dannoso per tutti, soprattutto per le persone che hanno problemi di salute, che sul piano tecnico-scientifico potrebbero essere risolti e che invece non trovano risposta per l'inefficienza organizzativa del sistema.

# ***MECOSAN***

**Management ed economia sanitaria**

# **È L'ORA DEL RINNOVO**

**COSTO DELL'ABBONAMENTO 1998: L. 310.000**

Programma abbonamento 1998

Spediz. in abb. postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Roma

- Vi prego voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano, n..... abbonament..... a

***MECOSAN***

**Management ed economia sanitaria**

*diretta da Luigi D'Elia ed Elio Borgonovi*

con destinatario il nominativo sotto indicato (in caso di più destinatari allegare elenco).

- A tal uopo:
  - Accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**
  - Ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS s.r.l. - Roma**, come da ricevuta allegata  
Barrare la casella che interessa

Cognome e nome..... Via.....

C.a.p..... Località..... Prov.....

..... li .....

Codice Fiscale.....

Partita IVA.....

**FIRMA E TIMBRO**

(In caso di Ente, USL, Azienda, apporre il timbro ed indicare la qualifica di chi sottoscrive)

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>



# PROSPETTIVE E LIMITI PER UN APPROCCIO DIALETTICO ALLA PIANIFICAZIONE STRATEGICA NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

di Federico Lega

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

**SOMMARIO:** 1. Quali spazi strategici per le ASP? - 2. Antecedenti teorici - 3. Lineamenti per un approccio dialettico: la recita della pianificazione strategica - 3.1. Atto I. Il contributo del vertice aziendale: razionalità ed intenzionalità - 3.2. Atto II. Medici in prima linea: il ruolo dell'apprendimento organizzativo - 3.3. Atto III. Il momento del confronto: integrazione e conflittualità di interessi - 3.4. Atto IV. Si chiude il sipario: applausi o fischi? - 4. Conclusioni.

*In recent years, formal strategic planning methods originally developed for private business have been increasingly adopted by health care organizations as a way to face increasing level of financial, organizational and institutional pressures. Yet, as a technocratic management process, formal planning may seem at first sight to run counter to the natural mode of strategy formation in these organizations where negotiation and mutual adjustment between powerful groups of professionals, managers and government agencies traditionally control decision-making. This article is then aimed at finding a more appropriate answer to the question «What drives decentralized autonomous organizations (such as health organizations) and how can their strategy formation process be managed?». Starting from a short overview of the major changes currently undergoing in the Italian health sector, the reasons for a rising need of strategic management systems and concepts are pointed out and, through a short literature review, the approaches which seem potentially useful in the health organizations are introduced. The different approaches are then applied in the specific case of the Italian public healthcare organizations, where, through the analysis of their particular features, a normative model explaining how strategy formation processes should be managed emerges.*

## 1. Quali spazi strategici per le ASP?

Alle porte del XXI secolo, le aziende sanitarie pubbliche (ASP) (1) italiane si trovano a dover fronteggiare un contesto ambientale fortemente dinamico, in cui convergono e si sovrappongono le turbolenze causate da una molteplicità di fattori sia endogeni che esogeni al sistema sanitario: la riforma del Servizio sanitario nazionale e la conseguente ridefinizione delle «regole del gioco», la costante evoluzione dei bisogni espressi dalla popolazione, l'esponentiale sviluppo delle conoscenze e della tecnologia medica, l'accresciuta concorrenza esercitata da un settore privato in forte espansione e sempre meglio organizzato, sono solo alcuni dei fenomeni che, pur esistendo in alcuni casi in maniera «la-

tente» da diversi anni, hanno trovato piena manifestazione nell'ultimo periodo.

A seguito dell'aumento della spesa sanitaria, nel passato attestatasi anche su livelli di crescita superiori al PIL (2), e della generalizzata percezione negativa della (mala)sanità italiana, al Governo si è posto l'improrogabile compito di indirizzare normativamente il sistema verso una progressiva «aziendalizzazione» che comportasse una maggiore responsabilizzazione su risorse consumate e risultati ottenuti ed una crescente complessiva autonomia gestionale.

In questo contesto, le ASP hanno recuperato spazi per azionare alcune delle tipiche leve di gestione aziendale (3), dall'organizzazione interna fino alle modalità di reperimento di risorse

aggiuntive tramite le aree a pagamento, ma si trovano contemporaneamente sottoposte ad una maggiore pressione ambientale derivante sia dall'introduzione di logiche di finanziamento a preventivo e basate sui volumi di prestazioni effettivamente resi, sia da una progressiva apertura alle logiche di mercato attuata tramite l'inserimento di elementi di concorrenza tra pubblico/pubblico e tra pubblico/privato (4).

Il venir meno dell'ambiente istituzionale protetto in cui tradizionalmente operavano, nel quale la consuetudine del ripiano a consuntivo della spesa sembrava paradossalmente premiare

---

L'autore ringrazia Mario Del Vecchio e Giovanni Fattore per i loro preziosi commenti su una precedente stesura del presente articolo.

le strutture più inefficienti, pone le ASP di fronte a forti interrogativi sulla direzione da seguire per garantirsi una sopravvivenza nel lungo periodo non più istituzionalmente assicurata, ma dipendente in primo luogo dalla capacità di recuperare e mantenere nel tempo una reputazione «d'eccellenza» e l'affetto della comunità servita (5).

Le ASP si trovano a fronteggiare una situazione apparentemente paradossale in cui, dopo aver attentamente individuato i bisogni rilevanti per il bacino di utenza, devono garantire contemporaneamente livelli di produttività e qualità superiori al passato disponendo di un volume di risorse minore (6). In realtà, gli ampi spazi di miglioramento presenti nelle stesse organizzazioni sanitarie ridimensionano, almeno in parte, la difficoltà del compito che devono assumersi, il cui completamento richiede ovviamente, quali condizioni sine qua non di successo, il conseguimento di livelli superiori di efficienza e di efficacia (7) nei processi produttivi.

L'aumentata complessità del contesto ambientale pone dunque le ASP di fronte alla necessità di dedicare maggiore attenzione e risorse ad una qualche forma di attività pianificatoria che aiuti a ridurre l'incertezza percepita e si concretizzi in una strategia quale chiave di lettura unificante per il futuro di tutta l'organizzazione. Fare pianificazione strategica significa infatti identificare le azioni con cui dirigere l'azienda verso una situazione prospettica desiderata.

Di fronte a questo compito è lecito domandarsi quali spazi di autonomia reale si offrano al momento attuale per le ASP, al termine di un'epoca caratterizzata da un parziale trasferimento ai livelli istituzionali sovraordinati delle decisioni a carattere strategico (8): a questo proposito vengono di seguito presentate almeno le principali aree di

specifico intervento che possono e dovrebbero essere presidiate nel breve/medio periodo:

— la modifica dei criteri di allocazione delle risorse tra i sotto-sistemi aziendali ed al loro stesso interno, a partire dalle divisioni e dipartimenti, fino alle singole unità operative: sia a livello di azienda nel complesso che di unità organizzative, si cerca di passare da logiche di finanziamento a consuntivo a logiche di ripartizione basate su processi di negoziazione a preventivo, attivati in funzione di *budget* previsionali dei livelli quali-quantitativi di attività;

— la riorganizzazione delle unità operative, attraverso la creazione di aree funzionali omogenee e dipartimenti volti a consentire una condivisione delle risorse professionali ed operative in grado di favorire l'integrazione multidisciplinare richiesta dalla medicina moderna e la razionalizzazione dei costi nell'attività assistenziale e nell'utilizzo delle infrastrutture;

— l'attivazione di strategie mirate a posizionare e razionalizzare l'offerta dei servizi della struttura nei confronti della competizione pubblica e privata esistente nel territorio di riferimento; in questo senso, l'introduzione dei D.R.Gs. (9) permette di sviluppare una visione dei complessi ospedalieri di grandi dimensioni simile a quella di aziende *multibusiness*, in cui ogni specifica «patologia» è una sorta di prodotto/processo a cui corrispondono una specifica tecnologia (*know-how* del medico e attrezzature sanitarie) ed un tipo specifico di pazienti, ossia segmenti di clientela (Verme, Rosina, Visconti, 1997). In altre parole, la patologia, in cui si coniugano il prodotto, il processo, il mercato e la tecnologia, costituisce il primo elemento strutturale di un'organizzazione ospedaliera a matrice, in cui si incrociano le responsabilità del medico (*product/process*

*manager*) e del responsabile dei servizi di supporto (laboratori, cucine, ecc.). Tuttavia, onde evitare pericolose distorsioni, questa visione per linee di prodotto dell'ospedale deve essere accuratamente filtrata con le finalità istituzionali di tutela del bene salute, in relazione alle quali devono essere intesi come esclusivamente funzionali gli obiettivi di carattere economico. Infatti, giova ricordare che nell'appoggiare una particolare scelta il *management* sanitario dovrà tener conto anche dei vincoli di natura istituzionale legati alla natura «pubblica» dei servizi, alle disposizioni normative di riferimento, ed alle politiche e programmi, in potenziale conflitto di interessi, sostenuti dai livelli di governo sovraordinati, quali la Provincia (10), la Regione e perfino lo Stato;

— la predisposizione di specifici strumenti manageriali, in particolare di sistemi di programmazione e controllo in grado di fornire i flussi informativi necessari sia per attivare processi decisionali coerenti con gli obiettivi di economicità (11), sia per rilevare, distinguere e valorizzare i comportamenti positivi degli operatori sanitari;

— l'introduzione di utenze a pagamento;

— la protezione dell'*intellectual capital* a disposizione dell'azienda: la perdita a favore del privato di medici particolarmente importanti per il nome e la visibilità che garantiscono all'azienda comporta infatti l'annullamento di una vantaggio competitivo rilevante;

— l'attivazione di interventi sulla qualità del servizio offerto alla clientela e sulla cultura organizzativa e motivazione del personale professionale responsabile dell'erogazione delle prestazioni di cui si compongono i servizi (Massei, 1995);

— infine, la gestione del dinamismo interno, potenzialmente conflit-

tuale, che si può concretizzare in un elevato grado di instabilità a livello micro-organizzativo. A livello operativo i cambiamenti organizzativi presentano un'alta frequenza: si modificano e perfezionano procedure o protocolli operativi, si diversificano gli utenti, si costituiscono (anche informalmente) nuove unità operative, ecc. (Ruffini, 1995).

L'insieme dei precedenti elementi, integrato con altri fattori «minori» qui trascurati, tra cui merita comunque particolare menzione il nuovo contratto quinquennale di tipo privato stipulato dai vertici aziendali e soggetto a conferma in base ai risultati, rappresenta una prima determinazione di massima delle spinte intra ed extra-organizzative che impongono un ruolo crescente ai processi di pianificazione strategica nelle ASP (figura. 1).

Una pianificazione che deve discostarsi dalla tradizionale programmazione «infrastrutturale» (Melum, 1981; Borgonovi, Meneguzzo, 1985), il cui obiettivo primario era individuare il fabbisogno di posti letto e l'ade-

guamento degli spazi fisici e dei macchinari tecnologici (12), per sposare logiche non di solo adattamento ma di interazione pro-attiva (Reeves, 1993) con un ambiente che si può sotto certi aspetti negoziare e plasmare (13).

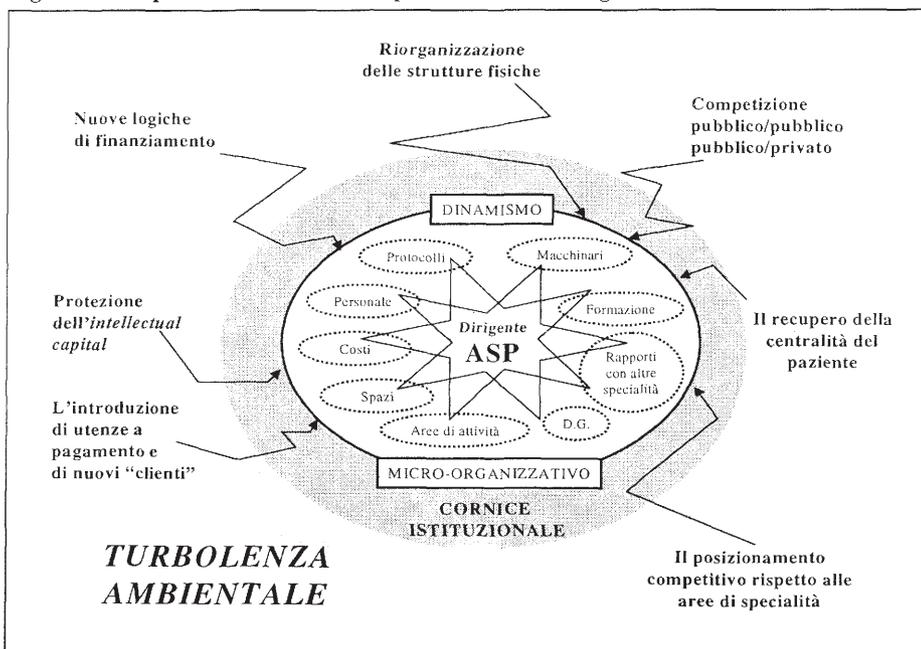
Tuttavia, prima di schierarsi a favore di un particolare approccio, occorre riflettere sul fatto che nonostante nell'ultimo decennio il tema della pianificazione strategica in campo sanitario sia stato positivamente oggetto di particolare attenzione e di numerose pubblicazioni nel mondo anglosassone (Bruton, Oviatt, Kallas-Bruton, 1995), vi sono ancora diversi elementi, quali la contraddittorietà empiricamente osservata nelle relazioni tra *performance* degli ospedali e perseguimento di strategie formalizzate (Denis, Langley, Lozeau, 1995; Langley, 1989), il relativo ritardo con cui il tema è stato affrontato in Italia e le peculiarità delle ASP italiane, che impongono i «piedi di piombo» sia agli studiosi impegnati nel sostenere i vantaggi della pianificazione strategica, sia ai dirigenti sanitari che sono portati a sostenere acritica-

mente le virtù putative della strategia formalmente elaborata.

La natura di sistemi professionali con potere decisionale frammentato, da cui deriva la difficoltà di stabilire una gerarchia di priorità ed obiettivi consensuali, e la tradizionalmente forte autonomia professionale dei medici, dovuta all'osservanza di una propria deontologia professionale che porta allo sdoppiamento delle linee di autorità (14) (Pool, 1991; Borgonovi, 1990), sono forse le due principali caratteristiche delle ASP italiane, di fronte alle quali diventa giocoforza necessario interpretare ed elaborare i concetti in materia di strategia sviluppati dalla letteratura in altri contesti geografici o di settore.

Nei seguenti paragrafi affronteremo questa problematica, interrogandoci sulle modalità che meglio possono consentire alle ASP di gestire e concretizzare con utilità il processo e l'*output* della pianificazione strategica. Per fare questo affronteremo inizialmente (§ 2) una breve *review* dei principali contributi teorici che possono venirci in aiuto, per poi costruire sulla base dei concetti chiave estrapolabili da tale *review* uno schema di riferimento (§ 3) a carattere prescrittivo. L'obiettivo è giungere ad una modellizzazione del processo che colmi il gap riscontrato in una letteratura italiana (inesistente) ed internazionale ancora limitatamente interessate al contesto sanitario e comunque spesso focalizzate su aspetti puramente descrittivi della realtà: paradossalmente, i pochi tentativi rintracciabili di definizione «normativa» del processo di formazione della strategia nelle ASP si focalizzano principalmente sui contenuti dell'approccio razional-gerarchico, trascurando in larga parte il fenomeno del dinamismo incrementale che sembra, almeno dal punto di vista descrittivo, caratterizzare le strutture sanitarie. Con il presente lavoro si

Figura 1 - Le spinte all'adozione della pianificazione strategica nelle ASP



vuole invece trovare una prospettiva di più ampio respiro, cercando una migliore sistematizzazione per tutti quei contributi teorici la cui riconciliazione può aiutare non solo a comprendere più a fondo la natura dei processi strategici in ambito sanitario, ma anche a modificarne la complessa realtà attraverso la minimizzazione della distanza tra formulazione (pensiero) ed implementazione (azione) che mina l'efficacia delle strategie intenzionalmente perseguite (Mintzberg, 1987).

## 2. Antecedenti teorici

La comprensione del modello che verrà proposto nei seguenti paragrafi non può prescindere da alcune brevi note introduttive sui contributi teorici a cui fa riferimento. La complessità delle organizzazioni sanitarie, riconducibili alla categoria delle *professionalized bureaucracies* (15) secondo la classificazione delle strutture organizzative proposta da Mintzberg (1979), determina l'impossibilità di fare riferimento ad un unico contributo teorico quale chiave di lettura del complessivo processo decisionale strategico: diversi contributi presi singolarmente possono aiutare a spiegare parte del processo e dell'*output*, ma solo l'integrazione degli stessi contributi negli aspetti rilevanti per le ASP può consentire di ricostruire un quadro generale della pianificazione strategica da cui procedere alla definizione di uno schema che sia coerente con gli aspetti descrittivi e contemporaneamente abbia carattere prescrittivo.

Punto di partenza di questo breve *excursus* nella letteratura sono gli autori collocabili nella scuola dell'adattamento razionale all'ambiente. Questo approccio alla pianificazione strategica prende spunto dalle origini militari del termine strategia, come confermato dalle definizioni date dal Webster's New World Dictionary, se-

condo cui «strategy is the science of planning and directing military operations», e dall'Oxford Dictionary, secondo il quale «strategy is the art of war, the management of an army or armies in a campaign». Fin da queste prime considerazioni emerge il tema della razionalità, che rappresenterà uno dei componenti qualificanti la maggior parte delle definizioni manageriali del concetto di strategia.

Ad esempio, alla domanda «che cosa è la strategia?» Alfred Chandler rispondeva: «strategy is the determination of the basic long-term goals and objectives of an enterprise, and the adoption of courses of action and the allocation of resources necessary for carrying out these goals». Più di recente William F. Glueck ha definito la strategia come «a unified, comprehensive, and integrated plan designed to ensure that the basic objectives of the enterprise are achieved». Rispetto alle definizioni di ispirazione militare, qui emergono due ulteriori elementi distintivi: innanzitutto il problema della definizione dei fini dell'impresa (*goals*) quali componenti fondamentali della strategia, che per lo stratega militare non si pone dato il carattere estemporaneo e chiaramente delineato della guerra che conduce; in secondo luogo appare implicito il carattere di razionalità dell'attività di pianificazione strategica, dal quale discende direttamente l'impostazione tradizionale del processo di formulazione della strategia. Tale processo è costituito in linea generale da tre fasi sequenziali (Hill-Jones, 1992) secondo cui 1) l'organizzazione provvede a definire la sua missione ed i principali obiettivi, 2) individua sulla base di analisi ambientali ed organizzative le azioni (o scelte strategiche) che meglio sembrano assicurare il raggiungimento degli obiettivi, 3) realizza le scelte allocando ed utilizzando le proprie risorse di conseguenza (figura

2a). Gli esponenti principali di questa scuola sono in genere associati ad i nomi di Ansoff (1965) da un lato e della scuola di Harvard, con in particolare Andrews (1971) dall'altro. La differenza più significativa tra Ansoff ed il gruppo di Harvard è forse rintracciabile nel tentativo operato dal primo di proceduralizzare il più possibile il processo decisionale strategico con intenti normativi. Il punto di congiunzione più importante è invece sicuramente individuabile nella scomposizione del processo in due momenti sequenziali e temporalmente separati: l'astrazione del pensiero, cioè la riflessione sugli indirizzi strategici, precede il momento applicativo ed è esclusiva competenza dei vertici aziendali. L'occhio distaccato con cui viene interpretata la realtà porta alla formulazione ed implementazione di strategie con logiche *top-down*. A supporto del processo vengono individuati degli strumenti specifici di analisi: da un lato la celebre tecnica S.W.O.T. (16), fondata sulla convinzione che la congruenza tra fattori di forza e debolezza interni ed esterni all'organizzazione consenta di progettare una strategia capace di «catturare» il successo (Mintzberg, 1996), dall'altro le *check-list*, gli indicatori e la matrice di Ansoff (1965).

In sintesi, il processo di pianificazione strategica proposto da questi autori si caratterizza per una sostanziale staticità delimitata dall'analisi aprioristica dei fattori ambientali ed interni rilevanti per l'organizzazione, ed ammette le sole categorie delle strategie intenzionali o deliberate, realizzate od irrealizzate: questi «dogmi» della pianificazione comunemente definita razionale, pur mantenendo una validità confermata dall'ampia diffusione ed utilizzo di cui godono nei contesti aziendali (Pettigrew, Whipp, 1991), sono stati oggetto negli ultimi anni di un profondo ripensamento ispirato

dalla teoria incrementalista di Quinn e dalla teoria della strategia emergente di Mintzberg.

Mintzberg (1978) mette in discussione il paradigma della strategia intenzionalmente e razionalmente deliberata, introducendo il concetto della strategia emergente quale risultato di una serie di azioni (un *pattern*) che hanno finito per convergere verso una certa coerenza o modello: questo percorso può essere riconosciuto dai dirigenti e perfino legittimato come intenzionale, ma ciò può avvenire solo dopo che i fatti si sono verificati e la strategia si è «avverata». La strategia emergente non è inizialmente governabile dai dirigenti, ma è il frutto di un susseguirsi casuale di eventi che trovano coerenza con il graduale apprendimento organizzativo. Poiché però non è ipotizzabile che un'organizzazione si affidi esclusivamente alle capacità del *management* di riconoscere in anticipo le strategie emergenti, che pur esaltando le doti di apprendimento dell'organizzazione al tempo stesso impediscono qualsiasi forma di controllo strate-

gico, occorre comunque attivare contemporaneamente processi formali, tali per cui la strategia scaturente da questo *mix* di intenzionalità e casualità si collocherà, di norma ma non necessariamente, in un punto intermedio tra gli estremi della strategia deliberata e della strategia emergente (figura 2b).

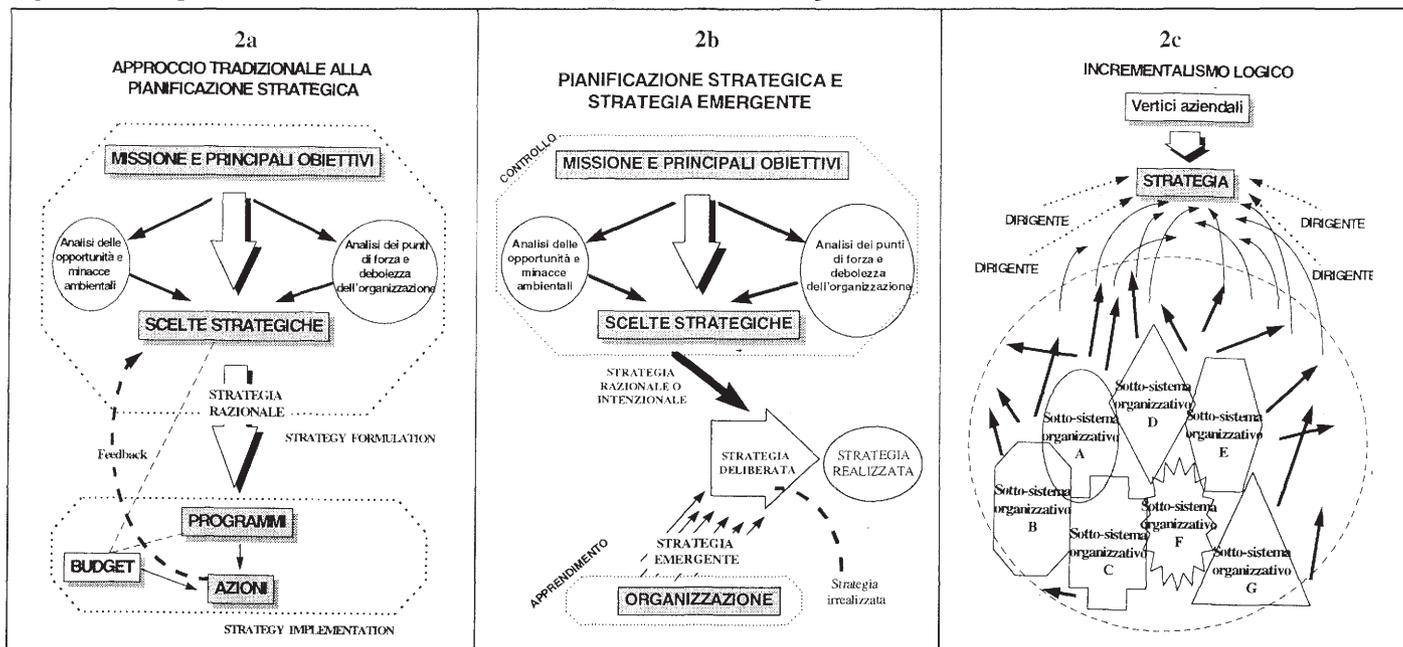
Sulla base delle stesse premesse di incongruenza tra strategie intenzionali e perseguite, ma con un approccio più organizzativo, Quinn (1980) introduce il concetto di *logical incrementalism* (incrementalismo logico) per descrivere ciò che egli considera l'effettivo processo con cui la strategia viene sviluppata ed attuata nelle organizzazioni.

Già in precedenza Lindblom (1959) aveva osservato che il processo decisionale nelle organizzazioni pubbliche complesse, tra cui in particolare quelle sanitarie, si svolgeva secondo logiche di incrementalismo disgiunto (17): si tratta della ormai nota *science of muddling through*, secondo cui il funzionamento organizzativo è legato ad una sequenza di successive negoziazioni, di piccoli passi che non si allontanano

no troppo dallo *status quo* e che si sviluppano senza un disegno intenzionale, ma attraverso un processo di graduale contemperamento degli interessi dei gruppi coinvolti nell'arena decisionale.

Partendo da questa prospettiva, Quinn ha teorizzato un incrementalismo logico in cui ogni area decisionale dell'organizzazione, sottoposta alla discrezionalità ed al controllo di un dirigente, tende ad assumere decisioni innovative che se prese singolarmente costituiscono piccoli cambiamenti in una direzione, ma che col tempo sedimentandosi portano ad un riorientamento complessivo dell'organizzazione. Anche in presenza di una strategia definita o di un programma di cambiamento chiaro, i dirigenti chiave dell'organizzazione non assumono decisioni radicali che portino rapidamente al raggiungimento diretto dei risultati sperati, ma al contrario cercano di minimizzare le resistenze focalizzando la propria attenzione sui piccoli cambiamenti e sugli eventi fortuiti che possono far procedere l'azienda nella direzione desiderata (figura 2c). Il

Figura 2 - Principali antecedenti teorici nella letteratura di pianificazione strategica



*management* dell'azienda svolge quindi la funzione di «arbitro» delle spinte dispersive che si sviluppano nei sotto-sistemi organizzativi, individuando e supportando in modo proattivo ed incrementale le azioni che meglio possono servire alla «causa» aziendale. Più tardi, Quinn (1985) svilupperà il concetto delle *umbrella strategies*, che da un punto di vista operativo si concretizzano in sistemi di pianificazione flessibili in cui dirigenti forniscono un quadro generale degli obiettivi di massima e stimolano i subordinati a sviluppare le scelte strategiche che rispondano a tali obiettivi. Nello stesso filone di pensiero si possono collocare gli attuali studi sulla strategia per tentativi (Avenier, 1997).

Il grande merito ascrivibile sia a Mintzberg che a Quinn è quello di aver sottolineato la distanza incolmabile tra la formulazione e l'attuazione delle strategie. Nei sistemi complessi bisogna tener conto di diversi fattori che influenzano l'intenzionalità del *management*: i processi di apprendimento organizzativo, la pura casualità, la divergenza di interessi e la pluralità di obiettivi conflittuali sono alcuni esempi di questi fattori.

Inoltre, come messo in luce tra gli altri anche da Weick (1987), una eccessiva formalizzazione del processo di pianificazione introduce elementi di rigidità che mal si adattano alle organizzazioni operanti in un settore dei servizi sempre più dinamico, in cui le capacità di apprendere, adattarsi, prevedere e modificare l'ambiente sono tutte fondamentali.

In questo senso, l'approccio *bottom-up* e l'enfasi sui processi di *learning by doing* proposta da entrambi gli autori ben si sposa con la prospettiva organizzativa dei sistemi cognitivi (Weick, 1969; Nonaka, 1994), in cui le aziende sanitarie possono essere classificate come uno dei prototipi

più delle *learning organization* (18) (Hult, Lukas, Hult, 1996).

In campo internazionale, negli studi di *management* in ambito sanitario l'incrementalismo ha goduto fino ad oggi numerosi sostenitori (Pettigrew, Ferlie, McKee, 1992) a motivo del suo realismo e della sua capacità descrittiva: argomento comune era sostenere che tale era il modo con cui effettivamente si comportano le organizzazioni sanitarie a dispetto della retorica della pianificazione formale e razionale (19).

Tuttavia, questa tesi ampiamente sostenuta in letteratura merita due considerazioni:

1) la prima riguarda l'attuale validità descrittiva dell'incrementalismo, quando gli ultimi anni hanno rappresentato per tutti i sistemi sanitari un periodo di forte compressione delle spese che ha richiesto nelle singole strutture di erogazione interventi rapidi (tagli, accorpamenti, *downsizing*, ecc.) e difficilmente gestibili in maniera «decrementalista». Allo stesso tempo, la conseguente accresciuta necessità delle ASP di reperire le risorse ed il sostegno della comunità di riferimento impone maggiore attenzione sul contributo dato dalla prospettiva neo-istituzionalista (Zucker, 1987; Powell, Di Maggio, 1991), secondo la quale le organizzazioni, nella ricerca spasmodica di ottenere quella legittimazione e quel supporto sociale necessario alla sopravvivenza, sviluppano un principio di isomorfismo al contesto istituzionale in cui si trovano radicate. Le scelte strategiche diventano quindi motivate non solo da ragioni «coercitive» o «normative», ma anche da ragioni «mimetiche», cioè legate a comportamenti ed atteggiamenti ritenuti necessari o consigliabili in quanto considerati professionali, moderni, socialmente desiderabili, ecc.;

2) la seconda considerazione riguarda il limite intrinseco legato alla semplice descrittività storicamente associata all'incrementalismo. In generale, tale comportamento è stato visto come frutto spontaneo di una inclinazione naturale delle organizzazioni particolarmente complesse; poco spazio è stato al contrario dedicato allo studio delle sue potenzialità prescrittive in tali contesti. Solo di recente, attraverso i sistemi di strategia per tentativi, si è cercato di innovare i modelli del processo di formazione delle strategie più adeguato a particolari contesti industriali/imprenditoriali complessi, di dimensioni rilevanti e permeati da differenti *sub culture* organizzative. Tuttavia, la empiricamente provata validità di tale modello nel contesto privato non può essere automaticamente sostenuta per le organizzazioni pubbliche, in cui confluiscano specifiche difficoltà legate ad una radicata tendenza alla preservazione dello *status quo* ed alla mancanza di una sviluppata e radicata cultura manageriale/aziendale negli operatori con *background* professionale tipico di altri campi del sapere.

Queste considerazioni investono in pieno le ASP, rispetto alle quali è particolarmente pressante la necessità di adattare ed integrare le diverse prospettive teoriche per comprendere ed ottenere un processo di pianificazione strategica realmente gestibile alla luce della crescente ma ancor limitata professionalità manageriale di cui dispongono oggi dirigenti ed operatori sanitari.

### **3. Lineamenti per un approccio dialettico: la recita della pianificazione strategica**

Alla luce dei precedenti paragrafi, si ricava l'impressione che una qualsiasi ipotesi di modello per i processi decisionali strategici delle ASP debba

al minimo soddisfare due ordini di motivazioni potenzialmente conflittuali.

Da un lato, la crescente turbolenza e dinamicità dell'ambiente (sotto ogni profilo, sia tecnico che sociale, istituzionale, politico, economico...) spinge verso l'adozione di processi formali che portino ad un *output*, la strategia, intenzionalmente pensato per ridurre l'incertezza percepita nell'ambiente; una strategia che assolva anche la funzione di segnalare e legittimare l'impegno dell'istituzione nei confronti della comunità, in modo da garantirle quel supporto sociale indispensabile in un contesto competitivo di risorse economiche scarse.

Dall'altro lato, la complessità organizzativa (vincoli normativi, la doppia linea gerarchica, la conflittualità, il carattere di burocrazia professionale) ed il dinamismo incrementale tipico delle ASP spingono verso una maggiore considerazione del ruolo dell'apprendimento organizzativo nel processo di formazione della strategia; in questo senso, la centralità della figura professionale (medico) nei processi decisionali operativi comporta almeno due conseguenze rilevanti di cui tener conto. In primo luogo, l'instaurarsi di un rapporto fiduciario tra medico e paziente crea delle relazioni basate sull'aspetto qualitativo del servizio che indeboliscono l'influenza delle regole di coordinamento organizzative: nell'impiego delle risorse aziendali viene privilegiata l'efficacia sull'efficienza. Questo fenomeno, in cui si manifesta in pieno l'influenza della deontologia professionale, è poi acuito dall'esistenza di una debole «cultura della cosa pubblica» (Borgonovi, 1990), tale per cui «è comune riscontrare come le stesse persone abbiano differenti atteggiamenti nei confronti dei problemi dell'equilibrio economico a seconda che operino in aziende pubbliche (ospedali pubblici, unità sanita-

rie locali) o in aziende private (propri ambulatori, cliniche private, ecc.)». Emerge così prepotentemente il ruolo chiave della variabile cultura organizzativa di tipo professionale degli operatori sanitari, la cui conseguenza diretta è l'identificazione dell'individuo con la professione piuttosto che con l'organizzazione di cui fa parte: ogni persona a un suo set di obiettivi e regole di coordinamento dell'azione che spesso divergono da quelle generali dell'organizzazione. La struttura sanitaria diventa quindi il mezzo per esercitare la propria professione e costruirsi il rapporto fiduciario con il paziente.

In secondo luogo, le figure professionali sono direttamente coinvolte nell'attività operativa quotidiana ed è quindi logico ritenere che siano i soggetti più pronti ad avvertire e giudicare cambiamenti, nuove tendenze ed opportunità che si sviluppano nel «mercato» dei bisogni sanitari: questa conoscenza del «polso della situazione» rende indispensabile la loro partecipazione nel processo di formazione della strategia.

Le precedenti considerazioni conducono quindi a sostenere la tesi secondo cui i processi decisionali strategici nelle ASP, come nel resto delle organizzazioni umane in cui vi è una struttura del potere diffusa, devono essere gestiti con modalità partecipative che favoriscano l'integrazione culturale: il coinvolgimento di diversi centri decisionali in potenziale conflitto di interessi impone l'obbligo di armonizzare situazioni in cui al limite si può paradossalmente pensare che ogni singolo professionista segua una sua strategia (20).

In sintesi, il problema che si pone è come sviluppare un modello di pianificazione strategica che rispetti il vincolo del soddisfacimento contemporaneo delle esigenze complementari di:

— individuare a livello di azienda linee strategiche razionali unificanti, elaborate con l'adozione di sistemi formali condivisi;

— preservare e valorizzare l'autonomia decisionale/operativa dei professionisti che vi operano, secondo una logica di coerenza con la cultura dominante, con la capacità di apprendimento e con il meccanismo adattivo/incrementale tipico delle ASP.

In risposta a tali esigenze, la soluzione più idonea sembra propendere verso uno schema di riferimento che coniughi gli aspetti formali di razionalità e legittimazione della strategia con gli aspetti informali della negoziazione del processo.

Prendendo spunto dalla metafora di Degeling (1996), le ASP possono essere viste come un teatro in cui si svolge la recita della pianificazione: sul palco viene presentata la strategia come prodotto di quei valori, quali la razionalità, l'oggettività, il pieno consenso, l'intenzionalità, che conferiscono legittimità, supporto sociale e spinta unificante all'organizzazione, mentre dietro le quinte si svolgono le negoziazioni «politiche», gli scambi conflittuali, i compromessi di cui si nutre il processo decisionale.

Una recita, quella della pianificazione, che si può strutturare nei seguenti quattro atti che rappresentano altrettanti fasi dello schema di riferimento complessivo:

atto I. Il contributo del vertice aziendale: razionalità ed intenzionalità;

atto II. Medici in prima linea: il ruolo dell'apprendimento organizzativo;

atto III. Il momento del confronto: integrazione e conflittualità di interessi;

atto IV. Si chiude il sipario: applausi o fischi?

### 3.1. Atto I. Il contributo del vertice aziendale: razionalità ed intenzionalità

I vertici delle ASP sviluppano, attraverso il contributo di apposite unità di *staff* o consulenti esterni, un approccio formale alla pianificazione strategica: l'obiettivo non è giungere a scelte strategiche definitive, quanto predisporre un *set* di linee guida che verrà poi in un secondo momento confrontato con le proposte provenienti dalla base organizzativa.

I momenti rilevanti in questa fase sono le tradizionali analisi dell'ambiente esterno e del contesto organizzativo interno, volte rispettivamente a valutare il grado di risposta ai bisogni della comunità insieme alle minacce ed opportunità legate ai *trend* delle variabili sociali e macroeconomiche, ed a delineare punti di forza e debolezza e competenze distintive relative a specifiche aree di competizione: l'unità di analisi è nel primo caso l'organizzazione rispetto all'ambiente, nel secondo caso le singole unità operative di cui si compone l'organizzazione stessa. A proposito di queste analisi è interessante osservare il doppio ruolo che possono assumere le opinioni nei processi decisionali delle ASP. Da un lato, come fanno notare Denis, Langley e Lozeau (1995) nel loro studio condotto sugli ospedali pubblici del Canada, si osserva spesso nelle scelte critiche (strategiche) una maggiore importanza delle opinioni rispetto alle analisi ed ai dati: un comportamento questo che sembra coerente con la cultura tipica delle ASP improntata ad una forte autonomia professionale. Dall'altro lato emerge invece la rilevanza dell'aspetto interpretativo nel valutare i bisogni e le aspettative della comunità di riferimento: la tendenza di alcuni ospedali a dotarsi dei servizi e delle tecnologie *state of the art* implica l'interpretazione di aspettative molto elevate da parte della comunità.

Questo percorso di sviluppo che ha caratterizzato i grossi ospedali polispecialistici, pone oggi diverse ASP di fronte al problema di confrontarsi con attese di qualità e quantità di servizi difficilmente soddisfabili in un periodo di contenimento dei costi.

A supporto di una maggiore oggettività nelle analisi e nelle interpretazioni, vi sono diversi strumenti operativi che si possono adattare al contesto sanitario: tra gli altri, rimandando alla vasta letteratura per approfondimenti specifici, possiamo ricordare il modello di Porter delle cinque forze, il modello del ciclo di vita dell'industria, le analisi epidemiologiche e dei *trend* sociali e demografici, le matrici BCG, McKinsey, di Ansoff, ecc. Ovviamente, una maggiore rigosità di indagine non risolve il problema dell'interpretazione ed utilizzo più o meno appropriato delle informazioni a disposizione.

Le considerazioni su questa prima fase «formale» del processo non si esauriscono però qui: due ulteriori punti meritano ampio spazio nel complesso contesto organizzativo delle ASP.

La prima riguarda il ruolo che si può assegnare al *set* di linee guida strategiche a cui si perviene. In presenza di un sistema di pianificazione flessibile ad ampia partecipazione, se vi è totale accordo sull'importanza di comunicare una visione unificante delle finalità istituzionali e della collocazione futura dell'azienda (Jick, 1993; Johnson, 1995), più discutibile è la scelta di comunicare anticipatamente con logiche *top-down* anche le modalità con cui la direzione si aspetta di raggiungere tale situazione prospettica: la questione nasce dalla potenziale influenza che tale conoscenza a priori può indurre sulla creatività degli operatori aziendali chiamati a contribuire alla pianificazione strategica. Alcuni studi empirici (Noda, Bower,

1996) hanno messo in luce come i vertici aziendali, attraverso la definizione del contesto organizzativo, esercitino un'influenza critica sulle iniziative strategiche dei quadri intermedi: la percezione di una cultura favorevole all'innovazione e cambiamento, ed una forte presenza di *leadership* da parte della direzione sembrano essere due fattori trainanti fondamentali per il successo di processi decisionali strategici partecipativi.

La seconda riflessione riguarda la relazione che si instaura tra pianificazione, impegno dell'organizzazione e legittimazione. Denis, Langley e Lozeau (1995), hanno osservato che la pianificazione strategica formale negli ospedali pubblici non può essere semplicemente intesa come frutto di considerazioni razionali: al contrario, valori politici e simbolici assumono grande significato nel processo di pianificazione. Le ASP italiane si trovano al momento attuale a fronteggiare una situazione in cui la pianificazione si deve focalizzare non tanto sull'allocazione delle risorse a disposizione, quanto sulla acquisizione di risorse aggiuntive in un contesto di relativa scarsità. Allora, come chiariscono Stone e Brush (1996), i meccanismi razionali di pianificazione possono assumere un significato simbolico: non è tanto importante la sostanza, il contenuto delle strategie elaborate, quanto la potenziale impressione favorevole creata dalla sola esistenza del processo di pianificazione. Le ASP possono quindi pensare di utilizzare strumentalmente la pianificazione strategica per comunicare il proprio impegno nei confronti della comunità di utenti, ed assicurarsi quella legittimazione e quel supporto sociale derivante dall'aver chiarito la propria missione nei confronti degli *stakeholders*. A questo proposito Mintzberg (1996) definisce la pianificazione come strumento di pubbliche relazioni.

Inoltre, facendo riferimento alle teorie del neo-istituzionalismo, si può supporre che un'ulteriore spinta alla pianificazione formale sia legata alla sua percezione di comportamento radicato nell'ambiente competitivo (se praticata dalla maggioranza delle restanti ASP) e valutato positivamente dai livelli istituzionali sovraordinati (vedi Regione) (21) e dai potenziali *stakeholders*. La necessità, o comunque il desiderio di mobilitare risorse aggiuntive attraverso canali diversi da quelli istituzionali, come ad esempio le sponsorizzazioni sociali ed i finanziamenti a fondo perduto ottenibili da fondazioni bancarie e da imprese farmaceutiche, possono rappresentare forti motivazioni per l'attivazione di meccanismi formali di pianificazione.

Tuttavia, è bene chiarire che, nonostante i potenziali effetti positivi, in tutti i casi in cui si associa un valore meramente simbolico alla pianificazione il rischio è di finire in quello che potremmo definire il paradosso della razionalità simbolica: le lacune nei contenuti della strategia produrranno effetti negativi sui risultati dell'organizzazione, e l'impossibilità di far fronte nel futuro agli impegni presi ri-

metterà ancor più di prima in discussione la credibilità e legittimazione dell'organizzazione.

La figura 3 descrive i tratti fondamentali di questo primo atto del processo pianificatorio.

### 3.2. Atto II. Medici in prima linea: il ruolo dell'apprendimento organizzativo

Contemporaneamente ai vertici aziendali, un secondo *set* di attori si deve muovere sul palco dell'organizzazione: sono i professionisti, i medici, cioè quegli attori che sono direttamente a contatto con l'attività operativa quotidiana. Il loro ruolo nel processo di pianificazione è fondamentale, dato che soltanto loro possono avere il cosiddetto «polso della situazione», percependo per primi i sintomi dei mutamenti nei bisogni sanitari espressi dalla popolazione, nonché le opportunità offerte da innovazioni tecnologiche, dall'introduzione di nuovi servizi, dal potenziamento/depotenziamento di quelli esistenti, ecc. In effetti, ai medici non è richiesto semplicemente di erogare una prestazione tecnico-specialistica ad elevata profes-

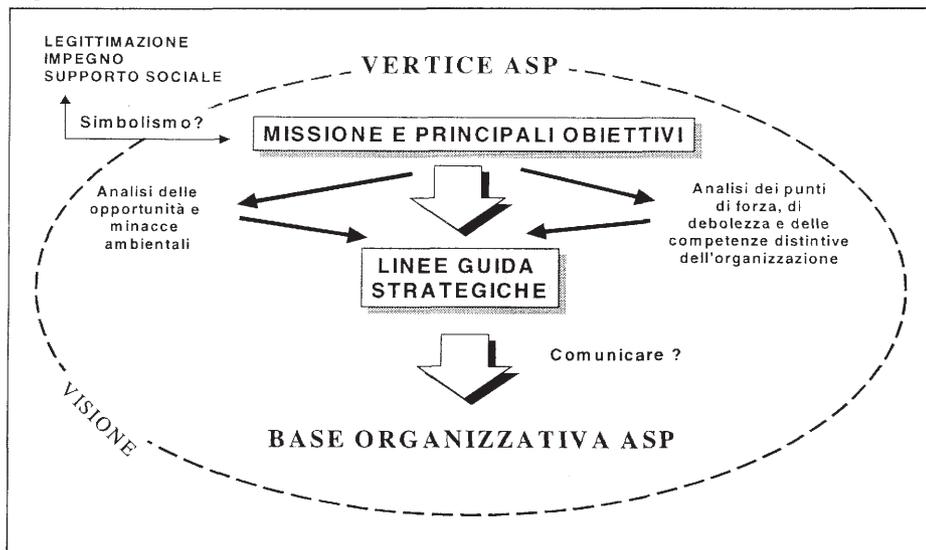
sionalità, ma è anche parte dei loro compiti individuare la domanda specifica dell'utente e contemporaneamente la migliore modalità di trattamento in termini quali-quantitativi (Zangrandi, 1993). Sul ruolo chiave dei medici vi è pieno accordo in letteratura italiana e straniera (Del Vecchio, 1995; Ramponi, 1993; Denis, Lanlgey, Lozeau, 1995; Degeling, 1996; Bennet, 1994), dove la figura centrale nei processi decisionali è identificabile negli attori che svolgono la funzione di coordinamento tra l'attività operativa e le esigenze complessive dell'azienda espresse dalla Direzione generale: si tratta quindi delle posizioni di *middle management* (22), quali i primari, i responsabili dipartimentali, i responsabili dei servizi di supporto, i capo-infermieri, ecc., che per la natura primaria/divisionale delle strutture sanitarie attuali assumono il ruolo di interlocutori privilegiati con la direzione.

A loro spettano due compiti collegati alla posizione di *leadership*:

i) creare un clima partecipativo in cui il singolo operatore sanitario si senta motivato a riflettere sul funzionamento dell'organizzazione ed a proporre quegli interventi che ritiene possano apportare migliorie;

ii) tradurre in termini concreti le proposte che ritiene valide, attivando direttamente quelle che per dimensioni, tempi richiesti e risorse sono attuabili senza l'intervento della direzione e proponendo sotto forma di programmi e *budget* le restanti. Operativamente ciò significa fare scelte su quali segmenti della «clientela» focalizzare gli sforzi, su quali settori sviluppare la ricerca, su quali tecnologie investire, su quali utenze a pagamento concentrarsi, ecc.; queste iniziative possono essere controllate a monte attraverso lo strumento del *budget*, accanto al quale si dovrebbe anche incentivare la libera imprenditorialità dei medici nel ricer-

Figura 3 - Atto I. Il contributo del vertice aziendale: razionalità ed intenzionalità



care ed attivare fondi esternamente all'azienda per specifici progetti da gestire in parziale autonomia (23).

Adottare questo approccio partecipativo significa sposare la prospettiva della *learning organization*, riconoscendo la necessità di coinvolgere nei processi strategici quegli operatori che sono in grado di valutare il «prodotto» dell'organizzazione nella sua complessità dinamica e multidimensionale, cioè contemporaneamente sotto l'aspetto medico, sociale, cognitivo ed emotivo (Hult, Lukas, Hult, 1996): l'apprezzamento della qualità e completezza del servizio assistenziale non si esaurisce nella componente tecnica, ma comporta una valutazione soggettiva fondata sull'effettiva conoscenza dei processi operativi. Questo fatto chiarisce ancor meglio perché nei processi decisionali delle ASP vi sia una marcata preminenza delle opinioni sulle analisi, così come accennato nel precedente paragrafo.

In sintesi, si osserva la centralità della figura professionale, a cui la direzione deve imporre la partecipazione attiva ai processi di pianificazione strategica per almeno due ordini di motivi: da un lato per mettere a frutto la loro esclusiva conoscenza delle dinamiche del settore di attività che presidiano (Del Vecchio, 1995) e le capacità di apprendimento organizzativo delle ASP, dall'altro per legittimare anche internamente il processo di pianificazione e per minimizzare la fisiologica resistenza che si manifesta al momento di realizzare cambiamenti non interiorizzati a sufficienza.

Il vero punto interrogativo su cui concentrare l'attenzione si sposta quindi sul modo con cui gestire concretamente, attraverso la mediazione operata dai *middle managers*, tale partecipazione della base organizzativa. Nello schema di riferimento generale qui proposto, l'idea è di far sviluppare alle singole unità operative un'analisi

che replichi almeno parzialmente quella condotta a livello aziendale dalla direzione: ovviamente l'unità di indagine è in questo caso rappresentata dal singolo servizio o prestazione erogata dall'unità operativa, e l'ambiente è ristretto al bacino di utenza effettivo e potenziale per quell'area di attività. In ottica prospettica, la possibilità che l'azienda ri-progetti la propria organizzazione interna secondo logiche dipartimentali, utilizzando i gruppi di lavoro od altri criteri di aggregazione trasversale potrà richiedere un cambiamento nell'unità base di analisi per uniformarsi alla nuova struttura organizzativa, con chiari riflessi anche sul bacino utenti.

Nel corso del processo occorre assistere le capacità manageriali in via di sviluppo dei medici con alcuni degli stessi strumenti utilizzati dalla direzione nell'analisi aziendale, dopo averli opportunamente adattati. Uno strumento che, se opportunamente adattato, sembra indicato per la sua flessibilità è rappresentato dalla matri-

ce di Ansoff (1965) che classifica le strategie di diversificazione dei servizi (figura 4).

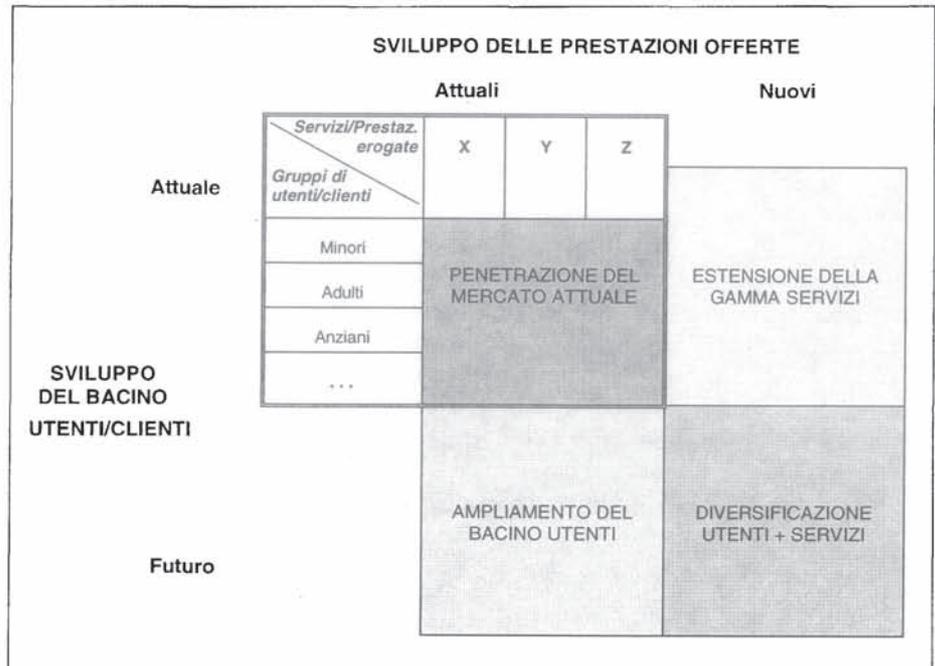
Lo sviluppo dei singoli quadranti della matrice rispetto alle categorie delle prestazioni e dei gruppi di clienti permette di apprezzare la situazione attuale e prospettica dell'unità organizzativa.

La flessibilità dello strumento dipende da due ordini di fattori:

— permette di svolgere in sequenza analisi delle capacità operative dell'unità, scorpendo e successivamente re-integrando i diversi quadri della matrice che rispondono alle domande del «dove si colloca ora l'unità?» e del «dove vogliamo spostarla?»;

— al tempo stesso consente di rispondere alla domanda «come ci spostiamo verso gli obiettivi?» attraverso analisi sia quantitative che qualitative, a seconda che le caselle della matrice siano riempite di numeri o considerazioni descrittive sui punti di forza o debolezza rispetto ai diversi servizi offerti o potenziali.

Figura 4 - Matrice delle strategie di sviluppo dei dipartimenti/divisioni e servizi delle ASP



L'utilizzo di strumenti a supporto delle analisi non deve comunque essere inteso come una panacea per la mancanza di cultura manageriale: al contrario la direzione deve investire fin dall'inizio sulla formazione manageriale degli attori che ricoprono i ruoli organizzativi critici nel processo di pianificazione, in particolare proprio su quelle figure che ricoprono gli spazi intermedi tra vertice e base e sono pertanto continuamente sottoposte a conflittuali pressioni provenienti dalle direzioni opposte (Jick, 1993). Come osserva Mintzberg (1996), non è il sistema ma sono le persone a creare la strategia. La pianificazione è il mezzo con cui si rende operativa in obiettivi intermedi e programmi una strategia che si sviluppa nella mente delle persone: non è il processo di pianificazione che conduce alla strategia, ma la strategia che guida il processo di pianificazione. Investire sulle risorse umane dovrà quindi essere un punto fisso di qualsiasi strategia che le ASP vorranno perseguire.

La figura 5 descrive i tratti fondamentali di questo secondo atto del processo pianificatorio.

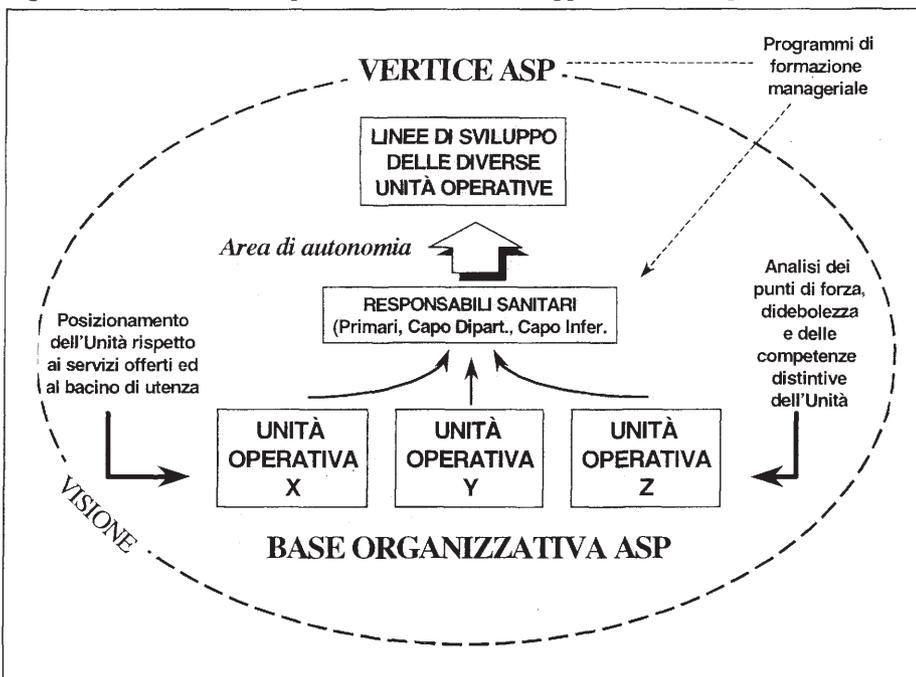
### 3.3. Atto III. Il momento del confronto: integrazione e conflittualità di interessi

Fino a questo punto i nostri attori hanno svolto separatamente le prove generali sul palco: adesso devono rifinire e concretizzare il lavoro (il processo di pianificazione) giungendo a definire obiettivi e strategie condivise dall'organizzazione. È utopico pensare che sia possibile trovare un accordo generale: ogni singola area dell'organizzazione si presenterà con dei propri convincimenti in potenziale conflitto con le restanti aree e con le intenzioni della direzione. La chiave per concretizzare il processo di pianificazione consiste nell'introdurre un meccanismo dialettico di contemperamento degli interessi che rispetti il quadro delle linee di sviluppo complessive dell'organizzazione preminenti sulle

scelte *sub* organizzative. Dietro le quinte, lontano dagli occhi indiscreti dell'ambiente istituzionale, i membri dell'organizzazione si spartiscono il futuro dell'organizzazione, attraverso una contrattazione che dà libero sfogo alla natura politica del processo. Un meccanismo partecipativo che però si deve caratterizzare più che per la forma per il contenuto: produrre tanto «fumo» e poco «arrosto» può causare una delegittimazione del processo in tempi successivi. Gli impegni e gli accordi presi dalla direzione devono essere nei limiti del possibile rispettati, così come l'interazione non deve risolversi in una pantomima, ma in un effettivo scambio di opinioni e proposte attentamente ascoltate e valutate.

La negoziazione e la soluzione per integrazione dei punti di vista (Comboni, 1993) rappresentano i meccanismi privilegiati in questo contesto: solo secondariamente, la soluzione di conflitti non appianabili, la riaffermazione delle priorità aziendali nei casi in cui vengono messe in discussione e la necessità di velocizzare il processo può richiedere un comportamento di «despotismo illuminato» (24) da parte della direzione, a patto che sia in grado di esercitare la dovuta *leadership* e si assuma la responsabilità di fungere da garante imparziale rispetto alle pressioni organizzative. Sebbene il concetto del despota illuminato, cioè l'accentramento del potere organizzativo nelle mani di una figura carismatica di vertice, sia stato sviluppato con riferimento alle piccole e medie imprese, si può osservare che il numero contenuto dei livelli dirigenziali nelle ASP lo renda applicabile anche in queste realtà: d'altronde, anche se la soluzione «gerarchica» si colloca sicuramente in contraddizione con la natura professionale delle ASP, è pur vero che lo stesso legislatore introducendo la figura del Direttore generale ha stimolato e legittimato un maggiore

Figura 5 - Atto II. Medici in prima linea: il ruolo dell'apprendimento organizzativo



accentramento delle funzioni manageriali rispetto al passato.

Il ruolo della Direzione nel processo negoziale è centrale: oltre a porsi come controparte di ciascuna area organizzativa, assume anche la preziosa funzione di mettere in contatto, di facilitare la comunicazione ed interazione tra le «visioni» individuali dei diversi dirigenti sanitari (Colombo, 1993), contribuendo così alla formazione di una visione strategica condivisa e all'individuazione a livello aziendale di eventuali strategie emergenti. In questo senso, l'analisi strategica a livello di singola unità operativa non solo consente di legittimarne la validità degli indirizzi strategici di fronte alla direzione ed al resto dell'organizzazione, ma ha soprattutto il compito di indurre il professionista a riflettere sulla direzione in cui, magari inconsapevolmente, si sta muovendo la sua area di attività: la ricomposizione, operata a livello centrale, del quadro unitario delle spinte innovative e per lo più di tipo incrementale che si propagano dalla base organizzativa dovrebbe consentire ai vertici aziendali di riconoscere i *patterns* che danno luogo a strategie emergenti (Mintzberg, 1987).

In breve, la direzione, in qualità di organo centrale istituzionalmente preposto all'attività di indirizzo strategico della ASP, è chiamata ad assumere quattro ruoli complementari:

1) «ricercatore» di strategie (Mintzberg, 1996); i suggerimenti possono pervenire dalle proposte e dalle analisi condotte nelle singole unità operative, ma possono anche essere nascosti dietro fatti all'apparenza casuali. Si pensi all'acquisizione di competenze o tecnologie uniche nell'ambiente in cui si opera, come ad esempio l'assunzione di un chirurgo particolarmente capace e famoso: è questo un perfetto esempio di strategia emergente, rispetto alla quale la dire-

zione è chiamata a coordinare uno sviluppo dell'organizzazione funzionale alla risorsa «forte» acquisita (come avviene nelle squadre di calcio rispetto al fuoriclasse);

2) «negoziatore» di obiettivi ed indirizzi strategici rispetto alle singole unità organizzative;

3) «banditore» di tipo walrasiano nei confronti degli obiettivi intra-organizzativi conflittuali ma risolvibili con la mediazione; si tratta di fungere da facilitatore e garante degli accordi, delle negoziazioni orizzontali tra unità operative;

4) «despota illuminato» nelle situazioni non gestibili per via negoziale.

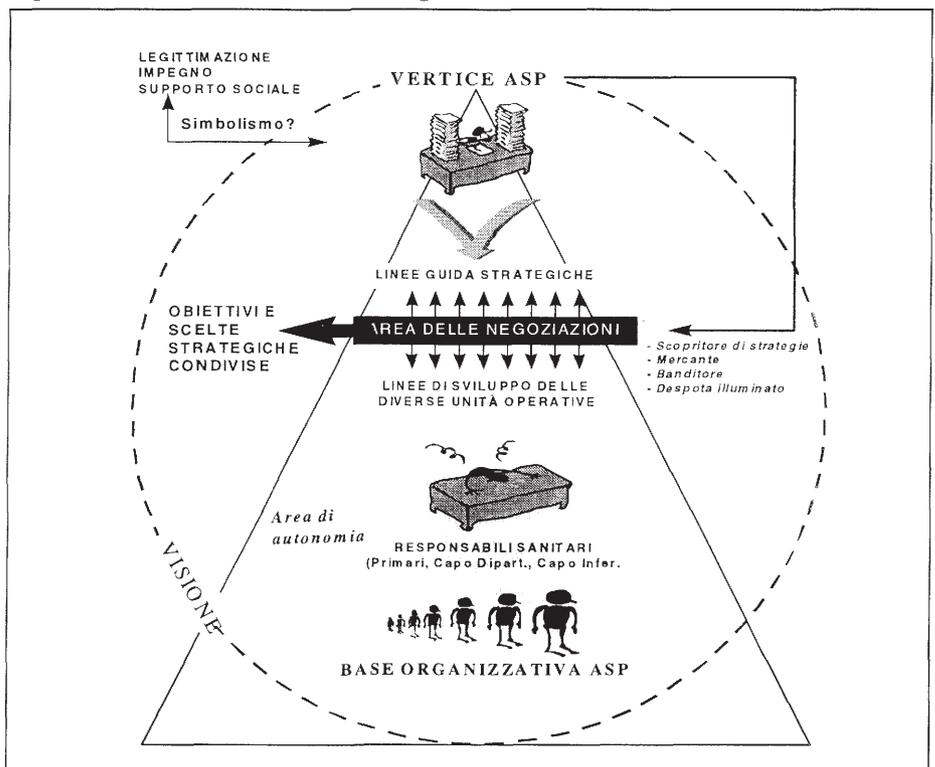
Al termine di questa fase in cui si concretizzano le logiche partecipative del processo, le ASP arrivano a definire un quadro condiviso ed integrato di obiettivi e di relative scelte strategiche che coinvolgono l'organizzazione nel

complesso o singole aree specifiche di attività (figura 6).

### 3.4. Atto IV. Si chiude il sipario: applausi o fischi?

La recita della pianificazione volge al termine: ogni attore ha completato la sua parte, sul palco come dietro le quinte. Come in ogni spettacolo è arrivato il momento di raccogliere i frutti del successo od i fischi dei critici. Un successo o fiasco che dipenderà dalla capacità dell'organizzazione di attivarsi per raggiungere gli obiettivi determinati più o meno consensualmente: la bontà del processo, sotto forma di (i) grado di coinvolgimento e partecipazione, (ii) capacità di riconoscere strategie emergenti, (iii) condivisione degli obiettivi, è solo il presupposto per ottenere concreti risultati positivi. Il *focus* organizzativo si sposta ora sui problemi di implementazione e con-

**Figura 6 - Il momento del confronto: integrazione e conflittualità di interessi**



trollo delle strategie. A prima vista questa separazione tra formulazione ed attuazione sembra richiamare quel distacco tra pensiero ed azione criticato in precedenza: in realtà il fenomeno è minimizzato nello schema di pianificazione qui proposto, in cui le ASP si trovano di certo a formalizzare strategie che implicitamente già perseguono o che comunque sono contestualmente pensate ed azionate. In ogni caso poi, l'enfasi sulla razionalità del processo si giustifica in parte con una situazione di scarsa «imprenditorialità» dirigenziale, per la quale è necessario porre dei vincoli comportamentali. Il prodotto del processo di pianificazione dovrebbe quindi essere un piano strategico. Un piano che al minimo raccoglie gli indirizzi strategici concordati in precedenza, ma che richiede in generale una scelta sul grado di articolazione e dettaglio dei contenuti. In altre parole si pone la questione di come utilizzare il documento. Per certo, esso dovrebbe svolgere la funzione di legittimazione nei confronti dell'ambiente istituzionale, raccogliendo e presentando i risultati delle analisi svolte lungo i processi formali e su cui, agli occhi dell'esterno, devono sembrare fondate le scelte strategiche. Come dire che assolve un compito di pubbliche relazioni, assai importante all'interno dello schema istituzionale Ministero-Regione in cui si trova radicata l'azienda sanitaria. Più in concreto però, il piano assume soprattutto il ruolo di punto di riferimento per l'attività futura dell'organizzazione.

In effetti, l'accettabilità degli accordi e delle scelte di natura politica e transazionale prese dietro le quinte richiede comunque una presentazione consona ai principi razionali della pianificazione formale, il cui strumento finale è proprio il piano strategico (Degeling, 1996).

Di norma, nei sistemi di pianificazione razionale, gli indirizzi strategici vengono tradotti in appositi programmi che hanno il compito di renderli quanto più operativi possibile (Airoldi, Brunetti, Coda, 1989). Questo dovrebbe consentire, in linea di principio, un maggiore controllo sull'effettiva realizzazione delle strategie. Tuttavia, è un comportamento che si scontra con le caratteristiche delle ASP, in quanto può creare frizione con l'area dell'autonomia del professionista ed introduce rigidità in un contesto tipico delle *learning organizations*. Per questi motivi è preferibile strutturare il piano strategico secondo il modello della *umbrella strategy* (Quinn, 1981), nel quale vengono chiaramente esplicitati la visione strategica (25) e le scelte e gli obiettivi di massima in cui si scompone, ma viene lasciata libertà ai dirigenti sanitari sui contenuti dei programmi con cui procedere operativamente. Questa flessibilità consente al dirigente di mettere in pratica quel movimento incrementale logico che sembra il più idoneo nel contesto delle ASP. Il dirigente sviluppa un programma che tuttavia non viene formalizzato nei dettagli: in questo modo si evita di generare conflittualità «preventiva» nell'unità organizzativa, si lascia aperto uno spazio per dar libero sfogo all'apprendimento organizzativo, da cui possono generarsi eventuali strategie emergenti, e si possono sfruttare giorno per giorno le situazioni casuali che si verificano per muoversi incrementalmente verso gli obiettivi.

Utilizzando le categorie concettuali proposte da Avenier (1997), si può affermare che la gestione operativa degli indirizzi strategici nelle ASP si configuri quasi come un sistema di strategia per tentativi: l'essenza di questo sistema consiste nel cercare sempre di coniugare la realizzazione delle intenzioni con l'assimilazione delle azioni impreviste che fanno sco-

prire nuove strade. È indubbio che ai dirigenti sanitari vengano richieste capacità di gestire, organizzare e comunicare fino ad oggi spesso trascurate: tuttavia, l'esercizio di analisi razionale formale della propria area di attività può fungere da stimolo in questa direzione, ed una successiva attività di formazione manageriale, la cui importanza è già stata sottolineata, può completare la crescita delle competenze gestionali (26) dell'individuo.

Proprio con l'incrementalismo logico e la strategia per tentativi, le ASP abbracciano quella filosofia gestionale, improntata alla massima flessibilità del processo strategico, in cui pensiero ed azione sono avvicinati fino a risultare contemporanei. Inoltre, se con la pianificazione strategica razionale vi sono al massimo due punti d'ingresso (27) al processo strategico, rappresentati dalla visione «centrale» (vertici aziendali) ed in ottica partecipativa da quella «periferica» (unità organizzative), con lo schema proposto per le ASP i punti di ingresso diventano ben quattro, rappresentati dalle visioni e dalle azioni che possono stimolare ad entrambi i livelli la scoperta di una strategia emergente.

Le implicazioni positive sul perfezionamento nel tempo di processi strategici sequenziali e ciclici sono evidenti, in quanto si espande al massimo lo spettro degli stimoli e delle strade che possono condurre alla formazione della strategia.

#### 4. Conclusioni

Come ha scritto Mintzberg «... la pratica è sempre più complicata ed interessante della teoria», e naturalmente nella pratica gli accadimenti presentano contorni molto più sfumati che nelle descrizioni teoriche. Tuttavia, la comprensione della pratica non può prescindere da uno sforzo di modellizzazione della sua complessità: i mo-

delli forniscono una rappresentazione astratta ed un'ancora concettuale a cui possono ispirarsi i *managers* nel fronteggiare la complicata realtà dei fatti.

L'importante è comprendere che modelli normativi o prescrittivi, come quello qui proposto per la pianificazione strategica nelle ASP, non costituiscono una realtà a se stante con cui misurarsi, ma semplicemente uno schema di riferimento con cui affrontare la complessità ed il dinamismo organizzativo.

Un contributo teorico si può valutare in base a quattro elementi: il livello di analisi, cioè l'omnicomprensività e l'applicabilità in qualunque contesto e tempo, la validità empirica, cioè l'evidenza della realtà che conferma le ipotesi della teoria, l'utilità teorica, cioè la capacità di avere potere predittivo ed esplanatorio, e l'utilità pragmatica, cioè la capacità di influenzare positivamente l'attività dei *managers*.

Il livello di analisi dello schema proposto in questo lavoro non è sicuramente completo e non poteva in alcun modo esserlo. Il contesto in cui sono radicate le ASP, la storia e la cultura organizzativa passate, la stessa personalità degli attori coinvolti nei ruoli critici sono fattori che influenzano notevolmente l'applicabilità del processo suggerito: non a caso, si è preferito non affrontare il tema dei tempi con cui gestire il processo, trattandosi di una scelta troppo legata alla natura contingente dell'organizzazione. A conferma di questo fatto, un'indagine empirica condotta da Boissoneau, Belton e Schwanh (1992) su diversi C.E.O. (28) di ospedali americani, ha messo in luce come in differenti contesti il processo di pianificazione strategica venga sviluppato su base triennale, annuale ed in alcuni casi perfino mensile, laddove la «volatilità ed il dinamismo dell'ambiente richiedono una continua attività di adattamento e reazione e

rendono un eventuale piano strategico formale sorpassato prima ancora del suo completamento». Sempre rispetto al problema della base temporale, si evidenzia anche il problema del *trade-off* tra esigenze reali e simboliche: tempi medio-lunghi sembrano accordarsi meglio con obiettivi di legittimazione, mentre tempi più contenuti possono rispondere ad esigenze concrete di risposta alla realtà.

Un ulteriore fattore di incompletezza del lavoro può essere intravisto nello scarso spazio dedicato ai meccanismi operativi di implementazione e di controllo strategico, per i quali si rimanda alla letteratura specifica.

Mancando ancora il riscontro della realtà, validità empirica ed utilità teorica del modello dipendono indirettamente dai contributi e dalle indagini degli autori utilizzati come antecedenti teorici. Ovviamente, non su tutte le teorie o le prospettive teoriche impiegate vi è lo stesso grado di accordo e conferma empirica della loro validità descrittiva o normativa. Tuttavia, l'incrementalismo logico, la strategia razionale, la prospettiva delle *learning organizations*, il neo-istituzionalismo sono tutti contributi accettati nella comunità scientifica e che ci servono per spiegare e comprendere meglio i complessi processi decisionali delle ASP. Comunque, pur in assenza della conferma empirica, si può lo stesso ipotizzare almeno un parziale potere predittivo per il modello di pianificazione strategica proposto, in virtù di un telaio che ricorda gli attuali processi di *budget* avviati positivamente in diverse realtà sanitarie: gli stessi processi rappresenteranno nel futuro l'interfaccia operativa con cui la strategia potrà essere tradotta in piani e programmi dettagliati.

Infine, l'utilità pragmatica, forse il principale scopo di questo lavoro. Data la complessità delle organizzazioni studiate, e l'astrazione teorica ri-

cercata, non si potevano nutrire certezze o pretese, ma al massimo aspirazioni collegate alla definizione di uno schema di riferimento che avesse carattere prescrittivo. Si spiega così la scelta di privilegiare un approccio al fenomeno della pianificazione in grado di dare diverse chiavi di lettura al dirigente sanitario che stimolino la sua riflessione su un argomento a cui in molti casi si avvicina per la prima volta. Il tentativo operato di combinare le conoscenze emerse in letteratura su come si forma concretamente la strategia e su come invece dovrebbe essere ci ha condotti fin qui. Adesso, non possiamo che aspettare le preziose critiche di chi le mani, con la gestione sul campo delle ASP, se le sporca molto di più.

---

(1) Con l'attuazione del D.L.vo n. 502/92 sono comparsi in sostituzione dei tradizionali U.S.L. (Unità sanitaria locale) ed U.S.S.L. (Unità socio-sanitaria locale) nuovi acronimi, quali la A.U.S.L. (Azienda unità sanitaria locale), la A.U.S.S.L. (Azienda unità socio-sanitaria locale), la semplice A.S. (Azienda sanitaria) e la A.O. (Azienda ospedaliera): ai fini di questo scritto, ogni qual volta si fa riferimento ad aziende o strutture sanitarie con l'acronimo A.S.P. si deve considerare il termine in una accezione generale comprendente tutte le precedenti categorie.

(2) ISTAT, 1996.

(3) In effetti, nel contesto della riforma, l'etichetta di aziende assegnata alle strutture sanitarie non voleva significare una trasformazione della loro natura istituzionale, ma sottolineare la necessità di modificarne il modello gestionale, passando da logiche burocratiche, fondate sul rispetto delle norme e sulla legittimità degli atti, a logiche manageriali focalizzate sul rapporto risultati conseguiti e risorse consumate a tal scopo. Come affermano i cultori delle discipline economico aziendali, questi istituti costituiscono da sempre delle aziende, dato che ne presentano le caratteristiche peculiari quali:

— durata: sono destinate a perdurare poiché «sorgono e divengono per il conseguimento di fini duraturi (i bisogni), nonostante il continuo mutare delle condizioni ambientali, sociali, politiche in cui agiscono»;

— unitarietà: poiché gli operatori che in esse operano e le risorse di cui si servono sono organizzate insieme al fine di produrre servizi per la comunità;

— autonomia; poiché sono chiamate ad agire nel migliore dei modi per raggiungere il loro fine istituzionale.

Per approfondimenti sul concetto di azienda si veda Masini, 1988.

(4) L'emergente «orientamento al cittadino», considerato non più solo come «titolare di diritti», ma anche come «fruitore di servizi» attraverso i quali si sostanziano i diritti stessi, e la grave situazione economica in cui versano diversi comparti della Pubblica amministrazione, hanno incentivato politiche di apertura dei servizi pubblici al privato (laddove possibile e comunque in maniera possibilmente regolamentata) che stimolassero l'efficienza, la produttività ed in ultima analisi la capacità delle aziende pubbliche di rispondere alle esigenze della popolazione.

(5) Per comunità servita non si intende far riferimento alla comunità territoriale tradizionale, ma al bacino di utenza che gravita intorno alla struttura, indipendentemente dalla provenienza locale, regionale o nazionale e perfino internazionale. Ne consegue che per le aziende sanitarie un primo momento di scelta importante riguarderà proprio la scelta di posizionarsi rispetto al bacino storico od il tentativo di entrare in nuovi segmenti di «clientela».

(6) In realtà, il finanziamento a tariffa in teoria consentirebbe anche di aumentare il volume di risorse a disposizione dell'azienda in relazione a livelli di attività conseguiti superiori al passato. Peraltro, nella situazione attuale in cui il sistema DRGs è ancora in fase di incubazione, per molte strutture sanitarie il finanziamento viene fatto a piè di lista.

(7) Per efficienza intendiamo il rapporto tra fattori produttivi impiegati e prodotti/servizi erogati, e per efficacia il rapporto tra risultati effettivamente conseguiti e obiettivi prestabiliti. Sul tema si cfr. Borgonovi, 1996, pagg. 152-162.

(8) Reborà e Meneguzzo (1990) hanno osservato come anche nel passato le aziende sanitarie, pur operando in un contesto fortemente «normato», soggetto quindi ad uno schema istituzionale che regolava sia l'attività di ciascuna azienda, sia il quadro delle relazioni tra di esse, manifestavano quasi sempre nel loro funzionamento un'ampia area di discrezionalità decisionale anche del tipo che in economia aziendale si conviene ormai di denominare «strategica». Proprio la «traccia istituzionale» rappresentava il meccanismo in grado di favorire od ostacolare l'integrazione interistituzionale ed interaziendale, dovendosi considerare

Ministero della sanità, Regioni, Comuni ed Unità sanitarie come istituti ed aziende ciascuno in grado di elaborare una soggettiva impostazione strategica per quanto attiene la propria attività in campo sanitario. Sullo stesso tema si veda anche M. Del Vecchio (1995).

(9) Sul tema si veda Fetter (1991) e Taroni (1996).

(10) Nel passato il ruolo della Provincia era assai contenuto e per lo più oscurato dalla posizione di privilegio del Comune quale interlocutore privilegiato dell'azienda sanitaria. Tuttavia, l'attuale ri-azionamento delle A.U.S.L. che di fatto spesso viene a coincidere con il territorio provinciale porta a suggerire che nel futuro la Provincia vorrà giocare un ruolo maggiore all'interno del sistema sanitario.

(11) Per economicità facciamo riferimento alla nozione elaborata da Borgonovi (1996), secondo cui essa va intesa come «capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse facendo affidamento su un flusso di ricchezza "fisiologico", ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa».

Questa definizione del criterio di economicità viene a completarsi con l'analisi:

— dell'efficacia dell'azione, intesa come coerenza tra quantità e qualità del «prodotto» dell'attività (prestazioni e servizi), considerato come «risultato intermedio» dell'attività amministrativa, e quantità e qualità dei bisogni il cui soddisfacimento costituisce il «risultato finale»;

— dell'efficienza nell'impiego delle risorse, intesa come rapporto tra quantità e qualità delle risorse impiegate e quantità e qualità delle prestazioni e dei servizi prodotti;

— di altri indicatori atti a valutare la capacità dell'organizzazione di trovare soluzioni soddisfacenti per la molteplicità di interessi che convergono su di essa, a partire dal bisogno di salute con cui istituzionalmente deve confrontarsi.

Per altri approfondimenti si veda Masini (1988).

(12) Questo tipo di programmazione era peraltro una conseguenza della programmazione ospedaliera prevista dalla legge di riforma n. 132/68, con la quale venivano individuati, con orizzonte temporale di cinque anni ed in base ad indicatori struttura/popolazione, il fabbisogno di posti letto e la sua distribuzione per aree territoriali, indipendentemente da considerazioni sui tassi di ospedalizzazione, sui risultati di analisi epidemiologiche e senza fornire riferimenti per svolgere la pianificazione interna ai singoli ospedali. Si veda Borgonovi E., Meneguzzo M., 1985.

(13) Sul tema si può confrontare la prospettiva offerta da Pfeffer e Salancick, 1978.

(14) Pfeffer (1981) ha in generale osservato nelle organizzazioni complesse l'esistenza di due fonti del potere: la struttura organizzativa da un lato e l'abilità ed intelligenza personale degli individui che partecipano all'organizzazione dall'altro lato. In effetti, oltre alla piramide amministrativa formale, fondata sull'autorità di tipo legale, le ASP si caratterizzano per una seconda linea di autorità reale legata alla competenza tecnico-professionale del medico: è tuttavia vero che in tempi recenti, la maggiore enfasi sulle problematiche manageriali ha indebolito nella sostanza il potere «professionale», a causa di una crescente dipendenza delle attività cliniche dalle effettive capacità gestionali collegate alle posizioni amministrative.

(15) Secondo Mintzberg, il governo di tali organizzazioni è profondamente influenzato dalle attività e dalle aspirazioni dei professionisti autonomi che sono gli unici qualificati a giudicare come procedere al lavoro operativo. Una definizione che ben si sposa con le caratteristiche delle ASP italiane. In questi contesti Mintzberg (1973) vede prevalente l'uso di processi strategici di tipo adattivo: «... Use of the adaptive mode suggests that the organization faces a complex. Rapidly changing environment and a divided coalition of influencer forces. Goals cannot be agreed upon unless they are in "motherhood" form and non-operational (they cannot be quantified). This is typical of most universities, large hospital ...».

(16) Detto anche modello SWOT o per punti di forza (Strengths), di debolezza (Weaknesses), per opportunità (Opportunities) e minacce (Threats).

(17) Charles Lindblom nel 1963 pubblica uno studio dei processi decisionali nel settore della Pubblica amministrazione americana in cui rileva un meccanismo di formazione delle strategie definibile adattivo. Questo approccio, inizialmente definito «the science of muddling through» (1959), viene poi etichettato come «disjointed incrementalism» (incrementalismo scollegato, 1963) per illustrare un processo in cui le decisioni sono di norma prese in maniera residuale, senza un disegno intenzionale (in questo differisce l'interpretazione di Quinn) e attraverso piccoli passi che non si allontanano troppo dallo *status quo*. In quest'ottica, il dirigente cerca coscientemente di evitare l'incertezza, talvolta focalizzando la propria attenzione sui problemi più pressanti ignorando l'attività di sviluppo delle strategie di lungo termine, in altre occasioni sviluppando accordi negoziali con gli altri centri di potere organizzati-

vi, al fine di ridurre i potenziali conflitti intraziendali.

È un modello che si può trovare «applicato» in realtà complesse, con una struttura del potere diffuso ed un ambiente di riferimento turbolento (tipico caso dei governi con maggioranze deboli, degli ospedali, delle università ...).

(18) Una *learning organization* si caratterizza per la capacità di creare, acquisire e trasferire conoscenza e di modificare i propri comportamenti per riflettere nuove conoscenze ed intuizioni. Per approfondimenti si veda Garvin, 1993.

(19) Per poi chiamarla in causa ogni volta che si è cercato di dare regole prescrittive al processo di pianificazione.

(20) Anche se in realtà la struttura primaria/divisionale tipica delle aziende sanitarie italiane mitiga l'autonomia decisionale del singolo professionista riconducendola all'interno di una gerarchia professionale molto rigida.

(21) Che svolge il ruolo di gestore e coordinatore dei finanziamenti.

(22) Uno «spazio di mezzo» (*middle space*) si definisce come uno spazio soggetto a forze centrifughe verso l'esterno. Chiunque entri in un *middle space* si trova intrappolato tra i piani, le prospettive, le priorità ed i bisogni conflittuali di due o più individui o gruppi. Il caso classico è il dirigente collocato tra il direttore e la forza operaia.

(23) Resta aperto però il problema di come garantire un effettivo utilizzo a vantaggio dell'azienda dei fondi acquisiti per specifici progetti: il punto critico nasce dalla necessità di preservare un equilibrio tra responsabilità, in capo al primario o responsabile di dipartimento/centro di ricerca, e controllo sulle risorse, garantendo al contempo il perseguimento di interessi aziendali senza attuare a tal fine meccanismi coercitivi o di oppressivo controllo burocratico.

(24) Il «despota illuminato» è il tipico imprenditore medio-piccolo con una forte e costante propensione all'innovazione, operante in contesti di elevata complessità.

(25) Favorire l'identificazione degli operatori aziendali con l'organizzazione è fondamentale: si pensi al potere stimolante che una visione del tipo «vogliamo essere la seconda casa di ogni paziente» può avere sui membri dell'organizzazione a livello di impegno sulla qualità «alberghiera» della struttura.

(26) Altre doti, vedi quelle di comunicazione e di gestione dei rapporti interpersonali, sono frutto di una naturale predisposizione meno modificabile con interventi formativi.

(27) Cfr. Avenier (1997).

(28) *Chief Executive Officer*, paragonabile alla figura italiana del Direttore generale di ASP.

#### BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1984), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, Milano.
- AA.VV. (1988), *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- AA.VV. (1959), *The Concise Oxford Dictionary*, Fourth Edition, Oxford.
- AA.VV. (1988), *Webster's New World Dictionary*, Third College Edition.
- AA.VV. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- ANDREWS K.R., GUTH W.D. (1965), *Business Policy: Text and Cases*, Irwin, Homewood.
- ANSELMINI L., VOLPATO O. (1990), *L'azienda «salute»*, Giuffrè, Milano.
- ANSOFF H.I. (1965), *Corporate Strategy*, McGraw-Hill, New York (trad. it. 1968, *Strategia aziendale*, Etas, Milano).
- ANSOFF H.I. (1984), *Implanting, Strategic Management*, Prentice Hall, 5.
- AVENIER M.J. (1997), *La strategia per tentativi: le interazioni oscillatorie tra visione e azione strategiche*, *Economia & Management* n. 2: pagg. 61-77.
- BENARDON R. (1995), *Il medico manager. Un nuovo ruolo per una maggiore efficienza delle strutture sanitarie*, Il Sole 24 Ore Libri, Milano.
- BENNET A.R. (1994), *Business Planning: can the health service move from strategy into action?*, *Journal of Management in Medicine*, vol. 8, n. 2: pagg. 24-34.
- BOISSONEAU R., BELTON P., BRYAN S. (1992), *Strategic planning as used by chief Executive Officers*, *Journal of Hospital Marketing*, vol. 6, n. 2: pagg. 1-19.
- BORGONOV E., MENEGUZZO M. (1985), *Processi di cambiamento e di programmazione nelle Unità sanitarie locali*, Giuffrè Editore, Milano.
- BORGONOV E. (1994), *Appunti alle lezioni. Corso di economia delle amministrazioni pubbliche*. Cusl, Milano.
- BORGONOV E. (1992), *Il cambiamento del servizio sanitario: una scommessa per la società italiana*, in *Mecosan*, n. 5 (2): pagg. 2-9.
- BORGONOV E. (1993), *La formazione del personale*, in *View & Review*, Marzo: pagg. 31-35.
- BORGONOV E. (1995), *La trasformazione di Usl e ospedali in aziende: indirizzi della normativa e processi reali*, in *L'Arco di Giano*, FrancoAngeli, n. 7: pagg. 23 e 24.
- BRAYBOOKE D., LINDBLOM C.E. (1963), *Strategy of Decision*, Free Press, New York.
- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1989), *Lezioni di Economia aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- BRUTON G.D., OVIATT B.M., KALLAS-BRUTON L. (1995), *Strategic planning in hospital: a review and proposal*, *Health Care Management Review*, n. 20: pagg. 16-25.
- CHANDLER C. (1962), *Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Enterprise*, Cambridge, Mass., MIT Press.
- CHARNS M., SCHAFFER M.J. (1983), *Health Care Organizations*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- CODA V. (1992), *L'orientamento strategico dell'impresa*, UTET, Torino.
- COLOMBO G. (1993), *Da Atena a Hermes: pensare e agire la strategia*, *Economia & Management*, n. 5.
- COMBONI G. (1993), *Gestire la complessità nelle aziende. Despotismo illuminato o integrazione dei punti di vista?*, *Economia & Management*, n. 2: 18-30.
- DEGELING P. (1996), *Health planning as context-dependent language*, *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 11, n. 2, April-June: pagg. 101-119.
- DEL VECCHIO M. (1995), *Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: una introduzione*, in *Mecosan*, n. 14, (4): pagg. 20-32.
- DEL VECCHIO M., LONGO F. (1993), *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L.vo 502/92*, in *Mecosan*, n. 6, (2): pagg. 49-63.
- DENIS J.L., LANGLEY A., LOZEAU D. (1995), *The role and impact of formal strategic planning in public hospital*, *Health Services Management Research*, vol. 8, n. 2, May: pagg. 86-112.
- DU ROY O. (1991), *Gestire il cambiamento*, FrancoAngeli, Milano.
- DUNCAN, GINTER, SWAYNE (1992), *Strategic Management of Health Care Organizations*, PWS-Kent Publishing Company, Boston.
- FETTER R.B. (1980), *Case mix definition by diagnosis related groups*, *Supplement to Medical Care*, (18), pagg. 1-53.
- FIorentini G. (1990), *Amministrazione pubblica e cittadino: le relazioni di scambio*, Egea, Milano.
- FORNERO G., GIRARDI D. (1992), *Elementi per l'analisi strategica*, in *Il cambiamento organizzativo in ospedale*, Rosemberg e Sellier, Torino.

- FRANCESCONI A. (1993), *Il coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione*, in *Mecosan*, n. 5, (2): pagg. 36-45.
- FRANCESCONI A., RAMPONI C. (1993), *La formazione manageriale per i medici dirigenti*, in *Mecosan*, n. 7, (2): pagg. 31-40.
- GARVIN D.A. (1993), *Building a learning organization*, Harvard Business Review, 71: pagg. 78-91.
- GLUECK W.F. (1980), *Business Policy and Strategic Management*, New York, McGraw-Hill.
- HANAU C., IANDOLO C. (1992), *Etica ed economia nell'azienda sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- HILL C., JONES G. (1992), *Strategic Management Theory: an integrated approach*, second edition, Houghton Mifflin Company, Boston.
- HULT G.T.M., LUKAS B.A., HULT A.C.M. (1996), *The health care learning organization*, Journal of Hospital Marketing, vol. 10 (2): pagg. 85-99.
- ISTAT (1996), *Rapporto sull'Italia*, Il Mulino, Bologna.
- JICK T.D. (1993), *Managing Change: cases and concepts*, Irwin, Boston, Mass.
- JOHNSON R.L. (1995), *Hospital governance in a competitive environment*, Health Care Management Review, n. 20 (1), pagg. 75-83.
- KENNETH A., LEARNED E.P., CHRISTENSEN (1971), *The Concept of Corporate Strategy*, Irwin, Homewood.
- LINDBLOM C.E. (1959), *The science of muddling through*, Public Administration Review, n.19: pagg. 77-88.
- MASINI C. (1988), *Lavoro e risparmio*, Estratto ad uso degli studenti delle Facoltà di economia e commercio, UTET, Torino.
- MASSEI A. (1995), *Il ruolo dei quadri intermedi nel miglioramento della qualità del servizio*, in View & Review, Marzo: pagg. 23-27 e Maggio: pagg.19-24.
- MASSEI A. (1995), *La gestione del cambiamento nelle aziende sanitarie*, in View & Review, Gennaio: pagg. 32-37.
- MASSEI A. (A CURA DI) (1995), *Materiale didattico per il corso di Economia delle imprese pubbliche*, Cusl.
- MELUM B.B. (1981), *10 lesson point the way toward successful hospital planning*, Hospital, 55: pagg. 58-62.
- MINTZBERG H. (1996), *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, ISEDI.
- MINTZBERG H. (1987), *Crafting Strategy*, Harvard Business Review, July-August: pagg. 66-75.
- MINTZBERG H. (1978), *Patterns in strategy formulation*, Management Science, n. 9, (XXIV): pagg. 934-948.
- MINTZBERG H. (1973), *Strategy making in three modes*, California Management Review, n. 2, (16): pagg. 44-53.
- MINTZBERG H. (1990), *The design school: reconsidering the basic premises of strategic planning*, Strategic Management Journal, n. 3, (XI): pagg. 171-195.
- MINTZBERG H. (1975), *The Manager's Job: Folklore and Fact*, Harvard Business Review, July-August.
- MINTZBERG H. (1985), *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1979; trad. It. «Le strutture organizzative», Il Mulino, Bologna.
- NAKAMURA GEN-ICHI (1997), *New frontiers of strategic management for corporate executives*, Strategic Change, n. 3, vol. 6, pagg. 3-15.
- NODA T., BOWER J.L. (1996), *Strategy making as iterated processes of resource allocation*, Strategic Management Journal, vol. 17, pagg. 159-192.
- NONAKA I. (1994), *Come un'organizzazione crea conoscenza*, Economia & Management, n. 3: pagg. 31-52.
- NORMANN R. (1977), *Management for Growth*, Wiley, New York (trad. it. 1979, «Le condizioni di sviluppo dell'impresa», Etas, Milano).
- PETTIGREW A., FERLIE E., MCKEE L. (1992), *Shaping strategic change: the case of the NHS*, Sage publications, London.
- PETTIGREW A., WHIPP R. (1991), *Managing change for competitive success*, Oxford, Basil Blackwell.
- PFEFFER J. (1981), *Power in Organizations*, Marshfield, MA, Pitman Publishing.
- PFEFFER J., SALANCICK G.R. (1978), *The external control of organizations. A resource dependence perspective*, Harper & Row, New York.
- PIGGOT S.C. (1996), *Business Planning for NHS management*, Kogan Page, London.
- PILATI M. (A CURA DI) (1987), *Cambiamento e innovazione organizzativa*, supplemento a Sviluppo e Organizzazione, n. 103, ESTE, Milano, Settembre-Ottobre.
- POOL J. (1991), *Hospital Management: integrating the dual hierarchy?*, The International Journal of Health Planning and Management, n. 3, (6): pagg. 193-208.
- PORTER M. (1985), *Competitive Advantage*, The Free Press, New York.
- POWELL W., DI MAGGIO P. (1991), *The new institutionalism in organisation analysis*, Univ. Chigago Press.
- QUINN J.B. (1985), *Managing innovation: controlled chaos*, Harvard business Review, May-June.
- QUINN J.B. (1980), *Strategies for Change. Logical Incrementalism*, Richard D. Irwin, Homewood, Illinois.
- RAMPONI C. (1992), *Migliorare la sanità nel rispetto dell'autonomia professionale*, in Economia & Management, n. 6: pagg. 24-33.
- REBORA G. (1995), *Organizzazione e politica del personale nelle amministrazioni pubbliche*, Guerini Scientifica, Milano.
- REBORA R., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle Amministrazioni pubbliche*, Utet, Torino.
- REEVES P.N. (1993), *Issues Management: the other side of strategic planning*, Hospital & Health Service Administration, vol. 38, n. 2: pagg. 229-239.
- RUFFINI R. (1995), *La gestione strategica del personale nelle aziende Usl*, in Azienda Pubblica, n. 1: pagg. 7-37.
- SALVEMINI S. (1981), *La gestione del cambiamento organizzativo*, Sviluppo & Organizzazione, n. 63.
- STONE M.M., BRUSH C.G. (1996), *Planning in ambiguous contexts: the dilemma of meeting needs for commitment and demands for legitimacy*, Strategic Management Journal, vol. 7: pagg. 633-652.
- TARONI F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero scientifico, Roma.
- WEICK K. (1969), *The social psychology of organizing*, Addison-Wesley Reading, Mass.
- WEICK K. (1987), *Substitutes for strategy*, in The competitive challenge: strategies for industrial innovation and renewal, a cura di D.J. Teece, Cambridge, Mass.
- VERME G., ROSINA F., VISCONTI F. (1997), *Percorso di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico*, *Mecosan*, n. 21 (5): pagg. 109-120.
- YOUNG D.W., ANTHONY R.N. (1992), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, McGraw-Hill, Milano.
- ZANGRANDI A. (1988), *Cambiamento e formazione manageriale nella sanità*, Economia & Management, vol. 4, Settembre: pagg. 114-124.
- ZANGRANDI A. (1993), *Nuova managerialità nel pubblico*, Economia & Management, n. 5: pagg. 26-33.
- ZUCKER L.G. (1987), *Normal change or risky business: institutional effects on the «hazards» of change in hospital organisations*, Journal of Management Studies, n. 24: pagg. 671-700.



# RIPENSARE IL RUOLO E IL FUNZIONAMENTO DEGLI ORDINI E DELLE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di Elena Zuffada

SDA Bocconi, Milano - Università Cattolica del Sacro Cuore, Piacenza

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Lo scenario di riferimento - 3. I temi al centro del dibattito - 4. Il concetto di professione - 5. Caratteristiche generali, aspetti giuridici e finalità istituzionali delle associazioni professionali - 6. Il nuovo contesto ambientale e l'esigenza di riposizionamento strategico delle associazioni professionali - 7. Alcune riflessioni conclusive.

*Professional Association represent the interest of their registered members. When these associations are formally recognised they become Public organizations and are consequently attributed functions of public interest. Orders and Colleges act as the supervisors of the professional entry and practice of their professional groups in the Italian National Health Service. Some incidents have occurred over the last few years (including research carried out by the Antitrust Commission on professional associations) which have placed the roles of these associations under discussion. This has led to suggestions being made to adopt the models of foreign countries and in particular those of the US and the UK. This strong external pressure spurs the management of these associations to redefine the roles and functioning mechanisms on the main lines of this change process and its impact on the Italian National Health Service.*

## 1. Premessa

Le associazioni di rappresentanza degli interessi (associazioni di categoria, associazioni professionali, associazioni di enti locali e di aziende pubbliche, associazioni di famiglie e di consumatori, ecc.) sono attori rilevanti del sistema socio-economico del nostro Paese, ponendosi quali organismi intermedi nel rapporto fra Stato e società civile.

Negli anni più recenti tali organismi sono stati caratterizzati dall'esigenza di affiancare alla tradizionale ed istituzionale funzione di tutela degli interessi, funzioni e attività di erogazione di servizi nonché di promozione di politiche di sviluppo; ciò impone la ricerca di nuovi modelli di interpretazione e di governo delle realtà associative.

L'approccio economico-aziendale nello studio degli organismi associativi non solo risponde all'esigenza di introdurre razionalità amministrative

più adeguate all'evoluzione funzionale sopra delineata, ma consente anche di rileggere compiutamente il fenomeno associativo, fornendo strumenti gestionali congruenti alle finalità e alla natura istituzionale delle associazioni stesse.

Con il termine associazioni professionali si intendono quegli enti o organismi, riconosciuti giuridicamente (collegio professionale e ordine) o in attesa di riconoscimento giuridico (1), le cui finalità istituzionali consistono nella tutela e nello sviluppo dei gruppi professionali che li hanno originati e costituiti.

Il presente lavoro ha l'obiettivo di illustrare il ruolo che dette associazioni professionali ricoprono e svolgono nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, in particolare cercando di fare chiarezza e distinguendo fra i seguenti concetti e fenomeni:

— il ruolo consapevolmente assunto ed interpretato negli anni più recenti dagli organismi associativi;

— il ruolo riconosciuto dalla vigente normativa e le ipotesi di ridefinizione di uno spazio istituzionale attraverso l'elaborazione di un nuovo quadro normativo di riferimento;

— l'esigenza di un riposizionamento strategico delle associazioni, in ragione del mutato contesto ambientale e mediante l'adozione di modelli gestionali innovativi.

Le motivazioni che accrescono l'interesse e l'utilità di un simile tipo di studio possono essere così riassunte:

— in primo luogo la letteratura di carattere organizzativo fornisce alcune interessanti riflessioni circa l'influenza esercitata dal gruppo professionale di appartenenza sul comportamento degli operatori, nell'ambito delle strutture sanitarie nelle quali esercitano la loro attività. Più in generale il comportamento dell'individuo all'interno dell'organizzazione è condizionato dall'appartenenza o dall'afferenza ad un gruppo di cui condivide valori e norme (2);

— è in atto in questo periodo un acceso, articolato ed approfondito dibattito sul ruolo degli organismi professionali, sulle funzioni da attribuire loro, sulle linee guida e i principi ispiratori più adeguati da adottare in sede di riforma degli stessi. Tale dibattito, come illustrato nel paragrafo seguente, vede coinvolti numerosi e diversi soggetti istituzionali, non di rado fautori di posizioni differenti e parzialmente incompatibili fra loro;

— i processi di cambiamento che investono il sistema sanitario del nostro Paese riguardano anche il ruolo e le modalità di funzionamento assunti da questi organismi associativi, che indubbiamente rappresentano o possono rappresentare un attore chiave del sistema sanitario;

— il ruolo delle associazioni professionali, quali associazioni di rappresentanza degli interessi, appare rafforzato in un contesto politico-istituzionale sempre più improntato al decentramento dei poteri dello Stato, processo quest'ultimo che caratterizza ormai, seppure con gradi e modalità differenti, numerosi Paesi occidentali (3);

— la spinta al rinnovamento delle associazioni professionali è indubbiamente sostenuta in modo decisivo dall'apertura del mercato delle professioni nell'ambito dei Paesi comunitari, che indurrà ad un confronto di esperienze e di culture differenti, introducendo elementi di competitività fra diversi sistemi professionali.

Queste preliminari riflessioni evidenziano tanto la complessità del problema da affrontare quanto la molteplicità di approcci disciplinari a cui far ricorso per un approfondimento del tema. Il presente studio è sviluppato attraverso una metodologia che prevede il ricorso congiunto ad evidenze empiriche maturate in anni di ricerca e di collaborazione con organismi professionali (4) e all'analisi

della bibliografia esistente sul tema, peraltro non vasta e afferente a diverse discipline (sociologia, diritto, economia politica, scienza dell'amministrazione, ecc.).

## 2. Lo scenario di riferimento

Lo scenario delle istituzioni di rappresentanza professionale nel nostro Paese, proiettato sullo sfondo delle dinamiche professionali europee, è caratterizzato allo stato attuale da forti ambiguità e dalla presenza di molteplici linee di rinnovamento, fra loro alcune in parte contrastanti. Alcuni dati di sintesi possono meglio delimitare l'oggetto di indagine e i principali fenomeni evolutivi che lo interessano.

Ad oggi le associazioni riconosciute come ordine o collegio professionale sono quelle riportate nella tabella 1, e sono in larga misura disciplinate dalla legge n. 233/1946, che ne stabilisce le funzioni.

Vi sono inoltre numerose associazioni di rappresentanza di gruppi professionali operanti in sanità in attesa di riconoscimento giuridico; l'elenco è riportato nella tabella 2 (5).

Complessivamente le associazioni professionali rappresentano nel nostro Paese circa un milione di professionisti.

Come ricordato in precedenza, molteplici soggetti istituzionali sono attualmente coinvolti nel processo di innovazione dei principi e dei criteri di funzionamento degli organismi professionali, con interventi talora anche disomogenei e non coordinati.

In particolare, attualmente le fonti di rinnovamento e di intervento sulla materia sono riconducibili a:

1) l'istituzione di una commissione (cosiddetta Commissione Miro-ne) presso il Ministero di grazia e giustizia per la stesura di una legge quadro di riordino degli albi, dei collegi e degli ordini professionali (6). La commissione, di recente costituzione, non ha ancora elaborato il testo ufficiale, ma da alcune dichiarazioni pubbliche del Presidente della stessa si può evincere l'intendimento ministeriale di conciliare linee di rinnovamento e forma giuridica tradizionale dell'albo;

2) l'indagine conoscitiva condotta dalla Autorità garante della concorrenza e del mercato (Commissione Antitrust), avviata nel dicembre 1994 e conclusasi nell'ottobre 1997. L'indagine è accompagnata da un vivace dibattito sul ruolo di albi e ordini, nel quale si fronteggiano i fautori di una drastica liberalizzazione del sistema (specie per le professioni tecniche ed economiche) e quanti sono invece favorevoli ad una riforma più graduale della materia. Il rapporto Antitrust si snoda secondo due linee guida o presupposti:

— l'attività intellettuale come scambio fra prestazione professionale e corrispettivo è assimilabile all'attività di impresa;

— la concorrenza è il meccanismo principale e prioritario per garantire la qualità delle prestazioni professionali.

Tali presupposti, assai discutibili in termini generali per tutte le profes-

**Tabella 1 - Ordini e collegi professionali in ambito sanitario**

Gruppo professionale	Anno di riconoscimento
Medici	1910
Veterinari	1910
Farmacisti	1910
Ostetriche	1946
Infermieri	1954
Tecnici sanitari di radiologia medica	1965

Tabella 2 - Le associazioni in attesa di riconoscimento in ambito sanitario

Associazione	Professione	Numero iscritti	Numero complessivo operatori	Incidenza lavoro autonomo
A.I.F.E.P. - Bioterapeuti italiani	Bioterapeuta	500	500	100%
A.I.O. - Associazione Italiana Ottici	Ottico-optometrista	500	8.000	85%
A.I.O.R. - Associazione Italiana Operatori della Riabilitazione	Operatore della riabilitazione	253	60.000	80%
A.I.OR.A.O. - Associazione Italiana Ortottisti Assistenti in Oftalmologia	Ortottista	600	2.500	25%
A.I.P. - Associazione Italiana Podologi	Podologo	300	500	100%
A.I.S.U. - Associazione Italiana Shiatsu terapia umanistica	Operatore Shiatsu	50	4.000	80%
A.I.T.A. - Associazione Italiana Tecnici Audiometristi	Audiometrista	300	350	10%
A.I.T.A.C.C. - Associazione Italiana Tecnici dell'apparato cardiocircolatorio	Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria	113	—	0%
A.I.T.I.A.L. - Associazione Italiana Tecnici di Igiene Ambientale del lavoro	Tecnico di igiene ambientale	100	500	100%
A.I.T.N. - Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia	Tecnico di neurofisiopatologia	515	3.500	10%
A.I.T.O. - Associazione Italiana Terapia Occupazionale	Terapista occupazionale	100	500	10%
A.I.T.R. - Associazione Italiana Terapisti della Riabilitazione	Terapista della riabilitazione	6.000	40.000	10%
A.I.TE.C. - Associazione Italiana Tecnici in citologia diagnostica	Tecnico di citologia	200	1.200	5%
A.I.TE.LAB. - Associazione Italiana Tecnici di laboratorio biomedico	Tecnico di laboratorio	1.500	20.000	10%
A.N.A.P. - Associazione Nazionale audioprotesisti	Audio protesista	1.200	1.200	60%
A.N.D.I.D. - Associazione Nazionale Diplomatisti in dietologia	Dietista	1.200	2.300	5%
A.N.I.P. - Associazione Nazionale Italiana Podologi	Podologo	250	1.000	80%
A.N.P.S.I. - Associazione Nazionale Pranoterapeuti sensitivi italiani	Pranoterapeuta	2.800	40.000	100%
A.N.T.E. - Associazione Nazionale Tecnici di Emodialisi	Tecnico di emodialisi	82	700	2%
A.N.T.E.L. - Associazione Nazionale Tecnici Laboratorio Medico	Tecnico di laboratorio	4.000	25.000	100%
A.N.T.L.O. - Associazione Nazionale Titolari di Laboratorio	Odontotecnico	2.700	—	100%
A.R.C.I. - Yoga e Oriente	Operatore Shiatsu	6.000	—	100%
Associazione Italiana Informatori Scientifici del Farmaco	Informatore scientifico del farmaco	12.000	20.000	10%
Associazione Libera Università Italiana Naturopatia Applicata	Naturopata	850	1.000	60%
Federazione Italiana Operatori Tecnica Ortopedica	Tecnico ortopedico	800	2.000	70%
Federazione Italiana Shiatsu	Operatore Shiatsu	400	4.000	90%
Federazione Nazionale dei Collegi dei Massofisioterapisti	Massofisioterapista	1.500	—	80%
Federerbe	Erborista	420	4.000	100%
Federottica - Federazione Nazionale Ottici Optometristi	Ottico optometrista	8.000	8.500	70%
I.F.A.O.	Odontotecnico	300	150.000	—
R.O.I. - Registro degli Osteopati d'Italia	Osteopata	—	50	100%
S.N.O./F.I.A.T.S./C.N.A. - Sindacato Nazionale Odontotecnici	Odontotecnico	4.800	12.555	100%
S.N.A.P./F.I.A.T.S./C.N.A. - Sindacato Nazionale Podologi	Podologo	1.800	5.000	80%
Società Italiana di Pranoterapia	Pranoterapeuta	70	2.000	100%
Unione Nazionale Chinesiologi	Chinesiologo	1.500	35.000	80%

ni intellettuali, lo sono a maggior ragione per i gruppi professionali operanti nell'area sanitaria, come si argomenta di seguito (7).

I punti salienti del rapporto Antitrust sono riconducibili ai temi:

a) della modalità di accesso alla professione (tirocinio, esame di stato, concorso);

b) della modalità di esercizio della professione (definizione di *standard* qualitativi, tariffari, ecc.).

Essi rappresentano di fatto gli argomenti centrali del dibattito in corso e quindi sono ripresi ed approfonditi nei paragrafi successivi.

Va ricordato che l'elaborato dell'Antitrust non ha alcun valore prescrittivo se non viene recepito da un atto del Parlamento (8); è peraltro scontato che anche la commissione del Ministero di grazia e giustizia dovrà tener conto delle conclusioni di tale rapporto e del dibattito suscitato;

3) l'approvazione dell'art. 24 della legge n. 266/97, cosiddetta legge Bersani, che rimuove il divieto alla costituzione delle società di professionisti, previsto originariamente dall'art. 2, legge 3 novembre 1939, n. 1815;

4) il disegno di legge n. 2586 del Ministro della sanità che prevede l'istituzione di un ordine o collegio per ciascun gruppo professionale per il quale sia prevista la disciplina di un profilo professionale;

5) il disegno di legge del Ministro della sanità che prevede un adeguamento dell'ordine dei medici e degli odontoiatri al nuovo assetto della sanità ed in particolare:

— un rafforzamento dei poteri sul fronte disciplinare (la sospensione della professione adottata dall'ordine avrebbe efficacia anche per i dipendenti del S.S.N.);

— una nuova articolazione territoriale con l'istituzione di federazioni regionali;

— funzioni più accentuate sul fronte dell'aggiornamento e della formazione professionale;

6) il quadro europeo delineato attraverso le direttive comunitarie n. 48/1989 e n. 51/1992. La necessità di una regolamentazione delle professioni intellettuali nasce anche dall'esigenza di dare attuazione concreta alle due direttive comunitarie sopra citate sul riconoscimento dei diplomi professionali fra Stati membri dell'Unione Europea, sull'armonizzazione dei sistemi formativi e dei sistemi di classificazione delle qualifiche e delle professioni. Il modello proposto dalle due direttive per il mutuo riconoscimento delle professioni è un modello complementare di certificazione che produce non solo effetti di *professional security*, ma di vera e propria certificazione di qualità dei servizi resi; nell'ambito di tale modello le associazioni professionali assumono un ruolo di notevole rilievo;

7) l'esistenza di associazioni non riconosciute. All'interno del nostro Paese operano oggi più di quaranta associazioni di rappresentanza di categorie professionali non regolamentate, di cui ventinove dell'area sanitaria, riportate nella già menzionata tabella 2. Nel 1994 il CNEL ha riunito queste associazioni in una Consulta, facendosi promotore di una proposta di legge per la regolamentazione delle professioni, in linea con le direttive comunitarie. Tale proposta prevede la verifica dei requisiti di idoneità e quindi il riconoscimento tramite albi ufficiali giuridicamente riconosciuti e registri o elenchi associativi solo individuati. Dal monitoraggio effettuato dal CNEL emerge peraltro che alcune di queste associazioni tendono ad essere scarsamente selettive nell'ammettere nuovi iscritti. Non vi è una particolare cura nell'accertare che le capacità professionali di ogni aspirante siano adeguate rispetto agli standard dell'asso-

ciamento; solo il 40% provvede ad una verifica periodica delle capacità professionali dei propri iscritti, mentre il 100% organizza attività di aggiornamento. Per circa il 50% delle associazioni esistono dei *competitors*, ossia degli organismi professionali in concorrenza, non ancora riconosciuti con profilo pubblico. Nell'ambito delle associazioni non riconosciute, alcune hanno ritenuto opportuno dar vita ad una Federazione delle associazioni per la certificazione, allo scopo di imprimere maggior vigore all'azione di legittimazione delle associazioni stesse quali organismi di certificazione delle professionalità.

Al termine di questa panoramica sulle azioni in corso e sugli attori coinvolti nel processo di rinnovamento delle associazioni professionali si può in sintesi affermare che pur in presenza di differenti modelli proposti, questi di fatto sono riconducibili a due differenti posizioni:

a) rafforzare le funzioni attribuite agli ordini e ai collegi professionali ed utilizzare tale modalità di regolamentazione anche per le attività professionali ad oggi non ancora riconosciute, sottoponendole ad un attento vaglio circa l'opportunità di attribuire loro *status* pubblico;

b) perseguire alternative configurazioni giuridico-organizzative delle associazioni professionali, incamminandosi verso una via di maggiore liberalizzazione.

Prima ancora, tuttavia, emerge l'esigenza di trovare adeguate risposte ad alcuni temi centrali per un funzionamento più moderno degli organismi professionali: tali temi sono enunciati nel prossimo paragrafo.

### 3. I temi al centro del dibattito

La questione fondamentale, si è detto, è definire un nuovo ruolo per le associazioni professionali ed in parti-

colare per gli ordini e gli albi già esistenti, nonché determinare quale grado di concorrenza è necessario assicurare nell'esercizio delle professioni intellettuali, al fine di garantire da un lato qualità delle prestazioni e tutela dell'interesse pubblico, dall'altro contenimento fra concezione di libero mercato e specificità della prestazione d'opera intellettuale.

Le caratteristiche del settore sanitario e del bene pubblico «salute» rendono assai difficoltoso il ricorso a modelli estremi di libero mercato, specie in Paesi con tradizioni culturali come il nostro. Così mercato e concorrenza possono essere considerati solo meccanismi di secondo livello per garantire la qualità delle prestazioni, la quale presuppone comunque preventivi controlli sulla capacità e sulle competenze del singolo soggetto di rendere la prestazione intellettuale stessa. L'eliminazione dei professionisti meno capaci e meritevoli attraverso il mercato avverrebbe infatti con elevati costi, rappresentati dai rischi per la salute oltre che dall'insoddisfazione di quei cittadini che vanamente avrebbero confidato nella qualità della prestazione professionale.

La questione di carattere generale sopra enunciata si declina attraverso una serie di problemi specifici, quali:

a) individuazione di alternative modalità di accesso alla professione e definizione del ruolo attribuito agli organismi professionali nell'esercizio di tali modalità.

Nel caso delle professioni sanitarie la selezione all'entrata è giustificata in quanto sussistono evidenti asimmetrie informative, per cui il paziente si trova spesso nell'impossibilità di apprezzare l'effettivo grado di competenza del professionista e diviene pertanto necessario definire requisiti per l'accesso alla professione. Le modalità attraverso le quali è possibile pro-

cedere alla verifica delle competenze richieste per l'accesso sono:

— l'esame di stato abilitante, con meccanismi di selezione più o meno severi. Per esempio negli USA l'accesso alla professione di tecnico di radiologia richiede il sostenimento di due esami abilitanti, l'uno federale e l'altro per lo Stato di residenza, dopo quello sostenuto al termine della scuola. Questi sono gestiti dal Collegio dei tecnici e al secondo fallimento delle prove si è invitati a lasciare la professione. Nel nostro Paese solo per le professioni che hanno ottenuto il riconoscimento giuridico è prevista come modalità di abilitazione all'esercizio della professione l'esame di Stato. In questi casi taluni sostengono, e fra questi l'Antitrust, che è inopportuno richiedere l'iscrizione obbligatoria all'Albo per chi già è tenuto a dimostrare, mediante l'esame di Stato, la propria abilitazione all'esercizio della professione; l'iscrizione dovrebbe invece essere facoltativa, riservata a chi intendesse produrre un'ulteriore attestazione di un elevato livello qualitativo certificato delle proprie competenze. D'altro canto, la salvaguardia di un certo livello di concorrenza richiede secondo l'Antitrust che l'esame di Stato non venga gestito dall'ordine, al fine di evitare pressioni corporative che possono influenzare gli esiti del processo di selezione; ci si chiede peraltro, con riguardo al campo sanitario, quali altri soggetti siano portatori delle competenze necessarie per misurare e valutare i professionisti, se non gli appartenenti allo stesso gruppo professionale;

— il concorso. Si tratta di una modalità impiegata tipicamente per i farmacisti ed i notai; con il concorso, oltre a verificare l'esistenza dei requisiti professionali richiesti per l'accesso, si regola il flusso di ingresso di professionisti, predeterminando di fatto il numero di entrate. Ad evidenza il

rischio che sia seriamente compromesso un esercizio della professione improntato alle regole della libera concorrenza è assai elevato; d'altro canto vantaggi possono aversi in termini di programmazione dell'offerta in rapporto al fabbisogno rilevato;

— va infine considerata la possibilità o l'obbligo di svolgere un periodo di tirocinio o praticantato che favorisca l'apprendimento sul campo da parte dell'aspirante professionista, consentendogli di affinare le proprie competenze;

b) il ruolo degli organismi professionali nella definizione delle modalità di esercizio della professione, con particolare riguardo ai temi di seguito trattati:

— l'elaborazione di un codice deontologico;

— la determinazione di tariffari;

— il ricorso alla pubblicità;

— la costituzione di società;

— l'obbligazione al risultato;

— le iniziative di formazione e riqualificazione professionale;

— gli interventi con riguardo alle professioni non regolamentate.

I. La formulazione di un codice deontologico costituisce una forma di orientamento nel comportamento del professionista e uno strumento di controllo da parte della comunità scientifica o del gruppo professionale di appartenenza (9). Secondo alcuni la definizione di un'etica professionale e di un *corpus* di norme deontologiche rappresentano una restrizione della libertà di iniziativa economica e della concorrenza; in ogni caso è discutibile che in passato esse abbiano rivestito un ruolo importante nel controllo del comportamento dei singoli iscritti da parte degli organismi associativi. Non vi è dubbio che in molti casi la delega agli ordini di emanare norme deontologiche è avvenuta con un certo grado di indeterminazione normativa e la genericità delle formulazioni con cui il

legislatore ha dettato le funzioni ha accresciuto lo spazio di tutela di interessi privati da parte degli ordini. Giustificandoli con il richiamo ai valori e alla cultura professionale, si è assistito infatti in molti casi di controversie (con l'azienda di appartenenza o con altri professionisti o nei confronti di pazienti) ad interventi di difesa del singolo professionista di stampo corporativo, che hanno diminuito la credibilità dell'associazione stessa come organismo di tutela della professione. Nondimeno l'uso improprio che dello strumento è stato fatto in passato non deve indurre a trascurare le potenzialità che lo stesso possiede in contesti organizzativi a legami deboli, quali gli organismi associativi, in cui la condivisione di valori e la diffusione di una cultura organizzativa omogenea rappresentano un importante collante per il funzionamento e la funzionalità dell'organizzazione (10).

II. La fissazione di tariffari, con tariffe minime o fisse per le prestazioni professionali, viene considerata da alcuni una forma di tutela del cittadino, a compensare l'asimmetria informativa che caratterizza la particolare transazione fra prestazione professionale e compenso monetario, specie in campo sanitario. Il paziente non è infatti molte volte in grado di valutare a priori la qualità del servizio che acquista, le competenze del professionista che lo eroga e le caratteristiche che differenziano l'offerta delle prestazioni da parte dei singoli professionisti; deve pertanto essere tutelato dal rischio di attribuire anche impropriamente all'onorario richiesto un valore segnaletico della qualità della prestazione. D'altro canto le tariffe sono un modo per rassicurare il professionista di poter disporre dei mezzi sufficienti per garantire la dignità dell'attività prestata. Secondo altre posizioni, invece, la definizione di un tariffario rappresenta non già una forma di tutela della qua-

lità della prestazione — assicurata dalle barriere all'accesso alla professione, dagli *standard* qualitativi e dalle norme deontologiche fissate dagli ordini —, quanto piuttosto l'espressione di una posizione dominante o dell'esercizio monopolistico della professione da parte di una categoria, o meglio ancora di coloro che all'interno della stessa si sono già affermati, conquistando una «quota di mercato». Così ad esempio le tariffe minime per le prestazioni professionali possono rappresentare un ostacolo per l'accesso alla professione da parte dei più giovani, che accetterebbero invece tariffe più concorrenziali.

III. La possibilità del ricorso alla comunicazione di tipo informativo da parte dei singoli professionisti, in linea con quanto accade già in molti Stati europei, non determina uno svilimento della categoria, ma colma l'asimmetria informativa che caratterizza lo scambio fra il professionista e il paziente. C'è chi obietta tuttavia che, poiché la comunicazione ha sempre un contenuto di pubblicità, l'uso di tale strumento farebbe aumentare artificiosamente la domanda di prestazioni. Va notato peraltro che essendo già consentita ed utilizzata la pubblicità di carattere generale, ossia a beneficio di tutta la categoria, l'aumento della domanda di prestazioni può essere generato anche da quest'ultima, mentre la prima può determinare effetti di ridistribuzione del reddito fra appartenenti al medesimo gruppo professionale.

IV. La possibilità di dar vita a società fra professionisti consente di realizzare ed offrire prestazioni articolate e complesse al cliente, di sfruttare sinergie di apprendimento ed economiche, di porsi quale soggetto autonomo nei confronti del fisco. Già in passato erano possibili forme di collaborazione professionale quali per esempio l'associazione in partecipazione, l'esercizio congiunto della professione,

le società di mezzi (che hanno per oggetto la realizzazione e la gestione dei mezzi strumentali all'esercizio della professione, quali gli immobili, gli arredi, i macchinari, i servizi ausiliari e quant'altro, senza creare interferenze nel rapporto professionista-paziente). Per quanto concerne più in particolare la costituzione di società per l'esercizio di attività sanitarie, dalla disamina dei casi ammessi e non ammessi dalla giurisprudenza emergono forti oscillazioni, segno evidente di una opinabilità nell'interpretazione rigorosa e assoluta del divieto di cui alla legge n. 1815/1939 (11). I principali problemi aperti, che dovranno trovare risposta nella definizione del regolamento attuativo, configurando così i reali vantaggi e le potenzialità innovative del dettato legislativo, sono:

— la possibilità o meno di costituire società interprofessionali, ossia fra appartenenti a diversi ordini professionali;

— la compatibilità della presenza di soci professionisti e non professionisti; con riguardo a tale aspetto preoccupazione manifestata dagli organismi professionali è che lo schermo societario interferisca nel rapporto fiduciario professionista-paziente, riducendo le garanzie del cliente e che la prestazione professionale possa essere eseguita da persona non abilitata, configurandosi così l'abuso nell'esercizio della professione (art. 348 del codice penale). Problema quest'ultimo peraltro facilmente risolvibile attraverso meccanismi che consentano di individuare in ogni circostanza il professionista che eroga la prestazione;

— la limitazione nell'utilizzo di particolari forme societarie. Si ritiene infatti che nelle società di persone, al contrario della società di capitali, i membri della professione liberale restino direttamente responsabili di fronte al loro cliente in caso di negli-

genza professionale. Viceversa le società di capitali, oltre a non assicurare un rapporto confidenziale fra cliente e professionista, non sono in grado di preservare l'integrità della professione da pressioni di tipo commerciale;

— in ogni caso fra i principi che regolano la costituzione della società dovrà esservi il rispetto delle disposizioni regolamentari e deontologiche dei competenti Consigli dell'ordine.

V. L'ipotesi di introdurre nel rapporto professionista-paziente l'obbligo al risultato, può favorire una maggiore trasparenza nella relazione e di riequilibrare in qualche misura il rischio legato allo scambio, che ricade di norma interamente o in larga misura sul cliente. Recenti pronunce della Corte di Cassazione e ulteriori orientamenti giurisprudenziali tendono ad affermare questo principio per le professioni mediche.

VI. Gli interventi a favore dell'aggiornamento e della riqualificazione professionale degli iscritti all'associazione sono finalizzati ad assicurare lo sviluppo e la verifica costante delle competenze. Le modalità operative per la realizzazione di questa funzione di verifica e di certificazione possono essere molteplici: da esami periodici a cui il singolo professionista deve sottoporsi ad un sistema di crediti formativi, ottenuti attraverso la partecipazione a convegni, a corsi di formazione, mediante pubblicazioni scientifiche e partecipazione a progetti di ricerca. Nell'uno e nell'altro caso sembra porsi il problema della progettazione e della realizzazione, nonché del successivo accreditamento della struttura formativa che interviene sulle competenze del professionista, come in una sorta di circolo vizioso, in cui per garantire la professionalità dell'individuo è necessario mettere a punto un meccanismo di verifica e certificazione del sistema che procede a validare le competenze del professionista

stesso. L'associazione professionale viene così ad essere il soggetto responsabile della formazione continua e dell'aggiornamento, nonché della definizione dei contenuti della formazione iniziale, per l'accesso alla professione.

VII. Per quanto concerne la scelta della regolamentazione da adottare per le professioni emergenti occorre in particolare valutare l'opportunità di ricorrere alla forma dell'ordine o del collegio, ossia dell'ente di diritto pubblico (a cui ambiscono molte delle associazioni attualmente non riconosciute) o viceversa di ricercare sistemi alternativi, quali la creazione di associazioni private riconosciute come organismi legittimati a certificare le competenze dei propri iscritti e il perdurare delle stesse nel tempo. Un'analisi più puntuale delle diverse alternative è proposta nel successivo paragrafo 5.

#### 4. Il concetto di professione

Per meglio cogliere il ruolo e le modalità di esercizio delle funzioni delle associazioni professionali nel S.S.N. è necessario chiarire il significato di alcuni termini che ricorrono di frequente, qualora ci si occupi di sviluppo delle professionalità specie in campo sanitario e intorno ai quali non di rado si riscontrano divergenze di opinioni o errate interpretazioni.

Comunemente il termine professione viene utilizzato nella nostra lingua per indicare qualsiasi tipo di occupazione. Il concetto di professione è stato in realtà oggetto di numerosi tentativi di definizione, specie da parte di studiosi di sociologia; nella letteratura sociologica la definizione di professione, più vicina al significato del termine inglese *profession* è convenzionalmente riservata ad occupazioni basate su un corpo di teorie e su una particolare abilità intellettuale, quindi

una occupazione di ordine superiore, di lungo apprendimento e di difficile esercizio. Le posizioni che si ritrovano più frequentemente in questi studi, ricollegano infatti l'individuazione di una professione alle seguenti differenti situazioni:

- enucleazione di un corpo di conoscenze specializzate e distintive;
- adozione di un'etica di servizio;
- esistenza di un'associazione professionale;
- formulazione di albi professionali o comunque diritto/dovere di registrazione pubblica (12).

Tutte queste definizioni accentuano in realtà solo alcuni aspetti particolari del più ampio concetto di professione, ma non definiscono compiutamente il fenomeno e pertanto non forniscono generali criteri che consentano di riconoscere nello svolgimento di determinate attività o compiti una «professione», discernendola fra arti e mestieri.

Le due definizioni che si propongono di seguito si caratterizzano invece per l'individuazione di due elementi comuni e significativi, anche se in apparenza contrastanti:

- consolidamento di certi contenuti di lavoro, che induce di conseguenza alla esplicitazione di atti e compiti obbligatori;
- ampia autonomia nell'adattare la propria azione alle specifiche condizioni dei destinatari.

Secondo Simon «la competenza di un professionista è come un insieme di strumenti ben progettati nell'affrontare problemi comprensibili nella loro struttura, ma non familiari nei loro particolari»; secondo Rowbottom «Professione è la capacità di applicare una speciale conoscenza teorica o un particolare intuito in casi nei quali è necessario un giudizio obiettivo e imparziale tanto delle esigenze quanto delle adeguate risposte ad esse» (13).

In entrambe le definizioni si ritrovano pertanto, quali requisiti per l'in-

dividuaione della professione e del professionista un *corpus* di conoscenze specifiche standardizzato e una discrezionalità di utilizzo da parte di chi vi ricorre, discrezionalità che si realizza appunto attraverso l'autonomia riconosciuta al singolo (autonomia professionale).

Al professionista competono quindi due responsabilità: quella di classificare il problema che affronta attraverso la diagnosi, al fine di individuare il programma da applicare e quella di applicare il programma stesso.

#### 4.1. Caratteristiche delle professioni sanitarie

Nelle aziende di servizi e in particolare di servizi alle persone, quali i servizi socio-sanitari, la professionalità rappresenta un fattore particolarmente critico, in quanto l'efficacia della risposta ai bisogni dell'utente è largamente affidata alla capacità di interpretazione da parte del professionista della tipologia di interventi che sono richiesti per soddisfare le esigenze dell'utente.

In ambito sanitario, infatti, l'utente difficilmente è in grado di esplicitare con precisione una domanda di prestazioni, ma ricorre ai professionisti perché decodifichino un bisogno di salute di cui è portatore, individuando le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di cui necessita.

La professionalità si estrinseca pertanto non solo nella capacità di corretta esecuzione tecnica di una determinata metodica o di un protocollo di intervento, ma anche nella capacità di interpretazione ed individuazione dei percorsi diagnostici e terapeutici più adeguati rispetto al singolo caso trattato.

La natura di servizio personalizzato alla cui realizzazione concorre la prestazione del singolo professionista richiede inoltre di sviluppare capacità di

comportamento e di interazione con il paziente.

In altri termini la professionalità viene ad essere identificata come l'insieme delle conoscenze, delle competenze e degli atteggiamenti del singolo operatore.

Da tutto ciò si deduce che in ambito sanitario una professione è riconoscibile sulla base della presenza congiunta dei seguenti elementi:

— contenuti di lavoro specifici e differenziati rispetto ad altre attività;

— autonomia nella predisposizione di un intervento-risposta al bisogno e conseguente assunzione delle responsabilità a qualsiasi livello;

— comportamenti informati ad un'etica e deontologia professionale;

— rispetto delle regole organizzative, qualora le prestazioni del professionista siano integrate nell'ambito di un'attività organizzata.

#### 4.2. I professionisti e le organizzazioni sanitarie

Dopo aver chiarito il concetto di professione è necessario considerare le peculiarità dei modelli organizzativi entro i quali il professionista normalmente opera ed esplica le proprie competenze.

In ambito sanitario il professionista eroga prestazioni solo con il concorso di altre risorse organizzate: personale medico, tecnico, amministrativo, attrezzature, spazi attrezzati secondo norma, ecc.

Mentre in passato l'influenza del professionista nei confronti della realtà organizzativa — caratterizzata da una complessità organizzativa molto bassa — era molto forte, sicché la sua capacità e la sua preparazione erano determinanti per l'ottenimento dei risultati, nelle organizzazioni sanitarie molto complesse quali quelle moderne, la possibilità per il professionista di formarsi e di operare come tale di-

pende spesso dalle modalità di funzionamento e dai modelli organizzativi in cui è inserito.

Risulta quindi molto importante soffermarsi seppur brevemente sulle caratteristiche delle organizzazioni sanitarie, anche al fine di cogliere le implicazioni in termini di sviluppo professionale degli operatori e conseguentemente il ruolo che l'associazione professionale può svolgere a sostegno dello stesso. L'analisi organizzativa delle aziende sanitarie, siano esse pubbliche o private, consente inoltre di evidenziare il reale spazio d'azione entro cui è possibile implementare le politiche ed esercitare le funzioni dell'associazione stabilite a livello legislativo e statutario.

Le organizzazioni sanitarie vengono definite burocrazie professionali in quanto l'organismo personale è composto, anche a livelli bassi della struttura gerarchica, da professionisti. Pertanto la tecnologia utilizzata, cioè le conoscenze necessarie per l'attività di assistenza, sono standardizzate, maggiormente incorporate nelle persone piuttosto che nelle macchine e codificate dai gruppi professionali. Non essendo, per la natura di prestazione personalizzata, standardizzabile *in toto* il percorso sanitario, quindi i contenuti e i processi, si tende a pre-codificare le conoscenze e le capacità dei professionisti attraverso momenti di formazione, aggiornamento, addestramento, tirocinio, ecc.

La standardizzazione delle conoscenze a monte, durante l'*iter* formativo che prepara gli operatori ad una certa professione (studi universitari, scuole di specializzazione, diplomi universitari) rappresenta infatti nelle aziende sanitarie un forte meccanismo di integrazione e coordinamento fra le diverse figure professionali (14).

È in ragione di tale fatto che le aziende sanitarie vengono classificate come burocrazie professionali: buro-

crazie perché il meccanismo di integrazione è pur sempre uno *standard*, professionali perché si fondano non solo sull'autorità della gerarchia ma su quella della competenza.

Come già evidenziato in precedenza, la standardizzazione delle conoscenze non elimina tuttavia l'autonomia professionale, cioè la discrezionalità a cui ciascun singolo professionista fa ricorso nell'applicazione delle conoscenze stesse.

Ne discende che la gestione delle organizzazioni sanitarie secondo modelli razionali o scientifici, in passato assai spesso adottati nel nostro Paese, porta di frequente a situazioni di forte demotivazione del personale. I modelli razionali si caratterizzano per il fatto di individuare, estrapolando dallo specifico contesto di applicazione, dei percorsi ottimali di lavoro e di predefinire astratte ed ideali modalità di funzionamento alle quali gli operatori sono chiamati ad adeguarsi.

Nei modelli professionali invece le persone modellano decisioni, azioni e comportamenti in relazione ai problemi da risolvere e ai risultati da ottenere; gli elementi fondanti dei modelli professionali sono appunto le caratteristiche proprie delle persone (la professionalità) e l'adattamento delle conoscenze tecniche, operative ed economiche agli specifici contesti.

#### 4.3. Il problema della doppia appartenenza

Il comportamento dei professionisti che svolgono la loro attività nell'ambito di strutture organizzative risulta in realtà fortemente condizionato dall'appartenenza ad un gruppo di riferimento quale quello professionale. I gruppi si caratterizzano per una cultura, per valori e norme condivisi e accettati dai membri che vi aderiscono o vi appartengono (quali la difesa del gruppo rispetto ad attacchi esterni, la

preferenza degli obiettivi del gruppo rispetto a quelli esterni, la responsabilità sociale, ossia la responsabilità nei confronti di tutti gli appartenenti al gruppo, la reciprocità).

Nella misura in cui il gruppo è coeso e i membri dello stesso tendono a riconoscersi, il comportamento dei singoli professionisti nella posizione di lavoro viene influenzato e filtrato dagli orientamenti e dalle opinioni che il gruppo elabora.

Nelle burocrazie professionali, e pertanto nelle aziende sanitarie, il legame con il gruppo professionale può essere talmente accentuato che il singolo operatore tende ad identificarsi più con la professione che non con l'azienda (di norma il senso di appartenenza all'azienda sanitaria, specie se pubblica, è molto basso, anche in ragione di una scarsa attenzione all'utilizzo di strumenti di gestione del personale per sviluppare e diffondere all'interno dell'organismo personale una coscienza di partecipazione ad un comune progetto aziendale). La lealtà si mostra più verso il gruppo professionale che non verso il sistema organizzativo in cui si esercita la propria attività (15). Nasce in questi casi una sorta di rapporto di doppia appartenenza o di sottomissione a due ordini di autorità:

— gerarchica o dell'organizzazione;

— professionale o dell'associazione, derivante dal riconoscimento dell'appartenenza ad un gruppo.

In conseguenza di tale fatto sorgono non di rado conflitti fra le due diverse culture: quella istituzionale e quella professionale.

Ovviamente questi fenomeni tendono a rafforzarsi nella misura in cui le diverse associazioni professionali esercitano un ruolo pressante ed incisivo nei confronti dei propri iscritti ed incentivano il crearsi di una identificazione del professionista con il gruppo

di appartenenza, sviluppando azioni tendenti a tutelare l'interesse comune degli iscritti stessi.

#### 4.4. Il processo evolutivo di professionalizzazione e di legittimazione

Con il termine professionalismo (dall'inglese *professionalism*) si intende il processo evolutivo delle singole professioni nella storia e più in generale lo studio dei meccanismi che lo caratterizzano. Il professionalismo viene concepito come il frutto di una strategia di «professionalizzazione» messa in atto da tutti gli esercenti o da una parte di essi, come un progetto professionale costituito da due processi:

— di creazione e controllo del mercato;

— di mobilità sociale collettiva, ossia di innalzamento collettivo dello *status* sociale dei membri di una professione. Questa strategia consiste nel differenziare i servizi, ossia ricollegare ai professionisti che li erogano determinati *standard* qualitativi, anche attraverso la sanzione dell'autorità pubblica come forma di monopolio, oltre che attraverso l'istruzione superiore che assicura il grado di specializzazione richiesto come credenziale nell'attuale sistema delle professioni.

Secondo Wilensky le fasi del professionalismo sono cinque (16):

1) comparsa di una attività lavorativa come occupazione a tempo pieno;

2) nascita di associazioni professionali su base locale e poi nazionale;

3) istituzione di scuole di formazione;

4) conquista dell'appoggio della legge, che si sostanzia di fatto nell'attribuzione dello *status* di professione intellettuale e nell'istituzione di ordini e collegi;

5) elaborazione di un codice etico formale.

In realtà la prima fase è meglio identificata nella formazione di una base cognitiva comune, un *corpus* di conoscenze tecnico-scientifiche su cui si basa la professione, dal quale è individuata e di cui poter rivendicare l'esclusività. Tale base cognitiva può essere oggetto di tre tipi di conflitto: interno al gruppo professionale, tra i gruppi, contro i non professionisti. L'intervento in queste aree di conflittualità per promuovere lo sviluppo professionale del gruppo è una delle funzioni dell'ordine o più in generale dell'associazione. In particolare il primo tipo di conflitto può manifestarsi all'inizio della vita di un gruppo professionale, quando esistono ancora parecchie ed eterogenee visioni della disciplina, oppure a seguito di significativi mutamenti della tecnologia e della scienza con cui confrontarsi e di cui appropriarsi. In ambito sanitario è noto ad esempio lo scontro che si è generato all'interno della classe medica fra radiologi e specialisti delle diverse discipline nel tentativo di appropriarsi dell'esclusivo utilizzo della tecnologia ecografica. Il secondo tipo di conflitto è invece quello tipico esistente fra professioni limitrofe, per definire i confini professionali; così ad esempio per quanto concerne le competenze e gli ambiti di intervento autonomi del tecnico di radiologia nei confronti del radiologo, del terapeuta della riabilitazione rispetto al fisiatra o del biologo rispetto al medico nell'ambito del laboratorio di analisi (17).

Il processo di professionalizzazione è di norma molto lungo, con tempi talora assai differenziati per i diversi gruppi professionali e con una sequenza che non sempre rispecchia rigorosamente quella sopra indicata.

Con particolare riguardo alle professioni non ancora dotate di un'albo e quindi di pieno riconoscimento giuridico, è possibile sviluppare alcune considerazioni in ordine al processo di

legittimazione (18). Per le associazioni non riconosciute la costituzione dell'albo professionale può rappresentare infatti una modalità attraverso cui perseguire questa politica di legittimazione, che risulta peraltro influenzata da un complesso articolato di fattori ed azioni.

Un gruppo professionale acquisisce infatti legittimazione, visibilità, autonomia, immagine qualificata, nella misura in cui:

— dal punto di vista giuridico vi è un riconoscimento della professionalità dell'operatore e quindi dell'attitudine dello stesso a svolgere determinate funzioni, attribuendo così uno spazio operativo, un margine di discrezionalità e di autonomia nell'esecuzione delle attività e una responsabilità sul raggiungimento di determinati risultati;

— le soluzioni organizzative adottate dalle singole realtà aziendali consentono, in sintonia con le disposizioni legislative, di individuare un analogo spazio di intervento del professionista;

— gli appartenenti al gruppo sanno porsi essi stessi quali professionisti, detentori di specifiche e distinte conoscenze, capacità, comportamenti, conquistando e occupando spazi lavorativi adeguati alle proprie competenze, aggiornandosi e facendo «manutenzione» della propria professionalità, tutelandone l'immagine, ecc.

Solo in tal modo, con la partecipazione attiva del professionista, la legittimazione che viene dall'esterno o che trova favorevoli condizioni di crescita in fenomeni esterni può svilupparsi e consolidarsi (19).

#### 4.5. *L'evoluzione delle professioni sanitarie*

Il ruolo e l'evoluzione delle professioni sono strettamente legati alle caratteristiche del sistema sanitario, che

determina in larga misura anche i rapporti fra i diversi profili professionali che vi operano.

È fuor di dubbio che nel nostro Paese la dominanza della professione medica ha caratterizzato, almeno per un lasso di tempo significativo, i rapporti con le altre professioni sanitarie; tale dominanza può essere di tipo funzionale, gerarchico o scientifico. Essa è:

— funzionale in quanto fondata sull'attribuzione al medico in via esclusiva delle due funzioni principali (diagnosi e scelta della terapia), mentre alle altre professioni sono riconosciute funzioni derivanti dalla divisione orizzontale del lavoro ed abbandonate dai medici;

— gerarchica (o organizzativa) quale caratteristica delle strutture organizzate dove vengono esercitate queste professioni, ma che viene poi estesa nel rapporto fra professionisti anche al di fuori di questi ambiti;

— scientifica perché riguarda il potere dei medici di definire gli ambiti e le competenze della medicina stessa in quanto scienza.

In altri termini al medico è attribuito il primato, ossia la responsabilità primaria sul paziente, per cui anche laddove siano coinvolti per la soluzione del caso molti membri di altre professioni, egli coordina le azioni e le decisioni di tutti gli attori ed assicura che tutti i bisogni sottostanti siano soddisfatti.

Di recente emergono in ambito sanitario nuove figure professionali, che rientrano nella medicina tradizionale o in quella alternativa. La presenza di queste nuove figure professionali deriva da processi di:

— evoluzione e differenziazione della scienza medica;

— evoluzione e continua specializzazione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche;

— consolidamento ed estensione dell'organizzazione sanitaria ed in particolare di quella pubblica;

— crescita e differenziazione della domanda di salute e degli interventi volti al suo mantenimento e alla sua promozione;

— sviluppo di nuclei autonomi di conoscenze e di competenze detenute esclusivamente da un determinato gruppo professionale.

Va osservato peraltro, anche con riguardo alle professioni in attesa di riconoscimento, che non sempre la differenziazione delle professioni sanitarie avviene su un piano tecnico, di evoluzione e di sviluppo delle conoscenze, quanto piuttosto su un piano sociale, per relazioni di potere ed alleanze o attraverso leggi, come tentativo di affermazione dell'utilità sociale della professione e ricerca di uno spazio che si intende assumere nella società.

### 5. Caratteristiche generali, aspetti giuridici e finalità istituzionali delle associazioni professionali

I gruppi professionali necessitano di organismi di rappresentanza per soddisfare in maniera più conveniente una pluralità di bisogni, perché attraverso la costituzione di associazioni si perviene ad una mediazione ed un temperamento degli interessi dei singoli soggetti per la formulazione di un bene comune da perseguire con lo strumento associativo. I professionisti sono infatti portatori di diversi interessi, gli uni relativi alla propria persona e gli altri relativi allo sviluppo della propria attività. Nel contempo l'aggregazione dei professionisti consente di esercitare una maggiore pressione sociale e di interagire in modo più efficace con i diversi interlocutori sociali e istituzionali.

Le associazioni professionali hanno in via principale la finalità di soddisfa-

re gli interessi particolari dei soggetti appartenenti, ossia i bisogni degli associati ed in via mediata perseguono anche funzioni di interesse pubblico, fornendo un contributo alla regolamentazione della professione. È infatti ormai unanimemente riconosciuto che l'interesse pubblico è perseguito non solo con l'intervento diretto della pubblica amministrazione, ma anche attraverso altri meccanismi che prevedono il coinvolgimento di soggetti diversi, quali le famiglie, le imprese, gli istituti nati dalla collaborazione fra imprese o individui (associazioni di categoria e associazioni professionali), ecc.

Le associazioni professionali si caratterizzano come corpi intermedi, fra l'iniziativa privata ed il libero mercato da un lato e l'intervento diretto dello Stato dall'altro. Il reiterato fallimento dei due modelli puri di liberismo e di statalismo pone con maggior vigore l'interesse per il potenziamento di questi organismi, specie in contesti istituzionali caratterizzati da uno Stato regolatore o dal modello della *governance* (20).

Il ruolo che realmente queste associazioni possono assumere nel sistema socio-economico è infatti in larga misura condizionato dai seguenti fattori:

— il grado di delega e di rappresentanza attribuito dagli iscritti;

— la rappresentatività riconosciuta dagli interlocutori sociali e istituzionali;

— il grado di decentramento di funzioni e servizi da parte della pubblica amministrazione e quindi in ultima analisi dal modello di Stato.

Il ruolo riconosciuto a ordini e collegi in base alla vigente normativa prevede l'attribuzione delle seguenti finalità istituzionali (21):

— tutela della professionalità (che si sostanzia nel determinare le modalità di accesso alla professione, le norme deontologiche di riferimento e il

tariffario e nel promuovere lo sviluppo professionale e la crescita culturale degli associati);

— tutela degli interessi e dei diritti degli associati (ossia assistere, aiutare, consigliare e rappresentare i soci, difenderli, contribuire all'affermazione dei loro diritti, favorire la risoluzione di controversie e vertenze, esercitare attività di propaganda e di pressione finalizzata a migliorare la condizione professionale e ad ottenere il consenso attorno all'operato della categoria);

— finalità di ordine pubblico (tenuità dell'albo, vigilanza sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza della professione, designazione dei rappresentanti dell'associazione in organismi collegiali, commissioni ecc. (22), valutazione del comportamento degli iscritti alla luce delle norme deontologiche previste ed esercizio del potere disciplinare) (23);

— stimolo nei confronti dei soggetti politico-sociali, ossia interazione con enti pubblici, quali comuni, province, regioni, ministeri, svolgendo prevalentemente attività di consultazione.

Si è detto in precedenza che le associazioni professionali possono essere legalmente riconosciute (ordini e collegi), oppure non riconosciute come persone giuridiche e pertanto regolate dagli accordi fra gli associati.

Pare dunque opportuno, a questo punto della trattazione, indagare dal punto di vista giuridico i lineamenti e le caratteristiche delle diverse forme di associazioni previste nel nostro ordinamento, nonché le ripercussioni in termini di funzionamento delle stesse e di conseguimento delle finalità istituzionali, per passare poi a valutare le alternative perseguibili anche alla luce di alcune significative esperienze straniere.

In base alle disposizioni del Codice civile le associazioni si caratterizzano per i seguenti fattori comuni:

- la pluralità di soggetti;
- lo scopo unitario;
- il patrimonio.

Questi fattori costituiscono le condizioni sufficienti perché esistano le associazioni con o senza personalità giuridica.

Le associazioni possono essere di diritto privato o di diritto pubblico, in relazione alla natura dello scopo, al conferimento di poteri di imperio all'istituto giuridico pubblico, ai controlli esercitati dalla amministrazione pubblica.

Le associazioni possono essere o meno riconosciute in ragione della rilevanza del fenomeno associativo e a seguito della valutazione di:

- struttura organizzativa
- finalità perseguita
- disponibilità di risorse adeguate alle finalità
- volontà espressa dagli associati di ottenere il riconoscimento (24).

Le professioni riconosciute sono disciplinate dal codice civile, nel capo II del titolo III del libro quinto, art. 2229 e seguenti.

Il collegio o l'ordine hanno natura di ente di diritto pubblico non economico, organo ausiliario dello Stato; si tratta di un ente pubblico territoriale, in quanto la sua sfera di competenza è per legge limitata ad un determinato territorio, di norma coincidente con la Provincia. È un ente pubblico democratico perché alla formazione del suo organo direttivo partecipano tutti gli iscritti con votazione primaria, mentre gli altri organi (presidente, vicepresidente, segretario e tesoriere) sono eletti con votazione secondaria all'interno del consiglio.

Esso ha potestà di autoregolamentazione (ossia definisce regolamenti approvati dal consiglio) e di autoamministrazione. I regolamenti sono comunicati al Ministero della sanità, che può disporre l'annullamento per vizi di legittimità.

Sono espressione del potere di autoregolamentazione l'approvazione e l'emanazione delle tariffe professionali e del codice deontologico, che hanno evidenti effetti anche nei confronti di soggetti esterni alla categoria.

Quanto al potere di autoamministrazione, questo si esplicita soprattutto attraverso l'autonomia dell'ordine o del collegio nel fissare la tassa annuale, la tassa per l'iscrizione all'albo e quella per il rilascio di certificati e di pareri.

Gli enti pubblici professionali non gravano in alcun modo sul bilancio dello Stato, acquisendo i fondi strettamente necessari per il loro funzionamento solo ed esclusivamente dalla contribuzione degli iscritti.

Il riconoscimento di un'associazione avviene mediante un atto amministrativo discrezionale, a seguito di un'indagine condotta con ampi poteri di istruttoria sulla legalità e l'opportunità del nuovo ente e sulle finalità perseguite, tenendo conto in particolare dell'importanza dello scopo e dell'idoneità dei mezzi a perseguirlo con stabilità ed autonomia. Il riconoscimento è costitutivo della personalità giuridica dell'ente, che acquista generale capacità giuridica e di agire e al quale è attribuita autonomia patrimoniale. Esso viene concesso con decreto del Capo dello Stato o del Prefetto. L'atto costitutivo, lo statuto e tutte le eventuali successive loro modificazioni devono essere redatti per atto pubblico ed approvati dalle competenti autorità; vengono inoltre applicati all'attività di ordini e collegi i previsti controlli pubblici (25).

Queste organizzazioni di rappresentanza sono uniche, in quanto lo Stato non prevede l'esistenza di più ordini alternativi per una stessa professione e quindi non risultano in competizione fra loro, perché istituzionalmente preposte a regolare ambiti differenti. Esse sono obbligatorie

perché non è possibile esercitare la professione senza appartenervi.

Il riconoscimento da parte dello Stato e quindi l'attribuzione di personalità giuridica richiede di norma un processo lungo e complicato, che tende a porre maggiori controlli sull'operato dell'associazione e quindi a generare, come non di rado è accaduto in passato, una visione statica e burocratica della *mission* associativa. Il ruolo essenzialmente burocratico assunto dagli ordini è stato favorito ed alimentato probabilmente anche dal funzionamento delle organizzazioni sanitarie in cui questi professionisti prestano la loro attività. Se all'interno di tali organizzazioni non viene premiata la professionalità, non vi è ovviamente alcuno stimolo a migliorarla neppure in ambiti esterni deputati alla promozione e alla valorizzazione della professione. D'altro canto il riconoscimento pubblico offre una maggiore visibilità e legittimazione all'esterno, rappresentando un più compiuto processo di istituzionalizzazione della categoria, garantisce maggiore protezione ai membri dell'associazione di fronte a responsabilità civili e penali in caso di perdite o di danneggiamenti a terzi (l'associazione è infatti responsabile verso terzi con il suo solo patrimonio, mentre il patrimonio dei soci non viene intaccato), assicura piena tutela della professione, sul piano economico in termini di limitazione della concorrenza e sul piano politico in termini di opportunità di accesso e di rappresentanze presso le istituzioni pubbliche.

Si parla invece di associazioni non riconosciute quando si ha un gruppo di persone organizzatesi spontaneamente e stabilmente per perseguire uno scopo comune a carattere non economico, comunque lecito, e non si ha il riconoscimento statale (perché non è stato richiesto oppure non ancora ottenuto) e quindi l'attribuzione della per-

sonalità giuridica. È costituito un fondo comune mediante i contributi degli associati e i beni acquistati con questi contributi; il fondo comune si configura giuridicamente come una comunione di beni, con una particolarità rispetto a quella ordinaria: gli associati non possono richiedere lo scioglimento del fondo, né pretendere la propria quota in caso di recesso finché dura l'associazione. L'autonomia patrimoniale è imperfetta, quindi i creditori dell'associazione possono far valere i propri diritti sul fondo comune; tuttavia per le obbligazioni dell'associazione rispondono anche personalmente e solidalmente coloro che hanno agito in nome e per conto dell'associazione. Esse possono stare in giudizio nella persona di coloro a cui è conferita la presidenza o la direzione; con la legge n. 52 del 27 febbraio 1985 si è chiarito che le associazioni non riconosciute possono acquistare la proprietà di beni immobili (ossia può esserne fatta l'intestazione a loro favore).

Nel nostro Paese le associazioni non riconosciute, come illustrato in precedenza, sono viste come una fase transitoria del processo di professionalizzazione di una data categoria e non valorizzate per le potenzialità che le stesse possono offrire. Basti pensare alle caratteristiche e alle modalità di funzionamento delle associazioni professionali nei sistemi anglosassoni, ai quali, in qualche misura, tende ad adeguarsi anche la normativa comunitaria. In questi sistemi sanitari i gruppi professionali sono organizzati in associazioni la cui finalità è quella di fornire, senza l'intervento diretto dello Stato, un dispositivo o un meccanismo che permetta di verificare la competenza del professionista e di regolamentarne il comportamento (26). Ad un professionista non serve necessariamente l'iscrizione ad una certa associazione per poter esercitare la pro-

fessione, ma quando la ottiene egli acquista una sorta di marchio di qualità che gli conferisce un certo prestigio. Lo stesso cliente ha più fiducia verso il professionista iscritto ad una associazione che non verso un altro non iscritto. Questo modello si basa dunque su:

— il riconoscimento di un certo titolo di studio, che abilita alla professione;

— il riconoscimento di associazioni che garantiscono congruenza tra formazione, abilità lavorativa e rispetto della deontologia del gruppo di appartenenza.

Alle associazioni spetta il compito di garantire e certificare la competenza del professionista, fornendo indicazioni sui titoli di studio e sui requisiti necessari per l'accesso alla professione, nonché di realizzare quelle verifiche di professionalità *in itinere* strettamente legate all'aggiornamento sulle materie oggetto di lavoro. Si tratta dunque di un sistema di certificazione, che lascia alle associazioni molta autonomia; esse non sono pertanto totalmente assimilabili agli organismi istituzionalizzati di tipo corporativo.

In questi casi è necessario garantire la qualità fornita dalle strutture di controllo e di certificazione o di formazione interne all'associazione attraverso il ricorso a *standard* quali: esistenza di un programma di formazione permanente scritto per tutti i membri iscritti all'associazione, presenza di strutture e di condizioni adeguate per facilitare la formazione continua, disponibilità di risorse per organizzare seminari, *meeting* e conferenze, attivazione di un sistema di valutazione delle prestazioni del personale, presenza di un elevato numero di iscritti che richiede interventi di formazione per migliorare la qualità dei servizi e di regolari e frequenti incontri per ridefinire gli *standard* di servizio.

Nel modello anglosassone l'associazione risponde alle proprie finalità

istituzionali sviluppando azioni di controllo e monitoraggio della professionalità degli iscritti, per tutelarli dal rischio di obsolescenza professionale e di inadeguatezza rispetto al mercato del lavoro. La cultura della valutazione del professionista è alimentata da una prassi assai diffusa di *peer review*. Verso la fine degli anni '80 in tutte le strutture sanitarie britanniche divenne obbligatorio il *medical audit* (meccanismo operativo a livello di aziende sanitarie per la verifica delle prestazioni professionali) e la reazione delle associazioni fu di estrema preoccupazione, temendo ispezioni o altre forme di verifica dall'esterno sulla qualità delle prestazioni mediche. Dopo questi momenti si cominciarono a definire da parte delle associazioni professionali dei progetti di *medical audit*, in modo da minimizzare la minaccia all'autonomia del medico. Questi progetti sono caratterizzati dai seguenti aspetti:

— solo i medici possono compiere operazioni di *audit*;

— lo scopo principale non è regolativo o orientato alla valutazione, ma alla formazione dei medici;

— la partecipazione al progetto dovrebbe essere volontaria;

— gli *standard* di riferimento dovrebbero essere definiti in sede locale con il concorso dei medici;

— è garantita la riservatezza assoluta tanto dei pazienti quanto dei medici i cui casi sono esaminati dall'*audit*.

Negli USA, invece, la *peer review* è obbligatoria e realizzata da associazioni professionali esterne alle strutture sanitarie; essa prevede in alcuni settori clinici periodici momenti di verifica (*recertification*) delle capacità professionali dei singoli medici. Il sistema è più orientato alla valutazione e di tipo punitivo; nel caso in cui non si rispettino gli *standard* previsti, infatti, la prima forma di sanzione è

l'obbligo alla formazione o alla qualificazione professionale, successivamente si comminano sanzioni finanziarie (27).

Nei sistemi anglosassoni accade che per una medesima professione si contino più associazioni di rappresentanza, a garanzia di una maggiore efficienza e competitività.

Le associazioni di maggiore prestigio hanno infatti un considerevole potere di influenza nella definizione delle politiche, che sono di solito negoziate piuttosto che imposte; esse operano per disciplinare i propri membri ed aiutano nell'implementazione delle politiche condivise, attraverso una responsabile *partnership* fra associazione e Stato.

Tornando al caso italiano, occorre sottolineare come la forma dell'associazione non riconosciuta esponga maggiormente coloro che assumono ruoli di governo e di direzione negli organismi associativi, perché, in assenza di una perfetta autonomia patrimoniale, li sottopone a maggiori rischi personali. L'osservazione del funzionamento e delle *performance* delle associazioni non riconosciute nel nostro Paese porta tuttavia ad affermare che queste caratteristiche hanno spesso stimolato comportamenti più innovatori e meno burocratici, una maggiore attenzione agli aspetti sostanziali che non a quelli formali, la ricerca di una reale soddisfazione dei bisogni degli associati, anche al fine di incrementare il numero di iscrizioni. Per ottenere simili risultati, peraltro, ciò che conta non è solo la forma giuridica dell'associazione ma soprattutto la coscienza e la cultura diffusa all'interno del gruppo professionale. È pur vero che in presenza di numerose associazioni per un medesimo gruppo professionale può accadere che le stesse non abbiano ancora piena capacità di rappresentare gli interessi degli iscritti e di controllare il comportamento dei pro-

pri membri e quindi non esercitino un effettivo monopolio nel ruolo di intermediari rispetto agli interessi di un gruppo.

Esaminati le caratteristiche, i vantaggi e gli svantaggi delle diverse forme giuridiche si può senza alcun dubbio affermare che al di là della configurazione prescelta l'elemento chiave da ricercare è una congruenza fra forma giuridica e finalità istituzionali, nonché fra assetto giuridico e *mission* associativa. Quest'ultima deve essere definita sulla base delle funzioni riconosciute dalla normativa e alla luce dei significativi mutamenti intervenuti nel Sistema sanitario nazionale, i quali evidenziano per le associazioni professionali l'esigenza e l'opportunità di un riposizionamento strategico e dell'assunzione di un nuovo e più incisivo ruolo rispetto a quello che ne ha caratterizzato il recente passato.

## **6. Il nuovo contesto ambientale e l'esigenza di riposizionamento strategico delle associazioni professionali**

La riforma del S.S.N. introdotta con i decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93 ha avviato un processo cosiddetto di aziendalizzazione, caratterizzato in estrema sintesi da:

— un maggior grado di competitività fra unità autonome di erogazione delle prestazioni (aziende);

— il riconoscimento del principio della libera scelta da parte dell'utente della struttura a cui rivolgersi;

— un nuovo modello di finanziamento delle aziende sanitarie basato sull'attività svolta e sul volume delle prestazioni erogate;

— la conseguente esigenza di assumere, nella predisposizione dell'offerta, un maggior orientamento all'utente;

— la contestuale necessità di sviluppare all'interno dell'organizzazio-

ne meccanismi di responsabilizzazione economica e sui risultati (28).

Il processo di aziendalizzazione, avviato non senza difficoltà, tende pertanto a favorire la creazione di ambienti organizzativi improntati alla promozione e alla valorizzazione delle diverse professionalità presenti all'interno della struttura. L'esigenza di misurarsi in modo competitivo con altre strutture può trovare risposta soprattutto nel miglioramento del livello qualitativo delle prestazioni e quindi nella capacità di selezionare i professionisti, attraendo presso le proprie strutture le risorse umane professionalmente più qualificate, e nella capacità di assicurare la «manutenzione» delle loro competenze professionali.

Il processo di aziendalizzazione, con particolare riguardo all'esigenza di responsabilizzazione economica, da un lato e la riforma del pubblico impiego dall'altro dovrebbero inoltre favorire l'introduzione di meccanismi di controllo di gestione, di misurazione dei risultati e conseguentemente di valutazione delle prestazioni professionali.

In un simile contesto risulta rafforzato il ruolo delle associazioni professionali, quali organismi in grado di garantire il monitoraggio e la costante verifica delle competenze dei propri iscritti.

Un altro aspetto rilevante dell'attuale riforma sanitaria è costituito dalla regionalizzazione, ossia dall'attribuzione alla Regione di un ruolo determinante nella progettazione del sistema sanitario, del sistema di erogazione dei servizi e dei meccanismi di finanziamento. In questo senso la proposta avanzata dal disegno di legge del Ministro della sanità di giungere ad articolazioni organizzative delle associazioni professionali differenti da quelle attuali ed in particolare di costituire delle federazioni regionali pare un passo importante per instaurare un

dialogo costruttivo fra associazione e istituzioni.

Sulla base delle riflessioni sopra proposte con riguardo al nuovo contesto ambientale di riferimento è possibile affermare che le finalità e le funzioni istituzionali delle associazioni professionali dovrebbero tradursi e concretizzarsi in:

— azioni che garantiscono l'adeguamento dei programmi didattici svolti nell'ambito delle scuole di formazione dei professionisti, in relazione all'evoluzione delle conoscenze specialistiche, della tecnologia, delle metodiche;

— azioni tendenti ad eliminare la forte eterogeneità nei *curricula* formativi delle differenti scuole e centri di formazione presenti sul territorio nazionale;

— azioni miranti ad individuare e focalizzare le caratteristiche del profilo professionale che si intende promuovere. Esso trova riconoscimento in un provvedimento normativo, ma prima ancora è un modello di comportamento e un'attribuzione di compiti e responsabilità condiviso dal gruppo professionale ed affermato nei contesti organizzativi;

— interventi per la definizione dei confini professionali, attraverso il consolidamento di una base cognitiva comune;

— interventi tesi a rafforzare, consolidare, standardizzare e diffondere conoscenze specialistiche e tecniche necessarie per lo svolgimento dell'attività professionale. Tali obiettivi sono perseguibili ad esempio attraverso la progettazione e la realizzazione di iniziative di formazione, corsi di aggiornamento, convegni scientifici, la partecipazione a progetti di ricerca, la diffusione di riviste specializzate, di bollettini informativi, la predisposizione o l'accesso a biblioteche, ecc.;

— azioni volte a sviluppare ed accrescere l'autonomia professionale e

conseguentemente la responsabilità del singolo professionista, in termini di etica professionale, di lealtà nei confronti dell'organizzazione in cui opera e di rispetto delle regole di funzionamento del sistema organizzativo stesso, nonché di conoscenza delle norme giuridiche e degli ambiti di responsabilità di competenza;

— azioni di sensibilizzazione alle tematiche di sviluppo organizzativo e su contenuti gestionali, che consentano di adeguare il profilo professionale alle dinamiche delle organizzazioni complesse;

— azioni miranti ad instaurare rapporti di fattiva collaborazione e di confronto con altri gruppi professionali;

— definizione di *standard* qualitativi di intervento in termini di:

- a) livello tecnico adeguato;
- b) grado di abilità soddisfacente;
- c) comportamento deontologicamente corretto;

— azioni di controllo e di tutela del rispetto degli *standard* predefiniti per evitare che competenze inadeguate o comportamenti scorretti ledano l'immagine del gruppo professionale;

— azioni di promozione e di legittimazione della professione. Il ruolo dell'associazione in questo processo è quello di porsi quale cinghia di trasmissione che assicuri l'equilibrio fra istanze di riconoscimento giuridico, individuazione di spazi e ruoli organizzativi appropriati, crescita culturale e professionale degli iscritti, abbandonando posizioni di carattere meramente rivendicativo assunte talora in passato. Tale ruolo può essere esercitato nella misura in cui l'associazione può e sa mettere in campo idee, risorse, persone, capacità, tempo, energie, strumenti che consentano di elaborare politiche, aggregare consensi e tradurre operativamente le strategie diseguate per incidere sulla realtà. Ciò che ha caratterizzato in questi anni il fun-

zionamento delle associazioni professionali sanitarie è tipicamente il meccanismo della delega passiva, che ben presto è degenerata in comportamenti di totale disinteresse e di rinuncia degli iscritti a coinvolgersi e a partecipare alla vita associativa, affidando a pochi volontari il compito critico di condurre battaglie per tutto il gruppo professionale, senza la possibilità di un confronto reale con la base. Fenomeni e atteggiamenti di questo tipo non possono che indebolire la forza negoziale dell'associazione ed attenuare il possibile impatto delle azioni e delle proposte formulate a livello associativo. Ciò che in primo luogo può ridare vigore, visibilità e credibilità alle professioni sanitarie è proprio un cambiamento culturale degli iscritti, i quali superando il concetto di associazionismo formale, imparino ad utilizzare l'associazione quale momento di riflessione e di azione per la propria crescita professionale e quale strumento essenziale attraverso cui dar voce alle proprie istanze di riconoscimento e di sviluppo;

— azioni di promozione dell'immagine della categoria professionale, tese, specie per le professioni meno conosciute, a rendere noto all'opinione pubblica il contenuto dell'attività professionale svolta, la rilevanza sociale della stessa, il ruolo svolto nell'ambito delle strutture sanitarie. Si pensi ad esempio alle iniziative svolte annualmente in tal senso dalla Federazione dei colleghi IPASVI per promuovere il ruolo della figura infermieristica nei processi assistenziali;

— partecipazione attiva alla definizione delle politiche sanitarie. Quest'ultima tipologia di intervento richiede la capacità di intrattenere e gestire relazioni stabili e continue con i diversi livelli e con gli organismi istituzionali (Ministero della sanità, Assessorati regionali, ecc.), con le aziende sanitarie, con l'opinione pubblica;

ciò ovviamente implica l'utilizzo di adeguati strumenti di comunicazione e di negoziazione ma prima ancora la necessità per il collegio o l'ordine di rappresentare realmente un ente di tutela e di promozione dei professionisti iscritti, in grado di offrire anche all'esterno garanzie di qualità e di competenza. Va osservato peraltro che nel tempo si è sempre avuta una scarsa attenzione dei gruppi professionali, primo fra tutti quello dei medici, ai processi di definizione delle politiche sanitarie. Questo fenomeno ha origini storiche, dovute all'affermarsi della libera professione come principale modalità occupazionale delle professioni sanitarie, almeno fino ai tempi più recenti, e pertanto alla forte esigenza di tutelare l'esclusività nell'esercizio della professione (29).

Nella misura in cui il collegio o l'ordine sono in grado, se pur gradualmente, di predisporre interventi di questo tipo, si realizza compiutamente la missione di tale organismo, che viene a perdere la qualifica di semplice consulente fiscale, sindacale o legale per esercitare un ruolo più attivo nel panorama della politica e dell'attività sanitaria.

Una visione innovativa dell'associazione deve prescindere pertanto da un semplice ruolo di difesa del singolo iscritto nel contenzioso con l'organizzazione o di chiarimento sulle clausole del contratto per aprirsi alla realizzazione di obiettivi che rappresentino una reale tutela della professione, ossia una crescita della professionalità.

Per poter interpretare in modo efficace il ruolo sopra descritto le associazioni devono quindi essere in grado di svolgere congiuntamente le seguenti differenti tipologie di attività:

— attività istituzionale e di rappresentanza in senso proprio. Come ricordato in precedenza tale attività deve essere concepita in modo moderno, ossia non in termini meramente ri-

vendicativi, bensì ricercando spazi di reale e fattiva collaborazione con le istituzioni e gli altri gruppi professionali e concrete condizioni di crescita culturale e professionale per la categoria;

— attività di progettazione ed erogazione di una gamma di servizi (portafoglio) in grado di soddisfare i bisogni e gli interessi degli iscritti, da quelli istituzionali quali il rilascio di certificati a quelli accessori e più innovativi, come la formazione permanente e la certificazione delle competenze, la promozione della ricerca, la trasmissione delle conoscenze e la verifica della permanenza dei requisiti professionali adeguati agli sviluppi della disciplina, ecc.;

— attività burocratico-amministrativa, di gestione dell'associazione, di supporto alle due precedenti.

## 7. Alcune riflessioni conclusive

In conclusione si può quindi affermare che per un più moderno e funzionale governo delle associazioni professionali è necessario acquisire le capacità di:

— interpretazione dello scenario strategico entro il quale si opera, identificando le opportunità, i rischi e le minacce presenti e potenziali;

— formulazione della *mission* associativa, caratterizzando il ruolo che si intende assumere nel contesto di riferimento;

— individuazione degli interlocutori e dei possibili alleati per il perseguimento delle politiche associative ritenute prioritarie;

— sviluppo di significative ed opportune relazioni con altri soggetti istituzionali.

Tuttavia l'implementazione della strategia richiede capacità manageriali adeguate, che si sostanziano in particolare in:

— capacità di gestire l'organizzazione nella mutevolezza del contesto di riferimento, fermi restando gli obiettivi per cui è stata creata e quindi capacità di leggere, interpretare ed anticipare l'evoluzione ambientale;

— maggiore formalizzazione dell'assetto organizzativo ai fini di un incremento dell'efficienza organizzativa;

— capacità di comunicazione verso l'esterno per la promozione dell'immagine del gruppo professionale o per sostenere la raccolta di fondi aggiuntivi (*fund raising*) e verso l'interno per la diffusione di una nuova e più omogenea cultura tesa a favorire, oltre che la trasmissione delle informazioni utili allo sviluppo professionale, la coesione, il senso di appartenenza dei singoli iscritti, la consapevolezza strategica diffusa;

— capacità di motivazione e di coinvolgimento dei soci nella vita e nelle decisioni dell'associazione, al fine di aumentare la rappresentatività reale dell'organismo associativo, o viceversa in situazioni contingenti particolari, abilità nel contenere le spinte di motivazione ad un livello equilibrato, mantenendo una tensione operativa basata più sulla comprensione razionale dei problemi che sul valore emotivo del fine;

— capacità di gestire i rapporti con i portatori di interessi scientifici (università, centri di ricerca) e con i portatori di interessi politici (decisori pubblici e ambiente politico) coerentemente con i programmi e gli obiettivi definiti;

— capacità di lettura ed interpretazione dei reali bisogni degli associati, ai quali rispondere attraverso la progettazione di un adeguato e competitivo portafoglio di servizi e conseguentemente capacità di organizzazione dei fattori della produzione per l'erogazione diretta dei servizi stessi.

Nel nostro paese tali competenze gestionali non hanno trovato tradizionalmente sviluppo nell'ambito delle associazioni professionali, caratterizzate in passato da logiche di conduzione di tipo prevalentemente sindacale e rivendicativo. Esse diventano invece strumento imprescindibile per il *management* associativo in un contesto in cui assai complessi sono i problemi e le sfide da affrontare. Fra questi, in particolare, quelli che possono in larga misura condizionare il funzionamento efficiente ed efficace dell'associazione, si segnalano la necessità di:

— progettare assetti istituzionali efficaci, ossia tali da garantire la tutela e il temperamento degli interessi convergenti sull'associazione, nonché il reale coinvolgimento della «base» nella vita associativa e nei processi decisionali e la rappresentanza effettiva degli interessi degli iscritti. Quest'ultima peraltro è direttamente correlata, in una sorta di circolo virtuoso, alla legittimazione esterna dell'associazione, per cui se la legittimazione aumenta, si accresce il senso di appartenenza e di identificazione degli iscritti, aumenta la rappresentatività e perciò il potere contrattuale e quindi di nuovo la legittimazione esterna. Progettare assetti istituzionali efficaci significa definire non solo la composizione degli organi istituzionali ma anche i meccanismi di formazione delle decisioni e il concorso dei diversi soggetti, nonché le modalità di interpretazione del mandato che l'assemblea conferisce agli organi direttivi;

— progettare modelli organizzativi funzionali a:

a) garantire il necessario grado di coordinamento e comunicazione fra livello locale e livello centrale e fra diverse articolazioni territoriali;

b) assicurare flessibilità ed orientamento all'utente, coniugandole ad una maggiore specializzazione e for-

malizzazione dell'assetto organizzativo;

c) valorizzare le risorse, di norma assai scarse, che offrono disponibilità per operare all'interno dell'associazione;

— sviluppare sistemi di controllo di gestione per il miglioramento dei processi decisionali e più in generale di misurazione delle *performance* dell'associazione.

Per favorire l'assunzione del ruolo in precedenza descritto si può quindi affermare che sono necessarie in particolare le seguenti condizioni:

— diffusione tra gli iscritti di una nuova cultura e una nuova visione del concetto di professione e del ruolo dell'associazione per la tutela dei propri interessi, come sopra delineato;

— acquisizione da parte del *management* dell'associazione di conoscenze organizzativo-gestionali sul funzionamento di meccanismi di programmazione e controllo dell'attività collegiale, di integrazione, di divisione del lavoro e delle responsabilità, di valutazione economica delle iniziative, ecc.;

— acquisizione di strumenti di comunicazione, di gestione dell'immagine, di negoziazione con componenti esterne, di coagulazione di consensi, ecc.;

— individuazione di risorse adeguate per la realizzazione dei progetti in termini finanziari, di competenze, di tempo disponibile.

---

(1) Sulle diverse modalità di legittimazione giuridica si veda di seguito; va notato peraltro che indipendentemente dal riconoscimento giuridico ottenuto dall'associazione, i problemi di funzionamento e di posizionamento nel contesto ambientale sono di fatto assai simili e possono quindi consentire, almeno fino ad un certo livello, una trattazione congiunta del tema.

(2) Sul tema si vedano in particolare (Mintzberg, 1985) e (Rugiadini, 1979).

(3) Secondo (Streck-Schmitter, 1985) «La maggior parte delle attuali proposte di una limitazione del ruolo dello stato sono incentrate su un ritorno al mercato o alla comunità come fonti di ordine sociale». (...) Come alternativa all'intervento e alla regolamentazione statali diretti, l'uso pubblico degli interessi organizzati privati è caratterizzato dalla costituzione di «governi privati», cui vengono delegate, con il consenso e l'autorizzazione dello Stato, responsabilità pubbliche».

(4) Tale collaborazione era finalizzata principalmente alla rilevazione del fabbisogno formativo dei gruppi professionali rappresentati, nonché all'elaborazione di specifiche iniziative di formazione e di sviluppo professionale.

(5) Per quanto la ricerca CNEL rappresenti il primo rapporto di monitoraggio delle associazioni rappresentative delle professioni non regolamentate, ampio ed approfondito, dalla tabella emergono non di rado dati incompleti, fra loro contrastanti (ad esempio la consistenza numerica del gruppo professionale nel suo complesso, indicata dalle diverse associazioni relative ad un medesimo profilo diverge talora anche sensibilmente, come nel caso dei podologi e dei tecnici di laboratorio) ed in alcuni casi relativi ad associazioni scarsamente significative, ossia assai poco «rappresentative» del gruppo professionale, perlomeno in termini di base numerica di iscritti.

(6) La maggior parte delle professioni regolamentate è vigilata per legge dal Ministero di grazia e giustizia, al quale sono attribuite le competenze sul funzionamento degli ordini professionali con l'istituzione di una Direzione generale affari civili e libere professioni.

(7) Delle caratteristiche del settore sanitario si dirà nei paragrafi successivi. Per quanto concerne la possibilità di assimilare la prestazione professionale all'attività di impresa, almeno in termini giuridici, afferma (Alpa, 1990) che secondo numerosi ed autorevoli studiosi di diritto commerciale l'esercizio della professione intellettuale, per quanto dal punto di vista pratico ed economico dia luogo alla prestazione di servizi, tuttavia non costituisce mai impresa. «Questo si desume dall'art. 2238, comma 2, Codice civile, il quale esclude l'applicazione all'«esercente una professione intellettuale (anche se costui si valga dell'opera di sostituti od ausiliari, e quindi la sua attività sia organizzata) delle disposizioni relative all'imprenditore (contenute nella sez. I del capo I del titolo II del libro V del Codice civile)».

(8) L'autorità può tuttavia segnalare al Parlamento e al Governo le situazioni distorsive della concorrenza che non siano giustificate da interesse generale e che derivino da norme di legge o di regolamento o provvedimenti ammi-

nistrativi di carattere generale. L'Antitrust ha inoltre un vero e proprio potere propositivo circa le iniziative da compiere per rimuovere o prevenire le distorsioni.

(9) Si tratta ad evidenza di forme di controllo non di tipo organizzativo e gerarchico, ma che si informano alla logica del controllo di clan proposto da (Ouchi, 1981).

(10) Sul tema delle organizzazioni a legami deboli si veda in particolare (Orton-Weick, 1990).

(11) Così per esempio è esclusa la costituzione di società per l'esercizio di un laboratorio di analisi (T.A.R. Puglia, sez. Lecce, 9 giugno 1987, n. 535), ma è ammessa una s.r.l. che abbia per oggetto la gestione di studi medici attrezzati, laboratori di analisi cliniche generali, centri clinici diagnostici (T. Roma, decr. 10 febbraio 1987, n. 842).

(12) A Carr-Saunders si deve la prima analisi delle caratteristiche delle attività professionali e del processo di formazione dei primi gruppi professionali. Egli indica nell'acquisizione di un'abilità specialistica (*specialized skill*) l'elemento essenziale del processo di professionalizzazione e nella creazione di associazioni di esercenti la proiezione sociologica, istituzionale ed economica di questo elemento. Gran parte della letteratura esistente sulle professioni deve molto all'analisi funzionalista che concepisce i professionisti come coloro che si occupano di problemi strettamente connessi con valori a cui la società attribuisce una particolare importanza. L'elevato grado di competenza conferisce loro un potere e crea quindi problemi di controllo sociale sull'esercizio della professione. Per i teorici del funzionalismo la soluzione è nell'assicurare l'orientamento dei professionisti al servizio garantendo loro in cambio vantaggi, privilegi, reddito elevato e prestigio.

(13) Cfr. (Rowbottom, 1981).

(14) Così ad esempio l'anestesista e il chirurgo che collaborano in sala operatoria per un sofisticato intervento chirurgico non necessitano di comunicare fra loro per la suddivisione dei compiti e per stabilire il contributo che ciascuno di loro deve offrire alla risoluzione del caso, in quanto in base alla loro formazione e professione sanno già cosa aspettarsi l'uno dall'altro: la standardizzazione delle competenze fa fronte alla maggior parte delle istanze di coordinamento richieste in quella sede.

(15) Questo si manifesta anche in comportamenti come quelli descritti da (Rebora, 1984): «Di grande rilievo sono le situazioni in cui gli istituti pubblici finiscono per esprimere un funzionamento organizzativo dotato di singolare efficacia nel perseguire fini non istituzionali, quali: (...) gli interessi professionali

dei membri dell'organizzazione e delle élites più influenti quando queste si riconoscano in una professione ed abbiano comuni riferimenti in valori e *standard* di comportamento. È possibile osservare non poche volte come i gruppi professionali dotati di elevata competenza tecnica e formati in prevalenza in lunghi cicli educativi condotti in istituzioni diverse da quelle in cui poi opereranno manifestino una tendenza innata ad occuparsi preferenzialmente di quei casi e di quelle situazioni che stimolano la loro curiosità intellettuale, oppure che consentono una compiuta e soddisfacente utilizzazione delle tecniche a cui sono stati formati; è chiaro che queste situazioni non sempre corrispondono alle esigenze operative più pressanti e quantitativamente rilevanti per le organizzazioni e che comportamenti eccessivamente pronunciati in questo senso finiscono facilmente per lasciare scoperte alcune aree di intervento che nessun operatore professionale ambisce, in modo da dar luogo a disfunzioni organizzative riconducibili al tipo generale della trasposizione degli scopi». Mentre secondo (Tricarico, 1981) in molti casi si va attenuando la conflittualità fra professione e burocrazia, «con organizzazioni che si adattano alle esigenze delle professioni presenti all'interno o viceversa professioni che si adattano al contesto burocratico in cui sono inserite».

(16) Cfr. (Wilensky, 1964).

(17) Tale tipologia di conflitto va in realtà esaminata anche alla luce della dominanza della professione medica su altri profili sanitari, di cui si dirà nel paragrafo successivo.

(18) Le considerazioni di seguito riportate possono essere in realtà estese anche alle professioni già organizzate in ordini e collegi.

(19) Numerosi sociologi, studiosi delle professioni, hanno sottolineato il fatto che la fonte di legittimità del corpus normativo professionale risiede nella necessità di un contemperamento fra aspettative dell'ambiente e aspettative dei membri del gruppo. Fra questi (Tousijn, 1987).

(20) Sul tema si veda (Borgonovi, 1996).

(21) Per le associazioni non riconosciute è necessario l'esame dei vari atti costitutivi e degli statuti; da tale disamina emerge una situazione di elevata differenziazione per quanto concerne le finalità, anche se molte associazioni definiscono la propria mission sulla falsariga delle funzioni tipiche delle associazioni riconosciute.

(22) La partecipazione di esponenti dell'associazione professionale sarebbe auspicabile, ancorché non sempre realizzata, nei seguenti organismi: Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, che ha natura di giudice amministrativo, Consiglio dei sanitari

dell'azienda USL o azienda ospedaliera, commissioni di concorso (dove sono previste rappresentanze sindacali ma non dell'associazione; si noti che addirittura l'art. 8 del D.L.vo n. 29/93 esplicita quale criterio di composizione delle commissioni per la selezione del personale che gli esperti non siano designati dalle associazioni professionali, probabilmente al fine di evitare pressioni corporative), commissioni per la programmazione, la costruzione di piani sanitari, la predisposizione di piante organiche, la progettazione di corsi di formazione (commissione paritetica). È invece espressamente prevista la presenza di esponenti degli organismi professionali nella predisposizione delle attività di aggiornamento obbligatorio del personale dipendente delle USL (art. 46, D.P.R. n. 761/1979), per la promozione di iniziative di formazione e aggiornamento del personale adibito a contatto con il pubblico su temi inerenti la tutela dei diritti del cittadino (art. 14, comma 8, D.L.vo n. 502/93) e per la definizione dei criteri per la fissazione delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera (art. 8, comma 6, D.L.vo n. 502/93).

(23) Le sanzioni previste sono avvertimento, censura, sospensione, radiazione dall'albo.

(24) Meglio ancora si distinguono secondo (Offe, 1983), in ragione dell'importanza del grado e del tipo di riconoscimento che lo Stato può accordare: professioni inesistenti per le leggi dello Stato, professioni individuate perché nominate in un testo legislativo, professioni regolamentate perché lo Stato ne stabilisce l'ambito e ne specifica il percorso formativo di massima ed infine professioni giuridicamente riconosciute. Ognuno di questi riconoscimenti risponde ad obiettivi di controllo diversi.

(25) La recente legge n. 127/1997, cosiddetta legge Bassanini, ha rimosso l'obbligo di subordinare ad autorizzazione pubblica tutti gli acquisti immobiliari e l'accettazione di donazioni ed eredità da parte della persona giuridica riconosciuta.

(26) Per un approfondimento sulle caratteristiche e sul ruolo delle associazioni professionali nel sistema sanitario inglese si veda (Pollitt, 1993).

(27) Nel nostro Paese non esiste una cultura della valutazione delle competenze professionali; non a caso forti sono state le reazioni dei professionisti al disegno di legge di riforma dell'ordine dei medici, laddove prevede il rafforzamento del potere disciplinare dell'associazione, da esperire a seguito di controlli e verifiche sull'operato e sulla professionalità dei singoli. La posizione è bene espressa in questa affermazione di (Tricarico, 1981): «Il controllo professionale basato sul gruppo di

collegli e sulla competenza tecnica, sembra, ad esempio, aver perso la sua originale consistenza». (...) Anche se il meccanismo di controllo professionale può funzionare ugualmente all'interno di ogni singola specializzazione, il gruppo professionale sta perdendo la sua omogeneità e resta da vedere se esistono ancora serie opportunità di valutazione dei collegli e un sufficiente arsenale di sanzioni applicabili».

(28) Per un esame approfondito delle linee essenziali della riforma sanitaria si veda (Del Vecchio-Longo, 1993).

(29) Cfr. (Lonni, 1994).

#### BIBLIOGRAFIA

- ALPA G. (1990), *Dalle professioni liberali alle imprese di servizi. Le nuove professionalità tra libertà di privati e interesse pubblico*, Economia e diritto del terziario, 2: pagg. 275-299.
- BORGONOV E. (1993), *Gli ordini professionali e la legittimazione tecnica dell'azione amministrativa nei diversi ambiti di intervento pubblico*, Confronti, 3: 19-25.
- BORGONOV E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano.
- CNEL (1993), *Libro bianco sulle professioni in Europa*.
- DEL MARE G., CANINO A. (1993), *Come gestire un'associazione*, SIPI, Roma.
- DEL VECCHIO M., LONGO F. (1993), *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L. 502/92*, *Mecosan*, 6 (2): pagg. 49-62.
- LEGA C. (1974), *Le libere professioni intellettuali nelle leggi e nella giurisprudenza*, Giuffrè, Milano.
- LONNI A. (1994), *I professionisti della salute. Monopolio professionale e nascita dell'Ordine dei medici*, Franco Angeli, Milano.
- MINTZBERG H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, il Mulino, Bologna.
- OFFE C. (1983), *L'attribuzione dello status pubblico ai gruppi di interesse: osservazioni sul caso della Germania occidentale*, in Berger S., «L'organizzazione degli interessi nell'Europa occidentale», il Mulino, Bologna.
- ORTON D.J., WEICK K.E. (1990), *I sistemi organizzativi a connessione debole*, Sviluppo e Organizzazione, 122: pagg. 32-50.
- OUCHI W.G. (1981), *La progettazione dei meccanismi di controllo organizzativo*, Sviluppo e Organizzazione, 64: pagg. 10-24.
- POLLITT C. (1993), *La politica della qualità in sanità: gli auditing doctor nel Regno Unito e negli USA*, *Mecosan*, 5 (2): pagg. 94-104.
- PONZANELLI G. (1994), *Gli enti non profit in Italia*, Cedam, Padova.
- REBORA G. (1984), *L'efficacia organizzativa nella pubblica amministrazione*, in AA.VV., «Pubblica amministrazione; prospettive aziendali e politiche di intervento», CLUEB, Bologna.
- ROWBOTTOM R. (1981), *I professionisti nelle organizzazioni sanitarie e nei servizi sociali*, in Jaques E. (a cura di), «Il servizio sanitario. Il modello inglese come guida per la riforma sanitaria in Italia», Etas Libri, Milano.
- RUGIADINI A. (1979), *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, Milano.
- STREECK W., SCHMITTER P.C. (1985), *Comunità, mercato, Stato e associazioni? Il possibile contributo dei governi privati all'ordine sociale*, Stato e mercato, 13: pagg. 47-86.
- TOUSIJN W. (1977), *Verso un'analisi di classe delle professioni*, Rassegna italiana di sociologia, 3: pagg. 193-413.
- TOUSIJN W. (1987), *Le libere professioni in Italia*, il Mulino, Bologna.
- TRICARICO B. M. (1981), *Burocrazia e professioni: il caso dei medici nell'ospedale*, Rassegna italiana di sociologia, 22: pagg. 85-120.
- WILENSKY H.L. (1964), *The professionalism of everyone?*, The American Journal of Sociology, 70.

# MECOSAN

La rivista trimestrale

di saggi e ricerche, documenti e commenti  
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -  
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -  
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

### Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

- per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

- nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
- titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98  
E.mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>



# SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO DI ACCESSO ALLE CURE IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA ALL'OSPEDALE NUOVO DEL MUGELLO

di Alberto Antognozzi<sup>1</sup>, Sergio Cardini<sup>2</sup>, Tiziana Faraone<sup>3</sup>, Alessandro Sarti<sup>3</sup>, Carlo Tomassini<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SDA Bocconi Divisione Amministrazioni Pubbliche

<sup>2</sup> Ospedale Nuovo del Mugello - UO Chirurgia

<sup>3</sup> Ospedale Nuovo del Mugello - Direzione Sanitaria

<sup>4</sup> Sezione VRQ ed Accredimento Direzione Sanitaria AUSL di Firenze

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. L'Ospedale Nuovo del Mugello - 3. Il nuovo modello organizzativo - 4. I primi risultati - 5. Conclusioni.

## 1. Premessa

La riforma del Sistema sanitario nazionale prevede, tra gli altri obiettivi, anche la razionalizzazione delle strutture che erogano i servizi. Nei diversi disposti di legge viene infatti più volte richiamata la necessità di ridefinire:

— all'interno, le logiche organizzative delle singole aziende (istituzione dei dipartimenti e delle aree funzionali omogenee);

— verso l'esterno, le modalità di coordinamento tra aziende anche in relazione al territorio di riferimento (creazione di reti per evitare la duplicazione delle funzioni, collegamento tra ospedali e strutture socio-sanitarie territoriali — poliambulatori, consultori, RSA, centri di riabilitazione, medici di medicina generale —).

Di fatto l'utilizzo di modelli organizzativi tradizionali poco coerenti con l'evoluzione della medicina, la difficoltà nell'introduzione di strumenti manageriali quali la programmazione ed il controllo di gestione; l'eccessivo numero di posti letto per abitante, la duplicazione dei servizi per la diagnosi e la cura causati dallo scarso coordinamento, l'endemica carenza di strutture per la riabilitazione post-acuta sono solo alcuni dei problemi che affliggono l'offerta di servizi sanitari nel nostro paese.

L'esperienza vissuta nell'Ospedale Nuovo del Mugello costituisce un valido esempio di razionalizzazione organizzativa, sviluppatasi ad entrambi i livelli:

— interno, introducendo un nuovo modello di accesso alle cure volto a migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ed il conseguente utilizzo delle risorse;

— esterno, sviluppando le potenzialità di accettazione del pronto soccorso secondo la strategia di sviluppo del servizio emergenza-urgenza nei presidi che compongono l'azienda in attesa dell'inizio dei lavori per la costruzione del padiglione che ospiterà l'area dell'emergenza.

Questo scritto intende proprio sottolineare i risultati ottenuti introducendo tale modello organizzativo che ha consentito, in un breve lasso di tempo, di razionalizzare la modalità di accesso alle cure, aumentando il livello di complessità delle prestazioni erogate e quindi l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse.

Dopo aver brevemente presentato il presidio, vengono descritti la situazione precedente la ristrutturazione ed i risultati conseguenti la diversa organizzazione dell'area critica, sottolineando come, alla maggiore efficacia della struttura nel rispondere alle esigenze della popolazione, anche in re-

lazione ai servizi offerti dalle altre unità dell'Azienda USL, abbia anche corrisposto un consistente risparmio di risorse.

## 2. L'Ospedale Nuovo del Mugello

Il presidio ospedaliero di Borgo S. Lorenzo (Firenze) è inserito in una rete ospedaliera di una Unità sanitaria locale di notevole estensione, che ha come punto di riferimento il capoluogo regionale e rappresenta il presidio di riferimento di una zona con caratteristiche orografiche montuoso-collinari, a popolazione sparsa: l'area geografica è costituita da undici comuni per un complessivo bacino di utenza di 60.000 abitanti. La superficie territoriale della zona di riferimento corrispondente è di 129.015 Km<sup>2</sup>, la totalità a zona montana (L. n. 991/52). I residenti, alla data del 31 dicembre 1994, erano 58.257, con una densità di popolazione pari a 0,44 abitanti/Km<sup>2</sup> (1). Il presidio, che nel 1996 ha effettuato 6.949 ricoveri di cui 1.712 nell'unità operativa di chirurgia generale (esclusi i casi ortopedici), è inserito in un dipartimento ospedaliero di tipo funzionale che ha per obiettivo l'integrazione dei restanti presidi della rete ospedaliera tramite protocolli e linee guida che ne omogenizzano com-

portamenti e modalità d'azione delle professionalità.

L'ospedale è stato inaugurato nel 1990. Il modello progettuale seguito, tipico degli anni '60, pone grande attenzione alle zone relative alla degenza, caratterizzate da stanze per 4 pazienti tutte dotate di servizi, dedicando però pochi spazi al poliambulatorio, al pronto soccorso, all'accettazione ed alla rianimazione. In particolare il pronto soccorso dispone di una superficie di ampiezza limitata con la conseguenza che la distribuzione degli spazi consente solo l'espletamento delle funzioni essenziali quali l'accettazione sanitaria e la gestione delle urgenze.

### 3. Il nuovo modello organizzativo

A seguito della fissazione dei tetti di ricovero a livello regionale e dell'obiettivo del raggiungimento, nell'Azienda sanitaria di Firenze, di un tasso di ospedalizzazione del 160%, tutte le unità operative di degenza sono state chiamate a una revisione critica dell'accesso alla degenza ordinaria cercando di fissare prioritariamente l'attenzione su quella tipologia maggiormente indicativa di una possibile inappropriata: ricoveri del tipo entratiusciti e i ricoveri brevi (2-3 gg.).

L'unità operativa di chirurgia, responsabile anche del coordinamento delle attività di pronto soccorso, ha ipotizzato, in questa ottica, la realizzazione di un modello funzionale estensivo della funzione di pronto soccorso rappresentato dall'utilizzo di 4 posti letto ordinari per l'osservazione e il monitoraggio breve (24 ore) dei pazienti che si erano rivolti al pronto soccorso per patologie che presumibilmente potevano risolversi, con adeguata assistenza diagnostica e terapeutica, entro le 24 ore. In questa categoria rientravano anche tutti casi, come i traumi cranici, per i quali il

tempo di osservazione permetteva di risolvere gli eventuali problemi medico-legali che spesso sono fonte di apprensione per il medico del pronto soccorso.

L'unità operativa di chirurgia si articola su due sezioni di degenza ordinaria per un numero complessivo di 44 posti di cui 4 riservati elettivamente all'attività di traumatologia e 1 posto letto per il *day hospital*. Il personale medico della chirurgia generale è rappresentato da 12 unità di cui 2 specialiste nella disciplina di ortopedia e traumatologia. L'attività di coordinamento del pronto soccorso è svolta con la presenza di una guardia attiva che opera in sincronia e in coordinazione con le professionalità afferenti all'unità operativa di rianimazione, di medicina generale e di cardiologia.

La sperimentazione di questo modello ha avuto inizio il 1° settembre 1996 e si è protratta fino al 31 dicembre dello stesso anno, momento in cui è stata effettuata una prima verifica dei risultati raggiunti. Nei fatti per ogni paziente afferente al pronto soccorso e per il quale si è ritenuto necessario un periodo di osservazione è stata aperta una documentazione sanitaria analoga ad una cartella clinica ma di fatto rappresentante l'ampliamento del normale cartellino compilato ad ogni paziente che accede al pronto soccorso, in cui sono state registrate tutte le attività diagnostiche e terapeutiche effettuate. Tutti i casi che rappresentavano una soluzione delle loro problematiche entro le 24 ore venivano dimessi come normali pazienti del pronto soccorso e la loro documentazione veniva regolarmente acquisita agli atti dell'archivio stesso.

Per tutti quei casi che invece, dopo le 24 ore, necessitavano di ulteriori accertamenti diagnostici o terapeutici, veniva aperta la cartella clinica comprensiva della precedente documentazione.

### 4. I primi risultati

All'atto della valutazione è stato analizzato l'andamento dei ricoveri nei primi 8 mesi dell'anno ed operato il confronto con i primi 4 mesi della sperimentazione del modello.

In particolare è stata analizzata la distribuzione dei ricoveri totali, fra casi minori di 1 giorno, uguali a 1 giorno, maggiori di un giorno e ricoveri in *day hospital*.

Per valutare i riflessi sulla operatività del reparto a seguito della sperimentazione del modello è stato utilizzato anche l'indice operatorio, l'indice di *case mix* e l'indice comparativo di *performance* (2). Inoltre, per ogni caso dimesso entro le 24 ore per il quale evidentemente non era stata utilizzata una SDO, è stato ricalcolato, a partire dalla documentazione clinica, l'ipotetico DRG che sarebbe stato attribuito se il paziente fosse stato ricoverato.

In tabella 1 viene riportata la distribuzione dei ricoveri nei due periodi considerati.

I risultati ottenuti non hanno bisogno di particolari commenti, va però sottolineato come il numero totale di ricoveri ottenuto nel terzo quadrimestre dell'anno indica una chiara tendenza alla riduzione dei ricoveri totali e come percentualmente sia nettamente incrementato l'utilizzo dei posti letto ordinari.

La tabella 2 riporta i valori dell'indice operatorio (I.O.) osservati nei due periodi.

La tabella 3 riporta invece il confronto dell'ICM e dell'ICP riferiti ai due periodi.

L'analisi dei dati riportati evidenzia un discreto incremento dell'ICM che depone per una maggiore complessità della casistica osservata nel periodo della sperimentazione del modello. Il dato è perfettamente coerente, nella logica DRG, con l'incremento già osservato dell'I.O. Il dato relativo al-

Tabella 1 - La riduzione dei ricoveri impropri

	Ricoveri ordinari			Day hospital	Totale
	< 1 giorno	= 1 giorno	> 1 giorno		
1/1/96-31/08/96	94 7%	131 10%	891 69%	175 14%	1.291 100%
1/9/96-31/12/96	2 0,5%	16 3,8%	321 76,2%	82 19,5%	421 100%

Tabella 2 - Il miglioramento dei valori dell'Indice Operatorio

	≤ 1 giorno e D.H.			> 1 giorno			Totale
	Chir.	Medico	I.O.	Chir.	Medico	I.O.	
1/1/96-31/08/96	161	239	40,3%	483	408	54,2%	49,9%
1/9/96-31/12/96	32	68	32%	243	78	75,7%	65,3%

l'ICP mostra anche in questo caso un netto miglioramento dell'efficienza espresso attraverso il valore della degenza media. Sia il dato relativo all'ICM che all'ICP nel periodo osservato risultano essere in assoluto i valori migliori fra tutte le altre unità presenti nell'azienda.

Nella tabella 4 riportiamo invece la casistica, espressa in DRG, elaborata in base alla documentazione relativa ai pazienti transitati sui 4 letti di osservazione nel periodo in esame, pari a 161 casi. Questi casi rappresentano i ricoveri che l'ospedale non ha fatturato alla USL di appartenenza, avendo dimesso il paziente entro le 24 ore.

L'analisi della casistica che sarebbe stata osservata nel reparto di chirurgia senza l'attivazione dei 4 posti letto di osservazione evidenzia quel complesso tipologico di patologie che va a diminuire l'efficienza tecnico-operativa delle strutture organizzative profes-

sionali di chirurgia generale e della quale tutti i responsabili di chirurgia sono consapevoli, tanto da rappresentarne, nelle dovute sedi, la necessità di apportarvi i dovuti correttivi. Il mancato ricovero di questi pazienti, il cui DRG è quasi esclusivamente di tipo medico, ha permesso l'evidenziato aumento dell'indice operatorio e dell'indice di *case mix*, permettendo così al reparto di chirurgia e all'ospedale tutto di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri.

Volendo infine valutare anche l'impatto economico relativo all'introduzione del nuovo modello organizzativo, è possibile osservare che i 4 posti letto utilizzati per l'attività di osservazione-filtro erano di fatto inseriti nella U.O. di chirurgia generale e non da essa scorporati e ubicati nell'area critica, come sarebbe stato comunque auspicabile. Tale configurazione non ha pertanto determinato variazioni signifi-

ficative nella struttura dei costi, dal momento che non si è manifestato alcun aumento nell'assorbimento delle risorse.

La tabella 5 indica il fatturato «perso» dal presidio, che non ha ricoverato i 161 pazienti che sono transitati nei 4 posti letto di osservazione, a vantaggio della USL che dovrà erogare minori finanziamenti nel caso di pagamento a prestazione. Il risparmio per la USL potrebbe essere anche maggiore se l'attivazione dell'astanteria avvenisse in una struttura ottimale, in cui i posti letto di osservazione fossero più propriamente collocati nell'ambito dell'area critica. In questo caso si potrebbe infatti garantire anche un abbattimento di parte dei costi fissi, quali quelli alberghieri, nonché quelli derivanti da una ridefinizione del personale di assistenza infermieristica nel reparto di degenza in seguito alla diminuzione dei posti letto ordinari.

## 5. Conclusioni

La lettura dei dati rappresentati nelle tabelle presentate suggerisce due ordini di considerazioni:

— da una parte il modello sperimentato si dimostra efficace nel raggiungimento dell'obiettivo prefissato, ovvero la riduzione dei ricoveri della tipologia entrati/usciti e dei ricoveri di 1 giorno;

— dall'altra si evidenzia come tale manovra, volta al miglior utilizzo delle risorse, di fatto, dato il sistema di finanziamento a prestazione, si caratterizza per un perdita di ricavi da parte dell'ospedale.

La validità organizzativa dell'attivazione di una astanteria nel reparto di chirurgia viene sicuramente supportata dai dati presentati nelle prime 4 tabelle. La valutazione dei risultati attraverso gli indici di ICM e ICP, che raggiungono dopo la sperimentazione valori sorprendenti, dimostrano l'effetti-

Tabella 3 - L'indice di *case mix* (ICM) e l'indice comparativo di *performance* (ICP)

	ICM	ICP
1\1\96-31\08\96	1,031	0,869
31\8\96-31\12\96	1,072	0,657

**Tabella 4 - La casistica relativa di pazienti osservati e non ricoverati**

N. casi	DRG	Descrizione	DRG	Valore DRG	Totale
39	32	Commozione, età > 18 senza cc	M	2.238	87.282
23	183	Esofagite, gastroenterite ed altre malattie ...	M	3.947	3.947
21	324	Calcolo urinario senza cc	M	1.939	40.719
10	243	Patologia medica della colonna vertebrale	M	3.434	34.340
10	281	Traumatismi della pelle, tess. subcutaneo ...	M	2.146	21.460
9	33	Commozione, età 0-17	M	1.253	11.277
8	189	Altre diagnosi dell'apparato digestivo, età ...	M	2.414	19.312
4	72	Traumatismo nasale con deformità	M	2.937	11.748
4	181	Occlusione gastrointestinale senza cc	M	2.516	10.064
4	236	Fratture del fianco e pelvis	M	4.085	16.340
3	102	Altre diagnosi respiratorie senza cc	M	2.727	8.181
3	254	Fratt, stiram, disloc di aass, aaii, età > 18 anni	M	2.126	6.378
3	445	Politraumatismi, età > 18 anni senza cc	M	2.336	7.008
2	131	Patologia vascolare periferica senza cc	M	2.945	5.890
2	323	Calcolo urinario, con cc e/o litotripsia per ESW	M	3.709	7.418
2	460	Ustioni non estese senza trattamento chirurgico	M	5.042	10.084
1	26	Convulsioni e cefalea età 0-17	M	3.170	3.170
1	101	Altre diagnosi respiratorie, con cc	M	4.591	4.591
1	158	Interventi anali e di stomia, senza cc	C	2.500	2.500
1	182	Esofagite, gastroenterite e altre malattie ...	M	3.880	3.880
1	185	Malattie dentali e orali, eccetto estrazione ...	M	3.947	3.947
1	190	Altre diagnosi dell'apparato digestivo ...	M	3.034	3.034
1	251	Fratt, stiram, disloc di avambraccio, mani, ...	M	2.209	2.209
1	253	Fratt, stiram, disloc di aass, aaii, excep piede	M	3.907	3.907
1	255	Fratt, stiram, disloc di aass, aaii, età 0-17	M	2.366	2.366
1	282	Traumatismi della pelle, tess. subcutaneo e ...	M	1.747	1.747
1	321	Infezioni del rene e del tratto urinario, età ...	M	3.142	3.142
1	326	Segni e sintomi renali e del tratto urinario ...	M	2.087	2.087
1	369	Disturbi mestruali e altri dell'apparato genitale	M	2.388	2.388
1	453	Complicazioni del trattamento, senza cc	M	2.098	2.098

va utilità del modello applicato. Anche il valore dell'indice operatorio si colloca finalmente sui valori ritenuti ottimali per un reparto di chirurgia (75%). La possibilità di attivare un «filtro» alla degenza rappresenta poi uno strumento indispensabile per poter tendere al raggiungimento del parametro dei 4,5 posti letto per 1.000 previsti dalla normativa vigente.

Contrastanti sono invece le considerazioni di natura economico-finanziaria. La razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse comporta infatti un beneficio economico netto per la comunità. Questo beneficio può essere misurato, come evidenziato in tabella 5, dalla differenza tra quanto la USL avrebbe dovuto pagare (ipotesi 1) e quanto ha invece effettivamente ero-

gato al presidio (ipotesi 2). Evitare i ricoveri impropri significa risparmiare risorse, anche ingenti, che possono essere destinate alla soddisfazione di bisogni reali della popolazione. Dal punto di vista aziendale, cioè del presidio, si sottolinea invece una perdita, dal momento che la maggiore efficienza viene «premiata» con un minor riconoscimento di risorse.

Questa contraddizione, difficilmente risolvibile dato il sistema di finanziamento a prestazione, impone la necessità di potenziare le modalità di controllo dei comportamenti delle singole aziende da parte dell'ente finanziatore. La possibilità di diffondere, anche grazie all'esempio ora presentato, una logica di gestione volta alla ricerca dell'efficienza e, soprat-

**Tabella 5 - Il risparmio ottenuto riducendo i ricoveri impropri**

	N. casi	Tariffato	N. letti	Media per letto
Ipotesi 1 .....	500	1.834.239.000	39	47.032.000
Ipotesi 2 .....	339	1.434.469.000	35	40.985.000
Differenza .....				6.047.000
Ipotesi 1: casi osservati reali + casi osservati nei letti di osservazione. Ipotesi 2: casi osservati reali.				

tutto dell'efficacia, si può infatti scontrare, come in questo caso, contro la logica del sistema di finanziamento.

---

(1) Fonte: dati territoriali della Comunità montana.

(2) L'indice operatorio — IO — rappresenta la percentuale di DRG chirurgici sul totale dei DRG trattati; l'indice di *case mix* — ICM — rappresenta sinteticamente la complessità relativa della casistica trattata nei diversi reparti confrontati; l'indice comparativo di *performance* — ICP — serve ad esprimere la *performance* relativa dei reparti che vengono confrontati, l'indice viene calcolato come il rapporto tra la sommatoria dei prodotti della

proporzione di dimissioni DRG-specifiche nello *standard* con la relativa degenza media osservata nel reparto in studio e la degenza media complessiva dello *standard*. Per una approfondita spiegazione degli indici per la valutazione dell'attività ospedaliera si veda F. Taroni, B. Curcio Rubertini, «I Diagnoses Related Groups (DRG) per la valutazione dell'attività ospedaliera», Clueb, Bologna, 1991.



# IMMIGRAZIONE E SALUTE: DALL'EMERGENZA AL DIRITTO. UN'ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE FRA PUBBLICO E VOLONTARIATO

di Anna Bai<sup>1</sup>, Tiziano Carradori<sup>1</sup>, Giovanna Vittoria Dallari<sup>1</sup>, Carmine Petio<sup>1</sup>, Franco De Santis<sup>2</sup>

<sup>1</sup> A.U.S.L. Città di Bologna

<sup>2</sup> Ambulatorio Blavati - Confraternita della Misericordia

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il movimento migratorio in Italia e a Bologna - 3. I problemi sanitari - 3.1. Il punto di vista dell'immigrato - 3.2. Il punto di vista del paese ospitante - 4. Le norme - 5. Le attività - 5.1. I servizi ospedalieri - 5.2. Le attività ambulatoriali - 5.3. Il volontariato - 6. L'innovazione - 7. Prime problematiche operative - 8. Considerazioni conclusive e prospettive.

## 1. Introduzione

L'immigrazione in Italia, tipico paese di emigrazione, è un fenomeno relativamente recente (fine degli anni '70), estremamente variegato e diversificato, come diversificate sono l'organizzazione e le risposte dei servizi sanitari. Da una parte ci troviamo di fronte ad una situazione in divenire, con realtà diverse nelle città, nelle campagne o sulle coste (immigrazione di transito, tappe d'arrivo, opportunità lavorative più o meno lunghe), etc.; dall'altra c'è un sistema sanitario in piena riorganizzazione dove strozzature amministrative, ignoranza della normativa e discrezionalità decisionale possono bloccare opportunità d'assistenza, soprattutto nei confronti di «categorie» eterogenee e più o meno «deboli» (si pensi ad esempio ai clandestini).

L'Italia si è trovata impreparata ad affrontare il fenomeno migratorio e, solo da pochi anni, sta cercando di approntare strumenti legislativi ed operativi per regolamentarlo, ma sempre nell'ambito dell'emergenzialità; senza un vero e proprio disegno legislativo elaborato e senza una reale programmazione.

Questa è la prospettiva all'interno della quale si è venuta progressivamente strutturando una condizione di estrema precarietà di quella parte di popolazione immigrata che è divenuta nota come «extracomunitaria».

Appare evidente che, soprattutto in questa fase di strutturazione del fenomeno, in attesa di scelte programmatiche reali e percorribili, sia fondamentale sperimentare e condividere le diverse esperienze che nelle varie parti del paese si stanno attuando, sia sotto il versante pubblico che nell'ambito del privato sociale e del volontariato.

## 2. Il Movimento migratorio in Italia e a Bologna

I dati più recenti sulla presenza di stranieri e di immigrati in Italia, illustrati nelle tabelle 2.1 e 2.2, sono forniti dal Ministero dell'interno, elaborati solitamente dalla Caritas e calcolati sul numero di permessi di soggiorno rilasciati in un determinato periodo.

Essi evidenziano un aumento complessivo degli stranieri in Italia (nel '96 oltre il 10% in più, rispetto al '95; un calo di quelli appartenenti all'U-

Tabella 2.1. - Provenienza degli stranieri in Italia per aree di sviluppo

	Presenti 1-1-1997		% var. 1995-1996
<i>Totale</i>	1.095.622		
	(55.3 % maschi, 44.7% femmine)		+ 10.5
<b>Da Unione Europea</b> .....	<b>152.092</b>	<b>(13.9%)</b>	- 7.3
<b>Non da Unione Europea</b> .....	<b>943.530</b>	<b>(86.1%)</b>	+ 14.0
<i>Da Paesi a sviluppo avanzato (PAV)</i> .....	90.972	(8.3%)	- 10.5
<i>Da Paesi in via di sviluppo (PVS)</i> .....	852.558	(77.8%)	+ 17.5
Penisola Balcanica .....	158.586	(14.4%)	
Ex Federazione Jugoslava.....	94.610	(8.6%)	
Albania.....	63.966	(5.8%)	
Nord Africa.....	198.910	(18.1%)	
Marocco .....	119.481	(10.9%)	

**Tabella 2.2. - Popolazione straniera al 1° gennaio 1997 in alcune Regioni italiane**

	Incidenza degli stranieri		Incidenza % sulla popolazione
Lazio.....	218.978	(20%)	4.2
Provincia di Roma.....	199.433	(18.2%)	5.3
Lombardia.....	213.747	(19.5%)	2.4
Provincia di Milano.....	124.177	(11.3%)	3.3
Trentino-Alto Adige.....	32.133	(2.9%)	3.5
Veneto.....	87.971	(8%)	2.7
Valle d'Aosta.....	2.976	(0.3%)	2.5
Umbria.....	20.433	(1.8%)	2.4
Emilia-Romagna.....	82.212	(7.5%)	1.8
Provincia di Bologna.....	22.415	(2%)	2.4
<b>Totale popolazione straniera.....</b>	<b>1.095.622</b>		<b>1.9</b>

nione Europea (oltre un terzo del totale nel 1990, oggi neppure un quarto) ed un aumento dei non appartenenti all'UE, i cosiddetti extracomunitari, ed, in particolare, dei soggetti provenienti dai paesi in via di sviluppo (PVS).

L'immigrazione in Italia sta dunque assumendo sempre più un aspetto extra-unione europea (86.1%) e terzo-mondiale (77.8%): appartengono al vecchio continente quattro stranieri su dieci, ma tra gli europei solo uno su tre è comunitario.

Gli stranieri titolari di permesso di soggiorno (1.095.622) sono attualmente pari all'1,9% della popolazione residente, con incidenza variamente ripartita: 3% al Centro, 2% al Nord e 1% al Sud; i 943.530 cittadini extracomunitari costituiscono l'1,7% della popolazione residente.

I dati fin qui riportati sottostimano il fenomeno complessivo in quanto gli stranieri, per la notevole componente di irregolari e clandestini e la loro mobilità sul territorio, si presentano come una popolazione difficile da censire. Alcuni parlano di oltre 800.000 irregolari, più probabilmente si tratta di un terzo della cifra ipotizzata, anche

per l'aumentata capacità delle forze di pubblica sicurezza ad eseguire le espulsioni. Il tasso medio di irregolarità a livello nazionale è risultato pari al 25% il che equivale ad un irregolare ogni quattro stranieri titolari di permesso di soggiorno

In cinque anni il Governo italiano, al fine di alleggerire il serbatoio della presenza illegale, ha approvato due regolarizzazioni a seguito delle quali sono state presentate 248.501 istanze nel '90 e 257.000 nel '96, che sono state accolte nel 88,9 % dei casi.

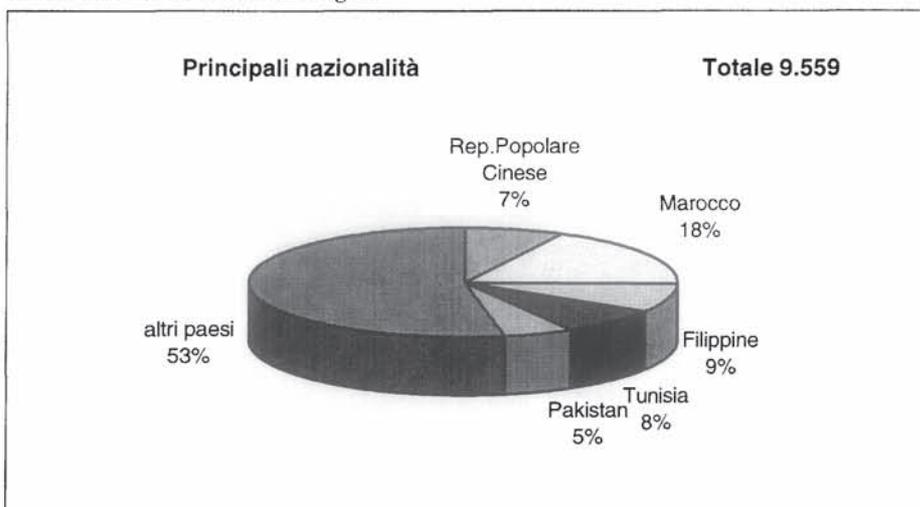
Nonostante tali regolarizzazioni, permane la sensazione che il numero dei clandestini sia tuttora elevato. Tale impressione è suffragata, tra l'altro, dalla quota notevole di nuovi utenti che accedono quotidianamente alle strutture ambulatoriali di volontariato: di questi il 20-30 % è di recentissima immigrazione clandestina.

La maggior parte degli stranieri viene in Italia per lavorare. Negli ultimi anni si nota un costante aumento dei permessi di soggiorno rilasciati per motivi di lavoro, che sono passati dal 31% nel 1989 (anno precedente all'entrata in vigore della legge n. 39 del 1990, cosiddetta legge Martelli) ad oltre il 60% nell'anno in corso; conseguentemente sono saliti ad oltre il 18% i permessi per ricongiungimento familiare.

Complessivamente lavoro dipendente, lavoro autonomo e motivi di famiglia totalizzano l'81,9% di tutti i permessi di soggiorno e dimostrano che l'immigrazione sta assumendo sempre più il carattere di insediamento stabile.

Nella realtà bolognese (grafico 2.1) al 31 dicembre 1996 gli stranieri erano 9.553, con un aumento di oltre il 26 % rispetto al '95. Essi provengono prevalentemente da Marocco, Filippine,

**Grafico 2.1. - Gli stranieri a Bologna**



Cina, ex Jugoslavia e Tunisia. Si tratta nel complesso di una popolazione molto giovane, in quanto costituita per oltre il 40 % da individui al di sotto dei 30 anni e per circa il 90 % da persone al di sotto dei 45 anni.

### 3. I problemi sanitari

Questa grande massa di immigrati comporta, tra gli altri, due tipi di problemi di salute: uno riguardante la salute dei singoli, l'altro quella della comunità ospitante; quest'ultimo è un problema di salute pubblica, che certamente non deve essere enfatizzato, ma neppure trascurato.

#### 3.1. Il punto di vista dell'immigrato

Una quotidiana difficoltà di integrazione con la comunità ospitante può produrre conseguenze anche gravi sull'equilibrio psicofisico dell'immigrato e provocare l'insorgenza di vere e proprie malattie psicosomatiche e/o comportamenti devianti.

Le condizioni igienico-sanitarie degli ambienti in cui gli immigrati vivono e lavorano sono perlopiù scarse; ciò può essere facilmente causa di trasmissione di malattie provocate dalla promiscuità, dai bassi livelli di igiene e di «conforto» delle abitazioni e, talvolta, dei luoghi di lavoro.

D'altro canto, le difficoltà di accesso ed utilizzo delle strutture sanitarie pubbliche e di volontariato legate a motivi legali, culturali, linguistici, burocratici, economici, etc., limitano notevolmente le possibilità di cura.

#### 3.2. Il punto di vista del paese ospitante

Il paese ospitante lamenta un peso supplementare sulle strutture sanitarie e sociali (ospedali, ambulatori territoriali, asili per l'infanzia, scuole, ecc.), che devono essere ritarate sul nuovo

carico di utenza e che, in qualche modo, sono tenute a fornire anche assistenza ai clandestini, agli irregolari ed agli immigrati disoccupati, divenuti indigenti.

Si paventa un aumento del rischio di contrarre malattie contagiose, soprattutto TBC e MTS, ma anche parassitosi intestinali, malattie dermatologiche, etc.; d'altro canto è possibile anche prevedere l'introduzione di nuove patologie, poco note o sconosciute ai medici italiani.

Le notevoli distanze culturali che talvolta separano medici e pazienti possono rendere difficile effettuare diagnosi corrette, produrre medicalizzazione o persino spostamento di qualche malattia verso l'ambito psichiatrico.

### 4. Le norme

Una complessa normativa (diverse decine di leggi, decreti, circolari e ordinanze, tabella 4.1) regola il «diritto alla salute» degli immigrati, con evidenti effetti paradossi; essa fa riferimento a diritti individuali e collettivi e, mentre sancisce il diritto di tutti gli individui alla salute, divide di fatto gli immigrati in due categorie: coloro che effettuano la contribuzione obbligatoria o volontaria, ai quali viene assicurato un trattamento pari a quello ricevuto dai cittadini italiani; e coloro che per motivi diversi non possono effettuare contribuzioni, per i quali l'assistenza effettivamente erogata resta circoscritta alle sole cure ospedaliere urgenti, alle prestazioni preventive e a quelle per la tutela della maternità, dell'infanzia e della gravidanza.

Le prestazioni sopraelencate sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste; sono finanziate alle aziende erogatrici con quota parte del F.S.N.; i rimborsi per

prestazioni urgenti lasciate insolute devono invece essere richiesti dalle Aziende sanitarie alle locali Prefetture.

Ai cittadini stranieri disoccupati e irregolari presenti sul territorio italiano, sono pertanto precluse le cure ambulatoriali derivanti dall'azione di filtro effettuata dal medico di medicina generale; inoltre, le attività erogate a scopo preventivo, ad esempio quelle per la TBC, sono gratuite fino alla diagnosi: la terapia è esclusa.

È dunque estremamente urgente e necessario un riordino e una unificazione della normativa con indicazioni chiare e leggibili dalle strutture e dai cittadini.

### 5. Le attività

#### 5.1. I servizi ospedalieri

L'immigrato generalmente non mette in atto strategie preventive, ma si rivolge ai servizi sanitari in caso d'urgenza o di malattia conclamata, quando cioè non può farne a meno.

Gli stranieri indigenti si recano d'abitudine ai servizi ospedalieri di pronto soccorso, tenuti a fornire una risposta indipendentemente dalla condizione di regolarità o irregolarità, perché li ritengono accessibili, gratuiti, facendone un uso improprio e causando, così, numerosi problemi di tipo tecnico-gestionale. Nel primo semestre 1997, infatti, gli stranieri costituiscono il 6,54% degli accessi al servizio di pronto soccorso dell'ospedale dell'AUSL bolognese, ma solo il 29,21% di essi dichiara generalità complete che ne consentano l'identificazione per il recupero delle eventuali somme dovute.

Per coloro che vengono poi ricoverati per patologie che si risolvono durante la degenza non si pongono particolari problemi; i quali, invece, sono drammatici per i pazienti che si trovi-

**Tabella 4.1. - Le norme sull'assistenza sanitaria per gli immigrati**

<p><b>Preambolo all'Atto costitutivo dell'OMS (1946)</b></p> <p><b>Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948), art. 25</b></p> <p><b>Delibere dell'Assemblea mondiale della sanità</b> Affermano il principio inderogabile dell'uomo come bene primario ed essenziale, oggetto di attenzione individuale e generale, di cui si devono far carico gli ordinamenti giuridici nazionali ed internazionali.</p> <p><b>Costituzione della Repubblica Italiana (art. 32)</b> Garantisce la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, assicura cure gratuite agli indigenti.</p> <p><b>Legge n. 833/1978 (art. 6)</b> Individua fra le competenze dello Stato anche l'assistenza in Italia agli stranieri ed agli apolidi, nei limiti ed alle condizioni previste da impegni internazionali.</p> <p><b>D.L. n. 633/79, convertito con legge n. 33/80</b> Stabilisce condizioni e modalità di accesso degli stranieri al S.S.N., distingue fra <i>residenti</i>, cui sono garantiti gli stessi diritti e relativi oneri previsti per i cittadini italiani e <i>presenti</i> sul territorio, cui viene riconosciuto e garantito l'accesso alle prestazioni sanitarie urgenti per malattia, infortunio e maternità, previo pagamento delle tariffe stabilite, anche se non comportanti ricovero, a patto di non trovarsi nella posizione di irregolare o clandestino.</p> <p><b>Legge n. 943/86 (art. 1) (primo intervento legislativo organico, almeno nelle premesse, sull'immigrazione)</b> Stabilisce la parità di trattamento in materia di assistenza sanitaria e sociale fra lavoratori italiani ed extracomunitari, estesa alle rispettive famiglie.</p> <p><b>D.L. n. 416/89, convertito con legge n. 39/90 (cosiddetta legge Martelli)</b> Estende tale diritto ai lavoratori extracomunitari disoccupati iscritti nelle liste di collocamento.</p> <p><b>D.L. 18 novembre 1995, n. 489, modifica l'art. 5 della legge n. 33/80 (nota come decreto Dini)</b> Assicura anche agli stranieri temporaneamente presenti le cure ambulatoriali e ospedaliere per malattie e infortunio, la tutela sociale della maternità responsabile e i programmi di medicina preventiva senza oneri a carico dei richiedenti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa. Rimanda l'effettiva erogazione alla promulgazione di un decreto sanità-tesoro.</p> <p><b>4 maggio 1996. Telegramma 1553 del Ministero della sanità</b> Specifica che la tutela sociale della maternità responsabile e gravidanza comporta altresì la tutela del minore.</p> <p><b>Ordinanza del Ministro della sanità 15 novembre 1996 (reiterata fino al 16 agosto 1997 con validità fino al 31 dicembre 1997 o fino all'entrata in vigore della legge in discussione)</b> Conferma i contenuti del D.L. n. 489/1995 non più reiterabile.</p> <p><b>Legge 9 dicembre 1996, n. 617</b> Salvaguardia degli effetti prodotti dal D.L. 18 novembre 1995, n. 489, e successivi decreti adottati in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea.</p> <p><b>Disegno di legge n. 3240 presentato il 19 febbraio 1997</b> Assicura l'assistenza anche a coloro che non sono in grado di contribuire, solo per 4 macrolivelli assistenziali (prevenzione, medicina generale e farmaceutica, assistenza specialistica, assistenza ospedaliera), con una quota capitaria per le Unità sanitarie locali ridotta a L. 300.000. Con apposita direttiva e successivi interventi di precisazione, la Regione Emilia-Romagna ha fornito indirizzi applicativi in ordine alle citate disposizioni statali.</p>
---

no in condizioni di temporanea immobilità o inabilità a breve e lungo termine, soprattutto per gli irregolari sprovvisti di permesso di soggiorno, non essendo disponibili strutture alternative al domicilio.

### 5.2. Le attività ambulatoriali

Le istituzioni pubbliche e private del sistema sanitario bolognese hanno da sempre mostrato grande sensibilità nei confronti dei problemi di salute della popolazione indigente, indipendentemente dal possesso di specifici requisiti, quale residenza e nazionalità.

I settori distrettuali dei servizi per la tutela della salute dell'infanzia e dell'adolescenza e per la salute della donna, fin dall'inizio del fenomeno migratorio, hanno fornito a titolo gratuito cure ambulatoriali di tipo preventivo e curativo; inoltre, d'intesa con i servizi sociali dell'Azienda, del Comune e dei quartieri, assicurano controlli sanitari nei campi nomadi, nei centri di raccolta dei profughi e nelle istituzioni scolastiche per i necessari interventi di tutela individuale e collettiva della salute.

Dal 1990 l'Azienda U.S.L., in collaborazione con il Comune di Bologna, ha approvato e finanziato un progetto per l'immigrazione e un protocollo di intervento sociosanitario (maggio 1991); dal dicembre 1995 opera in sintonia con l'Istituto stranieri immigrati, società mista pubblico-privato, direttamente dipendente dalla Giunta comunale, con funzioni di «sportello» per gli utenti, osservatorio, coordinamento e raccordo fra tutte le istituzioni pubbliche e private, ricerca e formazione per operatori, sviluppo e comunicazione di competenze interculturali.

È attivo dal 1991 il Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini, che eroga prestazioni di con-

sulenza medica di primo livello, (nel 1996 ha assistito 285 pazienti e 347 bambini, per un totale di 1152 accessi e per un volume di 2582 prestazioni).

### 5.3. Il volontariato

Nell'ambito del progetto per l'immigrazione fu stipulata una convenzione fra il centro di volontariato di più antica tradizione, la Confraternita della Misericordia, che tuttora cura la maggior parte degli indigenti a Bologna, e l'U.S.L. 29 (dal 1995 con l'A.U.S.L. della Città di Bologna); convenzione rinnovata ogni anno con modalità diverse.

Nel 1995 l'A.U.S.L. della Città di Bologna ha stipulato una convenzione anche con l'associazione di volontariato S.O.K.O.S. (1996: 167 pazienti, 319 visite) del distretto Saragozza-Porto, e l'Ambulatorio Tenda, che opera presso il Presidio ospedaliero Maggiore, dove vengono prevalentemente seguiti profughi della ex Jugoslavia e nomadi per analoghe attività di primo livello (1996: 620 pazienti, 1698 visite).

L'Ambulatorio Biavati (A.B.), che rappresenta attualmente la principale attività assistenziale della Confraternita della Misericordia, ha iniziato ad operare nel '79, via via collegandosi con altri enti assistenziali, volontari e non (Asilo notturno del Comune di Bologna, Presidio territoriale di pneumotisiologia, Caritas - servizio immigrati, Centro assistenza per le donne straniere, etc.).

Esso ha sempre fornito gratuitamente assistenza di base, accertamenti strumentali di primo livello, farmaci, medicazioni e terapia infusionale.

L'attività ambulatoriale si svolge ogni sera, festivi compresi, dalle 17.30 alle 19.30, nel centro cittadino, ove è presente anche una farmacia comunale aperta 24 ore su 24, ed è sup-

portata da un'opera di segretariato sociale e mediazione culturale che si svolge negli stessi orari dell'ambulatorio. Tale attività è rivolta ad una popolazione alquanto eterogenea per nazionalità, sesso, età, patologie e bisogni espressi.

Come si evince dal grafico 5.3.1, il numero dei pazienti e delle visite sono andati via via aumentando: nel 1996

sono state effettuate oltre 6.000 visite a circa 1.600 pazienti.

Il numero di coloro che si rivolgono per la prima volta all'A.B. è andato progressivamente diminuendo, in percentuale, rispetto a quello dei «ritorni» (grafico 5.3.2).

Le principali patologie trattate alla prima visita sono tuttora quelle inerenti l'apparato respiratorio,

Grafico 5.3.1. - Ambulatorio Biavati. Attività 1979-1996

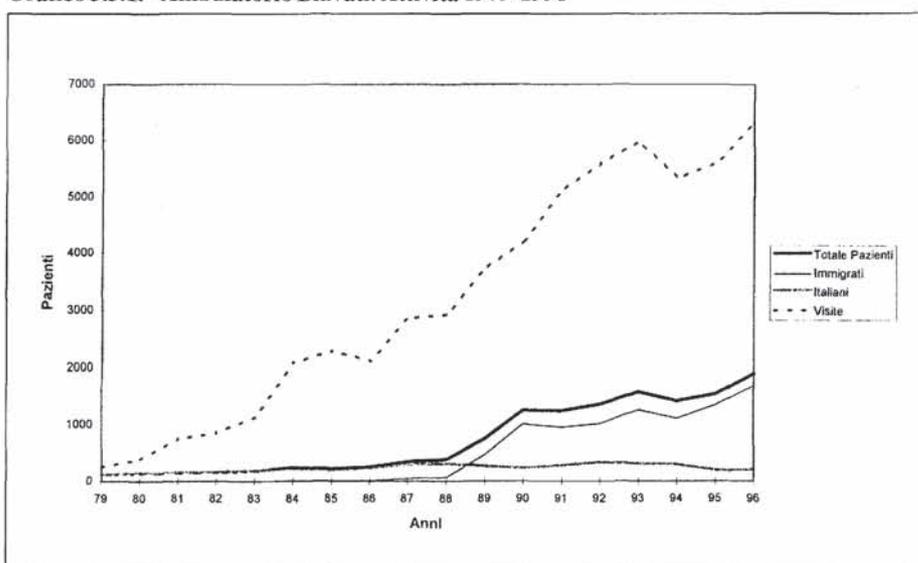
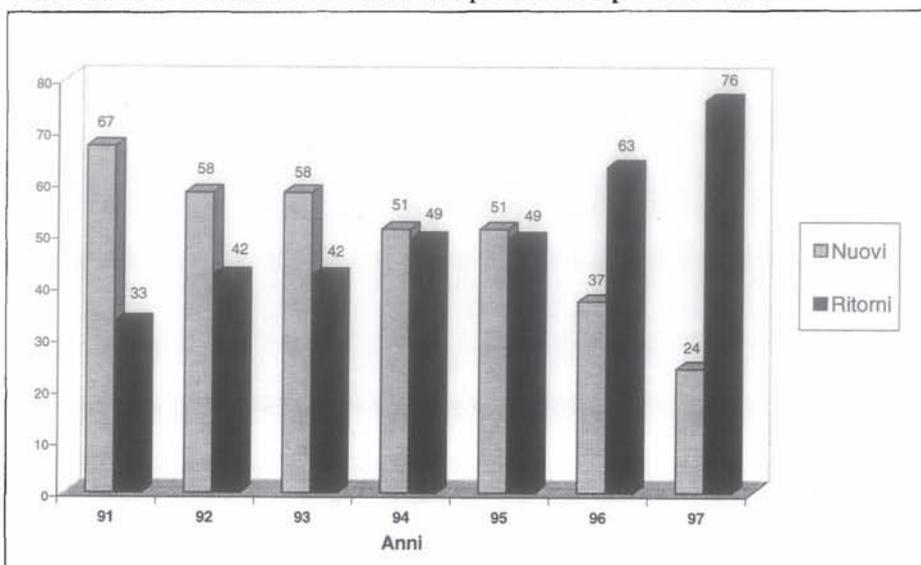


Grafico 5.3.2. - Ambulatorio Biavati. Afflusso pazienti 1991-primi semestre 1997

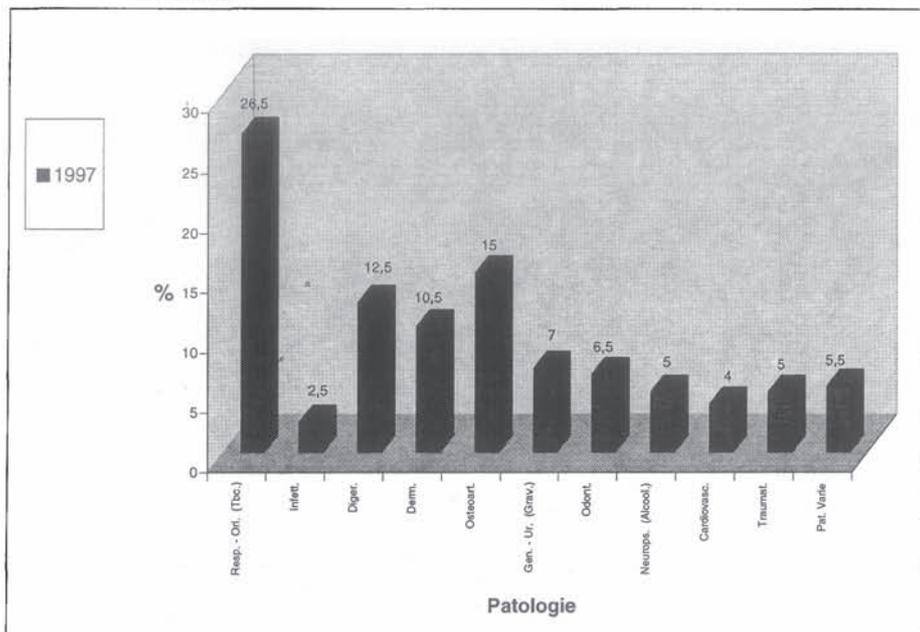


comprese le patologie tubercolari, l'ostearticolare ed il digerente; una quota, un tempo pressoché irrisoria, attualmente non trascurabile, riguarda le patologie neuropsichiatriche e

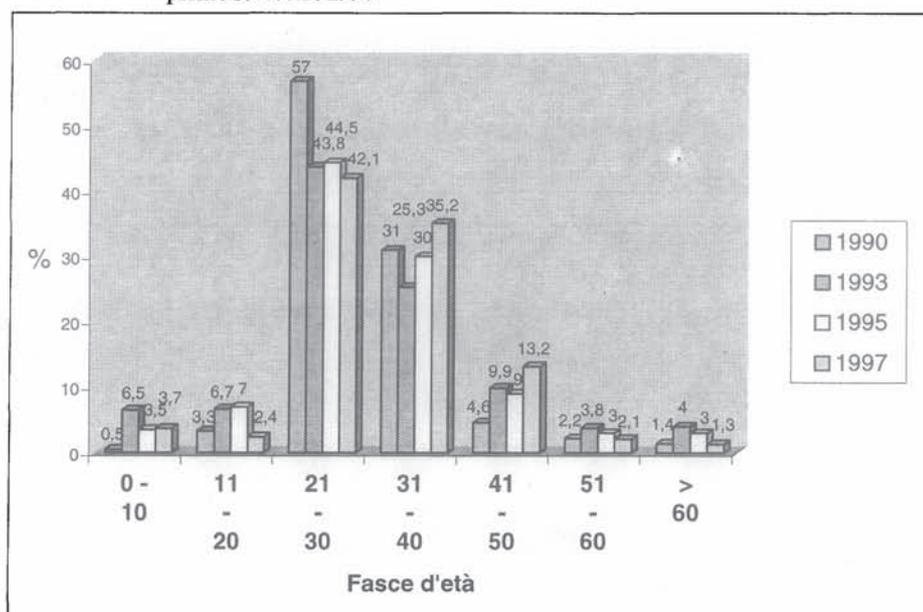
quelle legate a traumatismi (grafico 5.3.3).

Tuttora le principali fasce di età degli assistiti sono comprese fra i 21 e i 40 anni (grafico 5.3.4).

**Grafico 5.3.3. - Ambulatorio Biavati. Principali patologie alla prima visita 1997 (primo semestre)**



**Grafico 5.3.4. - Ambulatorio Biavati. Distribuzione per età pazienti anni 1990, 1993, 1995 e primo semestre 1997**



## 6. L'innovazione

La realtà bolognese mostra come il numero di pazienti che non possono usufruire di alcuna forma di assistenza sanitaria sia in continuo aumento, anche a causa del fatto che non è stato più possibile reiterare i decreti-legge in materia di immigrazione.

La cultura dell'accoglienza è maturata anche a livello nazionale; ciò è dimostrato dal fatto che è stato da tempo presentato in parlamento un progetto di legge che si propone di riordinare tutti gli aspetti dell'immigrazione.

Le Istituzioni pubbliche e private del sistema sanitario bolognese hanno da sempre mostrato grande sensibilità nei confronti dei problemi di salute della popolazione indigente, indipendentemente dal possesso di specifici requisiti, quale residenza e nazionalità.

Le diverse convenzioni con l'Ambulatorio Biavati prevedevano l'erogazione da parte dell'AUSL di un contributo annuo pari a 150 milioni di lire, sostanzialmente finalizzato alla parziale copertura delle spese sostenute dai volontari per l'acquisto di farmaci, reagenti per indagini laboratoristiche e materiale per ecografia, materiali di medicazione e per terapia infusione, indagini e visite specialistiche effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche bolognesi.

Tali convenzioni hanno permesso di rispondere alla domanda di salute di circa 7.500 pazienti. Tuttavia, in un quadro normativo che definisce i servizi da erogare, ma non assegna i relativi stanziamenti, a fronte di un quadro economico di aumento di richieste, ma di risorse definite e ridotte, non pareva più opportuno finanziare un'attività in modo aspecifico, senza poi poter effettuare alcun tipo di valutazione, né alcuna richiesta di rimborso.

Nell'ottobre 1996, pertanto, la direzione dell'A.U.S.L. della Città di Bologna, ha avviato un momento di ri-

progettazione delle sue attività convenzionali ed ha elaborato una proposta di protocollo assistenziale (illustrato nella figura 6.1), che garantisce modalità di intervento più trasparenti ed organiche, non contrastanti con le normative vigenti, da attuarsi da parte di tutte le Aziende sanitarie cittadine e delle strutture private interessate.

Sono stati contattati l'Assessore alla sanità e servizi sociali del Comune di Bologna, i responsabili dell'Azienda farmaceutica municipalizzata, della Federfarma, dell'Azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi e dell'Istituto ortopedico di ricerca a carattere scientifico Rizzoli; a fine anno, è stato inoltre effettuato un incontro di verifi-

ca con il Prefetto ed il direttore dell'Assessorato regionale alla sanità, per i non trascurabili aspetti relativi alla contabilizzazione delle prestazioni erogate.

La Regione Emilia-Romagna, quale contributo parziale ai costi sostenuti dalle Aziende sanitarie per gli «stranieri temporaneamente presenti», ha ripartito fra le Aziende USL il finanziamento erogato dallo Stato con provvedimento deliberativo del Comitato interministeriale per la programmazione economica, e, con nota a firma degli Assessori regionali alla sanità e alle politiche sociali, ha disposto che le attività previste dal protocollo siano finanziate con tali fondi.

Il protocollo si pone l'obiettivo di coinvolgere tutte le istituzioni pubbliche (Regione Emilia-Romagna, Comune di Bologna, A.U.S.L. Città di Bologna, Azienda ospedaliera universitaria S. Orsola-Malpighi, Istituti ortopedici Rizzoli, Azienda farmaceutica municipalizzata), private (farmacie) e le associazioni di volontariato (Confraternita della Misericordia, S.O.K.O.S., La Tenda, C.R.I. ed eventuali altre) nell'assistenza a cittadini indigenti non altrimenti assistibili A tali pazienti, sulla base degli elenchi nominativi degli assistiti forniti dalle associazioni, viene rilasciato un tesserino sanitario di soccorso, da rinnovarsi trimestralmente, per l'erogazione a titolo gratuito, secondo le modalità previste per i cittadini italiani indigenti, dell'assistenza specialistica e degli accertamenti diagnostici da parte di tutte le Aziende sanitarie pubbliche della città e di assistenza farmaceutica per i soli farmaci di fascia A e B da parte di tutte le farmacie. L'attività di medicina di base viene svolta dai medici delle associazioni di volontariato.

Nell'aprile 1997 è stata pertanto stipulata una nuova convenzione con la Confraternita della Misericordia che

Figura 6.1. - Protocollo d'intesa

<b>PROTOCOLLO D'INTESA FRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA,            COMUNE DI BOLOGNA, AZIENDA FARMACEUTICA MUNICIPALIZZATA,            FEDERFARMA, AZIENDA OSPEDALIERA S. ORSOLA-MALPIGHI,            ISTITUTI ORTOPEDICI RIZZOLI E AZIENDA USL DELLA CITTÀ DI BOLOGNA            PER L'ASSISTENZA AMBULATORIALE AGLI INDIGENTI STRANIERI</b>
<p><i>Omissis.</i></p> <p><i>Finalità</i></p> <p>Fornire a cittadini indigenti non altrimenti assistibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— assistenza medica di base, specialistica ambulatoriale e diagnostica;</li> <li>— assistenza farmaceutica per i farmaci in fascia A e B.</li> </ul> <p>Coinvolgere tutte le istituzioni pubbliche, private e di volontariato interessate: Comune di Bologna, A.U.S.L. Città di Bologna, Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi, Istituti ortopedici Rizzoli, Azienda farmaceutica municipalizzata, farmacie private, associazioni di volontariato (Confraternita della Misericordia, S.O.K.O.S., La Tenda, ed eventuali altre).</p> <p>Promuovere il coinvolgimento della Regione Emilia-Romagna quale collettore delle rilevazioni effettuate dalle varie aziende sulle prestazioni effettuate ed i relativi costi.</p> <p>Rendere le convenzioni compatibili con la normativa vigente, eque e trasparenti nei confronti dei pazienti e delle diverse associazioni di volontariato.</p> <p><i>C) Popolazione target</i></p> <p>Senza fissa dimora, immigrati irregolari, immigrati con permesso di soggiorno indigenti e non residenti nell'A.U.S.L., nomadi e profughi per quanto non di competenza della Prefettura.</p> <p><i>D) Aspetti operativi</i></p> <p>Riconoscimento a tutte le associazioni di un contributo che trovi riscontro nell'ambito della legge regionale sul volontariato e sia basato su criteri oggettivi e precisi.</p> <p>Erogazione dell'assistenza di base alla sola popolazione target da parte delle associazioni di volontariato (Ambulatorio Biavati, Ambulatorio Tenda e S.O.K.O.S.), con prescrizione su proprio ricettario ed apposizione di apposito timbro.</p> <p>Rilascio di un tesserino sanitario di soccorso, da rinnovarsi trimestralmente, sulla base degli elenchi nominativi degli assistiti forniti dalle associazioni, con fotografia della persona ed indicazione numerica in eventuale sostituzione del nome della persona.</p> <p>Erogazione dell'assistenza specialistica e degli accertamenti diagnostici da parte di tutte le aziende della città a titolo gratuito, secondo le modalità previste per i cittadini italiani indigenti.</p> <p>Precisa contabilizzazione delle prestazioni rese e, qualora il paziente non sia in grado, anche delle quote di partecipazione alla spesa, da parte di tutti gli erogatori, al fine di ottenere l'eventuale rimborso dagli organi competenti (Regione, Prefettura).</p> <p>Assistenza farmaceutica per i soli farmaci di fascia A e B da parte di tutte le farmacie, con le stesse modalità di erogazione e contabilizzazione secondo le medesime modalità previste per i cittadini italiani.</p>

prevede da parte dell'A.U.S.L. il solo rimborso delle spese sostenute a fronte dell'erogazione di un'attività ambulatoriale quotidiana di medicina di base (figura 6.2).

Per le altre associazioni di volontariato si prevede di rinnovare le convenzioni con analoghe modalità al momento della scadenza.

### 7. Prime problematiche operative

L'implementazione del protocollo richiede un contatto molto stretto, la creazione di una vera e propria «rete»

pubblico-privato (Asilo notturno per indigenti, Ufficio stranieri, Questura, Associazioni di volontariato, Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini, Distretti) che permetta un uso ottimale delle risorse ed una semplificazione dei percorsi.

Il referente della Direzione sanitaria dell'A.U.S.L. ha fin qui operato quale filo conduttore dell'esperienza; ha rilevato i vari problemi che via via si presentavano, socializzandoli fra tutti gli interlocutori, tentando di dare loro una soluzione condivisa, anche attraverso incontri periodici con que-

sti ultimi. L'A.U.S.L. dovrà comunque impegnarsi a diffondere maggiormente le informazioni sui servizi esistenti.

La Regione Emilia-Romagna è in procinto di creare un gruppo di lavoro per condividere esperienze e definire modelli operativi e linee guida comuni.

Dal 7 aprile al 7 ottobre 1997 sono stati consegnati 1.411 tesserini ad altrettanti utenti indigenti (72% dell'A.B.).

Il protocollo firmato nel mese di febbraio prevedeva l'assistenza dei circa 2000 pazienti l'anno, sostanzialmente irregolari e clandestini già assistiti dalle associazioni; decaduti i decreti legge nel novembre '96, si è verificato invece che la quota prevalente dei richiedenti sono stranieri residenti disoccupati, non più assistiti dal S.S.N.

Il tesserino di soccorso non viene erogato dai volontari, ma dall'ufficio dell'AUSL, dopo un controllo sull'eventuale iscrizione del soggetto all'anagrafe sanitaria: di fatto occorrono da 1 a 3 giorni per ottenerlo. I bisogni veramente urgenti vengono coperti attraverso l'emissione da parte dell'A.B. di un tesserino provvisorio, valido soltanto per le spese farmaceutiche e per il tempo necessario ad ottenere il tesserino di soccorso.

Si è verificato così che un numero esiguo di questi già pochi pazienti sono risultati assistibili dal S.S.N.; il problema si ridurrà comunque, man mano che tutti i pazienti saranno conosciuti e «tesserati».

I medici delle associazioni di volontariato sono tenuti a rispettare le norme prescrittive seguite dai medici aziendali, ma dovendo affrontare problematiche spesso assai complesse anche da un punto di vista amministrativo-legale, sono previsti momenti di confronto e verifica.

Figura 6.2. - La convenzione

<p style="text-align:center"><b>CONVENZIONE TRA L'AZIENDA U.S.L. DELLA CITTÀ DI BOLOGNA E L'ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO «CONFRATERNITA DELLA MISERICORDIA» PER L'ASSISTENZA SOCIO SANITARIA AD EMARGINATI ED IMMIGRATI</b></p> <p><i>Omissis.</i></p> <p>Si conviene e si stipula quanto segue:</p> <p><b>Art. 1</b></p> <p>L'Azienda, volendo garantire le attività di assistenza sociosanitaria ad emarginati ed immigrati nell'ambito del proprio territorio, attiva con la Confraternita il seguente progetto di collaborazione:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) erogazione, da parte dell'Ambulatorio Biavati, di un servizio di assistenza medica di base, integrata da una serie di attività specialistiche e di accertamenti strumentali di primo livello da eseguirsi prontamente;</li><li>2) gli utenti ai quali si rivolge il servizio sono i soggetti emarginati italiani o immigrati, privi di qualunque altra effettiva possibilità assistenziale, per i quali si prevede un flusso di 15-20 utenti al giorno;</li><li>3) l'accesso degli utenti sarà libero, ed il servizio si svolgerà tutti i giorni dell'anno dalle ore 17,30 alle ore 19,00 e si svolgerà fino all'esaurimento della richiesta di assistenza;</li><li>4) l'area territoriale coperta è quella comunale;</li><li>5) a disposizione della Confraternita attualmente ci sono n. 40 operatori medici con specializzazioni diverse, oltre che personale qualificato per l'assistenza infermieristica e sociale di supporto, nonché n. 2 obiettori di coscienza che prestano servizio civile (allegato n. 1: elenco degli aderenti).</li></ol> <p>Da parte dell'Azienda sarà reso disponibile un congruo numero di prestazioni diagnostico-terapeutiche, erogabili presso le diverse strutture aziendali secondo le modalità previste da apposito protocollo d'intesa stipulato fra le organizzazioni sanitarie cittadine; sarà inoltre coinvolto nel progetto un medico responsabile.</p> <p><i>Omissis.</i></p> <p><b>Art. 7</b></p> <p>L'Azienda si impegna a fornire occasioni concrete di riqualificazione ed aggiornamento ai volontari impegnati nello svolgimento delle attività oggetto della presente convenzione, secondo modalità da concordare con la Confraternita.</p>
--

Alcune patologie richiedono l'uso di farmaci di fascia C, che non hanno equivalenti in fascia A e B; rimane da verificare se in casi precisi, e con modalità ben definite, ne sia possibile l'erogazione da parte dell'AUSL oppure da parte del Comune o di altri attori.

Si rende comunque necessaria una piccola dotazione di farmaci e presidi sanitari presso l'ambulatorio dei volontari, per interventi di primo soccorso, medicazioni, terapie endovenose ed intramuscolari, etc.: resta da definire quale ente se ne potrà assumere l'onere.

Per evitare eventuali abusi, è importante che i tesserini siano corredati dalla fotografia solitamente fornita dall'assistito: qualora questi non sia in grado di farlo, si è stabilito che si potranno recare presso la Caritas o il servizio di fotografia dell'ospedale dell'AUSL.

La recente comunicazione sulle modalità di finanziamento giunta da parte della Regione induce un notevole aggravio amministrativo per la contabilizzazione delle prestazioni erogate all'interno dell'AUSL e dalle altre aziende, e per quella dei farmaci distribuiti dalle farmacie.

È possibile che i finanziamenti ottenuti non siano in grado di coprire tutte le spese effettivamente sostenute: sarà necessario un attento monitoraggio delle attività e dei costi generati dai singoli interlocutori.

## 8. Considerazioni conclusive e prospettive

L'afflusso di nuovi immigrati tende ad aumentare. Molti di questi sono giovani, con un «patrimonio salute» in dotazione, in genere velocemente consumato, ma sempre più arrivano anche non giovani (componenti del nucleo familiare, donne, bambini, anziani, con altre problematiche inerenti la salute).

Si affaccia il problema degli immigrati di seconda generazione.

Una parte, che a noi sembra minoritaria, degli immigrati, trova un lavoro stabile e questo favorisce il processo di integrazione con la comunità ospitante. Un'altra parte, forse preponderante, vive in una sorta di perenne fluttuazione tra periodi di disoccupazione e lavori temporanei o, peggio, resta senza lavoro per lunghi periodi di tempo. È in tale ambito che nascono più facilmente «cedimenti» nei propri progetti di vita, atteggiamenti comportamentali, che possono ingenerare alcoolismo, uso di sostanze stupefacenti, devianza, etc.

Il rischio di malattie «da importazione» è reale, ma al momento (a parte AIDS ed altre a trasmissione sessuale), la frequenza di propagazione all'esterno delle comunità di immigrati è bassa o nulla, mentre è alta la frequenza di trasmissione all'interno del gruppo di immigrati.

Molte delle patologie del paziente immigrato esprimono l'ansia, la difficoltà che egli prova nel processo di inserimento (molte cioè sono reali malattie psicosomatiche, o talora un mezzo, un'occasione per esprimere il proprio disagio, la propria sofferenza e forse anche il desiderio, non sempre conscio, di essere aiutati).

Capire tutto ciò non è facile: ovvero il rapporto medico-paziente è sicuramente complicato o ostacolato da barriere o differenze culturali, linguistiche, e comportamentali e necessita di una «capacità di ascolto» e di comprensione, potremmo dire «multidisciplinare», non indifferenti.

Un immigrato singolo si integra più o meno facilmente; gruppi numerosi che arrivano insieme conservano le abitudini, le regole sociali e comportamentali dei propri paesi d'origine e l'integrazione, anche per gli aspetti sanitari, risulta sicuramente più difficile.

L'accordo Azienda U.S.L. Città di Bologna ed Ambulatorio Biavati tenta di fornire una soluzione innovativa a questi problemi; tale servizio potrebbe essere forse ampliato, con programmi di prevenzione e profilassi, con attività di educazione alla salute, con un osservatorio epidemiologico, etc.

Sicuramente l'applicazione del Protocollo genera un certo aumento dei costi, se non altro dei costi amministrativi e di gestione. L'attento monitoraggio dell'attività permetterà di comprendere se i vantaggi derivanti dalla conoscenza precisa delle prestazioni rese e dei loro destinatari, dalla suddivisione dei costi fra più interlocutori, dalla riduzione dell'uso improprio di alcuni servizi, dalla eliminazione di modi impropri di erogare servizi non dovuti, dalla possibilità di valutare e migliorare lo stato di salute di una percentuale non trascurabile della popolazione, giustificano l'aggravio amministrativo che comporta la registrazione delle prestazioni e la contabilizzazione fra enti.

Tutto ciò va sicuramente verificato nel tempo, unitamente agli indubbi risvolti positivi che questa esperienza ha prodotto e produrrà anche sul piano culturale.

Il Servizio sanitario italiano è oggi in gravissimo ritardo rispetto ad una società che è già multietnica e multisociale; pensare ad un nuovo modello che preveda più impegno per la salvaguardia del diritto alla salute per tutte le persone che vivono nel nostro paese, specie per le fasce di popolazione esposte alla marginalità sociale, più attento alle diversità, alle minoranze, ai «deboli», che promuova il miglioramento della salute del singolo cittadino, anche se immigrato, è sicuramente un passo da compiere nell'interesse di tutta la collettività.

**BIBLIOGRAFIA**

- NUOVA SANITÀ SOCIETÀ DOLCE (1994), *L'immigrazione straniera in Italia: guida all'attività degli operatori dei servizi pubblici e privati*, Beccari Editore, Bologna.
- SALVATORE GERACI (A CURA DI) (1996), *Immigrazione e salute: un diritto di carta?*, Anterem Editore, Roma.
- CARITAS DI ROMA (A CURA DELLA) (1996), *Immigrazione: dossier statistico 1996*, Anterem Editore, Roma.
- ATTI DEL CONVEGNO NAZIONALE SALUTE E IMMIGRAZIONE, Roma, 9 maggio 1997.

# IL MODELLO ORGANIZZATIVO DI UN'AZIENDA SANITARIA PUBBLICA DI GRANDI DIMENSIONI: IL CASO A.S.L. NAPOLI 1

di Corrado Cuccurullo<sup>1</sup>, Aldo Schiassi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

<sup>2</sup> Servizio centrale controllo qualità e pubbliche relazioni - Direzione centrale A.S.L. Napoli 1

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. L'A.s.l. Napoli 1 ed il primo regolamento organizzativo - 2.1. Il primo regolamento organizzativo - 2.2. I distretti e i presidi ospedalieri - 3. Il nuovo regolamento organizzativo - 3.1. Il coordinamento - 3.2. Gli organi di *staff* - 4. Prospettive e sviluppi futuri.

## 1. Premessa

A seguito della riforma del 1992 sono stati introdotti notevoli cambiamenti nel settore sanitario. Le UU.SS.LL., divenute aziende, hanno visto aumentare la complessità della propria gestione per la crescita delle dimensioni organizzative, dovuta alla riduzione del loro numero, e per la modificazione della loro missione e delle loro responsabilità in un ambiente di riferimento maggiormente dinamico.

Le accresciute dimensioni ed il nuovo ruolo del *management*, chiamato ad intervenire sulle leve tipiche della gestione aziendale più autonomamente e più significativamente rispetto al passato, hanno obbligato le aziende sanitarie a riorganizzare la loro struttura per governare efficacemente attività molto diversificate. Molti autori affermano che l'architettura organizzativa e i collegati meccanismi operativi sono strumentali alle scelte strategiche; in altre parole, ri-

pensare gli assetti organizzativi è una strada obbligata per ricercare la necessaria coerenza tra ambiente, strategia e struttura.

In sede di riassetto organizzativo devono trovare contemperamento scelte riguardo il grado di autonomia da assegnare alle diverse unità organizzative e grado di controllo che gli organi di vertice intendono esercitare sull'azienda nel suo complesso, ovvero scelte relative all'equilibrio tra accentramento e decentramento delle responsabilità. In aziende di grandi dimensioni la questione assume maggiore criticità nel tentativo di combinare, per l'appunto, un adeguato controllo con l'efficacia operativa di tutte le unità organizzative.

La riflessione sul caso dell'A.s.l. Napoli 1 può essere un contributo sui problemi, organizzativi e gestionali, affrontati e sulle soluzioni adottate da un'azienda sanitaria pubblica di grandi dimensioni nella delicata fase di riorganizzazione.

## 2. L'A.s.l. Napoli 1 ed il primo regolamento organizzativo

L'A.s.l. Napoli 1 è stata costituita il 2 gennaio 1995, in base alla legge regionale della Campania del 3 novembre 1994, n. 32, che, recependo quanto disposto del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche, ha operato il riordino del Sistema sanitario regionale.

L'azienda ha assorbito le competenze delle 10 precedenti UU.SS.LL. del capoluogo partenopeo, cosicché il suo attuale ambito territoriale coincide con la cinta daziaria della città di Napoli per un bacino di utenza di oltre un milione di abitanti. Le rilevanti dimensioni strutturali (tabella 1) e finanziarie (tabella 2) rendono l'A.s.l. Napoli 1 l'azienda sanitaria più grande d'Italia.

Al 31 dicembre 1996 l'A.s.l. Napoli 1 amministrava come strutture d'offerta 10 presidi ospedalieri, 2 ospedali psichiatrici, questi ultimi in via di dismissione, e 130 strutture territoriali dislocate nei distretti, all'interno di

Tabella 1 - Dimensioni dell'A.s.l. Napoli 1

Presidi ospedalieri .....	10 (Pl 2296)
Distretti sanitari .....	10
Personale .....	12017
Posti letto-strutture convenzionate .....	1228

In termini di stesura finale il seguente articolo è da attribuirsi per i paragrafi 1, 2, 3 a Corrado Cuccurullo, per il paragrafo 4 ad Aldo Schiassi.

**Tabella 2 - Dimensionamento finanziario delle aziende sanitarie pubbliche di Napoli**

	Importo (ml)	%	% rispetto al bilancio regionale
A.s.l. Napoli 1 .....	1.828.933	62,37	20,32
A.O. Cardarelli .....	337.534	11,51	3,75
A.O. Santobono .....	94.818	3,23	1,05
A.O. Monaldi/Cotugno .....	264.271	9,01	2,94
A.U.P. I Ateneo .....	122.000	4,16	1,36
A.U.P. II Ateneo .....	212.757	7,26	2,36
Fondazione Pascale .....	72.000	2,46	0,8
<b>Totale.....</b>	<b>2.932.315</b>	<b>100,00</b>	<b>9.000 mld</b>

un'offerta assistenziale complessiva cittadina che comprende tuttora anche tre aziende ospedaliere, due policlinici universitari e un IRCCS.

L'A.s.l. è articolata sul territorio in 10 distretti sanitari che si sovrappongono alle precedenti aree di competenza delle UU.SS.LL. cittadine.

### 2.1. Il primo regolamento organizzativo

Con delibera del Direttore generale del 20 giugno 1995, n.1629, l'A.s.l. Napoli 1 ha adottato il suo primo regolamento organizzativo. Il documento è formato da tre titoli: nel primo è definita la missione aziendale, nel secondo è delineato il modello organizzativo, nel terzo sono stabilite le norme transitorie. Nel presente lavoro saranno presi in considerazione soltanto i primi due titoli.

#### 2.1.1. La missione

Ogni azienda, pubblica o privata che sia, opera sulla base di uno scopo distintivo, che giustifica la sua natura d'esistere e determina perché «l'azienda fa ciò che fa». Questo scopo primario dell'organizzazione, identificandosi con la filosofia di base che guida la stessa, è chiamato «mission», e la sua definizione formale, esplicitando le finalità e gli scopi dell'azienda, chiarisce l'identità dell'organizza-

zione. In tal senso la missione dovrebbe consentire l'aggregazione di tutte le forze interne dell'azienda, guidandone i comportamenti, lungo un percorso stabilito, verso il perseguimento degli obiettivi. Nel caso delle aziende sanitarie pubbliche la missione è il risultato delle priorità indicate dall'alta direzione all'interno di un contesto istituzionale e normativo predefinito.

La missione dell'A.s.l. Napoli 1 riprende alcuni criteri di ordine generale, già indicati quali obiettivi principali della riforma del sistema sanitario. Tra le finalità dell'azienda sanitaria partenopea, infatti, sono ricompresi sia la razionalizzazione della spesa sia il rispetto dei criteri di economicità; tali obiettivi garantiscono la durabilità dell'azienda nel tempo e, quindi, la continuità dell'assistenza.

Quale fattore innovativo ed elemento centrale della mission aziendale, accanto ad una prima parte per molti versi considerabile come *standard*, è stata individuata dall'alta direzione la soddisfazione dell'utenza. Ciò, nelle intenzioni dell'A.s.l. Napoli 1, è da perseguire con la predisposizione di una gestione dei servizi che risulti tempestiva, efficace e di qualità. Il rinnovato interesse per il «cliente» nutrito dalle aziende sanitarie pubbliche colma un incredibile vuoto che si era creato intorno al rapporto azienda-cittadino e si dimostra come una vera e propria sfida, consi-

derando la mancanza di una «cultura di servizio» all'utenza. L'A.s.l. Napoli 1 prevede di far fronte a questo intento, aumentando l'investimento sul personale interno, al fine di motivare e preparare i membri dell'organizzazione alle esigenze di contatto con il pubblico, e coinvolgendo le altre istituzioni cittadine e forze economiche e sociali per fornire un servizio perfettamente integrato.

Per adempiere alla *mission* aziendale sono state individuate tre priorità di carattere strategico:

- 1) l'adozione di un modello organizzativo flessibile;
- 2) l'ampliamento delle competenze e delle responsabilità della dirigenza;
- 3) la realizzazione dei programmi sulla base di precisi obiettivi.

Dietro le priorità sembra esserci un disegno più vasto che mira, innanzitutto, a riformare profondamente i meccanismi operativi e, in seguito, a modificare la struttura di base. La scelta appare condivisibile perché è preferibile rinnovare i meccanismi interni, in virtù del nuovo ruolo assunto dalle aziende sanitarie pubbliche, prima di riflettere sulla riprogettazione della macrostruttura. Molte volte, però, le due fasi non possono essere separate completamente per cui, modificando uno dei meccanismi operativi, si finisce con il riorganizzare qualche organo, come si è verificato nel caso qui preso in esame.

#### 2.1.2. Il modello organizzativo

I problemi più rilevanti che si prospettavano in sede organizzativa alla nuova azienda erano principalmente due:

- da un lato, creare un'azienda che assorbisse le competenze delle 10 precedenti unità sanitarie locali;
- dall'altro, ricomporre un adeguato assetto di vertice.

Il primo problema concerneva la definizione dei rapporti e dei legami da costituire all'interno dell'azienda e, in particolare, tra i distretti, i presidi e il livello centrale. La progettazione del vertice aziendale, invece, riguardava la possibilità o meno di ripetere lo stesso schema organizzativo del livello periferico (organizzazione per servizi dei distretti), predisponendo un'articolazione di tipo matriciale oppure l'adozione di una struttura più agile e snella.

Il modello organizzativo precedente, a causa della presenza di 10 UU.SS.LL. cittadine, appariva eccessivamente parcellizzato, per cui l'esigenza della nuova Azienda sanitaria era progettare un assetto basato su un deciso accentramento delle responsabilità al fine di integrare e coordinare le diverse attività e le numerose unità organizzative.

Nel primo regolamento l'organizzazione aziendale si articolava in una Direzione generale e quattro distinti dipartimenti:

- Dipartimento amministrativo;
- Dipartimento sanitario;
- Dipartimento di controllo;
- Dipartimento di prevenzione.

Rispetto alle indicazioni contenute nella L. reg. n. 32/94, il regolamento introduceva alcune variazioni: si istituiva un Dipartimento di controllo, che assumeva le funzioni esercitate tradizionalmente dal relativo ufficio, e si costituivano in servizi, alle dipendenze del medesimo dipartimento, gli Uffici controllo interno di gestione e relazioni con il pubblico.

La creazione del Dipartimento di controllo, per molti versi, rompeva i tradizionali assetti organizzativi ed era la prima esperienza di questo genere nel panorama delle AA.SS.LL. della Regione Campania. Se dal lato operativo esso continuava ad essere una macrounità di *staff* della Direzione generale, la costituzione in diparti-

mento rafforzava il suo ruolo all'interno dell'azienda. La scelta era giustificata dall'importanza e dalla centralità che la funzione di verifica della realizzazione degli obiettivi e di economico e corretto impiego delle risorse, svolta dal dipartimento, assumeva all'interno della gestione complessiva dell'organizzazione.

Con i medesimi intenti venivano trasformati in servizi i due uffici. L'azienda, infatti, intendeva perseguire concretamente gli obiettivi, espressi anche nella missione, di operare con più attenzione alla dimensione dell'efficienza aziendale e di fornire servizi di maggiore qualità. Elevandoli a servizi, inoltre, si dava visibilità all'interno e all'esterno dell'organizzazione di questa volontà, ma soprattutto si rafforzava il ruolo delle unità impegnate su tali obiettivi. Strutturalmente il Servizio controllo interno di gestione era suddiviso in settori distinti in relazione alle tre più rilevanti componenti dell'azienda: l'area distrettuale, l'area ospedaliera e l'area prevenzione, mentre il Servizio qualità e pubbliche relazioni, con una scelta fortemente innovativa, concentrava al suo interno competenze diverse, quali lo sviluppo e il *marketing* dei servizi sanitari, la valutazione della qualità degli stessi e le relazioni pubbliche, assegnate a distinti settori interni. La scelta di concepire il servizio in questo modo premiava di fatto l'integrazione di attività fortemente coerenti fra loro per evidenti correlazioni sul piano funzionale (figura 1).

Il Dipartimento amministrativo, con il compito di coordinare tutte le attività a supporto di quelle sanitarie, manteneva la sua configurazione tradizionale articolata per servizi, i quali a loro volta si dividevano in settori. Le differenze con il modello organizzativo antecedente erano visibili soltanto:

— nella scomposizione di alcuni servizi: il Servizio unico di provveditorato, economato e tecnico della manutenzione veniva sostituito da tre distinti servizi;

— nella ridefinizione del Servizio personale con un'articolazione in due aree: una tecnico-giuridica e un'altra denominata Formazione e sviluppo;

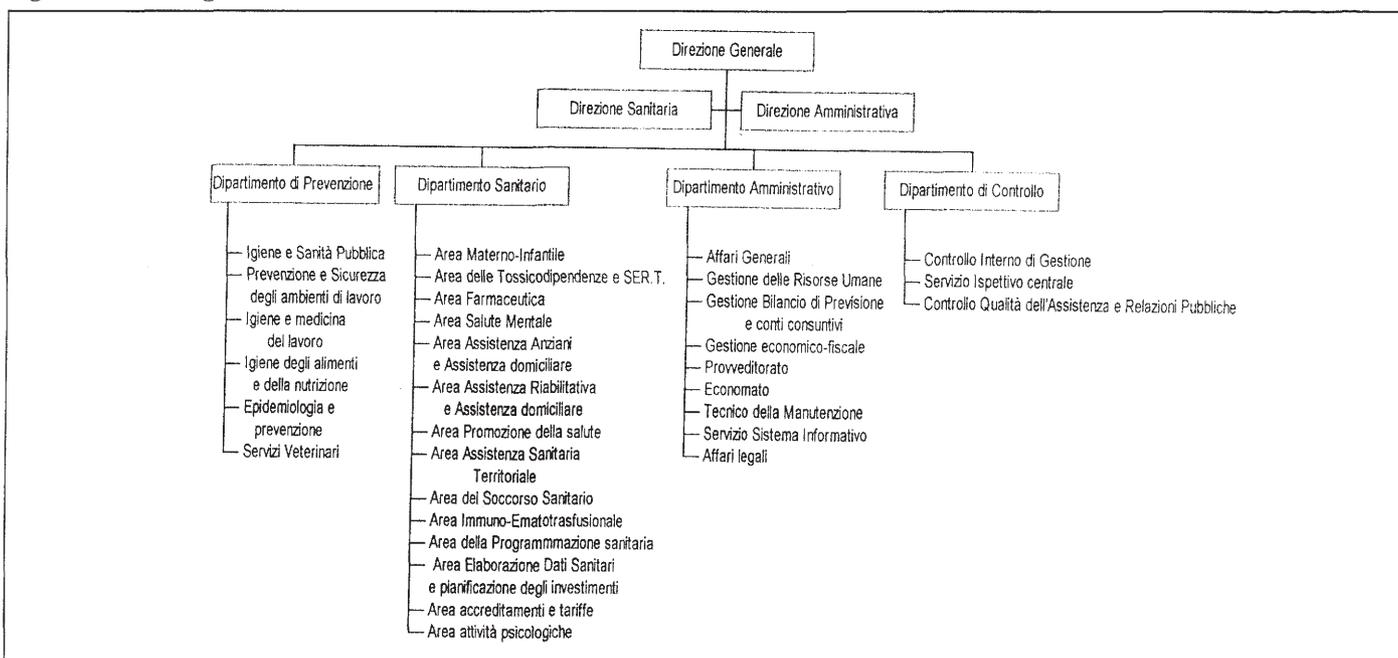
— nell'istituzione, infine, di un Servizio sistemi informativi che non tutte le UU.SS.LL. avevano creato.

Al Dipartimento sanitario spettavano l'organizzazione e il coordinamento delle strutture, con la priorità di omogeneizzare i servizi sul territorio e di predisporre forme integrate di assistenza. Organizzativamente si articolava in aree:

- a) Area materno-infantile;
- b) Area delle tossicodipendenze e Sert;
- c) Area farmaceutica;
- d) Area salute mentale;
- e) Area assistenza anziani e assistenza domiciliare;
- f) Area assistenza riabilitativa e assistenza domiciliare;
- g) Area promozione della salute;
- h) Area assistenza sanitaria territoriale;
- i) Area del soccorso sanitario;
- l) Area immuno-emotrasfusionale;
- m) Area della programmazione sanitaria;
- n) Area elaborazione dati sanitari e pianificazione investimenti;
- o) Area accreditamenti e tariffe;
- p) Area delle scienze relazionali e delle attività psicologiche.

Come è possibile notare accanto ad aree prettamente di contenuti gestionali-sanitari, ve ne erano alcune assimilabili ad unità di *staff* di programmazione e controllo, ma ciò era reso possibile dalla particolare natura delle medesime aree. Rispetto al precedente modello organizzativo e quindi all'equivalente servizio, le aree erano com-

Figura 1 - Primo regolamento



pletamente svuotate dell'attività di gestione, essendo formate da un solo coordinatore, con il quale collaboravano al massimo altri due dirigenti. I responsabili di area avevano la funzione di coordinare programmi a cui partecipavano diverse unità organizzative ospedaliere o del territorio e rappresentavano i referenti del Direttore generale sulle relative iniziative. Non esistevano relazioni di carattere gerarchico tra le aree e i distretti e i presidi, che continuavano a dipendere dal dipartimento, ma attraverso loro era possibile favorire un'integrazione multidisciplinare di competenze diverse e il raccordo di attività omogenee.

I Dipartimenti amministrativo, sanitario e di controllo, in base al regolamento, avrebbero dovuto essere coordinati da dirigenti, responsabili di un servizio, nominati dal Direttore generale; in effetti gli incarichi non sono stati mai conferiti. La mancanza dei coordinatori ha prodotto alcuni scompensi: i Direttori sanitario ed amministrativo, di fatto, hanno assunto l'inca-

rico di coordinare i relativi dipartimenti, il che ha fortemente aggravato il loro ruolo di ulteriori compiti, mentre il Dipartimento di controllo è rimasto comunque privo di una guida. Tuttavia, manca una disciplina che regoli il ruolo dei coordinatori di dipartimento, che ne definisca funzioni e compiti e soprattutto che stabilisca la natura del rapporto che questi (soprattutto i responsabili dei Dipartimenti sanitario ed amministrativo) dovrebbero avere con i Direttori amministrativo e sanitario. L'assenza di regole precise determina una serie di conflittualità, che andrebbero eliminate facendo chiarezza sul ruolo dei dirigenti di dipartimento.

Il Dipartimento di prevenzione, infine, era dotato di autonomia organizzativa per la rilevanza che assumeva all'interno della generale offerta dei servizi assistenziali dell'A.s.l. Pertanto esso doveva dotarsi di un proprio regolamento interno, nel quale dovevano essere specificati i criteri di nomina del responsabile d'area. Organizzativamente si componeva di sei

servizi, tra i quali era ricompreso il servizio veterinario, suddiviso a sua volta in aree distinte.

## 2.2. I distretti e i presidi ospedalieri

Al Distretto sanitario si riconosceva ampia autonomia organizzativa, perché potesse erogare servizi di assistenza di base integrati, dando una risposta efficace ai bisogni della popolazione e facilitando l'accesso alle prestazioni ospedaliere ed extra-ospedaliere. L'A.s.l. Napoli 1 aveva costituito per ognuno dei 10 distretti 14 unità organizzative, affidando la loro direzione direttamente ai dirigenti del distretto, mentre altre quattro unità, comunque previste nel disegno di riorganizzazione del Sistema sanitario regionale, erano state affidate, per rispettare criteri di omogeneità, al Dipartimento di prevenzione.

Come responsabile del distretto, a cui erano affidate le funzioni sanitario-organizzative, doveva essere nominato un Dirigente sanitario, con il quale collaborava un Dirigente ammi-

nistrativo per il coordinamento delle relative funzioni. Le due figure di Dirigenti di distretto, scelte entrambe dal direttore generale, non erano equivalenti: il Direttore sanitario era il principale responsabile delle attività di distretto, mentre al Direttore amministrativo era assegnato il compito di coadiuvare il primo nelle funzioni amministrative. In realtà la distinzione dei due ruoli non era sufficientemente chiara e quindi non poche volte si verificavano spazi di sovrapposizione delle rispettive sfere di competenza, da cui potevano generarsi conflitti, spesso risolti soltanto con la mediazione personale di uno dei direttori dell'alta direzione.

Organizzativamente il distretto era strutturato in servizi, secondo il modello previsto anche per il vertice aziendale. In pratica, si creava una struttura matriciale, con i dipartimenti a fungere da dimensione funzionale verticale, e i distretti e i presidi come organi di progetto-prodotto (1).

Non si comprendeva se all'interno della struttura matriciale prevalesse la dimensione verticale o quella orizzontale; anzi erano evidenti profonde differenze tra l'area amministrativa e l'area sanitaria. I dirigenti responsabili dei servizi amministrativi dei distretti dipendevano, infatti, sia dal Dirigente amministrativo del distretto sia dai responsabili dei servizi dipartimentali, ma questi ultimi apparivano privilegiati rispetto ai primi, perché avocavano a sé la direzione degli uffici amministrativi del distretto. In altre parole, i servizi amministrativi del distretto rappresentavano una promanazione dei servizi centrali e quindi disponevano di ridotti spazi di autonomia. Questa situazione è tuttora presente nei distretti, perché la loro organizzazione, insieme a quella dei presidi ospedalieri, non è stata modificata dal secondo regolamento organizzativo attualmente in vigore. È probabile,

tuttavia, che la situazione muti al principio del 1998, quando per la prima volta saranno assegnati i *budgets* ai Direttori di distretto. In quell'occasione, in base alla forte autonomia di cui i distretti godranno, il ruolo dei servizi centrali dipartimentali dovrebbe essere ridimensionato a favore dei direttori amministrativi di distretto.

Differente era, invece, la situazione dei servizi sanitari del distretto. Sebbene dipendessero sia dal Dipartimento sanitario sia dal direttore sanitario del distretto, essi erano più autonomi dal punto di vista operativo rispetto ai servizi amministrativi. Ciò era dovuto, in parte, all'autonomia professionale degli operatori medici e, in parte, al fatto che il Direttore di distretto era il principale responsabile dell'organizzazione delle attività distrettuali.

Nei presidi ospedalieri, autonomi da un punto di vista economico-finanziario come previsto dalla L. n. 502/92 e dalla L. reg. n. 32/94, la direzione era affidata sia al Direttore medico sia al Direttore amministrativo di presidio, e quest'ultimo dipendeva direttamente dal Direttore amministrativo dell'azienda. In quanto incaricati di seguire l'organizzazione e il buon andamento delle attività di propria competenza, per i direttori di presidio, nominati dal Direttore generale, non si presentavano particolari problemi di conflittualità.

Il primo regolamento non risolveva completamente le dinamiche tra accentramento e decentramento delle responsabilità. L'equilibrio tra i due processi risultava instabile, cosicché si creavano spazi di sovrapposizione di competenze, che potevano generare conflitti fra diversi ruoli circa le reali responsabilità. Altre volte si verificava che gli organi di coordinamento erano aggravati da attività operative-gestionali che, almeno in parte, impedivano loro di svolgere la principale funzione di indirizzo. Inoltre, alla Di-

rezione generale mancava un adeguato supporto per governare un'azienda di così grandi dimensioni.

### 3. Il nuovo regolamento organizzativo

Il secondo regolamento organizzativo, approvato con delibera della Direzione generale del 6 agosto 1996, n. 3712, ratificata dalla Regione Campania con delibera del 25 settembre 1996, n. 1147, è stato redatto circa un anno dopo il primo, ed è il frutto del patrimonio di esperienze accumulate dall'A.s.l. Napoli I in quel periodo.

Il nuovo regolamento modifica il modello strutturale organizzativo per superare i limiti sopra descritti. Mentre il principio ispiratore del primo regolamento era stata la necessità di accentrare, il secondo si muove nella direzione contraria, così è la volontà di decentrare il criterio fondamentale seguito per la riprogettazione organizzativa.

Le linee generali osservate per la progettazione della struttura organizzativa sono state due:

— enfatizzare i momenti di raccordo funzionale e di integrazione, quali contrappesi del decentramento delle attività, con l'istituzione di organi di coordinamento con sole competenze direzionali;

— rafforzare i supporti alla Direzione generale tramite l'istituzione di alcuni organi di *staff* e il potenziamento di quelli già esistenti.

#### 3.1. Il coordinamento

Con il secondo regolamento si provvede innanzitutto a snellire la macrostruttura aziendale attraverso la riduzione dei dipartimenti da quattro a tre. Il Dipartimento di prevenzione, infatti, è collocato, seppur conservando la propria autonomia, all'interno del Dipartimento sanitario allo scopo

di riunire tutte le attività e le responsabilità di carattere strettamente medico-sanitario.

I tre Dipartimenti sanitario, amministrativo e di controllo sono modificati con la costituzione, al loro interno, dei Servizi centrali dipartimentali. Tali organi riuniscono ulteriormente, rispetto al precedente regolamento, le attività con caratteristiche omogenee, in modo da alleggerire le Direzioni dei dipartimenti di alcune incombenze relative al lato gestionale-organizzativo. Così le direzioni conservano le sole competenze di indirizzo e supervisione generale e i Servizi centrali dipartimentali presiedono al coordinamento degli organi di livello inferiore con compiti operativi. La loro funzione principale, infatti, consiste nel dirigere l'azione degli operatori, disponendo per essi indirizzi, *standards* di attività, criteri valutativi e di applicazione uniforme di norme tecniche, metodi di controllo e promozione della qualità, iniziative di formazione e aggiornamento del personale.

I direttori dei Servizi centrali non possono, per regolamento, assumere in contemporanea la responsabilità di altri servizi, per rafforzare la tendenza a separare le funzioni direttive da quelle operative.

Il Dipartimento sanitario è composto da tre Servizi centrali:

- a) Servizio centrale dipartimentale distrettuale;
- b) Servizio centrale dipartimentale ospedaliero area farmaceutica;
- c) Dipartimento di prevenzione.

Ogni Servizio centrale dipartimentale Sanitario riunisce al proprio interno sia alcune tra le aree sanitarie, create con il primo regolamento, sia le macrounità organizzative, quali presidi ospedalieri e distretti, associando quindi le attività di indirizzo e coordinamento, svolte dalle prime, e le attività gestionali dei secondi. In effetti, l'interposizione di questa linea orga-

nizzativa tra il vertice e la base del dipartimento non modifica nei contenuti l'attività del dipartimento stesso, ma favorisce unicamente la creazione di aree omogenee di attività, l'integrazione orizzontale tra unità organizzative e il raccordo verticale tra queste ultime e la direzione.

Il Servizio centrale dipartimentale distrettuale sovraintende alle attività dei Distretti di base e ad alcune funzioni già di competenza del Dipartimento sanitario: Area materno-infantile; Area tossicodipendenze e Sert; Area salute mentale; Area assistenza anziani; Area assistenza riabilitativa; Area promozione della salute; Area assistenza di base, per l'urgenza e la specialistica; Area delle scienze relazionali ed attività psicologiche; Area della medicina legale ed invalidi civili.

Il Servizio centrale dipartimentale ospedaliero coordina le attività dei presidi ospedalieri e delle aree funzionali legate alle attività di ospedalizzazione, dall'accreditamento e definizione delle tariffe alla deospedalizzazione. Tra i compiti assegnati al servizio vi è quello dell'organizzazione della rete ospedaliera, attraverso una migliore integrazione dei servizi e delle strutture.

Il dipartimento di prevenzione rimane immutato e soltanto il Servizio veterinario, unico nel primo regolamento, viene tripartito per dirigere distintamente la sanità animale, l'igiene del ciclo di produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale e l'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I Dipartimenti amministrativo e di controllo non hanno subito rilevanti modifiche. Nel Dipartimento amministrativo tutti i servizi sono diventati servizi centrali, ma il Servizio centrale sistemi informativi è stato spostato all'interno del Dipartimento di controllo. La ricollocazione del Servizio si-

stemi informativi risponde all'esigenza di completare l'integrazione tra le unità organizzative più impegnate nella gestione dei dati, così da assicurare sistemi di *reporting* integrati e pertinenti all'analisi dell'andamento della spesa, dell'efficienza e dell'efficacia. Il Dipartimento di controllo vede in questo modo consolidarsi il proprio ruolo, anche perché il servizio ispettivo centrale, previsto dal primo regolamento, è sostituito da tre diversi servizi centrali ispettivi che prendono il posto dei precedenti settori. Infine, è attivato anche un Servizio centrale prevenzione e protezione, suddiviso in quattro settori (figura 2).

### 3.2. Gli organi di staff

Il nuovo regolamento prevede nuovi organi di *staff* e rafforza il ruolo di quelli esistenti. Il motivo di tale provvedimento è da ricercarsi nello scarso supporto consultivo che in passato aveva la Direzione generale e nell'elevata complessità gestionale che, di fatto, impedisce il governo dell'azienda da parte di un unico soggetto.

Un'unità di *staff* di nuova costituzione è il Centro studi programmazione e ricerca (C.S.P.R.). La struttura è un organo a supporto del Direttore generale, ma con esplicite connessioni con le Direzioni sanitaria ed amministrativa, il cui compito consiste:

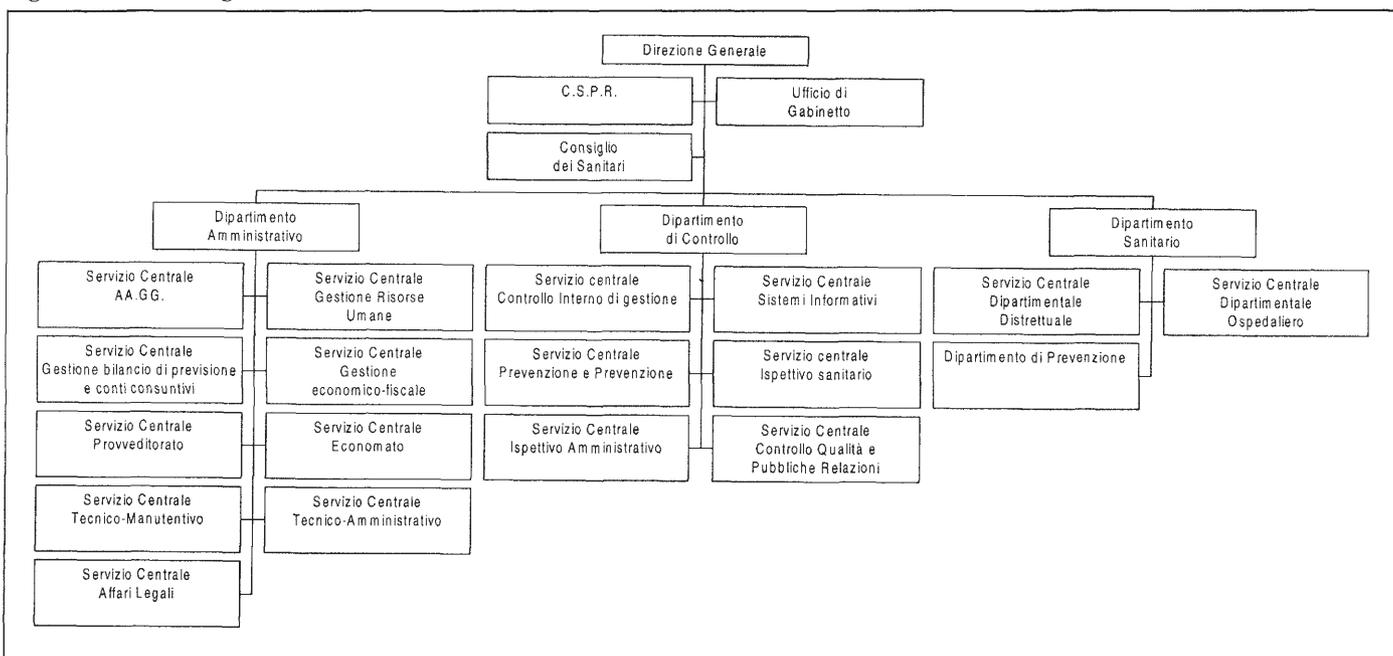
— nell'analizzare le strategie innovative, particolarmente per quanto riguarda l'assetto organizzativo del sistema aziendale in tutte le sue articolazioni;

— nell'adottare tecnologie innovative;

— nella verifica dei criteri e della metodologia di rilevazione dei carichi di lavoro, al fine di determinare le piante organiche.

L'organo si articola in due aree distinte per le attività suddette ed è composto da dirigenti con competenze

Figura 2 - Secondo regolamento



multidisciplinari, tra i quali il Direttore generale nomina un direttore con funzioni di coordinamento. Il C.S.P.R. nasce essenzialmente per seguire i processi di cambiamento organizzativo a seguito dell'introduzione di nuove strategie e nuove tecnologie, con momenti di riflessione e sperimentazione controllata atti a valutare l'effettiva idoneità dei nuovi strumenti. La collocazione ideale del centro studi, considerata la sua natura funzionale, sarebbe stata all'interno del dipartimento di controllo in virtù sia del rafforzato ruolo acquisito da quest'ultimo con il secondo regolamento, sia della funzione di grande organo di *staff* che, in effetti, svolge. Tuttavia la scelta di collocarlo in *staff* alla Direzione generale appare giustificata dalla volontà del vertice aziendale di seguire direttamente lo sviluppo strategico e tecnologico che interessa l'azienda.

L'Ufficio di gabinetto (UdG), principale organo di *staff* che coordina la segreteria del Direttore generale, è stato ampiamente rafforzato con l'asse-

gnazione della delega alle Relazioni sindacali e alle Relazioni interne ed interistituzionali. Il nuovo ruolo di questo organo consente al Direttore generale di gestire meglio una delle sue principali funzioni, la comunicazione, che comprende la gestione delle condizioni di confine, ovvero delle relazioni dell'organizzazione con il suo ambiente, e la rappresentanza istituzionale.

Attualmente l'incarico di Capo ufficio di gabinetto è stato conferito dal Direttore generale al Direttore del servizio centrale controllo qualità e pubbliche relazioni. In questo modo è stato rafforzato il collegamento tra Direzione generale e funzione di controllo, ma soprattutto si è resa maggiormente esplicita l'intenzione di rendere il tema della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate punto qualificante e prioritario dell'attività aziendale e di destinare al suo sviluppo maggiori risorse.

Nel nuovo regolamento, sempre a fini di coordinamento ed integrazione, ed in adesione alla normativa regiona-

le, è stata prevista l'attivazione del Consiglio dei sanitari come organo consultivo di carattere tecnico-sanitario, su provvedimenti ad esso sottoposti dal Direttore generale. Il compito di questo organo è di formulare osservazioni e proposte su piani e programmi per specifiche attività di assistenza.

#### 4. Prospettive e sviluppi futuri

L'organizzazione aziendale deve ritenersi come risultato di un processo evolutivo costante. Di conseguenza, bisogna apportarvi le modifiche e le integrazioni che si rendono necessarie, non soltanto per aderire agli indirizzi e alle norme nazionali e regionali, ma anche alla luce dell'esperienza compiuta dall'azienda. La realtà dell'A.s.l. Napoli 1 è ad elevata complessità gestionale, in parte a causa delle sue grandi dimensioni organizzative, per cui, come è stato nel passato, il filo conduttore dello sviluppo organizzativo sarà aumentare i momenti di coordinamento e distinguere i ruoli e le responsabilità dei vertici direzionali da

quelli operativi, separando i processi di indirizzo ed elaborazione strategica da funzioni tecnico-gestionali.

Le linee di sviluppo organizzativo nel breve periodo prevedono l'attuazione di un programma integrato di controllo di gestione, controllo di qualità e di contabilità economico-patrimoniale. A partire dall'ottobre del 1996 sono state avviate singole fasi del programma per sperimentare la loro efficacia.

La prima fase ha riguardato lo sviluppo di un ipotesi di piano dei centri di costi che permettesse la lettura dei ricavi e dei costi di gestione a livelli di progressiva analiticità ed in relazione all'articolazione organizzativa dell'azienda. Lo scopo era di porre in relazione il modello organizzativo e i fattori impiegati nei processi di produzione, per comprendere le dinamiche di generazione dei costi e il rapporto intercorrente tra risorse utilizzate e prestazioni erogate.

In un secondo momento, si è tentato di costituire una base informativa organica, da dove potesse attingere il sistema di *reporting* aziendale, variamente articolato per renderlo utile per diversi livelli organizzativi. A tal fine, è stata effettuata anche una prima elaborazione simulata dei dati sulla base dei criteri della contabilità economico-finanziaria, per determinare i costi correnti di gestione dei distretti e dei presidi ospedalieri.

Lo sviluppo delle attività progettuali ha posto in evidenza una serie di difficoltà di carattere tecnico-organizzativo ed informativo-informatico rispetto all'obiettivo di attivare concretamente il processo di programmazione e controllo. Le difficoltà riscontrate sono state di due tipi. Sotto il profilo tecnico-organizzativo si è evidenziata la difficoltà di integrare i differenti servizi che, nell'ambito dell'A.s.l. Napoli 1, gestiscono i fattori utilizzati nei processi produttivi e i dati ad essi rela-

tivi. Tale difficoltà è risultata accentuata in una realtà organizzativa come quella dell'A.s.l. Napoli 1, in cui alla nota tendenza ad operare in modo verticale e settoriale, tipica delle amministrazioni pubbliche, si aggiungono oggettive difficoltà di carattere logistico, che non facilitano i processi di integrazione. Una seconda difficoltà di carattere informativo-informatico è stata riscontrata nell'esigenza di completare la struttura dei sistemi centralizzati per rendere disponibili dati fondamentali per un corretto sistema di controllo di gestione. A tal fine è necessario definire al più presto un piano di investimenti per dotare i macrocentri di responsabilità (presidi, distretti, servizi centrali) delle necessarie attrezzature informatiche che consentano loro di rendere disponibili con completezza e tempestività i dati essenziali per l'attività del Servizio centrale controllo interno di gestione.

Si tratta, quindi, di operare nel futuro scelte finalizzate a realizzare:

a) un raccordo costante tra i servizi centrali che gestiscono sotto il profilo amministrativo, tecnico e contabile i fattori di produzione e i dati ad essi relativi;

b) un rafforzamento del controllo di gestione e del controllo di qualità, affinché si possa perseguire il duplice obiettivo di contenere i costi di produzione e di migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni;

c) meccanismi forti di coordinamento per garantire l'integrazione orizzontale e verticale e la partecipazione di differenti livelli di responsabilità al processo di programmazione e controllo;

d) una struttura di supporto, articolata su più livelli, che segua il processo di programmazione e controllo, assicurando il corretto ed armonico raccordo tra processo decisionale e processo tecnico-contabile.

A ciò vanno aggiunti gli obiettivi impellenti ed urgenti di:

— avviare un processo di effettiva responsabilizzazione della dirigenza, indispensabile a conseguire risultati concreti in termini di efficienza ed efficacia gestionale;

— attivare la contabilità economico-patrimoniale secondo le direttive regionali, istituendo un gruppo di lavoro costituito da personale del Servizio centrale di bilancio e conti consuntivi e del Servizio centrale controllo interno di gestione;

— procedere all'inventariazione e valorizzazione del patrimonio mobiliare e immobiliare per la ricognizione dello stato patrimoniale, per l'imputazione delle quote di ammortamento ai costi di gestione, nonché per la definizione di piani annuali di investimento relativi al rinnovo delle dotazioni strumentali, per garantire livelli minimi di efficienza operativa e di qualità tecnica della prestazione. Quest'ultimo obiettivo consentirà non solo la valutazione del patrimonio, ma soprattutto la gestione dinamica dello stesso ed altresì la determinazione dei costi di acquisizione e manutenzione dei beni.

Sempre nel breve periodo è prevista la creazione di due nuovi strumenti organizzativi di integrazione aziendale. Un primo organo dovrebbe seguire il processo di definizione delle politiche aziendali e di formulazione delle linee strategiche, attualmente affidato alla sola Direzione generale. Il gruppo centrale di coordinamento dovrebbe essere composto dai tre ruoli del vertice aziendale, dai responsabili dei dipartimenti e di tutti i Servizi centrali del dipartimento sanitario, dal coordinatore del C.S.P.R., dal responsabile del Servizio centrale controllo interno di gestione e dal responsabile del Servizio controllo qualità e pubbliche relazioni.

Ad un secondo organo, formato principalmente dai responsabili dei

Servizi centrali dei dipartimenti amministrativo e di controllo, sarà affidato il compito di tradurre in realtà le scelte del gruppo strategico, ossia di ricercare le soluzioni tecniche più idonee affinché le politiche aziendali possano essere avviate efficacemente. Attraverso questo gruppo tecnico di coordinamento si ottimizzeranno e si integreranno le potenzialità di tali servizi, al fine di realizzare una rete integrata di flussi informativi, indispensabile supporto al sistema di *reporting* aziendale.

(1) La struttura organizzativa matriciale ha due dimensioni: una verticale rappresentata da organi con funzioni tecniche e un'altra orizzontale composta da organi specializzati per prodotti e progetti. Questo tipo di struttura consente di coniugare ed equilibrare elevati livelli di differenziazione organizzativa e di integrazione, ma presenta una forte grado di complessità interna. Infatti, i ruoli direttivi degli organi posti all'intersezione delle linee di progetto-prodotto e delle linee funzionali dipendono contemporaneamente dai responsabili di linea.

## BIBLIOGRAFIA

- A.S.L. NAPOLI 1 (1995), *Primo regolamento organizzativo interno*, delibera n. 1629, 20 giugno 1995.
- A.S.L. NAPOLI 1 (1995), *Secondo regolamento organizzativo interno*, delibera n. 1147, 25 settembre 1996.
- BORGONOVÌ E. (1992), *Dall'amministratore straordinario al Direttore generale*, **Mecosan**, 1: 6-19.
- CACCIA C., LONGO F. (1994), *L'applicazione di modelli organizzativi «evoluti» al sistema socio-sanitario pubblico*, **Mecosan**, 10: 24-35.
- CHANDLER A.D. JR. (1962), *Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise*, Cambridge, Mass., The M.I.T. Press.
- CODA V. (1998), *L'orientamento strategico dell'impresa*, UTET, Torino.
- CORRADINI A. (1996), *I modelli organizzativi per le aziende U.S.L.: tradizione ed innovazione*, **Mecosan**, 20: 17-33.
- DEL VECCHIO M. (1995), *Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: un'introduzione*, **Mecosan**, 14, 19-31.
- DISPOSIZIONE IN MATERIA DI VERSAMENTO DELLA QUOTA FISSA INDIVIDUALE ANNUA PER L'ASSISTENZA MEDICA DI BASE (G.U. 18 settembre 1993, n. 220).
- D.L.vo n. 502/92, *Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 L. 23 ottobre 1992, n. 421*.
- D.M. 13 SETTEMBRE 1988, G.U. 24 SETTEMBRE 1988, n. 225, *Determinazione degli standard del personale ospedaliero*.
- L.R. n. 32 DEL 3 NOVEMBRE 1994, *D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni del Servizio sanitario regionale*.
- MENEGUZZO M. (1994), *Configurazione organizzativa, ruoli direzionali e gestione economico-finanziaria in un gruppo pubblico multiospedaliero. Il caso Assistance publique Hopitaux de Paris*, **Mecosan**, 10: 82-97.
- MINTZBERG H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- PERRONE V. (1990), *Le strutture organizzative di impresa. Criteri e modelli di progettazione*, EGEA, Milano.
- REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle pubbliche amministrazioni*, UTET, Torino.
- RUGIADINI A. (1978), *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, Milano.
- RUFFINI R. (1996), *Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie*, **Mecosan**, 18: 44-57.