

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. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23

Tel. 0258362600 - Fax 0258362598

E-mail: 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 1992

— fotocomposta da **SUPIS** s.r.l.

— stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774381700, Fax 0774381700

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

— prezzo di una copia: L. 90.000

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.

MECOSAN

Italian Quarterly of Health

Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

- 2 La globalizzazione del mercato della sanità**
Elio Borgonovi

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

- 9 Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero**
Federico Lega

- 25 Il finanziamento dei policlinici universitari in un modello di organizzazione sanitaria decentrato**
Rosella Levaggi, Paola Pesci

- 37 La sterilizzazione degli ammortamenti: alcune riflessioni critiche**
Erasmus Santesso, Ugo Sòstero

Sez. 2ª - Documenti e commenti

- 47 Spunti di riflessione per la ricerca in sanità**
CeRGAS

- 65 I policlinici universitari: vere aziende, semiazienze o aziende virtuali?**
F. Meloni, E. Filigheddu, R. Sequi, G. Sorrentino

- 75 L'approccio alla qualità per il Servizio di medicina veterinaria nel contesto europeo**
Lucio Baldo

Sez. 3ª - Esperienze innovative

- 87 Sistemi informativi integrati per una direzione dei servizi socio-sanitari: teoria e prassi nella ASL di Bergamo**
Roberto Alfieri, Marco Esposito, Tommaso Tritapepe

- 97 Sperimentazione e sviluppo dell'unità di day surgery presso l'azienda ospedaliera «Santa Maria» di Terni**
M. Francucci, V. Panella, A. Tanese

- 117 Il dipartimento chirurgico nel presidio ospedaliero di Ravenna**
Paolo Fusaroli

- 127 Un progetto di collaborazione con i medici di medicina generale: l'esperienza dell'azienda USL 2 di Lucca**
D. Garibaldi, S. Gostinicchi, A. Muscente, A. Tomasi, R. Faillace, E. Vendramini

- 139 La qualificazione dell'assistenza farmaceutica in Emilia-Romagna: valutazione dei consumi e monitoraggio della spesa**
Maria Lazzarato, Ester Sapigni, Raffaella Zanzi

- 147 L'assistenza integrata a pazienti anziani con frattura di femore**
R. Rollo, C. Scardia, G. Santoro, F. Quarta, G. Cappelluti Tasti, A. De Pascali

Sez. 4ª - La sanità nel mondo

- 157 Il management sanitario tra mito e realtà: un'indagine empirica del caso della Polonia**
Nancy Harding

Sez. 6ª - Biblioteca

- 169 Recensioni**

- 172 Novità bibliografiche**

- 176 Bibliografia monotematica**

- 184 Spoglio riviste**

- 187 Tesi di laurea**

LA GLOBALIZZAZIONE DEL MERCATO DELLA SANITÀ

Elio Borgonovi

Nel 1992 durante un convegno internazionale sugli effetti per i sistemi sanitari del processo di integrazione europea allora attivato con la definizione di «parametri di Maastricht», la tesi prevalente fu che tale integrazione sarebbe stata molto più lenta per i servizi sanitari e in generale per tutti i servizi di sicurezza sociale. Le previsioni di una maggiore lentezza erano correlate alle «differenze strutturali» (così furono definite in quella sede) che caratterizzano il rapporto con la salute, e di conseguenza le politiche sanitarie, nei diversi Paesi in relazione al peso che su questa sfera di bisogni avrebbero fattori culturali, sociali storici.

A distanza di pochi anni, oggi la «globalizzazione» del mercato della sanità viene sempre più considerata un processo irreversibile, che si sta realizzando in tempi brevi, in altri termini anche la «globalizzazione del mercato sanitario» viene considerata come una specie di «dato di fatto» dei moderni sistemi sociali.

I motivi di questo cambiamento delle analisi e delle prospettive per il prossimo futuro possono essere sintetizzati nei seguenti termini.

1. La diffusione in tutti i sistemi sanitari dei Paesi progrediti del principio della competizione.

Introdotta e accettata come «via obbligata per il recupero di efficienza», la logica della competizione spin-

ge strutturalmente verso un allargamento del mercato di riferimento. Infatti si rileva che laddove permangono «limitazioni territoriali» della competizione o delle politiche sanitarie (a livello regionale o anche a livello nazionale), al massimo si possono avere processi di privatizzazione, ma non possono attivarsi veri e propri sistemi competitivi. In mercati ristretti la competizione è inevitabilmente limitata e perciò, una volta imboccata la via di separare la funzione di «definizione e delimitazione del diritto alla salute» (tipica funzione pubblica) da quella di produzione dei servizi che danno risposta ai bisogni (che può essere affidata ad una molteplicità di soggetti pubblici e privati), si è innestata la spinta strutturale verso un allargamento del mercato.

Inoltre, è evidente che in un sistema basato sulla concorrenza, le strutture di offerta «più efficienti» prevalgono su quelle meno efficienti, cercano di espandere la propria influenza e legittimarsi in nuove aree territoriali.

2. Anche per il processo di integrazione europea si sta manifestando quello che potrebbe definirsi «l'effetto di accelerazione». Infatti, una volta conseguito l'obiettivo della moneta unica, ci si è resi conto anche a livello di decisioni delle politiche pubbliche, di forze politiche e di opinione pubblica del fatto, ampiamente previsto dagli esperti e perseguito dai fautori del-

la moneta unica che, senza una integrazione o un allineamento dei livelli di produttività delle economie reali, non potrebbe permanere a lungo un governo monetario dell'economia.

La moneta unica è stata la premessa-condizione per spingere verso una economia unica a livello europeo (il cosiddetto mercato interno), ma oggi appare sempre più evidente che per avere una economia unica, occorre avere una dotazione di «infrastrutture» relativamente omogenea e uniforme nelle diverse aree territoriali. Ed appare sempre più evidente che nelle economie moderne le infrastrutture non sono più solamente le strade, i porti, gli aeroporti, le ferrovie, ecc., ma sono sempre più costituite dal «sistema dei servizi fondamentali», tra cui va sicuramente incluso il sistema di tutela della salute. Il sistema sanitario rappresenta una infrastruttura «preposta» alla conservazione e al consolidamento del fondamentale «capitale della società moderna», il cosiddetto «capitale umano» e perciò una più rapida omogeneizzazione nell'offerta dei livelli di assistenza da un lato e dei livelli di produttività dei servizi sanitari dall'altro è considerata condizione essenziale per una più rapida e solida integrazione europea.

3. L'evoluzione della tecnologia specie quella di trasmissione a distanza di dati, informazioni, immagini rende sempre meno vincolante la vicinan-

za tra problemi di salute e conoscenze per risolverli. Quando la tecnologia era legata all'atto fisico della palpazione, auscultazione, osservazione diretta dei sintomi, la vicinanza fisica del medico e del paziente era indispensabile.

In presenza di una tecnologia poco evoluta, gli accertamenti strumentali e le analisi di laboratorio chimico-clinico dovevano necessariamente essere effettuati nelle aree dove era presente il paziente e dove erano effettuati i prelievi. Oggi è possibile trasportare materiale organico a migliaia di chilometri senza che vi sia la minima alterazione, è possibile trasmettere dati che consentono di effettuare analisi in laboratori centralizzati «remoti» rispetto ai luoghi dei prelievi, sono possibili consulti, diagnosi e perfino «guida e controllo» di interventi chirurgici a distanza. Ciò consente di avere luoghi (che possono essere fisici o addirittura virtuali) in cui si concentrano le conoscenze che servono per osservare, analizzare e risolvere problemi di salute diffusi su aree territoriali sempre più vaste, in altri termini conoscenze che servono per «mercati globali».

4. Anche l'affermarsi della società dell'informazione e la grande, enorme, facilità di mobilità per cose e persone è un potente fattore di globalizzazione della sanità. L'informazione sulla scoperta di un nuovo farmaco, sulla messa a punto di una nuova metodica assistenziale fa il giro del mondo in tempo pressoché reale e influenza le speranze, le attese, i comportamenti di milioni di persone che hanno lo stesso problema di salute, ovunque essi risiedano. È possibile trovare su internet le informazioni su ospedali e centri sanitari «in grado» di curare certe patologie, molte volte corredate da informazioni sulla efficacia dei trattamenti, della qualità dell'assistenza, sulle condizioni di accesso ed

altre informazioni. Ciò favorisce una rapida omogeneizzazione degli atteggiamenti e dei comportamenti nei confronti dei problemi di salute che è la condizione di base per avere un mercato globale.

5. I processi di concentrazione in atto in molti settori di imprese collegati alla sanità rappresentano un ulteriore stimolo alla globalizzazione. Si fa riferimento ai processi di fusione o di incorporazione che in anni recenti hanno caratterizzato il settore farmaceutico, biomedicale, delle telecomunicazioni, della fornitura di servizi ad ospedali o centri sanitari, della costruzione e gestione integrata delle strutture di offerta, dell'informatica per la sanità ed altri. Le imprese «globali» applicano principi e criteri globali anche quando esse differenziano le modalità operative in differenti contesti. Esse quindi considerano i sistemi sanitari dei diversi Paesi come elementi componenti di un mercato globale e perciò favoriscono e stimolano, a volte impongono, la convergenza delle politiche sanitarie dei diversi Paesi.

Per imprese globali, anche un sistema sanitario di alcune decine di milioni di pazienti può essere considerato un mercato «marginale» o «marginalizzabile» se esso non si uniforma a criteri e a standard che esse definiscono. Se, ad esempio, in alcuni Paesi sono imposti «prezzi amministrati» per farmaci o altri materiali e presidi sanitari, o sono imposte condizioni per la vendita considerati «non convenienti» dalle imprese, queste possono decidere di non distribuire i farmaci o i materiali in quei Paesi.

Se la ricerca non viene sostenuta da adeguati incentivi diretti e indiretti e se la sperimentazione clinica è sottoposta a criteri giudicati troppo rigidi, vincolanti e costosi, le imprese possono decidere di non svolgere queste attività.

Si può dire allora che si ha «una globalizzazione del mercato della sanità» indotta dalle logiche competitive in atto nei settori che producono beni (materiali e immateriali) per la sanità.

Peraltro il processo di globalizzazione del mercato della sanità presenta alcune peculiarità che è utile riassumere brevemente.

Primo. Esso riguarda alcune attività e alcune fasi del processo di tutela della salute e precisamente quelle che sono standardizzabili, ad esempio esami di laboratorio, interventi specialistici su patologie ben definite, ecc. Non si ha, né si potrà mai avere, la globalizzazione per quanto riguarda i fattori «relazionali» che qualificano la risposta ai problemi di salute.

Secondo. La globalizzazione è stata finora molto rapida per le attività e le prestazioni indirette (analisi dei materiali organici, esami istologici, del DNA, rilevazione a distanza di parametri funzionali, ecc.) che non richiedono lo spostamento fisico dei pazienti. Ora, e sempre più in futuro, la globalizzazione sarà possibile anche per molte prestazioni «dirette» in quanto, ad esempio, si potranno spostare le persone, anche quelle in gravi condizioni di salute.

Terzo. Si può parlare di globalizzazione per tutte le attività, gli atti, le prestazioni la cui qualità può essere garantita da controlli automatici e non direttamente collegata alla professionalità del medico o del singolo operatore sanitario. Infatti si può parlare di mercato globale per quei beni, compresi i servizi di tutela della salute, per i quali vi è elevata fungibilità. Si può dire allora che vengono «globalizzate» le componenti più semplici dell'assistenza, o almeno quelle legate a conoscenze che possono essere codificate e incorporate in macchine o in metodiche automatizzabili e che tale processo creerà nuovi spazi per la

valorizzazione del ruolo professionale del medico e dell'operatore sanitario.

Se, a parte tutte le precisazioni e specificazioni che si possono fare, la globalizzazione dei sistemi di tutela della salute può essere considerata una tendenza strutturale, occorre domandarsi quali sono le conseguenze per i diversi soggetti del sistema.

Per le strutture, pubbliche o private, che competono dal lato dell'offerta deve essere chiaro che il fattore competitivo vincente sarà sempre più la capacità di coniugare

— la ricerca di economie di scala e di specializzazione

— con le economie di prossimità e di integrazione delle diverse prestazioni rispetto al singolo paziente.

In altre parole, in un sistema globale, le strutture di offerta sanitaria dovranno essere in grado di far convergere e di coniugare la logica industriale (economie di scala e specializzazione) con la logica del servizio e/o professionale (adattare la risposta alle specifiche esigenze di ogni paziente).

Si può dire che la formula vincente sarà quella di una organizzazione capace di standardizzare le prestazioni e di differenziare/personalizzare il servizio.

Per quanto riguarda gli organi e le cosiddette «autorità di governo» la strategia vincente in un sistema globale è la seguente:

— abbandonare la tentazione di esercitare un rigido controllo sui processi e le strutture di offerta;

— investire capitale «immateriale» (in ricerca e nella formazione degli operatori);

— cercare di anticipare i problemi di salute e definire criteri guida per indirizzare le risorse verso la ricerca di soluzioni per i problemi di salute «più rilevanti» sul piano economico e sociale, piuttosto che cercare di imporre soluzioni giudicate ottimali: in-

fatti in un sistema globale i comportamenti sono determinati dai fattori che condizionano gli equilibri globali, non da leggi, o norme, o decisioni di singole «autorità» che hanno competenze «limitate territorialmente» (all'ambito della propria Regione, del singolo Stato).

Per quanto riguarda le imprese collegate al comparto sanitario (farmaceutiche, biomedicali, ecc.) la globa-

lizzazione implica il passaggio da una logica di semplici «produttori e fornitori» di beni più o meno sofisticati e di metodiche (per la prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) più o meno avanzate a «partner per l'individuazione delle migliori risposte ai problemi di salute». Ciò significa passare da uno schema di relazioni come sintetizzate nella figura 1 a uno schema di relazioni come sintetizzato nella figura 2.

Figura 1

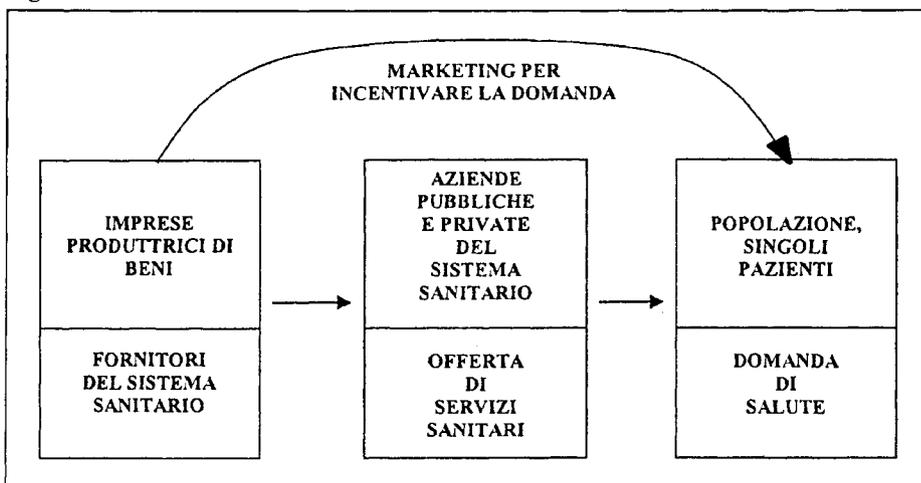


Figura 2



Secondo lo schema della figura 2, le imprese collegate al settore devono porsi nella prospettiva di invertire la logica classica secondo cui si scopre un bene, si mette a punto una metodica, si organizza un servizio e poi si cerca di «venderlo» alle aziende del sistema sanitario utilizzando le classiche formule di influenza per aumentarne i consumi con una limitata preoccupazione del rapporto benefici-costi che viene considerata tipica responsabilità «degli organi che governano il sistema sanitario» o delle «aziende che producono servizi».

In un sistema globale la competizione si gioca su due schemi alternativi:

1) rafforzare al massimo il potere di influenza delle imprese nel condizionare la dinamica della domanda con strumenti sempre più sofisticati di marketing diretto e indiretto dei propri prodotti e mettendo in campo il proprio potere di pressione nei confronti delle aziende sanitarie (pubbli-

che e private) che acquistano i propri prodotti;

2) al contrario impegnare le proprie risorse (anche economiche) e le proprie conoscenze per aiutare gli «organi di governo del sistema» e le «aziende produttrici di servizi» a capire meglio i bisogni, ad anticipare la dinamica della domanda e ad «elaborare insieme» le migliori strategie di risposta.

Il primo tipo di strategia si basa sul classico modello di distinzione dei ruoli e delle responsabilità o di contrasto di interessi, la seconda alternativa implica una logica di «collaborazione per lo sviluppo» (dello stato di salute) basato sulla convergenza di interessi derivante dal fatto che, se insieme si trovano risposte con elevato rapporto benefici-costi per la società, sarà possibile convincere la società a dedicare più risorse alla sanità.

In una economia e in una società globalizzata, la competizione si realizza tra differenti circuiti di produzio-

ne-consumo legati a differenti aree di bisogni. Per essere vincenti in tale competizione occorre sviluppare la capacità di evidenziare i vantaggi per la società nel considerare i costi della sanità come «investimenti» per il proprio futuro oltre che per il proprio presente e di contribuire a politiche che non sono dominate dall'obiettivo di breve periodo del contenimento della spesa.

Tutti i soggetti che operano lungo la «catena delle attività» legate al bisogno di salute ne potranno trarre vantaggi. In definitiva si può dire che il passaggio dalla logica classica del mercato che sostiene lo sviluppo tramite le energie prodotte dal contrasto di interessi, a una logica di «nuovo mercato» che promuove lo sviluppo tramite le energie della collaborazione può fondarsi non solo su una modificazione dei «valori di fondo» (fattore fondamentale) ma anche su elementi di convenienza economica perseguita con un nuovo sistema di relazioni.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

DALLA STRUTTURA ALLE PERSONE: CONSIDERAZIONI SU NATURA, FINALITÀ E RUOLO DEL DIPARTIMENTO OSPEDALIERO

Federico Lega

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

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. La «mancata» ascesa del dipartimento ospedaliero nella realtà italiana - 3. I limiti della visione tradizionale - 4. La rilettura del modello dipartimentale: una prospettiva di riferimento - 5. Il nuovo paradigma: dalla struttura ai comportamenti delle persone - 6. Conclusioni.

Since 1969, Italian healthcare law has placed an emphasis on hospital's department-oriented structure. Yet, Italian hospitals have been characterised for the last fifty years by an organisation extremely fragmented into autonomous specialised units and sub-units (Divisions and Services), further dominated by bureaucratic procedures and rules which are largely insufficient and not functional in guaranteeing the best conditions to carry out clinical activities. This inertia has led to the current situation in which the department is now invoked as the ultimate solution to most problems nowadays faced by hospitals. The thesis supported by this paper leads instead to a reappraisal of the virtues of the departmental organisation within a modern medicine context that strongly needs to overcome the bureaucratic paradigm of the functional/divisional structuring — of which the department is simply a mere extension — towards the adoption of a new organisational paradigm more coherent with the deep adhocratic nature of Italian hospitals. Therefore, the importance traditionally attributed to the «differentiation» principle is challenged both horizontally — as the organisation is not seen as a set of specialised units but rather as a set of processes that integrate various fields of specialisation — and vertically — as the organisational relations are no longer interpreted in hierarchical terms but rather as a set of «clan-type» relationships. The end of this itinerary, along which the criteria for the structuring of hospital organisation are reviewed, is a network structure in which the departments and the physical architecture of the hospital take on the role of facilitators of clinical activities carried out by multidisciplinary and professional-mix clinical groups.

1. Introduzione

Da ormai diversi anni, l'attenzione al dipartimento ospedaliero ha assunto in Italia una posizione centrale nel dibattito sull'organizzazione interna dell'ospedale polispecialistico moderno (1): l'osservazione della letteratura mette anche in luce come nella pluralità dei contributi sia possibile riscontrare in generale una netta convergenza nell'individuare la struttura dipartimentale come soluzione per la maggior parte dei problemi di efficienza e qualità dell'attività clinico-assistenziale (Pesaresi, 1996; Bertier, Polli, 1996; Provera, 1994; Macchi, 1994; Bondonio, Cestari, 1994; Gaia, Ponci-

ni, 1996; Campana, 1986; Saccani, 1989).

Questo diffuso clima positivo trova in effetti giustificazione nei risultati confortanti di esperienze estere simili (2), le quali tuttavia sono avviate ormai da più di due decenni e non hanno uguale riscontro empirico in Italia, dove gli esperimenti dipartimentali in ospedale sono ancora in numero limitato e così recenti da non consentire una verifica fattuale certa sui loro impatti.

Inoltre, l'osservazione del panorama italiano mette in luce il grande sforzo che è stato fatto per definire, in alcuni casi normativamente o con finalità prescrittive, una precisa classificazione dei criteri e contenuti delle

possibili aggregazioni dipartimentali, a fronte invece di una scarsa riflessione sull'importanza e necessità di stimolare più attente valutazioni della coerenza tra modelli di dipartimenti proposti ed attuabili e contesti culturali ed organizzativi peculiari delle aziende sanitarie italiane. Queste brevi riflessioni introducono due problemi di fondo che devono essere ancora affrontati per chiarire in prospettiva il ruolo e le finalità del dipartimento ospedaliero in Italia.

L'autore ringrazia Marco Meneguzzo, Mario Del Vecchio ed Angelo Tanese per gli stimoli ed i suggerimenti dati alla stesura e revisione del presente articolo.

In primo luogo, occorre domandarsi se l'organizzazione dipartimentale sia effettivamente una soluzione valida nel contesto culturale italiano attuale o se non stia, più in generale, esaurendo il suo contenuto innovativo a fronte delle esigenze della pratica clinica moderna.

In secondo luogo, è opportuno riflettere sui possibili impatti del dipartimento rispetto agli obiettivi di economicità della gestione e di dimensionamento ottimale della capacità produttiva favoriti dall'integrazione. Per questo scopo, il modello logico che verrà utilizzato si fonda sulle seguenti differenze nei contenuti dell'integrazione:

— integrazione fisica: corrisponde alla «comunizzazione» logistica di spazi, risorse umane e tecnologia. Questo tipo di integrazione rappresenta una prima importante leva di razionalizzazione di alcune categorie di costi fissi;

— integrazione organizzativa: corrisponde al coordinamento nell'utilizzo delle risorse condivisibili (prevalentemente spazi, tecnologia e personale infermieristico), siano esse comunizzate che separate fisicamente. Anche in questo caso, come nel precedente, vengono razionalizzati alcuni costi fissi, seppure con una intensità diversa a seconda della collaborazione che si sviluppa nel dipartimento e dell'incidenza dei vincoli strutturali;

— integrazione clinica: implica il coordinamento spazio-temporale dell'atto medico sul processo produttivo, sul percorso di cura del paziente. In questo caso gli effetti toccano gli aspetti della qualità ed alcuni costi variabili collegati alla degenza/trattamento del paziente, in quanto l'integrazione favorisce la riprogettazione dei percorsi assistenziali o diagnostico-terapeutici dal punto di vista dei tempi e della collocazione spaziale;

— integrazione culturale: concerne la sfera dei valori, e si esprime attraverso una progressiva uniformazione spontanea dei comportamenti clinico-assistenziali resa possibile dell'individuazione di protocolli, linee guida o percorsi diagnostico-terapeutici condivisi. In questo modo, toccando i contenuti delle prestazioni, si affrontano i problemi della variabilità nel consumo di risorse e dell'efficacia degli esiti.

Rispetto a questi possibili impatti del dipartimento si configura quindi il problema di definire:

a) fino a che punto la concezione tradizionale del dipartimento ospedaliero consente l'integrazione clinica come conseguenza dell'integrazione fisico-organizzativa o se richieda a tal scopo una più complessa integrazione culturale. Consideriamo infatti scontato che i primi due livelli di integrazione siano effettivamente (almeno in parte) acquisibili attivando un modello dipartimentale classico;

b) se il dipartimento effettivamente è in grado di sostenere il processo di integrazione culturale;

c) se serve necessariamente per promuovere tale processo a fronte dell'alternativa costituita dalla semplice attivazione di azioni di cambiamento della cultura dominante.

Ovviamente, la priorità assegnata ad un particolare obiettivo non potrà non avere dei riflessi sulle scelte di configurazione del dipartimento.

Per evitare giudizi frettolosi, prima di passare all'analisi puntuale dell'impatto della concezione oggi diffusa di dipartimento ospedaliero in relazione ai precedenti obiettivi, occorre evidenziare brevemente l'influenza che la crescente concentrazione di disposizioni normative e contributi letterari in tema di dipartimento può avere avuto ed avrà ancora sulle scelte concrete di assetto organizzativo pensato ed adottato dalle aziende sanitarie.

Due spinte provengono in tal senso da:

a) la percezione di spazi di autonomia ristretti da un dettato normativo molto preciso sui criteri di progettazione del dipartimento a cui le aziende tendono ad ispirarsi passivamente o per convenienza;

b) l'influenza che la necessità di legittimazione istituzionale e l'affermazione del potere interno hanno sulle scelte di adozione di strutture dipartimentali (3).

Da una parte, in effetti, la crescente necessità per l'azienda ospedaliera di reperire le risorse ed il sostegno della comunità e delle istituzioni di riferimento impone maggiore attenzione alla chiave di lettura comportamentale data 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 di assetto organizzativo possono essere 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. l'organizzazione dipartimentale, almeno in parte, ricade sicuramente in questa categoria di scelte.

D'altra parte, anche a livello intra-organizzativo si può sviluppare un simile atteggiamento tra i professionisti medici, nel momento in cui assumere la direzione di un dipartimento qualifica la propria professionalità al di sopra degli altri membri dell'organizzazione, ne aumenta la forza contrattuale o comunque pone in posizione di privilegio nel dialogo con la direzione generale: il rischio che si percepisce è

che alcuni dipartimenti nascano sulla carta più per logiche di potere ed equilibrio interno od esterno che per concreta necessità o volontà e sulla base di razionali valutazioni del tipo costi-benefici. Forse, proprio questa chiave di lettura aiuta a comprendere il perché sia spesso mancata quella valutazione di coerenza tra modello dipartimentale scelto ed assetto e cultura organizzativa aziendale che può determinare il successo od il fallimento del cambiamento avviato.

In conclusione, pur tenendo presente che vi sono influenze socio-istituzionali che possono determinare scelte organizzative «irrazionali», gli spunti di riflessione fin qui tracciati e su cui vale la pena di impegnarsi sono diversi e sicuramente non esauriscono il vasto insieme dei problemi che una scelta di assetto dipartimentale solleva: certo è che vi sono sufficienti argomenti che possono contribuire a mettere in dubbio e ridimensionare il ruolo sovrastimato del dipartimento ospedaliero, così come percepito oggi nella sanità italiana. Scopo del presente contributo è appunto quello di rivedere, in chiave di critica costruttiva, la natura, il ruolo, l'apporto presente e le prospettive future della struttura dipartimentale nel contesto della medicina ospedaliera moderna.

Di conseguenza, a partire da una razionalizzazione dei modelli applicativi di dipartimento individuabili nel contesto italiano (§ 2), procederemo con un'analisi delle principali problematiche che portano a ridimensionarne il ruolo quale soluzione organizzativa per riprogettare l'ospedale secondo logiche interfunzionali e di processo (§ 3). Verranno quindi riletti limiti e potenzialità del dipartimento secondo una prospettiva di riferimento (§ 4) che ci consente di individuare i confini di un nuovo paradigma per la progettazione organizzativa dell'ospedale (§ 5).

2. La «mancata» ascesa del dipartimento ospedaliero nella realtà italiana

Quasi tutta la letteratura è concorde nell'affermare che l'attenzione al dipartimento nasce dall'osservazione dei limiti dell'organizzazione ospedaliera tipica che si è sviluppata in Italia, basata sulla creazione di unità operative e di servizi diagnostici che fanno capo a singole discipline mediche (4) (Caccia, Longo, 1994; Corradini, 1997; Provera, 1994).

Quest'impostazione storica appare sempre meno adatta alle esigenze della medicina moderna, in cui l'elevata specializzazione delle competenze comporta un peso economico troppo alto a causa dei costi di integrazione determinati dalla crescente necessità di recuperare un approccio multidisciplinare in grado di soddisfare pienamente il complesso bisogno di salute del paziente.

In effetti, se da un lato la creazione di unità specialistiche consente di sfruttare economie di *know-how*, dall'altro produce una frammentazione delle competenze che rende sempre più difficile concentrare nel singolo professionista il sapere teorico-pratico che caratterizza la specifica disciplina. Inoltre, in assenza di logiche di coordinamento tra le diverse unità operative si possono verificare problemi sia di diffusione, cioè situazioni in cui uno stessa patologia finisce per essere trattata a volte a ragione a volte inappropriatamente da più unità appartenenti a differenti discipline, sia di variabilità, quando coesistono nella stessa azienda sempre per una stessa patologia protocolli diagnostico-terapeutici differenti che possono portare ad esiti diversi ed a livelli qualitativi del servizio difformi: tutto ciò in contraddizione con il tentativo di affermare i principi dell'*evidence-based medicine* e quindi di una maggiore scientificità nell'applicazione di protocolli speri-

mentati con successo ed indirettamente, in quanto condivisi, fonte di uniformazione (possibilmente in positivo) nei comportamenti di consumo delle risorse.

Per evitare logiche di autarchia divisionale, e per riportare al suo ruolo centrale il processo multidisciplinare di cura del paziente, si è quindi cominciato ad approfondire lo studio delle modalità con cui far dialogare e lavorare insieme unità caratterizzate da alta specializzazione e complementarità di compiti (5), permettendo così alle varie *équipes* mediche di integrare e completare le proprie competenze e le dotazioni strutturali e strumentali (tecnologia).

Tra tutte le possibili soluzioni organizzative di integrazione è emerso il modello dipartimentale (6), la cui analisi, secondo la sua concezione prevalente in Italia, verrà di seguito condotta lungo quattro aspetti:

- finalità e ruolo;
- criteri di progettazione;
- natura ed assetto di governo;
- assetto dei sistemi di gestione o meccanismi operativi propri del dipartimento.

2.1. Le finalità e ruolo tradizionale del dipartimento

In linea generale, adottare strutture dipartimentali significa ridisegnare l'assetto organizzativo ospedaliero in maniera tale da accorpate le divisioni che rispondono a specializzazioni complementari o strettamente interrelate, producendo una condivisione delle risorse umane, fisiche e di *know-how* professionale: secondo le linee guida redatte dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR, 1996), il dipartimento deve essere costituito da «unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la pro-

pria autonomia e responsabilità professionale. Le unità operative costituenti il dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico» (7).

Adottando un approccio per lista positiva, si può osservare che le conseguenze che si cerca di ottenere da questo tipo di riorganizzazione sono principalmente di tre ordini (Pesaresi, 1996; ASSR, 1996; Zanetti, 1994; Verme, 1995):

1) il miglioramento del servizio all'utente, sia dal punto di vista della *performance* clinica prodotta, sia da quello della qualità dei contenuti periferici della prestazione sanitaria in senso stretto (assistenza infermieristica, *comfort* alberghiero, ...);

2) il contenimento dei costi, ottenibile attraverso la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse a fronte di una determinata domanda di prestazioni specifiche;

3) la sperimentazione e ricerca clinica, attività che richiede un approccio multidisciplinare a partire da una base comune di conoscenze.

Inversamente, ma coerentemente, secondo un approccio per lista negativa il dipartimento consentirebbe di porre rimedio ai seguenti problemi tipici dell'organizzazione ospedaliera italiana (Bondonio, Cestari, 1994; Gaia, Poncini, 1996):

— frammentazione degli interlocutori per la direzione generale;

— *focus* sulla iper-specializzazione disciplinare (8);

— carenze logistiche nella distribuzione di spazi ed attrezzature;

— difficoltà di gestione del personale di assistenza.

2.2. I criteri di progettazione dipartimentale

In letteratura si è andata affermando una condivisa tassonomia dei possibili schemi organizzativi dipartimentali che comprende i seguenti criteri di aggregazione delle specialità (9) (Zanetti, 1994):

1) aggregazione per intensità e gradualità delle cure: secondo questa accezione si possono costituire strutture dipartimentali di degenza modulate in funzione della gradualità ed intensità della cura e del tipo di intervento; si tratta tuttavia di un criterio che si presta meglio a soddisfare esigenze organizzative interne ad un'unità (o macro unità, quale uno stesso dipartimento costituito secondo altri criteri) piuttosto che a favorire l'accorpamento e l'integrazione tra diverse unità;

2) aggregazione per gruppi di età: i dipartimenti materno-infantile e geriatrico rappresentano esempi di questo criterio di accorpamento e globalizzazione dell'intervento sanitario;

3) aggregazione per settori nosologici: dove la scelta si fonda sulla necessità di garantire un intervento multidisciplinare in relazione alla categoria nosologica del paziente; per un esempio si pensi al dipartimento cardiologico-vascolare;

4) aggregazione per grandi aree specialistiche: si tratta di un'ipotesi particolarmente interessante per gli ospedali di piccole dimensioni, dove può essere vantaggioso costituire i dipartimenti delle specialità mediche e delle specialità chirurgiche;

5) aggregazione per organo od apparato: si tratta di una sottocategoria del precedente criterio di accorpamento che risponde alle necessità dei grandi ospedali polispecialistici, in cui è possibile integrare unità specialistiche responsabili per la diagnosi, cura e riabilitazione di un particolare organo od apparato; alcuni esempi possono essere il dipartimento cardiologico, il

dipartimento di gastroenterologia, ecc.;

6) aggregazione che tenga conto del momento di intervento sanitario: si pensi al dipartimento di emergenza o di riabilitazione;

7) aggregazione di ogni altro tipo che colleghi strutture affini, complementari ed anche diverse dell'ospedale e di eventuali istituzioni e strutture sanitarie del territorio, purché finalizzata ad obiettivi assistenziali, didattici e di ricerca comuni: in questa categoria possono essere ricondotti i dipartimenti «residuali», quali quello di immagini o di laboratorio di cui recentemente si è cominciato a parlare, oppure i dipartimenti cosiddetti «transmurali», cioè di raccordo fra l'ospedale ed il territorio di riferimento (il dipartimento di emergenza può rappresentare un esempio anche di questo criterio di accorpamento).

Dalla precedente classificazione emerge l'ampio spettro delle logiche dipartimentali attuabili nel ridisegno degli schemi organizzativi ospedalieri.

Un primo importante momento nel dibattito a cui assistiamo attualmente deriva proprio da questa impossibilità di individuare un modello unico di riferimento: si può quindi osservare la coesistenza all'interno di un ospedale di più dipartimenti costituiti secondo diversi criteri, dato che una stessa unità organizzativa potrebbe essere suscettibile di accorpamento in più modi a seconda del criterio preferito tra quelli utilizzabili.

Questa natura «situazionale» della scelta dovrebbe peraltro essere pienamente condivisa, dato che non è ipotizzabile, né consigliabile, uno scollamento tra le logiche di progettazione organizzativa, gli obiettivi strategici predefiniti e le variabili interne (rapporti di potere, cultura dominante, ecc.) ed ambientali proprie dell'azienda sanitaria (Galbraith, 1977; Rugia-

dini, 1979): sfortunatamente, come accennato nel paragrafo introduttivo, proprio l'inosservanza di questo semplice principio è fonte di molti degli attuali problemi delle strutture sanitarie pubbliche, in cui la definizione degli schemi organizzativi è stata finora fortemente influenzata se non quasi esclusivo appannaggio di leggi regionali e linee guida fin troppo pretenziose nel definire anche i dettagli.

2.3. Natura ed assetto di governo

Sempre in tema di progettazione e classificazione degli assetti dipartimentali, un secondo momento centrale di riflessione è da individuare nella scelta della natura funzionale o strutturale che i dipartimenti possono assumere, rispetto ad una disposizione del potere di governo di tipo forte piuttosto che debole.

Per funzionale intendiamo un dipartimento che nasce senza la comunizzazione fisica di spazi e risorse, caratteristica che contraddistingue invece il modello strutturale che si fonda sulla contiguità spaziale delle unità operative accorpate. L'assetto di governo sarà forte quando il dipartimento gestisce gerarchicamente i fattori produttivi di cui dispone, debole se funge solo da momento di coordinamento trasversale all'attività liberamente programmata e gestita dalle singole unità operative di cui si compone. In entrambi i casi, sia rispetto alla natura che all'assetto di governo, le dicotomie individuate rappresentano gli estremi di un *continuum* lungo cui si può collocare la scelta effettiva.

L'incrocio tra tali estremi dà luogo a quattro possibili modelli di dipartimento, individuati da una diversa intensità di integrazione organizzativa e fisica (figura 1). In ognuno dei quattro modelli resta invece sospeso il problema dell'integrazione clinica, la quale può sì essere favorita da una riorganiz-

zazione strutturale e da determinati meccanismi operativi associabili al governo del dipartimento, ma in quanto legata principalmente alla cultura organizzativa non può essere assunta come autoavverantesi in nessuno dei casi prospettati e verrà pertanto affrontata separatamente nel prossimo paragrafo: in effetti, l'integrazione clinica e culturale sono problemi in qualche misura sovraordinati ai restanti tipi di integrazione, dato che da essi dipende il vero cambiamento nell'approccio al paziente, col passaggio da una logica di «proprietà del paziente» stesso ad una di intervento assistenziale multidisciplinare coordinato.

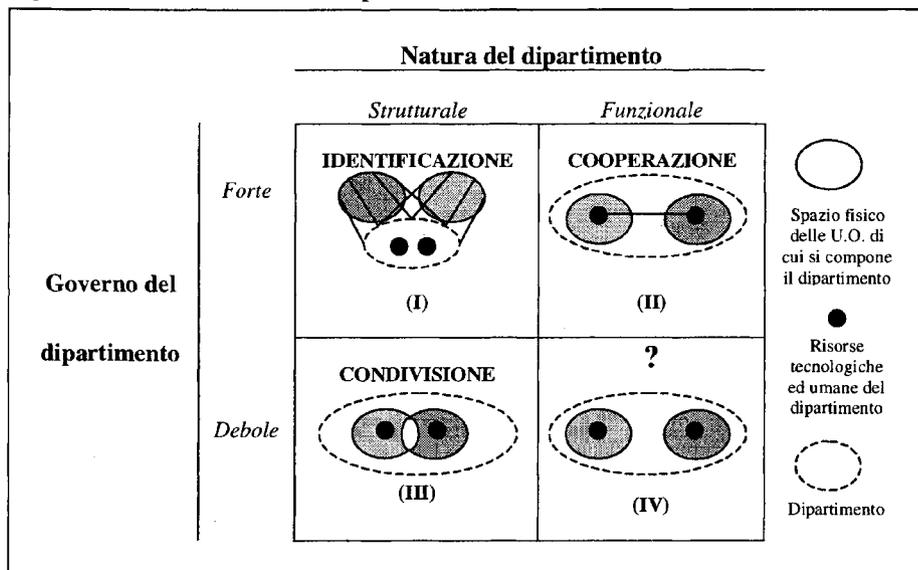
Proprio questa considerazione racchiude uno dei fondamenti della critica che vogliamo avanzare nei confronti dell'impostazione tradizionale del dipartimento ospedaliero. Se gli obiettivi sono l'integrazione sui processi di cura e la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, fino a quando non si risolveranno i problemi dell'integrazione clinica e culturale, e quindi della convergenza all'uniformazione dei comportamenti assistenziali, il dipartimento non sarà in grado di rispondere ai problemi della varia-

bilità negli esiti, nel costo e nella qualità delle prestazioni ospedaliere rese per una stessa patologia.

Tornando alla matrice dei modelli tradizionali di dipartimento, si osserva come nel primo quadrante si collochino i dipartimenti «forti» in senso assoluto, in cui vi è identificazione delle unità operative con il dipartimento a seguito della totale comunizzazione di spazi, macchinari ed operatori e centralizzazione dei poteri di gestione nella figura di un direttore o comitato direttivo di dipartimento. Il dipartimento è quindi responsabile unico per la programmazione dell'attività e la gestione delle risorse. Questo modello è anche quello che, almeno sulla carta, dovrebbe garantire le condizioni di partenza migliori per sviluppare l'integrazione clinica, ma non necessariamente quella culturale, in quanto essa non dipende che marginalmente da soluzioni organizzative strutturali.

Nel secondo quadrante si configura un modello di dipartimento che si caratterizza per l'instaurazione di logiche di cooperazione tra unità organizzative che rimangono fisicamente separate: l'obiettivo è influenzare il comportamento degli operatori favo-

Figura 1 - Modelli tradizionali di dipartimento



rendo processi di integrazione organizzativa e clinica. È un modello «limitato», in quanto postula l'accentramento dei poteri gestionali senza però consentire, a causa dei vincoli strutturali di cui soffre il dipartimento, lo sfruttamento appieno dei possibili vantaggi conseguenti: d'altra parte, occorre ricordare i limiti di intervento imposti dalla situazione logistica degli attuali ospedali, laddove l'integrazione fisica può richiedere ristrutturazioni degli spazi architettonici difficilmente attuabili (si pensi a unità collocate in differenti padiglioni o su piani diversi di un ospedale, od appartenenti a presidi ospedalieri geograficamente distanti).

Nel terzo quadrante emerge una soluzione debole, in cui ad una forte integrazione fisica non corrisponde quella organizzativa: le risorse strutturali, strumentali ed umane vengono certamente condivise secondo criteri di efficienza ed efficacia allocativa, a cui però, in assenza di una forte struttura di governo della macro unità, non segue quella responsabilizzazione del dipartimento sul loro utilizzo che consente di valorizzare i vantaggi dell'integrazione fisica. Vantaggi che potrebbero invece manifestarsi a partire dalla gestione dei posti letto e dei tempi di utilizzo dei macchinari, fino allo «snellimento» del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, che si svolge in ambienti contigui e sotto la supervisione di *equipés* mediche multidisciplinari. Un esempio tipico di questa situazione è il caso in cui al posto di un comitato direttivo con forti poteri di indirizzo e gestione sul dipartimento viene istituito in consiglio dipartimentale con la sola funzione consultiva. Ciò non significa che questo modello sia «peggiore» degli altri, in quanto proprio il contesto culturale ed organizzativo dell'azienda potrebbe richiederne l'attivazione quale pas-

saggio intermedio verso assetti dipartimentali del tipo forte.

Infine, nel quarto quadrante si collocano quelle situazioni in cui l'etichetta di dipartimento viene posizionata senza intervenire sullo *status quo*: si tratta, in parole povere, di dipartimenti meramente cartacei, che costituiscono bandiere ideologiche od escamotage per legittimare gestioni inefficienti.

2.4. Assetto dei sistemi di gestione

A completamento dell'analisi dei possibili modelli di dipartimento, occorre poi considerare l'ulteriore dicotomia data dalla scelta di collocazione decentrata od accentrata degli organi di *staff* e dei sistemi gestionali del dipartimento.

Una collocazione decentrata significa che ogni dipartimento costituisce al suo interno degli organi di *staff* preposti a particolari funzioni di supporto della gestione: ad esempio si può pensare al controllo di gestione, al coordinamento della formazione, dell'informazione verso l'esterno, alla gestione del personale infermieristico, ecc.

Al contrario, una collocazione centralizzata implica il potenziamento dei sistemi gestionali e degli organi di *staff* a servizio dell'azienda nel complesso, in modo tale da consentire comunque una risposta adeguata alle particolari esigenze provenienti dai diversi dipartimenti: un mancato potenziamento non potrà infatti che penalizzare l'organizzazione nel complesso, incapace di fornire il supporto per un'efficace attività di programmazione e controllo di gestione a livello di singola area di intervento e di prodotto/prestazione assistenziale erogata.

Ovviamente, si tratterà di una scelta fortemente influenzata anche dalla natura funzionale o strutturale del dipartimento, nonché soprattutto dalle di-

mensioni fisiche dell'ospedale e dalle politiche gestionali della Direzione generale. Una scelta comunque non neutra, dato che, come vedremo nel prossimo paragrafo, in caso di non attivazione di specifici organi di *staff* si priva di fatto i responsabili del dipartimento di un'importante leva operativa in fase di gestione delle resistenze alla sua attuazione.

3. I limiti della visione tradizionale

Come già sottolineato, in letteratura, pur in assenza di una solida conferma empirica, si osserva una netta prevalenza di giudizi lusinghieri sui dipartimenti ospedalieri. Un consenso diffuso che si può spiegare alla luce della «pressione» normativo-istituzionale e dei consistenti vantaggi (10) che sulla carta sembrano legarsi all'adozione dei modelli dipartimentali, a fronte dei quali l'unico vero rischio individuato e sufficientemente condiviso sembra riconducibile alla possibile complicazione e burocratizzazione del processo produttivo sanitario (Bondonio, Cestari, 1994; Gaia, Poncini, 1996): in altre parole, invece di favorire lo «snellimento» dell'*iter* del paziente, una malgestione delle unità organizzative aggregate potrebbe causare un aumento dei livelli e tempi decisionali, una maggiore conflittualità sull'allocazione delle risorse disponibili ed un crescente isolamento culturale di tipo «autarchico» tra i diversi gruppi disciplinari chiamati a cooperare.

In realtà, l'osservazione delle esperienze concrete mette in luce un certo ritardo nella dipartimentalizzazione delle strutture ospedaliere, che sottintende la natura ben più complessa dei limiti che il dipartimento classico porta con sé: questi possono infatti collegarsi ad aspetti comportamentali, i più conosciuti, o strutturali, assai meno indagati.

La nostra riflessione prenderà quindi spunto dai problemi comportamentali evidenziati dalla realtà ed ampiamente documentati dalla letteratura, per arrivare ad affrontare, attraverso l'analisi dei limiti strutturali, il nodo della validità stessa dell'attuale paradigma dominante la progettazione organizzativa delle aziende sanitarie.

3.1. *Gli aspetti comportamentali: la resistenza alla progettazione ed attuazione*

Tra i problemi più frequenti in fase di progettazione ed attuazione dei dipartimenti ospedalieri emergono (Pesaresi, 1996; Bondonio, Cestari, 1996):

— un atteggiamento passivo degli operatori nei confronti del cambiamento, a cui però si accompagna spesso la mancanza di un sistema aziendale di incentivi e stimoli all'innovazione organizzativa;

— la rigidità delle norme e procedure sull'amministrazione e sul personale; una serie di problematiche è riconducibile allo stesso dettato normativo, nel momento in cui, soprattutto a livello regionale, vengono definiti nel particolare criteri e contenuti dell'organizzazione dipartimentale, restringendo così immotivatamente l'autonomia organizzativa delle strutture sanitarie;

— la protezione esasperata dell'ambito di potere di ciascun primario ospedaliero; spesso manca la comprensione del circolo virtuoso che potenzialmente viene attivato dal coordinamento di più unità organizzative, grazie al quale la limitazione della propria autonomia professionale porta ad un aumento del potere di gruppo, una maggiore capacità negoziale e lo sfruttamento di sinergie che produrranno risorse maggiori di quelle cedute;

— la carenza di competenze e di cultura manageriale nelle aziende sa-

nitare (anche se si tratta di un *gap* che dovrebbe progressivamente colmarsi).

La resistenza alla dipartimentalizzazione degli ospedali dipende quindi sia dalla percezione dell'esistenza di vincoli istituzionali che rendono complessa la scelta di integrazione, sia dalla carenza di competenze organizzative specifiche, sia da comportamenti propri del personale.

Molti dei ritardi vengono in effetti spiegati con la resistenza degli operatori sanitari. Tuttavia, se la cultura improntata all'autonomia professionale può rappresentare una delle cause principali della resistenza al cambiamento nelle strutture sanitarie, non si possono ignorare altre responsabilità individuabili nel momento in cui non vengono presi determinati accorgimenti che possono facilitare il processo di innovazione.

In particolare, un esempio può essere rappresentato dalla scarsa attenzione che viene spesso posta nell'azionare contemporaneamente più leve operative a completamento del processo di innovazione: la leva strutturale per favorire l'integrazione fisica, la leva dei sistemi gestionali per favorire l'integrazione organizzativa e clinica, le leve dell'apprendimento e dell'organizzazione del lavoro per favorire l'integrazione culturale (11). In generale, la maggior parte delle esperienze si è concentrata sulla prima leva, ignorando in larga parte le restanti due.

Così, senza azioni specifiche o meccanismi operativi opportuni, si osserva la convergenza dei diversi modelli tradizionali di dipartimento nel generare scarsi incentivi alla ricerca scientifica multidisciplinare, all'aggiornamento e formazione del personale ed al controllo della qualità sia clinica (efficacia) che alberghiera. Ad esempio, Pellegrini (12) ha messo in luce come il dipartimento cardiologico dell'ospedale Niguarda di Milano,

pur operando da tempo con successo, non abbia in realtà risolto i problemi del coordinamento della ricerca, dell'informazione interna ed esterna, dell'aggiornamento professionale e delle politiche di qualità (13). Non solo, ma in assenza di modelli di organizzazione del lavoro adeguati, anche il coordinamento degli interventi sul paziente, vale a dire l'integrazione clinica, sembra essere assai difficile: in questa direzione alcune realtà, tra cui il Dipartimento di gastroenterologia dell'azienda ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino e quello di diagnostica di laboratorio dell'azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, hanno trovato un fondamentale ausilio nell'attivazione di gruppi di lavoro interni, ciascuno con un preciso obiettivo assistenziale e di ricerca-innovazione scientifica. A questi gruppi di lavoro è stata anche riconosciuta la capacità di stimolare quei processi di elevazione culturale (14) altrimenti lacunosi se lasciati all'improvvisazione della struttura dipartimentale (15). Su questo punto torneremo nel paragrafo 5 dedicato al nuovo paradigma organizzativo per le aziende sanitarie.

3.2. *Un'introduzione ai limiti strutturali del dipartimento*

Dalle precedenti considerazioni emerge un quadro in cui il dipartimento, indipendentemente dalla natura e dal tipo di governo che assume, oltre a subire forti resistenze attuative sembra rispondere solo parzialmente alla funzione primaria di coordinare ed integrare l'attività sul paziente e quasi per niente alla funzione, sempre più importante nel futuro «competitivo» delle strutture sanitarie, di stimolare i processi di apprendimento organizzativo.

Sembra trovare conferma, in questo senso, l'ipotesi sul ruolo importante assunto fino ad oggi nelle scelte con-

crete dei modelli di «dipartimentalizzazione» da motivazioni di ricerca di legittimazione istituzionale, anche in ossequio alla norma, e di razionalizzazione economica. Meno sentito o percepito sembra al contrario sia stato il problema di ridurre la compartimentalizzazione della pratica clinica attuale, attraverso lo stimolo di processi reali di integrazione clinica e culturale.

A sfavore del dipartimento ospedaliero tradizionale gioca anche la resistenza, che determinando tempi lunghi di progettazione ed attuazione rischia di sminuirne gli aspetti validi, oltrepassando il suo intervallo di utilità delimitato da una struttura organizzativa ed una pratica clinica in continuo evolversi.

Per comprendere meglio il fenomeno della resistenza ed evitare giudizi frettolosi, è però necessario indagare i limiti del dipartimento partendo dalla sua stessa natura, osservando quali problematiche dipendono dal paradigma organizzativo a cui si ispira e dalla sua più o meno scarsa coerenza con l'organizzazione e l'ambiente della medicina moderna. In altre parole, occorre passare dai problemi concreti fin qui analizzati alle loro radici, riconducibili agli aspetti di teoria organizzativa su cui si fondano le attuali scelte di dipartimentalizzazione. Solo così, indagando quelli che possiamo definire i limiti strutturali del dipartimento, si può comprendere appieno il perché fino ad oggi nel momento della scelta del modello dipartimentale da attuare i motivi di razionalità economica o di legittimazione istituzionale abbiano trovato maggiore risposta rispetto alla necessità di natura operativa.

4. La rilettura del modello dipartimentale: una prospettiva di riferimento

Per comprendere fino a fondo i limiti del dipartimento quale soluzione

nella ricerca dell'integrazione clinico-organizzativa, è necessario introdurre alcuni riferimenti di teoria che da un lato possono aiutare a far luce sulle debolezze strutturali di quello che sembra il paradigma dominante nella progettazione delle strutture sanitarie, dall'altro fornire gli spunti per una sua rivisitazione concettuale.

4.1. Il fallimento nella ricerca di una coerenza tra struttura e contesto

Come già visto, anche a causa di vincoli normativi solo da poco superati, il modello più diffuso di articolazione delle aziende sanitarie è la struttura di natura funzionale/settoriale, nel quale l'organizzazione viene scomposta in settori e servizi responsabili per funzioni specialistiche, per il cui adempimento si articolano in unità organizzative preposte a definiti e specifici obiettivi (Corradini, 1997).

Trattasi di un modello che si caratterizza per un'elevata specializzazione e differenziazione delle attività e delle professionalità mediche, per una prevalenza del rapporto gerarchico interno all'unità operativa e per una rigidità ed impermeabilità tra unità, tutti fattori questi assai rilevanti tra quelli che hanno reso e rendono tuttora difficile il passaggio alle strutture dipartimentali (Caccia, Longo, 1995; Zanetti, 1994; Bonichi, 1996.).

Questa crescita articolata della struttura sanitaria si può interpretare alla luce del contributo di Galbraith (1977; 1982), secondo cui vi è una relazione tra dinamismo ambientale, livello di complessità organizzativa e scelte di struttura. In questo senso, l'evoluzione della medicina moderna ha portato alla nascita di numerose sottospecializzazioni determinando l'assetto strutturale della maggioranza delle aziende sanitarie pubbliche italiane oggi presenti sul territorio.

Nel tempo è poi emerso come l'elevato livello di articolazione raggiunto generasse un fabbisogno crescente di integrazione che ha trovato risposta nella concezione più diffusa del dipartimento ospedaliero, quale raggruppamento sulla base del criterio dell'interdipendenza sequenziale (16) di diverse unità organizzative che abbattano tra di loro i muri della «proprietà fisica» delle risorse, sia di tipo materiale (strutture, spazi, macchinari, personale, ma anche il paziente stesso) che immateriale (informazioni e conoscenze).

Tuttavia, seppur fondata sui precedenti presupposti teorici validi, la logica dipartimentale ha il grande difetto di aver concentrato l'attenzione esclusivamente sul processo produttivo (sulla sequenza di azioni concatenate finalizzate a «produrre salute» per il paziente) quale obiettivo dell'integrazione, sottostimando gli aspetti comportamentali e culturali legati alla natura della professione medica. In altre parole, l'assetto dipartimentale ha raccolto un favore generalizzato per le sue potenzialità nel coordinamento ed integrazione fisico-organizzativa dell'atto medico, ma la riflessione sulla sua validità come meccanismo di stimolo all'integrazione clinica e culturale è stata poco approfondita.

Utilizzando le categorie di *fit* e *misfit* proposte da Drazin e Van de Ven (1985) sulla scia della *contingency theory*, possiamo inquadrare il grado di *fit* (coerenza) che il dipartimento ospedaliero presenta rispetto alle necessità dell'organizzazione sanitaria. Nella *contingency theory*, l'assunto di base è che la struttura ed i processi di una organizzazione devono avere, per assicurare la sopravvivenza, un altro grado di coerenza con il contesto, inteso come cultura organizzativa, ambiente, tecnologia, dimensioni e funzioni dell'organizzazione stessa (Ford, Slocum, 1977). Secondo questa

prospettiva (figura 2), se prendiamo come variabile di contesto la cultura organizzativa e come variabile di struttura la natura dei processi produttivi, allora possiamo intuire il principale limite intrinseco al dipartimento ospedaliero così come attualmente concepito: in quanto possibilmente struttura fisica dotata di una sua materialità e «proprietà» delle risorse, il dipartimento tradizionale si limita sostanzialmente a replicare, anche se ad un livello più macro, le logiche di governo gerarchico-verticale tipiche della struttura funzionale-divisionale e la conseguente organizzazione settoriale del lavoro. Così, si finisce con il progettare in molti casi delle *maxi* divisioni (nonostante i buoni propositi iniziali della riorganizzazione).

Il dipartimento costruito in questo modo non presenta particolari incentivi all'integrazione clinica e soprattutto culturale, mentre è spesso fonte di resistenza alla sua attivazione a seguito della conflittualità tra i primari o responsabili delle unità organizzative che confluiscono nel dipartimento stesso, sia nel caso di strutture con un direttore o coordinatore unico, la cui scelta pone problemi di divisione del potere, sia nel caso di strutture con un forte comitato direttivo, al cui interno la mancanza di accordo può paralizzare l'attività di sviluppo del dipartimento. In definitiva, il percorso logico tracciato fin qui è finalizzato ad evidenziare come non sia l'imposizione o la centralizzazione di più specializzazioni e responsabilità il meccanismo di governo attraverso cui il dipartimento può facilitare l'integrazione reale sui processi assistenziali, quanto al limite, se sufficientemente «forte» e coeso, può favorire in tal modo la condivisione e cooperazione nell'utilizzo delle risorse tecnologiche, di spazio ed infermieristiche non specializzate.

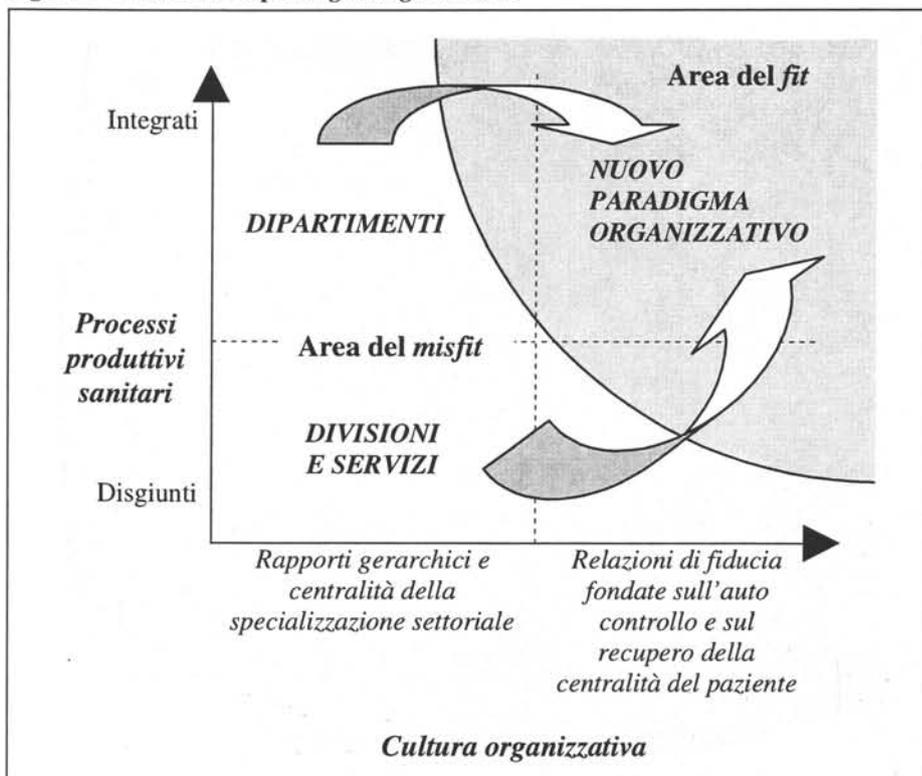
4.2. La rivalutazione della cultura organizzativa

Partendo da questa considerazione, il *focus* dell'analisi dovrebbe spostarsi verso l'individuazione di un modello organizzativo alternativo che possa rispondere meglio alle crescenti esigenze di integrazione clinica, pur mantenendo una forte coerenza con il modello culturale e comportamentale tipico della professione medica (17). Per lo scopo prefisso, è utile partire dal problema del governo nelle organizzazioni complesse. Lo scopo principale dei meccanismi di governo è quello di fornire i mezzi con cui gli attori di un'organizzazione possono acquisire le informazioni necessarie a valutare qualitativamente e quantitativamente il rapporto tra incentivi e contributi, sul quale si fonda la loro scelta di appartenenza all'organizzazione. Simon (1967) ha suggerito che

in generale gli individui partecipano volontariamente ad un'organizzazione finché gli incentivi che ricevono sono almeno uguali ai contributi che gli vengono richiesti. Gli incentivi possono ovviamente essere di varia natura, da quelli economici ai contatti sociali, allo *status* professionale, alle potenzialità di crescita professionale, ecc.

Il problema nasce quando per ottenere un equilibrio tra contributi ed incentivi bisogna misurare il contributo al margine di ciascun membro dell'organizzazione, senza però averne la reale possibilità: un problema acuito nel caso di risorse umane specifiche, che vanno protette per prevenire la perdita non intenzionale di una risorsa produttiva di alto valore non facilmente sostituibile (Williamson, 1981). Alchian e Demsetz (1972), con riguardo a questa situazione hanno descritto nel gruppo relazionale il meccanismo di governo più indicato, basato su di un

Figura 2 - Verso il nuovo paradigma organizzativo



profondo condizionamento sociale attuato dall'organizzazione ed una forte condivisione delle finalità a cui si accompagna l'incentivo di una costante sicurezza del posto di lavoro. Similmente, Ouchi (1980; 1984) ha individuato nel *clan* il meccanismo di governo delle relazioni in cui vi possono essere nel breve termine squilibri nel rapporto incentivi e contributi che verranno però ricordati e compensati nel tempo per ripristinare l'equilibrio di lungo termine. I *clan* si fondano principalmente su di una norma di reciprocità, riconoscono l'autorità legittima conferita non tanto da valutazioni razionali quanto dalle consuetudini/tradizioni e sviluppano una forma di auto-controllo legato ad un livello profondo di accordo tra i membri riguardo ciò che costituisce un comportamento corretto o socialmente preferibile.

Non vi è dubbio che i medici possano costituire un ottimo esempio di *clan*: autonomia, deontologia, tempi lunghi di formazione durante il quale il medico non solo acquisisce le proprie capacità, ma viene sottoposto anche ad un indottrinamento dei valori ritenuti prioritari. Alla luce della natura professionale delle aziende sanitarie italiane, lo sviluppo delle logiche di *clan* nella classe medica è avvenuto spontaneamente e si è rinforzato nel tempo per l'impossibilità di attuare un controllo sistematico degli apporti individuali, dato il frequente lavoro di gruppo che nasconde il contributo del singolo, e per l'affermarsi del principio dell'apicalità basata sulle competenze scientifiche piuttosto che su quelle organizzativo-manageriali.

Solo riconoscendo e tenendo in considerazione questa natura sociale e relazionale della professione medica si può ripensare l'attuale paradigma organizzativo senza per questo stimolare ulteriormente la naturale resisten-

za delle organizzazioni al cambiamento.

5. Il nuovo paradigma: dalla struttura ai comportamenti delle persone

Partire dalle persone per rivedere il paradigma organizzativo dominante nelle strutture ospedaliere significa spostare l'attenzione dalla progettazione della struttura all'organizzazione del lavoro, rispetto a cui la struttura diventa vincolo-opportunità.

In concreto, ciò richiede il superamento del:

— paradigma industriale, in cui l'obiettivo era perseguire attraverso una marcata specializzazione delle unità operative la massima efficienza e produttività nei confronti di una utenza di massa ed indistinta;

— paradigma burocratico, in cui la divisione/servizio ospedaliero era lo strumento per attuare il controllo gerarchico sui fattori produttivi;

per abbracciare i fondamenti di un nuovo paradigma basato sulla flessibilità organizzativa, sul riconoscimento della centralità del paziente e del fabbisogno di coordinamento-integrazione nella pratica (18).

Un paradigma che, sulla base delle precedenti riflessioni, dovrebbe consentire il rispetto dei seguenti requisiti:

— coerenza con la natura professionale delle strutture sanitarie, ma il superamento dei contenuti di burocrazia;

— centralità del paziente quale punto di riferimento nell'integrazione clinico-organizzativa;

— responsabilizzazione e focalizzazione sui processi produttivi quale condizione per conseguire contemporaneamente livelli di produttività ed efficienza superiori;

— stimolo ai processi di apprendimento organizzativo, alla diffusione

ed omogeneizzazione della conoscenza, tenendo presente che nelle organizzazioni complesse costituite da più *sub* sistemi organizzativi (quali le divisioni e i servizi) non esiste un linguaggio univoco, ma più linguaggi locali che vanno preservati ma al tempo stesso resi comprensibili tramite l'utilizzo di appositi trasduttori;

— maggiore attenzione alla razionalità nell'utilizzo degli spazi fisici, minimizzando i limiti posti dalle strutture architettoniche a padiglioni comunemente diffuse in Italia;

— equilibrio tra le esigenze di ospitalità per il singolo paziente e l'impegno a garantire l'assistenza sanitaria a tutti i bisognosi;

— coerenza tra il ruolo trainante dell'ospedale nello sviluppo della scienza medica ed i criteri di gestione aziendali troppo sbilanciati nell'epoca attuale verso valutazioni di convenienza economica.

In questo senso, i segnali forti che provengono dalla realtà vedono nell'organizzazione permanente per gruppi di lavoro (o di progetto/di studio) multiprofessionali e multidisciplinari la soluzione al momento più interessante (19).

Non solo alcune esperienze italiane in corso, tra cui proprio il Dipartimento di gastroenterologia di Torino ed il Dipartimento di diagnostica di Trento menzionati in precedenza, ma anche molti casi stranieri e tutto il filone della letteratura rivolto ai problemi posti dalle logiche del *case management* sembrano confermare la validità di tale scelta di organizzazione del lavoro (20). In termini simili l'ASSR (1996), nel suo documento sulle linee guida per l'attuazione dei dipartimenti, ha individuato la possibilità di costituire particolari gruppi operativi interdipartimentali permanenti (GOIP) o temporanei (GOIT) incaricati di presidiare quelle problematiche per cui si ritiene necessario ed auspicabile prevedere

dei collegamenti e coordinamenti tra unità operative appartenenti a dipartimenti differenti (21). Ed anche Zanetti (1994), mettendo in discussione la capacità del dipartimento di fornire una risposta agli attuali e futuri problemi organizzativi della sanità ospedaliera aveva sollevato il dubbio che non fosse la soluzione organizzativa adatta a stimolare il necessario confronto culturale tra i diversi specialisti «integrati». La sfida che si poneva, a suo dire, era quindi un intervento più radicale che spostasse l'asse dell'analisi dal prodotto ospedaliero, presidiato dal dipartimento/divisione, al processo produttivo, rispetto al quale mancava ancora una responsabilità organizzativa. Responsabilità che si può quindi individuare nei gruppi di lavoro pluridisciplinari, i quali assolvono la funzione di meccanismo di integrazione all'interno di ciascuna e tra le unità operative di cui si compone il dipartimento ed anche tra eventuali dipartimenti diversi: ciascun gruppo di lavoro, secondo una logica di *case management*, assume il compito di curare i pazienti afflitti da una o più patologie specialistiche, di predisporre per tali patologie un profilo di cura o percorso diagnostico-terapeutico, quale *set* di linee guida e strumento di controllo di gestione al tempo stesso, di garantire al paziente la qualità del servizio erogato, anche sotto il profilo del consenso legato all'informazione sanitaria resa condivisibile dalla sua codifica nel profilo/percorso, di realizzare sperimentazioni cliniche controllate e di applicare i risultati della ricerca di base (22) (Verme, 1997; Casati, 1998).

Motore dell'integrazione culturale e mattone di base per la progettazione organizzativa diventa proprio il gruppo di lavoro multidisciplinare permanente, rispetto al quale viene individuata una responsabilità clinica, scientifica ed economica per determinate classi di patologie.

Con la responsabilità clinica si presidia l'integrazione sul processo produttivo sanitario, dato che nel gruppo di lavoro cooperano professionisti, infermieri e tecnici necessari per coprire lo spettro del fabbisogno determinato dalle patologie in cura. Ovviamente, ciascun professionista «trasversale» (tecnico, specialista appartenente agli attuali servizi, ecc.) potrà e dovrà partecipare a più gruppi, mentre i medici ed infermieri specialisti per la patologia saranno probabilmente parte stabile di un solo gruppo che tratta più patologie tra loro simili, allo scopo di stimolare quel senso di appartenenza necessario per attivare il meccanismo dell'autogoverno e della diffusione della conoscenza. Il coordinamento sull'impiego dei professionisti condivisi da più gruppi sarà comunque assicurato dal semplice coordinamento sugli spazi fisici e sulla tecnologia di volta in volta utilizzata dai diversi gruppi di lavoro. Con la responsabilità scientifica si delega ai gruppi di lavoro sia il compito di studiare e sperimentare metodi innovativi per la cura di patologie usuali (Verme, 1997) sia l'obiettivo di portare avanti la ricerca di base ed applicata rispetto a particolari patologie rare, ad alto fabbisogno di integrazione ed alto consumo di risorse.

Infine, con la responsabilità economica si intende adottare la logica del *case management*, individuando nel responsabile di gruppo di lavoro la figura del gestore «amministrativo» del paziente: in altre parole, la valorizzazione economica della singola patologia attuata con l'individuazione percorso diagnostico-terapeutico rende possibile il confronto dei costi *standard* con gli effettivi, e quindi la responsabilizzazione a *budget* del gruppo di lavoro. Il responsabile del gruppo di lavoro diventa quindi anche il referente per i processi di programmazione e controllo dell'attività, sia sotto il profilo economico che della

qualità in termini di appropriatezza e soddisfazione (23).

5.1. Quale ruolo per il dipartimento...

In questo quadro muta il ruolo del dipartimento così come diffusamente concepito nella realtà attuale, in quanto esso dovrebbe progressivamente assumere la funzione di unità di *staff* a supporto dell'attività operativa dei gruppi di lavoro.

Il dipartimento, in altre parole, funge da «centro servizi» con compiti di coordinamento spazio-temporale dell'attività dei gruppi di lavoro rispetto all'utilizzo dei macchinari comunizzati, all'impiego della capacità alberghiera, alle relazioni con i servizi e funzioni centrali dell'ospedale. Seppur svuotato del suo significato semantico tradizionale, il dipartimento continua ad essere organizzato secondo uno dei criteri di aggregazione presentati nel paragrafo 2, rispetto al quale viene però superato il principio della gerarchizzazione e la conseguente replicazione delle logiche settoriali di organizzazione del lavoro. A capo del dipartimento-unità di *staff*, comunque dotato di una quota di personale amministrativo e sanitario dedicato, dovrebbe essere posizionato un responsabile di estrazione medica, con compiti di supervisione sull'attività di ricerca scientifica, di mediazione tra la Direzione generale ed i gruppi di lavoro nei processi di pianificazione strategica, di *budget* e di gestione della parte di personale infermieristico ed ausiliario condiviso nel dipartimento. In quanto centro servizi, compito del dipartimento sarà anche quello di sviluppare un proprio controllo di gestione capace di fornire adeguato supporto ai gruppi di lavoro monitorando i dati su base dipartimentale ed interfacciando con il sistema complessivo aziendale (24). Per sintetizzare, si può costruire una matrice che classifichi le possibili rela-

zioni tra gruppo di lavoro e dipartimento rispetto alle dimensioni dell'integrazione clinico-culturale e dell'integrazione organizzativa (figura 3). L'obiettivo è muoversi dalla situazione attuale compromissoria alla soluzione ottimale del dipartimento «centro servizi», passando attraverso una delle due situazioni intermedie possibili.

Il messaggio della matrice e delle precedenti riflessioni sulla progettazione dei dipartimenti ospedalieri è chiaro: il dipartimento non cessa in alcun caso di avere rilevanza nell'ospedale, ma per essere sfruttato al meglio occorre che svolga un ruolo più «funzionale» di quello oggi assegnatogli, ponendosi al servizio dell'organizzazione e del professionista.

Un ruolo tale per cui:

— continua ad agire positivamente sulla dinamica e composizione dei costi fissi dell'ospedale, consentendo una prima razionalizzazione degli spazi logistici e della dotazione tecnologica e di personale condivisibile;

— ma contemporaneamente recepisce il bisogno di smaterializzare i vincoli strutturali della specializzazione settoriale attraverso un'organizzazione per gruppi di lavoro trasversali ad uno o più dipartimenti a cui si appoggiano per svolgere l'attività operativa.

Quindi, senza sminuire i contributi positivi apportati dal dipartimento tradizionale, sono evidenti i possibili vantaggi della diversa organizzazione interna del lavoro in termini di diffusione delle competenze, recupero della centralità del paziente, razionalizzazione e controllo dei costi variabili, superamento funzionale delle barriere architettoniche.

5.2. ... e quali prospettive per la progettazione organizzativa degli ospedali?

L'ospedale polispecialistico che emerge da questa riorganizzazione

presenta in linea generale una struttura fondata sul momento dell'intervento assistenziale e composta da sei aree (25):

— l'area di accesso e contatto con il territorio;

— l'area delle urgenze, costituita dal pronto soccorso dotato di un blocco operatorio dedicato;

— l'area dei servizi diagnostici;

— l'area dell'ospedale diurno, comprensiva di poliambulatori e di spazi dedicati al *day-hospital*;

— l'area alberghiera e della terapia, strutturata in relazione alla gradualità ed intensità delle cure (ricovero breve, usuale, semi-intensivo ed intensivo) (26);

— il blocco operatorio, con spazi dedicati alla *day-surgery*.

L'area di accesso costituisce un dipartimento con compiti di accoglienza dei pazienti-clienti e di collegamento con la medicina di base e con le restanti strutture sanitarie con cui si intrattengono rapporti di collaborazione.

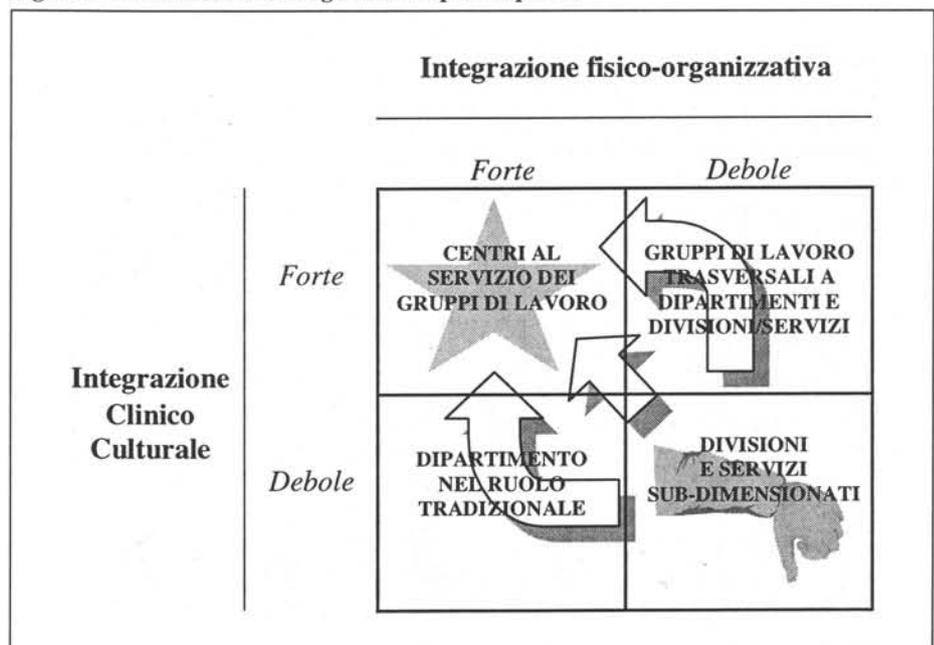
L'area delle urgenze costituisce l'unico dipartimento a cui si associa una

proprietà specifica di spazi e macchinari, resa necessaria dalla incontestabile difficoltà di programmazione dell'attività, soprattutto in presenza di pazienti politraumatizzati.

L'area dei servizi diagnostici raggruppa i macchinari e gli spazi fisici necessari all'attività di laboratorio e diagnostica per immagini. Le restanti aree, il blocco operatorio, l'area dell'ospedale diurno e quella alberghiera, individuano gli spazi fisici in cui si svolge l'attività dei gruppi di lavoro e che strutturalmente e funzionalmente sono quindi aggregati in più dipartimenti secondo uno o più dei possibili criteri tradizionali di progettazione. Da osservare che la struttura dell'area alberghiera replica il sistema da sempre in uso nella quasi totalità delle case di cura private, dove si vuole evitare che alla saturazione di un reparto coesista una situazione di sotto-utilizzo della capacità di altri reparti dall'attività programmabile.

Questa riprogettazione della struttura organizzativa permette di minimizzare i vincoli architettonici degli

Figura 3 - Possibili soluzioni organizzative per l'ospedale



attuali ospedali, costruiti a monoblocchi o padiglioni, dato che vi è una «comunizzazione» di spazi e risorse ed una organizzazione del lavoro per gruppi che sterilizzano l'aspetto della proprietà fisica. All'interno delle diverse macro-aree di cui si compone l'ospedale si sviluppa la struttura reticolare dei gruppi di lavoro, i quali interagiscono con i centri di servizi diagnostici e con l'area alberghiera attraverso un sistema di prezzi di trasferimento interni reso possibile dall'esplicitazione degli *standard* diagnostico-terapeutici collegati al percorso di riferimento. Questa logica ribalta definitivamente il rapporto storico paziente-medico ospedaliero in cui il paziente era di proprietà dell'unità che lo aveva in cura e, nell'ipotesi migliore, veniva trasferito ogni qual volta sorgeva un problema diverso, oppure nell'ipotesi peggiore, veniva impropriamente trattato dalla medesima unità: nel sistema prospettato sono i medici che si recano dal paziente, e dalla diagnosi discende l'inequivocabile assegnazione ad uno specifico gruppo di lavoro specializzato e responsabilizzato nel trattamento della patologia in questione.

In conclusione, con il modello reticolare di organizzazione per gruppi di lavoro, interni a dipartimenti aventi funzione di supporto, si recupera pienamente sia la centralità del paziente che quella del professionista, attivando meccanismi di integrazione, coordinamento e diffusione di competenze e responsabilità coerenti con la natura di *clan* caratterizzante i rapporti professionali dei medici e con la natura di *ad hoc* (27) dell'ospedale forzatamente repressa dall'attuale organizzazione gerarchico-settoriale.

6. Conclusioni

È stato giustamente scritto che si può fare salute in tanti modi e tutti

sono utili e necessari (Volpato, 1990): tra gli altri, si fa salute anche gestendo le strutture sanitarie ed i sistemi di loro utilizzazione con adeguati criteri di efficacia e di efficienza. La ricerca della razionalità organizzativa, da cui conseguono una maggiore produttività e qualità dei servizi sanitari resi al cittadino, è il modo di fare salute che in questo contributo viene affrontato. Creare le condizioni ottimali per lo svolgimento della pratica clinica, sia dal punto di vista della razionalità negli spazi e nel consumo di risorse, che dal punto di vista di un ambiente motivante, rappresenta una condizione fondamentale per presidiare l'efficacia dell'atto medico e la qualità complessiva del servizio reso. Non si può, infatti, pensare che una persona demotivata dal contesto in cui agisce fornisca una prestazione di qualità elevata sotto tutti gli aspetti, per quanto possa essere ispirato da profondi convincimenti personali e da una potente deontologia professionale: il fenomeno della «malasanità», seppure gonfiato oltre misura dai media, è sicuramente espressione di un malessere diffuso tra gli stessi medici su cui forte impatto hanno le condizioni fisiche ed i meccanismi operativi cui soggiace l'attività ospedaliera. In questo senso, gestire il personale creando condizioni operative che tengano presente la cultura ed i bisogno motivazionali dei professionisti sanitari, *in primis* i medici, è un pre-requisito per qualsiasi progetto di miglioramento della qualità e contenimento dei costi.

Ma come creare queste condizioni ottimali? Nel corso del lavoro si è affrontata questa problematica, sviluppando un discorso che ha preso spunto dalla contraddittorietà di una situazione in cui le strutture dipartimentali, a fronte di limiti e di forti resistenze che sperimentano continuamente, vengono sempre più indicate come la soluzione del futuro. Al contrario, si so-

stiene qui che la natura professionale degli ospedali impone l'adozione di forme e meccanismi organizzativi non di tipo gerarchico e non imposti verticalmente. In quest'ottica, il dipartimento fallisce nel dare una risposta completa ai problemi di integrazione clinica e culturale degli operatori sanitari, in quanto si sostanzia in una replica ad un livello macro delle stesse logiche di funzionamento delle divisioni e servizi. Semplicemente, pur contribuendo positivamente alle dinamiche di razionalizzazione dei costi fissi, si limita ad allargare lo spazio tra i «muri» interni all'organizzazione. In aggiunta, le pressioni socio-istituzionali fanno sì che la «dipartimentalizzazione» sia un processo sempre più guidato dai vertici aziendali, con chiare finalità di contenimento dei costi e limitato rispetto per le reali esigenze operative.

Da queste considerazioni, unite ai segnali che provengono dalla realtà, emerge il ruolo centrale dell'organizzazione del lavoro per gruppi permanenti multiprofessionali e multidisciplinari, quale configurazione organizzativa che garantisce la massima coerenza con la natura delle strutture sanitarie e le necessità di integrazione e di coordinamento clinico-culturale tra specializzazioni.

In pratica, si afferma la necessità del passaggio dal paradigma burocratico-industriale, ancora presente nel dipartimento, al paradigma della flessibilità, in cui l'organizzazione trova nuovi stimoli grazie ad una rivisitazione dei meccanismi di integrazione dei suoi professionisti coinvolti nell'attività operativa. Professionisti organizzati in gruppi di lavoro che presidiano l'integrazione clinica e la qualità sul processo produttivo sanitario e favoriscono lo sviluppo ed il trasferimento della conoscenza. In questo quadro, il dipartimento assume il ruolo di centro di supporto al servizio dei gruppi di la-

voro in esso operanti: gruppi di lavoro formati dalle diverse professionalità attualmente presenti nelle strutture ospedaliere, ma che in futuro verranno allargati ad altre professionalità ritenute utili nell'affrontare il lato psicosomatico delle malattie fino ad ora osservate e curate solo sotto l'aspetto organico (28). Così, si passa dal controllo gerarchico all'interazione tra unità autonome, ma responsabilizzate con logiche di *case management*. Anche l'ospedale, nella sua architettura fisica, deve risultare funzionale alla pratica medica: da qui l'organizzazione per grandi aree o poli di attività e l'inversione nel rapporto tra paziente e struttura e tra medico e struttura. Il paziente non è più di «proprietà» fisica di una singola specializzazione medica e l'atto medico non è più condizionato dal contesto strutturale in cui si inserisce, ma è il contesto stesso che asseconda e favorisce l'integrazione ed il coordinamento degli interventi sul malato.

Alla base di questo capovolgimento della visione di come funziona l'organizzazione al suo interno vi è la messa in discussione della centralità del principio della differenziazione:

— in orizzontale, quando l'organizzazione non viene letta come un insieme di unità specializzate, ma come un insieme di processi che integrano le diverse specializzazioni;

— in verticale, quando le relazioni organizzative non poggiano più su rapporti gerarchici, ma su logiche di autocontrollo, cooperazione e compensazione dei contributi individuali all'interno del singolo gruppo e sulla ricostruzione di mercati interni che facilitano e rendono trasparenti gli scambi tra un dipartimento «centro di servizi» e i gruppi di lavoro.

del SSN: «L'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie». Peraltro, sempre secondo il medesimo testo, all'art. 4 si afferma che verranno confermate o costituite come aziende ospedaliere soli i presidi con tutte le UU.OO. costituite in dipartimento.

(2) Soprattutto nel mondo anglosassone, vedi U.S.A., Canada e Gran Bretagna, ma anche in Francia e Germania.

(3) Ad esempio di cfr. la nota 1.

(4) Si osserva che i criteri di progettazione degli ospedali non sono sostanzialmente mutati negli ultimi due secoli, dove dalle strutture a padiglioni dei primi dell'800 si è passati agli attuali monoblocchi orizzontali e verticali secondo una stessa filosofia di fondo, cioè la ripartizione «botanica» del sapere medico, cui consegue un'attività divisa per istanza e patologie (Iamele, 1994). Il passaggio dai padiglioni ai monoblocchi sembra infatti essere avvenuto più che per scelte di razionalizzazione per motivi di scarsità di aree edificabili e di fondi finanziari.

(5) Una necessità accolta anche dal legislatore nel momento in cui ha stabilito che cessassero di avere efficacia le disposizioni di organizzazione interna dell'ospedale stabilite nel lontano 1968. Si veda l'articolo 4, comma 10 del D.L.vo 502/92 con cui è stato stabilito che entro un triennio terminassero di avere efficacia le disposizioni previste dalla legge 132 del 1968 e dai D.P.R. n. 128 e n. 129 del 27 marzo 1969.

(6) Alternativamente ai dipartimenti si parla di Aree funzionali omogenee (A.F.O.), che possono essere definite come dei raggruppamenti di più unità organizzative appartenenti a diverse specialità ma suscettibili di una reciproca integrazione funzionale al fine di ottimizzare l'assistenza e migliorare l'utilizzo delle risorse disponibili. Le A.F.O., secondo il disposto della legge n. 412 del 1991, possono al minimo identificarsi nelle seguenti macroaree: medica, chirurgica, della terapia intensiva, materno-infantile, riabilitativa.

(7) Definizione questa chiaramente derivata da quella originaria di Guzzanti (1994), che recitava: il dipartimento è «una federazione di unità operative che mantengono la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, così come quella di ciascuno dei membri che le costituiscono, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamento clinico-assistenziale, didattico e di ricerca, dai profondi risvolti etici, medico-legali ed economici».

(8) In particolare, Bondonio e Cestari (1994) fanno notare il fenomeno della autore-

ferenzialità che si sviluppa nelle unità organizzative, focalizzate sullo sviluppo delle proprie specializzazioni tecniche e poco orientate alla soddisfazione dei bisogni complessivi del malato ed allo sviluppo di ricerca ed innovazione interdisciplinari.

(9) Criteri ispirati in larga parte al D.M. 8 novembre 1976. Nonostante il carattere di novità con cui è stato etichettato in tempi recenti il tema dei dipartimenti, è importante osservare che, seppur in maniera frammentaria, il problema è stato a più riprese affrontato nel corso degli anni passati dalla normativa italiana in campo sanitario, a cominciare dalla legge 132 del 1968. Successivamente, con il D.M. 8 novembre 1976 vengono definiti per la prima volta ed in modo puntuale i contenuti di un eventuale riorganizzazione dipartimentale, in termini di finalità, organi e tipologie attuabili. Nonostante la copiosa produzione legislativa degli anni successivi abbia più volte riaffermato la necessità di innovare gli schemi organizzativi ospedalieri secondo la formula dipartimentale (legge 595 del 1985; legge 412 del 1991; D.Lvo 502 del 1992 e successive modificazioni), ritenuta ormai la struttura «naturale» per l'ambito ospedaliero, il decreto del 1976 resta tuttora il punto di riferimento normativo centrale in tema di criteri e modalità di progettazione (Carnevali, 1996), come testimoniano le recenti linee guida per l'applicazione del modello dipartimentale preparate dalla ASSR e chiaramente ispirate agli stessi concetti presenti nel decreto in questione, seppur rielaborati in funzione del livello di evoluzione/specializzazione raggiunto dalla medicina moderna.

(10) Ad esempio, Gaia (1996, pag. 29) riesce ad identificare tutti i seguenti vantaggi: diversificazione del prodotto (legata alla produzione di risultati diversi commisurati alla presenza ed integrazione delle unità e dei moduli), riduzione dei costi fissi, riduzione degli investimenti totali, economie di scala, sinergie tecnologiche e scambio di *know-how*, cooperazione al superamento delle barriere politiche ai finanziamenti ed integrazione con accesso a materiali, strutture e tecnologie.

(11) Su questo tema si confronti Verme (1995).

(12) Primario della divisione di cardiocirurgia presso il centro Angelo de Gasperis dell'ospedale Niguarda di Milano.

(13) Si veda la relazione presentata al convegno «Il dipartimento ospedaliero: integrazione clinica od integrazione organizzativa» tenutosi all'Università L. Bocconi di Milano il 15 novembre 1996.

(14) Intesa come sviluppo ed integrazione delle capacità tecnico-operative e/o della conoscenza scientifica.

(1) A questo proposito si veda anche l'art. 17-bis del recentissimo schema di riforma-ter

(15) In effetti, in una ricerca condotta a febbraio 1997 con l'ausilio di questionari presso il Dipartimento di gastroenterologia, è emerso che su un campione complessivo di 26 medici in forza alla struttura fin dalla nascita del dipartimento avvenuta nel 1993, solo due di essi ritenevano che il dipartimento di per sé avesse generato una qualche forma di elevazione culturale, nel senso di integrazione ed arricchimento delle proprie competenze e capacità operative, mentre la quasi totalità dei restanti attribuiva al gruppo di lavoro cui partecipava la funzione di stimolo all'accrescimento delle conoscenze tecnico/scientifiche. Si veda Lega F., «Indagine sull'impatto dell'assetto organizzativo dipartimentale sulla performance clinica ospedaliera», «working paper» interno al Ph.D in Economia Aziendale & Management, Università L. Bocconi, Milano, 1997.

(16) Thompson (1967) definisce tre tipi di interdipendenza secondo un ordine di complessità crescente:

— di raggruppamento: quando due unità organizzative hanno in comune le risorse umane, finanziarie, tecnologiche e di spazio;

— sequenziale: quando tra le unità oltre alla condivisione di risorse vi è un flusso di lavoro unidirezionale;

— reciproca: quando il flusso di lavoro è bidirezionale.

Ad evidenza, negli ospedali la struttura divisionale ha introdotto forzatamente delle barriere in questi tre tipi di interdipendenza caratterizzante lo svolgimento di processi produttivi complessi quali quelli sanitari.

(17) In effetti, vi è un vincolo naturale legato al fatto che si può prevedere di completare la formazione del medico con conoscenze di tipo manageriale, sempre che ciò si presuma corretto, ma di certo non si può pensare di modificare, almeno nel breve periodo, il nocciolo della cultura dominante nelle strutture sanitarie, legata all'autonomia professionale ed al rispetto di una precisa deontologia. In breve, ciò significa ragionare avendo a riferimento la natura di burocrazia professionale delle organizzazioni sanitarie (Mintzberg, 1979).

(18) Questa preoccupazione non è solo italiana: si veda ad esempio l'articolo di Scholten G.R., van-der-Grinten T.E., «Between physician and manager: new co-operation models in Dutch hospitals», *Journal of management in medicine*, 12 (1), pagg. 33-43, 1998.

(19) Si tratta di un fenomeno comune a tutto il mondo industriale evoluto. Come commenta Parolini (1996), a livello microorganizzativo il modo di lavorare delle persone sarà sempre più influenzato dallo spostamento da organizzazioni gerarchiche altamente strutturate ad organizzazioni caratterizzate da «gruppi di lavoro»

che tagliano trasversalmente i confini interni tra funzioni tradizionali oltre che gli stessi confini aziendali, portando alla costituzione di gruppi di lavoro interaziendali. Una riflessione questa particolarmente importante se contestualizzata al caso di ASL dotate di più presidi ospedalieri, in cui il gruppo di lavoro interaziendale può rappresentare lo strumento per aumentare la flessibilità nella gestione comune del personale medico ed infermieristico.

(20) Ad esempio negli USA, secondo i dati editi dall'American Hospital Association nella pubblicazione «Hospital Statistics 1999», ben il 58,8% degli ospedali generali statunitensi ha attivato programmi di *case management*.

(21) I GOIP e GOIT richiamano le categorie manageriali della *task-force* e del *team*. La *task-force* è un gruppo temporaneo che viene creato ed esiste fintantoché esiste il problema a cui deve dar risposta. Ciascuna delle sotto-unità interessate partecipa con un proprio rappresentante e fornisce in tale modo le informazioni necessarie per consentire di apprezzare l'impatto dei problemi su tutte le componenti aziendali. Quando le *task-force* diventano permanenti esse vengono denominate *team*. Sull'argomento si veda tra gli altri Galbraith (1975) e Thompson (1977).

(22) Oltre ai compiti operativi presentati nel testo, il gruppo di studio adempie anche ad alcuni obblighi morali di assistenza altrimenti difficilmente ottenibili, e più precisamente:

— scegliere la sede più opportuna di diagnosi e/o cura (ambulatorio, D.H., ricovero breve, usuale, terapia semintensiva, terapia intensiva) nel particolare momento in cui si trova la malattia di base;

— evitare la peregrinazione del malato da un settore diagnostico all'altro e da uno specialista all'altro;

— evitare pareri diversi sulla opportunità di utilizzare un certo profilo di cura;

— raggiungere la competenza necessaria all'impostazione della scelta diagnostica o terapeutica non solo attraverso l'esperienza personale (forzatamente limitata), ma attraverso l'esperienza che deriva dallo studio di molti casi della patologia in oggetto.

Per approfondimenti si veda G. Verme, 1996.

(23) Da notare che l'analisi degli scostamenti deve essere effettuata tra costi previsti ed effettivi e non con i ricavi, onde evitare di introdurre pericolose distorsioni di valutazione economica: le eventuali valutazioni di convenienza economica devono e possono così essere ricondotte alla dirigenza di vertice, la quale nei limiti delle finalità e vincoli istituzionali (ad esempio programmazione regionale) e sulla base di accordi cooperativi con altre struttu-

re geograficamente contigue potrà scegliere in funzione del complessivo equilibrio economico-finanziario aziendale quali patologie trattare e quali a priori escludere. Il medico viene così sollevato da scelte potenzialmente in conflitto con la sua deontologia e può concentrarsi sulla ricerca delle condizioni di eccellenza nel trattamento delle patologie su cui è effettivamente responsabile. Per incentivare il controllo della spesa, è poi opportuno che si preveda la possibilità per il gruppo di lavoro di reimpiegare le risorse a *budget* risparmiate per attività di ricerca, di formazione o per particolari investimenti in materiali e tecnologie.

(24) L'organizzazione per gruppi di lavoro e l'individuazione di responsabilità rispetto al singolo paziente pongono una serie di sfide ai nuovi sistemi informatici che dovranno essere predisposti: diventeranno presto necessari (de Bertier, Polli, 1996) sistemi di monitoraggio del paziente, di informatizzazione delle cartelle cliniche, di archiviazione delle immagini, di gestione delle prenotazioni fino alla predisposizione di una *smart card* per seguire passo passo la vita del paziente.

(25) Per uno dei primi esempi di progettazione organizzativa in questo senso, si può studiare il caso dell'ospedale Niguarda di Milano, che con il progetto «Niguarda del Duemila» ha intrapreso questo cammino di strutturazione per grandi poli: il polo «cuore», il polo «pediatrico», il polo «chirurgico, il DEA e l'area alberghiera». Per ulteriori approfondimenti si veda di Cremonese (1997).

(26) Ovviamente si terrà anche conto dello stato morboso del paziente, dato che particolari patologie quali le malattie infettive possono necessitare di spazi «alberghieri» appositi.

(27) Mintzberg (1979) ha presentato l'adhocrazia come una delle cinque configurazioni organizzative fondamentali: suoi tratti salienti sono «l'articolazione in costellazioni di lavoro, un'elevata differenziazione orizzontale con conseguente decentramento del potere, una bassa differenziazione verticale, un basso grado di formalizzazione, grande flessibilità e capacità di risposta. Nell'*adhocrazia* vi sono poche regole e procedure formali e quelle che esistono tendono ad essere poco dettagliate e non scritte (Bodega, 1996).

(28) Si veda a questo proposito Verna su La Stampa (1997).

BIBLIOGRAFIA

A.S.S.R. (1997), *Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale*, Progettare per la Sanità, n. 37, pagg. 50-64, gennaio-febbraio 1997.

- AA.VV. (1996), *Atti del convegno «Il dipartimento ospedaliero»*, Università «L. Bocconi», 15 novembre.
- AA.VV. (1997), *La ridefinizione del contesto organizzativo e le nuove competenze dello specialista ospedaliero*, in «Contributi per una gestione manageriale della sanità», Quaderni di Mecosan, pagg. 111-123.
- ALCHIAN A., DEMSETZ H. (1972), *Production, information costs, and economic organization*, American Economic Review, LXII, n. 5, 777-795, 1972.
- ANSELMI L., VOLPATTO O. (1990), *L'azienda «salute»*, Giuffrè, Milano.
- BODEGA D. (1996), *L'adhocrazia*, in AA.VV.: «Manuale di organizzazione aziendale», pagg. 533-571, Utet, Torino.
- BONDONIO D., CESTARI R. (1994), *Analisi e prospettive del dipartimento ospedaliero*, Organizzazione Sanitaria, n. 2, pagg. 25-39, marzo-aprile 1994.
- BONICHI R. (1996), *Ruoli e compiti nella organizzazione dipartimentale*, in Gaia, Poncini: «Il dipartimento ospedaliero», Edizioni Minerva Medica, Torino.
- CACCIA C., LONGO F. (1994), *L'applicazione di modelli organizzativi «evoluti» al sistema socio-sanitario pubblico*, Mecosan, n. 10, 24-35, 1994.
- CAMPANA C. (1986), *L'organizzazione interna dell'ospedale: dipartimenti e servizi sanitari*, L'ospedale n. 1-2.
- CARNEVALI G. (1996), *Il dipartimento nella legislazione nazionale e regionale piemontese*, in Gaia, Poncini (1996), «Il dipartimento ospedaliero», Edizioni Minerva Medica, Torino.
- CASATI G. (A CURA DI) (1998), *Il percorso del paziente*, Egea, Milano.
- CORRADINI A. (1997), *I modelli organizzativi per le aziende U.S.L.: tradizione ed innovazione*, Mecosan, n. 20, pagg. 17-33.
- CREMONESE A. (1997), *Trauma center modello USA e superpolo chirurgico nel Niguarda del duemila*, Corriere della Sera, venerdì 24 ottobre.
- DRAZIN R., VAN DE VEN A. (1985), *Alternative forms of fit in contingency theory*, Administrative Science Quarterly, n. 30, pagg. 514-539.
- FORD J., SLOCUM J. (1977), *Size, technology, environment and the structure of organizations*, Academy of Management Review, n. 4, pagg. 561-575.
- GAIA E., PONCINI D. (1996), *Il dipartimento ospedaliero*, Edizioni Minerva Medica, Torino.
- GALBRAITH J. (1982), *Designing the innovating organization*, Organizational Dynamics, 10 (3), 5-25.
- GALBRAITH J. (1975), *La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni*, Problemi di gestione, vol. 9.
- GALBRAITH J. (1977), *Organization design*, Addison-Wesley, Reading.
- GUZZANTI E. ET AL. (1994), *Aree funzionali omogenee e dipartimenti*, Federazione Medica, 4-8, novembre 1994.
- IAMELE G. (1994), *Intervento al convegno «Il dipartimento nella realtà ospedaliera: nuova frontiera»*, Ospedale Fatebenefratelli di Milano.
- MACCHI C. (1994), *Il dipartimento come modalità organizzativa nel sistema sanitario regionale lombardo, intervento al convegno «Il dipartimento nella realtà ospedaliera: nuova frontiera»*, Ospedale Fatebenefratelli di Milano.
- MAGGI B. (1994), *L'organizzazione dei servizi sanitari*, Organizzazione Sanitaria, n. 2, 47 e ss., marzo-aprile 1994.
- MINTZBERG H. (1985), *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1979; trad. it. «Le strutture organizzative», Il Mulino, Bologna.
- OUCHI W.G. (1984), *The M-form society*, Addison-Wesley, Reading.
- OUCHI W.G. (1980), *Markets, bureaucracies and clans*, Administrative Science Quarterly, n. 23, 293-317.
- PAROLINI C. (1996), *Rete del valore e strategie aziendali*, Egea, Milano.
- PESARESI F. (1996), *Il dipartimento ospedaliero nelle Marche*, ASI n. 38, settembre 1996.
- POLLI R., DE BERTIER A. (1996), *Aumentare la qualità e l'efficienza del sistema sanitario italiano*, McKinsey & Company Inc., Milano.
- POWELL W., DI MAGGIO P. (1983), *The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields*, American Sociological Review, n. 48, 147-160.
- PROVERA F. (1994), *Il dipartimento come modello innovativo di organizzazione e sviluppo dell'ospedale*, intervento al convegno «Il dipartimento nella realtà ospedaliera: nuova frontiera», Ospedale Fatebenefratelli di Milano.
- RUFFINI R. (1996), *Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie*, Mecosan, n. 18, 44-56.
- RUGIADINI A. (1979), *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, Milano.
- RUTA C. (1990), *Atto medico e paziente tra processo patologico e processo produttivo*, Economia & Management, volume 16, 69-74, settembre 1990.
- SACCANI C.F. (1987), *La complessità strutturale ed organizzativa degli ospedali in relazione alla differenziazione specialistica della medicina*, Confronti, n. 7.
- SIMON H. (1967), *Il comportamento amministrativo*, Il Mulino, Bologna.
- SPINSANTI S. (1997), *Il buon ospedale: modelli di qualità in prospettiva storica*, in «Contributi per una gestione manageriale della sanità», Quaderni di Mecosan, 106-110.
- THOMPSON J.D. (1967), *Organizations in action*, McGraw-Hill, New York (trad. it. «Tecnologia, struttura e razionalità organizzativa», in Fabris A., Martino F. (1977), «Progettazione e sviluppo delle organizzazioni», Etas Libri, Milano.).
- VERME G., ROSINA F., VISCONTI F. (1997), *Percorso di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico*, Mecosan, n. 21.
- VERME G. (1996), *La razionalizzazione della diagnosi e cura del paziente in una azienda ospedaliera polispecialistica*, nota personale.
- VERME G. (1995), *La scelta ed i risultati del modello organizzativo DSG*, in atti del convegno «Le logiche aziendali applicate in sanità: l'efficienza al servizio dell'assistenza e della qualità», Torino, 3 febbraio 1995.
- VERNA M. (1997), *Il pranoterapeuta in corsia*, La Stampa, venerdì 17 ottobre 1997.
- VISCONTI F. (1995), *Nuovi possibili apporti al modello organizzativo e gestionale*, in atti del convegno «Le logiche aziendali applicate in sanità: l'efficienza al servizio dell'assistenza e della qualità», Torino, 3 febbraio 1995.
- WILLIAMSON O. (1981), *The economics of organization: the transaction cost approach*, American Journal of Sociology, n. 87, 548-577.
- ZANETTI M. (1994), *Intervento al convegno «Il dipartimento nella realtà Ospedaliera: nuova frontiera»*, Ospedale Fatebenefratelli di Milano.
- 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.

IL FINANZIAMENTO DEI POLICLINICI UNIVERSITARI IN UN MODELLO DI ORGANIZZAZIONE SANITARIA DECENTRATO

Rosella Levaggi, Paola Pesci

DISEFIN sezione economia pubblica Facoltà di economia Università di Genova

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Gli ospedali di insegnamento: definizione ed inquadramento istituzionale - 3. Un modello teorico di allocazione delle risorse per gli ospedali di insegnamento - 4. I problemi legati all'applicazione pratica dello schema teorico - 5. Conclusioni.

The allocation of resources to hospital care has a predominant role in the problem of providing funds for health services and in this context a very important problem is to determine the extra resources that should be provided to teaching hospitals. These hospitals have costs higher than other health care establishments due to the joint nature of their production function. Teaching hospitals in fact produce health care, research and teaching at the same time. This article presents a model that using Lancaster's characteristic approach to utility maximisation to solve the problem of allocating resources to teaching hospital. The model presented is however quite difficult to be applied in practice in its fullness; it follows that all the system that are in fact used are proxies for this first best method. The system of reimbursement through DRG used in Italy might be a good approximation of the first-best solution since the complex and detailed method of allocating each case to a DRG class allows to take account of the case mix of each hospital. The most important problem in Italy might instead be correlated with having let the function of allocating resources to hospitals to the regions because the production of teaching and research might be perceived as a public good. The possible consequences of this choice are examined in our article.

1. Introduzione

Le forti pressioni a ridurre la spesa ed il debito pubblico hanno determinato la necessità di una riforma del SSN verso una struttura più legata alla razionalizzazione del servizio. L'enfasi posta sul vincolo di bilancio ha determinato l'esigenza di introdurre meccanismi atti ad incentivare il comportamento efficiente nel senso di minimizzare il costo necessario a produrre un certo servizio. In questa ottica va inquadrato il processo di decentramento delle decisioni di spesa e di controllo delle regioni, le quali hanno il compito di determinare le prestazioni e le tariffe di rimborso per gli ospedali operanti nella propria giurisdizione. Il processo di regionalizzazione del SSN è stato operato sia dal lato del finanziamento, con l'attribuzione re-

gionale dei contributi assistenziali, con la nuova imposta sulle attività produttive (IRAP) e con la distribuzione del fondo nazionale in funzione della quota capitaria, sia dal lato della gestione dei servizi con la delega a livello regionale delle competenze in materia di organizzazione e tutela della salute. Per quanto riguarda l'organizzazione del servizio, uno dei punti fondamentali della riforma riguarda la separazione fra le due funzioni storicamente attribuite alle USL e cioè la funzione di tutela della salute dei cittadini e quella di produzione delle prestazioni sanitarie assegnata ai produttori pubblici o privati che hanno stipulato contratti con l'azienda ASL per la fornitura del servizio. Tale separazione avrebbe dovuto favorire la creazione di un mercato interno sanitario in cui prezzi, volumi e qualità dei servizi

offerti fossero resi espliciti in modo da conseguire un miglioramento del livello di efficienza complessivo (1).

La riforma del SSN prevede che il finanziamento degli ospedali venga effettuato sulla base di un sistema di rimborso prospettico utilizzando i DRG (ROD) (2), un sistema di rimborso costruito a partire dalle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera che definisce categorie finali con la caratteristica di essere significative ed omogenee al loro interno quanto a consumo di risorse

Per quanto il lavoro sia frutto dello sforzo congiunto degli autori a Rosella Levaggi si attribuisce l'introduzione, il paragrafo 3 e le conclusioni mentre a Paola Pesci si attribuisce i paragrafi 2 e 4.

assistenziali e quindi anche rispetto ai costi di produzione.

L'enfasi posta sul vincolo di bilancio ha determinato l'esigenza di introdurre meccanismi atti ad incentivare il comportamento efficiente nel senso di minimizzare il costo necessario a produrre un certo servizio.

Il decentramento delle decisioni ha tuttavia acuito una serie di problemi che da sempre caratterizzano i sistemi sanitari sia pubblici che privati; in particolare il finanziamento prevalente degli ospedali su basi prospettiche a livello decentrato incide pesantemente sul ruolo e sul futuro degli ospedali di insegnamento, un tipo di strutture diversamente organizzate dal punto di vista amministrativo, che forniscono allo stesso tempo un servizio appropriabile quale la cura ospedaliera, beni misti quale l'insegnamento ai nuovi medici e beni pubblici quali la ricerca in campo scientifico. Il sistema di finanziamento a prestazione, non permettendo di distinguere tra le diverse componenti del servizio, potrebbe causare problemi alla sopravvivenza stessa di questi enti; d'altro canto un sistema di rimborso del costo del servizio potrebbe provocare l'insorgere di comportamenti indesiderati quali il *cream skimming* (3) ed il *dumping* che, in un settore a prevalente fornitura pubblica come quello italiano, finirebbero per avere gravi ed importanti conseguenze sull'equità del sistema sanitario e sul suo impatto ridistribuito. Il problema dell'inquadramento amministrativo, della definizione dei costi e del relativo metodo di rimborso è comune a tutti i sistemi sanitari avanzati ed è stato affrontato e risolto in modo diverso; negli Stati Uniti, per esempio, dove il sistema di fornitura è prevalentemente privato, tali strutture stanno attraversando una dura crisi legata alla progressiva riduzione dei finanziamenti federali aggiuntivi così come avviene in Olanda dove gli

ospedali competono sul mercato per ottenere contratti dalle assicurazioni. Nell'ambito della realtà Italiana, non si è ancora sviluppata una letteratura economica che tratti i problemi sopra menzionati e l'analisi empirica sui costi degli ospedali di insegnamento è praticamente assente.

Nel presente articolo saranno analizzati i problemi teorici inerenti al finanziamento di tali strutture sanitarie, insieme allo studio dell'impatto di eventuali criteri alternativi sul livello di efficienza del Sistema sanitario nazionale.

2. Gli ospedali di insegnamento: definizione ed inquadramento istituzionale

Dare una definizione di ospedale di insegnamento non è compito facile anche perché la pratica medica si è per lungo tempo sviluppata in modo abbastanza informale (4) e solo in questo secolo è stata formalizzata in modo più sistematico. Da un punto di vista oggettivo, possiamo definire ospedale di insegnamento una struttura ospedaliera che, per varietà dei casi trattati, tipo di personale e livello tecnologico di produzione si presti alla formazione dei medici. La varietà dei casi trattati può avere connotati sia con riferimento alla casistica interspecialità che infraspecialità.

Una classificazione oggettiva è tuttavia molto difficile in quanto il sistema ospedaliero nei vari paesi ed il tipo di organizzazione universitaria finiscono per determinare quali siano le strutture da considerare ospedali di insegnamento e ricerca più che parametri oggettivi quali il tipo di pazienti trattati, la complessità del *case mix* o l'insegnamento e la ricerca effettivamente svolte.

La classificazione oggettiva delle strutture è più importante nei paesi in cui si adotta un modello prevalente-

mente clinico di formazione dei nuovi medici. All'università viene riservato il compito della formazione degli studenti a livello generale mentre le scuole di specializzazione sono gestite dalle organizzazioni professionali (Royal Colleges nel Regno Unito). Questo modello consentirebbe di polverizzare la formazione medica sia di base che a livello specialistico in diversi centri non necessariamente sedi universitarie, ma di fatto in Inghilterra ha creato notevoli problemi. Molte delle scuole mediche specialistiche sono concentrate su Londra e questo ha creato una serie di problemi circa la gestione, il costo e la razionalizzazione del servizio. Non a caso, il governo ha deciso di riorganizzare il servizio secondo le linee presentate nel rapporto Tomlison (1992) (5).

Il modello universitario puro, prevede invece che il compito della formazione dei nuovi medici spetti di diritto alle università le quali per svolgere tale compito possono istituire e gestire strutture ospedaliere direttamente o in regime di convenzione; in questo caso, quindi, la definizione di ospedale di insegnamento dipende dall'essere legato o meno ad una Università. In Italia il modello che si è preferito utilizzare è una struttura mista in cui l'Università ha goduto, soprattutto in passato, di una notevole autonomia decisionale nell'organizzare e gestire l'attività assistenziale in modo da soddisfare le esigenze di didattica e di ricerca.

A causa di formazioni culturali ed interessi eterogenei, non esiste, comunque, una visione unanime tra gli esperti di questo settore, riguardo al modello che si dovrebbe adottare. Con il decreto legislativo n. 502/92 il legislatore ha previsto l'utilizzo del protocollo d'intesa per regolamentare l'apporto delle facoltà di medicina alle attività assistenziali del servizio sanitario e più in generale tutti i rapporti tra

SSN e Università prevedendo la partecipazione dell'Università alla formulazione dei piani sanitari regionali, l'individuazione delle strutture che possono diventare sedi universitarie e la possibilità da parte dell'Università e del Governo regionale di costituire policlinici universitari mediante scorporo di strutture universitarie o ospedaliere. Il decreto di riforma del Sistema sanitario nazionale definisce le strutture che possono diventare ospedali di insegnamento e cioè i policlinici universitari (cliniche a gestione diretta), i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'Università.

Il primo gruppo è costituito da aziende dell'Università con gestione informata al principio dell'autonomia economica-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate. Le strutture appartenenti agli altri due gruppi vengono costituite in azienda a discrezione delle regioni, dotandosi di un modello gestionale analogo.

Agli ospedali di insegnamento viene di solito riconosciuto un costo maggiore derivante dalle funzioni che vengono svolte in parallelo rispetto all'attività di cura dei malati, ma la quantificazione non è facile. Ci troviamo di fronte ad un caso di produzione congiunta in cui i beni non sono spesso scindibili o misurabili. La letteratura che ha affrontato il tema della definizione delle varie componenti di costo degli ospedali di insegnamento è di origine prevalentemente americana ed ha come oggetto la quantificazione del costo aggiuntivo derivante dalla funzione di centro di ricerca ed insegnamento. Gli studi effettuati sono concordi nell'affermare che gli ospedali di insegnamento presentano delle strutture di costo complesso, di solito

più alto di quello delle normali strutture ospedaliere, ma non sono riusciti a trovare delle misure soddisfacenti per quanto riguarda la quantificazione di tali costi. Tali ospedali presentano un *case mix* complesso, ed i pazienti ricoverati tendono di solito a presentare delle diagnosi multiple che necessitano l'intervento medico su più fronti (6). Occorre infine considerare che la definizione degli obiettivi perseguiti dall'ospedale, problema comune a tutta la letteratura che si occupa della determinazione dell'efficienza di tali enti (7), potrebbe essere ancora più complicato in questo caso. Il dibattito circa il tipo di funzione obiettivo è molto esteso e vede contrapposte molte teorie proprie dell'organizzazione aziendale; per quanto riguarda gli ospedali di insegnamento la cura dei pazienti potrebbe divenire addirittura un elemento strumentale rispetto al perseguimento di altri obiettivi quali l'avanzamento della ricerca in certi settori o il prestigio accademico del personale che ne fa parte. La quota di costo che deve essere finanziata da parte della collettività diventa quindi di difficile determinazione da un punto di vista applicato.

3. Un modello teorico di allocazione delle risorse per gli ospedali di insegnamento.

La letteratura sugli ospedali di insegnamento ha messo in luce come tali strutture abbiano costi più elevati derivanti dalla produzione di beni quali la ricerca e l'insegnamento, dalla cura di un *case mix* più complesso e dalla scelta dei casi che presentano un maggiore livello di difficoltà. La discussione sui maggiori costi, soprattutto per quanto riguarda gli ultimi due aspetti, si presenta molto complessa. È difficile infatti stabilire se *case mix* e *severity of illness* osservata dipendano da il ruolo di terzo livello

nella struttura ospedaliera e, quindi, siano gli altri enti ospedalieri ad affidare a queste strutture il compito di occuparsi dei casi più gravi, sia perché non sono in grado di provvedere per un certo tipo di bisogno sia per politiche di *dumping* e *cream skimming*, o se sia il comportamento massimizzatore di determinati gruppi di interesse all'interno di tali ospedali a scegliere solo i pazienti che presentano una difficoltà maggiore.

Nel finanziamento degli ospedali di ricerca, questi sono gli elementi di particolare importanza:

- da un lato la definizione del rapporto con l'Università per assicurarsi che la struttura abbia un preciso punto di riferimento per quanto riguarda la gestione efficiente delle risorse;

- in secondo luogo occorre prevedere un tipo di finanziamento che, pur incentivando la produzione della ricerca e dell'insegnamento, non alteri le regole proprie del mercato di concorrenza che si vuole creare per le prestazioni sanitarie;

- occorre creare un sistema che non alteri il comportamento degli ospedali e che non crei effetti indesiderati;

- infine è necessario risolvere il problema della definizione delle competenze per gli ospedali di insegnamento all'interno del sistema sanitario di riferimento.

Per quanto riguarda i primi due punti si rimanda alla discussione presentata nel paragrafo precedente; il problema degli incentivi perversi dei sistemi di finanziamento deriva dalla difficoltà di definire l'obiettivo dell'ospedale sia dalla difficile definizione dei costi; occorre tuttavia notare che sebbene la letteratura si sia ampiamente occupata di questo problema, le soluzioni proposte non hanno di solito valenza generale (8).

Per quanto riguarda il finanziamento degli ospedali di insegnamento, oc-

corre inoltre notare che la decentralizzazione delle funzioni di acquisto a livello locale e la netta separazione attuata in talune regioni fra le funzioni di acquisto e di produzione del servizio può creare dei problemi aggiuntivi. L'ospedale di insegnamento può essere rappresentato come un'impresa a produzione congiunta le cui componenti sono inscindibili. Le prestazioni offerte da tali ospedali, infatti, hanno caratteristiche legate alla cura dei pazienti ed inglobano un contenuto di insegnamento e di ricerca. Sebbene tali servizi siano inscindibili, l'utilità che deriva dalla loro produzione ha una diversa rilevanza. La ricerca, per esempio, può essere considerata un bene pubblico a livello sovranazionale: le nuove tecniche mediche, infatti, se non dipendono solo dalle particolari abilità del medico che le ha inventate, possono essere esportate in tutto il mondo e tutti possono beneficiarne.

Per quanto riguarda l'insegnamento, la rilevanza di tale bene dipende dalla mobilità dei nuovi medici e comunque può essere considerato un bene pubblico almeno a carattere nazionale. A livello decentrato non necessariamente tutti i prodotti offerti dall'ospedale di insegnamento entrano nella funzione di utilità del decisore, il soggetto cioè che decide l'ospedale a cui affidare i pazienti ed il prezzo da pagare per le prestazioni sanitarie offerte.

Questa dicotomia fra gli obiettivi del decisore a livello locale e gli interessi della collettività nazionale è molto importante ed in economia è stata affrontata attraverso lo studio dei problemi connessi alla produzione congiunta di beni e servizi, di cui quindi gli ospedali di insegnamento non sono che un esempio, seppure molto particolare. La teoria sviluppata per determinare la quantità ottima di beni misti da fornire e l'approccio della funzione di consumo definita sulle caratteristi-

che dei beni, sviluppata inizialmente da Lancaster, sono un riferimento molto importante per sviluppare un modello in grado di spiegare come a livello decentrato si possa risolvere il problema del finanziamento degli ospedali di insegnamento e ricerca.

L'approccio alle caratteristiche è molto utile nel modellare le decisioni del consumatore in presenza di beni a produzione congiunta in quanto consente di formulare la funzione di utilità in termini di caratteristiche del bene piuttosto che in termini di quantità fisiche. Questa definizione di utilità consente di considerare lo stesso bene nella funzione di utilità in un numero pari alle caratteristiche da esso prodotto e secondo le quantità di caratteristiche che è in grado di produrre. L'approccio alle caratteristiche è stato utilizzato in letteratura per lo studio dei beni misti (9) e delle esternalità e nella prossima sezione vedremo come tale modello possa essere ugualmente applicato agli ospedali di insegnamento. Occorre tuttavia notare che esiste una sostanziale differenza fra il problema dell'allocazione delle risorse agli ospedali di insegnamento ed i beni misti e consiste nel fatto che il problema delle esternalità viene creato dall'organizzazione del sistema sanitario stesso. È infatti la creazione di una struttura decentrata che rende necessario il successivo intervento per riequilibrare le posizioni fra i diversi attori e fra le funzioni obiettivo che vengono loro affidate. Per questo motivo, il modello con le caratteristiche deve essere poi affiancato da una teorizzazione *ad hoc* per quanto riguarda le scelte a livello decentrato.

3.1. Allocazione delle risorse in un modello accentrato

Come sappiamo, le prestazioni sanitarie non sono di per sé utili: esse hanno utilità solo nella misura in cui

sono in grado di incrementare lo stato di salute, caratteristica che entra nella funzione di utilità del decisore. Un altro aspetto importante ai fini della nostra analisi, è che le prestazioni sanitarie incorporano spesso diverse caratteristiche: si potrebbero, infatti, definire come beni a produzione congiunta. Nel caso degli ospedali di insegnamento, per esempio, la prestazione sanitaria include anche un elemento di insegnamento ed uno di ricerca. Sul mercato sanitario questi tre momenti non possono essere distinti, ma il consumatore e la collettività ricevono un diverso tipo di utilità da tali singoli elementi.

La presenza di queste esternalità positive provoca un fallimento del mercato inteso in senso neoclassico. Il consumatore, o il medico come suo agente, non tiene conto nel determinare la quantità degli effetti positivi creati al resto della collettività dalle prestazioni acquistate e per questo motivo l'equilibrio raggiunto sul mercato non corrisponde ad una posizione di ottimo per la collettività (10). Per correggere questo fallimento del mercato, è possibile operare sostanzialmente in due modi diversi:

— dal lato della funzione di utilità facendo in modo che essa inglobi tutti gli effetti derivanti dalla produzione o dal consumo di un certo bene;

— dal lato dei prezzi prevedendo dei sussidi all'acquisto dei beni che presentano esternalità positive. In questo modo si ottiene un meccanismo indiretto di sostegno della domanda del bene in questione.

A livello governativo, il primo tipo di schema può essere applicato nel caso in cui le esternalità positive prodotte influiscano sulla collettività per cui certe decisioni vengono prese; se invece non esiste tale corrispondenza, allora occorre strutturare un modello decentrato.

Vediamo allora di esaminare il primo caso, quello cioè di una agenzia governativa che acquisti servizi per tutta la collettività comportandosi come un agente perfetto. In questo caso, quindi, la sua funzione di utilità coincide con quella della collettività rappresentata e può essere assunta uguale alla funzione del benessere di quella determinata collettività. In questo primo caso esaminato, supponiamo che il livello a cui viene presa la decisione circa l'acquisto del bene corrisponda al livello nazionale, un livello a cui si può tenere conto anche delle esternalità positive create dall'acquisto di un certo bene. Per ottenere una allocazione delle risorse efficiente in questo caso, è sufficiente dare all'agenzia obiettivi in termini di incremento di salute sia di breve periodo, determinato dalle varie prestazioni offerte, sia di lungo periodo, utilizzando come indici ricerca e insegnamento. L'approccio alle caratteristiche di Lancaster consente di formulare questo problema consentendo di far entrare nella funzione di utilità i beni che congiuntamente producono diversi tipi di utilità. Da un punto di vista tecnico, scriveremo allora che la funzione di utilità dell'agenzia può essere espressa da una qualunque funzione del benessere sociale del tipo:

$$W = w(Y_i) \quad i = 1, n$$

dove Y_i rappresentano l'incremento in termini di salute delle varie prestazioni sanitarie che vengono acquistati da questa agenzia per i propri cittadini.

In questo studio si assumerà una relazione funzionale Cobb-Douglass per facilitare la presentazione dei risultati (11). La funzione può dunque essere così espressa:

$$U(Y_i) = \alpha_1 \log(Y_1 + Y_2) + \alpha_2 \log Y_3 + \sum_{i=4}^n \alpha_{i-1} Y_i$$

In particolare, assumeremo che Y_1 ed Y_3 siano caratteristiche di incremento di salute attribuibili alle pre-

stazioni di assistenza ospedaliera mentre Y_3 rappresenta la caratteristica di incremento di salute intertemporale legata alla funzione di insegnamento e ricerca propria degli ospedali che istituzionalmente svolgono questo ruolo.

Sul mercato l'agenzia può acquistare prestazioni differenti: prestazioni sanitarie q_i , $i = 4, n$ che producono caratteristiche Y con rapporto uno a uno, cioè:

$$q_i = Y_i$$

e due prestazioni ospedaliere q_1 e q_2 che permettono di godere delle caratteristiche Y_i , $i = 1, 3$.

q_2 rappresenta la prestazione sanitaria fornita da un ospedale non di insegnamento e che quindi produce solo salute ad un tasso β_1 ; q_1 invece, è una prestazione sanitaria prodotta da un ospedale di insegnamento, la quale fornisce sia un incremento in termini di salute ad un tasso β_3 , sia un bene collettivo Y_3 a tasso β_2 , che nel nostro modello per semplicità rappresenta sia l'aspetto della ricerca che quello dell'insegnamento, quindi:

$$\begin{aligned} Y_1 &= \beta_1 q_1 \\ Y_2 &= \beta_3 q_2 \\ Y_3 &= \beta_2 q_1 \end{aligned}$$

Un'ipotesi importante per il modello in esame è che $\beta_3 < \beta_1$, questo significa che l'ospedale d'insegnamento offre un prodotto più efficace rispetto a quello offerto dalla struttura ospedaliera con funzioni prettamente assistenziali. La maggiore efficacia del servizio offerto dall'ospedale di insegnamento deriva principalmente dal fatto che vengono trattati casi comparativamente più complicati; si avrà di

conseguenza un maggiore incremento in termini di salute.

Dati infine i prezzi dei beni e una disponibilità finanziaria M dell'agenzia, possiamo scrivere il vincolo di bilancio come:

$$p_1 q_1 + p_2 q_2 + \sum_{i=4}^n p_i q_i = M$$

L'uso di una funzione Cobb Douglas si rivela molto utile nella ricerca della soluzione per il modello proposto in quanto consente di isolare la decisione di acquisto di q_1 e q_2 dal resto del problema (12):

$$\begin{aligned} \text{MAX} \quad & U(y_i) = \delta_1 \log(\beta_1 q_1 + \beta_3 q_2) + \delta_2 \log \beta_2 q_1 \\ & \text{s.t.} \\ & p_1 q_1 + p_2 q_2 = R \\ & q_1 \geq 0 \quad q_2 \geq 0 \end{aligned}$$

La soluzione del problema viene presentata in appendice. Possiamo comunque affermare che il decisore sceglierà di acquistare solo dall'ospedale di insegnamento se $\delta_1 \frac{\beta_3}{\beta_1} < \frac{p_2}{p_1}$.

Questo significa che quando le preferenze di consumo per la caratteristica del bene prodotto dall'ospedale non di insegnamento, pesate per una combinazione dei parametri che rappresentano la produttività, sono minori del rapporto tra i prezzi, allora $q_2 = 0$. Tutte le risorse disponibili verranno assegnate all'ospedale di insegnamento, acquistando una quantità di prestazioni sanitarie come descritto in tabella 1.

Da un punto di vista logico, il processo di allocazione delle risorse in questo contesto avviene nel modo seguente: si accantonano delle risorse, in concorrenza con gli altri servizi, per la ricerca secondo le preferenze e si valuta inoltre l'esternalità che q_1 crea

Tabella 1 - Decisioni di acquisto da parte dell'agenzia governativa

| Si acquista solo da ospedali di insegnamento | | Si acquista da tutte le strutture | |
|----------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| $q_2 = 0$ | $q_1 = \frac{R}{p_2}$ | $q_2 = \frac{R}{p_2} \frac{p_1 \delta_1 \beta_3 - \beta_1 p_2}{p_1 \beta_3 - \beta_1 p_2}$ | $q_1 = \frac{R \delta_2 \beta_3}{p_1 \beta_3 - p_2 \beta_1}$ |

su Y_3 . In questo modo, un certo livello di q_1 viene sempre e comunque acquistato per provvedere Y_3 . La soluzione al problema può essere ottenuta anche graficamente come illustrato nella figura 1.

Sugli assi delle ascisse e delle ordinate riportiamo la quantità di bene q_1 e q_2 rispettivamente. Con la retta AB indichiamo il vincolo di bilancio per l'autorità governativa preposta all'allocatione delle risorse. La pendenza di questa retta sarà ovviamente data dal rapporto fra i prezzi. Come possiamo notare dal grafico, il bene q_1 costa di più del bene q_2 . La mappa delle curve di indifferenza deriva dalla funzione di utilità; la pendenza è data dall'importanza che l'agenzia governativa attribuisce alla funzione di ricerca ed insegnamento e dalla produttività dei due servizi. Il caso più comune di soluzione è quello presentato nel grafico in cui le curve di indifferenza sono tangenti al vincolo di bilancio in un punto come C in figura 1.

Se la produttività di q_2 fosse molto bassa e/o il suo prezzo relativamente troppo alto, la mappa delle curve di indifferenza sarebbe spostata verso NO; senza vincoli sulle quantità l'agenzia tenderebbe a scegliere una quantità negativa di bene q_1 . Poiché tale soluzione non è praticabile (13), l'agenzia sceglierà il punto A. In questo modo, il decisore unico tiene conto dell'esterionalità creata dal bene q_2 e ne acquista la quantità necessaria per produrre entrambe le caratteristiche. In questo modello potremmo dire che q_1 ha una funzione residuale. Tale bene, infatti, viene acquistato solo dopo che la quantità ottima di bene q_2 è stata decisa ed esso viene acquistato solo nella misura in cui il suo costo inferiore sia giustificato dalla non produzione della caratteristica di bene pubblico e dalla minore produttività in termini di bene appropriabile.

3.2. Il modello decentrato

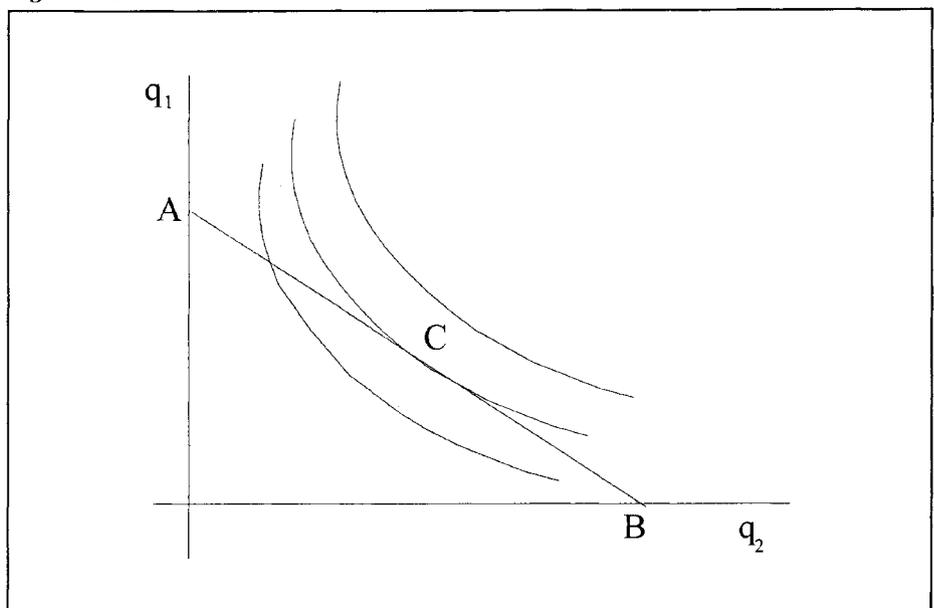
Fino a questo punto, abbiamo adottato un modello accentrato teorico in cui l'agenzia governativa riesce a vedere tutto, comportandosi di conseguenza da agente perfetto. In un modello decentrato, derivante come in Italia dalla scelta di affidare alle ASL il compito di acquistare beni e servizi o come in Olanda dall'affidare agli assicuratori il compito di stipulare contratti con gli ospedali, l'agenzia a livello locale che acquista prestazioni sanitarie, non essendo in grado di valutare i reali benefici delle attività di ricerca e insegnamento, potrebbe provocare dei problemi dal punto di vista dell'allocatione efficiente delle risorse. Sia nel mercato pubblico che in quello privato l'acquirente (il *purchaser* della letteratura inglese) ha come obiettivo quello di acquistare prestazioni sanitarie per la popolazione di riferimento con il miglior rapporto prezzo-qualità del bene. Nel caso di una agenzia come la ASL si tratterà infatti di massimizzare il numero di prestazioni che possono essere acquistate mentre l'assicuratore

cercherà di ottenere un profitto. L'appropriato livello di governo nella valutazione dei benefici dell'attività di insegnamento e ricerca risulta dunque essere un livello superiore, in quanto l'utilità relativa all'attività di ricerca e di insegnamento viene goduta dall'intera collettività. Se l'agenzia a livello inferiore che acquista il bene privato non è rappresentata dallo stesso livello a cui si percepisce l'utilità del bene pubblico, allora il mercato lasciato a se stesso difficilmente produrrà i risultati sperati. Consideriamo ancora il caso di un mercato sanitario a fornitura prevalente pubblica. Se il decisore a livello inferiore non tiene conto dell'utilità derivante alla collettività dalla produzione del bene pubblico, tale livello massimizzerà una funzione che tiene conto solo dell'incremento di salute di breve periodo apportato alla collettività per cui contratta.

Il problema di massimizzazione, in termini di beni acquistabili sul mercato, può essere scritto come:

$$\begin{aligned} & \text{MAX} \quad f(\beta_2 q_1 + \beta_3 q_2) \\ & \text{s.t.} \\ & p_2 q_1 + p_3 q_2 = R \end{aligned}$$

Figura 1 - Il modello accentrato



La soluzione avrà la seguente forma:

$$q_1 = \frac{M}{p_2} \quad \text{se } \frac{\beta_3}{\beta_2} < \frac{p_3}{p_2}$$

$$q_2 = \frac{M}{p_3} \quad \text{se } \frac{\beta_3}{\beta_2} > \frac{p_3}{p_2}$$

Si nota subito che in questo secondo caso, l'acquisto dei due beni non può coesistere. Il decisore a livello decentrato, sulla base di una analisi costo-efficacia dei due prodotti, deciderà se acquistare l'uno o l'altro dei due beni in oggetto. Tale soluzione può essere nuovamente presentata in forma grafica (figura 2).

Se consideriamo un problema simile a quello presentato in figura 1, il vincolo di bilancio non varia la sua inclinazione in quanto il rapporto fra i prezzi rimane costante (14). Gli obiettivi del livello di governo decentrato, tuttavia non coincidono con quelli a livello superiore. La mappa delle curve di indifferenza è infatti profondamente diversa ed è ora rappresentata da rette con pendenza pari a $-\beta_3/\beta_2$. Le soluzioni che si prospettano per il problema sono dunque due soluzioni d'angolo: il punto A se $\beta_3/\beta_2 < p_3/p_2$ ed il punto B se $\beta_3/\beta_2 > p_3/p_2$.

La prima conseguenza di questa nuova situazione è che la quota di bilancio spettante agli ospedali di insegnamento si riduce notevolmente. Mentre nel caso accentrato, infatti, il bene prodotto dall'ospedale di insegnamento si acquistava sempre e comunque, adesso una condizione più stringente di quella di prima ne assicura l'acquisto.

Una possibile soluzione a questo problema è la seguente: il governo centrale finanzia l'ospedale di insegnamento per l'utilità collettiva derivante dalle attività di ricerca e insegnamento. In questo modo l'ospedale di insegnamento può competere sul mercato grazie a tale riconoscimento governativo. Il metodo ottimo per fi-

nanziare questa attività è quello di fornire all'agenzia a livello inferiore un trasferimento incentivante per il numero di unità che si desidera tale ente acquisti. Tale soluzione può essere ancora illustrata in modo grafico come in figura 3. Il vincolo di bilancio iniziale è dato dalla retta AB e con questo tipo di rapporto fra i prezzi, si sceglierebbe di acquistare solo q_2 . Il livello superiore può tuttavia far variare il vincolo di bilancio per il livello inferiore trasformando una parte delle risorse R in un trasferimento incentivante per l'acquisto di q_2 . Il livello di governo superiore può decidere quale sia l'ammontare di q_2 che si vuole far acquistare al livello inferiore mediante la fissazione del numero di unità che si vuole finanziare. Una volta raggiunto tale livello, infatti, diventerà di nuovo non conveniente acquistare il bene q_2 . Se il livello di trasferimento viene determinato in modo ottimo, sarà possibile riprodurre anche a livello decentrato la soluzione C che era stata determinata in presenza di un solo decisore. Nel caso in cui il governo centrale non provveda ad un ade-

guato finanziamento dell'attività di ricerca e insegnamento, si rischia di creare situazioni di sottoproduzione da parte di tali ospedali come sembra essere confermato in diversi paesi. Occorre notare che in questo modello si prende come unità di misura del finanziamento il costo utilità del bene pubblico prodotto che nel modello è un vero e proprio indice del beneficio che la collettività associa alla produzione del bene pubblico. Il pagamento, infatti, avviene sulla disponibilità a pagare della collettività secondo le regole dei modelli Samuelsoniani di ripartizione del prezzo dei beni pubblici. Occorre infine notare che per semplicità espositiva si è presentato il caso in cui il decisore a livello locale acquista per la stessa popolazione che quello a livello centrale. Il problema presenta la stessa soluzione nel caso di più agenzie a livello inferiore. In questo caso il trasferimento incentivante rimane uguale e costante per tutte le unità; il numero e le risorse totali verranno distribuite invece sulla base delle unità che si vuole indurre il decisore locale ad acquistare (figura 3).

Figura 2 - Allocazione ottima a livello decentrato senza intervento da enti superiori

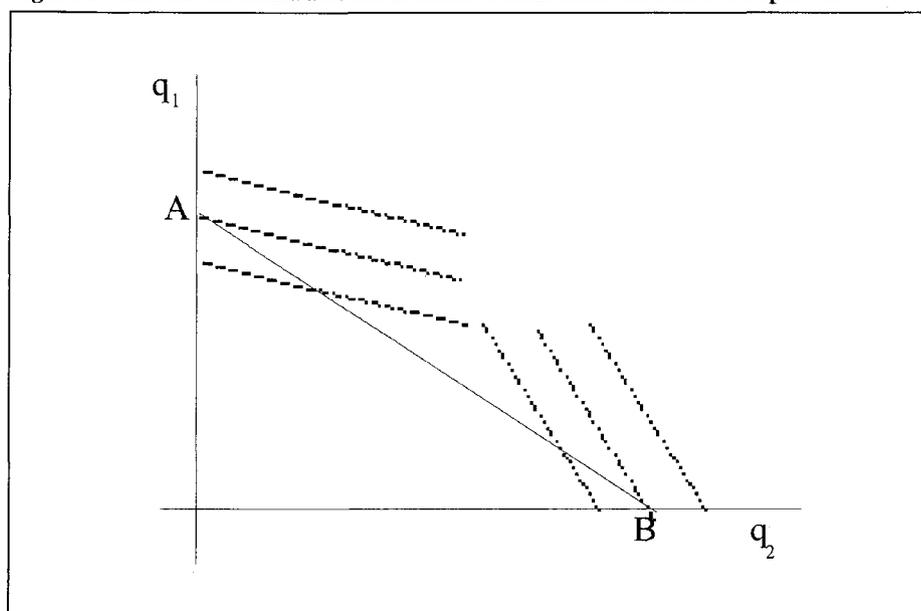
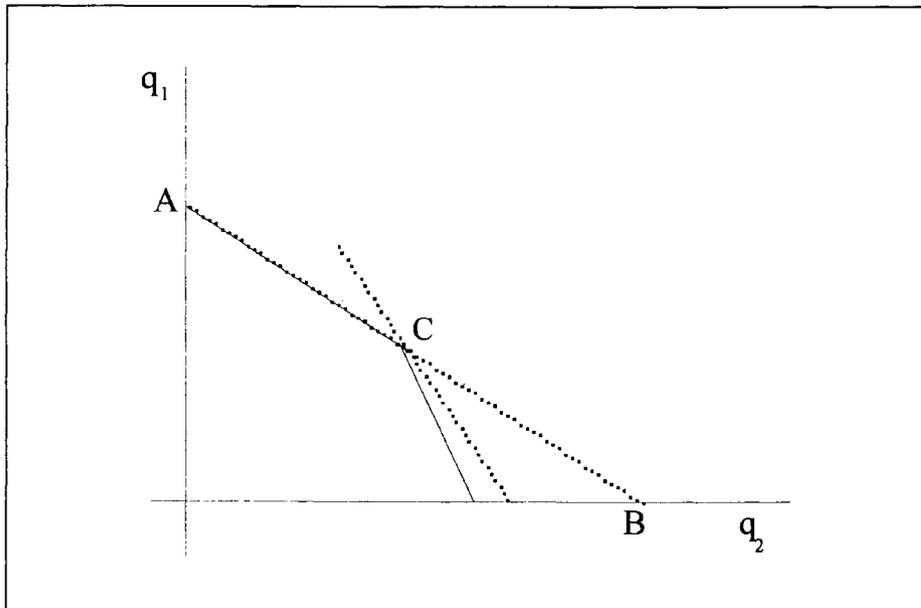


Figura 3 - Allocazione ottima a livello decentrato con intervento da parte dell'ente superiore



4. I problemi legati all'applicazione pratica dello schema teorico

In questo paragrafo porremo le basi dell'applicazione pratica del modello teorico appena presentato. La soluzione potrebbe a prima vista apparire semplice in quanto si potrebbe pensare di fornire alle ASL un trasferimento incentivante a somma fissa per quantità prefissate, procedimento ampiamente studiato dalla teoria del federalismo fiscale (15). La soluzione non è tuttavia proponibile per questo problema, almeno nei termini appena descritti. Nei modelli come quelli applicati al federalismo fiscale in cui il bene oggetto di incentivo appartiene alla categoria economica dei beni misti, questa soluzione può essere facilmente applicata in quanto il bene che produce sia utilità soggettiva che utilità oggettiva è facilmente indicabile ed ha un costo di produzione ben determinato. La funzione stessa di insegnamento e ricerca richiede di essere svolta in una struttura ospedaliera particolare in termini di numero minimo di posti letto necessari affinché il *case*

mix trattato sia sufficientemente ampio da assicurare ai futuri medici una preparazione adeguata.

La formula ottima descritta in precedenza sembra quindi doversi per forza di cose tradurre in un trasferimento *lump-sum* volto a coprire i maggiori costi che la struttura sopporta per effetto delle funzioni di insegnamento e ricerca.

Per quanto riguarda le applicazioni concrete, l'Inghilterra presenta una formula di allocazione che può essere considerata una valida applicazione del modello teorico descritto in precedenza.

Nel sistema inglese si assiste alla formulazione di un metodo specifico di finanziare gli ospedali di insegnamento denominato SIFTR (*Service Increment for Teaching and Research*) (16), derivato comparando i costi di un ospedale di insegnamento con quello *standard* delle altre strutture ospedaliere assumendo che tale differenza derivi dalle funzioni di insegnamento e ricerca e da altri fattori che lo Stato non intende rimborsare.

Il metodo per calcolare il coefficiente per studenti rappresenta l'innovazione più interessante di questo procedimento. Esso viene calcolato nel modo seguente: si prende come base di riferimento il costo medio per caso trattato, corretto per il *case mix*, degli ospedali di insegnamento e ricerca e lo si compara con il costo *standard* di un ospedale non di insegnamento che presenti lo stesso *case mix*. La comparazione dell'eccesso di costo dei vari ospedali consente di determinare l'eccesso di costo medio e la varianza di tale indicatore. Studi successivi su questa metodologia hanno fatto propendere per l'utilizzo dell'eccesso di costo mediano come base per il SIFTR attribuendo solo il 77% di tale eccedenza di costo all'attività didattica, così che il SIFTR viene dato in misura del 77% dell'eccesso di costo mediano.

Il sistema inglese può essere considerato una applicazione del sistema descritto nel paragrafo precedente. In questo sistema, infatti, si cerca di assegnare un finanziamento agli ospedali di insegnamento solo per il costo derivante da tale attività mentre si lascia al mercato la soluzione per quanto riguarda l'eventuale maggiore costo derivante da un *case mix* più oneroso o da pazienti più bisognosi di cure. L'applicazione del SIFTR sembra aver provocato diversi effetti: dapprima gli ospedali di insegnamento godevano di risorse aggiuntive ed avevano una posizione tutelata; oggi invece sembra che tali strutture abbiano problemi per quanto riguarda la gestione e che non siano in grado di competere sul mercato (17). Tale fattore potrebbe essere interpretato in almeno due modi: da un lato si potrebbe ritenere che il 77% dell'eccesso del costo mediano non sia sufficiente per compensare gli ospedali di insegnamento del costo superiore loro imputato mentre in secondo luogo è possibile che, a

causa di politiche di *dumping* effettuate dagli ospedali non di insegnamento, il divario di costo dei *teaching hospitals* sia aumentato ancora di più soprattutto nelle aree in cui i due tipi di ospedali sono molto vicini fra loro.

Nella realtà italiana, gli ospedali di insegnamento, al pari delle altre strutture di offerta, vengono finanziati in base alle prestazioni prodotte ed erogate, attraverso il sistema di remunerazione a DRG. Il governo nazionale, comunque, riconosce a tali istituti di cura un finanziamento ulteriore, di competenza del governo regionale, in ragione dei maggiori costi di produzione che gli ospedali di insegnamento possono sostenere per effetto dell'attività congiunta di assistenza, didattica e ricerca. In questo senso, si è espresso il decreto interministeriale del 31 luglio 1997, in cui si prevede che il governo regionale riconosca un finanziamento aggiuntivo (dal 3 all'8% della valorizzazione dell'attività assistenziale) al fine di compensare i maggiori costi indotti sulle attività sanitarie, dalle funzioni didattiche e di ricerca.

Ciascuna Regione determina annualmente una quota del Fondo sanitario regionale da ripartire tra gli ospedali di insegnamento che operano nella regione, godendo di una ampia autonomia nel determinare i criteri di allocazione del fondo. I criteri generalmente impiegati dai governi regionali si basano su indicatori di attività di assistenza prodotta, sulla prevalenza degli studenti specializzando o sulla complessità del *case-mix*. È importante, comunque, cercare di studiare delle metodologie appropriate nel finanziamento degli oneri aggiuntivi sostenuti da tali istituti di cura, e valutare gli effetti di una sottostima delle risorse necessarie per compensare i maggiori costi sostenuti dagli ospedali di insegnamento. Gli effetti saranno relativi alla qualità della assistenza erogata e

alla capacità degli ospedali di insegnamento di sopravvivere in un contesto competitivo. L'affidare alla Regione il compito di finanziare gli oneri aggiuntivi sostenuti dagli ospedali d'insegnamento per effetto delle attività di didattica e ricerca, potrebbe non rivelarsi una scelta vincente, in quanto il decisore a livello regionale potrebbe rappresentare ancora un livello troppo decentrato per prendere decisioni di questo tipo.

5. Conclusioni

In questo lavoro abbiamo affrontato il tema del finanziamento degli ospedali di insegnamento e ricerca all'interno di una struttura decentrata come quella creata in Italia dalla riforma in atto. Per ospedali di insegnamento si intendono strutture le quali forniscono prestazioni di insegnamento e di ricerca oltre alla normale cura ed assistenza ai pazienti. Tali strutture hanno per loro natura bisogno di un finanziamento maggiore, ma stabilire il quantum e la forma non è operazione molto semplice. Il problema del finanziamento riguarda tutti i sistemi sanitari avanzati e non solo quelli a carattere prevalentemente pubblico come il nostro.

Dal punto di vista teorico, esistono soluzioni di *first-best* a questo problema che la letteratura economica ha già studiato e proposto per casi analoghi. L'applicazione agli ospedali di insegnamento si rivela tuttavia molto difficile a causa della struttura di costo degli ospedali, della difficile definizione dei costi aggiuntivi derivanti dalle funzioni di insegnamento e di ricerca e dalla presenza di una letteratura non concorde sul tipo di funzione obiettivo massimizzata da questi enti. I sistemi utilizzati in pratica possono solo marginalmente rispecchiare le condizioni ottime previste dai modelli teorici per diversi motivi, legati sia

alla definizione del costo aggiuntivo che all'organizzazione del sistema sanitario. Per quanto riguarda il primo punto, il criterio dell'applicazione del costo utilità (18) per il pagamento del costo aggiuntivo derivante a tali strutture dalla fornitura di servizi quali l'insegnamento e la ricerca non sembra di possibile applicazione pratica in quanto più che tale parametro sembra importante valutare il costo effettivo del servizio fornito. La struttura di costo dell'ospedale inoltre non consente di frazionare le unità da fornire in modo ottimo. Gli ospedali, infatti, presentano delle strutture di costo molto particolari con economie di scala di cui si deve tenere conto nella suddivisione delle risorse. La funzione di insegnamento è poi a sua volta legata ad altri due vincoli: un primo vincolo deriva anche in questo caso dalla funzione di produzione in quanto esistono delle dimensioni ottime rispetto al numero di studenti a cui insegnare; un secondo vincolo deriva poi dal tipo di *case mix* e di dimensione che l'ospedale deve avere. Come più volte osservato nell'esposizione del problema, le funzioni di cura e di insegnamento non sono facilmente scindibili ed è per questo che l'ospedale deve avere un *case mix* molto eterogeneo affinché possa essere considerato di insegnamento. Il *case mix* eterogeneo, soprattutto se oltre al tipo di casi si vuole anche considerare la severità degli stessi, si collega ad un ospedale di una certa dimensione. La dimensione dell'ospedale deve quindi essere garantita se vogliamo che tale struttura sia in grado di offrire in modo efficace insegnamento.

Il secondo problema riguarda l'organizzazione del servizio sanitario e la scelta del criterio di rimborso. Un sistema a DRG potrebbe essere vincente nel finanziamento degli ospedali di insegnamento. La complicata classificazione a DRG consente infatti al mer-

cato stesso di tenere conto del *case mix* e delle eventuali complicazioni di ogni singolo caso. Con una classificazione a DRG l'acquirente sarebbe teoricamente in grado di incorporare nel contratto la qualità ed i diversi attributi delle varie prestazioni. In pratica, tuttavia, questo processo potrebbe dimostrarsi di più difficile applicazione ed inoltre tutti i sistemi di pagamento prospettico sembrano provocare problemi di *dumping* all'interno delle strutture ospedaliere con conseguente aumento del costo delle terapie praticate dagli ospedali specialistici, che di solito sono anche ospedali di insegnamento. A tale proposito, occorre ricordare il caso inglese in cui l'introduzione di una formula molto evoluta come la SIFTR per calcolare l'extra costo derivante dalle funzioni di insegnamento e ricerca non sembra avere avuto gli effetti sperati. Gli ospedali di insegnamento non sembrano in grado di competere con le altre strutture per ottenere contratti e tale fenomeno potrebbe portare ad una crisi in futuro del sistema ospedaliero inglese.

Il problema più importante per quanto riguarda il finanziamento degli ospedali di insegnamento e ricerca in Italia sembra a nostro avviso l'aver lasciato alle regioni il compito di sovrintendere a tale funzione. Tale assegnazione potrebbe avere due conseguenze importanti: da un lato potremmo considerare il caso in cui la regione sottovaluti l'importanza dell'insegnamento ritenendo che la cura dei pazienti debba avere una priorità assoluta, fenomeno che provocherebbe un graduale impoverimento degli ospedali che svolgono tale funzione. Un secondo problema può essere riscontrato nella presenza sul territorio in localizzazioni ben specifiche degli ospedali di insegnamento; le varie ASL non avrebbero quindi di fatto la facoltà di rivolgersi a più strutture ospedaliere e sarebbero quindi costrette ad acquistare

i servizi ad un prezzo più alto. Questo fenomeno potrebbe far aumentare il costo della fornitura in queste aree e, se la formula di allocazione delle risorse a livello regionale non tiene conto di questi aspetti, si rischia di compromettere il principio della garanzia di livelli uniformi di assistenza sanitaria. Per questo motivo sembrerebbe più opportuno lasciare il finanziamento degli oneri aggiuntivi sostenuti dagli ospedali di insegnamento allo Stato, lasciando eventualmente libera la regione di cofinanziare tali funzioni se lo ritiene necessario.

(1) A tale proposito si veda Ellis e Mc Guire (1986), Pope (1989), Romano (1990) e Masart (1994).

(2) Per un'ampia discussione del sistema di veda Vanara (1995).

(3) Per una definizione di *cream skimming* ed uno studio del problema si veda Levaggi (1998).

(4) A tale proposito si veda Levitt e Wall (1992), cap. 9.

(5) Si veda in proposito Spatis (1995).

(6) Il prodotto degli ospedali di insegnamento sembra quindi essere diverso rispetto a quello normalmente offerto nelle strutture ospedaliere facenti capo al servizio sanitario, quindi, non sembra ipotizzabile l'utilizzo di costi standard per prestazioni di questi ospedali per determinare la parte di costo che potrebbe derivare dall'insegnamento, dalla ricerca o da eventuali inefficienze di gestione di tali strutture.

(7) Il problema viene ampiamente sviluppato in Zweife e Breyer (1997).

(8) A tale proposito si possono citare i lavori di Ellis e McGuire (1986), Newhouse (1996). Per una rassegna degli studi si veda Donaldson e Gerard (1993).

(9) A tale proposito si veda Fossati A. (1986).

(10) Si ricorda invece che in un sistema neoclassico puro la massimizzazione dell'utilità individuale porta automaticamente alla massimizzazione del benessere per l'intera collettività.

(11) Il principale difetto delle funzioni come la Cobb Douglas è rappresentato dall'assenza di ogni effetto di sostituzione fra i beni. Il livello di aggregazione a cui questa analisi viene svolta rende tale limite trascurabile.

(12) Si veda l'appendice 1 per una dimostrazione formale.

(13) Acquistare una quantità negativa di bene equivale ad una vendita, ma l'agenzia non ha una dotazione iniziale di tale bene.

(14) Ovviamente la posizione del vincolo di bilancio potrà essere diversa a seconda che il livello inferiore acquisti per l'intera popolazione o per una parte di questa.

(15) A tale proposito si veda Leccisotti e King (1984).

(16) Per una presentazione formale e dettagliata del sistema si veda Farrar e Donaldson (1992).

(17) Bevan *et al.* (1997) dimostra come nel processo di allocazione delle risorse i *teaching hospitals* fossero favoriti. Dopo la pubblicazione del rapporto Tomlison e l'introduzione del mercato interno gli ospedali di insegnamento perdono contratti. Emblematico è il caso dell'*University College Hospital* che ha perso il contratto con i distretti di Camden ed Islington (Ham, 1994).

(18) Che viene spesso utilizzato in economia per il finanziamento di beni ad utilità collettiva.

BIBLIOGRAFIA

- BEVAN G, DAWSON D., LOCKETT T. (1997), *The NHS magical mystery tour from «planning» to «market»*, Paper presented to the XXV Health Economics Study Group, York, July 1997.
- DONALDSON C., GERARD K. (1993), *Economics of health care financing: the visible hand*, Macmillan, Basingstoke.
- ELLIS R.P., MCGUIRE T.G. (1986), *Provider behaviour under prospective reimbursement: cost sharing and supply*, Journal of Health Economics, pp.129-151.
- FARRAR S., DONALDSON C. (1992), *Undergraduate medical teaching and research: Implications for the NHS reform*, Discussion Paper n. 11/92, Health Economics Research Unit, University of Aberdeen.
- FOSSATI A. (1994), *Lezioni di economia pubblica*, 2ª ediz. Franco Angeli, Milano.
- HAM C. (1994), *Management and competition in the new NHS*, Radcliffe Medical Press, Oxford.
- KING D. (1984), *Fiscal tiers: the economics of multi-level government*, George Allen & Unwin, London.
- LECCISOTTI M. (1996), *Lezioni di scienza delle finanze*, quarta edizione, Giappichelli, Torino.
- LEVITT R., WALL A. (1992), *The reorganized National Health Service*, Chapman e Hall.

- LEVAGGI R. (1998), *A critical review of cream skimming*, Working Paper n.8/98, Istituto di Finanza, Università di Genova.
- MASSART A.C. (1994), *The optimal mix of prospective and cost-based financing for hospitals: the trade off between quality, equity and efficiency*, Mimeo, CORE, Université Catholique de Louvain.
- NEWHOUSE J.P. (1996), *Reimbursing health plans and health providers: Selection versus efficiency in production*, Journal of Economic literature, 34, pp. 1236-1263.
- ROMANO R.E. (1990), *Benefits of competition for patients*, Information economics and policy, pp. 31-43.
- POPE G.C. (1989), *Hospital nonprice competition and Medicare reimbursement policy*, Journal of Health Economics, pp. 147-172.
- SPATIS M. (1995), *The Universities and the NHS*, in Merry P. (ed) NHS Handbook, tenth edition, JMH Publishing, Kent, pp. 288-292.
- VANARA F. (1995), *Il nuovo sistema di finanziamento nel Sistema sanitario nazionale*, Aracne, Roma.
- ZWEIFEL P., BREYER F. (1997), *Health Economics*, Oxford University Press, Oxford.

APPENDICE

Derivazione delle condizioni di ottimo per il problema accentrato

Il problema dell'agenzia viene risolto massimizzando la funzione di utilità sotto il vincolo di bilancio:

$$\begin{aligned} \text{MAX} \quad & U(Y_i) = \alpha_1 \log(y_1 + y_2) + \alpha_2 \log y_3 + \sum_{i=4}^n \alpha_i y_i \\ & s.t. \\ & p_1 q_1 + p_2 q_2 + \sum_{i=4}^n p_i q_i = M \\ & y_1 = \beta_1 q_1 \\ & y_2 = \beta_2 q_2 \\ & y_3 = \beta_3 q_3 \end{aligned}$$

Per le Cobb Douglas, vale la relazione $p_i q_i = \alpha_i M$ e siccome non esistono elasticità prezzo incrociate, possiamo scrivere che la soluzione ottima per il bene q_i per $i = 4, n$ è uguale a: $Y_i = \alpha_i M/p_i$. Ciò ci consente di riscrivere la funzione da stimare isolando le prime tre caratteristiche nel modo seguente:

$$\begin{aligned} \text{MAX} \quad & U(y_i) = \delta_1 \log(\beta_1 q_1 + \beta_2 q_2) + \delta_2 \log \beta_3 q_1 \\ & s.t. \\ & p_1 q_1 + p_2 q_2 = R \\ & q_1 \geq 0 \quad q_2 \geq 0 \end{aligned}$$

dove:

$$\begin{aligned} R &= M - \sum_{i=4}^n p_i q_i \\ \delta_j &= \frac{\alpha_j}{1 - \sum_{i=4}^n \alpha_i + 1} \quad j = 1, 2 \end{aligned}$$

Per le condizioni di Kuhn Tucker sappiamo che: $\chi_k \frac{\partial L_x}{\partial L_{xk}} = 0$ quindi:

$$\chi_k > 0 \quad \frac{\partial L_x}{\partial \chi_k} = 0 \quad \chi_k = 0 \quad \frac{\partial L_x}{\partial \chi_k} < 0$$

Le condizioni del primo ordine possono essere scritte come:

$$\begin{aligned} \frac{\partial}{\partial q_1} \quad & \frac{\delta_1}{\beta_1 q_1 + \beta_2 q_2} k \beta_2 + \frac{\delta_2}{q_1} - \lambda p_1 \\ \frac{\partial}{\partial q_2} \quad & \frac{\delta_1}{\beta_1 q_1 + \beta_2 q_2} \beta_3 - \lambda p_2 \end{aligned}$$

Le condizioni di Kukn Tucker dicono che se q_2 è uguale a zero, allora la seconda derivata è negativa, oppure essa è uguale a zero e allora q_2 è positivo.

Esaminiamo l'espressione $\frac{\delta_1}{k\beta_2q_1 + \beta_3q_2} \beta_3$. Tale funzione è monotona e decrescente in q_2 cioè il suo valore diminuisce al crescere di q_2 . Se per $q_2 = 0$ l'equazione è negativa, allora lo sarà sempre e quindi possiamo stabilire per quali valori dei parametri, q_2 sarà uguale a zeroⁱ. Dalla prima condizione possiamo esplicitare:

$$\lambda = \frac{I}{p_1q_1}$$

e sostituirlo nella seconda ottenendo, nel caso in cui $q_2 = 0$, la seguente disuguaglianza esplicitata rispetto al rapporto fra i prezzi:

$$\frac{\delta_1\beta_3}{\beta_1} < \frac{p_2}{p_1}$$

Se q_2 è positivo, allora si ottiene:

$$\lambda = \frac{\delta_1\beta_3}{\beta_3q_2 + \beta_1q_1} \frac{I}{p_2}$$

che permette di esprimere q_2 in funzione di q_1 nel seguente modo:

$$p_2q_2 = \frac{p_1\delta_1\beta_3 - p_2\beta_1}{\delta_2\beta_3} q_1$$

Sostituendo nel vincolo di bilancio si ottiene:

$$q_1 = \frac{R\delta_2\beta_3}{p_1\beta_3 - p_2\beta_1}$$

sostituendo q_1 nella si ottiene q_2 in funzione del reddito e dei prezzi:

$$q_2 = \frac{R}{p_2} \frac{p_1\delta_1\beta_3 - \beta_1p_2}{p_1\beta_3 - \beta_1p_2}$$

ⁱ In questo caso viene acquistata soltanto la prestazione offerta dall'ospedale di insegnamento.

LA STERILIZZAZIONE DEGLI AMMORTAMENTI: ALCUNE RIFLESSIONI CRITICHE

Erasmus Santesso, Ugo Sòstero

Ragioneria generale e applicata, Università Ca' Foscari di Venezia

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. I contributi in conto capitale nei bilanci delle imprese - 3. I contributi in conto capitale nei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche - 4. Il significato del risultato economico nel bilancio delle imprese e nel bilancio delle aziende sanitarie pubbliche - 5. Conclusioni.

The introduction of accrual accounting for Italian health care agencies has brought up a number of controversies in the interpretation of their financial reporting. In fact, one of the main characteristics of the management of health care organization resides in the eminently regulated nature of their revenues and in the limited relevance of market prices as positive and negative determinants of income. This is in turn reflected on the evident inability of the Profit & Loss account to assess the efficacy of managerial choices. At the same time, judgements of efficiency are dependent on the ways in which revenues are determined. Within this framework the decision of a number of Regional governments in Italy to «freeze» depreciations by considering capital contributions as revenues, is hardly understandable. Such contributions are more aptly conceivable as closed destination grants to be accounted for as element of net capital.

1. Premessa

In seguito alla pubblicazione del decreto ministeriale 20 ottobre 1994, con il quale sono state definiti gli schemi di bilancio delle aziende sanitarie, la Ragioneria generale dello Stato nel Bollettino d'informazioni del 6 giugno 1995, ha emanato delle «Linee guida per il bilancio delle aziende sanitarie». Tra le varie disposizioni, le linee guida prevedono di «sterilizzare» il risultato economico della quota di ammortamento relativa ai beni acquistati con i contributi in conto capitale. Le linee guida hanno previsto che tale «sterilizzazione» avvenga mediante la contabilizzazione, nel conto economico degli esercizi nei quali vengono ammortizzati quei beni, di un componente positivo di reddito derivante dall'utilizzo della voce contributi in conto capitale, contabilizzata originariamente nel patrimonio netto.

La necessità del suddetto trattamento contabile viene giustificata dall'esigenza di evitare, da un lato, che la progressiva registrazione dei contributi concessi nel corso degli anni determini la dilatazione del contenuto dei conti contributi in conto capitale da Regione o Provincia autonoma indistinti o vincolati e, dall'altro, l'esposizione di perdite di esercizio causate dall'incidenza delle suddette quote di ammortamento sui costi. Pertanto, allo scadere del periodo di ammortamento, si giungerà all'azzeramento dell'intero contributo in conto capitale utilizzato.

Le linee guida della Ragioneria generale dello Stato in tema di sterilizzazione degli ammortamenti hanno trovato applicazioni differenziate da parte delle regioni.

In alcuni casi (come per la Regione Toscana) il meccanismo di sterilizzazione è stato previsto solamente per gli ammortamenti relativi ai beni ac-

quistati dopo la data dalla quale, con la determinazione del patrimonio netto iniziale, si è dato avvio alla contabilità economico patrimoniale.

In altri casi (ad esempio nella Regione Piemonte) il meccanismo è stato applicato anche a quegli investimenti che, pur essendo iniziati precedentemente, si sono trasformati in cespiti utilizzabili solo dopo la data di avvio della contabilità economico patrimoniale.

Altre regioni (come la Regione Lombardia, la Regione Emilia-Romagna e la Regione Friuli-Venezia Giulia) hanno previsto un'applicazione ancora più estensiva: esse hanno, infatti, previsto anche la «sterilizzazione» degli ammortamenti relativi al patrimonio «ereditato», cioè quelli

Pur essendo frutto di un lavoro unitario, i paragrafi 1, 2 e 3 sono da attribuire a Ugo Sòstero e i paragrafi 4 e 5 a Erasmo Santesso.

emergenti dai cespiti contabilizzati nella situazione patrimoniale redatta all'inizio dell'applicazione della contabilità economico-patrimoniale.

In qualche caso (Regione Friuli-Venezia Giulia) la sterilizzazione è stata applicata anche ai beni acquisiti attraverso donazioni.

In senso nettamente opposto si sono mosse invece le disposizioni della Regione Veneto, che ha stabilito di non applicare nessun meccanismo di sterilizzazione e di contabilizzare i contributi in conto capitale come incrementi del fondo di dotazione.

Queste diversità di trattamento dei contributi in conto capitale sottendono diversi modelli interpretativi del loro ruolo nell'economia delle aziende sanitarie pubbliche. Al fine di valutarne la congruità, poiché il tema è stato ampiamente trattato nell'ambito della formazione dei bilanci delle imprese, riteniamo utile innanzitutto esaminare il problema con riferimento alle imprese, per poi valutare se, e in che modo, le stesse conclusioni siano applicabili anche al bilancio delle aziende sanitarie pubbliche.

2. I contributi in conto capitale nei bilanci delle imprese

I contributi in conto capitale sono definiti come somme erogate dallo Stato o da altri enti per l'acquisto, la costruzione, la riattivazione o l'ampliamento di immobilizzazioni.

Poiché il Codice civile non detta alcuna disposizione sul trattamento dei contributi in conto capitale, le uniche indicazioni per le imprese vengono forniti dai principi contabili elaborati dalle associazioni professionali (1). A livello nazionale il principale riferimento è dato dai documenti elaborati congiuntamente dal Consiglio nazionale dei dottori commercialisti e dal Consiglio nazionale dei ragionieri. A livello internazionale l'organo di rife-

rimento è l'*International Accounting Standards Committee* (IASC) che emana gli *International Accounting Standards* (IAS).

I principi contabili nazionali e internazionali forniscono indicazioni su:

— il momento dell'iscrizione in bilancio dei contributi in conto capitale;

— le loro modalità di contabilizzazione ed esposizione in bilancio.

I principi contabili nazionali (nel documento 16, *Le immobilizzazioni materiali*, al paragrafo F.II.c.) sostengono che i contributi in conto capitale sono iscrivibili in bilancio al momento in cui esiste una delibera formale di erogazione da parte dell'ente, ossia dopo che è venuto meno ogni eventuale vincolo alla loro riscossione e l'impresa ne abbia ricevuto comunicazione scritta. La delibera segue normalmente l'accertamento dell'ente stesso dei lavori eseguiti e dell'adempimento di tutte le clausole cui è soggetta l'erogazione.

I principi contabili internazionali (nello IAS 20, *Accounting for Government Grants and Disclosure of Government Assistance*, al paragrafo 7) precisano che i contributi pubblici non devono essere riconosciuti fino a quando non vi è una ragionevole certezza che l'impresa saprà ottemperare alle condizioni richieste per ricevere il contributo e che il contributo verrà erogato.

Per quanto concerne le modalità di contabilizzazione, i principi contabili nazionali, (documento 16, paragrafo F.II.a. e seguenti) prevedono la possibilità di utilizzare due diverse impostazioni.

La prima impostazione è quella che accredita al conto economico il contributo gradualmente sulla vita utile del cespite. Può essere realizzata con due metodi di contabilizzazione, ambedue ritenuti corretti:

a) con il primo metodo i contributi, imputati al conto economico tra

gli altri ricavi e proventi (voce A.5) vengono rinviati per competenza agli esercizi successivi attraverso l'iscrizione di risconti passivi;

b) con il secondo metodo i contributi vengono portati a riduzione del costo dei cespiti cui tali contributi si riferiscono.

Con il primo metodo, quindi, sono distintamente imputati al conto economico gli ammortamenti calcolati sul costo lordo dei cespiti e i contributi (tra altri ricavi e proventi) per la quota di copertura di competenza dell'esercizio; con il secondo, invece, sono imputati al conto economico solo ammortamenti determinati sul costo del cespite al netto del contributo. Il primo metodo di contabilizzazione consente una più chiara rappresentazione della situazione patrimoniale e del risultato economico.

La seconda impostazione è quella che considera il contributo parte integrante del patrimonio netto. Viene realizzata iscrivendo il contributo in una riserva ben distinta tra le voci di patrimonio netto.

Anche lo IAS 20, al paragrafo 15, considera le due principali impostazioni di contabilizzazione dei contributi pubblici, cioè l'iscrizione per quote tra i componenti di reddito e l'iscrizione diretta tra le poste del patrimonio netto. Ma dopo aver esposto le argomentazioni a supporto di ciascuna tesi, lo IAS respinge il secondo approccio e accetta solamente il primo. Le argomentazioni che sostengono tale scelta sono le seguenti:

a) poiché i contributi non derivano dagli azionisti non è corretto accreditarli direttamente al patrimonio netto ma devono essere riconosciuti nel conto economico nei periodi appropriati;

b) i contributi pubblici sono raramente gratuiti: le imprese devono guadagnarseli rispettando le condizioni sottostanti e gli obblighi connessi.

Quindi è corretto considerarli componenti di reddito e contrapporli con i costi a cui sono associati, che il contribuente dovrebbe compensare;

c) così come le imposte sul reddito e le altre imposte sono considerate componenti di reddito, è logico fare altrettanto anche con i contributi pubblici, che sono un'estensione delle politiche fiscali.

Sia i principi contabili nazionali che quelli internazionali riferiscono delle due diverse impostazioni di contabilizzazione dei contributi in conto capitale. Però, mentre lo IAS è nettamente schierato contro la soluzione dell'iscrizione dei contributi come componente del patrimonio netto, i principi contabili italiani sono invece aperti ad accogliere anche questa soluzione. Va peraltro osservato che questa apertura sembra giustificata solo dalla necessità di non compromettere la possibilità di godere dei vantaggi fiscali — vigenti all'epoca in cui era stato redatto il documento 16 — che potevano derivare dall'accantonamento in una riserva in sospensione d'imposta di parte dei contributi. Poiché l'attuale normativa fiscale non offre più vantaggi a chi iscrive i contributi nel patrimonio netto, ci sembra ragionevole dedurre che in futuro questa soluzione non verrà più sostenuta (anche alla luce del fatto che i principi contabili nazionali raccomandano di iscriverne i contributi in conto capitale come componenti positivi di reddito nel bilancio consolidato, in quanto fiscalmente neutro).

3. I contributi in conto capitale nei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche

Le linee guida della Ragioneria generale dello Stato suggeriscono l'applicazione di una modalità di contabilizzazione dei contributi in conto capitale che sembra rispecchiare quella

maggiormente condivisa nel caso delle imprese, cioè l'accredito al conto economico del contributo gradualmente sulla vita utile del cespite. Questa impostazione non è però compatibile con l'iscrizione — così come richiede il decreto ministeriale 20 ottobre 1994 — dei contributi in conto capitale fra gli elementi del patrimonio netto. L'accredito al conto economico del contributo è coerente con una logica interpretativa che considera il contributo un ricavo che si manifesta in via anticipata (risconto passivo) rispetto al momento del suo conseguimento, e che va quindi esposto tra le passività. Se il contributo viene invece collocato fra le poste del patrimonio netto, viene di fatto assimilato ad un aumento del patrimonio stesso mediante apporto della proprietà. Principi contabili e dottrina non prevedono alcun caso in cui un apporto della proprietà transiti prima nel patrimonio netto e successivamente venga gradualmente ridotto per farlo transitare fra i componenti positivi del conto economico. Infatti, le variazioni del patrimonio netto sono sempre riconducibili ad una di queste categorie:

— risultato delle operazioni di gestione (conseguimento di utili o perdite d'esercizio);

— effetto di operazioni di rivalutazioni fuori esercizio (rivalutazioni positive o negative di elementi patrimoniali che si riflettono sul valore del patrimonio netto);

— operazioni istituzionali estranee alla gestione (aumento o diminuzione del capitale, distribuzione di utili e riserve).

La diminuzione del patrimonio netto per effetto della graduale contabilizzazione in conto economico dei contributi in conto capitale non è assimilabile ad alcuna di queste cause di variazione e rappresenta quindi una causa di variazione del patrimonio

netto del tutto anomala e incomprensibile.

La rilevata incoerenza delle linee guida non è però una semplice distrazione ma nasconde una questione più sottile.

C'è da chiedersi, infatti se i contributi in conto capitale ricevuti dalle aziende sanitarie siano, nella sostanza e non solo nella lettera, gli stessi contributi di cui si occupano i principi contabili precedentemente esaminati. Alcune riflessioni inducono a dubitare.

Scrivono lo IAS 20, già citato, che i contributi in conto capitale non derivano dagli azionisti e per questo non è corretto accreditarli al patrimonio netto. Invece i contributi in conto capitale ricevuti dalle aziende sanitarie pubbliche derivano dalla Regione, che rappresenta la «proprietà».

Aggiunge lo IAS che i contributi in conto capitale sono erogati a fronte di comportamenti «onerosi» e che sono simili alle imposte (con segno opposto) nel senso che si inquadrano nella politica economica dello Stato. Nelle imprese i contributi in conto capitale costituiscono cioè un incentivo dello Stato che spinge ad attuare comportamenti che l'impresa non giudicherebbe convenienti, ad esempio per carenze infrastrutturali, ma che invece sono apprezzati nell'ambito delle priorità di ordine pubblico (come lo sviluppo dell'occupazione in determinate regioni). Con l'erogazione del contributo lo Stato ottiene il risultato di non pregiudicare il risultato economico dell'impresa che ha effettuato l'investimento raggiungendo contemporaneamente la finalità pubblica e mantenendo la possibilità di remunerazione degli azionisti.

I contributi in conto capitale ricevuti dalle aziende sanitarie pubbliche non sono spiegabili nella logica suddetta e rappresentano invece aumenti di capitale con cui l'ente pubblico par-

tecipa alla crescita del patrimonio dell'azienda. In altri termini, i cosiddetti contributi in conto capitale sono in realtà finanziamenti con natura di mezzi propri vincolati all'impiego in immobilizzazioni e come tali è corretto collocarli nel patrimonio netto e non prevederne mai il transito in conto economico.

La ragione per la quale la Ragioneria generale dello Stato suggerisce di «sterilizzare» gli ammortamenti dei beni acquisiti con contributi in conto capitale è peraltro evidente. Consiste nella esigenza di evitare che gli ammortamenti dei beni finanziati con i suddetti contributi gravino nei conti economici nei quali sono contabilizzati. Per valutare le esigenze fatte proprie dalla Ragioneria generale dello Stato e le soluzioni proposte è opportuno esporre qualche riflessione di portata generale sul bilancio d'esercizio nelle imprese e nelle aziende sanitarie pubbliche.

4. Il significato del risultato economico nel bilancio delle imprese e nel bilancio delle aziende sanitarie pubbliche

Il fondamentale messaggio informativo fornito dal bilancio d'esercizio delle imprese è costituito dal risultato economico (utile o perdita d'esercizio). Il risultato economico misura l'incremento di ricchezza prodotto dalla gestione nell'arco di un periodo annuo. Al fine di conseguire congrui risultati economici, cioè elevati livelli di economicità, la direzione delle aziende è guidata da due criteri di comportamento:

- l'efficacia economica,
- l'efficienza economica.

L'efficacia economica consiste nella capacità di produrre beni e servizi in grado di spuntare un elevato prezzo (valore) di mercato. L'efficacia econo-

mica è riflessa dal livello dei ricavi a parità di volume di produzione.

L'efficienza economica consiste nella capacità di realizzare processi che a parità di prodotto comportano un minor consumo di fattori produttivi. L'efficienza economica è riflessa dal livello dei costi a parità di volume di produzione.

L'economicità dell'azienda non può essere conseguita senza che sia mantenuta una preliminare condizione di equilibrio finanziario. Si pone in questo caso attenzione all'equilibrio fra entrate — derivanti dalle operazioni correnti della gestione caratteristica, dai disinvestimenti, dagli apporti di mezzi propri e dall'accensione di debiti — e le uscite — derivanti dalle operazioni correnti della gestione caratteristica, dagli investimenti, dal servizio del debito e dalla distribuzione di dividendi — (criterio dell'equilibrio finanziario).

L'equilibrio finanziario non è valutabile attraverso il conto economico e il risultato di sintesi dello stesso. In primo luogo nel conto economico non transitano le entrate e le uscite relative a) ai disinvestimenti e agli investimenti, b) alle accensioni e ai rimborsi dei debiti e c) agli apporti e ai rimborsi di mezzi propri. In secondo luogo i costi e i ricavi da cui deriva il risultato economico non hanno sempre un contenuto anche finanziario. In particolare gli ammortamenti sono costi privi di diretto contenuto finanziario, e sono espressivi unicamente del grado di consumo dei beni durevoli.

Per la rappresentazione a consuntivo dell'equilibrio finanziario le imprese utilizzano un diverso prospetto di bilancio (non previsto dal codice civile ma suggerito dai principi contabili): il rendiconto finanziario, che riepiloga tutte le entrate e le uscite dell'esercizio (2).

Avviciniamo ora queste considerazioni al bilancio d'esercizio delle

aziende sanitarie. In primo luogo va ricordato che le finalità istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche possono essere rappresentate solo in un modo parziale attraverso il conseguimento dei risultati economici. Il mantenimento di un equilibrio economico di lungo periodo rappresenta certamente un vincolo connaturato con l'esigenza di durabilità dell'azienda (3), ma da solo non assicura che i fini sociali delle aziende sanitarie pubbliche siano stati raggiunti (4). Ciò premesso è opportuno soffermarsi — in particolare — sulla natura dei ricavi di queste aziende. Nel bilancio delle aziende sanitarie i ricavi sono costituiti principalmente dai compensi capitari (espressivi di dati livelli medi di assistenza richiesti dalla regione per i residenti nel territorio di competenza) e dalle tariffe delle prestazioni (ospedaliere o specialistiche) (5). Tali ricavi non sono definiti dal mercato, cioè dall'incontro della domanda e dell'offerta, bensì sono determinati in via amministrativa dai soggetti che governano la sanità. Conseguenza di questa circostanza è che il conto economico delle aziende sanitarie presenta un minor contenuto informativo rispetto a quello delle imprese: infatti, non è in grado di evidenziare l'efficacia delle prestazioni poiché non esiste un mercato in grado di valorizzarle. La scelta della combinazione delle prestazioni da produrre ed erogare non è in alcun modo guidata dal conto economico e deve quindi essere risolta al di fuori degli strumenti contabili.

La logica a cui dovrebbe tendere la determinazione dei ricavi (i compensi per singola prestazione e anche le quote capitarie, che si configurano come combinazioni di prestazione mediamente riferite ad ogni residente nel territorio dell'azienda sanitaria) delle aziende sanitarie pubbliche è duplice:

- a) remunerare le prestazioni nei limiti in cui vengano adottate modalità

operative caratterizzate da condizioni operative appropriate ed efficienti;

b) impedire che l'offerta di prestazione (potente determinante della domanda) superi soglie incompatibili con le risorse finanziarie destinabili alla sanità.

Per perseguire queste finalità andrebbero innanzitutto definiti i costi *standard* delle singole prestazioni sanitarie; essi dovrebbero riflettere i costi di impiego dei diversi fattori produttivi (personale, beni di consumo, ammortamenti delle immobilizzazioni ecc.) che si dovrebbe sostenere nell'ipotesi di raggiungere un auspicato livello di efficienza (per questo motivo hanno una natura di costi-obiettivo) (6). I ricavi delle aziende sanitarie dovrebbero pertanto allinearsi ai costi *standard* da sostenere per la realizzazione di volumi di attività compatibili con le risorse disponibili, mentre i ricavi relativi a volumi di attività superiori a quelli suddetti dovrebbero rapidamente decrescere.

Adottando questa logica, però, il significato del risultato economico delle aziende sanitarie pubbliche non può riflettere — come nelle imprese — l'efficacia e l'efficienza della gestione svolta, ma solamente l'efficienza. Un risultato economico positivo o nullo segnala in generale che:

— la gestione ha superato o raggiunto i livelli di efficienza impliciti nella determinazione dei ricavi (corrispondenti ai costi *standard*);

— non sono stati superati i volumi di attività prefissati, oltre ai quali i ricavi sarebbero stati inadeguati.

Una configurazione dei ricavi così definita è quella che:

a) consente alle aziende sanitarie di ripetere continuamente i processi produttivi in essere riacquistando i fattori produttivi durevoli e non durevoli consumati;

b) non consente iniziative di sviluppo (salvo quelle attuabili con even-

tuali utili non distribuiti) alle quali devono essere destinati appropriati contributi (finanziamenti) in conto capitale.

Se i contributi in conto capitale vengono accreditati gradualmente in conto economico la capacità del conto economico di riflettere l'efficienza della gestione ne risulta pregiudicata. Infatti, è ben vero che — senza sterilizzazione — i ricavi dovrebbero di fatto limitarsi a coprire i costi, ma tali costi: a) rappresentano *standard*, cioè livelli di consumo delle risorse raggiungibili con soluzioni produttive caratterizzate da impegnativi livelli di efficienza; b) sono rapportati a specifiche prestazioni (compensi per singola prestazione) o a combinazioni di prestazione mediamente riferite ad ogni residente nel territorio dell'azienda sanitaria (compensi capitari). Se, invece, i contributi in conto capitale vengono gradualmente attribuiti a conto economico si rinuncia alla possibilità di esprimere un giudizio sull'efficienza con cui vengono impiegati i cespiti acquistati grazie a quei contributi.

Si consideri il seguente esempio che si riferisce all'ipotesi in cui i ricavi sono commisurati alle prestazioni. Supponiamo che una unità operativa di un'azienda sanitaria si sia dotata di una particolare attrezzatura del costo di 18.000, da ammortizzare in 10 anni,

che le permette di svolgere un particolare tipo di analisi. Il costo *standard* unitario previsto per quelle analisi, basato su un'ottimale impiego del personale e dei materiali e su un adeguato volume di sfruttamento dell'attrezzatura (nell'ipotesi 900 prestazioni l'anno) è riportato in tabella 1.

Sulla base di questo costo unitario *standard* viene stabilita una tariffa per prestazione di 8, fino alle prime 900 prestazioni, e valori decrescenti per volumi di prestazioni superiori a 900.

Se l'unità operativa in parola effettua solo 500 analisi l'anno (pur nell'ipotesi di raggiungere gli auspicati livelli di efficienza nell'impiego del personale e dei materiali) i suoi costi complessivi annui saranno quelli indicati in tabella 2.

Poiché i ricavi relativi a 500 prestazioni ad una tariffa di 8 (commisurata al costo unitario *standard*) ammontano solo a 4.000, il conto economico presenterà un risultato negativo di $(4.000 - 4.800) = -800$ derivante dalla circostanza che l'attrezzatura è stata impiegata per un volume di prestazione inferiore a quello programmato. In questo modo le conseguenze economiche degli investimenti che creano una capacità produttiva sovrabbondante rispetto alle necessità dell'azienda ricadono sul suo conto economico. Ciò dovrebbe indurre una maggior cautela nelle decisioni di investi-

Tabella 1

| | |
|----------------------------------------------------|----------|
| Costo del personale per prestazione..... | 4 |
| Consumo di materiali per prestazione | 2 |
| Ammortamento (18.000/10 anni/900 prestazioni)..... | 2 |
| Totale..... | 8 |

Tabella 2

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Costo del personale..... | 2.000 |
| Consumo di materiali | 1.000 |
| Ammortamento (18.000/10 anni) | 1.800 |
| Totale..... | 4.800 |

mento, e la ricerca di soluzioni alternative (come l'acquisto dall'esterno di determinate prestazioni) nei casi in cui non sia prevedibile un adeguato sfruttamento delle immobilizzazioni.

Invece, se i contributi in conto capitale sono trattati in modo tale da sterilizzare gli ammortamenti il risultato del conto economico risulta in pareggio anche se non si raggiunge il volume di attività auspicato. Ma così facendo il conto economico perde la capacità di segnalare l'efficienza delle prestazioni e si avvicina sempre più ad un rendiconto delle entrate e delle uscite. Dal conto economico non si riesce più a percepire se le immobilizzazioni sono utilizzate secondo gli auspicati volumi di sfruttamento. Una volta superata la fase critica del reperimento delle risorse finanziarie, il destino economico dei cespiti (e in particolare il loro adeguato sfruttamento) può essere di fatto completamente ignorato, poiché grazie alla sterilizzazione l'impiego dei cespiti non influisce sul risultato economico. In questo modo viene vanificato quello che forse è il più importante effetto dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale, con una soluzione che palesa fin troppo chiaramente la nostalgia per la «vecchia» contabilità finanziaria. Si ritorna quindi ai tempi in cui la ricerca dell'efficienza nell'impiego dei cespiti ammortizzabili non era certo un problema, come l'esperienza di molti investimenti dissennati compiuti in passato (come quelli di tipo edilizio) ha ampiamente dimostrato.

Per questi motivi riteniamo che i contributi in conto capitale vadano contabilizzati come elementi permanenti del patrimonio netto e gli ammortamenti dei beni acquisiti con i contributi suddetti non vadano sterilizzati. I costi sostenuti dall'azienda sanitaria vanno confrontati con i corrispondenti ricavi definiti sulla base di costi *standard*, determinati in modo

tale da riflettere i costi che l'azienda dovrebbe sostenere per produrre ed erogare dati volumi delle diverse prestazioni programmate. Nei casi in cui, a motivo del mancato raggiungimento dei livelli di utilizzo auspicati, i ricavi non coprono i costi, in conto economico deve essere rilevata la perdita, che in stato patrimoniale si traduce in una diminuzione del patrimonio netto. In questo modo risulta evidente che le aziende sanitarie che riescono ad impiegare efficientemente i cespiti ammortizzabili sono in grado di mantenere integro loro patrimonio, mentre le aziende che non ci riescono depauperano la loro dotazione di ricchezza.

Ad analoghe conclusioni si arriva anche nei casi in cui i ricavi sono costituiti da quote capitarie. Per la determinazione del valore della quota capitaria, dopo aver determinato nel modo sopra esemplificato le tariffe di tutte le prestazioni, va definita una combinazione di prestazioni media per ciascun residente che sia compatibile con le risorse disponibili. In questo modo l'ammontare complessivo dei ricavi è determinato in modo da «coprire» anche gli ammortamenti delle immobilizzazioni che si ritengono necessari per erogare quella combinazione di prestazioni. Gli eventuali investimenti in immobilizzazioni che eccedono quelle considerate nella definizione della quota capitaria generano dei costi non coperti dai ricavi, che si riflettono negativamente sul risultato economico.

Se, invece, gli ammortamenti vengono sterilizzati, dal conto economico sparisce l'effetto di tutti gli investimenti, anche di quelli che non sono giustificati dai livelli di assistenza programmati, e quindi verrebbe meno la preoccupazione di non commettere in futuro analoghi errori.

Le modalità attualmente in uso per determinare i compensi capitari e le tariffe dei ricoveri e della specialistica

sono ancora lontane dal modello qui tratteggiato. È però evidente che la logica di determinazione dei suddetti compensi e tariffe si muove nel senso indicato. Se si accetta la sterilizzazione degli ammortamenti si tende a trasformare il conto economico in un rendiconto delle entrate e delle uscite, impoverendone il contenuto informativo, di guida e di valutazione della gestione.

Sulla base di queste considerazioni non si può che esprimere un parere contrario anche per le soluzioni (previste in alcune regioni) di «sterilizzazione» del patrimonio «ereditato» (mediante la contabilizzazione fra i ricavi di quote del fondo di dotazione iniziale) (7) e dei beni acquisiti mediante «donazioni» (contabilizzando fra i ricavi quote della donazione). Esse non trovano alcuna giustificazione sotto il profilo della misurazione attendibile del risultato economico e del patrimonio netto.

L'intendimento delle regioni in esame sottrae i beni del patrimonio «ereditato» e quelli acquisiti con «donazioni» ai giudizi di efficienza propri della contabilità economico-patrimoniale e inquina il bilancio d'esercizio con elementi valutativi propri della contabilità finanziaria.

5. Conclusioni

I ricavi attualmente determinati nella gestione della sanità riflettono solo tendenzialmente la logica suesposta. Risultano talora poco adeguati a valutare realisticamente la capacità delle aziende sanitarie di realizzare comportamenti efficienti e dettano livelli di contenimento della produzione talvolta inattuabili. In altri termini, è necessario lavorare ancora per rendere i ricavi più vicini alla logica di determinazione dei costi *standard*.

Di fronte alla conseguente inadeguata capacità segnaletica dei conti

economici delle aziende sanitarie è naturale la tentazione di suggerire accorgimenti che, migliorando i risultati economici, riducano le ripercussioni sfavorevoli di risultati negativi non correttamente espressivi delle prestazioni della gestione aziendale. Sono quindi comprensibili e condivisibili le motivazioni profonde che hanno ispirato i comportamenti in materia di bilancio di quelle regioni che hanno optato per la sterilizzazione degli ammortamenti.

Ma, anche se le motivazioni si possono condividere, non si può essere consenzienti sui metodi proposti. Non ci sembra ragionevole sostenere che: a) poiché i ricavi delle aziende sanitarie, a motivo della complessità del processo di determinazione dei costi *standard* del prodotto sanitario e dei crescenti limiti di spesa, non sono sovente determinati in modo soddisfacente e b) poiché le conseguenze di un conto economico in perdita appaiono indesiderabili sia ai soggetti politici che governano la sanità sia ai *manager* che guidano le aziende, si debbano introdurre trattamenti contabili che deteriorano il contenuto informativo dei bilanci d'esercizio. Le soluzioni contabili adottate in talune regioni, oltre a creare confusione in quanto ostacolano i giudizi sull'andamento della gestione delle aziende sanitarie appartenenti alle diverse regioni, non fanno progredire nella logica di utilizzo di strumenti contabili moderni, favorevoli alla trasparenza e autenticamente

orientati alla incentivazione di comportamenti gestionali corretti.

(1) Si veda: Santesso e Sòstero (1999), par. 3.6.

(2) Si veda Sòstero e Ferrarese, 1995.

(3) Si vedano: Airoidi, Coda e Brunetti (1994), cap. IX; Zanetti e altri (1996), pag. 477 e ss.

(4) Come hanno notato Battaglia e Zavattaro (1997), nelle aziende sanitarie pubbliche si presenta addirittura il paradosso di poter mantenere l'equilibrio economico, o peggio garantire risultati positivi, riducendo i servizi al di sotto delle aspettative della collettività, e quindi a scapito del raggiungimento delle finalità istituzionali.

(5) Sui meccanismi di remunerazione dei servizi prestati dalle aziende sanitarie si veda Zanetti e altri (1996), pag. 159 e ss.

(6) Il processo di determinazione dei costi *standard* (vedi Brunetti e Santesso, 1994, pag. 293) richiede che per ciascun centro di costo:

— siano definite le condizioni operative *standard*, cioè tra le possibili alternative di svolgimento dell'attività vengano scelte quelle da considerare come riferimento e obiettivo per le attività future;

— sia definito il livello obiettivo di efficienza nello svolgimento delle attività;

— siano determinati gli *standard* fisici, cioè le quantità di fattore produttivo da impiegare per una unità di produzione;

— siano determinati gli *standard* monetari unitari, cioè il costo *standard* per unità di ciascuno dei fattori produttivi.

Quest'ultima operazione, nel caso di fattori produttivi che perdono valore nel tempo (in modo relativamente indipendente dal grado di utilizzo), come gli immobili e le attrezzature sanitarie, richiede la determinazione anche del volume di attività programmata.

(7) Taluni hanno osservato che il processo di valorizzazione del patrimonio alla costituzione delle aziende è risultato spesso significativa-

mente approssimato. Pertanto la relativa sterilizzazione potrebbe essere considerata un'utile contromisura. È invece nostra convinzione che se il patrimonio iniziale è stato valutato in modo approssimativo, come è peraltro plausibile data la complessità e onerosità del processo, non si debba rinunciare alla valutazione dei costi derivanti dal suo utilizzo negli esercizi successivi all'avvio della contabilità economico-patrimoniale, ma si debba invece rettificare gli errori di valutazione effettuati inizialmente contabilizzando adeguati componenti straordinari di reddito oppure rettificando, in un numero limitato di esercizi futuri, il patrimonio netto.

BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1994), *Economia aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- BATTAGLIA G., ZAVATTARO F. (1997), *L'introduzione della contabilità economico patrimoniale: quali strumenti operativi per l'interpretazione dei valori economici*, Mecosan, 21.
- BRUNETTI G., SANTESSO E. (1994), *Amministrazione e controllo*, Enciclopedia dell'impresa, UTET, Torino.
- CONSIGLIO NAZIONALE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E CONSIGLIO NAZIONALE DEI RAGIONIERI (1996), *Principi Contabili*, doc. n. 16, «Le immobilizzazioni materiali», Giuffrè, Milano.
- INTERNATIONAL ACCOUNTING STANDARDS COMMITTEE (1998), *International Accounting Standards 1998* (trad. it.: a cura di A. Piccoli (1998), «Principi contabili internazionali» IAS 1998, Il Sole 24 Ore, Milano).
- SANTESSO E., SÒSTERO U. (1999), *I principi contabili per il bilancio d'esercizio*, 2ª ed., Il Sole 24 Ore, Milano.
- SÒSTERO U., FERRARESE P. (1995), *Il rendiconto finanziario*, Giuffrè, Milano.
- ZANETTI M., MONTAGUTI U., RICCIARELLI G., CELIN D., PIERONI G., CASADIO E., CURCIO RUBETINI B., ZAPPI A. (1996), *Il medico e il management*, Forum Service Editore, Genova.

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.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

SPUNTI DI RIFLESSIONE PER LA RICERCA IN SANITÀ

CeRGAS - Università Bocconi

Il documento che viene qui pubblicato è stato presentato al convegno tenutosi a Milano l'11 dicembre 1998 in occasione dei venti anni di attività del CeRGAS. Esso vuole, per ognuno dei temi indicati, fornire una rappresentazione estremamente sintetica del percorso di ricerca del Centro, percorso che ha accompagnato e spesso anticipato le dinamiche del SSN. Poiché l'approccio seguito dal CeRGAS ha sempre privilegiato uno stretto raccordo tra sistematizzazione concettuale e concrete pratiche gestionali, attraverso il documento il lettore può seguire non solo l'evoluzione di un percorso di ricerca, ma anche i principali assi e snodi dei processi di cambiamento che hanno interessato il nostro sistema sanitario.

SOMMARIO: 1. Il contributo dell'economia aziendale e delle discipline manageriali ai fini del sistema sanitario, di *Elio Borgonovi* - 2. Assetti istituzionali e meccanismi di «governance», di *Mario Del Vecchio* - 3. Management sanitario, di *Antonello Zangrandi* - 4. Regole di sistema ed economicità nelle aziende sanitarie pubbliche, di *Andrea Garlatti* - 5. I sistemi di rilevazione, di *Francesco Zavattaro* - 6. Logiche e strutture organizzative nelle aziende sanitarie, di *Mara Bergamaschi* - 7. Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche e la responsabilizzazione economica dei professionisti, di *Giorgio Casati* - 8. Dalle valutazioni economiche alle valutazioni di convenienza aziendale, di *Giovanni Fattore* - 9. Il governo della domanda: riassetto del settore territoriale e rapporti con i MMG, di *Francesco Longo* - 10. La gestione del personale nelle aziende sanitarie, di *Federica Bandini* - 11. La comunicazione sanitaria, di *Giorgio Fiorentini* - 12. I contributi delle aziende *non profit* e il settore socio-sanitario, di *Anna Merlo* - 13. Il ruolo dell'*Information Technology* nelle aziende sanitarie, di *Luca Buccoliero* - 14. I contributi del settore privato: società miste e finanza di progetto, di *Marco Meneguzzo*.

1. Il contributo dell'economia aziendale e delle discipline manageriali ai fini del sistema sanitario

Il progresso scientifico che ha aumentato il numero di problemi di salute cui è concretamente possibile dare una risposta parziale o risolutiva, il progresso civile e sociale che ha portato in molti Paesi a definire la salute come diritto del cittadino e in molti altri a individuare la salute come bisogno meritevole di particolare tutela giuridica o di specifiche politiche pubbliche, l'evoluzione di comportamenti sociali che orientano le persone ad attribuire sempre maggiore priorità alla qualità di vita, hanno contribuito a dare crescente criticità al rapporto bisogni-risorse nel settore sanitario.

Un rapporto che, a seconda dei criteri che si assumono, può essere qualificato come ottimale, soddisfacente, accettabile, sostenibile, compatibile con lo sviluppo dei valori sociali e dell'economia, può essere perseguito agendo separatamente sui due elementi, la dinamica dei bisogni e la disponibilità delle risorse, o invece considerando le relazioni di interdipendenza tra due elementi.

Interventi del primo tipo sono quelli che, da un lato introducono forme esplicite di selezione e processi decisionali che stabiliscono priorità tra gli stessi, dall'altro si propongono di governare aumenti limitati o addirittura riduzioni della quantità di risorse destinate alla tutela della salute (vincoli di finanza pubblica).

Interventi del secondo tipo sono quelli che hanno lo scopo di aumentare la produttività del sistema nella fase in cui le risorse sono impegnate per soddisfare i bisogni finali delle persone (fase della produzione-erogazione dei servizi sanitari). Essi hanno lo scopo di migliorare la correlazione tra benessere sociale di una comunità locale, nazionale, sovranazionale (che dipende dal benessere delle singole persone e dalle relazioni che tra loro si stabiliscono) e ricchezza economica (che si definisce in questo modo poiché composta da risorse scarse), aumentando il rapporto tra utilità «potenziale» e utilità «effettiva» che si riesce a trarre dall'impiego delle risorse disponibili.

L'azienda è definibile appunto come il sistema che consente di ridurre la perdita di «potenziale», che sempre si

ha nei concreti processi di impiego delle risorse, in quanto risponde alla duplice logica di:

— ricercare continuamente modalità alternative di acquisizione e di impiego delle risorse stesse per non dover ridurre i bisogni soddisfatti e, anzi, per poterli ampliare al fine di aumentare il benessere della società;

— verificare continuamente che i bisogni soddisfatti siano reali (e non impropriamente indotti) e siano quelli più rilevanti dovendo rispondere al vincolo delle risorse dato da una ricchezza economica scarsa rispetto alla molteplicità dei bisogni.

Lo specifico contributo del modello aziendale deriva dal fatto che il problema del rapporto fini-mezzi, bisognorisorse non viene mai affrontato considerando uno dei due elementi «variabile dipendente» dell'altro e accettando i vincoli come un dato immutabile o che vi siano vincoli e soluzioni deterministiche predefinite o regole esterne che automaticamente garantiscono l'equilibrio. Nel modello logico dell'azienda il rapporto fini-mezzi può e deve essere continuamente modificato in senso migliorativo sviluppando e applicando conoscenze (sapere), competenze e abilità tecniche e operative (saper fare), comportamenti (saper essere) relativi ai processi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, alla organizzazione del lavoro e al coordinamento di molte persone che concorrono a produrre prestazioni e servizi di tutela della salute, alla raccolta delle informazioni utili per conoscere la realtà su cui si deve agire, a decidere sulle priorità e sulle diverse alternative di comportamento, alla previsione sulle esigenze future di tutela della salute e alla predisposizione «in anticipo» delle azioni per farvi fronte.

Le discipline aziendali e quelle manageriali hanno sviluppato, con riferimenti a questi aspetti del funzionamento delle «unità giuridico-istituzionali», che producono ed erogano prestazioni e servizi sanitari (si chiamino esse unità o aziende sanitarie locali, enti o aziende ospedaliere o presidi multizonali, enti o istituti o aziende di assistenza e ricerca), teorie, metodi e tecniche che hanno un oggetto comune (appunto l'azienda) e riferimenti culturali diversi. Le discipline aziendali si sono sviluppate nel contesto centroeuropeo mentre le discipline manageriali si sono sviluppate nel contesto nordamericano, del Regno Unito e dei Paesi che a tali tradizioni si richiamano. I due termini, aziendale e manageriale, spesso sono usati come sinonimi anche se vi sono differenze riferibili al fatto che le discipline aziendali si caratterizzano per una prospettiva sistemico-deduttiva derivando da una concezione istituzionale della realtà (nella quale è centrale il ruolo delle istituzioni pubbliche, come lo Stato e gli enti locali, o private come la famiglia o l'impresa), mentre le discipline

manageriali si caratterizzano in quanto privilegiano la prospettiva pragmatico-induttiva centrata sulla funzione di chi ha responsabilità del governo economico delle istituzioni (i *manager*).

Per quanto riguarda la sanità si può dire che i contributi degli studi e ricerche, di tipo aziendale e manageriale, possono essere così sintetizzati, almeno se si considerano gli ultimi 20 anni nel nostro Paese:

1) diffusione della consapevolezza che per risolvere i problemi della qualità e del livello di tutela della salute sono utili/necessari i concetti/modelli/strumenti aziendali: l'efficacia di tale azione è dimostrata dal recepimento esplicito nelle leggi di concetti, dei principi e dei criteri aziendali e dal fatto che essi sono entrati «a pieno titolo» nel dibattito sulla sanità;

2) chiarificazione del fatto che i principi di efficacia, efficienza, economicità, funzionalità, massimizzazione dei fini, creazione del valore, equilibrio domanda-offerta nel breve e lungo periodo ed altri ad essi correlati, richiedono uno specifico adattamento al settore sanitario in relazione alla specifica natura del bisogno (legato ai valori profondi della vita, della morte e della sofferenza), alle implicazioni psicologiche, etiche e morali (che incidono sui comportamenti e sulla possibilità di applicare criteri di «razionalità economica»), alla natura fiduciaria del rapporto medico-paziente (che modifica l'ipotesi di completa separazione tra domanda e offerta), alla non sempre facile misurabilità dei risultati (per cui si possono avere valutazioni diametralmente opposte sulla validità delle azioni compiute);

3) definizione, sperimentazione e applicazione di strumenti di analisi organizzativa, economica, decisionale e valutativa che hanno consentito azioni di razionalizzazione del sistema di offerta (peraltro ancora insufficiente) e di reagire, senza una eccessiva riduzione dei livelli assistenziali, ai crescenti vincoli esterni;

4) diffusione in un numero più ampio di «decisori» e «operatori» della sanità, di una forte «tensione al cambiamento» e disponibilità ad acquisire nuove conoscenze utili a governare il cambiamento stesso.

Le linee di tendenza ipotizzabili per il futuro della ricerca aziendale e manageriale possono essere così identificate:

1) creare quelli che si possono definire «anticorpi scientifici» capaci di immunizzare ricercatori, decisori delle politiche sanitarie, responsabili della gestione delle aziende sanitarie di vario livello, operatori, dalla tentazione di applicare, in modo meccanicistico, presunte «soluzioni ottimali» sul piano dei sistemi di gestione;

2) individuare sistemi e processi decisionali idonei a fondere o almeno a creare un bilanciamento tra criteri decisionali medico-scientifici, di razionalità economica e organizzativa, etici e di rispetto dell'umanità della persona e della speranza per una salute migliore, speranza che mai va negata senza però dare spazio al sorgere di illusioni che possono essere facilmente strumentalizzabili;

3) individuare sistemi di misurazione dei risultati capaci di integrare dati e indicatori di tipo quantitativo e basati su metodi «oggettivi» con dati e indicatori di natura qualitativa e tali da consentire l'espressione della soggettività;

4) stimolare la semplificazione delle «regole di contesto» (normativa, processi politici, comportamenti sociali consolidati) che impediscono alle «unità che producono ed erogano servizi» di funzionare realmente come aziende e di sprigionare tutto il proprio potenziale;

5) definire modalità di funzionamento, indirizzi di azione, sistemi di valutazione dei risultati idonei a favorire l'ottenimento dell'equilibrio (espresso dalla soddisfazione dei cittadini utenti dei servizi di salute e degli operatori che li erogano ancor prima che di tipo economico) sia a livello di singola azienda che a livello più complessivo di sistema regionale e nazionale.

2. Assetti istituzionali e meccanismi di «governance»

I processi di aziendalizzazione nel SSN stanno modificando profondamente il quadro di riferimento entro il quale si pone il problema degli assetti e dei meccanismi di governo delle aziende sanitarie pubbliche. I temi tipici della «corporate governance» come ad esempio «chi deve comandare in azienda», «chi e come può e deve controllarne l'operato», «quali debbano essere i margini di autonomia di una azienda all'interno di un gruppo» sono sempre stati largamente presenti nel dibattito del SSN e hanno influenzato molte delle sue riforme. Tali questioni, tuttavia, venivano prevalentemente affrontate sotto il profilo della «razionalità istituzionale e politica» (ruolo, poteri e responsabilità delle diverse istituzioni) piuttosto che sotto quello aziendale del rapporto tra proprietà (ancorché *sui generis*) e *management* e delle condizioni per una efficace azione del *management* stesso.

L'approccio sta mutando e i problemi assumono una forma diversa come testimonia, ad esempio, il fatto che uno dei fenomeni avvertiti come maggiormente critici sia il rapporto tra le esigenze del sistema politico-istituzionale regionale di assicurarsi un grado di controllo sulle aziende sanitarie pubbliche adeguato alle nuove responsabilità del livello regionale (principalmente, ma non esclu-

sivamente, la copertura di eventuali *deficit*) e i nuovi spazi di azione che alle stesse aziende si aprono con il progressivo smantellamento dei tradizionali vincoli e controlli burocratici e il cambiamento delle regole relative al finanziamento.

A conclusione di una evoluzione degli assetti istituzionali che a livello di azienda ha visto l'emergere di una direzione generale con poteri tendenzialmente ampi e l'allontanamento del potere politico dai fatti gestionali, mentre il dibattito sulla proprietà istituzionale ha indicato chiaramente nella Regione «l'azionista di riferimento», si sta quindi imponendo una riflessione sugli elementi e meccanismi che sono in grado di influenzare e guidare il comportamento delle aziende.

Tra questi alcune recenti ricerche del CeRGAS hanno segnalato come particolarmente critiche:

— processi e criteri di nomina e revoca dei Direttori generali con le ovvie difficoltà a gestire chiare ed aperte assunzioni di responsabilità politica in una prospettiva di *spoils system*;

— ruolo ed effettive capacità degli apparati regionali nella gestione di gruppi aziendali complessi e di dimensioni rilevanti come quelli costituiti dalle aziende sanitarie con l'emergere di nuovi soggetti (agenzie regionali) e il ridisegno delle funzioni attribuite agli assessorati;

— capacità di pressione e comportamenti della popolazione sia come utenti/clienti dei servizi sia attraverso l'azione degli enti locali che rimangono in molte Regioni attori rilevanti nello scenario delle aziende;

— orientamenti personali dei Direttori generali che possono tendere a privilegiare una *accountability* (a chi ritengo di dovere rispondere) verso soggetti diversi quali il sistema politico, l'istituzione regionale, i bisogni della popolazione, l'azienda e le sue potenzialità di sviluppo.

Una valutazione della attuale situazione non può che segnalare una sostanziale debolezza nei meccanismi di governo di queste aziende, sia per carenze specifiche in alcuni degli elementi precedentemente menzionati che per una loro complessiva insufficienza a garantire un governo adeguato rispetto a dimensioni, gradi di autonomia (effettivi o solo ricercati) e rilevanza degli interessi coinvolti che caratterizzano queste aziende.

Come dotare le aziende sanitarie di assetti e meccanismi di governo tali da assicurare una equilibrata rappresentanza dei principali interessi coinvolti (equilibrio politico-istituzionale) ed efficace azione di controllo sull'operato del *management* (*governance* in senso aziendale) con una adeguata autonomia dell'azienda e del suo *management* rappresenta la sfida sia concettuale che operativa del prossimo futuro.

3. Management sanitario

Promuovere le condizioni per l'autonomia del *management* delle aziende sanitarie: potrebbe essere una sintesi dei percorsi di ricerca che hanno contraddistinto fino ad oggi l'attività di ricerca in questo campo all'interno del CeRGAS.

La caratterizzazione del *management* sanitario pubblico appare significativa non solo per la necessità di innovare rispetto alla storia della dirigenza pubblica che ha visto nel passato prevalere una esclusiva valenza tecnico-professionale oppure una visione burocratica collegata al compito e all'atto amministrativo, ma anche per lo specifico ruolo che il *management* assolve all'interno di queste organizzazioni. Due fattori appaiono estremamente significativi.

1) I complessi processi organizzativi, gestionali e le connesse misurazioni all'interno delle aziende sanitarie sono volti alla realizzazione di un servizio (appunto quello sanitario) fortemente variabile nel tempo (si pensi in questi venti anni allo sviluppo non solo delle tecnologie, ma anche delle tecniche diagnostiche e terapeutiche, nonché alle modalità individuate per il trattamento dei casi) e caratterizzato per una forte personalizzazione (la ricerca del miglior trattamento per ciascun caso). Tutto ciò comporta un forte decentramento dei processi decisionali sulla utilizzazione delle risorse e perciò sulla ricerca di efficienza e qualità. Quello delle aziende sanitarie è un ambiente dove i processi discrezionali sulle risorse sono decentrati e dove il governo complessivo delle aziende risulta essere collegato alla realizzazione di politiche di intervento capaci di sviluppare decentramento dei risultati e politiche di responsabilizzazione diffusa. Sono organizzazioni nelle quali la presenza di professionisti è numericamente e percentualmente molto alta e nelle quali la necessità di coinvolgere i professionisti nella gestione risulta essere evidentemente elevato.

2) La presenza di influenze politiche nelle aziende è variabile nel tempo, ma comunque sempre elevata. Le aziende sanitarie hanno rappresentato in questi anni un «punto di riferimento» per tutto il sistema pubblico dell'intervento della politica nella gestione. Si pensi all'evoluzione dal Comitato di gestione espresso dai Comuni con la partecipazione anche delle minoranze, al Comitato di gestione espresso sempre dai Comuni ma dalle sole maggioranze, all'Amministratore straordinario espressione di un passaggio ad un sistema inteso a valorizzare la professionalità, al Direttore generale unica espressione della Regione, all'attuale proposta contenuta nella legge delega di reintrodurre un ruolo dei Comuni nella valutazione del Direttore generale, alla ventilata proposta di costituire in ciascuna

azienda un Consiglio di amministrazione. Il ruolo della politica nelle aziende sanitarie pubbliche è comunque forte proprio per gli interessi in gioco e per gli stretti legami (spesso definiti «di clientela») che inevitabilmente si creano tra chi chiede risorse e chi è chiamato a decidere sulla priorità delle stesse.

Per rivendicare, in questo contesto, l'autonomia del *management* occorre non solo definire le funzioni e i compiti, i rapporti con i politici, ma soprattutto occorre ridefinire le modalità di azione, il rapporto con l'organizzazione, i criteri di valutazione dei risultati. L'autonomia del *management* si concreta in un forte orientamento ai risultati, alla necessità di sviluppare una azione organizzativa capace di mettere al centro dell'impegno professionale di ogni e di tutte le persone il perseguimento di obiettivi espliciti concordati in sede preventiva.

Quali sono le condizioni da un lato e gli strumenti dall'altro per valorizzare e per rendere effettiva questa prospettiva? A queste domande hanno inteso dare risposta le ricerche condotte nell'ambito del CeRGAS.

Esse hanno riguardato i vari campi dell'azione manageriale avendo come focus fondamentale i processi di cambiamento organizzativo e gestionale: infatti il *management* sanitario in questi anni (dalla approvazione della legge 833/78) si è dato carico di un compito fondamentale; quello di trasformare i servizi sanitari, modificare i processi di erogazione dei servizi. In questa ottica è apparso fondamentale comprendere non solo le conseguenze organizzative ed operative, ma anche le implicazioni in termini di *skill*, le capacità del *management*, ed è parso altrettanto fondamentale esplicitare non solo il ruolo sotto il profilo di inquadramento giuridico formale dei dirigenti, ma anche le motivazioni e i comportamenti manageriali.

Le ricerche sul contenuto manageriale nelle aziende sanitarie si sono svolte in modo continuo (dalla prima ricerca del 1978 relativa alla sensibilità economica dei dirigenti sanitari e amministrativi e da quella del 1981 sul ruolo dei coordinatori sanitari e amministrativi, all'ultima in ordine di tempo, circa le proposte di innovazione nei contratti dei dirigenti) evidenziando da un lato i cambiamenti intercorsi e dall'altro il ruolo del *management*, inteso anche come spazio di azione, nel quale si esercita una propria autonomia e si manifesta una propria responsabilità.

Conseguenza rilevante di questo orientamento di ricerca è la identificazione del fabbisogno di formazione manageriale. Infatti la ricerca del ruolo del *management* sanitario, la identificazione di spazi di azione, nonché la evidenziazione di strumenti di governo delle aziende, è stata anche finalizzata alla migliore comprensione del fabbisogno di formazione manageriale, formazione manageriale

intesa come modalità per investire sugli uomini, per sviluppare conoscenze e capacità.

Nella esperienza di ricerca grande rilevanza ha infatti assunto l'attività di formazione manageriale che in questi anni si è sviluppata all'interno della Scuola di direzione aziendale della Università L. Bocconi, attività che è stata da un lato stimolo nell'orientare la ricerca sui temi ritenuti «critici» dai partecipanti alle iniziative formative e dall'altro ha costituito un naturale e molto efficace «banco di prova» per verificare la qualità e l'utilità pratica dei modelli analitici, interpretativi e normativi espressi dalla ricerca ha contribuito.

Per il futuro il ruolo del *management* nelle aziende sanitarie pubbliche dovrà consolidare la sua reale autonomia e affinché ciò accada effettivamente è necessario che si consolidi una cultura manageriale, una cultura della responsabilizzazione sui risultati. In questa direzione appare fondamentale che la ricerca identifichi le modalità per favorire quell'equilibrio tra scelte politiche e azione manageriale, tra obiettivi di equilibrio economico e vincoli sociali e politici, tra azioni volte alla tutela e garanzia dell'azione pubblica ed efficienza nei processi decisionali e operativi.

La cultura manageriale necessita anche di creare un maggiore identificazione di ruolo, la nascita di un gruppo di dirigenti che sappia essere punto di riferimento del cambiamento e nello stesso tempo capace di formare giovani che vogliono diventare attori di questo cambiamento. Il CeRGAS nei prossimi anni si propone di realizzare questo progetto: una rete diffusa di dirigenti che vogliono costruire un luogo di confronto, dibattito, apprendimento e proposizione sui processi decisionali nelle aziende sanitarie pubbliche, sulle modalità per perseguire l'economicità, sul raggiungimento di un migliore livello di servizio sanitario, sulle uniformità e le differenze tra *management* di aziende sanitarie pubbliche e private, sugli strumenti più efficaci per favorire il rapido trasferimento del «sapere, saper fare, saper essere di tipo manageriale» da una realtà ad altre.

4. Regole di sistema ed economicità nelle aziende sanitarie pubbliche

I recenti processi di aziendalizzazione, da un lato, e di regionalizzazione, dall'altro, della sanità hanno posto con forza l'esigenza di ripensare organicamente il contenuto e le modalità di attuazione delle politiche di indirizzo, coordinamento e controllo dei sistemi sanitari regionali, che si configurano sempre più come sistemi di aziende ordinate secondo una logica di gruppo pubblico.

In questo quadro diventano rilevanti come oggetti di studio ed approfondimento i seguenti aspetti:

a) analisi e valutazione dei profili di criticità del momento regionale di governo;

b) analisi, valutazione e specificazione delle esigenze di autonomia strategica, decisionale e operativa delle aziende sanitarie;

c) concettualizzazione e specificazione delle esigenze di integrazione, coordinamento e controllo a livello regionale;

d) individuazione e specificazione dei meccanismi di funzionamento più idonei ad un equilibrato sviluppo e funzionamento del sistema;

e) indicazioni e proposte riferite sia al sistema dei ruoli istituzionali ed organizzativi, sia agli strumenti da attivare.

La ricerca è stata condotta sia attraverso un'analisi teorica della complessa materia, sia attraverso analisi empiriche condotte sul campo, che hanno contribuito ad offrire un quadro dei diversi punti di vista dei principali attori istituzionali, con particolare riferimento al ruolo e alle prerogative dell'Agenzia regionale della sanità.

Le ricerche sia di natura teorica che empirica sviluppate in anni recenti hanno fatto emergere alcuni problemi critici nel governo dei sistemi sanitari regionali e segnatamente i seguenti:

a) la presenza in capo al momento regionale di vari livelli di complessità, tra cui, in particolare:

— l'esigenza di reinterpretare il proprio ruolo di indirizzo, coordinamento e controllo elaborando una nuova strumentazione giuridica e tecnica idonea a favorire lo sviluppo di un sistema di aziende autonome;

— l'esigenza di agire, per il miglioramento del sistema, sia a livello di regione che a livello di singole aziende e di attivare processi di cambiamento non spontanei e disordinati ma orientati a comporre un sistema sanitario regionale organico e caratterizzato da comuni regole di comportamento;

— la rilevante difficoltà di definire per le singole aziende un mandato che sia al contempo rispettoso dell'autonomia aziendale e del coordinamento ed integrazione a livello di sistema;

— l'esigenza di ridefinire, per le regioni, i campi di applicazione delle funzioni legislativa, amministrativa, programmatica e di verifica dei risultati;

b) la difficoltà a far seguire ai mutamenti istituzionali mutamenti nelle variabili organizzative (difficoltà di implementazione del nuovo modello);

c) la debolezza organizzativa degli apparati regionali in rapporto a quelli aziendali;

d) l'orientamento bifronte delle aziende che da un lato rivendicano maggiore autonomia strategica e possibi-

lità di innovazione reale, mentre dall'altro richiedono un maggiore supporto da parte delle strutture regionali per l'impostazione di alcuni problemi trasversali.

L'analisi empirica riferita in particolare alle regioni nelle quali è stato adottato il modello dell'Agenzia regionale dotata di poteri di coordinamento delle aziende più o meno ampi, oltre a confermare la presenza delle problematiche appena citate, previste e prefigurate dalle teorie, ha messo in evidenza i seguenti aspetti:

— le nuove esigenze di governo del sistema sanitario hanno messo in crisi le strutture dell'apparato regionale;

— in presenza di agenzia con forti poteri ed elevate professionalità ampi spazi decisionali sono stati occupati dall'Agenzia stessa;

— quest'ultima ha progressivamente svolto anche una funzione di supplenza strategica;

— complessivamente il sistema ha dato prova di buona capacità di controllo a livello economico finanziario e generalmente a livello di offerta;

— il ruolo dell'Agenzia ha tuttavia fatalmente condotto a limitare le prerogative delle aziende e a ridurre il ruolo dell'assessorato;

— nel caso di Agenzie con poteri e professionalità deboli si è avuta una crescente confusione di ruoli e di responsabilità con l'assessorato e l'insorgere di nuovi collettivi, palesi o latenti, sul processo di definizione alla luce di indirizzo, preparazione e controllo regionale.

I rischi di medio termine connessi al modello di «agenzia forte» consistono nella riduzione del tasso di innovazione e sviluppo da parte delle aziende e di un governo del sistema sbilanciato sul versante dell'offerta, con indebolimento delle politiche sanitarie in senso stretto (versante della domanda).

Occorre dunque passare ad una seconda fase di sviluppo del sistema nel quale l'agenzia come organismo tecnico promuova e faciliti l'innovazione, l'autonomia e la competitività aziendale e le strutture politico-amministrative degli assessorati regionali si attrezzino per assumere il ruolo loro proprio di esplicitare la domanda di servizi sanitari e le sottostanti politiche sanitarie coordinandole con le più generali politiche della Regione.

Le ricerche finora svolte hanno evidenziato la tendenza dei sistemi sanitari regionali nel nostro Paese a strutturarsi progressivamente non più su due, ma su tre livelli (Regione, Agenzia, Aziende), sia pure secondo modelli diversi, alcuni più orientati a vedere l'Agenzia come controparte della Regione, altri più orientati a vedere l'Agenzia come supporto degli assessorati regionali.

L'analisi dei punti di forza e debolezza delle diverse impostazioni costituisce sicuramente argomento di studio e

approfondimento per il futuro. Parimenti centrale appare la definizione, in armonia con i principi comunitari, di regole e politiche di sistema che consentano un progressivo allineamento di condotta, prerogative ed obblighi delle aziende pubbliche e delle aziende private, al fine di introdurre una più incisiva pressione concorrenziale nel comparto sanitario. Ciò comporterà un deciso ripensamento del ruolo dell'organizzazione diretta piuttosto che del mercato ai fini dell'ottenimento dei servizi necessari alle politiche sanitarie. Come effetto collaterale, similmente a quanto sta avvenendo in altri importanti settori di servizi pubblici, il programmatore regionale dovrà riorientare le proprie relazioni con le aziende, abbandonando o ripensando quelle basate sul vincolo proprietario e rafforzando quelle basate sul rapporto contrattuale, secondo una logica di centro strategico di acquisto.

5. I sistemi di rilevazione

I sistemi di rilevazione sono interpretati dall'economia aziendale come l'insieme degli strumenti, dei criteri e delle logiche attraverso cui le organizzazioni di ogni tipo provvedono ad alimentare in forme contabili, e oggi sempre più extra-contabili, la raccolta sistematica e il trattamento dei dati e delle altre informazioni elementari.

I sistemi di rilevazione sono quindi tipicamente finalizzati a supportare, mediante opportune misurazioni:

— la rappresentazione dei fenomeni economici e non economici che caratterizzano l'agire dell'azienda e la loro comunicazione ai soggetti interessati;

— l'attività decisionale di guida e di governo ai diversi livelli di responsabilità, secondo le rispettive competenze.

In sanità, limitando l'analisi al periodo successivo all'istituzione del SSN, l'evoluzione dei sistemi di rilevazione può correttamente essere interpretata con riferimento a tre diverse fasi storiche, ciascuna caratterizzata da esigenze conoscitive, e quindi di misurazione, sensibilmente diverse:

a) la prima fase, che potremmo definire del governo della spesa o degli «input», si è qualificata per un'attenzione prevalente ai meccanismi di formazione della spesa sanitaria e alla sua comprensione rispetto ad aggregati economici significativi (per fattori della produzione quale ad esempio la spesa farmaceutica, o per funzioni quale ad esempio la spesa ospedaliera);

b) la seconda fase, che può essere denominata del governo dell'«output», ha visto uno spostamento dell'attenzione verso le esigenze di comprensione dei meccanismi di formazione qualitativa e quantitativa dei risultati sa-

nitari (prestazioni e servizi) prodotti dalle strutture ospedaliere e territoriali, con un crescente coinvolgimento delle professionalità mediche nella definizione dei criteri e dei meccanismi di misurazione (ne sono un significativo esempio lo sviluppo del metodo dei DRG's);

c) la terza fase, oggi in sviluppo e che potrebbe essere definita del governo delle «performance», vede uno spostamento ulteriore verso le esigenze di comprensione dei risultati globali realizzati da organizzazioni complesse (le aziende) rispetto alla loro collocazione nel sistema socio-sanitario e quindi nella ricerca di condizioni di equilibrio economico di breve e di medio/lungo periodo, di capacità di innovazione e di sviluppo, di creazione di consenso sociale, di soddisfazione delle attese dell'utenza.

In realtà, è forse opportuno sottolineare come ciascuna fase abbia integrato la precedente piuttosto che sostituirla.

Il CeRGAS, attraverso la sua attività di ricerca di base e sul campo, ha accompagnato l'evoluzione descritta, svolgendo in molti casi (documentati dalla ricca attività pubblicistica in materia) il ruolo di promotore di nuove logiche e di nuovi strumenti di misurazione e di rilevazione che, seppur mediati dalla più consolidata esperienza delle imprese, sapessero cogliere le specificità e le peculiarità del settore sanitario e delle sue articolazioni organizzative.

In particolare:

a) durante la prima fase, l'attività di ricerca si è sviluppata su due filoni principali. Un primo terreno di elaborazione scientifica e di sperimentazione ha riguardato il sistema delle rilevazioni contabili di bilancio (la contabilità pubblica o finanziaria) e la possibilità di elaborare informazioni utili per un governo più efficace della spesa sanitaria attraverso l'integrazione o il superamento della logica dei tetti di spesa. Un secondo filone ha cercato di rispondere in forma più stringente alle esigenze di conoscenza e di controllo dei meccanismi di spesa all'interno delle strutture di offerta (presidi, distretti, divisioni e servizi ospedalieri), attraverso l'avvio delle prime esperienze di determinazione dei costi e di introduzione delle cosiddette contabilità analitiche (contabilità di magazzino, contabilità per centri di costo, ecc.). Tali studi e ricerche hanno poi contribuito in modo sostanziale alla formulazione di quel corpo di critiche costruttive che hanno portato in tempi recenti al superamento della contabilità pubblica e all'introduzione della cosiddetta contabilità economico-patrimoniale;

b) la seconda fase si è caratterizzata per lo sviluppo fondamentalmente di tre nuove (almeno per il sistema sanitario italiano) esigenze:

— la responsabilizzazione economica delle unità organizzative e dei professionisti medici,

— lo sviluppo di strumenti a supporto della programmazione della gestione da un lato e del calcolo dei risultati parziali (di singole unità organizzative) e complessivi (dell'intera azienda) dall'altro,

— la crescente attenzione al tema della qualità delle prestazioni, alla sua promozione nei processi tecnici ed assistenziali, al controllo della domanda e dell'offerta.

In questa fase hanno quindi preso corpo le prime esperienze di introduzione di sistemi di gestione e di responsabilizzazione budgetaria, di sistemi di *reporting* in grado di sostenerli, di strumenti di rappresentazione e di misurazione del «prodotto» sanitario in sintonia e/o analogia con l'affermarsi del metodo DRG's (matrici processi/prodotto). Sono ascrivibili a questa fase anche le prime esperienze di revisione critica dei sistemi di contabilità analitica dei costi parallelamente all'affermarsi del metodo cosiddetto dell'*activity based costing*. Più recenti, infine, le prime ricerche ed esperienze sulle metodologie di *reengineering* o di *Benchmarking* (tra le quali si ricomprendono le ricerche sui percorsi diagnostici e terapeutici) che sembrano tuttavia più correttamente riconducibili alle discipline organizzative, piuttosto che a quelle connesse con i sistemi di rilevazione;

c) le esigenze conoscitive evidenziate per la terza fase aiutano a delineare i temi di ricerca e di sperimentazione che caratterizzeranno l'immediato futuro. Un primo filone sicuramente riguarderà lo sviluppo di metodologie di analisi e di valutazione dei bilanci delle aziende sanitarie. Queste dovranno essere sostenute dallo sviluppo di sistemi di rilevazione coerenti con i principi contabili di corretta rappresentazione della situazione patrimoniale ed economica delle aziende sanitarie pubbliche e quindi con le specificità dei loro meccanismi di acquisizione delle risorse e di cessione dei risultati, anche al fine di consentire la formazione di bilanci consolidati a livello di «gruppi pubblici regionali». Tuttavia il tema dove maggiori appaiono le sfide di innovazione sembra essere rappresentato dallo sviluppo di sistemi di misurazione e correlate rilevazioni della cosiddetta utilità (ovvero valore), reale e/o percepita, che sta alla base dell'introduzione delle logiche competitive e di orientamento ai risultati che dovrebbero qualificare l'azione delle aziende sanitarie nel millennio alle porte.

6. Logiche e strutture organizzative nelle aziende sanitarie

L'evoluzione dei sistemi sanitari caratterizzata dal rafforzamento del ruolo dell'utente, lo sviluppo delle dimensioni delle aziende sanitarie e l'introduzione di meccanismi fortemente competitivi spingono le aziende sanitarie

a ripensare le proprie scelte organizzative con l'obiettivo di rispondere ai crescenti fabbisogni di razionalizzazione dei costi e di efficacia organizzativa.

Per le aziende produttrici di servizi sanitari la definizione di interventi di riprogettazione organizzativa è direttamente influenzata dal processo di pianificazione strategica e, di conseguenza, dall'ambiente istituzionale di riferimento rappresentato dall'insieme delle norme e dei comportamenti dei livelli di governo superiore e dal tessuto socio economico in cui sono inserite.

Le modifiche nell'ambiente di riferimento e le variazioni degli obiettivi strategici delle aziende sanitarie determinano la necessità di identificare una struttura organizzativa diversa, più adatta a governare i nuovi assetti.

Una visione integrata di strategia e struttura può rappresentare un valore aggiunto per gli utenti sia in termini di qualità, garantendo la migliore accessibilità al servizio, che in termini di economicità, intesa come capacità di risposta ai bisogni della popolazione in condizioni di efficienza, di efficacia e di equilibrio economico sostenibile nel lungo periodo.

In tal senso le aziende sanitarie stanno riorientando la struttura organizzativa di base verso soluzioni che consentano di creare un'organizzazione focalizzata sui bisogni attraverso la creazione di una rete di unità organizzative ad alto impegno professionale, significativamente autonome nella gestione dell'utente e in vario modo sinergiche tra loro nel condividere gli obiettivi e nell'utilizzare le risorse.

Ciò significa individuare le unità organizzative elementari che producono servizi finali, le loro modalità di aggregazione e infine le unità di supporto secondo una logica di clienti-fornitori interni che consenta il decentramento e l'individuazione di chiare responsabilità.

In particolare le aziende sanitarie si stanno muovendo verso logiche e strutture organizzative in grado di rispondere ai forti elementi di complessità che le caratterizzano:

- rilevante ampiezza della dimensione orizzontale (particolarmente elevata nel caso delle ASL) legata alla forte differenziazione dei servizi erogati;

- ampio decentramento delle strutture di offerta dei servizi;

- elevato grado di decentramento orizzontale delle responsabilità e di discrezionalità degli operatori;

- forte spinta verso la specializzazione che genera una analoga spinta a ricercare forme di integrazione per rispondere alle esigenze poste dalla forte interdipendenza tra le varie parti dell'organizzazione.

La principale difficoltà che le aziende sanitarie hanno dovuto affrontare nel definire il proprio assetto organizzativo è rappresentata dalla individuazione di un punto di equi-

librio tra la tendenza alla crescente specializzazione dei processi produttivi, che determina una tensione all'aumento della dimensione orizzontale della struttura organizzativa, e la necessità di integrazione degli interventi rispetto all'utente a cui vengono erogate le prestazioni.

Negli ultimi anni si è quindi assistito allo spostamento da modelli organizzativi di tipo funzionale (aggregazione delle attività per servizi nelle USL e per divisioni/servizi negli ospedali), che privilegiano gli aspetti specialistici a scapito delle esigenze di coordinamento e rendono quindi difficile assicurare una gestione unitaria dell'azienda verso forme strutturali più evolute quali, ad esempio, il modello multidivisionale, che attribuisce maggiore rilevanza alla dimensione prodotto-processo e consente quindi un più adeguato soddisfacimento dei bisogni dell'utenza.

Inoltre in alcuni casi le aziende sanitarie hanno privilegiato modelli organizzativi a matrice, che però non sempre hanno consentito buoni risultati in quanto presentano elevati gradi di complessità interna dato che si propongono di coniugare forti livelli di differenziazione organizzativa (e quindi di specializzazione) con adeguati livelli di integrazione, senza privilegiare una dimensione rispetto all'altra.

In particolare dalle ricerche effettuate dal CeRGAS emerge che il ripensamento della struttura organizzativa di base assume particolare rilevanza con riferimento a tre differenti settori: area amministrativa e servizi di supporto, area ospedaliera e area territoriale.

Con riferimento alle attività amministrative si è manifestata in molti casi la necessità di riqualificarne l'intervento, configurandole come vere e proprie tecnostutture a supporto della direzione. Inoltre il processo di sviluppo dimensionale delle aziende sanitarie e di rafforzamento del ruolo della Direzione generale ha imposto di potenziare e rendere efficiente l'apparato burocratico attraverso la costituzione di *staff* professionalmente adeguati (qualità, *marketing* e area a pagamento, sistemi informativi, programmazione e controllo di gestione, relazioni con il pubblico, etc.).

Con riferimento all'area ospedaliera si è tenuto conto del criterio dell'omogeneità delle conoscenze e dell'interdipendenza rispetto al risultato nell'accorpamento di diverse unità operative in strutture dipartimentali, a cui sono state attribuite responsabilità nell'uso coordinato delle risorse umane, tecnologiche e infrastrutturali comuni.

Infine, con riferimento all'area territoriale ci si è orientati a costruire un sistema organizzativo strutturato attorno alla centralità del nuovo distretto, responsabile della tutela della salute della popolazione di un certo territorio di riferimento e dell'offerta di un'ampia gamma di servizi, ar-

tiolato fisicamente su una pluralità di presidi, che fungono come momento di erogazione decentrato di un'unica unità organizzativa.

Da ultimo si segnala che dagli studi effettuati dal CeRGAS negli ultimi anni nelle aziende sanitarie è apparsa chiara l'esigenza di affiancare a cambiamenti organizzativi di natura strutturale basati sulla flessibilità e sull'autonomia, soluzioni di tipo non strutturale basate su sistemi informativi e operativi ad alto potenziale di integrazione.

Per effettuare un vero e proprio cambiamento è infatti necessario un forte investimento nello sviluppo di meccanismi operativi, quali i sistemi di pianificazione e controllo e gestione del personale, in grado di influenzare i comportamenti reali degli operatori coerentemente con il disegno organizzativo previsto dai Piani di organizzazione e nel contempo diffondere una nuova cultura d'azienda.

I profondi cambiamenti che hanno contraddistinto lo sviluppo del sistema di offerta dei servizi sanitari negli anni novanta hanno stimolato alcune riflessioni sulle possibili sfide su cui si gioca il futuro delle aziende sanitarie.

In quest'ottica tematiche come economie di scala, condizioni di efficacia e di efficienza riferite alle singole unità organizzative o a singole strutture sembrano assumere ruoli marginali a fronte di processi di ristrutturazione dell'offerta di servizi sanitari basati sulla formazione e sullo sviluppo di reti interorganizzative tra i diversi centri di offerta.

Le reti interorganizzative consentono infatti di rispondere alla esigenza del *continuum of care* ossia assicurare agli utenti un'offerta di servizi di tipo preventivo, diagnostico-terapeutico, riabilitativo non più basata sulla gerarchia tra le diverse strutture di offerta, ma sullo spostamento di tipo circolare del paziente all'interno del più complessivo sistema di offerta con il supporto e la consulenza dei professionisti sanitari.

Il *continuum of care* infatti prevede lo spostamento in orizzontale e in verticale del paziente attraverso i nodi del sistema di offerta e soprattutto la possibilità di una sequenza tra funzione di ricovero per acuti, ospedalizzazione domiciliare, strutture riabilitative, ricorso al *day hospital*.

L'analisi della discontinuità e dei cambiamenti che hanno caratterizzato negli ultimi anni il sistema sanitario mette in evidenza l'accentuarsi di processi di integrazione non solo verticale, ma anche orizzontale.

In futuro i centri di offerta dovranno sempre più orientarsi ad adottare configurazioni basate sul modello dell'organizzazione allargata che prevede uno stretto collegamento tra aree di attività gestite direttamente, terziarizzazione e ricorso al mercato per altre aree di attività ed infine moda-

lità di collaborazione e *partnership* con altre aziende sanitarie.

7. Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche e la responsabilizzazione economica dei professionisti

Per sistema di controllo di gestione s'intende quel meccanismo operativo (insieme di regole aziendali) volto a proporre il sistematico confronto tra risultati conseguiti (misurati dalla contabilità direzionale) ed obiettivi concordati (definiti attraverso strumenti di programmazione come il sistema di *budget*), evidenziandone gli eventuali scostamenti, e finalizzato ad individuare le varie responsabilità che possono o devono intervenire per garantire il miglior livello d'efficacia gestionale (rapporto tra obiettivi e risultati) possibile.

La progettazione ed introduzione del sistema di controllo di gestione nelle Aziende sanitarie pubbliche è tema alquanto complesso per le implicazioni legate alla tipologia d'azienda (pubblica), per la natura dei processi in essa gestiti caratterizzati da elevati gradi di eterogeneità e di scarsa standardizzabilità e per la necessità di avviare un profondo processo di cambiamento culturale negli operatori.

Per tali motivi, l'approccio del CeRGAS, rispetto alla tematica in oggetto è sempre stato caratterizzato da due elementi:

- grande attenzione agli aspetti tecnici legati alla progettazione degli strumenti tipici del controllo di gestione (sistema di contabilità analitica e misurazione delle attività, sistema di *budget* e sistema di *reporting*);
- grande attenzione allo sviluppo delle dinamiche aziendali generate dall'introduzione di tali strumenti.

Particolare rilevanza, con riferimento a quest'ultimo aspetto, assume la crescita e diffusione della responsabilità sui risultati economici, non più limitata ai soggetti preposti al governo del sistema sanitario (Regione e Stato) o ai vertici della singola azienda, ma estesa a tutti gli operatori che svolgono la propria attività con vari livelli di autonomia e, in particolare, ai dirigenti medici. Si intende con ciò lo sviluppo di quel processo volto a porre una crescente attenzione sulle risorse economiche (personale, tecnologia, spazi, materiali, ecc.) concretamente controllabili e sulle loro modalità d'impiego al fine di raggiungere i risultati di salute previsti attraverso la formulazione di specifici obiettivi.

Il contributo di ricerca e di proposte che il CeRGAS ha sviluppato su questo fronte a partire dalla prima metà degli anni ottanta con diversi progetti volti ad introdurre gli strumenti di base del controllo di gestione, ha incontrato

molte difficoltà anche a causa dei modelli di finanziamento e dei sistemi di responsabilità istituzionali sull'equilibrio economico-finanziario delle singole strutture sanitarie. I primi progetti di ricerca, prevalentemente orientati alla progettazione ed implementazione di sistemi di contabilità analitica e di primi e parziali sistemi di *reporting*, erano considerati esclusivamente sperimentali e finalizzati alla produzione di risultati (informativi) la cui utilità non era sempre compresa. Si pone in questo contesto la sperimentazione dei primi progetti di ricerca finalizzati alla introduzione del sistema di programmazione budgetaria, risalenti alla fine degli anni ottanta, periodo in cui si sviluppa una maggiore attenzione di alcune realtà regionali sugli strumenti di programmazione e controllo di gestione e si inizia a comprendere la reale portata ed il contributo potenziale che tale meccanismo operativo può effettivamente garantire alla gestione della complessità delle Aziende sanitarie.

È tuttavia con il progressivo recepimento del dettato del D.L.vo 502/92, e successive modificazioni ed integrazioni, che il tema del controllo di gestione nella sanità pubblica ha avuto un rilevante sviluppo. L'introduzione di nuovi meccanismi di finanziamento, sempre più orientati ai risultati, la forte responsabilizzazione di Regioni e Direzioni generali d'azienda sull'equilibrio economico-finanziario e l'avvio di meccanismi di «quasi mercato», hanno reso sempre più indispensabile disporre di strumenti conoscitivi e di supporto alle decisioni come quelli offerti dal controllo di gestione.

Il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, tuttavia, è ancora parziale. Un'indagine condotta dal CeRGAS, congiuntamente con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ha evidenziato che non più del 30% delle aziende sanitarie italiane disponeva del sistema di *budget* nel 1997. Nonostante nelle realtà aziendali dotate da più tempo dei tradizionali strumenti del controllo di gestione stia progressivamente emergendo l'esigenza di ulteriori sviluppi ed affinamenti degli stessi, per esempio verso strumenti più attenti agli aspetti della qualità come la gestione per processi, l'esigenza confermata dai dati della ricerca è quella di realizzare, nei prossimi due/tre anni, una forte operazione di consolidamento e diffusione degli strumenti tradizionali del controllo di gestione e, in particolare, del sistema di programmazione budgetaria.

8. Dalle valutazioni economiche alle valutazioni di convenienza aziendale

Sin dalla sua nascita il CeRGAS ha condotto studi di valutazione economica di farmaci, tecnologie sanitarie e modelli assistenziali. Avvalendosi di professionalità con

background diverso (economia aziendale, economia politica, epidemiologia, medicina) e tramite un'ampia esperienza internazionale di alcuni ricercatori, sono stati consolidati alcuni modelli concettuali di riferimento e sono stati affinati alcuni strumenti di analisi quali il costo sociale delle patologie e l'analisi costi efficacia. In particolare, negli ultimi anni, sono state approfondite alcune tematiche specifiche quali l'identificazione, classificazione e misurazione dei costi, la raccolta di dati tramite questionari, il disegno di studi osservazionali multicentrici, la misurazione della qualità della vita e la costruzione di modelli di simulazione.

Il lavoro di ricerca di questi venti anni ha permesso di fornire contributi scientifici su diverse patologie di rilievo sociale (Alzheimer, malattie della psiche, HIV), su nuovi farmaci e su nuove tecnologie diagnostiche.

L'indirizzo dell'attività di ricerca sui temi della valutazione economica ha cercato di coniugare l'approccio anglosassone con i modelli e gli strumenti dell'economia aziendale. In particolare, l'approccio del CeRGAS si propone di ricondurre la specifica attività di analisi del rapporto costi-benefici (o costi-efficacia) dei programmi sanitari al complesso sistema decisionale dei sistemi pubblici, in cui i principi di razionalità «sociale» si articolano in principi di razionalità economica delle decisioni a livello di azienda. Inoltre, sia l'attività di ricerca che quella di formazione si sono sempre poste l'obiettivo di riconoscere la pluralità delle dimensioni di analisi e valutazione delle scelte in sanità, riconoscendo che la dimensione economica «dialoga» con quella clinica, organizzativa ed etica.

Le attuali linee di sviluppo sono caratterizzate dalla sperimentazione di «protocolli di ricerca» idonei a combinare la raccolta di dati clinici con dati di natura economica. La disponibilità congiunta di tali dati è necessaria alle aziende sanitarie per costruire sistemi «operativi» di rilevazione e misurazione dei costi e degli esiti in specifiche aree di patologia, al fine di mettere a disposizione estese basi dati che permettano un confronto sistematico tra informazioni di costo e misure di risultato in termini di salute.

Sempre più negli ultimi anni l'attività di ricerca è stata rivolta a produrre lavori scientifici che, per interesse dei temi trattati e rigore metodologico, risultino in pubblicazioni scientifiche in grado di contribuire alle conoscenze di ordine economico delle malattie e delle strategie per prevenirle, diagnosticarle e curarle. Ma a fianco di questo obiettivo, e coerentemente con la missione del CeRGAS, notevole impegno è stato anche rivolto a promuovere una corretta cultura della razionalità economica tra i medici e gli altri decisori del sistema sanitario. Questo obiettivo è perseguito con regolari interventi formativi, presentazioni in ambiti di studio delle società scientifiche di medicina e ar-

ticoli di divulgazione su riviste italiane a larga diffusione. Infine, il CeRGAS sta contribuendo alla predisposizione di linee-guida sulla valutazione economica che siano di supporto ai ricercatori, agli organi di regolazione del settore farmaceutico e ad altri *decision-makers* del Servizio sanitario nazionale.

9. Il governo della domanda: riassetto del settore territoriale e rapporti con i MMG

Il governo della domanda, l'organizzazione dei servizi territoriali, il riposizionamento dell'ambito di cura e l'introduzione di strumenti di *management* nelle cure primarie rappresentano da alcuni anni una delle più significative frontiere della ricerca e dell'innovazione nei sistemi sanitari occidentali. Ciò può essere ricondotto a molteplici cause:

a) l'OMS ha da tempo sottolineato come l'aumento dell'efficacia in sanità può essere garantita, nei sistemi occidentali, prevalentemente da un rilancio delle cure primarie, in quanto quelle secondarie-specialistiche hanno ormai raggiunto un buon punto di maturità e sono in grado di attrarre sufficienti livelli di investimenti se paragonati con quelli delle cure primarie;

b) il progressivo aumento delle patologie cronico-degenerative e della capacità della medicina di stabilizzare le patologie acute (si pensi ad esempio al campo cardiologico, infettivologico, oncologico) che impone lo sviluppo di modelli assistenziali diversi da quelli focalizzati sull'acuzie e perciò garantiti maggiormente dai servizi territoriali;

c) lo sviluppo delle conoscenze in campo medico-scientifico, che garantisce tempi e metodi diagnostico-terapeutici sempre più rapidi ed incisivi nell'ambiente ospedaliero (si pensi alla diffusione della *day surgery*) e fa crescere l'esigenza di interventi pre e post ricovero erogati da strutture territoriali;

d) l'introduzione di logiche e strumenti di *management* iniziata in sanità soprattutto con riferimento al processo di diagnosi-cura svolti nel contesto ospedaliero si sta ora diffondendo agli altri comparti dell'assistenza.

La rifocalizzazione del dibattito sui servizi territoriali ha aperto una serie di problematiche che possono essere lette con la griglia di analisi delle funzioni aziendali:

1) la definizione del ruolo strategico del territorio come ambito di programmazione/acquisto delle cure/governo della domanda, ambito di produzione delle prestazioni di governo della domanda e organizzazione dell'offerta;

2) l'individuazione di logiche organizzative evolute per il contesto territoriale, nel tentativo di superare la

classica logica settoriale funzionale a favore di assetti divisionali, che trovano concretezza nell'attribuzione al distretto di compiti strutturali di governo diretto e gerarchico dei fattori produttivi operanti nei relativi servizi: questo modello apre, a sua volta, il problema di come strutturare la micro-progettazione interna dei distretti, per non ripetere, su scala ridotta, la struttura organizzativa di tipo settoriale-funzionale;

3) la progettazione dei servizi e dei percorsi degli utenti (i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali partono e finiscono generalmente nel territorio), che di norma garantisce la presa in carica complessiva del paziente;

4) il governo della domanda intesa come governo dei consumi complessivi degli utenti (distrettuali ed ospedalieri), dell'accesso ai servizi e dell'orientamento verso ambiti di cura appropriati (che garantiscano un equilibrato rapporto costo-efficacia rispetto la gravità della patologia) lungo PDT codificati ed esplicitati;

5) lo sviluppo di sistemi di programmazione e controllo che verifichino per ogni Unità organizzativa/Centro di responsabilità territoriale un livello di produzione diretta di prestazioni o di richiesta di prestazioni a strutture specialistiche, correlati con le risorse assegnate, in modo da correlarvi il relativo sistema incentivante.

Questi temi di indagine e ricerca presentano una natura plurifunzionale proprio per l'oggettiva complessità dei servizi territoriali, i quali difficilmente possono essere ricondotti ad uno schema *input-output* tipico delle aziende con processi e prodotti-servizi standardizzabili, proprio per la permanente dinamica di fruizione dei servizi da parte degli utenti, i quali devono essere accompagnati ad un utilizzo preventivo e di mantenimento della salute secondo modalità che non possono essere ricondotte ad una logica valutativa basata sul concetto classico di produttività. L'economicità dei servizi territoriali deve essere infatti misurata in un delicato equilibrio tra produzione, appropriatezza, efficacia dell'assistenza, dove logiche produttivistiche, devono essere superate con schemi di analisi costo-efficacia e livelli di assistenza «appropriati» che non necessariamente significa incrementare la quantità delle prestazioni non un aumento dei consumi e della produzione può essere infatti espressione di inefficacia o inappropriata della risposta ai bisogni reali.

Alla luce di queste riflessioni le ricerche del CeRGAS si sono concentrate sui seguenti temi:

a) possibili logiche e strumenti per il governo della domanda;

b) modelli di analisi e riprogettazione organizzativa per i servizi territoriali;

c) sistemi di programmazione e controllo (*budget*) per il distretto e i MMG/PLS;

d) assetti aziendali per la gestione delle cure primarie (modelli associativi per i MMG, sistemi di obiettivi per i MMG, meccanismi di incentivazione e di verifica delle *performance*);

e) costruzione di PDT (Percorsi diagnostico terapeutico) territoriali o integrati con l'ospedale.

Il CeRGAS ha condotto al proposito numerose sperimentazioni che hanno mostrato che l'applicazione di processi di cambiamento correttamente progettati e guidati garantisce oggi nei servizi territoriali del SSN buoni successi attuativi, che è possibile costruire modelli organizzativi divisionali strutturati sul distretto, che è possibile definire formule associative innovative per i MMG. Sono risultate molto interessanti le esperienze di costruzione di PDT territorio-ospedale, definiti sui principi dell'evidenza scientifica, del buon rapporto efficacia-costi e dell'appropriatezza. I risultati migliori si sono ottenuti laddove l'applicazione di questi PDT è diventato l'oggetto del sistema di responsabilizzazione anche economica delle unità organizzative che operano sul territorio e in ambito ospedaliero.

La frontiera del dibattito e i relativi argomenti di ricerca saranno molto probabilmente i seguenti:

a) definizione di modelli micro-organizzativi per distretti e dipartimenti che assumano l'attribuzione delle responsabilità sul controllo di fattori produttivi classificati e definiti in base processi (in sanità PDT) di servizio complessivi;

b) i contratti interaziendali e la programmazione intra-aziendali per raccordare ospedale e territorio e riposizionare alcuni ambiti di cura;

c) evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo, portati ad assumere sempre più come oggetto di programmazione non semplici variabili legate alla mera produttività, ma soprattutto indicatori di appropriatezza ed efficacia;

d) monitoraggio sistematico delle principali sperimentazioni gestionali, per poter analizzare i differenziali di efficacia tra le logiche e gli strumenti manageriali introdotti nel territorio;

e) sviluppo degli strumenti di governo della domanda, in particolare il *budget* di distretto e i PDT anche come strumento per orientare la *mix* e l'ambito di fruizione.

10. La gestione del personale nelle aziende sanitarie

Le aziende sono costituite da persone che rappresentano l'elemento essenziale e critico del loro funzionamento. L'affermazione secondo cui la qualità della gestione

delle organizzazioni dipende in larga misura dalla qualità delle persone che in esse operano potrebbe essere considerata tautologica se non fosse smentita ogni giorno da politiche aziendali poco attente alla valorizzazione dell'apporto delle persone che privilegiano invece «investimenti in capitale materiale» rispetto agli «investimenti in capitale immateriale» sulle e per le persone.

Anche le aziende sanitarie per molto tempo sono state caratterizzate da questa disattenzione e solo da pochi anni, in pratica dall'emanazione dei D.L. vi 502/92 e 29/93 (Nuova legge quadro sul pubblico impiego) il tema ha assunto una dimensione, anche in termini di risorse investite, rilevante.

Fino a quel momento non erano molti gli strumenti operativi di gestione del personale applicabili a questo contesto, si ricorda in proposito la rigida normativa riguardante i concorsi pubblici e l'impossibilità di sfruttare in pieno strumenti di incentivazione come la formazione, la retribuzione variabile, la possibilità di carriera interna verticale e/o orizzontale, svincolata dall'anzianità di servizio, la mobilità etc.

Le ricerche del CeRGAS prima di questa svolta sono state in prevalenza orientate all'introduzione di una nuova cultura di «gestione del personale» che sostanzialmente poneva l'accento sulle fondamentali differenze tra le attività di «amministrazione in senso stretto», ovvero tutte quelle attività che riguardavano e riguardano gli adempimenti normativi relativi al rapporto di lavoro pubblico, e le vere e proprie politiche del personale. Politiche del personale che mirano invece al migliore utilizzo della risorsa umana al fine di orientarne i comportamenti verso il raggiungimento degli obiettivi aziendali e all'introduzione di strumenti adatti al governo di strutture complesse attraverso la ricerca e l'applicazione dei migliori approcci per motivare e sviluppare il personale.

Sono state studiate le politiche del personale (programmazione, reclutamento, selezione, formazione, valutazione) ed è stato costruito un modello logico per la gestione delle risorse umane che da una parte consenta alle aziende di valorizzare al meglio le persone e capirne i problemi, di non «subirne» i comportamenti bensì di anticiparli e di gestirli in funzione di un più efficace raggiungimento delle finalità istituzionali; dall'altra parte consenta alle persone di migliorare continuamente la propria professionalità, ricevendo il riconoscimento e la stima per il proprio contributo.

Le novità precedentemente ricordate e i nuovi contratti del personale delle aziende sanitarie hanno poi consentito lo studio e l'introduzione di alcune innovazioni legate al

sistema di incentivazione, ai percorsi di carriera, ai rapporti di lavoro e ai nuovi criteri di accesso.

A questo proposito si sono poste in atto alcune sperimentazioni che riguardano:

— l'introduzione di sistemi di valutazione delle prestazioni e delle professionalità (collegati all'istituto contrattuale della retribuzione di risultato e del premio per la qualità delle prestazioni individuali) per tutti i profili professionali delle aziende;

— la definizione di nuove formule per la progettazione di sistemi di carriera attraverso l'analisi e la valutazione delle diverse posizioni organizzative (collegati all'istituto contrattuale della graduazione delle posizioni).

La reale possibilità di attuare politiche del personale ha inoltre enfatizzato e modificato il ruolo della dirigenza, e a questo proposito si sono studiate le competenze, le responsabilità, le modalità di funzionamento dei fondamentali ruoli ed organi e delle principali funzioni coinvolti nel processo di valutazione e controllo (dirigenti, nuclei di valutazione e servizi di controllo interno).

Ulteriori contributi sono stati forniti per quanto riguarda il problema del dimensionamento degli organici, sono state elaborate indicazioni e suggerimenti rispetto all'annoso problema dei cosiddetti «carichi di lavoro» trasformando uno strumento macchinoso e oltremodo complesso in un valido strumento di controllo di gestione interna.

Il processo è stato avviato e la cultura, non senza difficoltà, si è evoluta e trasformata anche attraverso la nascita e lo sviluppo di nuove «funzioni del personale».

Nei prossimi anni i diversi modelli saranno ulteriormente monitorati e affinati adattandosi agli ulteriori mutamenti in atto. In particolare, si sottolineano gli aspetti di:

— richiesta di maggiore flessibilità per quanto riguarda i rapporti di lavoro;

— separazione tra carriere professionali e/o e carriere manageriali per quanto riguarda i medici dirigenti;

— definizione delle nuove figure «dirigenziali» e dei nuovi percorsi di carriera, resa possibile dai nuovi ordinamenti professionali, per quanto riguarda il personale del comparto;

— riorganizzazione delle funzioni del personale.

11. La comunicazione sanitaria

L'attività di comunicazione in sanità ha lo scopo di integrare la domanda esplicitata (in modi più o meno evidenti e immediatamente percepibili) da chi è portatore di un bisogno di salute e offerta-risposta da parte del servizio sanitario. Essa quindi consente di «mettere insieme», di colle-

gare domanda e offerta e quindi è attività ben più complessa e pregnante del semplice passaggio di un messaggio da un soggetto ad un altro (dall'emittente al ricevente) tramite l'uso di canali considerati più coerenti e funzionali rispetto alle caratteristiche del destinatario della comunicazione.

Per essere efficace la comunicazione, in generale, e quella sanitaria in particolare, deve considerare l'estetica del linguaggio scritto, visivo e parlato e la simmetria strumentale dell'informazione trasmessa come precondizione per la sua funzionalità, ossia la sua capacità di modificare i comportamenti in modo da agevolare il raggiungimento dei risultati finali, ossia il mantenimento, il recupero e il miglioramento della salute (*outcome*). L'integrazione tra strumentalità e funzionalità si realizza nel contesto delle prestazioni o dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione che sono la condizione necessaria su cui si fonda lo scambio e la relazione tra domanda e offerta sanitaria.

Tuttavia, se la prestazione tecnico-professionale deve considerarsi condizione necessaria, si rileva che in un periodo nel quale si è affermata la cultura della «soddisfazione soggettiva» del cittadino-utente dei servizi, del cittadino-paziente o del cittadino-cliente (a seconda dei modelli interpretativi della natura del rapporto di scambio) e nel quale si cerca di rivalutare la «scelta del paziente» come elemento centrale della politica sanitaria rivolta a favorire la competitività tra strutture di offerta, la comunicazione in sanità non può più essere considerata una componente «accidentale» e/o «marginale» del sistema di offerta, ma diventa elemento «sostanziale» e in un certo modo «obbligato» per dare valore aggiunto all'offerta.

Partendo da questa impostazione teorica direttamente derivata dal modello di riferimento «aziendale», il CeRGAS ha introdotto il tema della comunicazione nelle sue ricerche fin dalla seconda metà degli anni ottanta, prima che essa diventasse un «tema di moda», anzi di un periodo in cui persisteva una forte confusione tra comunicazione o promozione-pubblicità, attività vietata in campo sanitario. I principali contributi delle ricerche conoscitive, della elaborazione teorica, delle proposte di politica sanitaria e di strategia delle aziende sanitarie riguardano i seguenti aspetti:

1) se e come il contenuto «fiduciario» che qualifica il rapporto medico (altro operatore sanitario)-paziente può essere positivamente influenzato da una corretta attività di comunicazione;

2) con quali funzioni, strutture e modalità operative attivare gli Uffici relazioni con il pubblico, previsti dalla normativa degli inizi anni novanta, in modo da farli diventare organi di comunicazione e non semplici «Uffici reclami», «Uffici informazioni», «Uffici relazioni pubbliche»;

3) come organizzare l'attività e diffondere una professionalità idonea a far diventare ogni funzione e ogni operatore di «contatto con il pubblico» (*front office*) un punto di comunicazione;

4) come utilizzare la comunicazione per orientare la domanda (comunicazione in uscita) o per modificare l'offerta (comunicazione in entrata) in modo da consentire un equilibrio che garantisca più elevati livelli di soddisfazione e di efficienza e più bassi livelli di costi;

5) come utilizzare la comunicazione per rendere la popolazione maggiormente «consapevole» delle difficoltà oggettive che a volte impediscono di dare risposte soddisfacenti alle legittime attese dei cittadini;

6) come utilizzare lo strumento «carta dei servizi» non come semplice strumento di informazione o come strumento del «contratto esplicito» dell'azienda nei confronti dei propri utenti, ma come strumento di comunicazione.

Oggi vi è una attenzione al tema della comunicazione in sanità che appare elevata e generalizzata, anche se vi è ancora una grande arretratezza rispetto ad altri Paesi, nella traduzione di tale sensibilità in comportamenti operativi.

Pertanto per andare oltre la fase della sensibilizzazione e della consapevolezza, la ricerca del prossimo futuro dovrà affrontare i seguenti temi:

1) come rendere compatibile una comunicazione finalizzata a favorire la competizione con la garanzia che essa non sia utilizzata per determinare condizionamenti dei pazienti;

2) come migliorare la capacità di comunicazione di medici ed operatori per favorire il superamento della «barriera dell'anonimato» tra paziente e medico (operatore) che egli non ha scelto, ma ha trovato nella struttura accreditata cui si è rivolto;

3) quali modalità comunicative adottare per ridurre l'effetto di distorsione della percezione del messaggio da parte dei pazienti in stato di ansia o comunque di forte emotività: in particolare come usare una corretta comunicazione per gestire processi di «consenso informato» in caso di patologie gravi e/o non curabili;

4) quali modalità e forme di collaborazione adottare e in quali contesti realizzarle (uffici e spazi appositi, assenza di estranei) in modo da garantire la *privacy*.

12. I contributi delle aziende *non profit* e il settore socio-sanitario

Il settore socio-sanitario, nel nostro Paese, è uno degli ambiti in cui l'impostazione assistenzialista dello Stato del benessere, accompagnata dalle sue gravi distorsioni, si è

manifestata in enorme misura, con tutte le conseguenze in termini di inefficienza e inefficacia.

D'altro canto, l'attività *non profit* è sempre stata presente, sovente con matrici cattoliche o politiche, affiancando o addirittura sostituendo le istituzioni, quando esse hanno mostrato carenze, nei confronti dei numerosi e complessi bisogni di cura, assistenza, solidarietà. Una presenza, quella del *nonprofit*, nei suoi tratti di fenomeno spontaneo, officioso, non istituzionale.

Recentemente la crisi del *Welfare* pubblico, oltre ad permanere e anzi all'allargarsi del fallimento della «mano invisibile» del mercato, che a sua volta va incrementando i disagi delle collettività, hanno indotto i *policy makers* a esplorare vie alternative per il reperimento di risorse, l'erogazione dei servizi, il soddisfacimento dei bisogni, rispetto alla precedente polarizzazione Stato-mercato, tendenza questa che, in tempi e dimensioni variabili, sta verificandosi in tutti i Paesi del mondo evoluto nei quali si va consolidando il principio di auto-organizzazione di risposte ai bisogni da parte delle comunità locali.

Ecco che il settore *non profit*, composto da realtà estremamente diversificate tra loro operanti «all'ombra» delle istituzioni oppure in nicchie di mercato, oggi in Italia viene chiamato ad assumere un ruolo istituzionale, con la dignità di un terzo settore, a fianco dello Stato e del mercato, all'interno di un quadro di *Welfare* che sta andando verso una impostazione di *mix* pubblico-privato.

In questa sua evoluzione verso un pieno riconoscimento, il settore *non profit* si trova di fronte a una grande sfida, poiché è caricato di grandi aspettative ma senza che sussistano ancora adeguate condizioni operative (politiche, normative, finanziarie, di regolamentazione, sostegno e controllo) per il suo consolidamento, poiché è privo delle caratteristiche e degli strumenti organizzativi e gestionali indispensabili per essere competitivo ed efficace con il settore delle imprese *for profit*.

L'attività di ricerca del CeRGAS ha seguito questa evoluzione, che è apparsa sempre più evidente a partire dalla fine degli anni ottanta, su un duplice fronte.

Da un lato tramite l'analisi delle aree di bisogni sanitari nelle quali maggiore era l'insoddisfazione dei pazienti/utenti dei servizi e minore era la qualità dei servizi erogati e nelle quali si stavano aprendo spazi per un più organico apporto delle associazioni, istituzioni, fondazioni *non profit*. Si fa riferimento ai servizi «a forte integrazione» della componente sanitaria e socio-assistenziale (anziani, portatori di *handicap*, malati cronici e terminali) per i quali le politiche di contenimento della spesa e di separazione della componente sanitaria della spesa (a carico del SSN) e della componente socio-assistenziale (a carico dei comuni)

determinava oggettive spinte all'abbandono di modelli di intervento evoluti per ritornare a modelli di erogazione di prestazioni «frammentate» e «specializzate».

L'impostazione logica del CeRGAS, centrata sulla funzionalità, ha quindi cercato di sostenere sia a livello di elaborazione di politiche regionali che a livello di elaborazione di piani locali di ristrutturazione dei servizi (delle USL, oggi ASL, e dei Comuni) la tesi secondo cui il contenimento della spesa poteva essere ottenuto non suddividendo le responsabilità di spesa a soggetti diversi, ma coinvolgendo in più larga scala nel processo di erogazione «soggetti» intrinsecamente orientati a privilegiare la risposta ai bisogni più che alla riduzione dei «costi delle singole prestazioni», appunto i soggetti del settore *non profit*. L'apporto delle ricerche è stato in molti casi fondamentale poiché, tramite la proposizione di soluzioni creative e innovative, si è favorito il dialogo tra soggetti guidati da logiche completamente diverse, quella burocratica o del consenso politico delle istituzioni pubbliche, quella volontarista e un po' movimentista del consenso conquistato con la solidarietà delle istituzioni private *non profit*.

Il secondo punto di intervento del CeRGAS è stato quello di attuare anche nei confronti delle associazioni, istituzioni, fondazioni *non profit* quel trasferimento di cultura professionale e gestionale che si stava diffondendo nel settore pubblico.

Il rischio era, ed è ancora, che il coinvolgimento del privato *non profit* determini un miglioramento dal punto di vista della identificazione con il bisogno (tutela della salute), ma di un arretramento sul piano della professionalità. Il CeRGAS ha operato per favorire l'affermarsi del modello di istituzioni «privato *non profit*» di tipo professionale nelle quali non vi sia lo scambio tra più elevata motivazione e più bassa professionalità, ma al contrario vi sia la sinergia di una più elevata motivazione intrinseca che si aggiunge ad una base di professionalità non inferiore a quella delle aziende pubbliche o private *for profit* che operano nel settore.

L'attività, realizzata sia con ricerche conoscitive sulle caratteristiche dei soggetti del settore *non profit* e del contributo distintivo che esse possono dare a risolvere i problemi di tutela della salute, sia con una attività di formazione rivolta agli operatori e ai dirigenti del settore o agli studenti dell'Università per sensibilizzarli su questo comparto dell'economia, ha consentito di ottenere i seguenti risultati:

a) acquisire un primo nucleo di conoscenze e avviare, all'interno del Centro documentazione del CeRGAS, una sezione nonprofit che ha già una dimensione significativa e che raccoglie materiali vari, italiani e stranieri, tra

l'economia politica e l'economia aziendale relative al settore;

b) elaborare schemi teorici, o quanto meno generali, di riferimento, per l'applicazione delle logiche economiche e aziendali al settore;

c) impostare una rete di relazioni tra istituzioni e addetti ai lavori, di grande utilità per mantenere il collegamento con la realtà, realizzare *stages* e rapporti di collaborazione in generale, raccogliere casi di studio, sottoporre a verifica e alla prova empirica le elaborazioni teorico/generali effettuate in ambito manageriale;

d) elaborare blocchi di conoscenze utili per la formazione, stimolando l'interesse per le organizzazioni *non profit* e l'attitudine a cogliere in esse opportunità occupazionali che possono anche essere interessanti sotto il profilo economico e professionale, oltre che motivazionale.

Per ogni centro di ricerca le acquisizioni del passato rappresentano punti di partenza per il futuro e perciò i temi di ricerca e di intervento che si possono ipotizzare per i prossimi anni sono così identificabili:

1) come governare la grande eterogeneità che caratterizza il settore, nel quale sono presenti piccole associazioni di volontariato che si basano soprattutto sulla motivazione e grandi «imprese solidali» dotate di sistemi di controllo di gestione evoluti;

2) quali forme di accordi potranno/dovranno stabilirsi tra SSN e aziende *non profit* erogatrici di servizi sanitari, socio-assistenziali e ausiliari in modo da salvaguardare il principio della competizione ma anche quello del riconoscimento degli elementi qualitativi connessi alla motivazione;

3) quali forme di controllo esercitare per evitare che quella specie di «preconcetto positivo» che sempre accompagna l'idea del «privato *non profit*» consenta di nascondere, o comunque di non far emergere, inefficienze e abusi.

Va inoltre sottolineato che il CeRGAS ha in un certo senso rappresentato il laboratorio nel quale sviluppare studi e ricerche sul settore *non profit* di carattere generale che vanno ben oltre al contributo che esso ha dato al settore sanitario.

13. Il ruolo dell'*Information Technology* nelle aziende sanitarie

A partire dagli anni Settanta (con una forte accelerazione nel decennio successivo) la progettazione, l'adozione e la valutazione delle *performance* dei sistemi informativi hanno rappresentato, per le aziende del settore privato, variabili di crescente complessità e rilevanza strategica, al punto da poter essere ormai considerati fattori caratterizzanti

zanti ed essenziali delle diverse formule imprenditoriali, il cui successo è sempre più spesso legato proprio alle innovazioni introdotte nella gestione dei flussi informativi (interni ed esterni all'azienda) ed alle contestuali riprogettazioni degli assetti organizzativi.

Il processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale ha evidenziato la particolare criticità dei sistemi informativi anche rispetto alle nuove aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche; la nuova responsabilizzazione rispetto all'efficiente utilizzo delle risorse (scarse) ed all'efficacia della gestione (in termini di adeguata capacità di soddisfare il «bisogno di salute») ha immediatamente generato un forte fabbisogno di logiche e strumenti di misurazione, programmazione e controllo, rispetto al quale si è percepita l'inadeguatezza delle esistenti strutture organizzative e delle procedure informatiche in uso.

L'azienda sanitaria pubblica ha dunque evidenziato un'attenzione crescente rispetto al tema della riprogettazione (o della prima realizzazione) dei propri sistemi informativi, con lo scopo di renderli idonei:

— a supportare i nuovi strumenti gestionali (si pensi, ad esempio, alla contabilità generale di tipo economico-patrimoniale ed alla contabilità analitica);

— a rendere operativi i nuovi meccanismi di finanziamento (ad esempio, la tariffazione per prestazione);

— a supportare i processi decisionali dell'alta direzione;

— a razionalizzare l'area più propriamente sanitaria della gestione (ossia quella legata all'erogazione dei servizi clinici ai pazienti ed alla popolazione), anche attraverso l'adozione di tecnologie innovative (con riferimento, ad esempio, alle nuove tecnologie di comunicazione e trasmissione di dati ed immagini).

In tempi recenti, per i *manager* della sanità sono emersi alcuni importanti stimoli all'aggiornamento ed all'innovazione dei sistemi informativi aziendali, con particolare riferimento:

— agli adeguamenti dei sistemi informativi all'anno 2000;

— alla crescente attenzione che deve essere dedicata agli aspetti di sicurezza dei sistemi e di riservatezza dei dati sensibili;

— agli adempimenti legati alla nascita dell'Euro, che impongono alle aziende di dotarsi di sistemi contabili multivaluta (accrescendo in modo rilevante la complessità del sistema stesso).

Si può affermare che il contributo dei sistemi informativi alla gestione ed alla direzione dell'azienda sanitaria sia sviluppato lungo un percorso assai coerente con l'evoluzione della visione dell'azienda stessa:

— da «insieme» di unità organizzative scarsamente interrelate tra loro e direttamente controllate da un unico centro decisionale;

— a «rete» di unità organizzative relativamente autonome dal cui operare in modo coordinato ed integrato discende il «successo» della gestione.

Si è infatti assistito ad una progressiva modifica del ruolo dell'*information technology*:

— da coacervo di procedure automatizzate per il trattamento di dati gestionali in attività specifiche altamente strutturate e ripetitive (ad esempio la gestione del personale e l'elaborazione dei cedolini paga oppure la rilevazione dei carichi e degli scarichi di magazzino);

— a procedure di supporto dei processi decisionali (di programmazione e controllo operativo) del *management* aziendale, attraverso l'istituzione dei primi sistemi di *reporting* in grado di estrarre ed aggregare secondo schemi significativi rispetto agli obiettivi dei decisori alcune delle informazioni generate dai processi gestionali;

— a strumenti di integrazione aziendale e di coordinamento delle diverse unità funzionali (dagli strumenti di *groupware* sino agli strumenti di gestione per progetti e processi).

Peraltro, i sistemi informativi attualmente in dotazione alla maggior parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere si sono sviluppati attraverso «sedimentazioni» successive di singoli applicativi o di gruppi di applicativi, inizialmente concepiti quali supporti di ben delimitate aree gestionali (ordini, fatturazione, personale, contabilità, logistica, ecc.) e solo successivamente integrati mediante la predisposizione di apposite interfacce. La genesi e lo sviluppo di un sistema informativo (in assenza di un disegno complessivo) secondo modalità dettate da esigenze contingenti e specifiche delle singole unità organizzative utenti di specifici moduli *software* determina, di fatto, una «razionalità limitata» del disegno del sistema stesso. In particolare:

— viene meno il criterio di univocità del dato (si verificano inserimenti multipli dello stesso dato con evidenti rischi di disallineamento);

— il costo di aggiornamento del sistema è elevato in quanto la sostituzione di un singolo modulo o di un componente del sistema operativo implica la necessità di intervenire contestualmente su tutte le diverse interfacce di integrazione;

— la manutenzione del sistema è particolarmente complessa ed onerosa, soprattutto con riferimento ai rilevanti fabbisogni di allineamento dei dati e di *system integration*;

— la capacità del sistema di rispondere ai fabbisogni informativi di crescente complessità si rivela complessivamente inadeguata.

Questi limiti, unitamente agli ulteriori stimoli all'innovazione già menzionati in precedenza, rendono facilmente prevedibile un'ulteriore sensibilizzazione dei vertici aziendali rispetto all'area dei sistemi informativi a supporto della gestione (sistema informativo amministrativo), delle decisioni (sistema informativo direzionale) e dell'area clinica (sistema informativo sanitario).

Anche alla luce delle considerazioni sin qui espresse, l'attività di ricerca ed approfondimento svolta dal CeRGAS sul tema dei sistemi informativi nelle aziende sanitarie si focalizza attualmente sulle seguenti aree ritenute fondamentali:

— il crescente fabbisogno di integrazione del sistema informativo tra tutte le sue aree (amministrativa, direzionale e sanitaria) e tra i diversi moduli all'interno di ciascuna area, che sta di fatto conducendo alla progettazione ed all'adozione di architetture ERP (*Enterprise Resource Planning*) specificamente disegnate per le aziende sanitarie pubbliche (tanto nella parte amministrativa quanto nelle «verticalizzazioni» sanitarie);

— la mappatura e la revisione dei processi aziendali, essenziali presupposti logici dell'adozione dei sistemi informativi integrati;

— l'analisi delle condizioni organizzative per l'adozione di sistemi informativi nativamente integrati, il cui impatto sulla struttura organizzativa aziendale è ricco di elementi di criticità;

— le metodologie di progettazione dei sistemi informativi aziendali, dall'analisi dei fabbisogni sino all'individuazione dei *partner* tecnologici ed alla gestione dei rapporti contrattuali con gli stessi;

— gli strumenti informatici e telematici a supporto della comunicazione interna (condivisione di dati ed informazioni) ed esterna (informazioni e servizi agli utenti).

Un ulteriore filone di ricerca sul tema dei sistemi informativi è costituito dalla cosiddetta area delle «relazioni interaziendali», in cui l'*Information Technology* supporta lo scambio di informazioni tra la singola azienda sanitaria e la «rete» di strutture del Servizio sanitario nazionale alla quale l'azienda stessa appartiene. L'evoluzione dei modelli gestionali verso logiche di *network* rende quest'area particolarmente critica e significativa. I flussi informativi in esame riguardano, ad esempio:

— la gestione delle «agende di prenotazione» di ambulatori, laboratori e reparti in un'ottica di condivisione delle stesse con altre strutture (ad esempio CUP cittadino);

— l'inserimento dell'azienda nelle cosiddette «reti per le emergenze»;

— la gestione della mobilità dei pazienti e la possibilità di consultare archivi e cartelle cliniche di pazienti già assistiti presso altre strutture;

— la condivisione di informazioni di natura amministrativa relative, ad esempio, ai processi d'acquisto (condizioni di aggiudicazione delle ultime gare d'appalto, informazioni sul mercato delle forniture, predisposizione di gare d'acquisto comuni);

— l'accesso (in qualità di utente o di «fornitore» di informazioni) a banche dati comuni (limitate a determinate reti di aziende o ad accesso universale) contenenti informazioni di natura sanitaria sul trattamento di determinate patologie.

14. I contributi del settore privato: società miste e finanza di progetto

Il progressivo consolidamento del processo di aziendalizzazione è stato accompagnato, in alcune realtà, da scelte dei vertici direzionali delle ASL di sperimentare formule innovative, basate sul coinvolgimento delle imprese private nel finanziamento dello sviluppo delle aziende e nei processi di offerta dei servizi sanitari.

Spazi significativi sono stati aperti in tal senso anche dalle modifiche nel quadro normativo di riferimento in linea con i segnali forti provenienti dai processi di modernizzazione amministrativa dell'intero sistema della Pubblica amministrazione italiana e riconducibili a:

— le recenti procedure per le gare pubbliche per l'acquisto di beni e servizi e per la realizzazione di opere, che prevedono la finanza di progetto;

— le sperimentazioni gestionali introdotte dai D.L. vi 502 e 517 (art. 9) che favoriscono progetti di cooperazione pubblico-privato, trasferendo alla sanità le numerose esperienze degli enti locali (istituzioni, fondazioni, aziende speciali, società miste pubblico privato) e le leggi sulle società miste.

Mentre le operazioni di finanza di progetto (finora conosciute come *project finance*) sono nel settore ancora sanitario allo stadio di pre-fattibilità, ben diversa è la situazione delle sperimentazioni sulle società miste. Tra le prime esperienze in atto si possono citare quelle dell'Azienda ospedaliera Civico Benfratelli (*partnership* Università Pittsburgh Medical Center) e Azienda USL Spezzino (società mista gestione presidio ospedaliero riabilitazione), a cui va aggiunta l'esperienza della Azienda USL di Imola (che ha costituito una società mista pubblico privato per la gestione di un centro di riabilitazione spinale). Ad esse si aggiunge-

ranno, prevedibilmente in tempi brevi, le reti di società miste che potranno essere avviate a seguito di accordi di cooperazione tra le aziende sanitarie che operano in aree metropolitane (Aziende sanitarie pubbliche della città di Milano e Bologna, nella quale è già stato costituito CUP 2000).

Sul versante della finanza di progetto a fronte di numerose pubblicazioni sono poche le proposte e tra esse vanno segnalate le proposte formulate dalle imprese costruttrici (Azienda ospedaliera di Parma, Il Policlinico Università di Roma) fondate sulla riproposizione della *Private Finance initiative*, introdotta nel *National Health Service* inglese a metà degli anni '90 che prevede un co-finanziamento pubblico degli investimenti realizzati e la gestione diretta da parte degli operatori privati.

Tutte le iniziative sopra ricordate si collocano nella logica della cosiddetta cooperazione con il settore privato, nel cui ambito rientrano la programmazione e la gestione delle risorse finanziarie nelle amministrazioni pubbliche, nonché l'adozione di formule istituzionali e gestionali nella PA alternative alla gestione diretta. Sul primo tema durante gli anni ottanta, in un contesto che vedeva fortemente limitata la discrezionalità delle USL nella gestione finanziaria rispetto alle precedente situazione degli enti ospedalieri, che disponevano di maggiori margini di manovra, l'attenzione è stata focalizzata su modalità innovative di finanziamento. Sono state quindi studiate le caratteristiche della formula del *leasing*, il possibile ricorso all'indebitamento (sull'interno e sull'estero), ad emissioni obbligazionarie e allo smobilizzo patrimoniale. Gli studi sulla finanza di progetto avviati agli inizi degli anni novanta si sono inseriti in questo filone di ricerca, e sono stati accompagnati dall'analisi delle forme atipiche di finanziamento (donazioni e sponsorizzazioni) e dall'esame dell'impatto finanziario dello sviluppo delle attività a pagamento.

Limitate sono state le riflessioni sviluppate negli anni ottanta sul tema delle formule istituzionali per le USL, riflessioni che hanno visto una decisa accelerazione negli ultimi anni con una particolare attenzione alla verifica di fattibilità istituzionale-amministrativa, organizzativo-logistica e soprattutto economico-finanziaria delle iniziative di costituzione di società miste ed allo studio delle formule adottate in altri sistemi sanitari europei.

Nel futuro, in questo senso si sta indirizzando la ricerca del CeRGAS, si possono prevedere sviluppi riguardanti:

— la funzione finanziaria nelle aziende sanitarie con attenzione alle diverse fonti, alle politiche di impiego delle risorse e alla combinazione di strumenti innovativi (dal *factoring* alla *securitization*, alle nuove formule di *leasing*);

— le operazioni della finanza di progetto e le specificità del settore sanitario che vede integrate politiche di acquisto, ricerca di finanziamenti e modalità di gestione innovative dei servizi;

— la percorribilità di diverse opzioni di cooperazione pubblico-privato, basate su *partnership*, *joint venture* e costituzione di società con soluzioni differenziate nei confronti del privato *for profit* (società miste) e del privato *non profit* (Fondazioni ed associazioni);

— il raccordo tra scelte di formule innovative e logiche di *network* che vedono al centro le Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere e come «nodi» società miste, imprese private a cui sono stati affidati i servizi, società a capitale pubblico e forme di cooperazione con il settore *non profit* e con le amministrazioni locali (istituzioni);

— lo sviluppo ulteriore dei confronti sulla effettiva adozione di formule di gestione nei sistemi sanitari dei Paesi avanzati, nella prospettiva di una crescente «internazionalizzazione».

I POLICLINICI UNIVERSITARI: VERE AZIENDE, SEMIAZIENDE O AZIENDE VIRTUALI?

F. Meloni¹, E. Filigheddu¹, R. Sequi², G. Sorrentino¹

Policlinico Universitario Università di Cagliari

1 Direzione Generale

2 Direzione Sanitaria

SOMMARIO: 1. La situazione delle attività sanitarie nelle Università prima della legge 502/92 - 2. Le Aziende policlinico - 3. Esame di alcuni Statuti - 4. Conclusioni.

1. La situazione delle attività sanitarie nelle Università prima della legge 502/92

Prima della cosiddetta «riforma De Lorenzo» (legge 502/92), le attività cliniche delle facoltà di medicina erano svolte, in ogni sede universitaria, secondo modalità e situazioni specifiche, ognuna diversa dall'altra e tali da renderne assai complessa la ricostruzione storica a posteriori.

Possiamo identificare almeno tre situazioni-sistema attraverso le quali i docenti universitari di materie cliniche conducevano le attività istituzionali di ricerca, didattica e assistenza:

— un sistema che si esplicava in strutture cliniche a gestione diretta universitaria;

— un sistema che si svolgeva in strutture cliniche delle UU.SS.LL. convenzionate con le Università;

— un sistema che si svolgeva in strutture cliniche di proprietà privata, convenzionate con l'Università.

Nel primo sistema l'insegnamento aveva luogo in edifici ospedalieri di proprietà universitaria. L'università provvedeva direttamente alla gestione attraverso i propri organi amministrativi, *in primis* il Rettore, ma anche con l'intermediazione di organi consiliari che erano espressione più o meno di-

retta delle Facoltà di medicina. Gli approvvigionamenti finanziari provenivano dai fondi del Servizio sanitario nazionale tramite apposite convenzioni stipulate con le Regioni che, di norma, erogavano un rimborso globale prefissato sulla base della spesa storica.

In pratica non esisteva alcuna relazione tra i finanziamenti regionali e la «produzione sanitaria» delle strutture così come avveniva per gli ospedali del S.S.N. ma con una importante differenza. Negli ospedali pubblici la spesa, inizialmente sottostimata per ragioni di politica di bilancio, era costantemente fuori controllo e veniva ripianata a piè di lista. Nelle strutture universitarie, invece, le previsioni di spesa erano sufficientemente accurate e stabili in quanto, essendo gli stipendi del personale universitario a carico del bilancio dell'Università, le cifre stanziolate dalle Regioni, per quanto proporzionalmente inferiori a quelle delle analoghe strutture del S.S.N., erano comunque sufficienti a coprire le spese, ed anzi, in certi casi, a consentire ampi avanzi di amministrazione.

Nel secondo sistema, relativo alla convenzione UU.SS.LL.-Università, alcuni reparti ospedalieri venivano affidati alla direzione dei docenti universitari e forniti di un organico di per-

sonale in parte ospedaliero e in parte universitario, la cui maggiore o minore abbondanza era legata alla dotazione di ogni clinica e istituto.

Nella generalità dei casi le spese erano a carico della U.S.L., che provvedeva a pagare direttamente la parte di sua competenza (costi generali, strumentazione, materiali di consumo, personale ospedaliero ecc.) e a rimborsare all'università gli stipendi del personale universitario che prestava attività assistenziale nelle strutture della stessa U.S.L.

Problemi di diversa natura hanno determinato un sostanziale fallimento del sistema convenzionale che viene ormai adottato solo per carenza di altri strumenti.

Tra i problemi più evidenti c'era la difficoltà nella tripartizione temporale delle funzioni didattiche di ricerca e assistenziale, la non mai ben chiarita — volutamente? — dipendenza gerarchica e funzionale degli universitari convenzionati, la crescente incompatibilità tra ospedalieri ed universitari legata anche a questioni di carriera.

Il progressivo avvicinamento dei livelli scientifici e professionali del personale universitario e ospedaliero, dovuto principalmente alla crescita culturale di quest'ultimo, ha peraltro prodotto un riequilibrio tra le due cate-

rie, aggravando l'insofferenza degli ospedalieri verso i colleghi che — a torto o ragione — erano visti come privilegiati.

A questo va aggiunto un decadimento dei rapporti tra università ed amministrazioni delle UU.SS.LL., dovuto ad almeno due ragioni: alle difficoltà da parte dei politici della U.S.L. ad asservire a fini politici mentalità libere come sono di solito quelle universitarie; in secondo luogo ad una specie di «superbia intellettuale» che gli universitari (non del tutto ingiustificatamente), ostentavano nei confronti degli amministratori che erano di solito, se pur con qualche lodevole eccezione, portaborse di basso livello politico e culturale.

Il terzo sistema, molto meno diffuso dei precedenti, prevedeva la convenzione tra l'università ed un soggetto privato che metteva a disposizione uno o più reparti di degenza. In questo caso i rapporti economici potevano passare tra Regione e università e poi tra quest'ultima e il soggetto privato oppure direttamente tra la Regione e il privato, che, successivamente, provvedeva a rimborsi eventualmente concordati con l'Università per il personale utilizzato.

In alcuni casi, come per esempio nel rapporto tra la Fondazione San Romanello del Monte Tabor e l'Università di Milano, questo sistema ha funzionato egregiamente per diversi anni, grazie alla rispettiva eccellenza dei due partner e alla chiarezza nei rapporti dovuta alla maggiore flessibilità del soggetto privato rispetto alla farraginosa e burocratica Unità sanitaria locale.

2. Le Aziende policlinico

I policlinici, come aziende autonome, nascono in Italia con il decreto 502/92 con cui il Parlamento, e per esso il Governo in forza di specifica

delega, procede a riformare la fallimentare esperienza dell'assistenza sanitaria nel nostro paese, creatasi a seguito dell'approvazione, in un clima politico di assemblearismo imperante, della confusa e velleitaria legge n. 833/78.

L'art. 4 del 502 prevede infatti la costituzione in aziende ospedaliere «autonome» degli ospedali più importanti del paese, conferendogli lo *status* di presidi di «alta specializzazione e di rilievo nazionale».

In effetti, contrariamente a quello che ci si poteva attendere in un paese dai localismi esasperati come il nostro, solamente una cinquantina di ospedali (o meglio, associazioni di ospedali) sono stati insigniti di tale rango di eccellenza.

Il comma 3 dello stesso articolo conferisce invece automaticamente ai policlinici universitari lo *status* di «ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione», in apparenza prescindere dal possesso degli specifici e dettagliati requisiti richiesti invece agli ospedali del S.S.N. dal D.M. 29 gennaio 1992.

A questo proposito, e cioè di come la sussistenza di requisiti tecnico scientifici non debba essere verificata, merita senz'altro di essere segnalata una decisione del TAR della Campania (18 novembre 1994 n. 636, sta in WWW.CIIS.IT). La sentenza precisa che ai fini dell'inquadramento dei policlinici universitari nell'ambito del S.S.N. non è necessaria la stipula della convenzione di cui all'art. 39 della legge 833/1978, dal momento che tali organismi sono ormai considerati aziende dell'Università e inseriti per legge nella struttura sanitaria.

Il successivo comma 5 si occupa ancora dei policlinici, configurandoli come «... aziende dell'Università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile...».

Sempre lo stesso comma prevede che l'università, tramite il proprio Statuto, determini «le modalità organizzative e gestionali in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera» e in un successivo passaggio si precisa che «la gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centro di costo, basati sulle prestazioni effettuate».

Nonostante la poca chiarezza e precisione delle norme succitate, è di tutta evidenza che la 502 ha lasciato ampi margini di discrezionalità alle università nel determinare la vera natura e, soprattutto, il reale grado di autonomia dei loro policlinici. Non sorprende però che il sistema prescelto in pratica sia stato in tutti i casi quello del massimo grado di controllo da parte dell'università fino a trasformare, in molti casi, le aziende policlinico in nulla più di un qualsiasi altro ufficio dell'università, con l'unica differenza della nomina di un ben retribuito trio di amministratori.

Ma, in realtà, la stessa 502, peraltro straordinariamente chiara e dettagliata quasi nella sua totalità, presenta nel campo specifico lacune incomprensibili. La lacuna più grave, portatrice di pesanti conseguenze negative, è identificabile nella mancata attribuzione di personalità giuridica ai policlinici.

Mentre è espressamente prevista l'attribuzione della personalità giuridica per la aziende USL e per quelle ospedaliere, non si fa invece alcuna menzione della personalità giuridica in riferimento ai policlinici.

Esiste, inoltre, un parere del Consiglio di Stato, adottato nel febbraio del 1997, a seguito di un quesito sollevato dall'Università degli studi di Roma, nel quale espressamente si nega ai policlinici la personalità giuridica, sia sulla base di un accurato esame della

502 sia, nel caso specifico, dello Statuto della stessa università.

Né, per quanto a conoscenza degli autori, sono stati emanati nel nostro paese Statuti che riconoscessero ai policlinici universitari tale requisito: e d'altra parte, alla luce della normativa vigente in materia, tali statuti sarebbero in tal caso di legittimità perlomeno dubbia tanto che, come vedremo nelle conclusioni, il legislatore si prepara a modificare la situazione giuridica attuale.

3. Esame di alcuni Statuti

In Italia, sono stati fino ad ora istituite nove aziende policlinico sulla base, in alcuni casi molto alla larga, come vedremo, delle norme della 502/92.

Solo sette policlinici sono dotati di un formale statuto, incorporato nello statuto generale delle rispettive università, e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.

I restanti due Policlinici (Siena e Bari) si sono invece dotati di una sorta di regolamento interno all'Ateneo, di cui è peraltro dubbia la efficacia regolamentare dal punto di vista giuridico, soprattutto alla luce della circolare del Ministero dell'Università del 5 novembre 1996, che qualifica gli Statuti come fonti legislative di 2° grado.

Quindi nel presente lavoro ci siamo limitati ad esaminare gli Statuti formalmente costituiti come tali che sono i seguenti: Messina, Napoli - Federico II, Catania, Palermo, Udine, Cagliari, Roma - La Sapienza.

Gli aspetti che potevano essere esaminati per comprendere al meglio le caratteristiche gestionali ed organizzative delle aziende policlinico sono naturalmente numerosi, ma quelli che abbiamo ritenuto più significativi, e comunque sufficienti per consentire una buona comprensione del problema, sono relativi ai seguenti temi:

a) procedure di nomina del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario;

b) gli organi di gestione e loro poteri;

c) il patrimonio;

d) la situazione del personale.

a) Procedure di nomina dei Direttori generali, amministrativi e sanitari

La competenza sulla nomina dei direttori generali è posta in capo al Rettore da tutti gli statuti fin qui promulgati, con l'intervento più o meno pregnante dei Consigli di facoltà che in qualche caso esprimono una rosa di candidati, in qualche altro si pronunciano con un parere non vincolante su una rosa di nomi proposti dallo stesso. In sostanza si può affermare che vi è dovunque un sostanziale potere di nomina affidato ai Rettori.

Sono da notare due curiosità: la prima è relativa all'Università di Catania, che limita la nomina ai soli «esperti giuridico-economici» tagliando fuori eventuali candidati laureati in medicina (cosa che la 502 si è ben guardata dal fare anche perché i policlinici sono scuole che producono i laureati in medicina); la seconda curiosa particolarità è relativa all'Università di Udine, dove il direttore generale non è nemmeno previsto. Lo statuto prevede infatti che l'azienda sia diretta da una cosiddetta «delegazione amministrativa» a capo della quale siede un presidente che può essere direttamente il Rettore o un suo delegato.

Che questo possa essere ritenuto un sistema di gestione «in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera» come la legge prescrive, è francamente fonte di grande perplessità.

Il procedimento di nomina del direttore amministrativo segue le norme della 502 a Napoli, Palermo e Cagliari, mentre negli altri casi (a dimo-

zione della scarsa adesione delle Università ai principi di autonomia dei policlinici, stabiliti dalla legge e pomposamente ribaditi in tutti gli statuti) la nomina del principale collaboratore del direttore generale è effettuata direttamente dai Rettori, qualche volta lasciando al direttore generale il potere di proposta o solo quello di esprimere un parere.

Non diversa la situazione per quanto riguarda il direttore sanitario, per il quale solo Palermo e Cagliari prevedono il rispetto delle norme fissate nella 502: mentre tutte le altre impongono una rosa o addirittura una designazione del Consiglio di facoltà con, in qualche caso, una preferenza più o meno vincolante per un docente della facoltà.

Ad Udine la nomina è effettuata direttamente dal Rettore su una terna di professori di prima fascia proposta dal Consiglio di facoltà, senza che venga previsto alcun titolo specifico. In pratica un docente di anatomia patologica o di istologia può fare il direttore sanitario, e questo fa nascere forti dubbi su quale professionalità tali candidati possano offrire rispetto alle esperienze e conoscenze specifiche attinenti al profilo professionale di un direttore sanitario.

Insomma, mentre è condivisibile la competenza rettorale nella scelta del direttore generale, appare come eccessiva invadenza da parte delle università vincolare in una maniera o in un'altra la nomina dei direttori sanitari ed amministrativi od addirittura avocarla agli organi universitari.

Non è davvero difficile immaginare i possibili, o meglio probabili, dissidi che possono ingenerarsi in una situazione dove sono nominati con pari legittimità, dallo stesso organo, due direttori, uno dei quali con una posizione gerarchicamente sovrastante.

Tra l'altro è da ricordare che la 502 e anche buona parte della vigente legi-

slazione in materia di pubblica amministrazione hanno scelto con chiarezza l'indirizzo della concessione ai dirigenti della massima libertà nella nomina dei collaboratori più vicini. Le università invece si muovono in controtendenza, come se avessero il timore di «perdere il controllo», e come se la nomina rettorale del direttore generale e la possibilità di rimuoverlo abbastanza facilmente non fossero garanzie sufficienti.

b) Organi e poteri

Anche in questo caso gli statuti offrono una vasta casistica di soluzioni dell'organizzazione dei poteri, tutte tendenti comunque a restringere il più possibile la reale autonomia dell'azienda. Sembra trasparire, in sostanza, una sorta di trattativa avvenuta all'interno degli atenei tra l'amministrazione centrale e la facoltà di medicina.

Si vuole cioè affermare che i vari organi preposti, di fatto, ad amministrare l'azienda in una sorta di coabitazione col Direttore generale (coabitazione più o meno stretta a seconda dei vari statuti), sembrano essere elementi posti ad ostacolare l'autonomia dell'azienda e del suo direttore generale, e talvolta dello stesso Rettore, per garantire gli interessi della facoltà nel campo della didattica e ricerca.

Sarebbero questi infatti, i settori di attività universitaria per i quali sussisterebbe il rischio di una forzata riduzione qualora l'azienda policlinico avesse libertà di operare nel rispetto «brutale» di soli canoni economici produttivi simili a quelli che si stanno facendo progressivamente largo negli ospedali del SSN.

In realtà l'esperienza pratica ha fin qui dimostrato che consigli vari, delegazioni amministrative ecc., hanno finito per agire quali organi di conservazione appesantendo l'azione amministrativa delle aziende e contribuendo,

insieme ad altri fattori che vedremo nel seguito, a mantenere sia le facoltà di medicina sia le loro aziende policlinico poco agili, molto formali e pressoché impossibili da gestire in maniera moderna ed efficace sottovalutando contemporanei e i forti cambiamenti della Pubblica amministrazione nel nostro paese.

La tanto temuta, anche se improbabile (*cui prodest?*), azione di devastazione delle ricchezze scientifiche e culturali delle scuole di medicina italiane da parte dei direttori generali, che era sostanzialmente solo una azione rivolta ad un salutare cambiamento, è stata ostacolata nella maggior parte dei casi da organi volti più a conservare gli equilibri di potere tra le varie componenti cliniche delle facoltà che non alla reale funzionalità delle stesse.

In tal modo si è impedito, di fatto, che quel vento di novità che, sia pure con difficoltà e lentezza, ha contagiato la vita degli ospedali nel nostro paese dopo la legge De Lorenzo, arrivasse a scompigliare, con i suoi concetti di efficienza, efficacia e ottimizzazione delle risorse, una situazione di difficile equilibrio nella più o meno soddisfacente nicchia protettiva del Ministero dell'Università.

Purtroppo la giusta preoccupazione di difendere una ricchezza culturale obiettivamente rara nel mondo, ha travalicato i suoi confini originari diventando spesso solo la difesa a tutto campo di ambiti diffusi, talvolta generalizzati, di ridotta efficienza assistenziale. In tal modo sono state schiacciate anche le parti più moderne ed innovative delle scuole di medicina, su posizioni di retroguardia che richiederebbero tra breve nuovi, e forse radicali, interventi legislativi per rimediare ad una situazione difficilmente gestibile nell'attuale quadro giuridico statutario.

Venendo ad un esame più accurato delle situazioni esistenti nelle università italiane che hanno istituito un'azienda policlinico, rileviamo che ben sei su sette si sono dotate di un apposito organo amministrativo che, sia pur con denominazioni diverse ha compiti equiparabili, qualcuno di più qualcuno di meno, ad un consiglio di amministrazione societario.

Il policlinico di Messina si avvale di un «comitato di indirizzo e programmazione» composto da 17 membri tra i cui compiti, oltre a quelli ragionevolmente tipici di definizione di criteri generali e di approvazione dei documenti contabili, rientrano anche l'approvazione del piano di ripartizione delle risorse (su proposta del direttore generale) e l'identificazione delle unità operative, su proposta del Consiglio di facoltà.

Quest'ultimo ha tra le funzioni espressamente attribuitegli dallo Statuto il coordinamento ed l'indirizzo delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, la formulazione di indirizzi di programmazione per gli anni successivi, nonché l'espressione di pareri «sui modelli organizzativi delle attività assistenziali e sulla loro articolazione all'interno dell'azienda, compresa la attribuzione di locali».

Per evitare una tediosa analisi di tutti gli statuti abbiamo voluto prendere in esame quello di Messina, proprio a titolo di esempio, in quanto appare quasi come un punto di equilibrio tra le situazioni più estreme, come quella di Udine dove l'azienda non è molto di più che un ufficio dell'università con una mascheratura di indipendenza, e quella di Cagliari e Palermo in cui l'autonomia è senz'altro più ampia e la gestione sembra più agevole e fluida, anche se lontana dalle aziende ospedaliere del SSN o ancora di più, da quelle private.

Come appare chiaramente da quanto detto è davvero difficile parlare di

autonomia delle aziende policlinico in queste condizioni.

Quali sono i margini di autonomia dei direttori generali? È evidente che un direttore generale nominato dal Rettore (e dallo stesso licenziabile anche per la semplice rottura del rapporto fiduciario che sta alla base della nomina), scelto in una terna proposta dal Consiglio di facoltà, con i principali collaboratori scelti l'uno dal Rettore e l'altro da lui stesso, ma con un pesante condizionamento da parte della facoltà (e qualche volta licenziabile direttamente dal Rettore) non ha molti margini di reale autonomia.

Queste condizioni rendono estremamente difficile pensare di poter modificare qualcosa, introdurre novità organizzative e/o assistenziali per rispondere alle esigenze di modernizzazione gestionale o alla richiesta del «mercato» di nuove prestazioni, aldilà della fortuita quanto fortunata coincidenza di interessi tra qualche docente e la situazione contingente nella quale l'azienda si trova ad operare.

Appare con grande rilievo in tutti gli statuti una grande preoccupazione e cioè quella che l'azienda policlinico, qualora non mantenuta in vincoli rigidi da organi di indirizzo, programmazione, consulenza, dai Rettori, dai Consigli di facoltà, possa sacrificare ai propri interessi economici la libertà scientifica e accademica dei docenti universitari.

Questo non accade nei molti casi in cui i professori universitari operano in convenzione in strutture delle AA.SS.LL., né in paesi dove gli universitari sono incardinati in ospedali privati, in cui pure il bilancio è fondamentale per la sopravvivenza degli stessi ospedali. Anzi proprio da questi paesi (gli USA sono un esempio troppo facile) proviene la schiacciante maggioranza della ricerca biomedica di valore.

Perché allora questa preoccupazione così diffusa nelle Università italiane di difendere e conservare la situazione esistente con tale determinazione da trasformare i policlinici in una pressoché ingestibile imitazione delle aziende ospedaliere?

c) *Patrimonio*

Non tutti gli Statuti fin qui emanati trattano il tema della situazione patrimoniale delle aziende policlinico, ma tra quelli che lo fanno emerge che essa ha caratteri molto più uniformi se comparata con le altre voci fin qui trattate.

Anche un esame superficiale consente di rilevare come tutti gli Statuti, fedeli alla legislazione vigente, stabiliscano in maniera esplicita l'autonomia patrimoniale delle aziende salvo, subito dopo, affrettarsi prudentemente a rendere del tutto superflua tale perentoria affermazione.

Infatti le strutture e i beni immobili, lungi dal essere trasferiti al patrimonio dei policlinici, sono assegnati alle aziende in uso gratuito o con formule equivalenti in tutti i casi, fuorché per Roma e Udine, nei cui statuti non appare alcuna norma in proposito!

Per quanto riguarda i beni mobili essi sono in alcuni casi esplicitamente trasferiti senza condizioni, in altri affidati in prestito gratuito mentre alcuni statuti non trattano l'argomento.

Quasi tutte le Università hanno previsto la possibilità che le unità operative possano avvalersi di ulteriori attrezzature dedicate esclusivamente alle attività istituzionali non assistenziali.

Da nessuna parte è precisato cosa succeda delle apparecchiature acquistate dalle aziende con fondi del proprio bilancio: fanno parte anch'esse del patrimonio della Università centrale oppure costituiscono un bene dell'azienda?

Nonostante il possesso dei beni immobili sia chiaramente mantenuto alle Università, tuttavia, come ulteriore misura prudenziale, è tassativamente previsto che le eventuali modifiche debbano essere approvate dalla Università proprietaria, in una o l'altra delle sue articolazioni, e questo deve evidentemente intendersi riferito anche a possibili ed in molti casi anche desiderabili lavori di messa a norma e di sicurezza degli impianti.

Di norma, e spesso peraltro in maniera chiara e netta, è previsto che gli oneri della manutenzione ordinaria e straordinaria, incluse quelle per i beni mobili, ricadano sul bilancio dell'azienda policlinico.

A questo punto è superfluo notare che aziende siffatte non hanno alcuna autonomia patrimoniale, salvo i materiali di consumo, per i quali evidentemente non è stato ritenuto utile disporre altrimenti data la brevità della loro vita utile.

Le aziende non dispongono di alcun bene immobile, quasi che si temesse l'improvvisa decisione di qualche irresponsabile direttore generale di mettere all'asta ospedali o cliniche, in molti casi di grande valore storico e/o architettonico, così ledendo irreparabilmente il patrimonio dell'Ateneo.

Non solo, ma vi sono anche alcuni aspetti che potrebbero assumere valenza civilistica o addirittura penale: cosa succederebbe se, per ipotesi, dovesse verificarsi un incidente con danni alle persone a seguito di malfunzionamenti di una apparecchiatura dedicata alla ricerca, e quindi acquistata ed installata dall'Università negli ambienti del policlinico, senza neppure l'obbligo di comunicazione all'azienda?

Chi sarebbe responsabile della mancata messa in sicurezza di determinati impianti se il direttore generale avesse regolarmente richiesto il permesso di effettuare i lavori ma non

avesse avuto risposta dall'Università o ne avesse avuta una negativa?

Insomma anche dall'analisi di questa parte degli Statuti emerge la fondamentale sfiducia con cui le università hanno accolto le norme della legge De Lorenzo. Una riforma profondamente influenzata dalle diverse sedi universitarie, che tuttavia, subito dopo la sua approvazione hanno provveduto alla stesura di norme che, pur formalmente rispettose della legge, nella sostanza ne hanno indebolito completamente lo spirito anche nei riguardi della pur conclamata autonomia patrimoniale.

d) Personale

Nel complesso tutti gli Statuti, più o meno espressamente, stabiliscono che l'appartenenza giuridica del personale universitario resta all'università anche per i dipendenti assegnati al policlinico.

In alcuni casi gli statuti rinviano il problema della gestione organizzativa delle risorse umane ai regolamenti, in altri la attribuiscono direttamente all'amministrazione centrale mentre in qualche altro caso alcune — limitate — mansioni vengono attribuite all'azienda.

Nel complesso emerge comunque un quadro piuttosto uniforme di norme che escludono le aziende dalla gestione del personale affidatogli e anche in questo caso non è difficile intravedere la sostanziale sfiducia con cui l'istituzione dei policlinici è stata accolta dalle università.

Le norme relative alle piante organiche sono estremamente dettagliate, sia nel ritagliare per l'azienda un semplice ruolo di proposta, mantenendo alle Università il vero potere decisionale in proposito, sia nell'assegnare alla stessa azienda tutti gli oneri economici possibili sia per le assunzioni che per eventuali incrementi contrattuali che, si noti bene, possono deriva-

re in parte dai contratti nazionali e in parte dalla contrattazione decentrata che è però determinata dall'amministrazione centrale universitaria.

In poche parole, per Statuto, le aziende diventano responsabili degli incrementi di spesa determinati dalle decisioni dei Rettori e delle OO.SS. durante la contrattazione decentrata, alla quale esse non prendono parte: a prescindere dall'evidente *vulnus* al concetto di «autonomia» pur ostentabilmente ribadito in tutti gli statuti, non vi è chi non veda la facile eventualità dell'insorgere di contenziosi tra Rettore e DG.

Infatti non si può escludere, e in realtà ciò è già puntualmente avvenuto in più di un caso, che decisioni contrattuali prese dai Rettori, comportanti ingenti oneri economici, vengano giudicate di dubbia legittimità dai Direttori generali che poi firmando gli eventuali mandati di pagamento ne porterebbero la piena responsabilità in caso di danni erariali rilevati dagli organi competenti.

Interpellata in una vicenda di questa natura l'Avvocatura dello Stato di Cagliari ha reso un parere in cui, pur invitando le parti ad attenersi ai principi di lealtà e reciproca collaborazione tra pubbliche amministrazioni, emerge abbastanza chiaramente il fatto che le pattuizioni intercorse tra Università e OO.SS. non sarebbero vincolanti per l'azienda.

Tuttavia è facile intuire che queste situazioni in cui due soggetti, peraltro con competenze sfumate e spesso sovrapposte, si trovano a gestire sotto profili diversi lo stesso personale, possano ingenerare frequenti contrasti che inevitabilmente creano difficoltà operative quando non lasciano forti animosità con conseguenze traumatiche sui rapporti tra Università ed azienda e i rispettivi organi dirigenti, come fatti anche recentemente riportati dalla stampa hanno evidenziato.

L'utilizzo del personale, docente e non, è affidato alle aziende per le sole funzioni assistenziali e anche in questo caso con una serie di limitazioni legate a pareri — più o meno vincolanti — di Consigli di facoltà, Consigli di amministrazione, organi di consulenza, di indirizzo, di gestione tecnica, amministrativa e di delegazioni di varia natura.

Tutto questo con il dichiarato scopo di garantire il rispetto della libertà di didattica e ricerca, messi evidentemente in pericolo dall'operato di direttori generali desiderosi solo di piegare alle dure realtà economica le aspirazioni accademiche...

In realtà, aldilà della facile ironia, è evidente che la libertà di ricerca e didattica potrebbe trovare un limite solo nella insufficienza delle risorse economiche messe a disposizione della azienda dalla stessa università, dato che le risorse derivanti dal SSN non possono che essere devolute all'assistenza: quindi sono le decisioni universitarie e non certo quelle del DG a decidere la materia.

Tuttavia l'unico risultato che il meccanismo ipergarantistico messo in piedi praticamente in tutti gli statuti ha ottenuto, lungi dal tutelare libertà che nessuna ragionevole persona si sognerebbe di limitare volontariamente, è stato quello di rendere ancora più farraginosa e meno flessibile la gestione del personale, settore che nella pubblica amministrazione italiana non ha davvero necessità di essere ulteriormente irrigidito.

Per quanto si riferisce ad eventuali assunzioni necessarie al funzionamento dell'azienda, che non potessero essere garantite dall'Università con personale strutturato, alcuni statuti dettano norme per le assunzioni a tempo con contratti di diritto privato, mentre altri lasciano la materia disciplinata dalle normative vigenti per la

pubblica amministrazione, segnata-mente l'art. 7 del D.L.vo n. 29/93.

Questo provoca ulteriori difficoltà alla gestione operativa dei policlinici in quanto mentre è abbastanza facile procedere per le figure a più alto contenuto professionale e culturale, in cui scelta e motivazioni relative possono essere facilmente esplicitate, risulta invece più difficile garantire gli interessi dell'azienda facendo le scelte più convenienti ed allo stesso tempo garantire la dovuta trasparenza nel caso del personale appartenente ai livelli più bassi.

Infatti la situazione sociale del paese fa sì che alla sola pubblicazione di un avviso di selezione per personale di bassa qualifica (oggi avviene anche per gli infermieri professionali) le amministrazioni siano travolte da migliaia di domande, cosa che rende costoso e faticoso un corretto e trasparente processo di selezione anche solo per assumere un dattilografo.

Da non trascurare infine, sotto questo profilo, il fatto che esiste il rischio concreto che il personale, soprattutto quello esecutivo ma il discorso potrebbe valere anche per gli altri, assunto con contratti di diritto privato dopo un certo periodo di servizio ricorra alla magistratura per ottenere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo definito a tempo indefinito, con le conseguenti ripercussioni sul bilancio dell'Università nelle cui piante organiche dovrebbe essere inquadrato, data la mancanza della personalità giuridica dei policlinici che impedisce l'instaurarsi di rapporti permanenti.

4. Conclusioni

La legislazione nazionale e regionale, salvo rare occasioni, prodotta dopo la «riforma De Lorenzo» del 1992 ha portato a perdere la scommessa di trasformare gli ospedali pubblici, da enti che si limitano a drenare risorse,

in aziende autosufficienti di produzione di servizi, da offrire ad una collettività che sempre più ne richiede.

Infatti non si può far altro che constatare come dietro la questione irrisolta della sottostima dei fabbisogni finanziari, gli amministratori regionali e quelli dei singoli enti, si siano aggiati in una comoda posizione di attesa dei vari provvedimenti di ripiano di fine d'anno da parte del Governo.

A questa condizione potevano sottrarsi le Aziende policlinico, nate sotto la buona stella di bilanci resi solidi dall'assunzione da parte del Ministero dell'università delle spese per il personale (più del cinquanta per cento del totale nelle U.S.L.) e che potevano lanciare strategie vincenti di progettualità per il futuro attraverso l'innovazione.

Purtroppo il comodo paravento delle limitate possibilità di risorse e l'arroccamento su posizioni di conservazione dell'esistente di un'incongrua alleanza tra OO.SS. delle più diverse estrazioni politiche e di vasta parte della burocrazia universitaria ha fatto sì che le nuove realtà si limitino tutt'al più a gestire l'ordinaria amministrazione.

Infatti, durante la fase di elaborazione parlamentare ed esecutiva della 502 si è volutamente impedita l'attribuzione della personalità giuridica alle Aziende policlinico con lo scopo principale di mantenere il personale docente e non docente, nell'ambito dell'Università, più libero sotto diversi profili e meno rigido rispetto al S.S.N., insomma paradossalmente più «politico» sebbene non soggetto ad un controllo dell'autorità politica regionale competente.

Non è infatti da sottovalutare come sia per i docenti che per i sindacati del comparto sia preferibile avere a che fare con un organo come il Rettore, che ha di per sé una natura politica e un peso sociale completamente diver-

so da quello di un Direttore generale, molto più legato da vincoli legislativi rigidi soprattutto sotto il profilo contabile e contrattuale.

Questo ha prodotto però una situazione al limite dell'impossibile, in cui le Aziende policlinico devono produrre prestazioni con personale che di fatto risponde in tutto e per tutto all'amministrazione universitaria, in molti casi anche per gli orari di servizio, e sotto il profilo disciplinare, rendendo così assolutamente priva di incisività l'azione del Direttore generale.

E da ultimo, è giunta la decisione dei giudici amministrativi (T.A.R. Lazio, Sez. III, n. 2486/98), che negando la possibilità ai policlinici del riconoscimento a maggiori finanziamenti per i maggiori costi connessi all'attività didattica e di ricerca, ha segnato la parola fine anche per questa speranza, a meno che non venga finalmente dato il via, seriamente, al programma di accentramento delle decisioni in un unico organo che abbia la responsabilità non solo di queste ultime, ma, anche e soprattutto, della pianificazione delle stesse.

È evidente, infatti, come con l'attuale ripartizione delle competenze e soprattutto il sistema dei poteri conferiti solo per delega al Direttore generale, e non da lui assunti direttamente, che contraddistingue l'attuale sistema nel quale le aziende sono solo succursali degli atenei, nessun serio programma di riorganizzazione possa essere non solo realizzato ma neanche concepito.

E rimane anche irrisolto il problema dell'armonizzazione delle funzioni di didattica e ricerca con quella dell'assistenza, questione difficile, che può essere sintetizzata nella vicenda del controllo dell'orario di lavoro dei medici del policlinico Umberto I di Roma.

Si ricorderà che in quell'occasione (si veda Ragiusan 153, pag. 355) addirittura si proibì al Rettore della «Sa-

pienza» di ordinare al personale medico di quel policlinico di attestare con orologi marcatempo la presenza in servizio, sulla scorta della mancanza di riferimenti normativi atti a distinguere l'assistenza dalla didattica e dalla ricerca, con il risultato che in prima istanza i ricorrenti ebbero partita vinta (vedi però Cons. Stato 1855/97 che annullò quella sentenza).

L'armonizzazione delle diverse funzioni diventa pertanto il nodo centrale da sciogliere. Le differenti esigenze, tutte di pari rango, devono trovare una sintesi che altri paesi praticano da tempo affidando ad una sola «testa» le decisioni.

L'assunzione di decisioni, con la programmazione nel tempo di attività certe al fine di imprimere e mantenere l'unitarietà dell'indirizzo del sistema complessivamente considerato, è ciò che caratterizza una «azienda».

Senza voler dimenticare che oltre ai compiti tipici di ogni presidio ospedaliero, e cioè quelli dell'assistenza ai malati, nelle aziende universitarie deve essere seguita con necessaria, primaria attenzione la formazione del personale sanitario e la ricerca biomedica.

Queste ultime due funzioni devono caratterizzare la diversità delle aziende universitarie rispetto alle aziende USL: presso i policlinici devono essere concentrate maggiori risorse per lo studio dei casi problematici e a questa problematicità deve corrispondere necessariamente una più ampia gamma di risorse diagnostiche sia in termini di beni che di personale, ai quali deve fare da contraltare una maggiore dotazione di risorse economiche al fine di garantire al massimo la qualità degli interventi sia didattici che assistenziali.

Tale incrementato apparato di beni e personale non deve essere però asservito alla conservazione di posizioni di privilegio, ma fungere da molla

per il lancio di nuove idee funzionali al miglioramento non solo delle tecniche mediche, nell'ambito comunque di gestioni aziendali volte ad eliminare gli sprechi e ad ottimizzare le risorse.

Per comprendere meglio quanto sin qui detto, basta riflettere che oggi neppure la proprietà del patrimonio è dei policlinici ma delle Università di cui essi costituiscono «aziende autonome» e ad essi tale patrimonio viene conferito con lo strumento giuridico dell'«uso». Senza volersi lasciare andare in disquisizioni giuridiche sul significato civilistico della parola, per cui l'uso degli edifici e dei manufatti «per l'assistenza agli infermi, l'insegnamento e la ricerca scientifica», accordato dagli Statuti agli istituti clinici universitari diventati azienda, integra un diritto soggettivo, come tale tutelabile davanti al giudice ordinario pure nel rapporto con l'Università, risulta però chiaro che la tutela di tale diritto risulta priva di contenuto, come le recenti vicende, anche giudiziarie, del policlinico di Roma hanno efficacemente provato.

Se si aggiunge che, da un lato il reale potere di programmazione resta comunque in mano ai Consigli di facoltà, e dall'altra, la competenza a destinare gli utili di esercizio per finanziare gli investimenti viene (quasi) da tutti gli Statuti incardinata in organi terzi rispetto al Direttore generale, non è difficile comprendere come la funzione essenziale della programmazione è totalmente svilita. L'esame della legislazione vigente e degli Statuti dimostra *ad abundantiam* che ci si trova davanti ad un quadro giuridico estremamente lacunoso che ha lasciato ampi spazi perché, in un modo o nell'altro, fossero ridotti il più possibile i margini di autonomia delle aziende policlinico, generando una serie di situazioni confuse in cui le competenze tra organi dell'Università e dell'azien-

da sono talmente inestricabilmente connesse da richiedere o una gestione aziendale totalmente prona ai desideri dell'Università o uno stato di battaglia permanente tra le due amministrazioni, del tutto contrario allo spirito della legge e ad alle stesse esigenze delle facoltà di medicina, per risolvere i cui problemi il legislatore aveva pensato di istituire i policlinici come aziende autonome.

In conclusione, se i criteri decisivi fondamentali per un'azienda sono quelli di preferire tra le varie alternative possibili quella della maggiore economicità a parità di risorse impegnate o della massima redditività delle azioni a parità di economicità, in un ambito giuridico nel quale le aziende policlinico non vengono dotate dalle Università di un patrimonio, di personale da dirigere, di possibilità di tracciare programmi, in realtà tali aziende esistono solo nel nome ma non nei fatti.

BIBLIOGRAFIA

- In un contesto di bibliografia assai carente sull'argomento, per la redazione del presente articolo, oltre alle voci «Amministrazioni statali autonome», «Cliniche universitarie», «Aziende autonome» dell'Enciclopedia giuridica Treccani, e la voce «Università degli studi» dell'Enciclopedia del diritto Giuffrè, sono state consultate, oltre ai documenti già citati nel testo, anche i seguenti articoli:
- (1995), *Dei profili dell'autonomia dell'azienda sanitaria*, Ragiusan, fasc. 132, 6.
 - (1995), *L'azienda sanitaria, elementi che ne condizionano lo sviluppo*, Ragiusan, fasc. 133, 256.
 - (1995), *USL e ospedali sono veramente imprese?*, Rass. Amm. sanità, 1.
 - (1995), *Il nuovo ruolo dello Stato nei servizi sanitari*, Ragiusan, fasc. 132, 20.
 - (1995), *Dall'acquisizione, formazione e gestione delle risorse umane nel nuovo sistema*, Ragiusan, fasc. 134, 142.
 - (1995), *Sull'attuazione delle norme per la trasformazione del bilancio, da finanziario in economico, nelle USL e nelle aziende ospedaliere*, Ragiusan, fasc. 134, 54.
 - (1996), *Autonomia universitaria e controlli*

- della Corte dei conti: due riforme alla prova*, Riv. Corte conti, fasc. 1, 319.
- (1994), *L'attività contrattuale delle università*, Riv. trim. appalti, I, 311.
- Il rapporto di lavoro del direttore amministrativo dell'università*, ex art. 17 comma 110, L. n. 127 del 1997.
- (1996), *Il controllo di gestione nelle università*, Riv. Corte conti, fasc. 1, 328.
- (1996), *Bilancio e controllo economico nelle Università degli studi*, Milano.
- (1996), *Università, autonomia, controlli*, Riv. corte conti, fasc. 2, 266.
- (1994), *L'osservanza delle norme di stato giuridico come limite all'autonomia statutaria delle università*, Dir. amm., I, 145.
- (1998), *Il caso degli specializzandi in medicina*, Lav. nelle p.a., I, 121.
- (1997), *Potestà regolamentare e autonomia universitaria*, Nuovo dir., I, 971.

L'APPROCCIO ALLA QUALITÀ PER IL SERVIZIO DI MEDICINA VETERINARIA NEL CONTESTO EUROPEO

Lucio Baldo

Azienda Sanitaria Locale provincia di Brescia

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Tipicità del Servizio di medicina veterinaria pubblico in Italia ed in Europa - 3. La ricerca della qualità - 4. Norme in Italia che regolano la qualità delle prestazioni sanitarie veterinarie - 5. Esperienze di approccio alla qualità - 6. Conclusioni.

1. Premessa

Scopo di questo elaborato è quello di fornire un contributo sul tema della qualità applicato al servizio di medicina veterinaria pubblico, intendendo la qualità di un servizio come la soddisfazione dell'utente finale in relazione alle sue aspettative; pertanto la ricerca della qualità può anche essere concepita in termine economico ed etico come una tendenza alla perfezione nell'uso e nell'organizzazione delle risorse disponibili.

Nel tempo si è avuta una evoluzione della ricerca sulla qualità; inizialmente applicata all'impresa come elemento per verificare la corrispondenza di un determinato bene alle esigenze d'uso per il consumatore, si è successivamente espansa dapprima coinvolgendo la corrispondenza ed il miglioramento della produzione a *standard* prefissati (controllo di qualità), per giungere all'analisi, studio e perfezionamento delle varie fasi in cui si sviluppa il processo produttivo interno dell'impresa (controllo totale per la qualità). Il limite di queste impostazioni consisteva nella mancata considerazione delle aspettative dell'utilizzatore finale; con l'introduzione del principio di soddisfare pienamente il

consumatore finale, l'attenzione si sposta dal mero controllo interno o conformità a standard prefissati, all'impegno da parte dell'impresa, in ogni sua attività, a valutare gli effetti del suo operato verso l'ambiente interno e l'esterno (qualità totale). Se l'impresa nell'ambito dell'orientamento al cliente oltre che soddisfare l'adeguatezza all'uso del bene prodotto, riesce a personalizzare l'offerta adattandola alle esigenze ragionevoli dell'utente producendo valore (Cercola, 1997) per tutti coloro che con essa interagiscono: collaboratori, fornitori o collettività, concretizza l'idea di capacità di rispettare in modo pieno al suo ruolo (qualità globale).

Lo studio sulla qualità, nel settore sanitario, ha trovato in Donabedian A. un importante punto di riferimento; egli ha analizzato la qualità delle cure mediche secondo tre approcci schematici diversi, tutti orientati alla soddisfazione dell'utente finale, ma tra loro correlati: analisi della struttura deputata al servizio sanitario, svolgimento del processo ed indagine sul prodotto (Donabedian, 1980); detti concetti possono con le dovute particolarità essere applicati al servizio veterinario.

La struttura di un servizio di medicina veterinaria pubblico può essere identificata come l'insieme delle risorse, gli spazi fisici e l'organizzazione necessari per effettuare il servizio; il personale veterinario è una delle componenti di detto raggruppamento.

Per processo si intendono tutte le attività tra loro collegate e finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo di dare un determinato prodotto all'utenza finale.

Il prodotto del servizio veterinario sono le conseguenze o gli effetti delle attività messe in essere in grado di influenzare la condizione di salute della popolazione e degli animali; esse evolvono continuamente (Brook, 1985).

2. Tipicità del Servizio di medicina veterinaria pubblico in Italia ed in Europa

Il Servizio di medicina veterinaria in Italia è inserito nel dipartimento

L'autore ringrazia il Prof. Andrea Francesconi per i preziosi suggerimenti apportati ed il Dott. Loris Giovanni Alborali per la proficua collaborazione. In questo lavoro le opinioni espresse dall'autore non sono necessariamente quelle dell'Azienda sanitaria locale provincia di Brescia.

della prevenzione (tabella 1) con i servizi medici di igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, igiene degli alimenti e della nutrizione; quale strumento operativo dell'Azienda sanitaria locale (A.S.L.) per perseguire gli obiettivi di sanità pubblica previsti dalle leggi sanitarie comunitarie, nazionali e regionali; in Italia il servizio di medicina veterinaria pubblico è allocato nel settore sanitario.

L'A.S.L. ha personalità giuridica, autonomia gestionale e finanziaria; attua gli indirizzi programmatici pianificati dalla Regione.

La Regione viene finanziata dallo Stato con assegnazione di una quota pro capite definita e deve garantire livelli uniformi di assistenza stabiliti dalle norme nazionali, ha ampi poteri di gestione; parte di questo finanziamento viene destinato al servizio veterinario.

Tra le finalità principali del servizio di medicina veterinaria pubblico comunitario ed italiano vi è il tutelare la salute umana prevenendo le zoonosi; lottare contro le malattie infettive e non degli animali, quale incentivo allo sviluppo economico; salvaguardare il benessere delle specie animali allevate; permettere un accesso non discriminato ed equo ai servizi; garantire ai cittadini comunitari e nazionali alimenti con caratteristiche sanitarie ben definite; favorire una crescita culturale sanitaria nella popolazione di riferimento ed impegnarsi nel campo della ricerca applicata alle malattie degli animali.

Nel contesto italiano il servizio di medicina veterinaria pubblico ha caratteri di tipicità con alta specializzazione del personale laureato e tecnico che lo compone; in tal senso si noti come l'interesse del servizio pubblico coinvolga numerose specie animali: dai bovini alle scimmie e molteplici prodotti di origine animale quali i

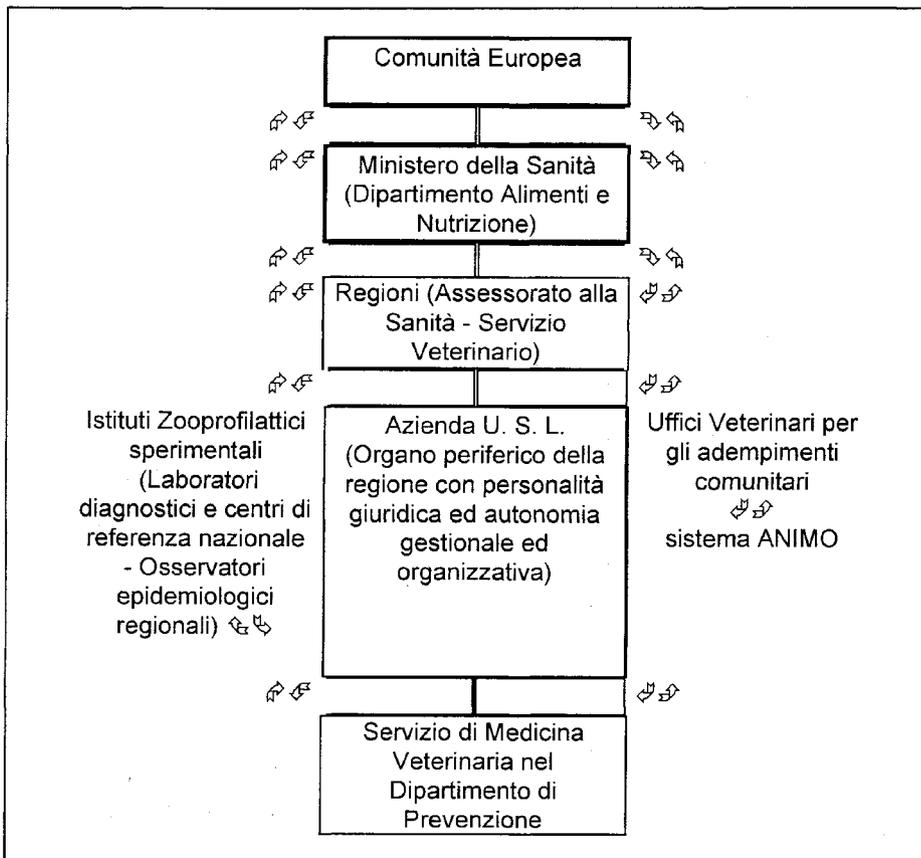
prodotti della pesca ed il miele; ampia dotazione di strutture e tecnologie presso i laboratori di referenza nazionali distribuiti nel paese (Istituti zooprofilattici sperimentali) quali centri di diagnosi, ricerca, analisi ed informazione epidemiologica nei confronti del servizio periferico, della Regione e del Ministero della sanità; sviluppo dell'attività in modo capillare sul territorio da parte del servizio veterinario periferico con poca tecnologia, minime strutture come spazi fisici ma con notevoli necessità di collegamenti ed integrazioni organizzative con altri punti del sistema veterinario, quali ad esempio gli uffici veterinari del Ministero della sanità per gli adempimenti comunitari (U.V.A.C.). Queste ultime strutture sono deputate al controllo sugli scambi in ambito comunitario e sono collegate alla rete

telematica, istituita con direttiva 90/425/CEE, denominata ANIMO (*Animal Movement*) di informazione reciproca, per vigilare e garantire, in collaborazione con il servizio periferico delle A.S.L. ed i posti di ispezione frontaliere (P.I.F.) (1) veterinari della U.E. (Unione europea), la regolarità delle norme sanitarie e di polizia veterinaria relative a derrate ed animali vivi di molte specie.

Collegamenti e rapporti si instaurano anche con altri centri di responsabilità quali i servizi urbanistici, agricoli, ambientali e di tutela di aree naturali protette mediante continui scambi interdisciplinari di informazioni o richieste di intervento.

La qualità dell'attività è dipendente anche dal complesso di norme che diversi livelli legislativi regolatori fanno ricadere sul servizio di medicina vete-

Tabella 1



rinaria. Il principale sistema normativo condizionante l'operatività è il nazionale con leggi o atti normativi aventi valore di legge, segue il comunitario europeo con regolamenti comunitari immediatamente esecutivi nei paesi membri. La Regione, con il graduale decentramento amministrativo, vede sempre più potenziata la possibilità di legiferare in materia veterinaria.

Da ultimo l'ASL ha la facoltà, nell'ambito dell'autonomia gestionale, di sviluppare progetti o predisporre piani di lavoro per esigenze locali.

Si noti come in molti paesi europei il servizio veterinario dipende in tutto o in parte dal settore agricolo; Spagna, Irlanda, Francia, Portogallo, Regno Unito, Svezia, Finlandia, Grecia, Belgio, Danimarca ed Olanda (2) sono in tale situazione. La struttura dei servizi nei vari paesi comunitari contempla la presenza di laboratori diagnostici ad elevato livello tecnologico quali punti di riferimento per aree geografiche oppure per specifiche problematiche sanitarie; tipici sono i laboratori di riferimento comunitari abilitati all'approfondimento dell'eziologia, delle metodiche diagnostiche e della ricerca per malattie epizootiche la cui presenza, sul territorio comunitario, comporta l'eliminazione totale degli animali presenti in quel focolaio.

L'importanza prioritaria data alla tutela della salute umana quale missione per il servizio veterinario pubblico in Italia, condivisa solo dal Lussemburgo, trova evidenti divergenze sul terreno comunitario dipendendo molti servizi di altri paesi membri della U.E. dal comparto agricolo. Tale impostazione può creare indubbi problemi relativamente all'applicazione di misure sanitarie a livello comunitario, nazionale o regionale e dovrà essere affrontata con scelte politiche sostenibili in un percorso di armonizzazione nel lungo periodo. Alcuni esem-

pi significativi si ritrovano nel recente passato: la T.S.E. (encefalite trasmissibile spongiforme) bovina, detta anche «Sindrome della mucca pazza», ha provocato enormi danni all'immagine del comparto produttivo zootecnico e potenziali rischi sanitari per la salute pubblica ancora indefinibili ed oggetto di approfondimento scientifico; l'utilizzo di prodotti o ingredienti alimentari contenenti organismi geneticamente modificati crea riserve di ordine etico per una frangia di popolazione comunitaria.

Del resto, le regole in campo veterinario sono state uno dei primi temi affrontati dall'U.E. che ha emanato, in un lungo lasso di tempo, un numero considerevole di provvedimenti che toccano tutte le materie attinenti alla sanità animale.

L'uniformità di regole ha permesso l'abolizione dei controlli sistematici veterinari alle frontiere interne (posti di confine), mantenendo la possibilità per ogni stato membro di effettuare controlli a sondaggio non discriminatori per verificare l'osservanza delle norme comuni ed il reale instaurarsi di un libero spazio di mercato; la libertà di circolazione è stata ulteriormente confermata ed integrata dal trattato di Amsterdam del 1997 (3).

3. La ricerca della qualità

La ricerca della qualità applicata al servizio di medicina veterinaria pubblica, in assenza di studi organici sull'argomento e per le specifiche particolarità, trova punti di riferimento in ricerche sulla qualità applicate al campo medico. Più studi hanno analizzato la qualità delle cure mediche nella loro complessità teorica e applicativa.

Come riportato in precedenza, nel presente elaborato si intende per qualità di un servizio la soddisfazione dell'utente finale in relazione alle sue aspettative. Per avvicinarci all'obietti-

vo di congruità ed analizzare la tendenza attuale si può, per praticità espositiva, suddividere la problematica in diversi settori, cercando di analizzarli singolarmente pur sapendo che fanno parte di un unico sistema complesso.

Nel settore veterinario la ricerca sulla qualità si può inizialmente concretizzare in due grosse branche: la qualità della prestazione professionale e la qualità del servizio all'utente finale.

La qualità riferita alla prestazione professionale medico veterinaria viene vista come la migliore soluzione per risolvere una specifica situazione comparata con un insieme di casi simili validi a fini statistici.

È molto difficile avere un'idea chiara della situazione se i dati statistici ed epidemiologici oppure le informazioni su situazioni comparabili non sono disponibili.

Molti procedimenti terapeutici sono incompleti, le percentuali di sopravvivenza con protocolli di cura standard non sono sempre disponibili per animali di ogni specie; le linee guida relativamente a problematiche di emergenza sanitaria veterinaria sono difficilmente disponibili in maniera sintetica in una sola fonte normativa; una metodologia chiara non è ancora stata sviluppata.

La riflessione sulla qualità del servizio rivolta all'utente è altrettanto importante e stimola ad ottenere risultati sempre migliori, considerando che in un sistema che si basa sulla prevenzione è difficile identificare chi sia l'utente finale e quali siano i suoi bisogni. L'utente finale può essere individuato nella collettività che attraverso i suoi rappresentanti ai diversi livelli istituzionali razionalizza e crea regole omogenee su tutto il territorio comunitario finalizzate al pieno rispetto nell'equità della libera commercializzazione degli animali o dei prodotti da

essi derivati oppure nel privato cittadino, allevatore o industriale delle carni che deve accettare un controllo obbligatorio, una profilassi prescritta dalla legge prima di poter commercializzare il prodotto. Il servizio veterinario deve farsi carico di entrambe le esigenze, sia di garanzia sanitaria collettiva che di sviluppo economico e produttivo. Per migliorare la qualità del servizio, nell'ambito del rapporto tra servizio veterinario e utente finale, è utile cercare di prevedere le necessità di quest'ultimo e quali siano le difficoltà che incontra nel suo contatto con la struttura, il processo e la qualità del prodotto; secondo le proposte fatte da Donabedian A., si esamineranno i vari punti e le varie fasi sforzandosi di eliminare o attenuare gli impedimenti.

Grande attenzione dovrebbe essere data alla valutazione della comunicazione con il personale che lavora in quello specifico ambiente; ai disagi o difficoltà che l'utente, privato cittadino, incontra nella soluzione di un problema; alla comodità di poter contattare il servizio o avere informazioni mediante telefono, con fax, mediante rete telematica o in futuro alla possibilità di avvalersi di mezzi informatici per poter comunicare ed interagire con altre sedi quali centri di responsabilità collegati per la risoluzione globale del problema. La disponibilità di consultare banche dati normative comunitarie, centri di ricerca comunitari e laboratori di referenza per specifiche malattie, anche nel settore veterinario, mediante rete telematica potrebbe migliorare il rapporto costo/efficacia del servizio (Bompiani, 1996) con vantaggio nella qualità dello stesso.

L'esperienza o le aspettative del fruitore finale possono essere rese manifeste grazie all'ausilio di strumenti quali le interviste, i questionari o le lettere di reclamo.

Le informazioni sulle attività dei servizi e sulle procedure sanitarie o

amministrative sono indispensabili strumenti di gestione; lo studio di procedure semplici, ripetibili, condivise ed accettate dagli operatori (Cristiani, 1996), sottoposte a periodica revisione per adattarle alle mutevoli situazioni epidemiologiche, sono un utile ausilio operativo ed integrano il già elevato livello di interazione con l'utente, tipico del servizio.

Un'analisi dei rapporti che intercorrono tra utente finale e servizio veterinario coinvolge anche elementi connessi con il tempo che si può dedicare ad un certo tipo di prestazione in base alle priorità decise, al riserbo ed alla disponibilità a dare ed ottenere chiarimenti o ragguagli; all'ambiente di accettazione compatibile con le attese e lo stato psicologico e sociale del fruitore. La continuità, trasparenza, affidabilità e coerenza nel lavoro possono sicuramente creare rapporti solidi di collaborazione con i cittadini.

Quando le informazioni sono disponibili si può elaborare un'analisi dei dati ed è possibile costruire alcuni indicatori generali o specifici per ogni attività, con caratteristiche tipologiche che riflettono i criteri di selezione del richiedente (Sisk, 1990) quali: la comunicazione delle informazioni, il numero di attività effettuate ed altro.

Costruiti gli indicatori sarebbe opportuno, a seconda del caso, rendere accessibile il dato per uso interno od esterno alla struttura di appartenenza; le informazioni possono essere gestite come mezzo di verifica e di miglioramento consentendo di soddisfare i bisogni informativi dei cittadini o pianificare una gestione attenta da parte dei membri dell'organizzazione (Taroni, 1994).

La qualità del servizio nei confronti del destinatario finale, deve essere considerata anche dal versante degli operatori ed è strettamente connessa alle risorse messe a disposizione; alla progettazione di incentivi nelle più

svariate forme: economici, di autonomia organizzativa, di facilitazioni nel lavoro. Per l'attuazione del programma qualità assume rilievo la capacità di coinvolgimento del personale nella pianificazione delle procedure con le quali si affronta la soluzione di un problema e la creazione di piani di carriera (Palmer, 1991).

Il tempo a disposizione, gli adempimenti periodici burocratici e la vocazione ad essere utile sono ulteriori componenti a volte limitanti nello sviluppo della qualità.

Per ottenere attenzione alla problematica del miglioramento della qualità è necessario formare o disporre di collaboratori che condividano cultura e motivazione (Berwick, 1989), con una disciplina costante dei processi in cui si sviluppano le funzioni, in quanto solo dal continuo monitoraggio dei processi, dal loro studio e dall'applicazione si acquisiscono incrementi nella qualità.

Di massima esiste anche una qualità per il gestore e/o per i finanziatori dell'attività; questa zona circoscritta della qualità condiziona fortemente l'attività dei servizi in termini di risorse a disposizione ed in alcuni casi, se non vi è completa sintonia, può minacciare la stessa esistenza della struttura (4).

Lo scopo minimo dell'attore dovrebbe essere l'ottenere una qualità sufficiente alla sopravvivenza nel servizio mercato, l'alternativa potrebbe estrinsecarsi nel totalizzare degli obiettivi minimi che permettano un saldo positivo rispetto ad investimenti alternativi; la meta auspicata è la ricerca della qualità con il minimo costo.

La qualità può essere raffigurata come l'apice di una piramide; è la meta del servizio, punto simbolico sostenuto da più lati; alcuni di questi sono stati sviluppati in precedenza, un'ulteriore indicazione che rispetta l'esigenza del requisito della qualità nei confronti dell'utilizzatore finale, è

il presidio delle attività e delle prestazioni del servizio, determinato dalla dimensione del risultato di un continuo bilanciamento e modulazione tra efficienza tecnica ed efficacia.

— Efficienza tecnica intesa come massima produttività possibile.

— Efficacia definita come la massima adeguatezza possibile nel produrre l'effetto desiderato (Wyszewianski, 1988).

Molti fattori contribuiscono a condizionare nel servizio di medicina veterinaria pubblico l'efficacia e l'efficienza tecnica e quindi la qualità; una proposta di classificazione non esaustiva potrebbe includere: le aspettative dell'utente finale, le aspettative del servizio sanitario veterinario, i vincoli interni ed esterni al servizio (risorse finanziarie disponibili, norme sanitarie specifiche regionali, nazionali o comunitarie, carenze di *know-how*), attese e cultura degli operatori (tabella 2).

Di conseguenza, il responsabile incaricato della qualità deve progettare e pianificare la migliore combinazione fra tutti i fattori che creano la qualità, miscelando efficienza ed efficacia; egli deve conoscere i diversi componenti del sistema valutandone i vincoli e le opportunità, non trascurando di verificare la domanda di prestazioni in continuo divenire (Longley, 1995).

Per implementare la qualità è opportuno avere colloqui con i collaboratori e creare un gruppo specialistico preparato sull'argomento; tutti i membri dell'organizzazione devono partecipare ed essere coinvolti profondamente. Le riunioni e le conferenze permanenti di verifica e revisione possono essere utili strumenti applicativi per lo sviluppo e la diffusione, a tutti i livelli, della politica aziendale dominante (Poli, 1996).

Le comunicazioni in senso verticale ed orizzontale all'interno dell'organizzazione con rapporti riassuntivi sullo stato dell'attività, sui problemi e

difficoltà incontrati, sulle soluzioni possibili ed applicate con successo sono un bagaglio di esperienze, elementi di successo e risparmi di risorse.

Se gli operatori non sono coinvolti profondamente nel miglioramento della qualità, l'obiettivo non può essere raggiunto.

L'elemento costo della qualità deve essere attentamente valutato da parte del responsabile; la disponibilità di mezzi e risorse adeguate alla dimensione dell'operatività del servizio costituisce il pilastro portante a fronte delle diverse richieste provenienti dall'interno e dall'esterno della struttura.

4. Norme in Italia che regolano la qualità delle prestazioni sanitarie veterinarie

In Italia vi sono norme che obbligano il servizio veterinario nazionale a valutare e verificare la qualità del servizio nei confronti dell'utente finale con un equilibrato e partecipato processo creativo dove i cittadini e le loro associazioni possono definire con i singoli enti sanitari territoriali gli standard di qualità, predisporre i vari strumenti di informazione reciproca, gli elementi di verifica e la predisposizione di linee guida esaustive (5). Ogni azienda sanitaria costruisce in piena libertà i propri *standard* di qualità, li verifica e li rende pubblici mediante la predisposizione di «Carte dei servizi pubblici sanitari» quale strumento di conoscenza per il cittadino/utente.

In questo contesto anche il servizio di medicina veterinaria pubblico deve predisporre i propri *standard* di qualità. Ogni servizio opera in realtà o si

tuazioni particolari, difficilmente sovrapponibili o speculari.

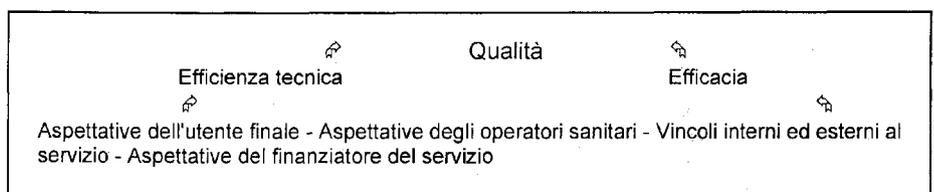
5. Esperienze di approccio alla qualità

Da quanto sopra esposto risulta evidente come, per l'operatore di sanità pubblica, l'approccio alla qualità risulta complesso: deve rispettare le rigide indicazioni a carattere minimale stabilite dalle disposizioni normative nazionali e regionali (utente finale come collettività); deve costantemente mantenere sotto controllo la corrispondenza agli *standard* da lui creati nella carta dei servizi; dovrebbe d'altro canto periodicamente valutare la corrispondenza della struttura organizzativa, del processo e del prodotto alle esigenze mutevoli dell'ambiente di riferimento sia esso pubblico o privato, sia nazionale che comunitario.

Una scorciatoia che elimini il pesante fardello della corrispondenza a *standard*, con l'impegno di tempo ed adempimenti che questo comporta, oggi non sembra praticabile; la valutazione della coerenza dei volumi di attività si rende obbligatoria in relazione ai finanziamenti ricevuti ed al fine, si spera, di assicurarne l'adeguatezza.

È fisiologico per il veterinario a contatto con il pubblico e profondo conoscitore del territorio propendere per una attuazione operativa della qualità più aderente alla sua professionalità, intesa come soddisfacimento di richieste provenienti dal proprio bacino d'utenza anche se comportano interventi multidisciplinari, soluzione di problematiche complesse o richieste aggregate su tematiche emergenti.

Tabella 2



Pur nel rispetto dei vincoli normativi che disciplinano l'attività, nel contesto operativo di appartenenza, l'approccio alla qualità verso l'utente si è sviluppato nella prospettiva di collaborazioni sinergiche con varie istituzioni pubbliche: Comunità montane, enti a tutela di aree naturali protette, Istituto zooprofilattico sperimentale, Comuni con l'obiettivo di conoscere la reale presenza di alcune malattie degli animali in zone marginali e di montagna.

La logica condivisa è il promuovere lo sviluppo economico e sociale delle popolazioni rurali mediante l'incremento delle condizioni favorevoli per una loro sopravvivenza come azienda zootecnica; a tale fine, sono stati attuati interventi sanitari di monitoraggio, profilassi e bonifica di malattie la cui presenza può compromettere la salute degli animali e gli scambi commerciali, anche in ambito comunitario.

Nella fase embrionale (anni 1993-1994-1995) l'attenzione del servizio pubblico si è focalizzata sulle patologie in grado di costituire rischi sanitari per gli animali e per l'uomo (zoonosi). Nello specifico si sono effettuate indagini sierologiche, con la collaborazione dell'Istituto zooprofilattico sperimentale di Brescia, sui cani al seguito di greggi e mandrie per valutare la prevalenza della malattia di Lyme, peraltro segnalata nelle vicine aree geografiche dell'arco alpino. L'infezione trasmessa in natura da artropodi, che sono nella maggioranza dei casi zecche, colpisce l'uomo e gli animali provocando lesioni a diversi organi interni ed apparati. Il cane è considerato un ottimo animale «sentinella» per rilevare l'infezione. Il monitoraggio sierologico effettuato su circa cento cani da pastore ha permesso di formulare l'assenza della *noxa patogena* nei soggetti prelevati e ha dato utili informazioni sulla zona di provenienza degli

animali, epidemiologicamente correlata. Il lavoro svolto ha permesso di far conoscere l'iniziativa in atto ed agevolare i contatti con le istituzioni locali creando interesse.

Nell'anno 1997 la Comunità montana Alto Garda Bresciano ha richiesto all'A.S.L., territorialmente competente, uno studio per la progettazione e pianificazione di un programma di monitoraggio e sorveglianza per due malattie infettive del bestiame: la rinotracheite bovina da *herpesvirus* (IBR-IPV) e l'artrite encefalite virale caprina da *retrovirus* (CAEV).

Entrambe le malattie causano gravi danni economici agli allevatori in quanto provocano negli animali: ipofertilità, aborto, mortalità neonatale, degenerazioni organiche croniche, diminuzione dell'incremento ponderale e caduta della produzione latte.

In particolare, la necessità di un piano per l'IBR-IPV era supportata da valutazioni sanitarie, ambientali ed economiche comprensibili e condivisibili che si rifanno alla particolare collocazione orografica del territorio, prevalentemente montagnoso e collinare, con valli aperte verso il lago; all'esistenza di un patrimonio animale geneticamente selezionato da salvaguardare; al verificarsi di frequenti scambi commerciali di animali, in compravendita o per la pratica dell'alpeggio, con la vicina Austria e la Regione Trentino-Alto Adige dove sono già in fase di attuazione un piano statale e regionale di eradicazione.

La suddetta Comunità montana essendo sede di parco naturale regionale gestisce contestualmente le problematiche derivanti dai vincoli di destinazione del territorio ad area naturale protetta ed assicura lo sviluppo e la tutela di *habitat* naturali per specie animali e vegetali in zone, elette dalla U.E., di particolare rilievo ambientale con l'obbligo di coniugare lo sviluppo agrosilvopastorale alla protezione del-

l'ambiente. Le affezioni in questione costituiscono, peraltro, un reale rischio sanitario per gli animali selvatici (cervi, mufloni) presenti in numero significativo nel parco ed è descritta una trasmissione dalle mandrie infette agli animali selvatici. L'evento si verifica presumibilmente durante la pratica degli alpeggi o del pascolo del bestiame allo stato brado.

Si noti che il rilievo della presenza dell'IBR-IPV in bovini oggetto di scambio tra paesi membri della U.E. implica, a seconda del paese di destino, possibili limitazioni negli spostamenti. Nell'insieme, a regime, la disciplina normativa comunitaria e regionale applicata ai soggetti di alta genealogia risulterebbe estremamente dannosa per le aziende che non assicurano la protezione sanitaria massima associata a controlli ufficiali all'origine.

Con riguardo all'attuazione del piano ed alle procedure poste in essere, il primo passo è stata la stipula di una convenzione tra l'A.S.L. e la Comunità. Successivamente l'area funzionale di sanità animale del servizio veterinario ha concordato con il laboratorio di riferimento un controllo sierologico generale in tutte le aziende con capi bovini e caprini ubicate nella Comunità (9 Comuni) realizzato contestualmente ad altre operazioni obbligatorie di bonifica sanitaria previste da norme di legge; le aziende visitate sono state 300, il numero di capi sottoposti a controllo è stato di 1100 bovini e 1300 caprini. La pianificazione dell'intervento, in termini di: prelievo dei campioni, richiesta di esami, trasporto del materiale, consegna al laboratorio, effettuazione delle analisi, stesura del referto e consegna della certificazione agli allevatori, si è concretizzata nella predisposizione di uno schema di procedura sanitaria-amministrativa, non formalizzata, concordata con il referente del laboratorio ed ha consentito

di utilizzare i normali percorsi procedurali e le risorse esistenti con economie di tempo e di personale senza pesanti aggravii di costi. I dati aggregati e le informazioni sono state elaborate e trasmesse sia in senso verticale che orizzontale consegnando agli organi preposti ed agli operatori rapporti sulla situazione aggiornata per Comune, per specie animale, per numero di capi sul territorio. Gli allevatori, gratuitamente, a seguito del piano di monitoraggio hanno potuto utilizzare i dati trasmessi ed avere «la fotografia» della collocazione aziendale nei confronti delle malattie in oggetto con benefici per la selezione riproduttiva del bestiame.

Il controllo ed la valutazione periodica del piano hanno permesso un suo adeguamento in funzione delle necessità riscontrate in corso di esecuzione. Si è in particolare segnalata la necessità di spendere risorse temporali per soddisfare le richieste di informazioni e delucidazioni provenienti dagli allevatori più sensibili e preparati ed intervenire direttamente, quali organi ufficiali, mediante piani vaccinali modulati studiati ed applicati per singola struttura produttiva in funzione dei risultati degli esami di laboratorio e della tipologia di allevamento.

Il bilancio, a parere dello scrivente, si è rivelato positivo; l'utenza ha manifestato notevole interesse, come pure le istituzioni e si è sviluppato un lavoro di qualità, qualità intesa come orientamento o soddisfacimento delle attese del cliente/utente; si è incentivata la cooperazione tra i vari enti nel pieno rispetto della loro autonomia. I dati aggregati hanno permesso di effettuare interventi mirati di profilassi su aziende problema, dedite all'allevamento di animali allo stato brado o che effettuano l'alpeggio, dove il rischio di trasmissione delle infezioni agli animali selvatici è più elevato.

Nel caso in esame l'azione della veterinaria pubblica ha guadagnato in efficacia in quanto «la struttura aperta» a varie istituzioni ha permesso di trarre utilità oltre che ai beneficiari diretti anche a tutti coloro che indirettamente possono approfittare al massimo del lavoro svolto, con effetti moltiplicatori di valore aggiunto.

6. Conclusioni

A parere dello scrivente, in un mondo che cambia velocemente, è indispensabile per il servizio di medicina veterinaria pubblica orientato alla soddisfazione delle esigenze dell'utente, svolgere il lavoro cercando di adattarsi allo spirito delle leggi sia comunitarie che nazionali per poter anticipare i problemi ed informare gli operatori dei vari settori sulle priorità sanitarie accordate cercando nello stesso tempo di essere educatore ed interlocutore garante del rispetto dei requisiti sanitari delle produzioni.

Essere punti stabili di riferimento implica una informazione corretta, trasparente e possibilmente completa.

Le esigenze di apertura al pubblico delle istituzioni europee, la richiesta di trasparenza con semplificazione delle procedure di accesso, il favorire le informazioni sui servizi e la conoscenza degli atti legislativi in ambito comunitario sono state oggetto di approfonditi dibattiti e la conferenza intergovernativa europea ha sviluppato queste necessità ed ha fatto proprie queste linee di principio con specifico atto di indirizzo, poi recepite nell'ordinamento giuridico comunitario (6).

Altro elemento di complessità nel campo sanitario veterinario è la situazione non statica del sistema, in quanto l'U.E. nella realtà, pur con il vincolo della condivisione di un principio quale la presenza di un mercato libero ed unico che si va ampliando con l'apertura di negoziati con paesi dell'Eu-

ropa centrale ed orientale (PECO) che intendono aderire all'Unione, pratica nella realtà forme di flessibilità, con deroghe limitate o temporanee, nell'applicazione della legislazione comunitaria per permettere ai vari paesi di superare le difficoltà interne ed adeguarsi all'obiettivo comune.

Il grande numero di disposizioni legislative e procedure amministrative in essere rendono difficile la perfetta comprensione dei meccanismi di funzionamento della sanità pubblica veterinaria sia in ambito nazionale che comunitario; gli interventi pur articolati mancano, in parte, di organicità, completezza, ordine e costante integrazione ingenerando negli addetti ai lavori e nei cittadini momenti di incertezza.

Il servizio veterinario periferico o centrale può in questo contesto, mediante proposte di semplificazione delle procedure ed una disponibilità a favorire l'accesso ai dati in suo possesso, collaborare alla definizione di obiettivi generali facendosi portavoce dei bisogni dei cittadini ed orientando l'utenza verso mete istituzionali. I servizi veterinari centrali comunitari o nazionali d'altro canto dovranno incrementare la semplificazione degli atti, motivare il fondamento di certe scelte nella trasparenza e definire le priorità concesse.

Con l'abolizione delle frontiere, la creazione di un unico mercato, la libera circolazione di animali e di prodotti di origine animale in ambito comunitario, le minacce di nuove malattie degli animali con riflessi sulla salute umana e sul reddito delle popolazioni rurali sono potenzialmente da considerare un nodo strategico da sottoporre a continuo monitoraggio data la potenziale velocità con cui alcune di queste patologie si trasmettono ed i rischi per il consumatore che vive in un contesto di mercato ormai globale.

Non si deve omettere una ulteriore riflessione; è pur vero che le barriere

fisiche doganali sono state eliminate ed è garantita la libera circolazione di prodotti e di animali, ma nella realtà l'U.E. fissa requisiti sanitari minimi da rispettare in ogni Stato membro lasciando la possibilità a quest'ultimo di attuare piani volontari di eradicazione per singole malattie, con l'obbligo di informazione reciproca.

In questo modo si viene ad incentivare una tendenza al miglioramento sanitario dell'intero sistema permettendo, tuttavia all'interno dello stesso, l'instaurarsi di barriere sanitarie consistenti nella possibilità di vietare le importazioni in alcune aree o zone di derrate o animali qualora non siano soddisfatti pienamente i requisiti di sanità particolari presenti in quel paese.

Una necessità sentita dagli operatori è la produzione di linee guida sanitarie minimali da usare nelle emergenze sanitarie, definite e condivise almeno a livello comunitario, ciò può facilitare la pianificazione degli interventi e ridurre il costo degli stessi (Kassirer, 1993).

Il prolungamento della vita media della popolazione, la mobilità dei cittadini all'interno dei paesi dell'Unione e l'immigrazione da paesi extra comunitari, il calo di nascite, la ricerca da parte del consumatore di prodotti nuovi o diversi, meno ricchi in calorie o grassi, provenienti da colture biologiche o più naturali costringe l'offerta di derrate agricole ad adattarsi alla domanda in calo o stagnante. Per riconquistare il mercato interno ormai saturo ed eccedente per alcuni prodotti, i produttori dovranno migliorare la qualità dei prodotti, anche sotto l'aspetto della sicurezza sanitaria con razionalizzazione delle strutture e di tutto il ciclo produttivo, dalla trasformazione, al deposito ed alla commercializzazione.

In tale contesto il servizio di medicina veterinaria pubblica può incidere se applica la cultura della qualità in

tutte le fasi in cui si sviluppano le attività soggette a controllo, consentendo la riduzione del costo dei prodotti e dando contributi all'innovazione.

Le misure vigenti del mutuo riconoscimento nel settore della qualità igienica e l'accettazione della reciproca validità dei controlli effettuati dagli stati membri costituiscono buoni elementi di garanzia di qualità per il consumatore; consentono la presenza sul mercato di prodotti tipici con caratteri bromatologici unici, tutelando nel contempo le abitudini ed usi nazionali e permettono un aumento della scelta di derrate alimentari disponibili.

Il dipartimento di prevenzione è arricchito dalla presenza al suo interno del servizio di medicina veterinaria pubblica che può collaborare nella ricerca interdisciplinare allo sviluppo del sistema sanitario, alla crescita economica del comparto agro-alimentare, con soddisfazione degli operatori.

Il singolo veterinario dovrà impegnarsi nella ricerca costruttiva di un miglioramento continuo quale ideale etico della professione, comparando la propria esperienza con quella di altri colleghi.

Uno sforzo finanziario orientato ad investimenti nella formazione del personale e nelle tecnologie di comunicazione, sono da ritenersi in futuro prevedibili data la complessità dei processi, il bisogno di trasferimento di informazioni in maniera rapida che si associa nel contempo ad una necessità di semplificazione normativa comunitaria possibilmente monografica riassuntiva delle diverse disposizioni, accessibile per tutti i cittadini dell'unione, anche via telematica.

In tal senso sono necessarie relazioni culturali, tecniche, di conoscenza organizzativa sul campo e manageriale tra i servizi veterinari pubblici dei vari paesi europei per permettere un paritario, equilibrato ed omogeneo scambio di animali e prodotti da essi

derivati nel rispetto di tutte le esigenze indispensabili per la tutela della salute pubblica ed animale. Di ciò è responsabile il servizio di medicina veterinaria pubblica dei vari paesi.

I benefici derivanti dall'applicazione del concetto di qualità durante tutte le fasi in cui si realizza una prestazione non saranno immediati ma si svilupperanno nel tempo con gradualità permettendo la produzione di derrate alimentari a prezzi accessibili ma sempre più sicure sotto il profilo sanitario; l'accessibilità alle fonti normative e procedurali a costi ridotti per i servizi e gli utenti; la trasparenza amministrativa e la parità tra gli operatori dei vari settori economici; la garanzia di adeguamento ed una crescita culturale derivante dalla conoscenza delle diversità dei vari membri dell'Unione.

(1) I posti di ispezione frontaliera, uffici periferici del Ministero della sanità, hanno anche il compito di attuare scambi di informazioni sanitarie tra autorità, per il rispetto della normativa comunitaria, in caso di importazioni in provenienza da paesi terzi.

(2) I dati riportati sono tratti da lavori di Vezzoni A., pubblicati sulla rivista *The European Journal of Companion Animal Practice* nel periodo 1993-1997 e da *Eurovet guide*, 1996-1997, 1996, Maisons Alfort.

(3) Commissione Europea «Informazione, comunicazione, cultura ed audiovisivo», Amsterdam 17 giugno 1997.

(4) Al riguardo si consideri il trasferimento all'Agenzia nazionale e regionale per la protezione dell'ambiente, a seguito di referendum popolare, di compiti affidati dalla legge 833 del 1978 alla competenza delle U.S.S.L. in materia ambientale.

(5) Elementi di interesse per lo studio e verifica della qualità si ritrovano nel: decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517; nel decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, modificato dal decreto legislativo 23 dicembre 1993, n. 546; nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 maggio 1995, schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari»; nelle linee guida ministeriali n. 2/95 e nel decreto del Ministro della sanità 24 luglio 1995 dove si definiscono

i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale.

(6) Al riguardo: séminaire sur «L'ouverture et la transparence dans les institutions européennes», 22 novembre 1995, Représentation permanente de la Suède, Square de Meeus 30, Bruxelles; atti Commissione Europea, Conferenza Intergovernativa 1996 «Parere della Commissione. Rafforzare l'unione politica e preparare l'ampliamento», Lussemburgo, 1996; relativamente al finanziamento di programmi di informazione e formazione degli operatori del diritto nel settore del diritto comunitario si veda la decisione n. 1496/98 CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 giugno 1998 istitutiva del programma triennale «Azione Robert Schuman».

BIBLIOGRAFIA

- CERCOLA R. (1997), *La qualità nel business della mobilità*, Azienda Pubblica, 3/4: pagg. 301-305.
- DONABEDIAN A. (1980), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor.
- BROOK R.H., LOHR K.N. (1985), *Efficacy, Effectiveness, Variations, and Quality*, Medical Care; 23, 5: pagg. 710-722.
- BOMPIANI A. (1996), *Considerazioni in merito alla politica di sicurezza sociale nel settore dell'assistenza e della sanità*, Sanità Pubblica, supplemento al n. 4/96, pagg. 82-85.
- CRISTIANI G. (1996), *Il dipartimento di prevenzione e la qualità certificata*, Il Veterinario d'Italia, 1: pagg. 15-18
- SISK J.E., DOUGHERTY D.M., EHRENHAFT P.M., RUBY G., MITCHNER B.A. (1990), *Assessing Information for Consumers on the Quality of Medical Care*, Inquiry, 27: pagg. 263-272.
- TARONI F. (1994), *La promozione della qualità dell'assistenza sanitaria: prospettive e problemi*, Epidemiologia e Prevenzione, 18: pagg. 70-76.
- PALMER H.R., DONABEDIAN A., POVAR G.J. (1991), *Striving for quality in health care. An inquiry into Policy and Practice*, pagg. 106-112, Health Administration Press, Ann Arbor.
- BERWICK D.M. (1989), *Continuous improvement as an Ideal in Health Care*, The New England Journal of Medicine; 320, 1: pagg. 53-56.
- WYSZEWIANSKI L. (1988), *The emphasis on Measurement in Quality Assurance: Reasons and Implications*, Inquiry; 25: pagg. 424-436.
- LONGLEY M., WARNER M. (1995), *Future Health Scenario. Strategic Issues for the British Health Service*, Long Range Planning, 28; 4: pagg. 22-32.
- POLI V. (1996), *Qualità vò cercando*, Il Veterinario d'Italia; 1: pagg. 11-33.
- KASSIRER J.P. (1993), *The quality of care and the quality of measuring it*, The New England Journal of Medicine, 329;17: pagg. 1263-1264.