

Gli strumenti di management ed il controllo di gestione

Gianni Giorgi, Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Parma, Parma

1. Quale management per le istituzioni ospedaliere?

Chi scrive non condivide le generalizzazioni e le valutazioni catastrofiche sui grandi ospedali pubblici, così come il determinismo che ne avrebbe già stabilito l'estinzione della specie. È d'accordo invece sulla crisi che questi stanno attraversando e sulla necessità di un loro profondo ripensamento, che passa attraverso la ridefinizione del loro ruolo, la strutturale riorganizzazione e il decentramento in dipartimenti, la riduzione della tradizionale misura di potenza, i posti letto, la loro effettiva messa in rete con gli altri ospedali a minor intensità tecnologica e i servizi territoriali, oltre che una nuova integrazione tra attività di insegnamento e formazione, attività di ricerca e attività assistenziali fortemente specialistiche e diversificate, contemporaneamente presenti.

Le riflessioni qui proposte riguardano il futuro possibile dei grandi ospedali (che hanno rappresentato e rappresentano, non solo in Italia, fondamentali istituzioni sanitarie pubbliche) e le caratteristiche che dovrebbe avere un management in grado di affrontare i problemi che questi stanno incontrando e da cui, probabilmente, saranno investiti ancor più violentemente nel prossimo futuro.

La premessa, per un management motivato con forte identificazione nel ruolo di gestore del servizio pubblico, sta nell'assetto istituzionale che si ritiene debbano avere questi ospedali. Un assetto che ha il suo fondamento nella politica intesa come progetto democratico di convivenza e che deve sapere e volere mettere insieme obiettivi di equità e di efficienza. Operativamente, poi, questo significa controllo strategico ed indirizzo politico, ma anche delega delle responsabilità gestionali dei servizi organizzati in forma aziendale. Non è cioè in discussione il carattere dei servizi sanitari di entità produttiva responsabilizzata e gestita secondo logiche di impresa, ma il suo assetto istituzionale e proprietario di ente senza fini di lucro, anche se quest'ultima proprio per essere una definizione in negativo riserva non poche ambiguità.

Un management sanitario che risponde dei risultati da assicurare non ad azionisti che hanno investito loro capitali nell'ospedale, ma ai cittadini-utenti cioè alle esigenze di promozione della salute dei singoli e della collettività.

L'ipotesi, attualmente suffragata nel nostro Paese da pochi esempi ed esperienze, anche se significativi, di successo, è che l'Ospedale del futuro possa crescere in innovazione e in "umanizzazione" (brutto termine, ma espressivo di un profondo bisogno!) insieme con la crescita di un management pubblico, che non vuol dire regolato nel suo stato giuridico da norme di diritto pubblico, ma che viene scelto in relazione alle sue capacità gestionali, alle conoscenze ed ai risultati dimostrati come costruttore e gestore di servizi pubblici ed in particolare di servizi sanitari appropriati e coerenti con gli obiettivi di salute che, politicamente, una società locale e regionale si è posta, con le sue istituzioni democratiche.

Con il termine management si intende, oltre che il complesso delle tecniche e delle attività di gestione di un'organizzazione, l'insieme dei soggetti che assumono decisioni su che cosa deve fare e dove deve andare un'istituzione, che danno senso e rappresentano la realtà organizzativa e con questo obiettivo utilizzano le informazioni, le tecniche di valutazione ed esercitano il controllo di gestione. La sopravvivenza e il successo delle organizzazioni dipende infatti dalla capacità degli uomini che le dirigono di darsi obiettivi, di fronteggiare e gestire i cambiamenti e le crisi, di governare le complessità in cui si trovano ad operare. Il primato del problema da risolvere rispetto agli interessi del management, richiede di avere idee chiare circa la natura della problematica da affrontare. E i grandi ospedali del nostro Paese sono sicuramente, anche se in misura diversa, prima di tutto obsoleti (vecchi, ed in molte loro componenti disorganizzati ed inefficienti!), ma non va dimenticato che rientrano nella problematica dell'azione pubblica, cioè del perseguimento efficace di scopi e valori collettivi e a forte interesse pubblico. È semplicistico, se non fuorviante, attribuire al cosiddetto diritto pubblico la causa principale della loro sclerosi. Significa non vedere che i principali vincoli indotti sulla gestione sono quelli imposti dalle varie corporazioni e dei gruppi di interesse presenti in sanità e, nel nostro caso, negli ospedali. Proporre la totale privatizzazione assomiglia a buttare il bambino con l'acqua sporca, dove certamente l'acqua sporca è l'insieme dei privilegi corporativi e delle regole garantiste che non responsabilizzano gli attori e gli operatori pubblici rispetto alle attese degli utenti e all'interesse pubblico.

È pericolosamente riduttiva l'assimilazione di un ospedale pubblico ad una casa di cura che opera secondo logiche di profitto, la sua catalogazione come mero ente erogatore, a fronte degli enti acquirenti, le Aziende Sanitarie Locali o le Assicurazioni.

La serie di equazioni: pubblico uguale inefficiente e dequalificato, privato uguale ad efficienza e qualità, quindi per assicurare a tutti i cittadini una maggiore qualità dei servizi basta privatizzarli, rappresenta una semplificazione fuorviante. Dà per scontato che ciò che distingue il pubblico dal privato sia l'assetto proprietario e cioè che esistono solo beni privati. Se così fosse, privatizzare avrebbe anche il vantaggio, nel nostro Paese, di eliminare una fonte dell'indebitamento pubblico. Si dovrebbe pertanto poter affermare che la sanità privata è buona di per sé, che questa è in grado di dare insieme alle cure un dividendo a qualcuno senza alcun rischio di forzature delle indicazioni terapeutiche e di barriere all'accesso alle prestazioni non remunerative. Come dire che la competizione tra soggetti "produttori", eventualmente in presenza di una pluralità di assicuratori o imprese di "managed care" con i relativi

rilevanti costi amministrativi, ha come sicuro e sostanziale effetto il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e il contenimento dei relativi costi anche a rischio dell'equilibrio di bilancio dei soggetti produttori. Ritengo tutto ciò molto più utopistico di qualsiasi ipotesi diretta a fare di un'azienda pubblica sanitaria una realtà efficace ed efficiente (vedasi, a questo proposito, le valutazioni sul sistema Sanitario Americano riportate sul n° di Gennaio e Febbraio 1999 del The New England Journal of Medicine). Esiste in sanità un preminente ed essenziale interesse generale, una connessione diretta, non separabile, tra il bene pubblico "salute" da promuovere e la produzione dei servizi sanitari.

Gli ospedali di alta specialità rappresentano il centro di riferimento, gli "Ospedali Maggiori" di antica memoria, di una filiera ospedaliera fatta dagli ospedali "di prossimità" (ospedali di base più vicini e accessibili alle persone) e di una rete territoriale dei servizi sanitari e sociali. A loro non è tanto chiesto di "vendere" prestazioni sanitarie, ma di sviluppare conoscenza per il trattamento più appropriato possibile dei problemi complessi di salute, dalla prevenzione alla riabilitazione, di disporre di una completezza disciplinare in grado di assicurare una vera competenza interdisciplinare, di essere presidio di secondo livello per l'emergenza, di occuparsi dei pazienti fragili, di malattie rare e di tutti quegli aspetti poco redditizi dal punto di vista economico, ma fondamentali per l'effettiva equità di un sistema sanitario.

2. Assetto aziendale dell'ospedale e management

Nell'ambito dei processi di modernizzazione delle Amministrazioni Pubbliche, la Sanità ha un ruolo di primo piano sia nel nostro Paese che in quelli di tutto il mondo occidentale. In effetti, il settore si caratterizza per sostanziale diritti fondamentali dei singoli e della collettività e per essere particolarmente complesso da governare.

Al contempo, infatti, rappresenta una delle voci di spesa più importanti del bilancio della nazione ed è l'area in cui ci si aspetta dalla scienza e dalle tecnologie i maggiori aiuti per la qualità della vita delle persone e da cui gli investimenti finanziari possono trarre i maggiori guadagni. È cioè un settore strategico dello Stato: le sue regole ed il suo funzionamento contribuiscono in modo significativo a determinare il livello, oltre che di vita, di convivenza e di solidarietà in una determinata società. Ed è normale che su di esso si concentri maggiormente l'attenzione dei cittadini e dei mezzi di comunicazione.

In questo quadro la sfida per i sistemi sanitari è quella di coniugare equità e solidarietà con efficacia, ivi compresa l'appropriatezza, ed efficienza. A questo fine e, in particolare, per trovare un miglior equilibrio tra l'esigenza di garantire la tutela della salute, misurata anche in termini di maggior soddisfazione degli utenti, e quella di assicurare il controllo e la produttività della spesa pubblica, è stato avviato (D.Lgs.vo 502/92), anche nel nostro Paese, il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche.

L'Azienda Sanitaria è lo strumento tecnico-operativo con cui lo Stato, inteso in Italia come ordinamento a forte carattere federalistico, esercita le proprie funzioni in materia sanitaria.

Le Aziende sanitarie hanno cioè come fine istituzionale essenziale e costitutivo quello di tradurre in servizi appropriati il patto di solidarietà, deciso politicamente, che stabilisce i bisogni di salute da garantire a tutti i cittadini, secondo una logica di sussidiarietà in base alla quale ogni istituzione è responsabilizzata, rispetto alla combinazione bisogni/risorse, a soddisfare le esigenze cui il sistema di ordine meno complesso non è in grado di rispondere autonomamente. Per questo i servizi sanitari assumono la conformazione aziendale, cioè della più moderna organizzazione espressa dalla nostra società per perseguire scopi di efficienza produttiva. Un assetto delle strutture sanitarie che permette di responsabilizzarne gli attori rispetto ai risultati sanitari da assicurare ed all'equilibrio economico, anche attraverso la stessa messa in discussione dell'Azienda e, in primo luogo, del suo management.

Quindi l'Azienda Sanitaria, sia essa Ospedaliera o Unità Sanitaria Locale, è connotata dalla finalità che ne giustifica la costituzione e che consiste nel compito di perseguire la tutela della salute dei singoli e della collettività e di dare attuazione alla programmazione nazionale e regionale, garantendo, con le risorse a disposizione, la coerenza tra gli obiettivi di salute e le prestazioni sanitarie.

La specialità di questa Azienda è prima di tutto nella sua "missione" che ne fa l'elemento indispensabile costitutivo, oltre che operativo, del Servizio Sanitario Nazionale. A questa specialità è legata l'esigenza di eliminare, o almeno di ridurre il più possibile, ogni vincolo e rigidità burocratica propria del diritto amministrativo e di costituire un'entità economica, cioè dotata di risorse proprie e di piena autonomia imprenditoriale, chiamata direttamente a rispondere, nell'ordine, dei risultati di salute e del rispetto nel tempo, come qualsiasi Azienda degna di questo nome, del vincolo di bilancio.

Il previsto completamento del processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, richiesto dall'art. 2, lett. a), della Legge Delega 419/98, non può che essere realizzato attribuendo alle Aziende una maggior responsabilità rispetto al perseguimento degli obiettivi di sistema a fronte della quale è prevista una maggior discrezionalità e flessibilità nella gestione dei fattori produttivi. In particolare le Aziende Sanitarie non hanno più la necessità di organizzarsi e di procedere per atti amministrativi, si avvarranno degli strumenti gestionali oggi utilizzati dai privati, potranno disporre di ampia libertà nella selezione della dirigenza e ricorrere anche a forme di contratto a termine per il personale.

Il sistema degli organi "interni", Direttore e Collegio Sindacale, dell'Azienda, ed "esterni", Giunta Regionale e Conferenza degli Enti Locali, è funzionale a queste nuove caratterizzazioni dell'Azienda Sanitaria. Da un lato, ne evidenziano il modello manageriale, per quanto riguarda il funzionamento interno delle unità chiamate a produrre ed assicurare i servizi, dall'altro, definiscono il ruolo delle Aziende Sanitarie quale soggetto attuatore della programmazione regionale, una programmazione non di dettaglio e di disciplina delle modalità produttive dei servizi, ma per criteri ed indirizzi, volta a regolare i rapporti e le diverse funzioni di utilità che presiedono ai comportamenti degli attori in campo.

L'ipotesi di trasformare le Aziende Sanitarie in S.p.A., quale soluzione per dare ad esse la massima agilità operativa. è fuorviante in quanto questo significherebbe, oltre che l'equiparazione a qualsiasi soggetto privato tenuto a rispondere

ai propri azionisti e non alla collettività dei cittadini-utenti, non coglierne la natura, da un lato, di entità produttiva di servizi non misurabili solo su base economica e, dall'altro, di presidio tecnico-operativo della Comunità regionale e nazionale per garantire una risposta sistematica a fondamentali diritti e interessi generali.

L'obiettivo è quello di strutturare sempre più nei Servizi Sanitari Regionali un attore, l'Azienda Sanitaria Unità Sanitaria Locale o Ospedaliera, che sappia tenere insieme i due elementi fondamentali di un sistema sanitario: solidarietà ed efficienza. La responsabilizzazione nel perseguimento di più elevati livelli di efficienza è diretta sia ad assicurare una effettiva "efficienza allocativa" delle risorse che sta alla base dell'intervento pubblico e delle politiche di welfare, sia a perseguire una forte "efficienza produttiva" su cui pongono l'accento le discipline aziendali e manageriali.

3. Efficienza allocativa, efficienza produttiva e strumenti di governo della domanda e dell'offerta in sanità

L'aumento di efficienza allocativa e produttiva, diretto ad ottenere più elevati livelli quali-quantitativi di risposte appropriate ai bisogni di salute a parità di risorse, favorisce il rafforzamento e la prevalenza del principio di concertazione e/o di convergenza di interessi dei soggetti erogatori rispetto al principio del contrasto, del conflitto di interessi, che invece prevale in presenza di politiche e di regolamentazioni puramente di mercato che scatenano logiche che danno eccessivo peso alla sola economia e che, in realtà, per le note asimmetrie informative tra produttore e consumatore, hanno l'effetto di produrre, oltre che iniquità, consumismo sanitario.

Certamente non è che si può imporre con legge l'efficienza. I modelli delle riforme di tipo "normativo" (dover essere) a forte valenza etica che non tengano conto di come realmente funzionano i sistemi sanitari sono destinati, se non al fallimento, a produrre una forte "burocratizzazione" ed obsolescenza del sistema.

La possibilità dei Servizi Sanitari Nazionali di vincere la sfida di coniugare solidarietà ed efficienza, ossia la possibilità di ottenere un reale miglioramento, dipende dall'efficacia degli strumenti di governo della domanda e dell'offerta dei servizi sanitari e dai contro-poteri messi in campo a favore dei cittadini-utenti contro i forti corporativismi che questo settore esprime. In effetti, l'insoddisfazione, più o meno elevata nei diversi Paesi, sul funzionamento dei sistemi sanitari nazionali è riconducibile soprattutto all'inefficacia degli strumenti di regolazione e di governo del sistema stesso per garantire l'equilibrio tra bisogni di salute e risorse, tra domanda e offerta. Il controllo della domanda è realizzabile tramite un rigoroso controllo dell'offerta (vedasi sistema di autorizzazione e accreditamento), una regolazione e una programmazione negoziata a livello regionale e locale delle prestazioni pagate dal SSN ed erogate dai vari soggetti interessati.

A questo fine le Aziende Sanitarie vanno inquadrare in un sistema di auto-regolamentazione e di autocontrollo:

- interno ad ogni soggetto istituzionale, o di carattere manageriale, per quanto riguarda il funzionamento delle unità chiamate alla funzione di tutela, di produzione e di erogazione dei servizi (le Aziende Sanitarie);
- esterno, proprio di un mercato amministrato o di una programmazione negoziata, tramite il finanziamento complessivo del servizio richiesto, quantificato con riferimento alle funzioni ed alle tariffe per volumi di prestazioni appropriate assicurate e tramite il rafforzamento della scelta dei pazienti, per quanto riguarda la valorizzazione della domanda.

I controlli manageriali sono volti alla ricerca del miglior rapporto risultati-risorse. La scelta del paziente è il riferimento per riconoscere, anche economicamente a ciascun soggetto erogatore, la qualità dei servizi di tutela della salute assicurati.

La logica del controllo manageriale è legata al riconoscimento della natura di "azienda" alle entità che producono servizi per la salute. Si affida alle conoscenze, alle competenze, alle capacità tecniche, il compito di miglioramento in ogni realtà "complessa". Al crescere della complessità cresce anche il numero di alternative possibili per ottenere certi risultati utilizzando date risorse. Alternative che si differenziano tra loro proprio per un diverso rapporto tra quantità e qualità dei risultati (risposte ai problemi di salute) e quantità e qualità delle risorse impiegate.

Le Autorità Regionali, il Direttore Generale e la dirigenza delle Aziende sono chiamati ad utilizzare sistemi incentivanti, informazioni, analisi, valutazioni che aiutano a ricercare e a trovare, tra le innumerevoli alternative possibili di organizzazione dell'attività, quelle che realizzano la migliore combinazione risultati-risorse. Sono, ad esempio, direttamente responsabilizzati sul numero e la complessità di malati acuti da ricoverare e riportare in un accettabile stato di salute, sul numero e l'efficacia degli interventi di prevenzione da effettuare e valutati in rapporto alle complicità da evitare, sulla efficacia degli interventi di riabilitazione e su tanti altri aspetti che qualificano lo stato di salute di una popolazione.

Poiché le regole e i principi generano i comportamenti voluti solo se alla base c'è un sistema convincente di motivazioni e di premi-sanzioni, diventa fondamentale per l'affermazione della logica aziendale il quadro dei "controlli" esterni ed il loro effettivo funzionamento.

I controlli esterni sono di due tipi, il primo è di tipo programmatico ed agisce sull'offerta dei servizi sanitari. Esso è di natura burocratica ed in questa risiedono i rischi e i limiti. Spetta principalmente alla Regione rispondere della spesa, anche imponendo maggiori imposte, e governare l'offerta con il proprio piano sanitario e il sistema di accreditamento, in un settore in cui è l'offerta che sostanzialmente induce la domanda.

L'altro tipo di controllo esterno in cui sono inserite le Aziende Sanitarie è quello derivante dal cosiddetto mercato amministrato. Si tratta, come si è detto, di un autocontrollo esterno che agisce sulla domanda e che spinge i responsabili delle Aziende Sanitarie a ridurre i costi unitari di produzione, ad eliminare le prestazioni inutili, superflue, improprie, a ricercare maggiori risorse per rispondere ai bisogni di salute rispetto ad altri bisogni.

Il funzionamento effettivo del sistema esterno di autocontrollo dipende dal sistema di remunerazione delle prestazioni e dei programmi di attività, e, in generale, dalle regole di competizione-collaborativa a cui sono sottoposte le Aziende che

detengono le risorse economiche rapportate ai cittadini residenti (le Aziende Sanitarie territoriali) e le Aziende Sanitarie che producono servizi, in particolare quelle ospedaliere.

Le caratteristiche del sistema sanitario impongono che l'enfasi aziendale non sia squilibrata sugli aspetti di equilibrio economico-finanziario annuale, o di breve periodo, ma sui risultati sanitari, sulla rispondenza o meno ai fini istituzionali per cui l'Azienda è stata costituita (mantenimento delle caratteristiche strutturali e organizzative alla base di un accreditamento di qualità).

Certo, in questo quadro, è indispensabile che anche le Aziende Sanitarie, siano esse Unità Sanitarie Locali o Ospedaliere, "possano fallire". Ciò ne venga messo in discussione, in primo luogo, il relativo management in base al verificarsi di determinati eventi e situazioni che determinano la dichiarazione di "Azienda sanitaria strutturalmente dissestata". A questa dichiarazione dovrebbe accompagnarsi la possibilità di avvalersi di strumenti straordinari di gestione e di ammortizzatori sociali indispensabili per affrontare le crisi aziendali e assicurare la continuità di servizi essenziali per la popolazione quali quelli sanitari.

4. Per un management non indifferente al paziente

"Vale la pena riflettere oggi su come si persegue l'efficienza sanitaria senza cadere nella commercializzazione. È giusto puntare alla modernità restando però nel solco della tradizione umanitaria, che significa rispetto e solidarietà per il malato che soffre e ha bisogno di trovare nel medico un sostegno concreto" (Carlo Maria Martini).

In sanità, più che in altri settori, risulta evidente una questione di fondo relativa alle difficoltà delle democrazie moderne di promuovere elevati livelli di convivenza sociale governando effettivamente i processi dell'economia di mercato ed il funzionamento dei servizi pubblici con la relativa spesa. Per quanto riguarda le grandi istituzioni pubbliche ospedaliere, ne va preso in considerazione il ruolo e non solo lo stato patrimoniale e l'indebitamento (che, d'altra parte, ne rappresenta una costante storica!).

Ci saranno pure delle ragioni profonde per cui in Europa gli ospedali non sono nati e tutt'oggi non sono, in gran parte, imprese a scopo lucrativo? E non è solo una questione di equità e di ripugnanza a logiche di accessibilità dei malati alle cure basate sulla disponibilità o meno di pagare un prezzo a cui la mutuabilità prima e le assicurazioni poi hanno solo in parte ovviato.

Ma è lo stesso concetto di promozione della salute che fa ritenere questa funzione necessaria di una forte strumentazione pubblica, della presenza di presidi ospedalieri "obbligati" a perseguire obiettivi di salute e logiche di servizio pubblico: appropriatezza ed essenzialità delle prestazioni, integrazione delle stesse in servizi in grado di assicurare la continuità assistenziale, anche a scapito dell'equilibrio economico-finanziario.

Il management ospedaliero, amministratori e medici, in un contesto che lo vede sempre più condizionato da forti vincoli economici, è chiamato ad elaborare una strategia, un'idea nuova di ospedale. La necessità di assicurare una linea di comando efficiente, in grado di mettere insieme, in modo sinergico, gestori e professionisti-specialisti, tendenzialmente in competizione, formati secondo un modello accademico, o, in generale, poco inclini al cambiamento organizzativo, e i rilevanti investimenti necessari per ricostruire i grandi ospedali, richiedono la condivisione politica nella società di una concezione essenziale e non autoreferente del ruolo di presidio ospedaliero di promozione della salute. L'elemento, il bisogno forte intorno a cui costruire il sistema motivante dei vari professionisti ospedalieri è il paziente e il senso di appartenenza ad una organizzazione, una azienda ad "Utilità Sociale".

La stessa fondamentale questione della qualità del servizio pubblico non può che essere affrontata e portata avanti in questa logica. Un profondo rispetto per il paziente è alla base dell'"etica" e della cultura del management ospedaliero e alla possibilità di dare sintesi e coerenza ai comportamenti di amministratori e medici. In questo è possibile cogliere la specificità di un lavoro che non può essere svolto in modo asettico e tecnocratico.

Le organizzazioni non esistono in sé, o meglio esistono nella nostra mente, nel nostro modo di guardare e di rappresentare l'interagire di più persone per uno stesso obiettivo!

Questa affermazione è tanto più rilevante per un manager, un direttore a cui tocca di dar senso (quale direzione?) e significato (quale configurazione?) all'organizzazione.

Fare azienda implica l'esplicitazione di una scelta produttiva, della messa in relazione diretta delle risorse (i fattori) con i risultati (i servizi). Fare, poi, azienda pubblica, richiede di assumere, insieme ai caratteristici vincoli procedurali limitanti la discrezionalità del management, l'interesse generale come finalità preordinata all'interesse aziendale.

In questo senso la definizione dei valori, delle relazioni e delle identità aziendali diventano costitutivi del processo di aziendalizzazione e hanno nella valutazione e nel controllo di gestione la strumentazione fondamentale.

5. Una cultura ospedaliera non autoreferente

Il bisogno salute visto dal buco della serratura dell'istituzione ospedaliera assume una dimensione sostanzialmente medicalizzata (medico - dipendente). Se invece guardiamo e presentiamo l'ospedale dal punto di vista del cittadino, della famiglia, della città e delle sue soggettività sociali, esso riveste, in primo luogo, un ruolo di speranza e di presenza rassicuratrice (soprattutto per chi non ne ha bisogno!), e, in secondo luogo, di stazione specializzata a cui accedere per risolvere con efficacia un problema grave di salute.

Come è noto il "mercato" sanitario è del tutto particolare: il consumatore-cittadino è "poco" informato (asimmetria informativa) ed i decisori delle cure (della spesa), i medici, sono chiamati a rispettare contemporaneamente criteri clinici ed economici di "scienza e coscienza".

Solo il 15% degli interventi medici sono basati su solide evidenze scientifiche (B.M.J. 1995).

L'ospedale è all'interno di una politica sanitaria pubblica che stabilisce il quadro di riferimento e non può non perseguire equità di accesso alle prestazioni sanitarie che servono "veramente" e quindi selettività dei servizi stessi da assicurare a tutti.

In sanità, più che in altri settori socio-economici, c'è una questione ricorrente: è la domanda che crea l'offerta o è l'offerta che crea la domanda? L'ospedale pubblico non può che collocarsi nella prima prospettiva.

L'ospedale è nato con le città. Insieme alla scuola e alla previdenza rappresenta un'istituzione basilare dello Stato moderno ed, in particolare, dello Stato sociale. L'immagine dovrebbe essere quella di un servizio che dà sostanza ad una politica pubblica sanitaria, invece, come succede in generale alle grandi istituzioni, tende a essere quella di un'organizzazione politico - burocratica, totalizzante condizionata e condizionante la politica (una lobby o, meglio, un vivaio di lobby).

Si ripropone anche per l'ospedale, come per tutte le grandi istituzioni della città-regione, il rischio che da organizzazione nata per i, e al servizio, dei cittadini-utenti-contribuenti, diventi un'organizzazione di potere basato principalmente sul consenso degli operatori-dipendenti (dinamica interessi/bisogni).

L'ospedale, con la sua forte dose di umanità e di tecnologie per l'assistenza e la ricerca, si presenta come parte integrante delle grandi funzioni urbane fondamentali (parte costitutiva della città). La gente lo riconosce come tale. La sua collocazione nella città ("dentro" la città-regione!) e la dimensione "alta" della politica (di indirizzo e controllo non di gestione) a cui devono rispondere i Direttori (non eletti, ma scelti sulla base di criteri di capacità e di merito) ne è la conseguenza.

La cultura può essere definita come la capacità di una società di rappresentare i propri bisogni e di elaborare le relative risposte. La relazione malato/medico/ospedale e l'insieme dei valori, delle conoscenze e delle abilità sviluppate in ospedale e lette nei tre aspetti:

a - quello istituzionale amministrativo,

b - quello etico-economico,

c - quello sanitario e sociale,

rappresentano uno spaccato essenziale della cultura moderna, che dà ragione dei livelli di convivenza e di organizzazione civile raggiunti.

Il medico, soprattutto in ospedale, non può permettersi di essere l'artista che in solitudine (non in senso romantico-esistenziale, ma di metodo di lavoro!) cerca di dare soluzione ai problemi dei pazienti.

È dato per acquisito, anche se purtroppo non scontato, l'interesse "pubblico" e non privato a cui risponde l'azione del medico.

Il rapporto dell'utente, "accompagnato" dal suo consulente di fiducia (il medico di famiglia), con il medico ospedaliero e l'ospedale (cioè infermieri, operatori di supporto, servizi organizzati per assicurare le attività diagnostiche-terapeutiche) è il momento in cui si esplica e viene prodotta l'assistenza ospedaliera. Questa "relazione biunivoca" paziente/ospedale è di per sé il servizio e la sua efficacia dipende sostanzialmente, oltre che dalla comunicazione, dalla cosiddetta "organizzazione dell'ospedale" (professionalità e affiatamento degli operatori, meccanismi operativi di controllo/programmazione e di premi/punizioni collaudati e oggetto di manutenzione continua, etc), cioè dalla cultura d'impresa espressa dal "case manager" (il medico coordinatore - responsabile del percorso diagnostico-terapeutico del paziente quale processo produttivo fondamentale dell'ospedale).

Costruire l'immagine dell'ospedale nel terzo millennio significa avere consapevolezza della sua storia, della possibilità di continuare ad esistere se si rapporta con i servizi sanitari e sociali territoriali e se:

a) in relazione all'evoluzione etico-economica (la salute non ha prezzo ma dei costi), saprà darsi priorità ed obiettivi di efficacia oltre che regole per la competizione (responsabilità economica del management) senza deliri di onnipotenza ("nella nostra società nessuno sembra più voler invecchiare e morire") e visioni trionfalistiche;

b) in relazione all'evoluzione sociale e sanitaria (incremento della popolazione anziana e delle malattie della civiltà), sarà un ospedale in rete con gli altri ospedali (e non un IPERMERCATO delle specializzazioni sanitarie) e con gli operatori territoriali (medico di famiglia, etc.). Un ospedale a forti risorse tecnologiche e scientifiche (inserito nella rete della ricerca). Un ospedale proiettato alla soluzione dei casi (problem solving) e nel territorio (ospedale a domicilio);

c) in relazione all'assetto istituzionale-amministrativo, svilupperà una cultura d'impresa aperta al confronto, che investe in ricerca e formazione, che sviluppa gli anticorpi contro le involuzioni burocratiche, autoreferenti ("noi siamo i detentori del sapere sanitario") e autarchiche ("noi siamo i meglio per ogni problema di salute").

Cioè sempre più un'organizzazione (= parti diverse che operano in modo coordinato) che apprende, in grado cioè di agevolare lo scambio di conoscenze, favorendo così i percorsi di apprendimento collettivo e la crescita (il saper fare) dei singoli individui interessati (utenti e operatori).

Le minori risorse finanziarie pubbliche a disposizione per la sanità non possono ripercuotersi solo sul cosiddetto "spreco" ospedaliero

È possibile migliorare la produttività (in primo luogo contenere i costi) e l'uso appropriato degli ospedali, anche se non di tutti e di "tutto" l'ospedale! Quindi non una sanità senza ospedali, ma con un limitato numero di ospedali pubblici e privati efficaci ed efficienti in collaborazione competitiva.

6. L'oggetto del controllo di gestione in ospedale

Per tutti gli ospedali pubblici sia a gestione USL che configurati come Azienda, è possibile, oltre che indispensabile, attivare strumenti e procedure valutative dell'efficacia (e sulla appropriatezza delle prestazioni erogate) e dell'efficienza (risultato di gestione in termini di rapporto costi e ricavi).

La valutazione è un processo partecipato, intersoggettivo e pluralistico, che richiede strumenti, tecniche e procedure coerenti e adeguate, senza illusioni di oggettività assolute.

Le grandi organizzazioni, sia pubbliche che private, soffrono strutturalmente e pericolosamente di disturbi al sistema intelligente e ai relativi circuiti nervosi, soprattutto quando questi sono oggetto di scarsa manutenzione. Infatti il "vero

capo” chiamato a rispondere in proprio, a volte, non c’è, o è un simulacro, a volte esercita il suo ruolo come ospite temporaneo se non parassita, spesso è impotente, non riesce ad incidere, a cambiare marcia all’organizzazione.

“Ho fatto un sogno. Poter rendere credibile ai miei collaboratori la seguente metafora del processo di aziendalizzazione dell’ospedale: abbiamo iniziato insieme un viaggio, difficile e lungo. I feriti, gli stanchi, gli stressati ce li portiamo dietro. Ma dobbiamo invitare quelli che si rifiutano di camminare a scendere” (sogno di un direttore di Azienda Ospedaliera-Universitaria).

Per questo è indispensabile che, a livello nazionale e regionale, si affermi sempre più la regola “più risultati, uguale a meno vincoli”.

Il processo di aziendalizzazione dei servizi pubblici è un passaggio obbligato per una democrazia capace di decisione e di governo del proprio futuro, ma richiede coerenza tra gli strumenti di finanziamento e di valutazione, e, soprattutto, la selezione e la crescita di un management capace di progettualità, di dar senso e significato alle organizzazioni, di gestire le crisi di fiducia ed economiche in termini costruttivi.

Controllare la gestione di un ospedale significa prima di tutto controllare la gestione delle decisioni che riguardano il paziente.

È quindi indispensabile aver chiaro il quadro delle interazioni all’interno del quale si sviluppa il processo decisionale in ambito ospedaliero, in particolare quali sono le informazioni utilizzate per decidere e quali sono le decisioni prese e da prendere in determinate circostanze.

Richiamare quanto sopra significa ridare al paziente quella centralità che lo rende l’oggetto privilegiato dell’azione delle aziende sanitarie e porre l’enfasi su un sistema di controllo e programmazione tutto rivolto a verificare continuamente gli obiettivi ed in particolare a rimettere a fuoco il prodotto da assicurare: la tutela della salute o la qualità possibile della vita della persona a seguito di un fatto acuto morboso.

Contabilità analitica, contabilità direzione, budget vanno pensati o riprogettati con questo obiettivo.

La questione degli strumenti e delle tecniche di direzione, in particolare della gestione per processi e della relativa analisi e controllo attraverso la gestione integrata delle attività (Activity Based Management e Costing) assumono tutta la loro rilevanza. Rappresentano senz’altro la linea di lavoro più promettente per supportare nell’azienda ospedaliera sia una forte “governance” clinica a livello di dipartimento, sia per disporre di tecniche atte a portare avanti scomposizioni e riagggregazioni di attività più rispondenti agli obiettivi oltre che più efficienti rispetto alla gestione del percorso del paziente.

In questo quadro i Percorsi Diagnostici Terapeutici (d’ora in poi PDT) rappresentano l’unità di osservazione e di analisi nella loro fattualità quotidiana, in quanto sono un modo estremamente semplice sia per portare avanti secondo un modello “positivo” (osservativo) il controllo di gestione del lavoro ospedaliero, ma anche per assumere un modello normativo (dover essere) di riferimento da utilizzare per migliorare o scegliere il Percorso Diagnostico Terapeutico da adottare sulla base di verifiche statisticamente significative.

L’ospedale non è un’entità monolitica, ma un’organizzazione in cui il processo decisionale è frazionato fra diversi attori (amministratori, politici, medici, operatori, pazienti, ...) che hanno obiettivi e funzioni di utilità diversi. Compito e ruolo primario del management è promuovere e assicurare il coordinamento e la cooperazione dei professionisti.

La necessità di disporre di un sistema di controllo di gestione e di valutazioni che privilegi un governo dell’ospedale e della rete dei servizi in cui questo è inserito, orientato sistematicamente e coerentemente agli obiettivi di salute, impone che venga attivato un processo continuo di valutazione pluralistica. Un processo di valutazione cioè che, sulla base di una reportistica sistematica e caratterizzata dall’utilizzo di metodologie di analisi epidemiologiche ed economiche degli output e degli outcome, veda periodicamente intorno ad un tavolo di concertazioni i responsabili aziendali interessati, i rappresentanti degli Enti Locali e i tecnici della Regione.

7. I percorsi dei pazienti

La capacità di risolvere in modo efficace i problemi dei pazienti che richiedono intervento specialistico ospedaliero dipende sostanzialmente da due fattori principali:

- a) la chiara definizione dell’insieme delle azioni da intraprendere rispetto al caso da trattare e della loro migliore sequenza sul piano temporale;
- b) la possibilità di disporre, da parte del medico responsabile della gestione del caso, degli apporti necessari, al momento più idoneo, forniti dagli altri soggetti coinvolti nella gestione del paziente.

La descrizione (rilevazione ed analisi) dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT), praticati effettivamente dall’ospedale nel trattamento dei pazienti appartenenti allo stesso raggruppamento omogeneo di diagnosi, è la base per iniziare ad affrontare i problemi sopra indicati. Una volta analizzati i PDT di fatto seguiti da parte degli operatori direttamente interessati, sarà possibile sviluppare dei PDT di riferimento con lo scopo di giungere alla esplicitazione delle modalità con le quali gestire il singolo paziente al fine di perseguire una migliore programmazione delle attività interne a ciascun Centro di Responsabilità ed una migliore integrazione tra tutti i Settori dell’azienda le cui attività incidono, direttamente o indirettamente, sulla qualità e l’efficienza del risultato per caso trattato.

La definizione dei PDT non è un’operazione promossa per annullare o limitare l’autonomia clinica dei singoli professionisti ma, al contrario, è uno strumento messo a disposizione e gestito dal singolo professionista responsabile del caso, finalizzato a:

- 1) fornire il miglior servizio possibile al paziente anche attraverso la comunicazione a lui ed ai familiari di quanto probabilmente lo attende;
- 2) migliorare i rapporti di collaborazione e di scambio interni ed esterni all’ospedale;
- 3) valorizzare il ruolo professionale degli operatori, in primo luogo quello medico, con riferimento al caso trattato nella prospettiva dello sviluppo della figura del “case manager”.

Concretamente il Repertorio aziendale dei PDT di riferimento di un ospedale è realizzato progressivamente attraverso:

- l'individuazione dei raggruppamenti di casi, maggiormente significativi a livello aziendale, oggetto di rilevazione e di definizione del percorso diagnostico-terapeutico di riferimento;

- una prima analisi di massima dei percorsi riferiti ai casi più frequenti, sulla base delle informazioni tratte dalla scheda di dimissione ospedaliera (SDO), attraverso l'individuazione delle fasi rilevanti del trattamento (PDT di massima) rapportate alla durata della degenza;

- una descrizione di dettaglio dei percorsi attraverso l'individuazione delle attività-prestazione fondamentali e degli eventi sanitari che compongono e delimitano ciascuna fase dell'iter diagnostico terapeutico (PDT esecutivo).

La lettura dei dati dei percorsi effettivi, confrontati anche con quanto elaborato dalla letteratura, consente di comprendere e valutare le diverse pratiche seguite e le relazioni interne ed esterne instaurate, così da attivare un sistematico processo di apprendimento organizzativo a livello di singolo reparto, dipartimento e di ospedale.

L'adozione dei percorsi di riferimento, e delle loro varianti personalizzate, permetterà agli operatori interessati, cioè che lo desiderino, di proporre ai diversi interlocutori interni ed esterni i propri metodi clinici sviluppati secondo una metodologia condivisa e adottata dall'Azienda, in un contesto generale stimolante e creativo in quanto oggetto di continuo confronto e trasparenza.

Quindi il Percorso Diagnostico-Terapeutico è l' iter che un paziente segue per risolvere un grave problema di salute.

I PDT non comprendono necessariamente un ricovero o una prestazione specialistica ambulatoriale ospedaliera e, tanto più, non si esauriscono all'interno dell'ospedale.

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico di Riferimento (sinonimi: piano di cura, percorso clinico, ma non è sinonimo di protocollo) indica la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente.

La rilevazione e la riprogettazione dei PDT si inserisce nel processo di controllo, revisione e miglioramento continuo della gestione e, quindi, della qualità dell'attività ospedaliera.

Bibliografia

- AA. VV L'efficacia dei servizi pubblici - F. Angeli 1990
- Bojer L. Equilbej N. Historie du Management - Paris : Les Editions d'Organisation, 1990
- Casati G. (a cura di) Il percorso del paziente - Milano E.G.E.A., 1999
- Cosmacini G. La qualità del tuo medico - Bari : Laterza, 1995
- Dente B. In un diverso stato - Bologna : Il Mulino, 1996
- Weick K. Senso e significato nell'organizzazione - Milano : Cortina Editore, 1997
- The New England Journal of Medicine - Gennaio/Febbraio 1999