

Perchè è così difficile in sanità raggiungere i risultati sperati? Obiettivi strategici e strumenti operativi

Marco Campari, Alberto De Negri - KPMG Consulting S.p.A

Premessa

In attesa di vedere confermato il nuovo orientamento che verrà impresso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dal disegno di decreto delegato elaborato dal Ministro della Sanità ed approvato dal Consiglio dei Ministri, pare opportuno analizzare alcune delle più rilevanti cause del lento miglioramento accusato dal SSN a partire dalla fatidica data del 23/12/1998, anno di promulgazione della legge n.833.

Tale lentezza emerge in tutta la sua evidenza quando si confronta il livello di aspettativa generato dalle leggi promulgate a livello nazionale con la qualità del servizio effettivamente erogato al cittadino negli ambiti regionali e locali.

Si propone una chiave di lettura di tipo puramente gestionale, allo scopo di evidenziare una problematica che è presente da ormai vent'anni e che rischia di non essere correttamente affrontata neppure dall'attuale disegno di decreto delegato.

Nel lento processo di Riforma del SSN si è tardato a riconoscere che la corretta erogazione delle prestazioni di un Servizio Sanitario dipende da due dimensioni di eguale importanza: quella medica e quella organizzativo - gestionale.

Quest'ultima è stata certamente molto sottovalutata alla nascita della Legge 833/78, a causa degli orientamenti del movimento ideologico che è stato alla base della promulgazione di tale legge.

L'ideologia dell'epoca, figlia del movimento culturale noto come '68, non poteva certamente prendere in considerazione aspetti che erano considerati non rilevanti, se non addirittura incompatibili con le visioni strategiche dell'epoca: garantire il massimo livello di salute a tutti i cittadini senza valutare la fattibilità organizzativa ed economica di tale missione.

Tutto a tutti gratuitamente.

Come raggiungere l'obiettivo era secondario; l'importante era affermare con grande forza quale fosse la meta da raggiungere. Negli anni successivi al '78 si comprese che la legge 833, che era a tutti gli effetti una 'legge quadro' madre di molti figli (i decreti) che non vennero alla luce, aveva consentito di imprimere alla Sanità Italiana una svolta che si rivelò fondamentale nel modernizzare l'assetto istituzionale del sistema sanitario, ma inadeguata nell'indicare le azioni e gli strumenti necessari per raggiungere gli obiettivi idealmente descritti. Vi era, in altre parole, una grande distanza tra quanto promesso e quanto poteva essere effettivamente mantenuto dalle neonate USL, le cui capacità operative erano ovviamente molto limitate.

La domanda di servizi sanitari, che cresceva anno dopo anno, contribuiva intanto a far lievitare il costo del SSN, generando rilevanti disavanzi di gestione all'interno del Fondo Sanitario Nazionale.

Tutti i tentativi fatti a livello centrale, dal Ministero della Sanità e del Tesoro, di contenere tali disavanzi, utilizzando la politica dei tetti di spesa, sono risultati infruttuosi.

Il motivo era semplice: si pretendeva di controllare dal livello centrale una spesa che nasceva a livello locale, all'interno delle USL e degli Ospedali, senza aver dotato le aziende locali dei poteri gestionali e dei relativi strumenti operativi necessari a guidare i complessi meccanismi di creazione della domanda e di erogazione dell'offerta. Il motivo era semplice ma la soluzione era molto complicata.

In assenza di tale assetto gestionale, il livello centrale comprimeva più o meno arbitrariamente la spesa in fase di previsione, salvo poi constatare, in fase di consuntivazione, che il disavanzo continuava ad aumentare.

Con i decreti delegati 502 / 517 degli anni '92 e '93 si introdussero fondamentali modifiche: si assegnò alle aziende sanitarie un assetto istituzionale consono agli obiettivi da conseguire e si richiese che esse adottassero quegli strumenti organizzativo - gestionali che erano essenziali per giungere ad una più chiara valutazione dei costi associati alle diverse fasi dell'assistenza sanitaria ed ai corrispondenti livelli qualitativi forniti.

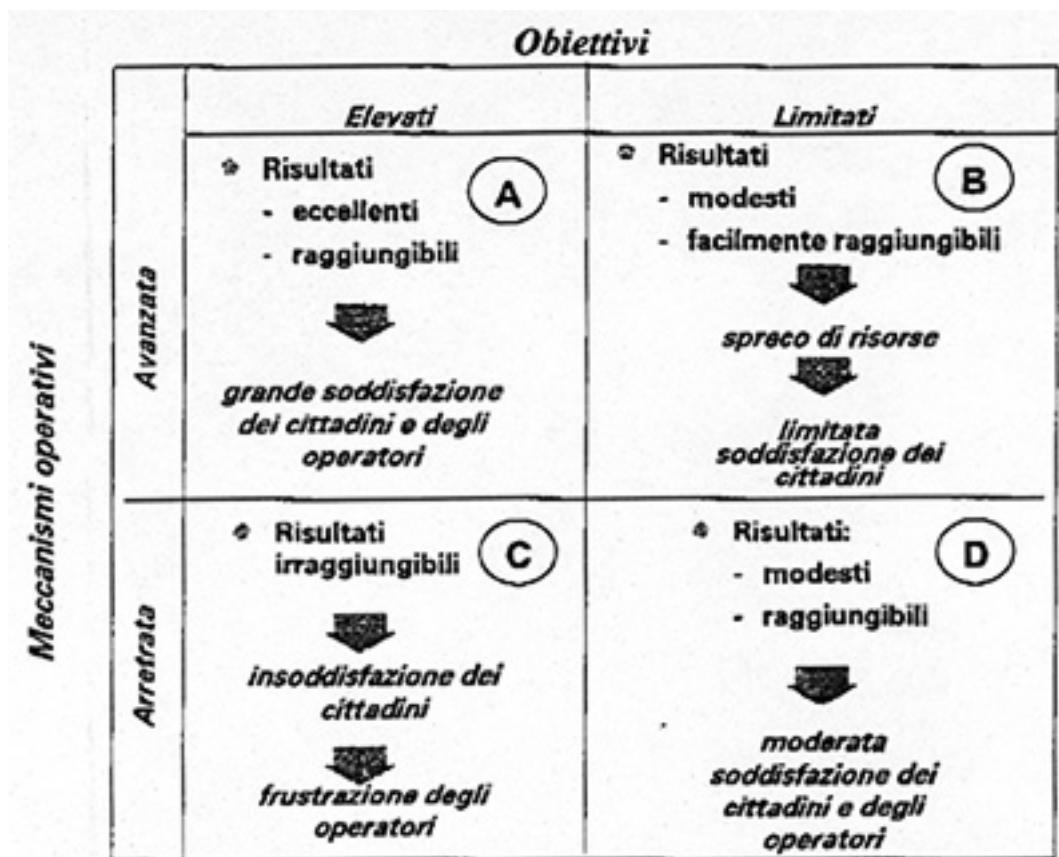
Al corretto orientamento non ha peraltro fatto seguito una adeguata valutazione dell'entità del cambiamento culturale che era necessario introdurre nel mondo sanitario. Si è erroneamente ritenuto che bastasse indicare sommariamente gli strumenti gestionali da utilizzare perchè gli operatori sanitari se ne impadronissero, senza un adeguato supporto informativo sul campo. I risultati hanno pertanto tardato ad arrivare. Si è compiuto un passo nella giusta direzione ma, ancora una volta, si è sottovalutata la necessità di investire risorse nel processo di cambiamento culturale, indispensabile per impadronirsi della nuova strumentazione gestionale. Anche in questo caso non si sono raggiunti tutti gli obiettivi previsti a livello locale e, di conseguenza, si sono mancati gli obiettivi regionali e nazionali.

Sulla base di tale premessa si vuole indicare quale deve essere il corretto percorso che si deve seguire per calibrare gli obiettivi sulla realtà operativa delle aziende sanitarie, sul loro livello culturale, sulla corrispondente capacità di comprendere e quindi di utilizzare la strumentazione necessaria.

La matrice obiettivi/meccanismi operativi

Supponiamo di incrociare all'interno di una matrice la dimensione degli obiettivi che ci si pone a livello di governo centrale della sanità con quella degli strumenti operativi effettivamente disponibili a livello delle aziende sanitarie (figura 1).

Figura 1



Il quadrante ideale (A) è quello in cui obiettivi elevati si combinano con una situazione in cui sono disponibili strumenti operativi avanzati. È chiaro che questa è la situazione in cui sarebbe desiderabile trovarsi, perchè gli strumenti disponibili consentirebbero di raggiungere effettivamente gli obiettivi ambiziosi che ci si è dati, con risultati quindi eccellenti e con grande soddisfazione da parte sia dei cittadini che degli operatori coinvolti.

All'estremo opposto (D), se obiettivi di carattere limitato vengono calati in un contesto che dispone di strumenti operativi arretrati, è possibile il raggiungimento di risultati certamente modesti ma comunque in grado di generare una sia pur moderata soddisfazione da parte dei cittadini e degli operatori.

Quando invece obiettivi ambiziosi vengono calati in una realtà che dispone di strumenti arretrati (C) è lecito aspettarsi che i risultati divengano presto irrealizzabili, con grande insoddisfazione da parte dei cittadini e frustrazione degli operatori.

Da ultimo, un contesto operativo avanzato in cui vengano fissati obiettivi limitati (B) renderebbe certamente possibile il raggiungimento dei risultati. Essendo peraltro questi ultimi di portata modesta, è lecito attendersi che questo contesto possa generare un inutile spreco di risorse con limitata soddisfazione da parte dei cittadini.

Rispetto a questa schematizzazione molto spesso il Governo, come sottolineato in premessa, si dà obiettivi ambiziosi assumendo implicitamente di trovarsi nel quadrante A (che prevede meccanismi avanzati), ma trascurando di verificare di quale strumentazione dispongano effettivamente le aziende e quindi di verificare se gli obiettivi siano, di fatto, raggiungibili. In altri casi gli obiettivi vengono indicati anche volutamente in modo qualitativo, affinché non siano sottoposti a verifiche puntuali dell'effettivo raggiungimento.

L'obiettivo di questo articolo è proprio quello di analizzare la possibilità di determinare obiettivi per il sistema sanitario nazionale che siano quantitativamente misurabili e per i quali si possa verificare se sono stati raggiunti o meno, ed il motivo per cui vi è un approccio ad una Sanità più 'misurata', più obiettiva.

La situazione attuale

Dal punto di vista operativo, la situazione attuale vede le Aziende Sanitarie in profonda trasformazione, seguendo un lento e per molti versi faticoso adeguamento alla normativa vigente, nazionale e regionale.

Il potere decisionale delle Aziende Sanitarie è oggi tendenzialmente concentrato nelle mani di un unico responsabile (il Direttore Generale), ma si verifica spesso sul campo una dotazione di strumenti operativi incompleti o comunque inadeguati a supportare efficacemente la gestione.

Il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale, previsto dalla legge 502 e necessario per avere una chiara percezione dell'equilibrio tra ricavi e costi complessivi aziendali, si è dimostrato più arduo del previsto. A tutt'oggi poche sono le aziende che possono dirsi completamente in contabilità economico-patrimoniale, mentre ancora molte sono in movimento dalla finanziaria alla economico-patrimoniale. Inoltre molte aziende ritengono di essere in economico-patrimoniale ma, non avendo ben chiara la metodologia necessaria per una sua corretta impostazione, si trovano spesso in una situazione ibrida.

Dal punto di vista del controllo di gestione, non si è ancora ben compreso il vero significato della contabilità analitica, per cui si incontrano spesso approssimazioni esagerate o, all'opposto, ricerche esasperate del dettaglio, in una quasi totale assenza di sensibilità su quali elementi siano effettivamente rilevanti e quali secondari o, al limite, anche trascurabili da un punto di vista gestionale.

È inoltre per lo più tutt'altro che chiara la distinzione tra contabilità analitica e conto economico di reparto/servizio/distretto. La mancanza di sensibilità a livello della Direzione Generale si riverbera sui reparti, che non vengono aiutati a sviluppare una capacità diagnostica sulle criticità di maggior rilevanza per il miglioramento del processo produttivo.

Ne consegue che il controllo di gestione fatica a trovare una compiuta realizzazione che consenta di definire dei budget con il coinvolgimento dei medici e, quindi, con il loro impegno al raggiungimento di obiettivi misurabili, anche da un punto di vista economico (budget bottom-up). Nella realtà attuale i budget vengono invece tendenzialmente definiti a livello della Direzione Generale e successivamente trasmessi ai reparti (top-down).

La maggior parte dei processi produttivi non sono frutto di una attenta progettazione ma, al contrario, risultano tuttora improntati ad una organizzazione 'di fatto' che si dimostra spesso inefficace ed inefficiente, poichè mancano procedure organizzative chiare e condivise ispirate a principi di ottimizzazione della performance dei processi stessi. Solo in pochi casi, ad esempio, vengono effettuate analisi ed interpretazioni dei risultati di controllo di gestione insieme ai medici al fine di evidenziare, con il relativo impatto economico, le criticità di carattere organizzativo che limitano la performance dei processi produttivi.

Da ultimo, il processo di acquisizione di beni e servizi non risulta nella maggior parte dei casi supportato da adeguate procedure di acquisto che siano orientate soprattutto alla corretta identificazione del fabbisogno. Ne consegue che la contrattazione è spesso quasi esclusivamente orientata al prezzo di acquisto, generando così costi complessivi di acquisto non ottimali.

Tutto questo si inserisce in un contesto normativo tutt'altro che stabile in cui le norme a livello nazionale si accavallano con quelle regionali in un quadro in cui le 'regole del gioco' sono in continua evoluzione.

In questo quadro comunque problematico, maggiori difficoltà si riscontrano, generalmente, nelle Aziende Sanitarie Locali rispetto alle Aziende Ospedaliere. Inoltre, all'interno di ogni regione, alcune aziende sono certamente più avanzate (o meno arretrate) di altre e, a livello più macro, esistono significative diversificazioni nello stato di avanzamento medio delle varie regioni.

In questo eterogeneo contesto, il principale fattore discriminante finisce per essere l'iniziativa personale del Direttore Generale.

Cerchiamo ora di analizzare la situazione attuale nelle varie tipologie di aziende sanitarie.

Prima di entrare nel merito, è tuttavia opportuno ricordare che sul territorio nazionale esistono due modelli di Azienda Sanitaria Locale molto diversi.

Il modello 'lombardo' prevede che la ASL gestisca esclusivamente la domanda essendo stata incorporata nelle aziende ospedaliere la gestione complessiva di tutta l'offerta. In questo modello, il medico di medicina generale ha il ruolo esplicito, almeno da un punto di vista teorico, di controllore della domanda.

Nel modello nazionale, invece, domanda e offerta sono presenti all'interno della stessa azienda sanitaria locale, ed il medico di base non è l'unico generatore della domanda.

Negli ospedali (aziende ospedaliere o ospedali a gestione diretta della ASL), in generale l'applicazione dei meccanismi operativi sta compiendo i primi passi. In alcuni, dal punto di vista del controllo di gestione, si elaborano consuntivi periodici e budget bottom-up per reparto/servizio.

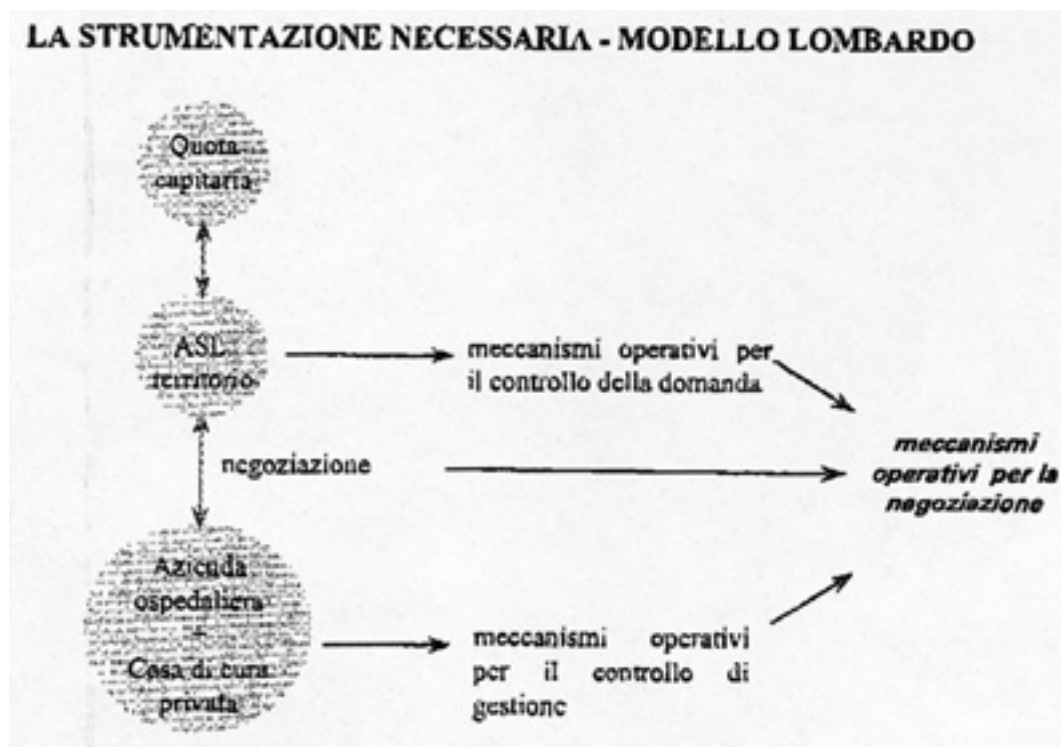
Nelle ASL della Lombardia esiste una limitata disponibilità di dati del territorio. Se da una parte è ormai sufficientemente efficace il flusso di dati sulla farmaceutica, dall'altra faticano ad entrare completamente a regime i flussi relativi ai ricoveri e, soprattutto, alla specialistica ambulatoriale ed alla diagnostica. La carenza di strumenti adeguati che ne consegue determina una grande difficoltà nell'impostare correttamente la negoziazione, prevista dalla legge regionale, tra ASL e Azienda Ospedaliera. Questo genera in molti casi una sostanziale divaricazione tra disponibilità della ASL e necessità finanziaria dell'Azienda Ospedaliera.

Anche nelle ASL nazionali i dati del territorio sono in generale molto carenti, con qualche eccezione laddove sistemi informativi regionali riescono a raccogliere e ad integrare i dati provenienti dalle varie strutture erogatrici. In questo modello di funzionamento delle ASL, la competizione nell'offerta di sanità esiste solo per la parte di domanda 'residua' che esce dalla ASL stessa. Anche in questo caso la carenza di adeguati meccanismi operativi rende difficile impostare una efficace negoziazione tra ASL e Aziende Ospedaliere.

Cerchiamo ora di vedere, da un punto di vista generale, di quali strumenti dovrebbero disporre le Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere (nel modello lombardo ed in quello nazionale) per rendere possibili gli obiettivi di governo della sanità.

Il modello lombardo è centrato sulla totale separazione tra domanda e offerta e sulla libera scelta da parte del cittadino. In questo ambito, gli strumenti operativi essenziali dovrebbero essere rivolti, in ultima analisi, a supportare efficacemente il processo di negoziazione tra Azienda Sanitaria Locale e Aziende Ospedaliere / Case di Cura accreditate (figura 2).

Figura 2



In questa impostazione risultano indispensabili meccanismi operativi di due tipologie diverse.

La prima tipologia riguarda gli strumenti per un efficace controllo di gestione sul lato dell'offerta (Aziende Ospedaliere). Questi meccanismi operativi risultano per lo più in corso di implementazione, sia pure in uno stadio di realizzazione ancora rudimentale.

Sul versante delle Aziende Sanitarie Locali, invece, risulta indispensabile disporre di meccanismi operativi per il controllo della domanda, che devono passare evidentemente attraverso un efficace coinvolgimento dei medici di medicina generale. Meccanismi di questo tipo non sono sostanzialmente stati realizzati. Non è quindi possibile a questo stadio introdurre meccanismi a supporto del processo di negoziazione tra Azienda Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliera (o Casa di Cura Privata convenzionata). In questo contesto il problema del contenimento dei costi complessivi per l'assistenza sanitaria può assumere dimensioni molto rilevanti, essendo l'offerta sostanzialmente libera di sviluppare la domanda, in una spirale che sempre si verifica in Sanità, dove una maggiore offerta è in grado di generare una sempre maggiore domanda, se la domanda stessa non è posta sotto accurato controllo.

Il modello nazionale prevede invece la presenza di ospedali a gestione diretta all'interno delle Aziende Sanitarie Locali sul cui territorio (o in zone limitrofe) possono tuttavia esistere altri punti di offerta rilevanti (Aziende Ospedaliere e Case di Cura convenzionate) (figura 3).

In questo contesto i meccanismi di controllo della domanda, tutt'oggi inesistenti come nel modello lombardo, risultano altrettanto indispensabili sia come strumento propedeutico alla negoziazione con l'offerta esterna, sia come premessa indispensabile per avviare una effettiva razionalizzazione dell'offerta interna.

La sostanziale arretratezza degli strumenti operativi disponibili si innesta in un contesto organizzativo che presenta una serie di ulteriori debolezze.

A livello regionale, la struttura organizzativa degli Assessorati alla Sanità non è stata sostanzialmente mai modificata dopo la riforma della 502/517. La conoscenza dei nuovi meccanismi operativi è generalmente scarsa e, conseguentemente, ai direttori generali vengono assegnati obiettivi di natura contingente e spesso non compatibili con i dati economici consuntivi.

A livello locale la carenza di cultura gestionale è la causa dello scarso interesse verso una corretta raccolta dei dati. Prevalde ancora la logica del 'debito informativo' rispetto a quella delle 'informazioni per gestire' e questo rallenta ulteriormente la realizzazione dei necessari meccanismi operativi. Inoltre, i rilevanti vincoli attuali nella gestione del personale generano una sostanziale difficoltà nel motivare il personale al perseguimento degli obiettivi. Non possono, in questo panorama, essere trascurati i vincoli decisionali imposti dalla normativa pubblica che generano una grande difficoltà nella scelta del miglior fornitore di prodotti/servizi in tempi contenuti.

A livello locale quindi i Direttori Generali stanno muovendo i primi passi in un contesto di sostanziale solitudine. Non dispongono generalmente di personale preparato e motivato e sono poco supportati, salvo qualche eccezione, dal collegio dei revisori .

I medici, tutto sommato, dimostrano di resistere meno del previsto all'adozione dei nuovi strumenti operativi di reparto/servizio (conti economici e indicatori di produzione/qualità). Essi si trovano tuttavia a competere con l'azienda a cui appartengono. Il regime dell'incompatibilità infatti, pur teoricamente corretto, trova grandi difficoltà di effettiva attuazione, viste tutte le carenze già citate.

Sono invece gli amministrativi ad offrire la maggiore resistenza al cambiamento e a ritardare eccessivamente l'introduzione dei nuovi strumenti. Il salto culturale che è loro richiesto necessita generalmente di una intensa formazione applicata sul campo.

I revisori, da ultimo, stentano a comprendere il vero spirito della riforma e si sentono vincolati all'applicazione formale della norma più che al concreto raggiungimento degli obiettivi.

Figura 3



La strategia per una possibile soluzione

Alla luce di quanto finora esposto, l'identificazione di una possibile soluzione deve nascere dalla consapevolezza che il controllo della spesa è efficace solo se nasce a livello locale. Come ricordato in premessa, i famosi 'tetti di spesa' imposti dall'alto, coniugati con la lacunosità dei meccanismi operativi locali (che ci colloca nel quadrante C della matrice) hanno finora conseguito obiettivi concreti di limitata portata, o, in alcuni casi, di nessun valore economico. Non si è ancora compreso o non si vuole comprendere che i costi della Sanità nascono a livello locale, nell'incontro tra il paziente e il medico. Tale incontro può avvenire nello studio del medico di medicina generale o dello specialista, ovvero all'interno di un qualunque presidio sanitario pubblico o privato.

Risulta invece essenziale creare a livello locale, cioè laddove nasce la spesa, una precisa sensibilità sui meccanismi che generano i costi e sulle modalità per controllarli, come premessa indispensabile per poter controllare i risultati di gestione delle aziende sanitarie.

In questo processo le Regioni dovrebbero proporsi come agenti di sviluppo della nuova cultura locale, mentre i Direttori Generali delle aziende devono accelerare il più possibile l'introduzione del nuovo know-how e ricorrere a forme di outsourcing laddove la struttura interna non sia comunque in grado di garantire l'effettivo funzionamento dei nuovi strumenti. Il Collegio dei Revisori, inoltre, dovrebbe diventare più sensibile al 'passaggio culturale' in corso, e orientarsi a condividere maggiormente con i Direttori Generali la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi. (figura 4)

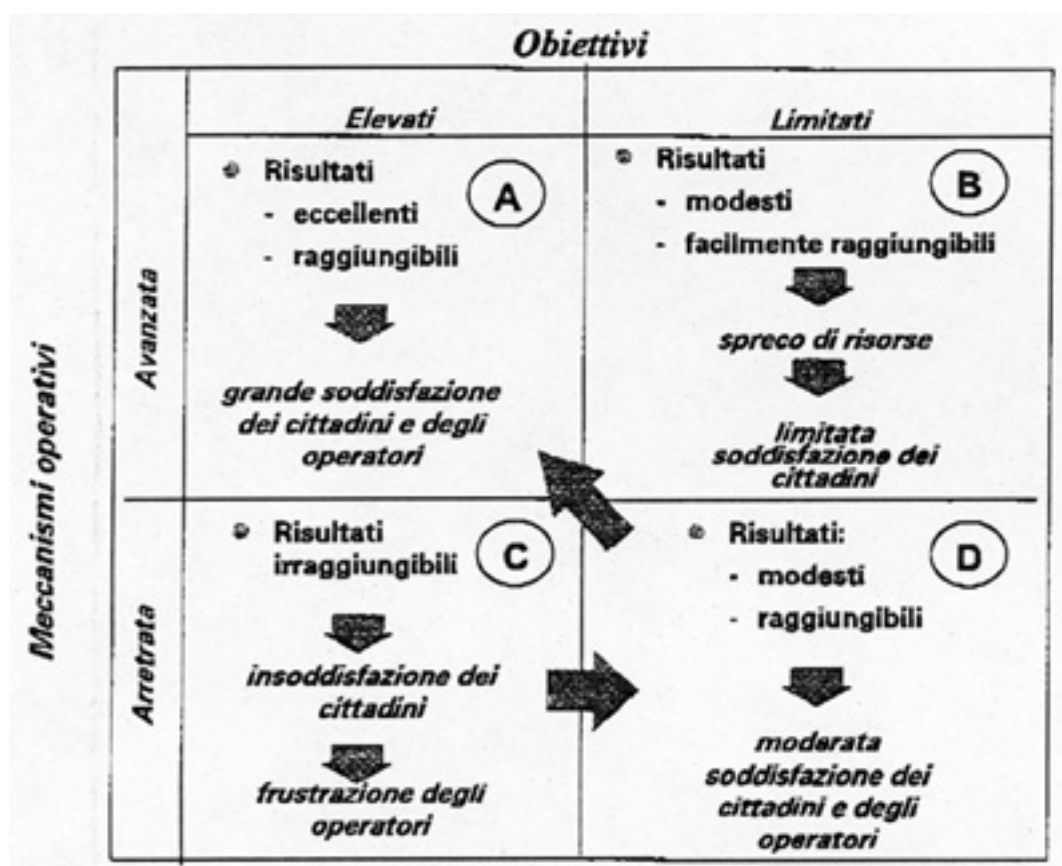
Questo rappresenta il primo passo e la premessa indispensabile della strategia per la soluzione del problema del governo della sanità. Peraltro, le esperienze condotte in alcune Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali dimostrano che è assolutamente possibile per le singole aziende, adottando opportune metodologie la cui efficacia è già stata misurata sul

campo, dotarsi in tempi rapidi dei meccanismi indispensabili, con la possibilità di perfezionarli poi via via nel tempo per stadi successivi.

Fintantochè i meccanismi operativi minimi non saranno uniformemente diffusi localmente, risulta velleitario darsi obiettivi ambiziosi, perchè questi risulteranno sempre sostanzialmente irraggiungibili. In questo contesto è invece più opportuno stabilire obiettivi limitati, concentrando piuttosto le energie sulla diffusione degli strumenti necessari.

Una volta che lo strumentario operativo minimo sarà disponibile presso le singole aziende, sarà possibile procedere al passo successivo, che consiste nell'elevare gradualmente gli obiettivi. Solo in questo contesto può diventare concretamente possibile migliorare la qualità del servizio reso e garantire il corretto utilizzo delle risorse economiche.

Figura 4



Conclusioni

Il processo di riforma sanitaria iniziato nel 1978 ha certamente consentito al nostro paese di disporre di un SSN correttamente impostato. Le successive modifiche e quelle che seguiranno in futuro consentiranno di individuare meglio le modalità di creazione di una domanda di servizi che risulti appropriata e di erogazione di prestazioni di qualità ed a costi controllati.

Il processo di modifica, che sarà ancora lungo, dovrà essere supportato da una maggiore attenzione alle problematiche che devono essere affrontate quotidianamente a livello locale, entrando maggiormente nei dettagli delle difficoltà incontrate. Vi è ancora un'eccessiva astrattezza nelle norme regionali e nazionali, che devono essere molto più concrete e capaci di accompagnare la indispensabile crescita culturale degli operatori sanitari.

Deve essere compiuto lo sforzo di tradurre i grandi obiettivi di ogni riforma in una serie di obiettivi sequenziali, limitati, misurabili e di crescente complessità, ai quali abbinare con competenza i corrispondenti strumenti gestionali.

Solo così si riuscirà a rendere i sogni concreti e compatibili con le risorse disponibili.