

FORUM P.A. 2004

“Aziendalizzazione e governo clinico in sanità”

di Andrea Belloli

La diafrasi, tra la componente amministrativa da una parte e tecnico professionale dall'altra, intendendo e sovrapponendo alla prima la conduzione manageriale dell'Azienda, ha ormai assunto il carattere di storicità. Spesso cavalcata anche a livello istituzionale, reca in sé il difetto di fondo di non aver mai proposto, realisticamente, un'alternativa altrettanto valida all'introduzione degli strumenti di gestione aziendale in sanità.

Per sgombrare subito il campo da equivoci è fuori discussione che la componente tecnico professionale sia prioritaria ed essenziale alla vita stessa della Azienda.

Le prestazioni sanitarie, debbono sempre più essere adeguate, sempre più tendere e contribuire ad una “personalizzazione” e ad una “umanizzazione” del rapporto con il paziente.

La persona è al centro e l'“umanizzazione” dei servizi, oltre ad essere un imperativo per il legislatore, è senza ombra di dubbio un obiettivo strategico per le Amministrazioni e le Direzioni.

Quante volte il termine “umanizzazione” è stato contrapposto in modo più o meno corretto e strumentale al termine di “Aziendalizzazione”, dando quasi per scontato che il processo di Aziendalizzazione abbia di per sé generato una progressiva disumanizzazione dei rapporti e una dequalificazione dei servizi?

In effetti, nella logica della economia aziendale, sussiste il rischio di tenere prevalentemente sotto controllo i numeri, l'andamento funzionale, perdendo di vista i valori e la qualità dell'outcome.

Ma è proprio motivato questo movimento, culturale e non, che vuole considerare l'Aziendalizzazione come un “periodo concluso”? Come più ricca di fallimenti

piuttosto che di successi? Davvero è responsabile diretta di questa situazione di insofferenza e di disagio soprattutto nella classe medica? E davvero questa criticità può trovare risposte, per esempio, nel provvedimento proposto dal livello istituzionale ministeriale sul governo clinico?

Certo è necessario perseguire un maggiore coinvolgimento della risorsa umana in particolare professionale. Sicuramente occorre promuovere una più compiuta alleanza tra la funzione gestionale e quella professionale, un'alleanza che deve equamente bilanciare le due funzioni: le scelte gestionali delle Direzioni debbono sempre considerare l'impatto sulla funzione clinico-assistenziale e contestualmente le scelte assistenziali debbono considerare il loro impatto gestionale.

Le nostre organizzazioni, complesse, ispirate, come dovrebbero, all' "orientamento al servizio" dei cittadini, in qualità di "Organizzazioni di Servizio", appunto, si possono considerare "Organizzazioni basate sulle conoscenze".

Per queste, per un Servizio con al centro davvero la Persona, il valore della propria organizzazione è creato da una combinazione, da un equilibrio armonico dei cosiddetti e noti pilastri tangibili (strategie ed obiettivi, strutture e ruoli, meccanismi operativi, stili e riconoscimenti, comportamenti organizzativi e professionali, persone e relazioni) con i cosiddetti pilastri intangibili: competenze del personale, knowhow aziendale (organizzativi e professionali) e l'immagine aziendale.

Questi sono gli elementi delle organizzazioni basate sulle conoscenze e queste sono le leve, molte volte purtroppo disattese, su cui agire per mantenere ed aumentare il patrimonio delle nostre Aziende.

Certo questi non sono fattori che compaiono nelle voci di bilancio, non sono strutture o apparecchiature, né patrimoni immobiliari, né tanto meno liquidità di cassa o disponibilità di spesa.

Costituiscono, invece, un patrimonio invisibile, una sorta di finanza invisibile ma fondamentale: nelle organizzazioni basate sulla conoscenza, come quelle appunto del settore sanitario che certo non sfuggono, è bene ricordarlo, alle regole rigorose della "finanza visibile", queste ultime debbono o meglio dovrebbero essere attentamente

considerate nella prospettiva della loro gestione all'interno di un sistema organizzativo aperto e fluido che si confronta sempre più con un contesto esterno sempre più esigente di relazioni di qualità.

Peraltro, richiamata l'esigenza di investire fortemente nelle risorse umane e in particolare professionali, se da un lato occorre evitare che da una parte prevalgano logiche di "politica della salute", eccessivamente lontane da azioni di possibile concreta attuazione e dal rispetto della autonomia gestionale, dall'altro è necessario prevenire logiche che, pur correttamente ispirate all'autonomia tecnico-professionale ed alla centralità del paziente, non accettino il confronto con altre procedure o protocolli e rifiutino le verifiche sui risultati ottenuti.

Sistemi di verifica, beninteso, trasversali e funzionali tali da premiare non tanto chi spende meno, quanto che spende meglio e responsabilmente.

A fronte di questa cultura di segno contrario, la Fiaso pone invece il quesito se il ruolo delle Aziende, per garantire e tutelare le esigenze anzidette, non sia ancora più centrale.

A tal riguardo si pone anche il problema della qualificazione e della leadership delle Direzioni, il correlato problema di una corretta interpretazione del proprio ruolo ma anche di una stabilità di medio-lungo periodo tale da assicurare continuità nelle gestioni ed una effettiva partecipazione strutturata delle competenze tecnico professionali ai processi aziendali.

In tal senso l'Aziedalizzazione diventa lo strumento più corretto e funzionale alla più compiuta e partecipata espressione delle prestazioni sanitarie ai cittadini e al governo clinico. Questo problema rimanda direttamente ad un'altra questione di fondo che è quella della *governance* del sistema. Un tema che deve essere posto con grande rigore e correttezza.

Al di là dell'opinione dei singoli, degli sforzi di ingegneria organizzativa e delle posizioni certamente diversificate a livello nazionale è senz'altro necessario:

- Definire con chiarezza i ruoli dei diversi livelli istituzionali, enti, organi o istituti e ciò con particolare riferimento allo Stato e alle Regioni;

- Collegare poteri, autonomie decisionali e responsabilità correlate;
- Uscire da una logica di autoreferenzialità accettando l'adozione di sistemi di verifica e confronto basati su dati di fatto.

Nell'ambito soprattutto del rapporto tra Stato e Regioni (vedi modifica del Titolo V della Costituzione) si tratta di verificare come modifiche introdotte al Sistema dallo Stato siano compatibili con l'organizzazione data al Sistema dalle Regioni.

Regioni che, ricordiamo, rappresentano per noi gli interlocutori istituzionali primari e che di fatto hanno responsabilità pesanti sia in termini di potestà legislativa sia in termini di equilibrio economico-finanziario.

Il contesto attuale, ove lo scarto tra risorse richieste per il mantenimento di servizi di qualità adeguata e le risorse disponibili è destinato fatalmente a crescere e ove la sostenibilità economica del sistema farà sempre più riferimento alla efficienza nella produzione e nella distribuzione dei servizi, si pone il rischio di applicare logiche di breve periodo, funzionali al puro contenimento della spesa.

Occorre, al contrario, la volontà di affrontare temi da tempo e in molti casi irrisolti, quali ad esempio il potenziamento dei servizi territoriali e la riorganizzazione della rete ospedaliera, di attivare progetti di lungo periodo capaci di ri-orientare davvero il sistema dell'offerta e di coagulare motivazioni e coinvolgimento di tutte le componenti in campo, prima fra tutte quella dell'area medica.