

# La clinical governance, possibile soluzione ai fabbisogni di integrazione nelle aziende sanitarie

RICCARDO MERCURIO, PAOLA ADINOLFI

*Health care organizations show increasing needs for integration, in relation to the numerous activities carried out, the different sub-cultures, the various objectives pursued, and also in relation to recent technological developments. In the present paper, the various reforms that have been made over years to copy with the problem of integration are critically examined, showing their limited effectiveness. The clinical governance is then regarded as a possible solution to the problem of integration, and the organizational and cultural conditions for its successful implementation are discussed.*

SOMMARIO

Complessità delle aziende sanitarie e fabbisogno di integrazione

Le risposte istituzionali al problema dell'integrazione

La *clinical governance* come soluzione al problema dell'integrazione

Condizioni organizzative e strumenti attuativi del governo clinico

Scenari futuri per l'azienda sanitaria

—————

## 1. Complessità delle aziende sanitarie e fabbisogno di integrazione

Le aziende di erogazione di servizi sanitari sono ormai da anni oggetto di particolare interesse da parte degli studiosi di organizzazione, per gli elevati livelli di complessità strutturale e gestionale che presentano. Il principale fattore di complessità è sicuramente connesso alla varietà degli obiettivi perseguiti e alla presenza di diversi ambiti di attività " che entrano continuamente in contatto tra loro per consentire di erogare un servizio a soggetti, che pongono domande estremamente variegate. Gli innumerevoli *output* intermedi e finali dipendono, infatti, dalla stretta interazione tra le varie unità organizzative e, spesso, anche dalla collaborazione con strutture e istituzioni esterne.

Il problema che si pone in questa situazione all'organizzativo è che i diversi tipi di attività, benché caratterizzati da interdipendenze forti, presentano differenti logiche decisionali e diverse linee di comunicazione, comando e controllo, che quasi sempre nascono da una molteplicità di culture e modelli di comportamento.

Da questo punto di vista nel sistema sanitario, più che in altri sistemi di servizi pubblici, diviene fondamentale considerare la presenza di queste diverse realtà culturali che, in alcuni casi, continuano a manifestare poca capacità di omogeneizzazione e convergenza. Per analizzare questo aspetto si farà riferimento, anche se in modo estremamente schematico, alle due culture prevalenti, quella burocratica/formale e quella professionale/specialistica, che in modo più diretto si collegano alle due diverse concezioni di autorità e di potere esistenti nei sistemi sanitari.

Note sugli autori

Riccardo Mercurio è Professore di Organizzazione Aziendale, presso l'Università di Napoli "Federico II". Paola Adinolfi è professoressa di Organizzazione aziendale presso il Dipartimento Studi e Ricerche aziendali dell'Università di Salerno

Attribuzione

Il presente contributo costituisce un approfondimento del *paper* presentato al Convegno "La *clinical governance*: una prospettiva organizzativa e gestionale", tenutosi alla LUISS il 30 aprile 2004 e, pur essendo frutto di uno sforzo di ricerca congiunto, Riccardo Mercurio è responsabile dei §§ 1 e 5, e Paola Adinolfi dei §§ 2, 3 e 4.

*MECOSAN* | 53 (2005): pp. 67-80

67

—————

SAGGI

—————

—————

Il modello burocratico, come è noto, fonda l'autorità sul rigido principio della gerarchia dei ruoli, e prevede una distribuzione asimmetrica del potere, con forte accentramento decisionale, rigidi controlli sulle prestazioni, attenzione ad un'efficienza amministrativa fortemente collegata alla solvibilità finanziaria, enfasi sugli aspetti formali e procedurali che non sempre facilitano quelli connessi all'efficacia e alla qualità delle prestazioni. Tali valori sono, come spesso accade nelle amministrazioni pubbliche, resi più stabili e rilevanti dalla formazione di taglio giuridico ricevuta nel tempo dai quadri dirigenziali, nonché dalla cultura «amministrativistica» che si è stratificata negli anni nell'ambito di un apparato organizzativo rigidamente gerarchizzato (le ex-Casse Mutue istituite negli anni venti).

Il modello professionale, diffuso prevalentemente tra il personale medico, tende invece a concepire l'autorità come fondata sulla competenza «tecnica» e sulla collaborazione tra ruoli asimmetrici in virtù dell'adesione a valori professionali comuni, acquisiti nell'Università, e consolidati ad opera delle associazioni mediche.

Tali valori entrano spesso in contrasto con quelli propri del modello burocratico: danno maggiore rilevanza all'efficacia delle cure rispetto alla razionalità economica, ingenerano nei medici una tendenza a perseguire obiettivi di salute del paziente immediati e ad accettare con difficoltà gli standard di valutazione basati sulle regole e procedure della gestione, preferendo la valutazione basata su standard professionali, sviluppati e diffusi dalle associazioni mediche attraverso pubblicazioni e convegni periodici. Un altro dato culturale è la tendenza a non avere sempre una visione collettiva del sistema sanitario del quale si fa parte, considerando con maggior distacco tutto quello che non si riflette immediatamente sulla performance o sulla propria qualificazione personale: questo determina nei fatti una certa difficoltà dei medici a sentire propri gli obiettivi dell'organizzazione e le sue regole di funzionamento.

D'altra parte, è abbastanza ovvio osservare che sia l'efficienza sia l'efficacia dipendono fortemente dalla capacità di risolvere le elevate interdipendenze che esistono all'interno dei sistemi burocratici e professionali, e quindi tra i componenti e i gruppi dei due sistemi. La risoluzione di tali interdipendenze deve in ogni caso tenere conto che i medici, in quanto professionisti, operano necessariamente con piena autonomia decisionale e relativa indipendenza da influenze esterne. Inoltre, adottano criteri esclusivi per quantificare e qualificare il loro operato, utilizzando un linguaggio non sempre intelligibile ai «non addetti ai lavori». Ciò non facilita lo sviluppo di processi di valutazione e controllo gerarchico da parte degli amministratori e un'immediata adesione da parte di tutti i professionisti.

In tale contesto non va sottovalutato il ruolo del personale paramedico, e degli infermieri in particolare, divisi tra la gerarchia amministrativa, che conta su di loro per assicurare la gestione quotidiana dei servizi, e i medici responsabili delle unità operative, che tendono a considerare, anche giustamente, il personale all'interno del reparto come risorse a loro disposizione.

Questo breve richiamo per sottolineare che l'esigenza di una stretta interconnessione tra le attività è spesso un problema che deve, o doveva, essere affrontato già in fase di progettazione organizzativa, in base alle esigenze da soddisfare e ai caratteri delle risorse esistenti, e diventa, come per ogni struttura già presente, estremamente difficile da risolvere in piena fase di funzionamento. D'altra parte il fabbisogno di integrazione - derivante dai caratteri del processo clinico - si è negli anni recenti significativamente accresciuto per effetto di una serie di cambiamenti collegati alla rapida evoluzione tecnologica.

Grazie agli sviluppi dell'*information technology*, la diagnostica medica è, infatti, entrata nell'era delle reti: le immagini diagnostiche, da qualunque macchinario prodotte, sono state rese traducibili in parametri quantitativi, dunque integrabili in un medesimo sistema informatico, e trasmissibili a distanza attraverso reti informatiche. Inoltre a rivoluzionare le pratiche mediche consolidate, e anche le frontiere delle specialità, sono intervenuti poi gli sviluppi delle tecnologie miniaturizzate, che consentono di attuare interventi medico-chirurgici (chirurgia endoscopica, radiologia interventistica ...) sempre meno invasivi.

**68**

MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA

—————

SAGGI

Tale rivoluzione tecnologica, che produce effetti notevolissimi a livello della pratica medica, si riflette naturalmente sul piano organizzativo. In primo luogo, la diagnostica per immagini tende a rimpiazzare l'ascolto e l'osservazione clinica del paziente: essa esercita una forte attrazione sia sul medico, in quanto gli offre l'opportunità di affrancarsi dal contatto diretto con il paziente e gli fornisce elementi in larga parte certi e incontestabili per l'identificazione della malattia, sia sul paziente, che riesce ad avere una rappresentazione oggettiva e tangibile del suo stato di salute o della malattia. Si viene così a determinare una complicità tra medico e paziente che, in alcuni casi limite, può spingere alla moltiplicazione degli esami diagnostico-strumentali.

In secondo luogo, le nuove tecniche diagnostiche impongono il linguaggio del numero come elemento centrale di misura e di descrizione: dunque il tradizionale linguaggio medico esoterico di carattere umanista, inaccessibile ai non iniziati, perde la sua specificità, si apre suo malgrado ad altri linguaggi - quelli della biologia, della statistica, dei tracciati e delle immagini - non sempre facilmente «dominabili» dai medici.

Inoltre l'utilizzo delle nuove tecnologie miniaturizzate richiede competenze tecniche sempre più spinte e sempre più difficilmente acquisibili. Ciò favorisce la specializzazione delle competenze: di fronte alla moltiplicazione delle tecnologie e alla loro sofisticazione crescente, il medico è spinto a rifugiarsi nella pratica di un piccolo numero di tecniche specifiche, trasformandosi in un «tecnico medicalizzato» per il quale la tecnologia è importante, almeno quanto la medicina. Un 'analoga spinta alla specializzazione si verifica naturalmente anche per il personale paramedico, il quale si confronta con atti sempre più «tecnicizzati» e complessi, sia che gli vengano delegati dai medici, sia che attengano ai suoi specifici compiti.

In terzo luogo, la perdita di importanza della semiotica medica e l'iperspecializzazione delle branche cliniche fanno sì che i medici siano sempre meno coinvolti a valutare l'impatto delle loro azioni sugli aspetti generali della salute del malato, che esulano dal loro campo di competenza, e dunque siano sempre più dipendenti dagli altri clinici che prendono parte al medesimo processo di cura.

I fenomeni sopra descritti accentuano significativamente il fabbisogno di integrazione: sempre più l'efficacia dei processi assistenziali (sia a livello diagnostico che terapeutico) dipende non tanto dalle abilità e capacità dei singoli operatori, quanto piuttosto dall'efficace cooperazione di interi *team* di operatori, cui partecipano clinici con diverso *background* specialistico, operatori con funzioni assistenziali, tecniche, paramediche, infermieristiche, nonché operatori con responsabilità relative all'amministrazione ed organizzazione di servizi sanitari.

—————

### 2. le risposte istituzionali al problema dell'integrazione

Se il problema di integrazione, o se si vuole di coordinamento, per risolvere le diverse relazioni esistenti tra le attività e le varie unità interne ed esterne al sistema sanitario, si è accentuato nel tempo, anche per lo sviluppo delle conoscenze e dell'innovazione tecnologica, non c'è dubbio che anche in Italia la tematica è già da tempo all'ordine del giorno. Molte delle risposte istituzionali che hanno dato luogo, negli ultimi anni, ad una serie di riforme del sistema sanitario nazionale, sono nate infatti dall'esigenza di una crescente richiesta di coordinamento e di integrazione nei processi clinici e nell'organizzazione.

Di seguito si esaminano criticamente le principali soluzioni legislative adottate nel corso degli anni (cfr. Adinolfi, 2000).

#### 2.1 La soluzione burocratica

Con la legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, si unifica la gestione dell'assistenza sanitaria nelle Unità sanitarie locali (UsI). Queste, in numero di 650 su tutto il territorio nazionale, accorpano l'insieme dei presidi, dei servizi e delle strutture che nel precedente sistema mutualistico facevano fronte, in maniera disorganica, ai bisogni di salute della popolazione di un'area territoriale definita. Esse possono erogare direttamente l'assistenza sanitaria, o avvalersi di strutture private convenzionate, ricevendo a tal fine finanziamenti a pie' di lista dalle Regioni, le quali a loro volta ricevono i fondi dallo Stato sulla base della spesa storica.

*MECOSAN* | 53 (2005)

## SAGGI

La normativa disciplina in dettaglio il funzionamento degli organi delle Usl, che sono un'emanazione diretta dei comuni: l'assemblea generale, composta dai consiglieri degli Enti Locali situati nel territorio della Usl, costituisce l'organo deliberativo; il comitato di gestione, i cui membri sono eletti dall'assemblea generale, rappresenta l'organo amministrativo; infine l'ufficio di direzione, che comprende tutti i responsabili dei servizi e dei settori (fra cui il coordinatore amministrativo e il coordinatore sanitario) rappresenta l'anello di congiunzione tra il momento politico e il momento gestionale-amministrativo. La struttura organizzativa delle Usl è basata sulla standardizzazione per via normativa delle attività, e sull'organizzazione di tipo gerarchico-funzionale, specializzata per settori; questa configurazione investe anche i presidi ospedalieri, i quali non sono più considerati come una realtà a se stante, ma dipendono dal coordinatore sanitario della Usl di appartenenza per quanto riguarda gli aspetti clinico-assistenziali, e dal coordinatore amministrativo per le attività amministrative, tecniche ed economiche.

La legge prevede inoltre la possibilità che i Comuni articolino le Usl in distretti sanitari, «quali strutture tecnico funzionali per l'esercizio dei servizi di base e di pronto intervento» (art. 10), dirette da un responsabile amministrativo e un responsabile sanitario. Nelle intenzioni del legislatore il distretto rappresenta il momento sia interpretativo, sia operativo, per realizzare un'offerta di servizi integrata in un ambito territoriale determinato (Giorgetti, 1997).

Al fine di favorire l'integrazione delle competenze scientifiche, tecniche ed assistenziali, la legge affida poi alle Regioni il compito di disciplinare la costituzione, all'interno degli ospedali, di dipartimenti (ossia strutture raggruppanti reparti, uffici e servizi), senza peraltro precisarne i principi di fondo e i modelli organizzativi.

*Esiti ed efficacia integrativa*

La riforma del 1978 ha riproposto integralmente il modello amministrativo della Pa all'interno della Unità sanitaria locale. Tuttavia, in un contesto ad elevata complessità quale quello sanitario, i meccanismi integrativi propri del modello burocratico si sono rivelati inadeguati.

La struttura di tipo specialistico-funzionale, se ha consentito una maggiore efficienza, una più chiara identificazione delle responsabilità lungo la linea verticale, ha comportato una «perdita di unitarietà della gestione, dovuta alla scomposizione rigida della strutture in servizi tra loro impermeabili» (Corradini 1996, p. 21).

La frammentazione organizzativa è stata accentuata dalla presenza di un ampio numero di unità organizzative ad elevata discrezionalità operativa, che, se ha consentito di valorizzare l'autonomia professionale, ha ostacolato il raggiungimento dell'unitarietà d'azione rispetto ad obiettivi predeterminati.

A ciò non ha sopperito l'organizzazione dipartimentale e distrettuale. Il dipartimento non ha trovato concreta attuazione, mentre il distretto è rimasto strutturalmente debole, sia per via della doppia dirigenza, che ha causato confusioni di ruolo e conflitti di competenze, sia per la mancanza di stimoli forti, quali quelli determinati dalla responsabilizzazione sul risultato economico, nonché di meccanismi operativi in grado di bilanciare l'esercizio della mera autorità gerarchica. Dunque il distretto non è riuscito a coordinare l'offerta specialistica settoriale, e «l'onere della ricomposizione dell'offerta in un processo unico e coordinato ... [ha continuato a ricadere] sull'utente, il quale ... era costretto a passare da un servizio all'altro per acquisire le singole componenti del processo, senza che il raccordo ... [fosse] elaborato in maniera forte dall'azienda» (Longo, Ripa di Meana, 1995, p. 22).

La mancanza di posizioni manageriali con forte responsabilizzazione e competenze interfunzionali - nei distretti, dipartimenti e presidi ospedalieri - ha generato un sovraccarico operativo al livello del vertice, che è andato a scapito di un suo impegno allo sviluppo di una visione strategica di insieme e di una responsabilità di direzione generale dell'azienda. Il più delle volte si è venuto a creare un circolo vizioso, in virtù del quale l'accentramento gestionale ha scoraggiato ulteriormente la capacità di risolvere autonomamente i problemi locali, accrescendo il sovraccarico operativo del vertice.

**70**

MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA

## SAGGI

Nel complesso la riforma del 1978 non sembra aver ottenuto i risultati sperati, non solo dal punto di vista degli utenti e dei medici, ma anche da parte della Corte dei Conti, che è intervenuta con numerose censure. A circa dieci anni di distanza dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, si è dunque dato avvio ad una seconda riforma del sistema sanitario.

**2.2 La soluzione aziendale/concorrenziale**

Il decreto legislativo n. 502/1992, noto come «riforma *bis*», mira a rimpiazzare il modello burocratico con il modello aziendale. Le Usl vengono ridotte in numero e trasformate in aziende (Aziende sanitarie locali Asl), dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale. L'autonomia viene riconosciuta anche ad una parte degli ospedali (quelli di rilievo nazionale ad elevata specializzazione, nonché quelli destinati a diventare in ogni regione centri di riferimento per l'emergenza), i quali vengono «scorporati» dal Servizio sanitario nazionale e costituiti in aziende.

Al vertice delle Asl e delle aziende ospedaliere viene posto, in luogo dell'organo collegiale politico, un direttore generale, nominato (ed eventualmente revocabile) dalla regione, affiancato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo, con funzioni tecniche di supporto. L'introduzione di un organo monocratico forte, che deve rispondere, oltre che del buon andamento dell'azione amministrativa, anche dei risultati di gestione, è volta a favorire l'unitarietà della gestione, consentendo l'attuazione di «un coordinamento di ordine superiore di svariati coordinamenti particolari» (Maggi, 1989, p. 154).

Sul piano organizzativo il provvedimento di riforma, pur lasciando che siano le regioni a disciplinare, nell'ambito della propria competenza, le modalità organizzative e di funzionamento delle Asl, promuove il passaggio da criteri di aggregazione delle attività basati sull'omogeneità tecnica (propri delle strutture funzionali) a criteri basati sull'identificabilità dei risultati, e dunque su aree complessive e finali di domanda, quali il distretto e il dipartimento (Ruffini, 1998, p. 410). Il rafforzamento di organi di integrazione intermedia mira a consentire di liberare gli organi apicali dal peso della gestione operativa, indirizzandoli alla direzione strategica delle aziende (Corradini, 1996, p. 20), e a favorire una trasversalità organizzativa a scapito delle relazioni tipicamente gerarchiche.

Il decreto punta inoltre a stimolare l'orientamento all'utente introducendo meccanismi di finanziamento maggiormente responsabilizzanti. Esso modifica i criteri di allocazione dei fondi statali alle regioni (dall'automatico ripiano *ex-post* della spesa storica, alla definizione *ex-ante* del finanziamento in relazione a parametri collegati al numero di residenti nel territorio regionale) e lascia alle stesse la facoltà di provvedere con risorse proprie (*ticket* o tasse regionali) alla copertura di livelli di spesa eccedenti quelli previsti in base alla quota capitolaria corretta.

A livello infra-regionale i diversi modelli sanitari regionali, pur mantenendo le proprie specificità, convergono verso sistemi di finanziamento in cui le risorse vengono allocate alle Asl in relazione alla quota capitolaria, e alle aziende ospedaliere in relazione alle prestazioni erogate (misurate in base ai «raggruppamenti omogenei di diagnosi», o «diagnostic related groups»). Tali sistemi supportano l'adozione di meccanismi concorrenziali tra i «fornitori» di servizi sanitari (ossia le aziende ospedaliere), i quali sono differenziati dagli «acquirenti» (le Asl). L'obiettivo è stimolare l'avvio di un circolo virtuoso basato sulla competizione tra le strutture erogatrici (sia pubbliche sia private convenzionate): il finanziamento collegato alle prestazioni dovrebbe infatti portare le diverse strutture a competere per acquisire clienti, al fine di massimizzare in questo modo i flussi finanziari introitabili, e a massimizzare l'efficienza nell'utilizzo dei posti letto, in modo da trattenere la differenza fra le entrate per prestazioni tariffabili e i costi realmente sostenuti.

Nel complesso acquisisce rilevanza, nell'ambito delle finalità perseguite dalle aziende sanitarie, il risultato economico, variabile il cui governo è demandato alle aziende stesse, nella misura in cui i ricavi sono espressione della qualità delle prestazioni rese e i costi funzione dell'efficienza raggiunta.

MECOSAN | 53 (2005)

71.

*Esiti ed efficacia integrativa*

A qualche anno di distanza dal decreto legislativo 502/1992, il Servizio sanitario nazionale è stato oggetto di aspre polemiche da parte di *mass-media*, forze politiche e utenti, e sembra non aver realizzato l'auspicata integrazione gestionale.

Il distretto non è decollato per una serie di motivi: i meccanismi di attribuzione delle risorse, di incentivazione del personale, di carriera, sono rimasti legati alle linee di specializzazione funzionale; la contabilità, nella maggior parte dei casi, è rimasta basata sui settori produttivi (personale, beni e servizi, utenze, manutenzioni ecc.) che non sono stati aggregati per distretti, dipartimenti, presidi, né per unità operative; la cultura tecnico-professionale consolidata nel corso degli anni è rimasta ancorata ad una settorialità che sul piano assistenziale - si è tradotta nel mito della specializzazione, mentre sul piano organizzativo ha continuato a concepire un sistema di servizi a compartimenti stagni. Neanche il dipartimento, che pure era stato chiaramente riproposto dalla riforma «bis», ha trovato una piena attuazione operativa.

Tutto ciò ha comportato una elevata frammentazione organizzativa, il mancato coinvolgimento nella gestione dei professionisti posti a capo delle diverse unità operative, il marcato sottoutilizzo delle risorse (personale, sedi, apparecchiature ...), considerate di proprietà esclusiva delle unità operative. Alla scarsa integrazione interna si è aggiunta una scarsa integrazione esterna nell'area sociosanitaria, dovuta alla mancata collaborazione tra Asl ed enti locali, che - in taluni casi - ha assunto i caratteri di un eccesso di delega, e in altri - del non conferimento di deleghe da parte dei Comuni.

Il sistema di finanziamento collegato alle prestazioni ha poi contribuito a mantenere e rafforzare un approccio autoreferenziale, che porta a considerare come *mission* la produzione di tutta l'offerta possibile, in modo da accrescere le capacità competitive. Ciò ha determinato la tendenza a moltiplicare le unità operative erogatrici di prestazioni tariffabili, con un aggravio dei costi a fronte di un incremento dell'assistenza sanitaria che spesso è stato indotto. Si è così scoraggiata la tendenza a concepire i sistemi di offerta sulla base di una logica di rete integrata di servizi, frutto della cooperazione interattiva tra le diverse strutture dislocate in un'area territoriale di riferimento.

L'esiguità dei risultati ottenuti con la riforma «bis» ha fatto emergere l'esigenza di una ulteriore revisione organica del sistema sanitario, che ha dato luogo alla legge 229 del 1999, nota come riforma Bindi o riforma «ter».

**2.3 La soluzione aziendale integrata**

Il decreto 229 del 1999 promuove un modello di Asl-azienda integrata con gli ospedali, finanziata a quota capitolaria. Esso impone agli ospedali requisiti per la trasformazione in azienda talmente ampi da essere presenti nella realtà in un numero limitato di casi: sulla base della nuova normativa la regione può non confermare il riconoscimento dell'autonomia alle aziende ospedaliere, riportandole così nell'ambito della Asl.

Per favorire l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie viene istituita, a fianco al direttore sanitario e al direttore amministrativo, la figura del direttore socio-sanitario, cui spetta il coordinamento delle attività distrettuali con quelle gestite da altri enti (Ipab, enti locali, strutture private *profit* e *no profit*), attraverso la predisposizione di «piani di zona». Inoltre gli enti locali ed i loro organi di rappresentanza (la conferenza dei sindaci) vengono coinvolti nel processo di valutazione del direttore generale.

Vengono poi significativamente valorizzati gli organi di integrazione intermedia (distretto e dipartimento), mediante il riconoscimento di una specifica autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria.

Il dipartimento viene proposto come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie, al fine di alleggerire le unità operative di una serie di responsabilità e dotazioni strutturali, trasformandole in *team* di professionisti. A capo del dipartimento viene posto un direttore (scelto dal vertice aziendale tra i responsabili delle strutture complesse), il quale, sulla base del budget attribuitogli, è tenuto a predisporre un piano annuale delle attività, da negoziare con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.

Il distretto viene valorizzato nella sua funzione integrativa attraverso l'istituzione di

**72**

MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA

un unico - in luogo del doppio - responsabile, il quale è tenuto ad organizzare un processo erogativo che per l'utente risulti unitario, realizzando, sulla base del budget disponibile, il coordinamento delle attività distrettuali con quelle degli altri servizi e dipartimenti dell'Asl, anche attraverso la predisposizione - di concerto con i sindaci degli enti locali situati nel territorio di riferimento - di un piano delle attività territoriali.

L'integrazione dei medici di medicina generale è perseguita introducendo all'interno del distretto il modello dipartimentale, rispetto al quale vengono definiti programmi ed obiettivi a cui viene collegata la retribuzione «accessoria».

Infine, per favorire la partecipazione e il coinvolgimento dal basso, tutti i dirigenti posti a capo di unità operative vengono coinvolti all'interno di una catena di responsabilità che collega al raggiungimento di obiettivi definiti la corresponsione della retribuzione accessoria, e al mancato raggiungimento degli stessi la revoca dall'incarico dirigenziale. Essi sono collocati in un ruolo unico, distinto per profili



professionali, e in un unico livello, modulato in relazione alle responsabilità di gestione 2. La loro nomina compete al direttore generale, il quale, attraverso *l'atto aziendale*, procede all'individuazione delle «strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica» e dei relativi responsabili. *L'atto aziendale* recupera margini di discrezionalità, oltre che sull'organizzazione interna dell'azienda sanitaria, anche sulle modalità di relazione con soggetti esterni.

Inoltre per accrescere la partecipazione dei medici alla gestione viene istituito il collegio di direzione, organo di supporto consulenziale al direttore generale in materia di programmazione, gestione e sviluppo dell'attività clinica, mentre per rafforzarne il senso di appartenenza all'istituzione viene introdotta *l'intra-moenia* e la disciplina del rapporto esclusivo, portando così «quasi a compimento un percorso che ha visto [ ... ] ridurre i margini di discrezionalità del professionista nel mantenere attiva una duplicità di ruolo (di dipendente e di libero professionista)»~ (Foglietta, 1999, p. 2).

### *Esiti ed efficacia integrativa*

Anche la riforma *ter* non ha portato ai risultati desiderati e i problemi vecchi non hanno trovato una piena soluzione.

Il coinvolgimento degli enti locali nei processi di programmazione e valutazione, se ha accresciuto il livello di democrazia, ha in taluni casi minato l'autonomia e la responsabilizzazione del direttore generale, facilitandone la permeabilità ai diversi interessi in gioco. In particolare, problemi si sono verificati nel caso di regione e comuni con maggioranze politiche diverse: i contrasti politici e programmatici che ne sono derivati hanno condotto i direttori generali in situazioni di stallo e paralisi decisionale.

L'introduzione di organi e ruoli con funzioni integrative (quali il collegio di direzione, il direttore socio-sanitario, il direttore di dipartimento, il direttore di distretto) non ha necessariamente garantito l'integrazione operativa, anzi in taluni casi, in assenza di chiare regole di *governance* interna, ha rappresentato un vincolo più che un'opportunità per il direttore generale, finendo per enfatizzare l'obiettivo di soddisfare i diversi interessi in gioco a scapito del fine ultimo di tutela della salute.

In particolare il dipartimento è stato percepito come un vincolo che aggiunge rigidità laddove occorrerebbero flessibilità e adattabilità, un contenitore organizzativo pesante, che somma e non risolve molti dei problemi esistenti, anzi ne aggiunge di nuovi (la scelta del direttore di dipartimento, la scelta sulla localizzazione delle attrezzature e del personale) (Franco, Adinolfi, de Simone, 2000).

L'istituto dell'*intra moenia* non è pienamente decollato, per via dell'incapacità di molte aziende a garantire spazi e strutture adeguate, e dunque non ha favorito nei medici l'integrazione e il senso di identificazione nell'organizzazione.

L'introduzione del ruolo unico della dirigenza, creando gruppi trasversali temporanei responsabilizzati su obiettivi, ha sì favorito un maggior coinvolgimento nella gestione, ma ha spesso prodotto confusione nei livelli di governo e nelle linee di autorità, rendendo più difficile una gestione unitaria sovraordinata da parte del direttore generale .

73

MECOSAN | 53 (2005)

SAGGI

Problemi sono sorti in relazione alla scarsa disponibilità di alcuni professionisti ad ammettere, rispetto alla onnivalenza teorica dei loro titoli e delle loro qualificazioni, i limiti della propria competenza su aree specifiche e l'opportunità di lasciare il campo ad altre professionalità (infermieristiche, tecniche, paramediche) o ai medici di base. Tale cooperazione viene vissuta come un'ammissione di incompetenza, una perdita di potere, una mancata entrata finanziaria, una *diminutio* dell'immagine reale o supposta (Mele, Adinolfi, 2003).

Scarsa è anche l'integrazione dei medici di base nell'azienda sanitaria locale: l'introduzione del dipartimento con obiettivi collegati alla quota variabile della retribuzione non si è rivelata sufficiente, anche perché la maggior parte delle condizioni del rapporto di lavoro sono definite a livello centralizzato in sede di contrattazione collettiva.

### **3. la *clinical governance* come soluzione al problema dell'integrazione**

I magri risultati conseguiti dalla riforma *ter* hanno portato ad una crescente insofferenza nei confronti delle logiche aziendalistiche e dei meccanismi di regolazione budgetari, specie da parte del personale clinico, avverso all'idea che il proprio lavoro possa essere valutato sulla base di mere considerazioni contabili. Si è così cominciato progressivamente a spostare l'attenzione dalla capacità del Servizio sanitario di contenere i costi operando sui sistemi gestionali, alla capacità di garantire l'efficacia clinica delle prestazioni e l'appropriatezza nel loro utilizzo.

In questo quadro si è andata ad innestare la proposta di riforma del ministro Sirchia, che mira ad introdurre il modello della «clinical governance», mutuandolo dalla contemporanea esperienza britannica («A first class service: quality in the new national health service», Department of Health, 1998).

La «clinical governance» viene definita nel Regno Unito, Paese in cui è nata, come «il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza clinica» (traduzione da *Afirst class service*, Department of Health, 1998). Esso ~ rappresenta un insieme di strumenti organizzativi ed operativi attraverso i quali le istituzioni del NHS assumono una diretta responsabilità per il miglioramento della qualità dell'assistenza, ponendo al centro il paziente con le sue esigenze e le sue percezioni. «In essence, clinical governance is about putting patients at centre stage, discovering how they experience NHS services and finding ways to improve all aspects of their care» (<http://www.doh.gov.uk/cmof/progress/clingov/clingov1.htm>).

Il disegno di legge proposto dal ministro Sirchia, recante «Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale», al fine di coinvolgere maggiormente i medici nel governo delle attività cliniche e nelle scelte strategiche delle aziende sanitarie, istituisce una funzione innovativa dedicata esclusivamente al coordinamento clinico: il coordinatore clinico aziendale, un medico nominato dal direttore generale su proposta dei responsabili di struttura complessa 3.

Con tale provvedimento, che non ha incontrato la necessaria approvazione, si puntava a realizzare quello che sarebbe dovuto essere un cambiamento radicale (introdurre il governo clinico, basato sulla centralità del paziente), semplicemente mediante l'istituzione di una nuova funzione aziendale, innestata su di un sistema immutato nell'organizzazione, nei meccanismi di funzionamento e nelle logiche di fondo. Non si sono quindi superati i limiti che hanno determinato il fallimento delle riforme precedenti: l'intervento, se attuato, sarebbe stato parziale e si sarebbe inserito su preesistenze rischiando di produrre ibridi non facilmente decifrabili e di difficile accesso per successivi interventi. L'effetto più probabile sarebbe stata una battuta di arresto al processo di aziendalizzazione nonché un ridimensionamento del potere del direttore generale (nei primi tempi neanche eccessivo, se si considera che il coordinatore clinico doveva essere proposto dai responsabili di struttura complessa, i quali sono figure «gradite» al direttore generale, che li sceglie tra una «rosa» di candidati).

Inoltre, va osservato che la nuova figura del coordinatore clinico sarebbe stata scelta non in base ad una valutazione delle competenze o del potenziale, ma in base al consen-

74

MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA

SAGGI

so riscosso presso i responsabili di struttura complessa, una platea non rappresentativa del variegato mondo di professionalità che convergono nel processo assistenziale. Tagliando fuori le professionalità paramediche, tecniche, infermieristiche, amministrative, si sarebbe rischiato di disincentivare quella che dovrebbe essere la quintessenza del governo clinico, ossia l'impegno multidisciplinare, condiviso tra le diverse «anime» dell'organizzazione.

Comunque, indipendentemente dagli esiti parlamentari della proposta di Sirchia, ha senso continuare a discutere di governo clinico. Questo infatti, in relazione a quella che è la componente innovativa del suo messaggio (la centralità del paziente), si può configurare quale soluzione efficace al problema dell'integrazione dei servizi sanitari.

Va inoltre rilevato che i documenti recenti di programmazione sanitaria spingono in questa direzione. Già il decreto legislativo 229/99 sollecita scelte di governo regionale orientate verso criteri di accreditamento dei servizi e dei professionisti orientati a rendere trasparente e valutabile la qualità delle prestazioni, e, all'articolo 1, afferma che il Servizio sanitario nazionale garantisce, e quindi finanzia, soltanto le prestazioni di dimostrata efficacia. Tale orientamento emerge anche dall'accordo Stato- Regioni dell'8 agosto 2001, in base al quale una serie di patologie deve essere trattata esclusivamente in *day-hospital*, e dalla legge finanziaria 2002, che pone al di fuori dei livelli essenziali di assistenza (LEA) alcune prestazioni di non provata efficacia. Inoltre alcuni documenti recenti di programmazione sanitaria regionale hanno enfatizzato l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi sanitari: una delle prime regioni è stata l'Emilia-Romagna, che ha introdotto il governo clinico già nel suo Piano sanitario regionale 1999-2001.

Ha dunque senso concentrarsi sul governo clinico, sia a livello teorico che della sperimentazione concreta, indipendentemente dai provvedimenti legislativi. Più che discutere sulle implicazioni del governo clinico relativamente alle opportunità e responsabilità per i diversi attori (direttori sanitari, direttori di dipartimento, collegio di direzione) - come è accaduto nel nostro Paese - appare invero utile discutere sulle condizioni organizzative indispensabili per realizzare gli obiettivi del governo clinico nonché sugli strumenti attuativi (riflessione che, a differenza di altri Paesi, da noi è alquanto carente).

### **4. Condizioni organizzative e strumenti attuativi del governo clinico**

È abbastanza pacifico che, in assenza di idonee condizioni organizzative interne ed esterne alle aziende, l'idea stessa di governare la pratica clinica risulta velleitaria. Tali condizioni sono state evidenziate in letteratura e possono sintetizzarsi come segue.

1. Una visione integrata e multi disciplinare dell'assistenza. Come evidenziato nel primo paragrafo, il moltiplicarsi delle specializzazioni mediche non consente più ad un singolo professionista di prendere in carico un paziente, dunque l'ambiente organizzativo deve favorire il coinvolgimento attivo e l'integrazione di tutti gli attori del processo assistenziale.

2. Un'esplicita responsabilizzazione degli operatori. In particolare il perseguimento dell'efficacia clinica non deve essere un generico dovere professionale dei singoli operatori, ma un impegno condiviso dei *team* nel loro insieme, i quali devono assoggettarsi a forme di valutazione e controllo delle prestazioni secondo principi professionalmente condivisi. Ciò implica, per i medici, il superamento dei meccanismi di regolazione e controllo esclusivamente interni alla professione (in genere limitati alla mera identificazione di casi di *malpractice*), e la costruzione di una capacità di valutazione e monitoraggio sull'insieme del contesto clinico. Questo non significa che i singoli operatori debbano vedere ridotta la loro autonomia decisionale, bensì che devono sottoporsi ad una valutazione basata su principi professionalmente accettati.

3. La predisposizione di indirizzi clinici chiari. Questi devono essere basati su prove di efficacia clinica e di costo-efficacia che tengano in considerazione l'esperienza dei professionisti e dei manager, nonché i valori e le aspettative degli utenti. È importante poi identificare figure professionali che, affrontando le difficoltà connesse all'individuazione di indicatori di performance condivisi, validi e affidabili, svolgano la delicata funzione

MECOSAN | 53 (2005)

75

di verifica e monitoraggio dell'efficacia clinica.

5. *L'empowerment* del paziente-utente e della comunità attraverso la realizzazione di processi partecipativi che vedano coinvolti tutti gli attori (politici, professionali, amministrativi e sindacali). In particolare, l'assistito non deve essere più il vettore passivo di informazioni alle quali solo i professionisti hanno accesso, perpetuando una asimmetria poco propensa allo sviluppo di una relazione

medico-paziente adulta. Egli deve diventare soggetto attivo e partecipe della propria cura, il che richiede l'implementazione di politiche di comunicazione che consentano agli utenti di: accrescere la consapevolezza di quanto possono ragionevolmente attendersi dagli interventi sanitari disponibili, adottare comportamenti pienamente funzionali al raggiungimento degli obiettivi clinici, effettuare scelte pienamente informate in presenza di diverse alternative diagnostico-terapeutiche, esprimere i propri disagi, trovando tempestive risposte in un sistema che tiene conto della qualità percepita dal paziente e utilizza le informazioni ad essa relative come strumento di verifica e miglioramento.

6. La costruzione di un adeguato sistema informativo, che consenta di porre fine alla tradizionale separatezza tra la sfera medica e la sfera economica, coniugando informazioni relative agli aspetti clinici dell'assistenza con informazioni relative agli aspetti organizzativo-gestionali, per costruire indicatori quantitativi e qualitativi che partano da una rappresentazione dei processi assistenziali condivisa tra le due componenti.

7. L'individuazione di un «direttore di orchestra» del processo assistenziale. Tale condizione, meno richiamata in letteratura rispetto alle altre, appare invece cruciale. Mentre gli specialisti abbondano, nessuno si occupa delle interfacce. È di fondamentale importanza identificare un ruolo integratore, al quale attribuire la responsabilità di coordinare, rispetto a determinati percorsi o processi, il lavoro dei diversi attori operanti lungo la catena di produzione dell'assistenza sanitaria. Tale figura dovrebbe essere in grado di interloquire con tutti gli attori dislocati sul territorio, non soltanto le strutture della Asl (presidi ospedalieri, strutture di lungodegenza e riabilitazione, strutture di *day-hospital* e *day-surgery*, specialisti sul territorio, assistenti domiciliari) ma anche altre strutture in qualche modo chiamate a cooperare nella soluzione agli specifici problemi di salute (aziende ospedaliere, strutture private convenzionate e non, servizi dell'ente locale, organizzazioni di volontariato). L'obiettivo dovrebbe essere quello di far convergere gli sforzi di tutti gli attori sul fine istituzionale costituito dall'intervento sanitario globale sul paziente, in maniera tale da garantire l'unitarietà del percorso di fruizione dell'assistenza, così che rispetto al problema diagnosticato vi sia una sequenza spazio-temporale di interventi definita ed integrata, nonché l'unitarietà del progetto assistenziale, così che il paziente venga («umanizzato» attraverso il recupero di una visione olistica che combini mente e corpo (Lega, 1998). Tale ruolo potrebbe essere svolto efficacemente dal medico o dal pediatra di base: sulle modalità e le condizioni dovrebbe porsi in essere un'approfondita riflessione.

Anche sugli strumenti operativi del governo clinico esiste un'ampia letteratura: i più importanti sono i «profili assistenziali» (Russo, 2000), i «percorsi del paziente» (Casati e Vichi, 2002) e il «*disease management*» (Cavallo, Del Vecchio, 1997). Tutti e tre pongono al centro il paziente e, pur alimentandosi delle evidenze scientifiche e delle potenzialità offerte dal *benchmarking* nazionale e internazionale, si costruiscono e si sviluppano a partire dalle specificità dei contesti locali (Noto *et al.*, 2000). Alla base vi è l'idea che la variabilità e la diseconomicità dei processi assistenziali siano legate non soltanto alle performance cliniche, ma anche alle modalità di erogazione dell'assistenza, e, quindi, agli aspetti organizzativo-gestionali. Se i «percorsi del paziente» sono prevalentemente focalizzati sugli aspetti organizzativi, i «profili assistenziali» sono maggiormente orientati verso gli aspetti clinico-assistenziali, mentre il «*disease management*» si connota per un'impostazione sistemica.

Per esigenze di brevità non ci si sofferma in dettaglio sulle caratteristiche dei singoli strumenti, e ci si limita in questa sede a proporre alcuni spunti di riflessione.

Sia i «profili assistenziali», che i «percorsi \ del paziente», come anche il «*disease man-*

**76**

MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA

SAGGI

*ogement*», in quanto utilizzano come tecnologia di base l'analisi di processo, denotano una rottura radicale con i modi tradizionali di concepire l'offerta di prestazioni sanitarie, sostituendo alle rappresentazioni verticali centrate su di una funzione o un dominio di competenza, una rappresentazione trasversale dell'assistenza sanitaria centrata sulla produzione di valore per il paziente. Tale rappresentazione consente tra l'altro di evidenziare le reti informali che esistono sia tra gli attori operanti all'interno delle organizzazioni sanitarie sia all'esterno delle stesse e che nel loro insieme convergono intorno ad un processo assistenziale. È così possibile rafforzare e strutturare queste relazioni per costruire delle vere e proprie *filiere assistenziali* a partire dalla realtà delle relazioni e delle affinità tra gli attori del sistema di cure. Inoltre, e soprattutto, l'analisi del processo getta le basi di un vero apprendimento organizzativo, consentendo ai diversi attori di effettuare un'analisi introspettiva sulle proprie pratiche ma anche sulla loro pratica collettiva: si attua così attorno ai processi un gioco complesso di decostruzione/ricostruzione dal quale vengono fuori nuove rappresentazioni condivise e nuovi saperi collettivi.

## 5. Scenari futuri per l'azienda sanitaria

Se la *clinical governance* rappresenta il principale modello di riferimento per il cambiamento nella sanità italiana, è necessario porsi con chiarezza quali sono i principali problemi da affrontare nel futuro, anche per costruire una specifica strategia del cambiamento.

Non va infatti taciuto che il tipo di cambiamento da avviare è di estrema difficoltà, proponendo un processo modificativo che deve necessariamente toccare tutti i livelli organizzativi (l'individuo, il gruppo, l'azienda sanitaria e ospedaliera, l'intero *network*) e che deve incidere su un contenuto complesso, coinvolgendo e trasformando le caratteristiche fondamentali degli attori organizzativi e la dimensione interna ed esterna delle relazioni tra gli operatori della sanità. Il cambiamento si riflette notevolmente sui condizionamenti reciproci che hanno luogo tra le azioni delle principali componenti del sistema sanitario. La *clinical governance* prevede relazioni di causa/effetto tra tutti gli agenti e un cambiamento dove la modificazione di ogni singola parte determina la modificazione di tutta la struttura di cui essa è parte.

Uno dei punti di forza della *clinical governance* è, infatti, quello di ritenere che non esistano coppie di opposti (economico/manageriale vs. clinico/medico), ma che tali opposti rappresentino elementi di uno stesso disegno da considerare e costruire insieme per creare azioni di miglioramento qualitativo.

D'altra parte l'attuazione piena di un modello gestionale ispirato alla *clinical governance* favorisce l'adozione *in toto* della logica processuale, che può condurre a sviluppi totalmente destrutturanti per l'azienda sanitaria. Nella fase ancora senza nome che si profila all'orizzonte, possiamo immaginare l'azienda sanitaria come un insieme di «reti curanti», *team* assistenziali che prendono in carico un paziente con l'obiettivo di prestargli l'assistenza più appropriata, efficace ed efficiente in un *continuum* di diagnostica, terapia, riabilitazione, assistenza sociale ecc. Nell'ipotizzato scenario l'azienda sanitaria diventa un'istanza di coordinamento, un assemblatore di servizi, che collega in rete *asset* infrastrutturali, tecnologici e professionali per realizzare obiettivi di cura. Senza un'attenta strategia del cambiamento una tale evoluzione destrutturante può facilmente degenerare nel caos e nell'anarchia, dando luogo ad elevati costi transazionali, inefficienza e deresponsabilizzazione.

Condizioni di successo di un sistema siffatto sono: l'individuazione di un responsabile per ogni programma di cura, cui spetta dare una risposta, coerente e coordinata, ad un problema di salute di un paziente; un sistema di valori condiviso che consenta di armonizzare i comportamenti dei diversi nodi della rete curante e minimizzare l'opportunismo; un sistema informativo a rete distribuita per ottimizzare i costi di collegamento e coordinamento tra le parti e favorire la creazione di conoscenza; la prequalificazione dei potenziali nodi della rete curante (Mele, Adinolfi, 2004).

Condizione di sicuro insuccesso è invece coltivare l'illusione di poter realizzare i cam-

77

:Il *ECOSAN* | 53 (2005)

SAGGI

bamenti desiderati intervenendo solo con mezzi burocratici/formali, imponendo dall'alto macro-soluzioni da adottare in qualsiasi realtà. Questo è un limite spesso presente nelle riforme sin ora tentate: manca in esse la cultura dell'implementazione, la considerazione della fattibilità dei provvedimenti, l'attenzione all'analisi organizzativa per valutare il grado di coerenza dei progetti di cambiamento rispetto ai tempi, alla cultura e alla professionalità del personale, alle prassi operative consolidate e ai vincoli strutturali, «fornendo indicazioni utili per attuare interventi sull'organizzazione interna idonei ad aumentare la probabilità di successo delle politiche adottate» (Borgonovi, 2002, p. 303). Manca inoltre la considerazione del fondamentale carattere politico di ogni cambiamento. Il tentativo di produrre cambiamenti nella sanità, come in ogni altro apparato pubblico, viene visto come semplice azione consapevole volta ad introdurre modificazioni tecnico-organizzative al fine di migliorare le prestazioni. Tale concezione appare obsoleta: se non si può immaginare l'amministrazione come una mera macchina esecutrice di indirizzi politici, così non si può considerarne l'insoddisfacente funzionamento come un problema esclusivamente tecnico, di discrepanza tra le prestazioni desiderate e le tecniche utilizzate. Favorire l'instaurarsi di una dinamica innovatrice significa porre in essere un processo politico/strategico, nell'ambito del quale si svolgono negoziazioni tra gli attori, conflitti e azioni di resistenza (Mercurio, 2000, p. 42), tanto più intensi quanto più vengono messi in discussione non soltanto aspetti tecnici e organizzativi, ma anche equilibri consolidati e rendite di posizione.

Se l'approccio legalistico e neutralistico sembra continuare a fare prevalentemente breccia nel nostro Paese, nonostante gli esiti in larga parte fallimentari sinora sortiti, è perché esso appare essere in maggiore sintonia con il paradigma giuridico/politico dominante. Questo ha continuato a produrre i suoi effetti anche quando si sono introdotti termini e concetti, come quelli aziendalistici, che avrebbero dovuto determinarne, pur con tempi necessariamente lunghi, il superamento. E dunque accaduto che le logiche e gli strumenti di organizzazione e gestione aziendale, rimossi dal dominio flessibile e contingente della conoscenza manageriale e ricondotti al rigore universalistico proprio delle categorie politico/giuridiche, siano stati spesso svuotati dei contenuti più significativi e trasformati, in molte realtà, in meri adempimenti burocratici (Panozzo, 2000). Appropriandosi dei nuovi paradigmi, l'impostazione tradizionale non si è facilmente evoluta, ma spesso ha trovato linfa per consolidarsi, portando ad una produzione cumulativa di risultati non adeguati alle nuove esigenze della società.

È perciò importante dare avvio ad un processo di evoluzione culturale che porti ad abbandonare la prospettiva di taglio puramente «amministrativistico»: le innovazioni dovrebbero cercare di seguire, come si è sperimentato in alcune realtà territoriali, percorsi di cambiamento dal basso, applicati all'interno di singoli sistemi sanitari attraverso processi di apprendimento per prove ed errori, capitalizzando conoscenze realizzate entro quelle specifiche organizzazioni. Fondamentale a tal fine è la diffusione di conoscenze di tipo organizzativo-gestionale, per creare forti tensioni alla sperimentazione di soluzioni innovative. «La cultura organizzativa e manageriale è quella che garantisce il completamento della concezione del dover essere e dell'adeguamento alla norma con lo studio delle condizioni di fattibilità reale e che fornisce gli strumenti per un'analisi e valutazione dei risultati degli interventi (che sempre meno, in condizioni di complessità, possono essere dati per dovuti/acquisiti/detenninisticamente derivanti dalle decisioni formali)>>» (Rebora, 1995, p. 79).

È chiaro, contrariamente a quanto ritenuto da alcuni, che la cultura gestionale non offre regole certe o algoritmi per soluzioni desiderabili; essa piuttosto fornisce un modello decisionale e un'impostazione per l'azione, che sta poi a chi opera applicare e valorizzare nel caso concreto. Ma il senso di una cultura non è solo quello di accrescere la capacità di *saper fare*, acuendo l'intelligenza pratica degli attori in rapporto a contesti specifici e all'interno di determinate interazioni, è anche quello di *saper vedere*. Essa infatti, fornendo linguaggi, quadri cognitivi, criteri di giudizio, offre gli occhiali adatti per riconoscere le

**78**

MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA

SAGGI

innovazioni emergenti e per interpretarle, al di là del contesto originario.

È interessante osservare che, in tale prospettiva, il ruolo dello studioso è oltremodo importante: questi, oltre a produrre conoscenza utilizzabile dai diversi operatori, fornisce un contributo prezioso nel

riconoscere, ricostruire e interpretare l'innovazione emergente, nel consentire la comunicazione e il trasferimento dell'innovazione in diversi contesti, e dunque in ultima analisi nel promuovere processi di apprendimento per tutti gli attori realmente interessati al cambiamento.

#### Note

1. Assistenziale; igienico-sanitaria; diagnostico-terapeutica; alberghiera; gestionale-amministrativa; riabilitativa; educativa; formativa; preventiva.
2. La norma demanda alla contrattazione collettiva la definizione dei criteri per la graduazione delle posizioni dirigenziali, per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi e per la definizione della quota variabile della retribuzione.
3. Questi presiede il collegio di direzione e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti di competenza; svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica nei confronti dei dirigenti responsabili delle strutture aziendali con riferimento agli aspetti sanitari e clinico-organizzativi e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, presiedendo i collegi tecnici di verifica; elabora gli indirizzi sanitari sulle strategie assistenziali e sui percorsi diagnostico-terapeutici per la sistematica revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici e alla riduzione delle liste di attesa; presiede le commissioni per l'attribuzione di incarichi ai direttori di struttura complessa, proponendo una terna (non più una «rosa») di papabili tra cui il direttore generale sceglie. Inoltre il coordinatore clinico aziendale può assumere tutte le funzioni proprie del direttore sanitario, con la contestuale soppressione di tale figura (in tal caso perde la titolarità della sua «struttura complessa»).

# B I B L I O G R A F I A

ADINOLFI P. (2000). «Modelli organizzativi e fabbisogno di integrazione nelle aziende sanitarie», in R. Cafferla (a cura di), *Management e organizzazione aziendali, Materiali di studio*, Aracne, Roma.

BORGONOV I. (1999), *Che fine hanno fatto le riforme?*, *Azienda Pubblica*, vol. 12,3, pp. 185-189.

BORGONOV I. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

CASATI G., V I C H I M. C. (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw Hill, Milano.

CAVALLO M. C., DEL VECCHIO M. (1997), «Disease management: un approccio sistemico alla gestione delle patologie croniche», *Mecosan*, 31.

CORRMJINI A. (1996), «I modelli organizzativi per le aziende U.s.l.: tradizione e innovazione», *Mecosan*, 20.

FOGLIETTA F. (1999), «Il decreto delegato attuativo della legge delega 419/81», *Prospettive sociali e sanitarie*, 10.

FIRANCO M., ADINOLFI P., DE SIMONE S. (2000), «Efficienza e flessibilità delle reti: un'indagine sul sistema sanitario italiano», 2° Workshop di organizzazione Aziendale, *Flessibilità e performance*, Padova, 1 e 2 febbraio 2001.

GIORGETTI R. (1997), *Il servizio sanitario*, Maggioli, Rimini.

GOMEZ MEJIA L. R., BALKIN D. B. (1992), *Compensation. organizational strategy and finn performance*, Cincinnati, South Western Publishing Co.

LEGA F. (1998), «Scelte strategiche e definizione dei confine dell'ospedale. Dalla struttura focalizzata alla struttura a rete», *Organizzazione sanitaria*, 1.

LONGO F., RIPA DI MEANA F. (1995), «Quali modelli organizzativi si stanno delineando per il nuovo distretto?», *ASI*, 49-50.

MAGGI B. (1989), «L'organizzazione dei servizi sanitari», *Sviluppo e Organizzazione*, 15, settembre-ottobre.

MELE R., ADINOLFI P. (2003), «L'evoluzione reti colare delle aziende sanitarie pubbliche», in L. Anselmi, M. Saita (a cura di), *La gestione manageriale e strategica delle aziende sanitarie*, Il Sole 24ore, Milano.

MELE R., ADINOLFI P. (2004), *Organizzazione e gestione delle aziende sanitarie*, Kastalia, Salerno.

MERCURIO R. (2000), «La dipartimentalizzazione delle strutture ospedaliere», *Sviluppo & Organizzazione*, 180.

NOTO G., OEALES A., DI STANISLAO F. (2003), «Dai profili di assistenza alla Clinical Governance: l'esperienza della Regione Marche», *Mecosan*, 47.

PANOZZO F. (2000), «Management by decree, paradoxes in the reform of the Italian public sector», in «Managerialese as the Latin of our times: reforming

*MECOSAN* | 53 (2005)

79

italian public sector organizations», *Scandinavian journal management*. Special issue, val. 16,4.

RUFFINI R. (1998), «La sanità», in G. Costa, R. C. O. Nacamulli, *Manuale di organizzazione aziendale*, Utet, Torino.

RUSSO R. (2000), «Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia», *Politiche sanitarie*, 4.

TURNO R. (2004), «Governo clinico, tremano i manager», *Il Sole 24ore*, 12 gennaio.

WILDAVSKY A. (1984), «Implementation as Exploration» in J. L. Pressman, A. Wildavsky, *Implementation*, University of California Press, Berkeley.

WILENSKY P. (1986), «Administrative reform. General principles and the Australian experience», *Public Administration*, vol. 64, pp. 257-276.

**80**

MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA