

FORUM FIASO

Penalizzate le Asl virtuose

Gestione aziendale condizionata dai vecchi criteri di bilancio

La divergenza tra contabilità finanziaria di Stato e Regioni ed economica delle aziende, la mancanza di dati di efficienza nei bilanci di Asl e Ao, il calcolo del finanziamento delle aziende ancora basato sulla spesa storica e il neocentralismo regionale

ostacolano l'allocazione ottimale delle risorse e l'aziendalizzazione, secondo un'analisi del laboratorio Fiaso, commentata da rappresentanti del mondo professionale e gestionale del Ssn.

A PAG. 14-15

FIASO/ Così il neocentralismo regionale ostacola l'allocazione ottimale delle risorse

Spesa storica, virus incurabile

I tagli orizzontali penalizzano le strutture con i comportamenti più virtuosi

Regioni e aziende, logiche divergenti

Mentre infuriano le polemiche sui nuovi ticket e si discute sull'efficacia dei costi standard, per meglio riequilibrare le risorse tra le Regioni, può sembrare anacronistico o semplicemente astratto reclamare più attenzione alle logiche di governo del sistema. Eppure la storia del nostro Servizio sanitario nazionale ci ricorda che fu con il passaggio dalle vecchie Usl (organismi dei Comuni senza personalità giuridica) alle Asl (aziende dotate di piena autonomia gestionale) che il tasso di crescita della spesa sanitaria passò dal 16% l'anno a un fi-

siologico 4% che fa conservare al sistema sanitario italiano il primato europeo in fatto di economicità che si coniuga a un elevato tasso di qualità.

Come rileva la ricerca Fiaso sul "governo del Ssn", presentata nel corso della nostra Assemblea nazionale, il tentativo di governare gli effetti indesiderati del finanziamento prospettico e del quasi mercato ha portato a un neocentralismo regionale gestito con criteri non sempre esplicitati, talvolta imperscrutabili.

bili.

Sono venuti al pettine, in questi anni, anche nodi tecnici mai risolti. Le logiche divergenti tra la contabilità finanziaria, di Stato e Regioni, e quella economica delle aziende; la scarsa significatività dei bilanci aziendali dai quali non emerge, in modo immediatamente fruibile, alcun dato di efficienza; la sostanziale parametrizzazione del finanziamento delle aziende sulla spesa storica, a dispetto di ogni proclamata diversa intenzione.

Su quest'ultimo aspetto in particolare vorrei soffermarmi perché troppo spesso si dimentica che il buon governo della spesa passa per una efficiente allocazione delle risorse, che premi i migliori e non alimenti le inefficienze tarando il finanziamento sulla spesa storica. Che alla vigilia dei "costi standard" sembra essere ancora la logica prevalente. Basta osservare qualche indicatore. Il laboratorio Fiaso sul "governo del territorio" ha analizzato la correlazione tra spesa pro-capite complessiva e tasso di ospedalizzazione in un gruppo di 12 aziende rappresentativo di varie realtà regionali. Ebbene la Asl con la spesa pro-capite più alta, 1.989 euro, riscontra anche il tasso di ospedalizzazione tra i più bassi (164). Mentre le aziende con minor finanziamento pro-capite (tra i 1.400 e i 1.500 euro) registrano spesso tassi di ospedalizzazione in linea con la media o addirittura più alti. Evidentemente l'utilizzo inappropriato di strutture ospedaliere non è la causa unica o prevalente dell'incremento dei costi, ma ci sono altri settori non adeguatamente go-

vernati.

Analizzando un altro campione di sette aziende ospedaliere si evince invece che i finanziamenti integrativi regionali variano in modo incomprensibile da un minimo del 20 a un massimo del 60% dei costi.

E si potrebbe andare avanti, citando il differenziale del 24,15% nel 2009 del finanziamento pro-capite di una ventina di Asl abbastanza uniformi per caratteristiche territoriali. Differenziale aumentato di ben 7 punti percentuali dal 2004, quando lo spread tra la quota capitaria massima e quella minima era, in quel contesto, del 17,40 per cento.

Tutti esempi che dicono come la logica prevalente del finanziamento resti ancora oggi quello della spesa storica, in base alla quale "ti pago per quello che spendi anziché per quello che fai". Il che, fra l'altro, comporta che dai comportamenti "virtuosi" non derivi alcuna ricaduta positiva né per l'azienda né per chi ci lavora.

Non solo, ma il sistematico ricorso ai tagli "orizzontali" applicati dal centro senza discernimento alcuno, finisce con il penalizzare di più le strutture che hanno parametri gestionali migliori. E questo non è certo utile a incentivare l'efficienza gestionale, che è la mission per la quale le aziende furono create dal legislatore in quell'ormai lontano 1992.

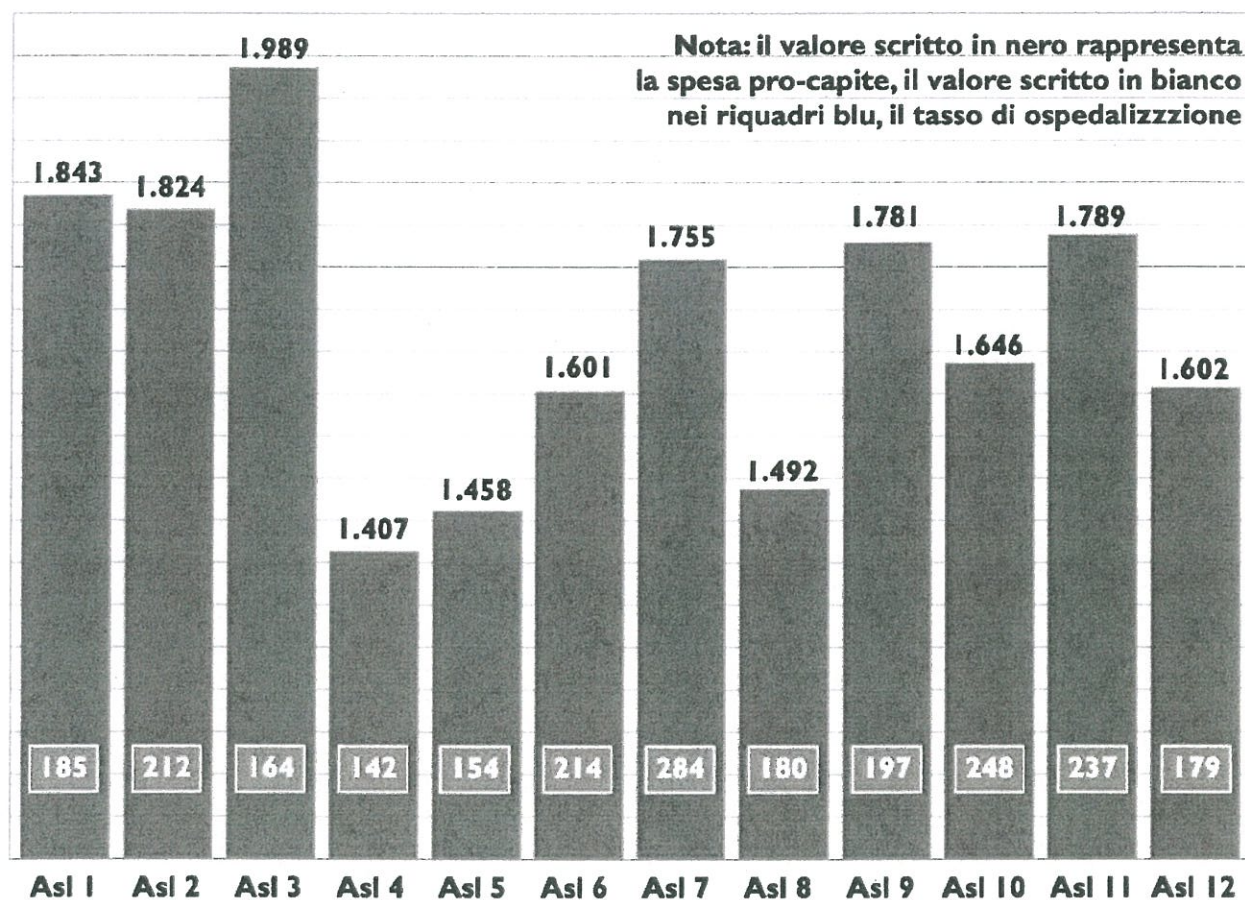
Giovanni Monchiero

*Presidente Fiaso,
Federazione Italiana Aziende
sanitarie e ospedaliere*

Aziende ospedaliere: finanziamenti pro-capite in altalena

Asl	Quote capitarie 2004	Differenza % con media	Quote capitarie 2009	Differenza % con media	
A	1.227	-7,21%	1.463	-11,44%	Δ anno 2004 17,40%
B	1.262	-4,56%	1.519	-8,05%	
C	1.274	-3,67%	1.532	-7,26%	
D	1.286	-2,78%	1.547	-6,36%	
E	1.372	3,74%	1.776	7,51%	Δ anno 2009 24,15%
F	1.386	4,79%	1.802	9,08%	
G	1.411	6,73%	1.780	7,75%	
H	1.444	9,17%	1.862	12,71%	

Il rapporto spesa procapite-tasso di ospedalizzazione



Sul rapporto tra aziendalizzazione, politica, assegnazione delle risorse, governo del sistema e risultati che procedono al rallentatore sono state poste quattro domande a cinque rappresentanti del mondo professionale e gestionale del Ssn. Eccole.

1

Il management di Asl e Ao lamenta lo stallo del processo di aziendalizzazione: è una diagnosi corretta? Quali sono le cause?

2

Quali nuovi modelli organizzativi potrebbero garantire l'autonomia gestionale delle aziende dalle invasioni di campo della politica?

3

Dietro il marcato rallentamento del processo di aziendalizzazione c'è anche un problema legato ai criteri di spartizione delle risorse tra le aziende?

Se sì, basteranno i costi standard a razionalizzare il sistema o sarebbe invece necessario rivedere anche i criteri di ripartizione intraregionale delle risorse?

4

Per un governo più efficiente del sistema come andrebbero ripensati i rapporti tra aziende (e loro management), Regioni, Comuni e professionisti?

I Borgonovi. È sicuramente una diagnosi corretta e le cause sono molteplici ma due sono quelle che, a mio parere sono preminenti. In primo luogo, la progressiva attenzione sul contenimento della spesa che ha provocato nelle Regioni l'illusione che un controllo centralistico sia più efficace rispetto a una autonomia mantenuta all'interno di chiari e precisi criteri di indirizzo. La possibilità per le aziende di adattare le scelte alle specifiche condizioni del territorio si sono ridotte e con esse la motivazione dei direttori generali. In secondo luogo, vi è stata la difficoltà di formare una vera comunità professionale dei Dg anche a causa della loro mobilità a seguito dei cambiamenti delle maggioranze nel governo delle Regioni.

Ricciardi. In Italia si sta verificando in modo eclatante ciò che Hart aveva descritto negli anni 60 come «legge dell'assistenza inversa» e cioè il contemporaneo aumento dei bisogni e della domanda di servizi cui fa da contraltare la crescente scarsità di risorse disponibili. In questo contesto un sistema sanitario pubblico come il nostro, per avere successo deve avere almeno due requisiti, politici onesti e con visione strategica e tecnici particolarmente competenti. In alcune Regioni la legge dell'assistenza inversa si manifesta anche con un'altra evidenza: proprio in quelle in cui la gestione è più difficile e le risorse più scarse (es. in piano di rientro) sia i politici che i manager da loro scelti (e non si fa fatica a capire il perché) sono scadenti e questo determina più che uno stallo, una totale degenerazione del concetto di azienda e di bene pubblico con, di fatto, la contemporanea emergenza di situazioni disastrose sia dal punto di vista finanziario che di salute dei cittadini.

Silvestro. Se aziendalizzazione è «... induzione, ai vari livelli gestionali, di atteggiamenti atti a perseguire risultati di efficienza...» direi che sì; l'aziendalizzazione è in stallo. Le cause possono essere molteplici ma in questa fase sono portata a pensare che il mantenere tensione all'efficienza e quindi alla sostenibilità del sistema significa anche discutere sulla qualità-quantità della risposta sanitaria (ridondanze, doppioni, mantenimento di piccoli «ospedali» spesso inefficienti) e quindi entrare in un terreno «politico» anche legato al mantenimento del «consenso».

Troise. La fase di stallo in cui versa oggi il processo di aziendalizzazione della Sanità, inteso dai più soprattutto come recupero della dimensione economica insita nelle prestazioni sanitarie, riconosce diverse cause a

cominciare dai limiti dell'impianto organizzativo e funzionale. Pesano i risicati margini di autonomia rispetto alla invadenza pervasiva della politica e il calo del valore delle regole, della responsabilità e della programmazione. Se chiudere i bilanci in pareggio appare il mandato principale, se non l'unico, del Dg, la crescente scarsità delle risorse economiche rende impari il compito accentuandone la dipendenza dal potere politico e il turn over. Per di più arriva al pettine il nodo della marginalità in cui viene tenuta la componente professionale.

Moirano. Appare evidente a tutti che il processo di aziendalizzazione ha subito un forte rallentamento negli ultimi anni; a mio parere per due motivi principali: le Regioni hanno avuto sempre più necessità di governare le aziende in quanto soprattutto dal 2007 in poi lo Stato non ha più ripianato a piè di lista i disavanzi; le aziende spesso non controllate adeguatamente dalle Regioni nella loro autonomia negli anni precedenti il 2007 hanno in molti casi "approfittato" della libertà maggiore che derivava dalla riforma aziendalista determinando disavanzi rilevanti.

2 **Borgonovi.** Nessun modello istituzionale e organizzativo può garantire dalle invasioni della politica che è l'effetto di comportamenti e di una cultura dominante. Infatti, anche se nel nostro Paese la critica alla eccessiva presenza di "cattiva politica" è generalizzata, diventa poi estremamente difficile far emergere la "buona politica" che invece è elemento necessario per un buon sistema di tutela della salute. Più che modifiche organizzative ritengo che potrebbe essere utile definire in modo più preciso e concreto il profilo delle conoscenze, competenze e attitudini richieste a Dg in modo da alzare il costo politico per scelte difformi da questi profili. Per entrare sugli aspetti organizzativi, credo che bisogna agire sui processi più che sulla struttura e sugli assetti istituzionali. Intendo dire che occorrerebbe consentire alle aziende di definire i propri obiettivi, valutando solo la coerenza con quelli generali della Regione e attuare rigorosi processi di verifica dei risultati premiando in sede di finanziamento le aziende migliori.

Ricciardi. Più che di modelli organizzativi si tratta di modelli culturali che, come è noto, sono difficili e lenti da cambiare, ma potrebbe aiutare un meccanismo di valutazione centrale rigoroso e trasparente, con dati pubblicati con continuità e diffusi adeguatamente dai media. In tutti i Paesi in cui la cosiddetta "public disclosure" dei risultati

sanitari è stata effettuata vi è stata un'accelerazione bruciante nel senso di responsabilità dei politici a nominare manager bravi e onesti e dei professionisti, sia sanitari che amministrativi, a svolgere il proprio ruolo con competenza. Si tratta di introdurre anche in Italia il concetto di "accountability" che, come diceva Montanelli, «è parola chiave della democrazia anglosassone, ma in Italia non è stata ancora tradotta».

Silvestro. Non credo sia tanto una questione di "modelli organizzativi" quanto una questione culturale ed etica. Indubbiamente però, se ci fosse una maggiore distinzione tra ruoli professionali impegnati nel governo clinico assistenziale e ruoli gestionali impegnati nell'organizzazione delle risorse con ruolo terzo, si farebbe un gran passo avanti. Penso, a esempio, ai blocchi operatori organizzati in piattaforme di servizio dove da una parte si gioca e si valuta il livello di professionalità e di integrazione raggiunto da chirurghi, anestesisti e infermieri che lavorano in squadra e dall'altra si verifica la produttività (orari rispettati, liste operatorie espletate, ottimizzazione delle risorse umane, dei presidi ecc.) rispetto agli obiettivi negoziati.

Troise. L'esperienza di questi anni ha dimostrato che obiettivi quali qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario non possono essere affidati ai puri meccanismi aziendali di efficienza gestionale, anche ove questi venissero impiegati al meglio. Il loro raggiungimento non può prescindere da competenze e professionalità dei medici, anzi, senza un loro pieno coinvolgimento, ogni politica di ottimizzazione dei costi che si limiti a raschiare il barile è destinata al fallimento. Una seconda fase del processo di aziendalizzazione deve partire da questo riconoscimento facendo leva su contenuti e motivazioni professionali per trovare legittimazione alla stessa autonomia gestionale, abbandonando l'illusione di poter governare la complessità sanitaria con i soli strumenti della cultura aziendale. I contenuti delle decisioni cliniche non possono essere compressi in logiche operative che non sono proprie dell'attività sanitaria. E questo soprattutto nell'interesse del paziente. L'aziendalizzazione può ripartire ma il problema è progettare un nuovo sistema che superi la dicotomia tra sviluppo dei temi professionali e l'attuale modello organizzativo in cui il professionista è spinto a identificarsi anche per la progressione di carriera. Non può esserci una maxi-azienda con mini-medici.

Moirano. Ritengo che la selezione dei direttori generali aziendali dovrebbe avere un passaggio tecnico con una preselezione degli

aspiranti Dg affidata a una commissione "neutra" che verifichi oltre al possesso dei requisiti minimi di legge anche le competenze, le esperienze e le attitudini identificando una rosa più ristretta di candidati tra i quali la politica possa scegliere.

3 **Borgonovi.** Sicuramente i criteri di finanziamento delle aziende influenzano da un lato l'autonomia delle stesse e dall'altro la responsabilizzazione dei Dg. A parità di caratteristiche individuali del Dg, della dirigenza e di tutto il personale, è evidente che se i criteri di finanziamento non sono equi, alcune aziende saranno avvantaggiate e potranno raggiungere i propri obiettivi anche con bassi livelli di efficienza, mentre altre aziende che ricevono minori finanziamenti non potranno attuare azioni di miglioramento che pure sarebbero in grado di fare. Se questa è la diagnosi, appare scontato che l'applicazione dei costi standard di per sé non potrà migliorare la situazione, anzi rischia di peggiorarla. I costi standard potranno consentire un miglioramento solo se contestualmente si modificano i criteri di finanziamento dalle Regioni alle Asl.

Ricciardi. Non vi è dubbio che i costi standard non basteranno e anzi, se non saggiamente utilizzati, potranno concorrere ad allargare il gap tra Regioni meglio funzionanti e Regioni in ritardo e, all'interno delle Regioni, tra strutture sanitarie virtuose e non. Altrettanto indubbia è la necessità di rivedere i criteri di riparto sia inter che intraregionali. I primi privilegiando la valutazione oggettiva dei carichi di malattia e di bisogno, i secondi incentivando la buona gestione e penalizzando la cattiva gestione e gli sprechi. Si tratta di un argomento difficile perché va a toccare interessi consolidati, anche in modo distorto nel corso dei decenni passati, ma è un passaggio inderogabile e, per il bene dei cittadini, prima lo si fa e meglio è.

Silvestro. Direi proprio di sì; frequentemente le risorse vengono distribuite sulla base della spesa storica che spesso è collegata a inefficienze gestionali, al mantenimento di percorsi e processi inappropriati e a una gestione di tutto il personale (dirigenza medica e operatori del comparto) consuetudinaria, poco flessibile e impostata su turnistica e strumenti contrattuali datati e più orientati alla cosiddetta "pace sociale" che a una ottimale valorizzazione delle potenzialità resesi disponibili dall'evoluzione delle professioni sanitarie con particolare riferimento alle nuove competenze della professione infermieristica. I costi standard offriranno un potente

strumento di comparazione tra le diverse Regioni e nell'ambito di queste tra le diverse aziende. Non credo però sia sufficiente se in ogni Regione non si ridefiniranno anche i criteri di ripartizione "incentivando" le aziende virtuose sia per quanto attiene il management che i professionisti e gli operatori.

Troise. Finora i criteri di divisione delle risorse tra Regioni e tra aziende hanno seguito criteri lontani dalla logica di migliorare l'efficienza o premiare comportamenti virtuosi. Il neocentralismo regionale appare troppo esposto ai collegi elettorali e a logiche lobbistiche. I costi standard rappresentano l'ennesima delusione sul piano della garanzia della sostenibilità economica del sistema e del diritto alla salute non condizionato dal luogo in cui si vive.

Moirano. Sicuramente il riparto dei fondi all'interno delle Regioni è spesso meno trasparente del riparto tra lo Stato e le Regioni in quanto in quest'ultimo caso i criteri, da qualcuno anche criticati, sono comunque chiari.

4 **Borgonovi.** Innanzitutto il management delle aziende dovrebbe sentirsi parte di un gruppo manageriale facente capo alla Regione. Questa a sua volta dovrebbe attivare forme di relazione con le aziende e con i manager in grado di diffondere conoscenze comuni e omogenee, di stimolare il coordinamento, di premiare comportamenti collaborativi verso obiettivi comuni. A sua volta, la direzione strategica delle aziende dovrebbe attivare forme di collegamento con i Comuni in grado di cogliere tempestivamente ed efficacemente i bisogni delle comunità di riferimento, che a volte sono differenziati in Asl grandi le cui competenze possono estendersi su territori urbani, di pianura e di montagna. Nei riguardi dei professionisti il management delle aziende dovrebbe esercitare soprattutto una funzione di leadership piuttosto che esercizio di poteri formali. Deve diventare autorevole perché riconosce l'autonomia professionale e perché è in grado di coinvolgere i professionisti nel definire e risolvere i problemi.

Ricciardi. Non vi è alcun Paese al mondo ad avere al contempo una dipendenza del vertice aziendale così forte dal potere politico e un potere decisionale (almeno in teoria) così autocratico all'interno della propria azienda. A esempio, la governance delle aziende dei Paesi con un sistema Beveridgeano (Servizio sanitario nazionale) dei Paesi

scandinavi, del Canada o della Spagna, è caratterizzata dalla presenza di rappresentanti dei principali stakeholders (Comuni, professionisti, cittadini ecc.) all'interno di un Consiglio di amministrazione variamente denominato, in cui essi possano rappresentare gli interessi legittimi dei propri organismi di riferimento. La programmazione è condivisa, la gestione è saldamente nelle mani del manager, la responsabilità è chiara e trasparente. **Silvestro.** Per quanto riguarda i rapporti tra aziende, Regioni e Comuni, ritengo sarebbe opportuno attivare e mantenere, tenendo conto dei principi di sussidiarietà verticale e orizzontale e agendo su meccanismi di integrazione sussidiaria tra Comuni e aziende all'interno di indicazioni regionali, contatti sistematici fra le diverse istituzioni per riflettere attraverso dati oggettivi su come riorientare e affrontare l'asimmetria tra domanda e bisogni reali da una parte e tra offerta sanitaria e risorse economiche dall'altra. In questo penso sia necessario il pari coinvolgimento delle diverse famiglie professionali che non infrequentemente inducono domanda o resistono al cambiamento per reiterare situazioni organizzative consolidate ma non più coerenti con i dati demografici, epidemiologici e con l'evoluzione delle competenze e delle conoscenze tecnico-scientifiche. Per quanto attiene le professioni ritengo importante anche la possibilità di introdurre la contrattazione regionale per valorizzare i modelli e le esperienze locali considerando il fatto che frequentemente i contratti nazionali valorizzano solo situazioni di disagio ma non di sviluppo di professionalità e dell'innovazione.

Troise. Il nodo reale sono la forma e i livelli di finanziamento del sistema sanitario e la assunzione di responsabilità rispetto a tali processi nel difficile tentativo di coniugare i bisogni delle comunità locali, che sono partner della programmazione sanitaria con varie modalità di partecipazione ai processi decisionali, con la responsabilità economica delle scelte da tale autonomia derivate. Ai Comuni è oggi affidata una funzione di indirizzo, cui però in molte aree rinunciano, ma forse è il caso di pensare a una partecipazione a veri Cda.

Moirano. Credo che una maggiore trasparenza sulle scelte del management, sia esso direzionale che professionale, sarebbe auspicabile. Soprattutto la valutazione effettiva dei risultati ottenuti (sulla base di obiettivi e relativi indicatori di risultato predefiniti e condivisi tra i vari attori) deve essere fortemente potenziata.