

L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITA'

In Italia ci siamo sforzati per anni di assimilare gli ospedali pubblici e le ASL ad Aziende, con l'intento primario di razionalizzarne l'organizzazione e la gestione e tenere sotto controllo la spesa. In effetti era necessario iniettare nel sistema sanitario più efficienza, ma i risultati di questa scelta, a distanza di un quarto di secolo dalla promulgazione delle leggi di riforma sanitaria 502/92 e 517/93, sono molto discutibili perché discutibile è proprio questa assimilazione.

Innanzitutto, come ha spesso ripetuto l'economista e aziendalista Marco Vitale "l'Ospedale non è un'Azienda, è un Ospedale". Infatti esso non opera in un vero regime di mercato né di concorrenza, in quanto non solo vi è ampia asimmetria di capacità contrattuale tra erogatori del servizio e consumatori e più spesso i primi operano in regime di monopolio, ma altresì l'ospedale pubblico e la ASL, alla stregua di altri servizi pubblici essenziali non possono fallire né permettersi di pareggiare il bilancio a scapito della quantità e qualità dei servizi erogati.

Peter Drucker, professore di management alla New York University¹ scriveva che l'ospedale è la più complessa organizzazione umana mai realizzata ed è forse il caso che le Aziende imparino dall'Ospedale piuttosto che il contrario, importando anche, oltre e al di là del pareggio dei bilanci, i valori che i professionisti sanitari perseguono, quali fiducia del paziente, comunicazione onesta e completa, trasparenza, valore salute sul lungo termine, priorità per l'interesse del paziente, scelte basate sull'evidenza scientifica anche nel *management*, aggiornamento permanente e motivazione del personale, sua valorizzazione umana e professionale, insegnamento ai più giovani, ricerca scientifica, rispetto e ascolto dei professionisti da parte dei vertici ospedalieri.²

Ma vi è un altro elemento che in Italia ha contribuito al risultato poco soddisfacente della aziendalizzazione in sanità: l'impostazione data alle Aziende sanitarie pubbliche, che è stata di tipo commissariale più che non di un'Azienda moderna. Un Direttore generale nominato dalla Regione esercita un potere monocratico e risponde solo a chi lo ha nominato. Si tratta quindi di un vecchio schema di Azienda verticistica che oggi è stata abbandonata dal mondo imprenditoriale, in quanto si è capito che la linea di comando verticale senza coinvolgimento e valorizzazione del capitale umano è inadatta ai tempi moderni. Il personale di qualità è l'unico vero valore dell'Azienda: è necessario cercare, formare, motivare e trattenere questo personale coinvolgendolo sempre più³, ma notoriamente la struttura pubblica non attua una moderna politica del personale. Un approfondimento di questo tema è disponibile nell'Allegato (ALL.).

L'Azienda sanitaria è un'Azienda di servizi erogati da professionisti sanitari, per loro natura autonomi interlocutori e avvocati dei pazienti. Se poi si considera che la Direzione generale a) è spesso di formazione estranea alla sanità e alla medicina, e quindi ha difficoltà a capire fino in fondo questi mondi e i loro valori, b) è di necessità legata al potere politico e c) ha come prioritario obiettivo il contenimento dei costi, si può comprendere come si sia arrivati a tagli della spesa e a soluzioni organizzative spesso infelici e dannosi, che hanno avuto l'effetto di mettere in difficoltà il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la professione medica e infermieristica, con un crescente malumore della popolazione e del personale sanitario stesso.⁴ Sono oggi molto sbiaditi i valori del SSN e anche l'etica del sistema è a rischio. Io credo che sia necessario aprire un nuovo capitolo della sanità, disegnando una diversa Azienda sanitaria, una sorta di "Azienda speciale" che vede l'amministrazione al servizio del personale e non ad esso sopra-ordinato.⁴ A mio avviso l'Azienda dovrebbe essere articolata in Dipartimenti diretti da un

¹ Citato da 2.

² Wiersinga WJ, Levi M. *What other industries can learn from health care*. JAMA Intern Med **176**, 425-26, 2016.

³ Covey SR. *La leadership centrata su principi*. Franco Angeli Editore 2009, pp. 174-177.

⁴ Kmiotowicz Z. *BMA: take politics out of NHS*. BMJ **334**, 969, 2007.

Capo Dipartimento medico il più possibile autonomo e responsabile anche della gestione organizzativa e finanziaria del suo Dipartimento: una volta negoziato il budget di quest'ultimo e fissati gli obiettivi di quantità e qualità dei risultati, l'autonomia organizzativa e gestionale del Dipartimento deve essere la più ampia possibile, ancorché sorvegliata regolarmente da controllo di gestione. Deve, in particolare, essere prerogativa del Dipartimento avere un proprio organico, acquisire o allontanare il personale, ordinare la spesa, e così via. Come sempre il binomio poteri – responsabilità deve essere inscindibile se si vuole che ritornino una medicina e una sanità dei medici e non dei manager e degli amministrativi.

Il Capo Dipartimento è assistito da un collegio di direzione e da specialisti amministrativi, ma deve rispondere in prima persona del suo operato e dei risultati ottenuti. In tal modo l'Amministrazione centrale gli può delegare i poteri organizzativi e gestionali riservandosi di valutarlo in base ai risultati. Fondamentale compito del Dipartimento è anche quello di provvedere all'aggiornamento del personale con il sistema del *Continuous Professional Development*⁵ incentrato su un portfolio della capacità professionale, delle conoscenze e del comportamento, strumento fondamentale per la carriera dei professionisti, carriera che deve essere reintrodotta in quanto essenziale per motivare il personale e promuovere i più meritevoli. Il collettivismo e l'appiattimento che ci hanno impregnato per decenni deve finire in quanto dannosi all'interesse di tutti, sanitari e pazienti, nonché importante causa della demotivazione che pervade il personale. Anche la ricerca clinica e la didattica devono far parte del portfolio in quanto strumenti di motivazione e di carriera. In un parola tutto ciò serve a ridare ai medici e al personale sanitario tutto uno status sociale che il sistema attuale ha sminuito e senza il quale *non può esistere buon sanità*. E' oggi ampiamente dimostrato che solo un personale soddisfatto e motivato consente un buon servizio sanitario⁶. Esso inoltre consente il contenimento della spesa attraverso soluzioni organizzative che non intaccano la qualità di servizi, ma anzi la migliorano. Nuovi percorsi come la *Medicina di Iniziativa* o nuove soluzioni organizzative come la *Casa della Salute*, il *POT*, il *Walk-in Centre* (vedi blog girolamosirchia.org) non possono decollare senza l'attiva e motivata partecipazione del personale sanitario. Molte di queste soluzioni sono state avviate in altri Paesi, ma è fondamentale conoscerle, studiarle e capirle, internazionalizzando di più la nostra sanità e aprendola maggiormente agli apporti di conoscenza e cultura che possono e devono derivare dalle esperienze dei pazienti e dalle professioni italiane e straniere. Una sperimentazione organizzativa e gestionale di questa nuova Azienda sanitaria potrebbe consentirci di superare i vincoli normativi esistenti e affinare il modello e i suoi strumenti. E' verosimile che riportando la sanità nelle mani dei medici e del rimanente personale sanitario che lavora in prima linea si possa rimediare a una situazione che non sembra capace di contenere i crescenti costi attraverso un miglioramento della qualità dei servizi e della relativa spesa anziché attraverso continui tagli lineari.⁷

Sempre che i medici sappiano correggere alcuni loro comuni difetti, quali personalismo, narcisismo, conflittualità, insufficiente attenzione e collaborazione con i pazienti e i colleghi e rifiuto di diverse responsabilità manageriali di tipo organizzativo e gestionale.

Girolamo Sirchia

Milano, 7 novembre 2016

⁵ Sirchia G. *Spunti per un sanità migliore*. Piccin Ed. 2011, p. 76.

⁶ Shanafelt TD *et al.* *The well being of physicians*. Am J Med **114**, 513-19, 2003.

⁷ Ham C. *The Conservative Party's policies on health*. BMJ **338**, 1342-43, 2009.

