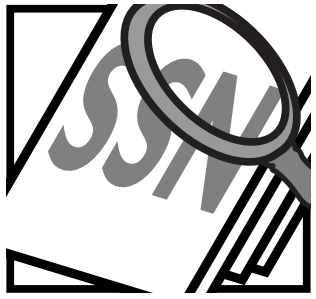


GESTIONE/ Dalla "bolla" del costo standard a quella dell'universalismo selettivo tarato

«Per rinnovarsi il Ssn diventi

Gran parte delle proposte si rifà a strumenti già presenti nel nostro



IL PUNTO DI EQUILIBRIO TRA SCIENZA E MANAGEMENT

Niente meccanismi automatici: la sfida è nella complessità delle cure

La malattia, in particolare quella cronica, non permette risposte standardizzate, quelle che potrebbero derivare da un sistema di regole fisse e predeterminate. Attorno a questa affermazione si sono sviluppate una serie di dibattiti, per comprendere dove si colloca il punto di equilibrio tra le affermazioni indiscutibili (quelle portate avanti dalla Medicina basata sull'evidenza), l'esperienza del medico e le dinamiche che percorrono il mondo reale, fatte di storia, di culture, di affetti, tensioni, soldi...

La dialettica non è conclusa e intorno a essa si sviluppano le diverse modalità contemporanee di comprendere il senso dell'atto di cura.

Certamente non può essere un atto semplificato, un gesto che in modo uguale riproduce quelli compiuti in milioni di altre occasioni, con l'arricchimento di una tecnica che può essersi sviluppata in un certo momento. Se la salute non è solo una faccenda di genetica, ma il frutto di un intreccio spesso difficilmente comprensibile tra biologia, mente e ambiente, così la risposta di chi vuole curare deve tener conto di questi molteplici fattori.

Operatori formati a comprendere il peso che assume il loro intervento

Ancor più se si ritiene che la sfida della qualità della vita è quella che più di tutte deve essere vinta, il sistema delle cure non può certo fondarsi su interventi puntiformi, che enfatizzavano l'uno o l'altro degli aspetti in gioco, senza legami tra loro, e spesso anche per un periodo limitato.

Se il malato è l'oggetto dell'intervento della struttura sanitaria, e contemporaneamente il soggetto che determina la qualità dell'intervento, il rispetto della complessità è la condizione indispensabile per qualsiasi intervento che voglia essere efficace.

Non si tratta quindi di adottare criteri che tendano a dare una patina più elegante o moderna ai comportamenti, ma di improntare le scelte al rispetto della complessità, che comporta capacità di analisi accurata, ma non frammentata, capacità di intervento su vari livelli, elasticità nell'adozione di comportamenti che si adeguano al sorgere di eventi non previsti o atipici. Una sintesi di questo concetto si può leggere in un recente editoriale di Lancet (373:434, 2009), dedicato a celebrare l'anniversario del National health service inglese: «I modelli meccanicistici e materiali sono in grado di descrivere in modo adeguato la salute e la cura? Quale sofferenza può essere alleviata dai medici e in che modo? E come evitare che i pazienti soffrano da soli e senza consolazione (unconsole)?» Il punto centrale è costruire ponti tra il riconoscimento della complessità dei «sistemi umani» che sono portatori di una (o più) malattie, acute o croniche, e i sistemi di risposta, che - a loro volta - non possono configurarsi in modo semplificato, perché si creerebbe un'asimmetria che non raggiunge

obiettivi di salute.

Ma quanto è difficile una siffatta visione binoculare tra l'autonomia del paziente - spesso peraltro bombardata da messaggi incerti, che rendono instabile la sua posizione - e la realtà professionale del medico, con la sua cultura, l'esperienza, la storia... A questo punto è naturale porsi la domanda: ma come può un'azienda sanitaria incorporare posizioni tra loro così diverse svolgendo una funzione più avanzata di quella di una cornice neutrale che garantisce le regole generali? Il confine tra l'indifferenza rispetto a interessi, professioni, culture, poteri e la capacità di governo silenzioso, ma presente e incisivo, non è facilmente delineabile. Inoltre il compito di tracciare questo confine deve essere affidato solo a chi ha responsabilità apicali, o essere il frutto di un consenso diffuso conquistato nel tempo? Se questo è il punto centrale, si ricorda l'esigenza che gli operatori vengano formati in modo adeguato a riconoscere la complessità dell'oggetto del loro intervento e a costruire risposte simmetriche; in realtà l'impostazione

complessiva dei sistemi formativi è fondata sulla trasmissione di informazioni segmentarie e puntiformi, senza che si facciano intuire a chi viene formato le modalità per costruire «i ponti». Lo stesso dicasi per la ricerca - sia clinica che sui servizi - alla quale manca la struttura metodologica per affrontare i sistemi complessi; avviene così che la tematica non è nemmeno presa in considerazione e si priva il sistema di un insieme di saperi che potrebbero essere preziosi per adattarsi in modo razionale all'evoluzione del futuro.

Per troppo tempo anche in sedi qualificate si è diffuso il modello «olistico», costituito fondamentalmente su affermazioni teoriche di unità della persona, ma privo delle concrete strumentazioni necessarie per compiere scelte non approssimate. Un esempio dell'inadeguatezza degli strumenti operativi che vengono insegnati, e che dovrebbero essere argomento di studi e ricerche, è rappresentato dall'adozione di linee guida cliniche.

Di queste si critica la polarizzazione su una situazione specifica, la quale nella realtà è sepolta all'interno di molte altre che interagiscono negativamente e positivamente. Di fronte a queste problematiche chi tra gli operatori adotta un approccio semplificato non si lascia modulare dall'insieme delle circostanze, che invece esercitano influenze rilevanti, ma anche chi - al contrario - accetta il criterio della complessità si trova ancor'oggi sprovvisto di strumenti formali che ne guidino il comportamento.

Marco Trabucchi
Direttore «Management, economia e politica sanitaria»
Fondazione Smith Kline

Viviamo in uno di quei periodi storici nei quali anche forze divergenti si combinano tra loro rendendo possibili mutamenti anche radicali. Nel settore della Sanità - è vero - si afferma da tutti che dopo l'istituzione del Servizio sanitario nazionale ci si può dichiarare soddisfatti perché il nostro servizio è tra i migliori del mondo in termini di risultati misurabili. Anche le classificazioni a livello internazionale collocano il Servizio sanitario italiano ai primi posti.

Il livello delle prestazioni e dell'assistenza, sia pure in modo non omogeneo su tutto il territorio nazionale, è tra i più avanzati. Nella Sanità del futuro molte sono, comunque, le proposte di cambiamento che, peraltro, indicano come nuovi interventi già presenti nell'attuale ordinamento.

Si parla di «universalismo selettivo» per la cui realizzazione si suggeriscono gli strumenti del tariffario e della compartecipazione ai costi.

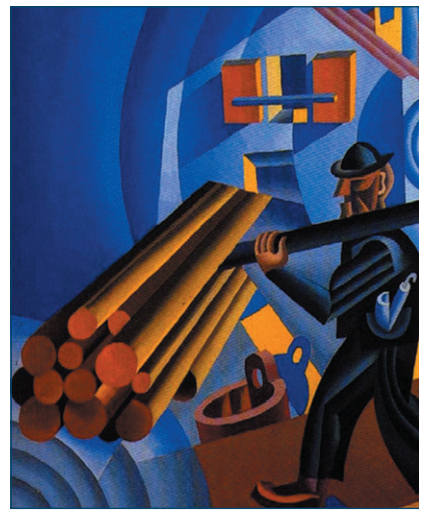
Strumenti già ampiamente utilizzati, insieme alla fissazione dei livelli essenziali di assistenza che debbono essere individuati tenendo conto delle compatibilità finanziarie.

Si dichiara indispensabile il passaggio dal finanziamento della spesa storica a quello del costo standard, dimenticando che il finanziamento della Sanità ha abbandonato da tempo il criterio della spesa storica e ha adottato, invece, quello della «spesa pro capite» sulla base dei livelli essenziali di assistenza. I tariffari, poi, in essere per le prestazioni ospedaliere e per quelle ambulatoriali sono già determinati tenendo conto del «costo standard» delle singole prestazioni.

Si afferma come nuovo il principio che le Regioni debbono provvedere alla copertura delle spese extra con mezzi propri, così come previsto già nelle leggi vigenti che indicano anche le iniziative che le stesse Regioni possono intraprendere.

Si sostiene la necessità della crescita di forme integrative di assistenza già inserite nell'attuale sistema che attendono solo una precisa regolamentazione.

Si parla di autentica rivoluzione quando si dichiara che oggi «salute» non significa semplicemente cura delle malattie, ma promozione del benessere fisico e psichico di ciascun individuo, che è il principio introdotto dall'articolo 1 della legge 833/1978, istitutiva del



Fortunato Depero - «Il legnaiolo» (1926/

Servizio sanitario nazionale.

Si dichiara ancora che per garantire il passaggio da un sistema assistenziale a un sistema delle responsabilità condivise occorre l'affermazione del principio dell'integrazione socio-sanitario-assistenziale, principio già esplicitamente sancito dal citato articolo 1 della legge 833/1978.

Queste e altre simili soluzioni vengono suggerite per un «nuovo Ssn» che di nuovo - a mio parere - ha la unanime consapevolezza di porre in essere tutti

LA DINAMICA DI INCASSI

Una funzione

Le modifiche di natura istituzionale intervenute nel Servizio sanitario nazionale hanno portato a riconoscere una crescente autonomia nella gestione delle risorse finanziarie da parte delle aziende, anche se sempre nell'ambito del controllo e del coordinamento del livello regionale di governo.

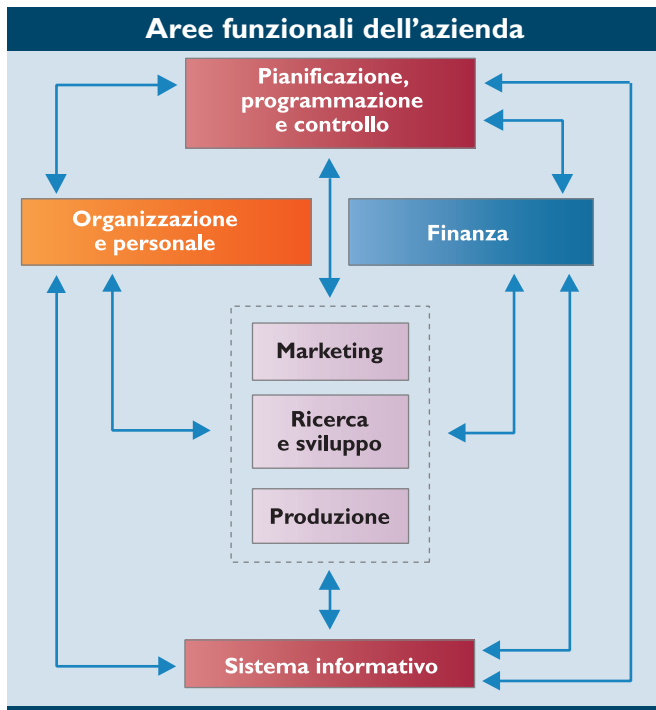
Alle tradizionali attività derivanti dal modello di finanza derivata (gestione dei trasferimenti da enti di livello superiore) e alle attività di finanza contabile, orientata alla gestione del passivo, si sono aggiunte attività di finanza operativa, espresse in un'ottica sistemica: la finanza si integra con le altre funzioni per perseguire le finalità aziendali complessive (per approfondimenti, v. il recente volume curato da F. Vanara «Il governo dell'azienda sanitaria», pubblicato nella collana della Fondazione Sk presso il Mulino).

La funzione finanza si occupa della gestione del fattore capitale. In mancanza di una corretta previsione della dinamica degli incassi e dei pagamenti e in carenza di valutazioni a medio e lungo termine dei progetti di investimento, un'azienda può incorrere in problemi di liquidità che possono coinvolgere non solo le istituzioni, ma anche fornitori e dipendenti.

È pertanto opportuno attivare un processo di programmazione: analisi del fabbisogno finanziario; individuazione delle forme di copertura; valutazione della compatibilità dei programmi aziendali con le condizioni di approvvigionamento dei mercati (gli strumenti cui le aziende fanno sempre maggior ricorso sono il piano finanziario, il budget finanziario e il budget di cassa); gestione della liquidità attraverso politiche di cash management.

Con l'avvio del federalismo fiscale, la responsabilità del reperimento di risorse per gli investimenti è stata attribuita alla regione, che deve provvedere con lo stanziamento di specifici fondi a valere sul proprio bilancio, e alle aziende sanitarie, che devono partecipare al processo.

È diventato, così, indispensabile per le aziende dotarsi di strumenti in grado di quantificare in modo accurato il fabbisogno e di valutare la



Fortunato Depero - «Il mito della montagna» (1927)

su tariffari e copayment: dove porta il dibattito sul cambiamento

com'era stato ideato»

ordinamento - Solo l'aziendalizzazione non si discute



31)

Come si fa a "modernizzare" la complessità delle cure? O meglio: ha un senso parlare di bisogno di "modernizzazione" per un sistema che - classifiche internazionali alla mano - passa per essere uno tra i migliori al mondo in termini di risultati misurabili?

Nel fiorire dei dibattiti sul percorso da intraprendere per rendere compatibile il sistema sanitario con la coperta corta delle risorse disponibili e il paniere dei bisogni sempre crescenti, le proposte in circolazione non brillano per originalità. Forse perché la 833/78 - atto di nascita dell'istituto che si vorrebbe modernizzare - "le aveva già pensate tutte", anticipando i tempi. E disegnando il profilo di un "servizio" difficile da surclassare.

Certo, tante cose sono rimaste sulla carta. Forse la visione strategica ha stentato ad adeguarsi agli obiettivi di volta in volta "prioritari" da raggiungere. Forse però questo è servito anche a tutelare il Ssn

da temerari cambi di rotta. E a far maturare il convincimento che - quando si ha a che fare con la malattia e col malato - il rispetto della complessità è indispensabile per realizzare interventi efficaci. In una logica che supera il meccanicismo toyotesco e sceglie la cura dell'automodulazione e dell'adattamento continuo come arma anti-crisi. Nella convinzione che nel tempo delle difficoltà la complessità diviene un vantaggio consentendo una navigazione a velocità diverse senza rinunciare alla mission.

Questo il messaggio che emerge dal «Rapporto Sanità 2009» della Fondazione SmithKline (*collana Management, economia e politica sanitaria, 286 pagine - Ed. Il Mulino*) curato da Nicola Falcitelli, Gian Franco Gensini, Marco Trabucchi e Francesca Vanara, e dedicato quest'anno proprio al tema della complessità del governo aziendale per la promozione della salute, di cui proponiamo un assaggio in queste pagine. (Red.San.)

nuta quasi esclusivamente perché l'organo collegiale preesistente non aveva dato buon esempio o raggiunti i risultati sperati.

Aziendalizzare una Usl non significa soltanto riformare profondamente una forma storica di lavoro (il modello amministrativo) ma richiede raggruppare attività, integrarle dentro e fuori, interconnettere più raggruppamenti, gestire decisioni personalizzate e diffuse, interdipendenze e separatezze, essere in grado di recepire la differenziazione delle attività e l'orientamento della qualità, avere - in sintesi - una visione dinamica e plurima di un sistema organizzato.

In una azienda Usl è necessario avere il senso della complessità organizzativa.

La Fondazione Smith Kline, seguendo la sua consolidata funzione di raccogliere in un ampio dibattito culturale le tesi e le opinioni di quanti hanno a cuore il miglioramento del Servizio sanitario nazionale, nel suo Rapporto Sanità di quest'anno, vuole offrire proprio interessanti spunti sulla "Complessità del governo aziendale per la promozione della salute".

Nicola Falcitelli
Direttore Centro studi
Fondazione Smith Kline

© RIPRODUZIONE RISERVATA

gli strumenti ritenuti necessari per la realizzazione del Servizio sanitario nazionale come ideato fin dalla sua istituzione pur con le successive modifiche tendenti tutte a migliorare la qualità delle prestazioni e a rendere sempre più efficiente l'intero sistema.

È un fatto estremamente positivo perché dimostra che tutti sono ormai convinti della necessità di conservare l'attuale Ssn e, al tempo stesso, dar luogo a quegli interventi - per lungo tempo trascurati - che costituiscono il

completamento dell'attuazione di un Servizio sanitario che fa onore al nostro Paese.

Quello che oggi non viene messo in discussione è l'aziendalizzazione dell'Unità sanitaria locale. Del resto, nell'ordinamento attuale della Sanità il momento di gestione è stato sempre considerato come il momento che abbisognava di maggiore riflessione e come un momento che dovesse essere prevalentemente di natura tecnico-funzionale, confinandosi i livelli di decisione politi-

ca, assolutamente necessari in un regime democratico-rappresentativo, a livello statale e soprattutto a livello regionale.

L'azienda Usl ha, del resto, il fine di tradurre, direttamente o indirettamente, in servizi appropriati le regole definite a livello nazionale e/o regionale per garantire a tutti i cittadini la tutela della salute secondo i livelli essenziali di assistenza. E il modello aziendale sembra il più consono perché riconosce la massima libertà nel come fare in termini di

modalità organizzative, di combinazione dei fattori produttivi, di utilizzo delle persone, delle conoscenze e delle tecnologie.

Il modello aziendale si fonda su una ampia discrezionalità circa il modo di operare, con una forte responsabilizzazione sui risultati.

Il modello aziendale è servito nell'Usl per recuperare la necessaria unitarietà della gestione, soprattutto affidandone la responsabilità a un organo monocratico anche se questa scelta è avve-

E PAGAMENTI E LA VALUTAZIONE DEI PROGETTI DI INVESTIMENTO

emergente: la finanza aziendale

sostenibilità di forme di copertura, scegliendo fra quelle più tradizionali (quale l'accensione di mutui) e il ricorso a strumenti innovativi quale il project finance.

Le aziende, poi, si trovano anche a dover gestire patrimoni immobiliari consistenti, derivanti da donazioni o lasciti, quali appartamenti, poderi, edifici monumentali di elevato valore storico e artistico.

Soluzioni corrette si caratterizzano per un approccio orientato alla dismissione del patrimonio non più funzionale, sia per liberare risorse da destinare a nuovi investimenti, sia per operare secondo logiche di economie di scala e di specializzazione.

Ancora, le sperimentazioni gestionali (inerenti, a esempio, fondazioni di partecipazione e accordi di sponsorizzazione) rappresentano in Italia un'importante fonte di innovazione nel settore sanitario e quasi tutte le regioni hanno attivato esperienze di questo tipo, anche se il numero di iniziative e la qualità dei progetti rivelano caratteri di marcata eterogeneità.

Secondo i dati riportati in un volume curato dalla Fondazione Farmafactoring, un'analisi condotta dal Cergas nel 2007 in quattro regioni (Abruzzo, Campania, Lombardia e Veneto) ha portato a individuare che la funzione finanza è articolata in un'autonoma unità organizzativa solo in 6 aziende (21 per cento) e in sotto-unità del servizio economico-finanziario in altre 3, a testimonianza di un ridotto numero di professionalità autonome e di una ancora insufficiente percezione della rilevanza delle tematiche.

L'attività svolta dalle aziende è ancora fortemente centrata sull'indebitamento a breve e sulla gestione della liquidità, ma crescente rilievo mostrano operazioni di leasing e di project finance.

Una conferma delle difficoltà di gestione delle risorse finanziarie si ottiene dall'analisi dei

tempi medi di pagamento ai fornitori, che mostrano una tendenza costante nel corso degli anni (260-350 giorni).

In una recente ricerca condotta dal Censis (pubblicata nel volume citato), sono emerse differenze importanti fra Regioni: nel Lazio, a esempio, prevale un modello di gestione finanziaria caratterizzato da una scarsa propensione al rischio e dallo scetticismo nei confronti di modalità alternative di governo e reperimento delle risorse, mentre il 71,4 per cento dei dirigenti della Sanità siciliana fa proprio un modello di cultura finanziaria fondato sull'applicazione "ritualistica" degli strumenti della finanza e su una logica gestionale orientata più al pareggio di bilancio che all'incremento dei ricavi.

Oggi, nelle grandi aziende, si è finalmente percepita la funzione strategica dell'area finanza e si è iniziato il processo di trasformazione del vecchio direttore amministrativo in una figura più simile al chief financial officer anglosassone, focalizzato sulla gestione proattiva delle performance.

Così, nelle aziende sanitarie sta emergendo un'attenzione crescente verso le tematiche di natura finanziaria e si registra un forte fabbisogno informativo, anche per far fronte al rischio di improvvisazione. Comunque, il pieno sfruttamento delle opportunità legate al ricorso a strumenti finanziari innovativi richiede almeno che le aziende si dotino di professionisti in grado di valutarne le caratteristiche e la sostenibilità nel lungo periodo, dotati cioè di competenze specialistiche oggi non così facilmente reperibili nel mercato del lavoro.

Francesca Vanara
Condirettore «Management, economia e politica sanitaria»
Fondazione Smith Kline

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ASSOBIOMEDICA

ASSEMBLEA ANNUALE

"Tecnologie mediche: l'innovazione sostenibile"

Relazione introduttiva:

Angelo Fracassi, Presidente Assobiomedica

Saluto di

Giampaolo Galli, Direttore Generale Confindustria

Intervengono:

Ferruccio Fazio, V. Ministro Lavoro, Salute e Politiche Sociali
Mario Baldassarri, Pres. Comm. Finanze e Tesoro Senato
Cesare Cursi, Pres. Comm. Industria e Commercio Senato
Giuseppe Palumbo, Pres. Comm. Affari Sociali Camera
Massimo Garavaglia, V. Pres. Comm. Bilancio Senato
Enrico Letta, responsabile nazionale Welfare Pd
Sandro Sandri, Assessore Sanità Regione Veneto
Massimo Russo, Assessore Sanità Regione Sicilia

Roma 16 giugno 2009 - ore 10
Sala Capranica - Piazza Capranica 101

Informazioni: 06/5903962 02/34531165 www.assobiomedica.it