

In copertina: *La medicina* di Andrea Di Potedera detto Pisano (Pontedera, 1290 circa — Firenze 1349 circa)

MANAGEMENT IN SANITÀ

SCENARI, METODI E CASI

a cura di
Luciano Hinna



Copyright © MMII, ARACNE EDITRICE s.r.l.
00173 Roma, via R. Garofalo, 133 a/b
tel. 06 93781065 telefax 06 72678427

ISBN 88-7999-403-4

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

I edizione: novembre 2002

Trasformando i medici in mercanti, noi li costringiamo ad apprendere i trucchi del mestiere, finendo per scoprire che ogni annata ha le sue mode non solo in materia di capelli, maniche, balletti e giochi, ma anche di cure, operazioni e medicine...

G. B. Show, *Il dilemma del dottore*, 1906

INDICE

Prefazione	13
------------------	----

PARTE I — CAMBIAMENTI DI SCENARIO

Cap. 1 — Spinte al cambiamento manageriale delle strutture sanitarie

DI LUCIANO HINNA

Introduzione	17
1. Il medico ed il rapporto con l'organizzazione	18
2. Le spinte al cambiamento nel settore sanitario e la domanda di managerialità	21
3. La complessità della gestione in funzione delle tipologie di strutture organizzative	33
3.1. <i>La classificazione delle strutture organizzative</i>	33
3.2. <i>Le criticità delle strutture sanitarie in funzione delle classificazioni</i>	44
4. Gli arnesi della gestione: i sistemi di controllo	47
4.1. <i>Il controllo di regolarità contabile amministrativo</i>	51
4.2. <i>Il controllo di gestione</i>	54
4.3. <i>Gli indicatori di economicità, efficienza ed efficacia</i>	56
4.4. <i>I supporti contabili</i>	59
4.5. <i>Controllo strategico</i>	61
4.6. <i>La qualità dei servizi</i>	61
4.7. <i>Il coordinamento dei controlli</i>	64
5. I sistemi di controllo e la relazione con lo stile di direzione e la mentalità operativa	64
6. Il livello degli strumenti di governo nelle strutture sanitarie	69
7. Conclusione del confronto tra sanità e Pubblica Amministrazione	73

Cap. 2 — Il cambiamento dell'organizzazione sanitaria. Profili normativi

DI VINCENZO RAFTI

1. Evoluzione storica della tutela sanitaria	77
--	----

2. I fattori di crisi del sistema sanitario	81
3. I principi della riforma del 1992 (l'aziendalizzazione)	87
4. La nuova riforma sanitaria	92
5. La trasformazione gestionale della Pubblica Amministrazione x	96
6. L'evoluzione normativa del controllo di gestione	102
7. L'introduzione del controllo di gestione nelle Aziende sanitarie	109
Bibliografia	112

Cap. 3 — Asl: l'ibrido giuridico-organizzativo foriero di una prossima diffusa privatizzazione

DI LUIGI GIUNTI

Introduzione	113
1. Le tre anime costituenti il S.S.N.	113
1.1. <i>L'impianto giuridico-organizzativo tipico della Pubblica Amministrazione</i>	114
1.2. <i>L'esigenza di contribuire alla "gestione politica del consenso"</i>	115
1.3. <i>Il processo di "aziendalizzazione"</i>	116
1.4. <i>La complessità derivante dalla composizione delle tre "anime"</i>	118
2. Alcune altre determinanti nel processo di trasformazione	120
2.1. <i>Il difficile rapporto con il "cliente"</i>	120
2.2. <i>La qualità e motivazione del personale</i>	122
2.3. <i>La separazione fra "sociale" e "sanitario"</i>	124
2.4. <i>L'aumento della spesa sanitaria e le relative fonti di finanziamento</i>	125
2.5. <i>La insanabile dicotomia fra obiettivi di "tutela della salute" e di "gestione delle attività operative"</i>	127
3. Il contributo del "Privato"	130
3.1. <i>Quale privato ha lavorato in Sanità</i>	130
3.2. <i>Il superamento della concorrenza pubblico/privato</i>	132
3.3. <i>Il nuovo Privato imprenditoriale in sanità</i>	133

PARTE II — METODI E CASI

Cap. 4 — La pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: metodi e strumenti di elaborazione di un piano strategico

DI CORRADO CUCCURULLO, MANUEL FESTUCCIA

Introduzione	137
1. La strategia aziendale e lo sviluppo degli strumenti di pianificazione	138
2. I modelli per il Piano Strategico	142
2.1. <i>Modello 1 — Il Piano Strategico "standard"</i>	144
2.2. <i>Modello 2 — Il Piano Strategico basato sugli obiettivi</i>	145
2.3. <i>Modello 3 — Il Piano Strategico di allineamento</i>	147
2.4. <i>Modello 4 — Il Piano Strategico basato sugli scenari</i>	147
2.5. <i>Modello 5 — Il Piano Strategico "organico"</i>	149
2.6. <i>Le configurazioni dei Piani Strategici delle Aziende Sanitarie Pubbliche Italiane</i>	150
3. L'analisi dei casi	153
3.1. <i>La Sanità laziale: scelte e indirizzi regionali</i>	153

3.2. <i>Le esperienze dell'ASL di Viterbo e dell'AO San Filippo Neri di Roma</i>	154
3.2.1. <i>L'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma</i>	154
3.2.2. <i>L'ASL di Viterbo</i>	157
4. Il controllo e la valutazione strategica	159
Bibliografia	167

Cap. 5 — L'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie

DI ANGELO TANESE

Introduzione	169
1. Scelte e fabbisogni organizzativi nelle aziende sanitarie	170
1.1. <i>Significato e implicazioni del concetto di autonomia organizzativa</i>	170
1.2. <i>Il Piano di Organizzazione delle aziende sanitarie</i>	173
1.3. <i>La fase di analisi/diagnosi organizzativa</i>	177
1.3.1. <i>La natura specifica delle aziende sanitarie come organizzazioni</i>	178
1.3.2. <i>Gli elementi istituzionali, ambientali e strutturali specifici di ogni azienda</i>	180
1.3.3. <i>La distinzione dei diversi livelli di intervento sull'assetto organizzativo</i>	181
2. Tendenze evolutive nell'organizzazione delle aziende sanitarie	181
2.1. <i>I fabbisogni organizzativi a livello macrostrutturale</i>	181
2.2. <i>Il rafforzamento delle funzioni di governo attraverso il potenziamento degli staff</i>	186
2.3. <i>La semplificazione e l'integrazione organizzativa attraverso l'istituzione dei Dipartimenti</i>	189
2.3.1. <i>La forma dipartimentale</i>	192
2.3.2. <i>Criteri di aggregazione delle Unità Operative</i>	195
2.3.3. <i>Il funzionamento del dipartimento</i>	196
3. L'innovazione organizzativa alla prova dei fatti	198
Bibliografia	204

Cap. 6 — La formazione nella sanità pubblica: due proposte

DI LUCIANO HINNA, GIANFRANCO VENTURA

Introduzione	205
1. La formazione in generale	206
1.1. <i>Riferimenti normativi per la formazione nella Sanità Pubblica</i>	206
1.2. <i>Requisiti economici per la formazione</i>	207
1.3. <i>Riferimenti metodologici</i>	211
1.4. <i>Introduzione all'E.C.M.</i>	213
2. La formazione a distanza	213
2.1. <i>FAD e e-learning</i>	213
2.2. <i>La crescita dell'e-learning</i>	215
2.3. <i>Scheda tecnica: elementi essenziali per un corso FAD: E-LEARNING</i>	217
3. Il Cooperative Learning	219
3.1. <i>Il Cooperative Learning</i>	219
3.2. <i>Interdipendenza positiva</i>	220
3.3. <i>Competenze sociali</i>	221
3.4. <i>Competenze comunicative</i>	222
3.5. <i>Competenze di leadership</i>	223
3.6. <i>La gestione costruttiva dei conflitti</i>	224
3.7. <i>Il Problem-solving</i>	227
3.8. <i>Il processo decisionale (decision-making)</i>	228
3.9. <i>Si può essere "non cooperativi?"</i>	229
3.10. <i>Apprendimento per esperienza e controllo dei processi</i>	230

3.11. <i>Applicabilità del metodo</i>	230
3.12. <i>Conclusioni</i>	232
Bibliografia	233

Cap. 7 — Il non profit nel sistema sanitario italiano

DI FABIO MONTEDURO

Introduzione	235
1. I ruoli delle organizzazioni non profit nel sistema sanitario italiano	237
2. La dimensione della sanità non profit	238
3. Le organizzazioni non profit ed il ruolo di <i>advocacy</i>	246
4. Le organizzazioni non profit ed il ruolo di riallocazione di risorse	255
4.1. <i>Le forme integrative non profit di assistenza sanitaria</i>	255
4.2. <i>Le fondazioni grant-making e gli enti non profit di fund raising</i>	261
5. Il ruolo produttivo della sanità non profit	265
5.1. <i>Caratteristiche dimensionali ed operative</i>	265
5.2. <i>Il ruolo produttivo del non profit nell'assistenza distrettuale</i>	281
5.3. <i>Il ruolo produttivo del non profit nell'assistenza ospedaliera</i>	284
6. Le prospettive della sanità non profit tra relazioni di competizione e relazioni di collaborazione col settore pubblico e for profit	287
6.1. <i>La "concorrenza amministrata"</i>	288
6.2. <i>Le relazioni di collaborazione tra pubblico e privato</i>	289
6.3. <i>Osservazioni sul ruolo delle organizzazioni non profit</i>	291
Bibliografia	298

Cap. 8 — L'introduzione di nuovi sistemi di contabilità e controllo gestionale nell'istituto Superiore di Sanità

DI VINCENZO RAFTI

Introduzione	305
1. L'ideazione del nuovo strumento gestionale	307
2. L'articolazione del progetto	310
3. Il modello di controllo di gestione per l'I.S.S.	316
4. Le aree di missione e le attività	323
5. I centri di responsabilità	326
6. La struttura dei costi	330
7. Il sistema di reporting	334
8. La trasformazione contabile	340
9. Gli indicatori di risultato	350
10. La formazione del personale	360
11. Il supporto informatico	365
12. Riflessioni finali	368

Cap. 9 — L'esperienza di controllo di gestione dell'azienda unità sanitaria locale roma/g; Controllo di gestione e sistema premiante

DI GIANFRANCO VENTURA

Introduzione	373
1. Il contesto regionale	373
1.1. <i>Deliberazione della giunta regionale 19 aprile 1995, n. 3140</i>	373

1.2. Legge Regionale n. 45 del 31/10/96	374
2. Il contesto aziendale	375
2.1. La costituzione dell'Azienda	376
2.2. La cultura di controllo di gestione in Azienda	376
2.3. La scelta delle informazioni	378
3. Il problema della selezione dei dati	379
4. Il sistema di archiviazione ed elaborazione	380
4.1. La struttura	381
4.2. La tipologia di dati	385
5. Il sistema di reporting	388
6. L'Azienda in numeri	389
7. I risultati	393
7.1. I risultati sulla reportistica trimestrale	393
7.2. I risultati sulla reportistica annuale e/o ufficiale	394
7.3. I risultati sulla programmazione sanitaria	394
7.4. I risultati sugli obiettivi conseguiti dai dirigenti	395
8. L'utilizzo: il Sistema Premiante	396
8.1. Il Sistema Premiante: alcune premesse	396
8.2. Sintesi del metodo	398
8.3. Gli obiettivi aziendali	399
8.4. Criticità del sistema premiante 1998	401
9. Sviluppi	404
10. Un primo bilancio	405
11. Precisazioni	406
Bibliografia	408

Cap. 10 — Oggetti di valutazione dei servizi sanitari e della dirigenza medica

DI ROBERTO CAPITANI

Introduzione	411
1. La riorganizzazione come principio della gestione	413
1.1. Il piano di riorganizzazione	413
1.2. Le competenze della Direzione	415
2. Gli oggetti della gestione	416
2.1. Le procedure e i processi	416
2.2. Stato patrimoniale e centri di responsabilità	417
2.3. La valutazione di funzioni ed attività dei centri di responsabilità	418
2.4. La valutazione di responsabilità, dirigenza e gestione operativa	420
3. Gli strumenti della gestione	422
3.1. Il controllo di gestione [cdg]	422
3.2. Il controllo operativo [co]	423
3.3. Il controllo dei risultati	425
3.4. I livelli essenziali di assistenza	427
3.5. La progettazione delle attività	430
4. I metodi di valutazione	432
4.1. L'analisi e la valutazione di funzioni e attività	432
4.2. I criteri di riferimento per la valutazione delle attività	434
4.3. La valutazione, per la formazione e l'addestramento del personale	437
5. Riconoscimento di meriti e responsabilità	439
5.1. La capacità di decidere	439
5.2. Responsabilità, professionalità, sistema informativo e riconoscimento dei meriti	442
5.3. La lista delle priorità aziendali, gli obiettivi dell'azienda e dei cittadini	445

6. Direzione e gerarchia aziendale	449
6.1. <i>Organizzazione, direzione e sistema informativo</i>	449
6.2. <i>I caratteri specifici della dirigenza medica</i>	452
6.3. <i>Discrezionalità e dirigenza medica</i>	455
6.4. <i>I Criteri di valutazione della Dirigenza Medica</i>	458
6.5. <i>Il continuous reengineering e la progettazione di funzioni, attività e obiettivi del dirigente medico</i>	461
Bibliografia	464

Cap. 11 — Il sistema di gestione per la qualità

DI AMALIA LUCIA FAZZARI

Introduzione	465
1. Il sistema qualità come strumento per la creazione di valore	468
2. Il sistema qualità applicato: il caso dell'azienda sanitaria xpw	484
2.1. <i>Step 1 — Costituzione del Gruppo di Lavoro e definizione della politica aziendale</i>	486
2.2. <i>Step 2 — Analisi diagnostica</i>	489
2.3. <i>Step 3 — Evidenza documentale delle attività</i>	491
2.4. <i>Step 4 — Formazione del personale</i>	496
2.5. <i>Step 5 — Verifiche ispettive interne</i>	504
2.6. <i>Step 6 — Verifica ente di certificazione</i>	504

Cap. 12 — Il controllo della gestione nell'ULSS n. 4 — Alto Vicentino

DI CORRADO PERTILE

Introduzione	507
1. Budget dell'offerta	516
1.1. <i>Gli indicatori</i>	519
1.2. <i>Le regole per l'applicazione dei principi di budget</i>	524
1.3. <i>I Contratti "tipo"</i>	531
2. Il budget della domanda	534
2.1. <i>Accordo fra Azienda ULSS n. 4 — Medici di Medicina Generale Medici di Continuità Assistenziale</i>	536
2.2. <i>La Carta generale dei servizi dei Medici di Medicina Generale</i>	551
3. Prospettive di sviluppo del controllo di gestione	559
3.1. <i>Il Progetto di Budget per il Medico di Medicina Generale</i>	560
3.2. <i>I risultati economici delle politiche di razionalizzazione ed appropriatezza</i>	567
4. Conclusioni	570

Note biografiche	573
------------------------	-----

PREFAZIONE

Il “back stage” di questo libro altro non è che una serie di lezioni, incontri, seminari e testimonianze di persone venute in contatto in diverse occasioni: durante due edizioni del corso di specializzazione organizzato dall’Istituto Superiore di Sanità (sotto la direzione scientifica del Dott. Ranieri Guerra e dello scrivente) e durante il Corso di Perfezionamento in Economia e Gestione Sanitaria, ormai alla quarta edizione, diretto dalla Prof.ssa Amalia Donia Sofio e coordinato dal Prof. Federico Spandonaro.

Molti altri eventi successivi sono stati occasione di incontro: i seminari presso il Ministero della Sanità (oggi della Salute) e gli incontri nell’ambito del GEAS, il gruppo di economia aziendale in Sanità che vede impegnati insieme, in un laboratorio aperto ed in un continuo lavoro di benchmarking, medici ed aziendalisti, in rappresentanza di quasi tutte le principali ASL del Lazio.

I partecipanti di tali eventi, in prevalenza medici, hanno costantemente domandato se le conferenze, gli interventi e le lezioni realizzate sarebbero state pubblicate in qualche rivista o collana di ricerca e rese disponibili per un ulteriore approfondimento.

Da qui nasce l’idea di raccogliere questi contributi in un libro con l’intento di riprendere, secondo una precisa logica, tutto il materiale reso disponibile come supporto didattico e di approfondimento.

Il lavoro è diviso in due parti.

Nella prima vengono introdotti i temi della gestione del management in sanità attraverso due letture, una strettamente aziendalistica e l’altra di natura giuridica, che illustra l’evoluzione della normativa in tema di sanità pubblica. In quest’ambito, infatti, non si può prescindere dalla norma che risulta essere una delle molle organizzative ed una delle spinte all’innovazione più importanti.

Nella seconda parte sono stati proposti “metodi e casi” con l’intento, da un lato, di approfondire le leve culturali necessarie al cambiamento; dall’altro, di proporre veri e propri case study.

Di libri sul management in sanità ne sono stati pubblicati molti negli ultimi anni: questo ha la pretesa di proporre esperienze, casi e spunti di riflessione seguendo un approccio pratico e avendo come potenziale lettore il medico nella sua funzione di manager. Sempre più spesso il medico, infatti, per necessità o per scelta, testimonia l’esigenza di “ibridare” il suo “dna” professionale con quello tipico del manager, crescendo in responsabilità ed impegno.

Luciano Hinna

Parte I

CAMBIAMENTI DI SCENARIO

Spinte al cambiamento manageriale delle strutture sanitarie

di Luciano Hinna

Introduzione

Il teorema che si vuole dimostrare in questo capitolo è che le strutture sanitarie pubbliche, nell'ambito della Pubblica Amministrazione italiana, costituiscono la punta più avanzata in fatto di gestione e di management, nonostante esse siano gestite, e spesso anche dirette, da professional che hanno una matrice culturale scientifica che, in molti casi, non hanno mai studiato né i principi dell'organizzazione aziendale, né tanto meno quelli del management.

A tale scopo il primo elemento preso in considerazione è il rapporto del medico, categoria di operatore alla quale è rivolta la nostra attenzione, con l'organizzazione, la struttura nella quale opera. Mentre la maggior parte delle pubbliche amministrazioni si "predispongono a gestire" il cambiamento, le strutture sanitarie pubbliche "sono nel cambiamento" e lo sono da sempre, tanto che esiste una domanda di managerialità e di flessibilità con le quali convivono da molto tempo.

Molte sono le criticità sotto il profilo gestionale che devono essere gestite e molte di queste possono essere legate anche ai diversi profili organizzativi e giuridici che la struttura sanitaria può assumere. A tale scopo, si è ritenuto opportuno proporre una classificazione dei vari profili organizzativi che la struttura sanitaria può assumere, evidenziando per ciascuno di essi le principali criticità da gestire.

Nell'ambito delle criticità della gestione, infine, ci si è concentrati, anche se brevemente, sugli "arnesi della gestione", ossia sui sistemi di controllo e di governo della stessa. Di questi è stata proposta una rassegna sintetica, seguendo i controlli introdotti recentemente nella Pubblica Amministrazione italiana per poi presentare un confronto con gli "arnesi della gestione" già da tempo esistenti nelle strutture sanitarie pubbliche.

I medici, forse senza saperlo, sono tra i migliori manager della Pubblica Amministrazione italiana e così hanno dato vita ad una nuova categoria di professional: un medico, non molto acculturato sotto il profilo gestionale ed organizzativo che, seguendo le norme imposte spesso nemmeno condivise, gestisce con successo strutture che presentano livelli elevati di complessità.

La maggior parte dei concetti e dei principi qui esposti sono stati già in parte oggetto di trattazione in una recente pubblicazione¹ alla quale si rinvia sia per gli eventuali approfondimenti sia per tutte le citazioni bibliografiche che volutamente qui sono state evitate per rendere la lettura più scorrevole.

1. Il medico ed il rapporto con l'organizzazione

La nozione di managerialità, soprattutto nel settore sanitario, è un concetto astratto che si presta a tante differenti considerazioni, definizioni ed interpretazioni.

Il nostro paese è riconosciuto tra quelli nei quali la qualità della sanità pubblica è da annoverare tra le eccellenze a livello internazionale; questo significa, in ultima analisi, che comunque esistono sia una “managerialità” sia livelli gestionali decisamente soddisfacenti, anche se migliorabili, altrimenti certi livelli non potevano essere raggiunti. Pertanto l'idea, che in queste pagine si vuol tentare di percorrere, è quella di considerare la managerialità in un'ottica più semplice, ma ci si augura più efficace, offrendo nel contempo uno strumento per inquadrare il cambiamento in atto nel settore sanitario ed intravedere le linee di cambiamento prossime future.

Il medico è chiamato a gestire tre tipologie di rapporti, tutti ugualmente importanti e dai quali dipende la qualità della sua performance.

Il primo rapporto riguarda la conoscenza, il secondo è il rapporto con il malato, il terzo è il rapporto con l'organizzazione nella quale opera. Anche se ovviamente dal punto di vista manageriale è il terzo quello che più ci interessa, vale la pena analizzare brevemente anche gli altri due.

“Il sapere”, ovvero il rapporto con la conoscenza, il medico lo gestisce ovviamente con la sua formazione specifica, una laurea in medicina, o comunque in discipline tecniche legate al mondo della sanità (potrebbe essere ovviamente una laurea in farmacia, in biologia, una laurea per operatori sanitari, etc.).

Poiché non è sufficiente studiare sui libri per conoscere, acquisire cioè il “sapere”, ma è necessaria anche la pratica, nella conoscenza possiamo far rien-

¹ L Hinna, *Pubbliche Amministrazioni: cambiamenti di scenario e strumenti di controllo interno*, Cedam Padova 2002.

trare l'altro elemento importante: "il saper fare", ovvero la prassi. Non è un caso, infatti, che nel corso di laurea in medicina si rendono obbligatorie le cliniche per poter applicare nella realtà ciò che si è appreso a lezione e sui libri.

Il rapporto con la conoscenza è continuo e accompagnerà il medico lungo tutto l'arco di vita. Le specializzazioni, l'aggiornamento scientifico e tecnico, la partecipazione ai seminari e ai convegni, lo studio e l'approfondimento sulle riviste tecniche, la sperimentazione in ospedale, i protocolli di ricerca, sono tutti elementi del rapporto con la conoscenza che servono per avere confidenza con la "malattia", sconfiggerla e riportare attraverso la cura il paziente a quell'equilibrio — concetto di sanità — che per effetto della malattia ha perduto.

In considerazione del ritmo e del progresso che la medicina sta registrando ormai da diversi anni, si intuisce subito come il rapporto con la conoscenza sia un impegno grande e continuo. Non aggiornarsi (equivale a fare un salto indietro), e rimanere fermo in un mondo che si muove, soprattutto in quello medico-scientifico che registra velocità davvero incredibili tanto da creare che problemi di natura etica.

Non è un caso che in economia d'azienda ed in organizzazione aziendale si guarda sempre con molto interesse alla sanità ed al mondo dei medici come uno dei modelli vincenti di quel delicato processo di accumulazione della conoscenza, chiamato comunemente "knowledge management". Un processo che da Ippocrate in poi è stato realizzato davvero molto bene e che, cosa assai singolare, vede le strutture pubbliche all'avanguardia rispetto a quelle private.

Le motivazioni di questo successo sono tante e combinate tra loro e non è questa la sede e l'occasione per rammentarle, ma certamente l'apertura ad altre discipline e l'ibridazione con altre scienze (fisica, fisica nucleare, biologia molecolare, ingegneria genetica, etc.) costituiscono gli elementi qualificanti di questo processo.

Il secondo tipo di rapporto, quello con il malato è quasi scontato per un medico. È un rapporto che deve per forza far parte del dna culturale e personale del medico: è come l'aria per un pilota di aereo e l'acqua per un subacqueo professionista. Tale rapporto, comunque può assumere sfumature diverse a seconda che si faccia lo psicoterapeuta o l'ortopedico: il primo cura addirittura con le parole e l'altro, a detta degli stessi medici, "fa il meccanico" e quando opera il paziente dorme e non si accorge di nulla.

Quello che è interessante rilevare è che la qualità del rapporto inter umano medico-malato è oggetto di studio continuo da parte dello stesso medico: la distanza professionale, il rischio del coinvolgimento, l'obiettività, il rapporto continuo con la morte, la resistenza personale al contatto con il malato e la malattia, etc.

Il terzo rapporto, che in questa sede si vuole meglio indagare, è quello con la struttura organizzativa che, come vedremo non è semplice e per il quale il

medico non è culturalmente attrezzato, in quanto non è stato oggetto di studio all'università a meno che non si sia laureato di recente², ma è solo il frutto di una combinazione tra attenzione ed esperienza.

Infatti, se per il rapporto con la conoscenza il medico ha studiato e seguito le cliniche, se per il rapporto con il malato egli ha lavorato duro ed ha riconosciuto nel proprio intimo punti forti e punti deboli nell'ambito di quel duro e costante lavoro che ha fatto su se stesso ("la manutenzione del sé"), per il rapporto con l'organizzazione quello stesso medico è di fatto completamente disarmato.

La preparazione che l'università può offrire può andare bene nel caso in cui si esercita come medico di base o libero professionista, ovvero se si lavora di fatto da solo. Viceversa, se si decide di lavorare in una struttura, ad esempio in un ospedale, in una clinica o in una ASL, dove operano altre migliaia di persone, è importante avere i "fondamentali di organizzazione", i primi rudimenti che possono anche essere appresi con l'esperienza e l'osservazione, ma che comunque vanno studiati ed approfonditi così come avviene per qualsiasi altra disciplina e tecnica.

I problemi iniziano ad affiorare quando il medico, facendo carriera nella struttura, diventa "un manager", ovvero da risorsa gestita diviene risorsa che gestisce altre risorse, diviene il responsabile di un centro di responsabilità, con un budget, persone da coordinare, pratiche da sbrigare, collaboratori da motivare, tempi da rispettare, costi da coprire e, naturalmente, pazienti da curare. A questa fase l'esperienza, l'osservazione e la sensibilità da sole cominciano a non essere più sufficienti. Serve qualche cosa di più, di altro per gestire complessità crescenti e per certi versi "sconosciute".

La complessità della gestione di una struttura sanitaria è funzione di tanti elementi tra loro combinati: dimensioni, specializzazioni, preparazione gestionale e manageriale delle persone, tipologia di struttura, clima aziendale, culture dominanti, burocrazia orientamento al compito, al reddito o al risultato, risorse finanziarie, entrate, trasferimenti, costi, DRG, logistica, strutture. Ma c'è una criticità che supera tutte le altre: la struttura sanitaria pubblica è in continuo cambiamento ed in tale contesto, va da sé che la posizione di responsabile, di una unità organizzativa, la posizione di "manager"³, presenta tassi di complessità notevoli (Fig. 1).

Qui di seguito si proverà ad analizzare alcuni degli aspetti utili a cogliere gli elementi più importanti della gestione, avendo in mente i destinatari delle con-

² Solo recentemente in alcune facoltà di medicina, spesso nell'ambito di economia sanitaria si è cominciato a fornire i primi rudimenti di economia di azienda ed organizzazione aziendale.

³ Cfr: L. Hinna, *Il medico manager o il manager medico? Le scelte gestionali per gestire il problema della sanità*, atti della IV seduta scientifica "La competenza organizzativo-gestionale di medici del servizio sanitario nazionale", Accademia Lancisiana di Roma, Roma 15/4/91.

Figura 1. I rapporti da gestire, le criticità e gli strumenti

TIPOLOGIA DI RAPPORTI	CONTENUTI	STRUMENTI	LIVELLO DI CRITICITÀ
Rapporto con la malattia e la conoscenza	Sapere	Laurea, aggiornamento, specializzazioni	BASSO
	Saper fare	Clinica, prassi, gli anni di esperienza, gli stage	
Rapporto con il malato		Atteggiamento personale	BASSO
		Lavoro continuo su se stessi	
Rapporto con l'organizzazione	Libero professionista	Manager di se stessi	BASSO
	Professional in struttura	Manager di strutture complesse	MOLTO ALTO

siderazioni che qui vengono proposte: medici o comunque persone che operano sul fronte medico scientifico.

2. Le spinte al cambiamento nel settore sanitario e la domanda di managerialità

La managerialità è direttamente proporzionale al tasso di cambiamento di una struttura: più una struttura rimane uguale nel tempo e meno managerialità serve, quanto più una struttura è in cambiamento tanto maggiore è la domanda di managerialità.

Le strutture sanitarie, per l'effetto combinato dei cambiamenti nella Pubblica Amministrazione e di quelli specifici registrati nel settore sanitario, hanno registrato grandi cambiamenti che sono di facile osservazione e sotto gli occhi di tutti. Questi cambiamenti hanno creato una domanda di managerialità crescente.