

Sanità nel Mezzogiorno. Carenze strutturali e cultura della dirigenza

Carla Collicelli*

RPS

Il contributo mira a rendere conto di alcune evidenze empiriche tratte da recenti lavori di ricerca, che documentano da un lato le differenze macroscopiche nelle carenze strutturali tra Regioni meridionali e resto del paese, e dall'altro le caratteristiche qualitative della cultura gestionale e amministrativa dei vertici strategici della sanità locale nelle varie aree del paese, con particolare attenzione per il contesto sanitario meridionale. Ne emerge un quadro di difficoltà, che rimanda in molti casi alla debolezza di quello che può essere considerato l'hardware o il core-

business del sistema, e cioè le strutture ospedaliere e ambulatoriali, le apparecchiature e il personale specializzato. Ma spesso va chiamato in causa anche il software gestionale, cioè le funzioni manageriali, quelle funzioni che sovrintendono ad aspetti cioè di tipo aziendale e organizzativo, che assumono una valenza speciale in un contesto particolare e delicato, quale quello sanitario, in quanto da esse dipendono la vita e la morte delle persone e la tutela del diritto costituzionale alla salute, che si presenta spesso con carattere di urgenza e non rimandabilità.

1. Premessa

Dall'accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001, alla riforma costituzionale approvata col referendum consultivo popolare del 7 ottobre 2001, alle successive iniziative legislative e regolatorie, la percezione dell'importanza dell'attribuzione delle competenze e delle responsabilità in ambito sanitario alle Regioni è andata crescendo. Accanto a ciò si è verificato negli anni un lento ma progressivo spostamento degli atteggiamenti diffusi, dagli iniziali entusiasmi alle attuali preoccupazioni, seguite all'emergere delle implicazioni meno «popolari» dell'esercizio della responsabilità finanziaria in sanità da parte delle Regioni. Ne è nata una vera e propria nuova questione meridionale, visto che è soprattutto nel Sud del paese che la propensione inizialmente positiva

* Si ringrazia la dottoressa Maria Grazia Viola per il contributo dato nella fase di reperimento e organizzazione dei dati.

nei confronti della regionalizzazione non è bastata a consolidare tra i cittadini la fiducia nei confronti del processo federalistico fino ad oggi realizzato, rafforzando anzi in molti casi quella sorta di fuga verso il disinteresse nei confronti della politica.

Il sistema soffre sicuramente di un periodo fin troppo lungo di semi-federalismo, con alcune Regioni già consolidate in modelli di gestione e concertazione propri e definiti, e altre al traino di una autodeterminazione incontrollata, tra spinte di domanda e spinte di offerta. Tanto da far parlare della esplosione di una vera e propria crisi del disegno federale, non scalfita dall'intensificarsi delle forme di concertazione e accordo tra Governo e Regioni, e appesantita dalla recente crisi economica e dalle manovre di contenimento della finanza pubblica. La spesa sanitaria rappresenta una quota preponderante dei bilanci regionali e sono molte le Regioni alle prese con piani di rientro, che ne condizionano pesantemente gli interventi. Si avverte, inoltre, che la fase di passaggio federalistico non è stata preparata, né gli obiettivi e le modalità discussi adeguatamente in precedenza. Più che di riforma incompiuta sembra quindi di dover parlare di riforma in difficile e lenta gestazione.

Né basta, fino ad ora, il lavoro fatto per la definizione delle «forme» del decentramento, in assenza della definizione partecipata dei suoi «contenuti», in termini di obiettivi, di priorità e di valori. Tanto è vero che sembra quasi prematuro parlare di federalismo, in una situazione nella quale si è lavorato prevalentemente sul decentramento delle titolarità e non sul ripensamento delle funzioni. E la salute sembra essere uno dei grandi capri espiatori di un processo di devoluzione gestito in maniera sussultoria e prevalentemente formale, nel quale le grandi sfide, dalle patologie croniche, al destino degli ospedali e dei distretti socio-sanitari, al reperimento di risorse e soggettualità nuove, alla qualità delle prestazioni sanitarie e della formazione degli operatori, ai fondi integrativi, alla prevenzione, alla appropriatezza delle cure, alle liste di attesa, sembrano rimanere in secondo piano.

I risultati delle indagini condotte dal Censis e dal Forum per la ricerca biomedica hanno permesso di verificare come l'attenzione dei cittadini, in particolare nel Sud, sia rivolta in questa fase in modo particolare alla salvaguardia dei diritti e alla verifica della qualità dei servizi (Censis, 2010a). Bassa è la quota di italiani che hanno percepito nell'ultimo anno un miglioramento dei servizi sanitari nella propria Regione: solo il 20% a livello nazionale, ma soprattutto il 26% al Nord-Ovest, il 31% al Nord-Est, il 19% al Centro, e solo il 10% al Sud. Continua la

già consolidata fuga verso la sanità di altre regioni. Più del 48% dei residenti al Sud e nelle isole (a fronte di meno del 40% a livello nazionale) dichiara che in caso di un grave problema di salute si rivolgerebbe al Servizio sanitario di un'altra regione, mentre all'8,5% (il 6,3% a livello nazionale) è già capitato di farlo. Sono i più giovani (quasi il 52%), i diplomati (il 47,7%), i residenti nei Comuni tra 10 e 30 mila abitanti (il 50%) i più orientati alla mobilità extraregionale in caso di malattia grave. Quasi il 40% dei cittadini teme un aumento eccessivo delle differenze di qualità dell'offerta sanitaria nelle diverse regioni (il dato sale a più del 54% al Sud), il 33,2% teme la mancanza di strutture e servizi adeguati ai bisogni di assistenza, il 32,1% ha paura che l'influenza della politica danneggi in modo irreparabile la qualità dei servizi sanitari, più del 19% teme i conti in disavanzo che impongono robusti tagli all'offerta. Il problema più urgente da affrontare è quello della lunghezza delle liste di attesa, indicato dal 73% degli italiani (da più del 79% delle persone con basso titolo di studio e da oltre il 77% degli intervistati residenti in città tra 100 e 250 mila abitanti). Nel prossimo futuro in sanità c'è bisogno di più umanità (35,6%), più qualità (35%), più professionalità (31%) e maggiori risorse economiche (29,3%).

Il presente contributo mira a rendere conto di alcune evidenze empiriche tratte da recenti lavori di ricerca, che documentano da un lato le differenze macroscopiche nelle carenze strutturali tra Regioni meridionali e resto del paese (par. 2), e dall'altro le caratteristiche qualitative della cultura gestionale e amministrativa dei vertici strategici della sanità locale nelle varie aree del paese, con particolare attenzione per il contesto sanitario meridionale (parr. 3, 4 e 5).

2. Il contesto della sanità meridionale

Volendo rappresentare in sintesi il quadro delle principali caratteristiche relative al sistema di domanda e di offerta delle Regioni del Meridione, è possibile utilizzare alcuni indicatori sintetici regionali di performance, elaborati sulla base dei dati ufficiali esistenti (tab. 1), da cui emerge con chiarezza l'ampiezza del divario tra Nord e Sud del paese. I primi due indicatori considerati a tale proposito nella analisi qui riportata sono lo stato di salute e l'assenza di cronicità, indicatori cioè di domanda sanitaria, che permettono di delineare il set dei bisogni delle diverse regioni. Ne risulta che nel Meridione, l'indicatore sul buono

stato di salute, che indica le persone che al 2009 hanno fornito una valutazione positiva, si colloca perfettamente in linea con la media nazionale (rappresentata dal valore indice 100). Mentre, l'indicatore dell'assenza di cronicità, che corrisponde alle persone che al 2009 non presentavano malattie croniche, segnala nel Sud un valore superiore a quello medio nazionale.

Per quanto riguarda l'offerta, invece, quella per cronicità e disabilità, rappresentata dall'indicatore della presenza al 2007 di strutture per disabili residenziali e semiresidenziali, posti nelle strutture per disabili e spesa assistenziale, presenta nel Sud un valore nettamente inferiore (pari a 76) a quello nazionale, a riprova di una chiara difficoltà da parte del Meridione a far fronte ai bisogni in questo campo.

Rispetto al tema della prevenzione, l'indicatore relativo al tasso di mortalità evitabile al 2002 attraverso la prevenzione primaria, la diagnosi precoce e un'adeguata assistenza sanitaria, registra nel Mezzogiorno un valore molto elevato in Campania (pari a 106), ma tutti valori decisamente bassi rispetto alla media nelle altre Regioni meridionali, fino ad arrivare a quello del Molise (54), a riprova di un generalizzato rilevante bisogno di investimenti in questa area nel Sud.

Il livello dell'offerta tecnologica e strumentale può essere misurato attraverso l'indicatore di modernizzazione, che riflette la disponibilità al 2007 di apparecchiature e strumentazioni (ecotomografi, tac e risonanze magnetiche, centri unificati di prenotazione, unità mobile di ri-animazione, servizio trasporto dialisi). A questo proposito i dati mostrano come le Regioni del Meridione (fatta eccezione per la Puglia), presentino una buona disponibilità di tecnologie sanitarie nelle aziende sanitarie, al di sopra della media nazionale. Il che rende particolarmente arduo spiegare i motivi per cui l'indicatore di attrattività, relativo alla mobilità inter-regionale e alla degenza media per *case mix* nel 2007 presenti nel Meridione valori molto bassi in Regioni come Campania, Sicilia e Calabria, e invece superiori alla media in Regioni come Molise e Sardegna.

Infine, la soddisfazione della domanda dei cittadini, misurata dall'Istat nel 2008 per alcuni aspetti dell'assistenza sanitaria, come la comodità degli orari di accesso alle Asl, la durata delle code agli sportelli, la soddisfazione per i servizi ospedalieri di assistenza medica e infermieristica, presenta nel Meridione un valore di gran lunga inferiore alla media, pari a 71 su 100, con punte particolarmente basse in Sicilia e Campania.

Tabella 1 - Indici regionali di performance (anni 2002-2009)*

Regioni	Indice di:						
	Stato di salute (1)	Assenza di cronicità (2)	Offerta per disabilità e cronicità (3)	Necessità di prevenzione (4)	Modernizzazione (5)	Attrazione (6)	Soddisfazione della domanda dei cittadini (7)
Piemonte	98	101	112	125	105	132	115
Valle d'Aosta	102	99	64	151	172	94	145
Lombardia	101	104	144	110	88	123	122
Trentino - Alto Adige	115	105	160	77	64	123	161
Veneto	103	103	145	87	108	159	114
Friuli - Venezia Giulia	102	99	124	130	88	125	128
Liguria	98	98	82	131	134	103	117
Emilia-Romagna	99	100	129	105	84	112	117
Toscana	101	104	103	101	101	113	101
Umbria	96	95	90	81	125	88	111
Marche	96	102	74	84	99	94	110
Lazio	97	101	92	106	100	144	80
Abruzzo	96	106	91	83	118	95	72
Molise	99	104	90	54	150	159	86
Campania	105	110	87	106	106	53	86
Puglia	101	104	81	76	81	81	68
Basilicata	98	98	75	72	112	60	80
Calabria	89	95	76	80	116	56	78
Sicilia	101	105	68	87	105	55	59
Sardegna	94	100	74	93	109	113	81
<i>Nord</i>	<i>101</i>	<i>102</i>	<i>131</i>	-	<i>96</i>	-	<i>112</i>
<i>Centro</i>	<i>98</i>	<i>101</i>	<i>83</i>	-	<i>102</i>	-	<i>86</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>100</i>	<i>105</i>	<i>76</i>	-	<i>104</i>	-	<i>71</i>
Italia	100	103	100	100	100	100	100

* Gli indici sono costruiti come medie standardizzate degli indicatori semplici che li definiscono; attraverso la costruzione di indici viene attribuito all'Italia il valore 100 e valori proporzionalmente decrescenti o crescenti alle Regioni.

(1) Dati al 2009. Persone che forniscono una valutazione buona del proprio stato di salute.

(2) Dati al 2009. Persone che non hanno malattie croniche e si dichiarano in buona salute.

(3) Dati al 2007. Strutture per disabili residenziali e semiresidenziali, posti nelle strutture per disabili e spesa assistenziale.

(4) Dati al 2002. Tassi di mortalità evitabile attraverso la prevenzione primaria, la diagnosi precoce ed un'adeguata assistenza sanitaria.

(5) Dati al 2007. Ecotomografi, tac e risonanze magnetiche, centri unificati pre-notazione, unità mobile di rianimazione, servizio trasporto dialisi.

(6) Dati al 2007. Mobilità inter-regionale, degenza media per case mix.

(7) Dati al 2008. Comodità orari, durata liste di attesa, soddisfazione per i servizi ospedalieri di assistenza medica, infermieristica e di igiene.

Fonte: Elaborazione Censis su dati Istat, Ministero Salute

RPS

Carla Colicelli

Manca asterisco

Il confronto tra spesa sanitaria pubblica pro capite e soddisfazione misurata attraverso l'indagine Istat (tab. 2) mette in evidenza la mancanza di una correlazione positiva tra i due indicatori. Da cui la considerazione secondo la quale non è certo il livello di spesa a determinare una buona sanità.

Tabella 2 - Grado di soddisfazione dei cittadini in relazione al Servizio sanitario regionale (anni 2005 e 2008; tassi standardizzati per 100 persone della stessa Regione e indicatore sintetico)

	Giudizio positivo del Servizio sanitario regionale 2005*	Indice sintetico di spesa sanitaria pubblica pro capite 2008
Piemonte	43,2	114,2
Valle d'Aosta	59,6	176,4
Lombardia	42,0	85,2
Trentino - Alto Adige	63,6	180,0
Veneto	39,9	88,6
Friuli - Venezia Giulia	42,8	133,3
Liguria	33,9	153,9
Emilia-Romagna	46,8	116,8
Toscana	38,9	106,5
Umbria	36,8	93,0
Marche	35,7	76,7
Lazio	25,0	154,8
Abruzzo	31,5	95,8
Molise	30,2	170,6
Campania	23,0	73,1
Puglia	23,8	87,7
Basilicata	26,4	85,7
Calabria	15,3	69,5
Sicilia	21,5	70,4
Sardegna	26,7	78,1
<i>Nord Ovest</i>	<i>41,6</i>	<i>101,0</i>
<i>Nord Est</i>	<i>44,9</i>	<i>112,2</i>
<i>Centro</i>	<i>31,9</i>	<i>124,5</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>23,1</i>	<i>78,7</i>
Italia	34,0	100,0

* Le percentuali indicano la quota di cittadini che ha espresso un punteggio da 7 a 10 in un range da 1 a 10.

Fonte: Elaborazione Censis su dati Istat e Ministero della Salute.

La scarsa soddisfazione risulta invece correlata ai disavanzi di bilancio, e laddove i rendimenti, secondo il giudizio dei cittadini, sono scarsi si concentrano anche le maggiori difficoltà nel far quadrare i conti della sanità pubblica. Nel 2008 il Meridione ha avuto, infatti, secondo i dati disponibili, il peggiore saldo negativo nei bilanci sanitari, pari ad oltre un miliardo e seicento milioni di euro, con i disavanzi più elevati in Campania e in Puglia.

Dunque, gli elementi in nostro possesso atti a misurare, sia pure a grandi linee, la capacità di risposta dei servizi sanitari a livello regionale mostrano in maniera incontrovertibile che, a 30 anni dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale, il principio costituzionale della eguaglianza di tutti rispetto alla tutela della salute non è affatto garantito. E soprattutto che le mancate garanzie si concentrano in maniera eclatante nel Mezzogiorno.

3. La cultura finanziaria e lo stile decisionale della dirigenza sanitaria locale del Meridione

Ma, come spesso si verifica, gli aspetti strutturali sono la spia di molti altri fattori, in qualche caso più importanti e decisivi, tra cui ad esempio gli elementi di carattere culturale che determinano lo stile decisionale e gestionale a livello del vertice strategico della sanità locale. Due interessanti ricerche condotte dal Censis nel 2007 e nel 2008, la prima sul tema della cultura finanziaria della dirigenza sanitaria, la seconda sui processi decisionali e la gestione dei servizi nelle aziende sanitarie, forniscono elementi inediti a tale proposito.

La prima delle due indagini, condotta dal Censis nel 2007 sotto il titolo *La cultura finanziaria della dirigenza sanitaria locale: rischi ed opportunità*, ha permesso di individuare alcune significative tipologie dirigenziali nelle aziende sanitarie di alcune regioni italiane, di cui due del Meridione (Toscana, Lazio, Sicilia e Sardegna). Lo studio ha infatti portato a formulare una «mappatura tipologica» della dirigenza nella sanità pubblica italiana, con riferimento ad una pluralità di dimensio-

¹ L'indagine è stata realizzata per conto di Farmafactoring con il ricorso ad una metodologia qualitativa; operativamente sono state condotte circa 40 interviste dirette a Dg, sanitari e amministrativi, attraverso le quali sono stati rilevati i contenuti sulle loro attività e il modo di intendere la questione finanziaria.

ni², tra cui il background formativo e le competenze maturate attraverso l'esercizio del ruolo, la traiettoria delle carriere e il mercato del lavoro interno, il rapporto con i responsabili politici, l'ambiente organizzativo interno e il sistema di vincoli/incentivi burocratico-amministrativi, legali e socio-culturali, gli atteggiamenti nei confronti del rischio e dell'innovazione associata ad alcune iniziative gestionali in ambito finanziario, le opinioni, le motivazioni e le percezioni intorno agli aspetti finanziari peculiari del Servizio sanitario. Formulata la tipizzazione a partire dalle informazioni rilevate sulle dimensioni, è stato misurato il peso specifico delle diverse tipologie all'interno delle Regioni studiate.

La prima tipologia è caratterizzata dallo scetticismo nei confronti delle trasformazioni e delle innovazioni finanziarie, ritenute troppo rischiose e poco convenienti, e da un orientamento etico nella gestione delle risorse (*etico-scettico*); quest'ultimo aspetto si manifesta nel porre al centro della propria attività la logica solidaristica, che mette in primo piano la certezza dell'assistenza sanitaria quasi come variabile indipendente rispetto ai problemi economico-finanziari. La propensione al rischio connesso con alcune scelte di gestione finanziaria è relativamente scarsa, così come tutto sommato è limitata l'attenzione al controllo della spesa.

Il dirigenti appartenente alla seconda categoria ha una percezione piuttosto tradizionale del ruolo del soggetto pubblico e, più in specifico, del proprio ruolo all'interno dell'istituzione sanitaria (*integrato-ritualista*). È anche un soggetto altamente integrato nel contesto in cui opera, attento alla relazionalità con la politica e restio a innovazioni in ambito finanziario, che tende ad una notevole cautela nei confronti della gestione del denaro pubblico, ritenendolo un bene della collettività che va amministrato evitando investimenti troppo «creativi»; ne deriva, in alcuni casi, un'applicazione «ritualistica» degli strumenti di finanza derivata e un immobilismo nei confronti delle innovazioni gestionali.

² In particolare la capacità di armonizzare l'insieme delle competenze tecniche della finanza di azienda (capacità di previsione sui ricavi, di monitoraggio e di ottimizzazione delle risorse, propensione al rischio e all'innovazione strategica, ecc.), con un sistema di vincoli/incentivi burocratico-amministrativi, politici e legislativi che sono propri della gestione di una struttura a carattere pubblico e del contesto in cui essa è inserita (ad esempio, il vincolo di bilancio, i vincoli nella gestione del personale, ecc.) (Censis, 2007).

La terza tipologia dirigenziale è molto più orientata all'innovazione, attenta all'aggiornamento delle proprie competenze, disponibile a percorsi di innovazione anche in ambito finanziario, che sente la coercizione dei vincoli attualmente esistenti nella sfera della gestione finanziaria all'interno della sanità pubblica (*entusiasta-frustrato*). Infatti, l'entusiasmo dimostrato nei confronti delle strategie finanziarie innovative viene smorzato dal deficit di autonomia decisionale che è proprio delle attività dirigenziali in ambito pubblico.

Infine, il quarto modello descrive un tipo di dirigente quasi «*border-line*», che si caratterizza per l'intraprendenza, la creatività e l'originalità nell'applicare strategie finanziarie innovative e nel trovare mezzi alternativi per il reperimento delle risorse (*deviante-istituzionalizzato*); ha svolto gran parte della propria carriera lavorativa nel settore privato ed ha una buona conoscenza degli strumenti del management finanziario. Ha un rapporto conflittuale con i responsabili politici ed esprime insofferenza per le ingerenze di campo, non riconoscendo agli organismi di controllo la professionalità che è necessaria per valutare tecnicamente il loro lavoro.

Tabella 3 - La presenza delle tipologie dirigenziali in Toscana, Lazio, Sicilia e Sardegna (valori percentuali)

	Toscana	Lazio	Sicilia	Sardegna	Totale
Etico-scettico	37,5	50,0	28,6	14,3	33,3
Integrato-ritualista	50,0	-	71,4	-	30,0
Entusiasta-frustrato	12,5	37,5	-	28,6	20,0
Deviante-istituzionalizzato	-	12,5	-	57,1	16,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2007.

I dati hanno evidenziato che nella media delle quattro Regioni analizzate prevale tra i dirigenti intervistati la tipologia *etico-scettica*, con il 33,3% degli intervistati per i quali la logica economico-finanziaria è subordinata all'etico predominio della tutela del «bene salute» (tab. 3). Il 30% degli intervistati presenta caratteristiche riconducibili al modello *integrato-ritualista*, il 20% si avvicina al modello *entusiasta-frustrato*, e infine una componente minoritaria (16,7%) appartiene al modello *deviante-istituzionalizzato*.

Nelle regioni meridionali (Sicilia e Sardegna), si presentano due differenti tipologie dirigenziali prevalenti. In Sicilia si rileva una chiara pre-

valenza della tipologia *integrato-ritualista*, presente nel 71,4% dei casi, seguita dalla tipologia *etico-scettico* (28,6%), mentre le tipologie *entusiasta-frustrato* e *deviante-istituzionalizzato* sono addirittura inesistenti. In Sardegna prevalgono i *devianti-istituzionalizzati* con il 57%, e mancano gli *integrati-ritualisti*.

Tra i tanti dati di dettaglio rilevati e analizzati, può essere interessante richiamarne alcuni. Ad esempio in Sicilia tutti gli intervistati sono entrati nella sanità pubblica senza aver fatto prima una esperienza di lavoro nel settore privato e relativamente al tipo di laurea e al background formativo, prevale la formazione giuridica. La maggioranza delle direzioni aziendali siciliane 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 economici, il che tra l'altro cozza evidentemente con i risultati economici ottenuti. Relativamente alla propensione al rischio connesso con alcune iniziative gestionali in ambito finanziario, in Sicilia prevalgono i dirigenti che non sono disposti a rischiare. L'atteggiamento culturale nei confronti del modello organizzativo del Servizio sanitario, con riferimento alla sua formula giuridica, si caratterizza per un diffuso scetticismo nei confronti dell'aziendalizzazione. Tra gli aspetti dell'azione pubblica ritenuti maggiormente rilevanti per la gestione finanziaria di una struttura sanitaria, infatti, la maggior parte degli intervistati ha posto l'accento sulla regolarità, la legittimità formale e l'imparzialità dell'azione pubblica. In relazione a quest'ultimo aspetto, poi, non stupisce che la totalità degli intervistati percepisca la cultura gestionale all'interno della pubblica amministrazione come un modello basato esclusivamente sulla supervisione e il governo della spesa attraverso il controllo dei costi e la misurazione quantitativa delle prestazioni e dei servizi erogati.

Nel caso della Sardegna, invece, la tipologia prevalente è, come dicevamo, quella del *deviante-istituzionalizzato*, cui appartiene il 57,1% degli intervistati, seguita dal modello *entusiasta-frustrato* (28,6%); minoritaria, invece, è la quota di dirigenti che si avvicina alla categoria *etico-scettico* (14,3%), mentre è assente la tipologia *integrato-ritualista*. Relativamente al tipo di laurea e al background formativo, è risultata prevalente la formazione nell'area economica e nell'area politico-sociale; inoltre, gran parte dei dirigenti sardi ha avuto esperienze dirigenziali nel settore privato e tende a trasferire nel settore pubblico modelli di gestione diversi da quelli più «tradizionali» della Pa. Il fenomeno dell'invecchiamento dei vertici aziendali, riscontrato in altre Regioni, in Sarde-

gna è scarsamente diffuso, in quanto è stato favorito l'accesso di giovani preparati che costituiscono uno strumento importante per dare dinamicità al sistema, specialmente nella gestione finanziaria. Il rapporto con i responsabili politici è talvolta conflittuale o comunque ambivalente, soprattutto tra i direttori amministrativi e sanitari; tra i dirigenti di nomina esplicitamente politica, invece, questo rapporto diviene più cauto. Relativamente alla propensione al rischio connesso con alcune iniziative gestionali in ambito finanziario, è emerso un atteggiamento propositivo nei confronti di scelte strategiche «altre» da parte dei dirigenti sardi. Sono infatti favorevoli a forme di innovazione applicabili alla gestione finanziaria delle aziende sanitarie locali, come il *fund raising* (particolarmente diffuso tra le Asl limitrofe alla Costa Smeralda, che riescono ad attrarre finanziamenti da partner esterni che operano nell'industria turistica), il *leasing*, le cartolarizzazioni e tutte le altre modalità di partenariato pubblico/privato. L'atteggiamento culturale nei confronti del modello organizzativo del Ssn e regionale, si caratterizza per un grande entusiasmo nei confronti del modello aziendalistico, anche considerato ancora imperfetto e confuso dal punto di vista normativo. I motivi di insoddisfazione legati ad alcune caratteristiche generali del servizio sanitario, infatti, sono ricondotti principalmente, come nelle altre realtà regionali, al suo meccanismo di finanziamento; i dirigenti sardi, infatti, sono penalizzati da una robusta sottostima dei fabbisogni d'azienda a causa anche delle difficoltà incontrate nel ridurre la mobilità passiva (soprattutto nelle zone nord dell'isola).

4. I processi decisionali e la gestione dei servizi nelle aziende sanitarie del Meridione

La seconda delle indagini citate è stata condotta nel 2008 con il titolo *Processi decisionali e gestione dei servizi in una sanità regionalizzata: il punto di vista dei Dg (Direttori generali) di Asl e aziende ospedaliere*, in collaborazione con Fiaso e per conto di Farmafactoring, e ha permesso di analizzare i processi decisionali nel corso della gestione dei servizi e delle aziende. Ne è emerso un quadro anche in questo caso fortemente differenziato. La maggioranza degli intervistati, pari al 72%, percepisce come più importanti le competenze gestionali, seguite a grandissima distanza da quelle politiche e di governance (17,6%), e da quelle comunicative e relazionali (13,7%), anche sulla base della considerazione delle dimen-

sioni imprenditoriali da media impresa delle realtà da gestire, con il 44,4% degli intervistati che ha nella propria azienda tra 1.500 e 2.500 unità di personale sanitario (il valore nazionale è pari al 42%) e il 44,4% tra 500 e 1.000 unità di personale non sanitario.

Rispetto al profilo professionale reale, il Dg emerge come il vertice preposto formalmente alla gestione della responsabilità complessiva dell'azienda, ma vincolato in realtà da un'autonomia operativa relativa, soprattutto nel Meridione. Infatti, è soprattutto al Sud che prevale il richiamo ad un modello decisionale fortemente condizionato da vincoli esterni di natura politica e finanziaria (55,6%) e di un processo decisionale eterodiretto, per effetto di una normativa troppo stringente (44,4%) (tab. 4).

Tabella 4 - Processo decisionale all'interno delle aziende sanitarie dei direttori generali intervistati, per area geografica (valori percentuali)

Quale tra le seguenti definizioni descrive meglio il concreto processo decisionale all'interno delle aziende sanitarie?	Nord	Centro	Sud e Isole	Totale
Molto diversificato a seconda dell'ambito	37,0	46,7	22,2	37,3
Nei fatti eterodiretto da vincoli normativi troppo stringenti	25,9	20,0	44,4	27,5
Il portato dell'azione dei tanti soggetti che vi operano	44,4	6,7	11,1	27,5
Troppo condizionato da vincoli esterni di natura politica e finanziaria	11,1	26,7	55,6	23,5
Molto caratterizzato dalla personalità e dalle scelte del dirigente	18,5	20,0	22,2	19,6
In definitiva, espressione dell'autonomia dell'azienda	18,5	13,3	-	13,7

Nota: Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: Indagine Censis, 2010a.

E mentre al Nord oltre il 44% ritiene che il processo decisionale sia il portato della pluralità di soggetti che vi operano e al Centro viene sottolineata l'estrema diversificazione a seconda delle aree prese in considerazione (47% circa), al Sud si fa prevalentemente riferimento ad una natura fortemente condizionata da vincoli politici e finanziari. Più omogenea, viceversa, è la realtà rispetto al coinvolgimento dei collaboratori. I Dg intervistati che coinvolgono i propri collaboratori nelle decisioni sono quasi il 65%, e quasi il 67% lo fa quando le decisioni riguardano la gestione delle risorse umane, percentuali non dis-

simili nelle varie aree geografiche, anche se nel Sud si rileva un caratterizzante maggiore in particolar modo per le decisioni relative alle ristrutturazioni (66,7%).

Mentre a livello nazionale circa la metà dei Dg intervistati sottolinea di avere apportato dei cambiamenti al proprio stile decisionale rispetto alla precedente esperienza professionale, principalmente nel senso di un carattere più relazionale e comunicativo (92%), al Sud è ben il 70% ad averlo fatto. L'83,3% dei Dg del Sud afferma che il cambiamento ha riguardato principalmente la concertazione e il coinvolgimento. Mentre sempre l'83,3% dichiara di aver assunto uno stile decisionale più tecnico, che si materializza in una maggiore consultazione sia della documentazione che degli esperti. Il 71,4% dichiara di cercare di mantenere in generale uno stile decisionale più comunicativo e relazionale, con l'intenzione di favorire la diffusione del dialogo e del confronto, e la assunzione di scelte il più possibile condivise e partecipate tra soggetti che rappresentano interessi differenti, ma che sono disponibili a convergere verso i valori e gli interessi dell'azienda.

L'indagine ha anche permesso di verificare come si è evoluta la distribuzione del tempo di lavoro dei Dg in relazione alle varie attività. Nel Meridione in particolare è emerso che, nella esperienza attuale rispetto al recente passato, è aumentato il tempo dedicato alla gestione finanziaria, alla valutazione della qualità, alla comunicazione, al marketing e alle riunioni e incontri con esperti di settore. La graduatoria nazionale relativa all'aumento del tempo destinato alle varie attività vede, invece, al primo posto la gestione finanziaria (58,8%), seguita dalla comunicazione e dal marketing (quasi il 57% degli intervistati), dalla gestione e valutazione della qualità (55%), e dalle riunioni e gli incontri con gli *stakeholders* (53,1%). E se per il 41% del totale dei Dg intervistati è diminuito il tempo dedicato alle attività di aggiornamento e condivisione delle esperienze, e in particolare quello dedicato alla partecipazione a convegni, workshop e seminari, per quasi il 57% dei Dg del Sud esso è invece aumentato.

L'indagine ha inoltre consentito di verificare se e in che misura, nella percezione soggettiva degli intervistati, siano state attivate iniziative di innovazione. In generale, è risultato che l'innovazione è per i Dg intervistati una priorità operativa, anche se dall'analisi dei dati essa risulta espressione di una sorta di spinta volontaristica, una voglia di ridefinire il contesto operativo, senza poter contare però su risorse aggiuntive dedicate a questo tipo di progetti. Nel Sud, malgrado la scarsità di risorse, la maggior parte dei Dg dichiara di avere investito e

impegnato più risorse rispetto agli anni passati in iniziative di innovazione, dalla tecnologia alla sfera organizzativa a quella informativa interna. E se si tratta di una quota inferiore a quella registrata per le altre aree geografiche, le differenze non sono sostanziali: al Sud è il 60% ad indicare ciò, al Centro il 62% e al Nord il 73%.

Ma che tipo di investimenti sono stati realizzati principalmente da parte della dirigenza del Sud nell'ambito delle proprie aziende sanitarie? In linea con la graduatoria nazionale, è nelle tecnologie (100%), nell'organizzazione dei processi interni (80%) e nei sistemi informativi interni (75%) che si è concentrato il maggiore sforzo innovativo nel Sud. Seguono iniziative di carattere innovativo compiute nell'area dei rapporti con l'utenza (62,5%), la gestione finanziaria (55,6%) e la gestione del personale (50%).

Secondo la totalità dei Dg del Sud, la principale difficoltà che vincola l'azione innovativa è rappresentata dall'inadeguatezza delle risorse, seguita dagli spazi normativi, regolatori e di prassi troppo stretti per fare vera innovazione e dallo scarso supporto interno ed esterno alla scelta di fare innovazione. L'analisi dell'articolazione territoriale mostra che se al Sud e Isole il richiamo all'inadeguatezza delle risorse come criticità rispetto all'innovazione prevale nettamente, al Centro-Nord a contare è soprattutto l'atteggiamento critico e diffidente dei soggetti coinvolti, vale a dire una certa inerzialità di comportamenti che tendono a radicarsi e a rendere difficili le strategie di mutamento dei contesti operativi della sanità.

5. Criticità e proposte per una sanità meridionale migliore

Sono l'instabilità finanziaria e la pressione mediatica i principali aspetti che, secondo gli intervistati del Sud e Isole, condizionano l'azione della direzione generale delle aziende sanitarie. Infatti, secondo il 70% degli intervistati del Meridione, il fattore che più ostacola l'azione della direzione generale è rappresentato dall'inadeguatezza e/o dell'incertezza delle risorse (dato inferiore a quello nazionale, pari al 78% di tutti gli intervistati); segue il fattore della pressione mediatica (il fatto cioè che «sia sufficiente un piccolo errore per finire alla gogna»), indicato dal 60% degli intervistati (valore maggiore di quello nazionale, pari a quasi il 57%).

Quanto ai problemi generali della sanità, dall'indagine risulta che il 70% dei direttori del Sud intervistati (in accordo con quelli delle altre

aree geografiche) indica al primo posto della graduatoria la ridotta strutturazione della medicina del territorio. L'analisi della diversificazione territoriale della percezione delle problematiche più significative della sanità mostra che:

- ♦ al Sud, oltre alla mancata strutturazione della medicina del territorio il riferimento va soprattutto alla scarsa attenzione data alla cultura e alla pratica manageriale, all'eccessiva lunghezza delle liste di attesa e all'eccessivo peso degli interessi e delle aspettative, anche legittime, della politica;
- ♦ al Nord si è molto più attenti alla ridotta strutturazione della medicina del territorio e alla inadeguatezza delle risorse rispetto ai fabbisogni reali;
- ♦ al Centro viene data maggiore attenzione al poco spazio lasciato all'etica da parte di decisori e operatori della sanità.

L'indagine permette, infine, di enucleare un'agenda delle cose da fare per migliorare l'offerta sanitaria meridionale. L'iniziativa che più riscuote consensi è la costruzione di un sistema organico per la diffusione e il trasferimento delle best practice, proposta indicata dal 60% degli intervistati del Sud; seguita dall'attivazione di supporti per l'azione del management sanitario (50%) e dalla creazione obbligatoria del punto unico di accesso al sistema sociosanitario per il paziente. L'agenda cambia se si osservano i valori relativi alle altre aree territoriali, in quanto i Dg del Nord e quelli del Centro si mostrano particolarmente favorevoli al confronto pubblico delle performance delle aziende sanitarie, e quindi all'attivazione di una concorrenza virtuosa, trasparente e verificabile tra i provider.

6. Per concludere

Negli ultimi tempi, agli errori umani (la distrazione del medico o dell'infermiere) e alle scorrettezze (la raccomandazione o il maltrattamento), si sono aggiunti in quantità problemi strutturali e finanziari nell'ambito della sanità italiana. Il tutto rimanda in molti casi alla debolezza di quello che può essere considerato l'hardware o il *core-business* del sistema, e cioè le strutture ospedaliere e ambulatoriali, le apparecchiature e il personale specializzato. Ma sempre più spesso viene chiamato in causa anche il software gestionale, cioè le funzioni manageriali, oggetto peraltro negli ultimi anni di un potenziamento crescente nel settore sanitario, l'unico in ambito pubblico che sta

adottando, ad esempio, una contabilità per centri di costo. Quelle funzioni che sovrintendono ad aspetti cioè di tipo aziendale e organizzativo, che assumono una valenza speciale in un contesto particolare e delicato, quale quello sanitario, in quanto da esse dipendono la vita e la morte delle persone e la tutela del diritto costituzionale alla salute, che si presenta spesso con carattere di urgenza e non rimandabilità. Basti pensare che anche un intervento chirurgico di routine coinvolge competenze di medicina, chirurgia, scienze infermieristiche, tecnologia, architettura, ingegneria, biochimica (e altre ancora) di evidente complessità, sia ciascuna per sé che soprattutto per i meccanismi di interazione e di sincronizzazione.

Di fronte a tutto ciò la sanità italiana sembra sempre a metà del guado, incapace di governare il tutto e soprattutto di evitare disfunzioni e malfunzionamenti, e spesso in balia dell'intervento giudiziario, dei controlli dei Nas e delle trasmissioni televisive di denuncia. Ma tutto ciò ha una ricaduta diversa a seconda della latitudine del paese, con problemi ben più gravi nel Sud rispetto al Centro e al Nord. In realtà, se è evidente la centralità delle competenze e delle funzioni cliniche nell'intervento sulla salute delle persone (dalla diagnosi, agli atti medici preventivi, curativi e riabilitativi, ivi compresi quelli supportati da tecnologie, alla attività prescrittiva) spesso non ci si rende conto di quale importanza abbiano nei sistemi complessi le competenze e le funzioni organizzative e gestionali, che riguardano in sanità due ambiti principali: il management delle strutture sanitarie (Asl e ospedali), incarnato nella dirigenza generale, sanitaria e amministrativa, e le funzioni paramediche della dirigenza infermieristica e del personale sanitario non medico. Proprio la specializzazione sempre più spinta e la complessità del background scientifico delle funzioni cliniche dovrebbero invece far riflettere sulla necessità di lasciare al medico lo spazio e il tempo necessari per approfondire le questioni che gli competono, analizzare i casi clinici, concentrarsi sugli interventi da compiere, lasciando ad altri il compito di assicurare il funzionamento e l'efficienza delle strutture, degli apparecchi, della assistenza al malato. Senza considerare l'importanza crescente, sancita da tutti i protocolli sanitari, di aspetti quali l'integrazione delle diverse funzioni e figure professionali, l'ascolto del malato, la continuità con il territorio (le altre strutture sanitarie, l'assistenza domiciliare, l'ambiente esterno), la valutazione dei risultati a lungo termine, ulteriori software gestionali che sarebbe assurdo assegnare al medico.

Riferimenti bibliografici

- Boni S. (a cura di), 2007, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Quaderni Formez n. 57, Ufficio stampa ed Editoria, Roma.
- Censis - Forum per la ricerca biomedica, 2007, *Disparità e prossimità. Performance dei servizi, domanda di comunicazione e malattie oncologiche*, Franco Angeli, Milano.
- Censis - Forum per la ricerca biomedica, 2008, *Fiducia, dialogo, scelta. Il rapporto medico-paziente e le patologie cardio-vascolari*, Franco Angeli, Milano.
- Censis - Forum per la ricerca biomedica, 2009, *Tra passato e futuro. Ruolo del farmaco e Health Technology Assessment*, Franco Angeli, Milano.
- Censis, 2010a, *Processi decisionali e gestione dei servizi in una sanità regionalizzata*, in: *Sanità in controluce*, 3° Rapporto Farmafactoring, in corso di stampa, Franco Angeli.
- Censis, 2010b, *Il sistema sanitario tra passato e futuro. Speciale sanità*, numero speciale «Censis-Note e Commenti», n. 1/2.
- Cicchetti A. (2004), *La progettazione organizzativa. Principi, strumenti, applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- Cicchetti A. e Marchetti M., 1999, *La valutazione delle tecnologie sanitarie: da supporto al policy making alla gestione manageriale dei servizi*, «Progettare per la Sanità», n. 50, pp. 55-72.
- Fatarella R. (a cura di), 2007, *Buona sanità. I manager della salute raccontano la sanità italiana*, Edizioni Noema, Verona.
- Fondazione Farmafactoring, 2008, *Sanità e finanza: una cultura in crescita*, Franco Angeli, Milano.
- Fondazione Farmafactoring, 2009, *Il sistema sanitario in controluce*, Franco Angeli, Milano.
- Fondazione Farmafactoring, 2010, *Il sistema sanitario in controluce. Rapporto 2009*, Franco Angeli, Milano.
- Vasara F. (a cura di), 2008, *Il governo dell'azienda sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- Vicarelli G., 2004, *Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano*, «Salute e Società», n. 3.
- Vicarelli G., 2007, *Aziende sanitarie: i direttori generali*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 6.

RPS

Carla Colicelli

SANITÀ NEL MEZZOG