

Accorpamenti delle Aziende sanitarie in Italia

di **Elisabetta Gramolini**

Le esperienze dei direttori generali protagonisti delle riorganizzazioni e le critiche degli esperti a un contesto assistenziale in piena rivoluzione.

La politica lo vede come un processo ineluttabile. Fra i tecnici, invece, l'accorpamento delle aziende sanitarie divide. Il tema è stato al centro di un convegno, organizzato a Roma dall'Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella" e dall'Associazione Direttori e Dirigenti sanitari del Distretto del Lazio, lo scorso 14 dicembre, nell'aula "A. Celli" del Dipartimento di sanità Pubblica e malattie infettive della "Sapienza" Università di Roma. Titolo dell'evento era "Accorpamenti delle Aziende Sanitarie in Italia: risposta adeguata alla sostenibilità del Ssn?". Alla domanda hanno provato a rispondere i relatori, fra i quali alcuni docenti universitari, esperti di economia aziendale, ma soprattutto i responsabili delle Asl che hanno subito una revisione della loro organizzazione o sono in procinto di farlo.

In poco più di vent'anni, le regioni italiane hanno dimezzato le aziende sanitarie. Si è passati infatti dalle 228 nel 1995 alle attuali 118. Il processo ha visto una accelerazione negli ultimi anni e molte regioni si apprestano ad abbassarne il numero. È il caso del Lazio, che passerà da dieci a sei nel 2017, di cui due solo nella Capitale, o del Veneto, dove la "dieta" sarà ancora più imponente: rimarranno soltanto sette delle attuali 21 Asl. Chi subirà una vera rivoluzione è la Sardegna, che, dal primo gennaio del 2017, accorperà in un'unica Azienda le odierne otto.

Stella polare della strategia, secondo i promotori, è la riduzione delle spese sostenute oggi per i direttori generali e i loro staff. Ma non solo, anche caratteristiche cruciali, come l'efficienza dei sistemi e la facilità di controllo, dovrebbero affiancare il processo. «Obiettivo fondamentale dell'accorpamento deve essere il rispar-

mio economico, ma non va sottovalutato l'investimento che va effettuato sulle risorse umane, siano esse amministrative o sanitarie». A dirlo è stata la presidente dell'Istituto Superiore di studi sanitari "Giuseppe Cannarella", Mariapia Garavaglia, in apertura del convegno. «Indispensabile poi – ha aggiunto – pensare a una logica di adeguamento dell'offerta ai bisogni dei territori attraverso l'integrazione dei servizi sociosanitari, giunta ad essere un passaggio ineludibile».

IL CONTESTO INTERNAZIONALE E LA SITUAZIONE ITALIANA

L'accorpamento delle Aziende sanitarie non è una esclusiva delle nostre regioni. Già in altri Paesi da almeno vent'anni si applica lo stesso modello. Nel Regno Unito, ad esempio, si è iniziato a ridurre il numero dal 1997, in conseguenza della politica a favore della cooperazione fra provider, incentivata dal governo laburista di Tony Blair. Il professor Gianfranco Damiani, direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene dell'Università Cattolica di Roma, ha illustrato i risultati di questo intervento nella sanità inglese e nel sistema statunitense: «Dal 1997 al 2006 – ha detto – gli Short term general hospitals sono passati da 223 a 112 e, dal 2000 al 2010, i Primary care groups sono stati ridotti a 152 dagli originali 303. Negli Stati Uniti, il cambiamento parte nel 1980, con l'introduzione di un sistema di pagamento prospettico e lo sviluppo della Managed Care, con la conseguente pres-



sione sui costi e le difficoltà economiche. Il processo ha fatto in modo che, secondo l'American Hospital Association, nel 1994, più del 10% degli ospedali risultasse coinvolto nelle forme di inglobamento, e fra il '91 e il '93, ci fossero 56 accorpamenti di ospedali. Per quanto riguarda il nostro Paese, dal 2005 al 2017, vi è stata una riduzione del numero delle Asl del 42%, e del numero dei distretti del 33%. Le principali assunzioni, che muovono i sostenitori verso questo processo di unione, sono le economie di scala che si dovrebbero generare, la razionalizzazione dei servizi forniti, la riduzione dell'eccesso di capacità, il miglioramento della qualità clinica e della formazione, l'attrazione e la fidelizzazione dello staff. A queste si dovrebbero affiancare politiche, quali: la sostenibilità finanziaria delle organizzazioni più piccole, un aumento del potere di contrattazione, l'ampliamento dell'organizzazione in risposta a sfide da parte dei committenti, il miglioramento dei servizi per la salute mentale visto che una singola organizzazione può fornire servizi di maggior qualità». Il professor Damiani ha quindi presentato i risultati di una ricerca condotta dal suo team che ha valutato l'impatto dell'accorpamento in termini di processi ed esiti, attraverso la letteratura scientifica internazionale, integrata da articoli cosiddetti chiave. «In termini clini-

cultura organizzativa manifestata con la sensazione di essere stati "colonizzati", l'allontanamento percepito dai senior manager dall'azione di governo e l'aumento dello stress lavorativo. Vi è, inoltre, la percezione di un peggioramento nell'erogazione dei servizi a danno dei pazienti. In conclusione, se vogliamo accorpate dobbiamo avere risorse altamente qualificate e uno staff in grado di leggere i processi clinici e gestionali piuttosto che la produttività di singole strutture. Non esiste una sorta di automatismo tra accorpamento e raggiungimento degli

obiettivi, visto che le evidenze in letteratura mostrano risultati contrastanti. Per fare in modo che il processo abbia successo – ha suggerito Damiani – è bene attivare una valutazione sistematica e periodica delle policy e infine sviluppare l'infrastruttura informatica, volta a garantire la personalizzazione di un servizio a fronte di una sempre maggiore distanza fra vertici dell'azienda e fruitori del servizio».

IL RUOLO DEGLI INTERMEDI

Aumentare la dimensione della realtà aziendale ha, per conseguenza, numerose ricadute se non si modificano i processi all'interno dell'organizzazione. A spiegarlo durante il convegno alla "Sapienza" è stato Mario Del Vecchio, professore Associato di Economia aziendale presso la Facoltà di Medicina, Università degli studi di Firenze. Il docente ha elencato una serie di "passi falsi" in cui le Aziende sanitarie rischiano di incappare: «Il primo appunto che faccio – ha dichiarato - è che dobbiamo superare l'isomorfismo organizzativo perché ciò che si utilizza in un'azienda piccola non lo si può applicare in una più grande. Inoltre, una delle caratteristiche delle aziende sanitarie, e in generale delle aziende professionali, è che i nuclei operativi vogliono stare vicini ai nuclei strategici, cioè a chi decide. Se l'azienda è piccola, questa condizione si può realizzare, ma in quelle grandi si devono inserire delle linee intermedie. Ciò però è molto difficile da concretizzare perché le linee intermedie storicamente costruite sono di natura professionale, ad esempio l'unità operativa e il dipartimento. Ma – ha commentato - quando in un dipartimento ci sono 60 unità complesse, è evidente che non possono essere governate da un unico direttore di dipartimento. Fra questi e il direttore generale ci deve essere una figura intermedia. Lo impone la variazione



delle dimensioni, vissuta negli ultimi 15 anni dalle aziende: la crescita è stata superiore al 70% dal 2001 al 2016». Altro problema atavico che, secondo il docente dell'ateneo fiorentino influenza le organizzazioni nel nostro Paese, è l'autonomia manageriale: «La difficoltà si manifesta nelle aziende inserite nei sistemi di gruppo (holding) – ha detto –. Questo sistema infatti è ben rodato nel privato ma meno nei sistemi pubblici, dove la concezione dell'autonomia è dicotomica: il direttore o ce l'ha oppure no. È quindi poco probabile che il direttore generale dell'azienda accetti le decisioni della Azienda "zero", creata, per esempio in Veneto per affiancare le Aziende sanitarie con il compito di occuparsi della programmazione. Altro tema è la monocraticità che dovrebbe cedere il posto alla collegialità – ha concluso –. Sulle orme dell'esperienza inglese, dove esistono già da tempo, si inizia a vedere che nelle aziende si affiancano dei board agli enti intermedi, poiché è impensabile affidare le chiavi a una persona sola».

L'ESPERIENZA MARCHIGIANA

Nel 2017 le Marche compiranno 14 anni di accorpamento delle Asl. Nel 2003 infatti, in maniera pionieristica, la Regione ha deciso di riunire in un'unica Azienda le ex 24 Unità sanitarie locali esistenti. Oggi l'organizzazione prevede 24 ambiti, 13 distretti e 5 aree vaste per un milione e 550mila residenti. Il direttore generale dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale ASUR delle Marche, Alessandro Marini, è sembrato entusiasta del processo. «Il percorso iniziato nel 2003 ha portato a un'identità aziendale con 16mila occupati e 2,7 mi-

liardi di euro di budget – ha riferito –. Dal 2007, il bilancio dell'Azienda è in equilibrio economico e speriamo lo rimanga nonostante siamo molto preoccupati dell'impatto che avrà il terremoto di agosto e ottobre». Il direttore Marini non ha nascosto le criticità che presenta lo scenario marchigiano: «La particolare conformazione del territorio, per lo più collinare – ha spiegato – nei secoli ha generato rivalità fra le comunità che vivono a molti chilometri di distanza. Questo non faceva auspicare la riuscita dell'accorpamento perché ogni zona, assimilabile più o meno ai confini della provincia, voleva la sua Azienda. Abbiamo vissuto dei momenti cruciali – ha poi aggiunto -. Per esempio, il 2015 è stato l'annus horribilis della sanità marchigiana per via dell'applicazione del D.M. n. 70 che ha costretto un riassetto della rete ospedaliera, oggi costituita da 3.200 posti letto, in totale, e il dimezzamento dei presidi ospedalieri (da 26 a 13), con la conversione di una metà in ospedali di comunità che riteniamo essere l'odierna ossatura dell'offerta territoriale. In particolare, collaterale a questi presidi – ha aggiunto il direttore Marini -, abbiamo inserito le cure intermedie grazie a un accordo con i medici di medicina generale. Non è un percorso istantaneo – ha terminato -. Sappiamo di aver superato il periodo dell'"infanzia" e che ora siamo nella fase più critica dell'"adolescenza", ma non possiamo tornare indietro perché abbiamo fatto un lavoro importante con la consapevolezza che sia stata una scelta che può dare una prospettiva al nostro sistema sanitario».



