# Introduzione: 40 anni di management sanitario

*di Elio Borgonovi*
*Presidente CERGAS*
*Ordinario di Economia Aziendale – Università Bocconi*

Quando nel novembre del lontano 1969 accettai la proposta del professor Carlo Masini di entrare come giovane ricercatore nell'Istituto di Economia Aziendale dell'Università Bocconi avevo solo scarse conoscenze su cosa volesse dire fare il ricercatore e il docente universitario. Come studente avevo letto libri, frequentato lezioni e distinto i miei professori tra quelli che avevano detto cose per me più nuove e stimolanti da quelli che avevano suscitato un minore interesse, ma essendo il primo laureato della mia famiglia e venendo da un piccolo paese non mi aveva nemmeno sfiorato prima di allora la prospettiva di una carriera universitaria. Tuttavia, avevo un'idea chiara e forte: non ero attratto dal lavoro di banca o da un lavoro che avesse richiesto di stare seduto alla scrivania, volevo fare qualcosa che mi consentisse di stare in mezzo alle persone e di soddisfare la curiosità che mi aveva caratterizzato fin da bambino.

Perciò accettai ben volentieri la proposta del professor Masini di occuparmi di amministrazioni pubbliche poiché, come lui era solito dire, «abbiamo la responsabilità etica, morale e sociale di contribuire a far funzionare meglio comuni, province (allora le regioni non erano ancora istituite), ministeri, ospedali, imprese municipalizzate, in generale tutti gli enti da cui dipende la qualità della vita dei cittadini».

Una proposta che per me era affascinante in quanto si basava su quattro principi che trovavo coerenti con i valori e le motivazioni che da giovane mi avevano spinto a partecipare attivamente e con ruoli di responsabilità alle attività parrocchiali del mio paese, a fondare la squadra di calcio nella quale ho militato in verità con scarso successo, a organizzare agli inizi degli anni Sessanta i «giochi della gioventù» (atletica, ping-pong, pallavolo ecc.) di cui il mio piccolo comune non aveva potuto farsi carico per mancanza di personale:

- le qualità delle singole persone sono importanti, ma i migliori risultati si ottengono quando tante persone collaborano e partecipano al «gioco di squadra». Nella mia esperienza mi era capitato più volte di lasciare fuori

squadra «piccoli campioni di paese» che pensavano al proprio successo e non aiutavano i compagni;

- l'economia è la scienza che studia il rapporto tra fini (il soddisfacimento dei bisogni umani) e mezzi (risorse limitate). Nell'epoca moderna tale rapporto può essere migliorato quando le persone si riuniscono in «istituti sociali» (le famiglie, le imprese, le istituzioni politico-rappresentative, le istituzioni private non profit) per produrre e trasferire beni utili e con essi soddisfare i propri bisogni;
- l'economia deve servire alle persone, ossia deve aiutarle a farle star meglio. Purtroppo questo sembrerebbe essere diventato quasi un paradosso negli ultimi decenni della globalizzazione, nei quali prevalgono politiche che hanno le dichiarate finalità di «salvare l'economia» anche quando ciò vuol dire fare stare peggio centinaia di milioni di persone che, per esempio, non trovano occupazione o vedono ridotti i livelli di tutela della salute;
- non esistono fini economici, o, per meglio dire, esistono obiettivi economici che devono sempre essere considerati «strumentali», e quindi «subordinati» alle finalità delle singole persone e delle comunità sociali nelle quali esse sono organizzate.

In particolare attiravano il mio interesse due elementi della scienza economica: la centralità delle persone e il fatto che il buon funzionamento dell'economia (concetto in sé astratto) dipende dal «buon funzionamento» delle unità nelle quali si articola il sistema economico, sinteticamente le aziende. Per questo avevo scelto di entrare nell'Istituto di Economia Aziendale, poiché mi piaceva la sfida di contribuire a far funzionare meglio le aziende, specialmente quelle che avevano il fine di garantire l'interesse generale. Fu quindi per me naturale seguire attivamente e partecipare al dibattito che negli anni Setttanta aveva preceduto l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale, il cui fine fu definito dalla legge 833/78 come «recupero, mantenimento e promozione del benessere fisico, psichico [e mi permetto qui di aggiungere spirituale in senso religioso laico] delle persone». Un dibattito che è stato qualificato dal passaggio dal concetto di lotta alla malattia a quello di tutela della salute come diritto del cittadino (o più in generale della persona), al quale hanno partecipato medici (clinici e di sanità pubblica), sociologi, psicologi, cultori di scienza della politica, economisti, giuristi, aziendalisti (oggi è più in voga la definizione di cultori di management) e cultori di molte altre discipline.

Da subito mi colpì il fatto che nel dibattito precedente e immediatamente successivo all'approvazione della legge 833/78 l'attenzione era concentrata prevalentemente, o quasi esclusivamente, sui principi generali del SSN, sull'aspetto della «politica sanitaria» (oggi si è ormai affermato il concetto di politica della salute), sull'estensione del diritto, sulla sostenibilità economica dell'estensione del diritto a tutta la popolazione, mentre era praticamente

assente l'attenzione sul funzionamento delle «unità sanitarie locali», alle quali erano stati trasferiti i presidi, i servizi, in generale le strutture che dovevano erogare prestazioni e servizi di tutela della salute. Nella mia mente di giovane e ancora inesperto ricercatore era presente una domanda per me banale: «come faranno i presidenti, i comitati di gestione (organi di carica politica), gli uffici di direzione (organi tecnico-professionali) a gestire entità così complesse come sono le unità sanitarie locali?».

Cercai di rispondere a questa domanda, ma scoprii subito che vi erano pochissimi libri e articoli italiani che si occupavano specificamente della gestione di aziende che operavano nel settore della salute, che i più numerosi libri e articoli stranieri che si occupavano del «management sanitario» (*healthcare management*) in realtà facevano riferimento a sistemi giuridici, sociali ed economici molto diversi da quello italiano, che i consulenti si limitavano il più delle volte a suggerire il trasferimento al SSN e alle USL dei metodi e delle tecniche di gestione e di management applicati all'estero (in genere negli USA) o dalle imprese private (che però producevano beni e servizi completamente diversi dalla tutela della salute) e, cosa molto sorprendente, che gli studiosi di economia aziendale (in Italia) e di management (all'estero) in generale consideravano il settore della tutela della salute fuori dal campo dei propri interessi. Questa lacuna era per molti aspetti incomprensibile poiché già allora, ma ancor più oggi, il settore della tutela della salute assorbiva una parte rilevante del PIL dei paesi progrediti e poiché gli ospedali, e ancor più le unità sanitarie locali, erano le aziende «a più elevata complessità» come sottolineato da uno dei guru del management, Henry Mintzberg, a partire dagli anni Novanta del secolo scorso.

Non potendo fare affidamento su studi e ricerche consolidate, non mi restava che una scelta semplice e banale, ma che si è rivelata per me fonte di grande soddisfazione e, devo dire, anche di successo in campo accademico: applicare agli enti ospedalieri (prima del 1978) e alle unità sanitarie locali (dopo la legge 833/78) i principi dell'economia aziendale, cercando di tradurli concretamente in modi coerenti con le specificità del SSN, riprese e ben sistematizzate da Federico Lega in questo volume.

Una scelta che mi ha portato a fondare nel novembre del 1968 il CERGAS (Centro di Ricerca sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e servizi sociali), ad avviare da allora un'intensa attività di ricerca (applicata e teorica) e di formazione (manageriale prima presso la SDA, Scuola di Direzione Aziendale, e in seguito nei corsi di laurea e laurea magistrale rivolti agli studenti universitari), nella quale sono stati impegnati in oltre 35 anni decine di ricercatori-docenti che hanno saputo sviluppare e consolidare e innovare le mie prime intuizioni. Mi piace qui ricordare il primo seminario organizzato presso la SDA su «Efficacia ed efficienza degli enti ospedalieri» (11 e 12 dicembre 1978), il seminario rivolto ai dirigenti delle regioni chiamati

ad applicare la legge 833/78 (dal 19 al 26 ottobre 1979), il CORGESAN (Corso di Gestione e Organizzazione in Sanità) la cui prima edizione si svolse nel 1982. Questo programma è stato il capostipite di una serie di corsi di perfezionamento e master tra i quali il COGEMSAN (Corso di Gestione e Management in Sanità per dirigenti amministrativi), EMMAS (Executive Master in Management delle Aziende Sanitarie), MiMS (Master in Management per la Sanità), MIHMEP (Master of International Health care Management, Economics and Policy) in lingua inglese e di centinaia di corsi executive della durata di 2-20 giorni su temi più vari.

Può far sorridere i lettori di questo volume il commento raccolto nel 1982 alla fine della prima edizione del CORGESAN al quale avevano partecipato direttori sanitari, direttori amministrativi, dirigenti di servizi infermieristici, alcuni primari: «il corso è stato molto interessante e innovativo, abbiamo imparato che cosa significa gestire aziende complesse, ma non troverete più altri 22 matti come noi disposti a seguire corsi di management». Si tratta invece di una chiara e sintetica espressione di come la cultura aziendale/manageriale fosse allora considerata estranea alle problematiche del SSN.

Era il tempo in cui quando si entrava in aula si sentiva spesso dire «la salute è un bene che non ha prezzo», affermazione alla quale eravamo soliti rispondere «non discutiamo il valore etico ma sicuramente possiamo dire che la tutela della salute ha un costo, poiché per fare prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ci vogliono medici, infermieri e altro personale, edifici, apparecchiature, attrezzature, letti, computer, farmaci e altri beni di consumo, e quindi è necessario imparare a utilizzare al meglio le risorse disponibili per poter dare a un più ampio numero di persone i più elevati livelli di assistenza possibili».

Devo dire che questa nostra risposta faceva molto riflettere i partecipanti ai primi corsi di formazione che, dopo averla sentita, accettavano almeno di ascoltarci e, sempre più frequentemente, di «sfidarci» chiedendoci di dimostrare come gli strumenti dell'economia aziendale e del management potevano aiutarli a risolvere i problemi che dovevano affrontare ogni giorno. Questo atteggiamento è ben sintetizzato da quanto è solito dire il collega e caro amico Beppe Zuccatelli che ha ricoperto posizioni di top management a livello di USL, aziende sanitarie (dopo la «seconda riforma» introdotta con i D.Lgs. 502/92 e 517/93), assessorati regionali alla sanità, subcommissario nominato dal governo in regioni sottoposte a piani di rientro: «quando mi trovai a essere presidente di ASL, essendo medico, non sapevo bene da che parte iniziare per gestire una realtà così complessa e perciò decisi di andare a frequentare alcuni corsi organizzati dalla SDA dell'Università Bocconi dove imparai a sistematizzare il mio buon senso e le mie capacità naturali per diventare manager».

Non so se è vero, ma molti in Italia pensano (e lo hanno scritto) che le ricerche svolte dal CERGAS e i corsi di formazione organizzati dalla SDA

Bocconi abbiano contribuito in misura significativa a far introdurre nel SSN il cosiddetto «modello aziendale» e gli strumenti manageriali. Tutti invece devono riconoscere, poiché è confermato dalle evidenze empiriche di decine e centinaia di articoli e di libri, che a partire dagli anni Novanta è aumentato a ritmi crescenti il numero di ricercatori e docenti di discipline aziendali e di management che hanno orientato i loro studi al settore della tutela della salute. Molti di essi hanno avviato corsi sui diversi aspetti di management delle aziende sanitarie nelle loro università e hanno contribuito con articoli all'affermazione della rivista MECOSAN, che nel 2013 celebra i 22 anni di vita.

Dopo oltre 40 anni da quando incominciai a usare il termine di «azienda» applicato prima agli enti ospedalieri, poi alle USL, in seguito a quelle che anche giuridicamente sono state riconosciute come «aziende sanitarie territoriali» e «aziende ospedaliere», si è arrivati a un altro punto di svolta evidenziato da due grandi temi:

- a livello macroeconomico la «sostenibilità» di un sistema di tutela della salute di carattere «universale» (modello di SSN);
- il valore e la rilevanza da attribuire alle conoscenze aziendali e/o di management, poiché molti sono ritornati a essere assai critici rispetto a questo sistema concettuale.

I due temi sono strettamente collegati poiché la sostenibilità del SSN è fortemente condizionata dalla capacità delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere di applicare correttamente e concretamente i principi di efficacia (produrre ed erogare solo servizi che rispondono a reali bisogni di salute), appropriatezza (seguire le metodiche di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, fondate su solide conoscenze scientifiche e su evidenze dei risultati, *evidence-based medicine*, garantendo la sicurezza dei pazienti), qualità (produrre ed erogare servizi che rispondono nel modo più soddisfacente possibile alle esigenze reali e alle aspettative dei pazienti), efficienza (produrre ed erogare servizi appropriati e di qualità con il minore impiego di risorse), economicità (garantire i livelli essenziali di assistenza con un equilibrio economico delle aziende di lungo periodo). A sua volta la capacità delle aziende di rispettare questi principi dipende dalle «regole» e dalle «politiche» che vengono decise a livello generale del Servizio Sanitario Nazionale, per esempio dalla definizione del livello di finanziamento del sistema di tutela della salute, dai criteri di ripartizione tra le regioni e dalle regioni alle aziende sanitarie, dalla definizione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) stabiliti nel Patto per la Salute tra stato e regioni, dalle priorità relative a patologie, condizioni di salute (per esempio, anziani, persone con patologie croniche e non autosufficienti), gruppi di popolazione (bambini, donne ecc.), stabilite dai piani per la salute nazionale e regionali, nelle linee guida o linee programmatiche dello stato e delle regioni.

La sequenza indicata con riferimento ai principi che devono guidare la gestione delle aziende sanitarie non è casuale e ha lo scopo di rispondere alle critiche rivolte alla logica «aziendalistica e di management». Essa non significa affatto privilegiare gli aspetti economici e gli equilibri di bilancio rispetto a quelli medico-scientifici, sociali, psicologici, assistenziali, etici e di tutela dei diritti della persona, ma al contrario significa «fare le cose giuste (risposta ai bisogni reali di salute), nei modi più efficaci e con il minor impiego di risorse consentito dall'applicazione delle conoscenze sul governo di sistemi complessi». Infatti, l'enorme sviluppo delle conoscenze in campo scientifico, tecnologico, economico, organizzativo ha cambiato radicalmente il contesto: la centralità del paziente come persona in senso olistico, l'umanizzazione, l'efficacia delle risposte ai bisogni di salute non possono essere demandate solo o prevalentemente al «rapporto personale e di fiducia» medico-paziente, ma sono condizionate in misura sempre più rilevante dalla capacità di gestire sistemi complessi e integrati (fasi di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione), ossia dalle capacità manageriali.

Cogliendo la rilevanza e la criticità del rapporto tra sostenibilità macroeconomica e livelli di funzionalità delle aziende, bene ha fatto Federico Lega a riprendere il tema del management per le aziende sanitarie riproponendolo in questo libro rivolto agli studenti dei corsi universitari, ma utile anche a chi intende sistematizzare la propria esperienza di manager all'interno delle aziende. Il focus del libro è sui sistemi di management (cap. 4), ma l'autore arriva alla trattazione del tema avendo costruito un quadro generale di riferimento che parte dalla rilevanza economica e sociale del sistema di tutela della salute (cap. 1), si sviluppa con l'analisi delle caratteristiche istituzionali del SSN italiano fortemente caratterizzato dall'autonomia delle regioni (cap. 2), per completarsi nel cap. 3 con l'analisi delle «specificità» delle aziende sanitarie e delle differenze tra quelle pubbliche e quelle private, che pure fanno parte del sistema di offerta (privato accreditato).

Il libro presenta due chiavi di lettura di tipo «circolare». La prima collega il cap. 1 sulla rilevanza del sistema di tutela della salute al cap. 5, nel quale il tema della sostenibilità di lungo periodo è collegato al concetto di innovazione. Il ragionamento è tanto semplice nella sua formulazione quanto complesso nella sua attuazione: la tutela della salute a tutti i cittadini con livelli essenziali di assistenza di elevata/soddisfacente qualità può essere sostenibile solo a condizione di innovare i modelli di assistenza ospedaliera, di cure primarie, di integrazione socio-assistenziale sul territorio. Tuttavia, solo chi ha solide conoscenze sui rapporti tra livelli di governo (relazioni stato-regioni-aziende sanitarie trattate nel cap. 2), sulle caratteristiche delle aziende, sulle caratteristiche di aziende che «erogano servizi» del tutto particolari (trattate nel cap. 3), sui rapporti tra fini aziendali e strumenti manageriali (trattati nel cap. 4), è in grado di introdurre l'innovazione

tramite la gestione di processi di cambiamento. La tesi che Federico Lega sviluppa con riferimento a questo primo «cerchio di relazioni», dal sistema alle aziende e dalle aziende al sistema, può essere espressa nei seguenti termini: è impossibile prevedere il futuro anche se certe dinamiche sono ormai chiare (per esempio, allungamento della vita delle persone, aumento delle patologie croniche ecc.), è difficile proporre soluzioni per problemi strutturali il cui superamento dipende da variabili quali dinamiche dei mercati finanziari, politiche sul debito pubblico, equilibri politici e sociali, ma è ancor più difficile «gestire processi di cambiamento». Questa deve essere la caratteristica e la prospettiva essenziale che qualifica il manager di oggi e, soprattutto, di domani.

Un modello di management che viene sviluppato nel secondo «cerchio di relazioni» del cap. 4. Esso infatti si apre, nel par. 4.1, con l'analisi delle relazioni tra governance (che deve presidiare i fini aziendali), strategia (traduzione dei fini in linee di azione di lungo periodo), rendicontazione (che significa rendere conto a tutti i soggetti che hanno interessi riguardanti il funzionamento delle aziende, gli stakeholder), si sviluppa nei paragrafi successivi con l'analisi dei diversi sistemi di management (dalla programmazione al controllo, al performance management, alla gestione strategica del personale, al marketing inteso come rapporti con i pazienti, all'applicazione delle tecnologie di *e-health*), per concludersi con il recupero di una visione sistemica di management aperto alle relazioni con altre aziende nella trattazione delle public-private partnership nel settore (par. 4.10).

Evidentemente spetta ai lettori, e non a chi fa l'introduzione, valutare la qualità e l'utilità dei libri. Sulla base della mia esperienza posso solo dire che in questo libro Federico Lega coglie gli elementi essenziali del dibattito pluridecennale sulle aziende e sul management sanitario ed è in grado di proporre riflessioni sulle sfide del prossimo futuro.

*Elio Borgonovi*