

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MESSINA
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MESSINA**

**CORSO DI FORMAZIONE IN
MANAGEMENT SANITARIO PER DIRIGENTI DI STRUTTURE COMPLESSE**

**ASSETTI ISTITUZIONALI E STRUMENTI DI GOVERNANCE DEI SERVIZI
SANITARI REGIONALI**

CHI GOVERNA ?

**STORIA DELL'AZIENDA USL
DI AVELLANA-SULPIANO**

CASE STUDY PER LA DISCUSSIONE IN AULA

LEZIONE DEL 17 LUGLIO 2015

PROF. ANGELO TANESE

1. LA COSTITUZIONE DELL'AZIENDA-USL DI AVELLANA-SULPIANO

L'azienda USL di Avellana-Sulpiano è stata istituita con la L.R. n. 72 del 25.10.1994 che, in attuazione del decreto 502/92, ha proceduto all'accorpamento delle precedenti 15 USL regionali, istituendo 6 nuove aziende sanitarie locali. In particolare, l'ASL è sorta dall'unione delle tre precedenti unità sanitarie locali rispettivamente di Avellana, Sulpiano e Montefiore.

Per comprendere il significato e il contesto nel quale si inserisce il processo di aziendalizzazione delle USL in questa regione, è opportuno fare qualche passo a ritroso e ripercorrere alcune tappe dello sviluppo del sistema sanitario regionale.

1.1. Il sistema sanitario regionale

Le USL erano state istituite nel 1980 (in attuazione della L.833/78), definendo per ciascuna di esse gli ambiti territoriali e il modello organizzativo, con l'assunzione da parte della Regione di un ruolo guida di programmazione, integrazione e coordinamento. Tuttavia l'attuazione della riforma sanitaria ha incontrato negli anni successivi grosse difficoltà; infatti nel 1990, a dieci anni dalla sua emanazione, la legge regionale appariva ancora incompiuta sotto molteplici aspetti:

- l'articolazione della struttura organizzativa dell'Assessorato regionale alla sanità era ancora quella preesistente al 1980, con una forte penalizzazione delle nuove funzioni di programmazione sanitaria, affidate ad un unico Ufficio di limitate dimensioni, l'assenza di un Osservatorio epidemiologico regionale, la vacanza dell'80% dei ruoli dirigenziali, l'assenza di alcune funzioni di supporto e delle relative competenze professionali (CED, controllo di gestione, ecc.);
- la persistenza di un meccanismo di finanziamento delle USL basato sul criterio della spesa storica, parzialmente corretto, a partire dal 1990, da un calcolo della mobilità infraregionale in termini di ricoveri;
- le USL non avevano ancora adottato il nuovo modello organizzativo previsto dalla L.R. n. 10 del 1980;
- la Regione non si era ancora dotata di uno strumento programmatico unico e efficace (il Piano sanitario regionale).

Quest'ultimo punto, vale a dire la mancata stesura e approvazione di un Piano Sanitario Regionale, comportava l'inattuazione di una serie di interventi di riforma già previsti dalla 833/78 e ripresi dalla L.R.10/80:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera
- l'attivazione dei distretti sanitari di base
- l'approvazione delle piante organiche delle USL
- il riordino dei servizi e dei meccanismi di finanziamento delle USL
- la riorganizzazione dello stesso Assessorato alla sanità
- politiche per la formazione e per la ricerca sanitaria
- l'istituzione delle reti di emergenza regionale
- l'adeguamento dei sistemi informativi
- politiche mirate verso categorie di utenti (anziani, disabili psichici, handicap, ecc.).

In questo quadro, le USL operavano come isole autonome, da un lato prive del supporto programmatico regionale, dall'altro non sottoposte ad alcun intervento di controllo e di valutazione dei risultati. Se l'innovazione faceva fatica ad arrivare dall'alto, dal basso la capacità di programmazione e organizzazione delle singole USL appariva comunque in generale carente. Tranne alcuni casi, assai rari e circoscritti, il quadro generale era di scarsa informatizzazione delle attività, di assenza di strumenti di programmazione e controllo delle risorse, di forte autonomia professionale degli operatori e di centralizzazione assoluta dei presidi ospedalieri.

A monte di tutto, si era consolidata una gestione delle risorse fortemente condizionata (se non subordinata) da logiche politiche locali, con un'ingerenza costante dei partiti, dei sindacati, di amministratori e di figure varie di rilievo locale, nelle principali scelte di gestione (assunzioni, carriere dei medici, apertura/chiusura di servizi, investimenti, ecc.).

All'inizio degli anni '90, con lo scioglimento dei Comitati di gestione e il commissariamento delle USL, il sistema sanitario regionale veniva attraversato da un ulteriore vento di instabilità; se da un lato esso costituiva un fenomeno di rottura che poneva fine o limitava l'autarchia e l'incontrollabilità delle precedenti gestioni, dall'altro rallentava ulteriormente il processo di attuazione della riforma sanitaria. Il primo Piano Sanitario Regionale (1990-1992), ormai ultimato nei suoi contenuti, non veniva approvato; il sistema entrava in una fase di gestione transitoria, in attesa dell'evoluzione del dibattito parlamentare sulla "riforma della riforma".

Negli anni successivi, che hanno visto in questa regione l'emergere di alcuni scandali trainati dall'"effetto Tangentopoli", il quale non ha risparmiato la sanità, lo sviluppo del sistema regionale si è focalizzato principalmente intorno al dibattito istituzionale sui criteri di accorpamento delle USL. E' significativo che la quasi totalità degli articoli di giornale del periodo, relativi all'approvazione del nuovo Piano Sanitario Regionale, sollevino come problema maggiore, se non unico, quello della determinazione del numero e delle dimensioni delle nuove aziende sanitarie regionali.

La L.R. n. 72 del 25 ottobre 1994, che istituisce le 6 ASL e approva il Piano Sanitario Regionale 1994-1996, segna un importante momento di rinnovamento del servizio sanitario regionale.

Tuttavia, l'iter che conduce all'approvazione della legge è caratterizzato da accesi dibattiti, sia in sede regionale che presso la pubblica opinione, con mobilitazioni dei cittadini e interventi di figure di rilievo nazionale; dibattiti che, come vedremo in seguito, permangono tuttora in corso a tre anni di distanza e non pervengono ancora ad una risoluzione definitiva. I diversi gruppi politici proponevano soluzioni diverse rispetto al numero di aziende da istituire: per alcuni esse dovevano essere 4 (una per provincia), per altri occorreva un'unica azienda regionale, altri ancora proponevano l'istituzione di 4 ASL e di 4 aziende ospedaliere (nei 4 capoluoghi di provincia). Prevalse infine la costituzione delle attuali 6 ASL poi approvate:

- l'ASL n. 1, nata dall'accorpamento di tre USL (71 comuni per circa 200.000 ab.)
- l'ASL n. 2, coincidente con il territorio della ex-USL (35 comuni per circa 98.000 ab.)
- l'ASL n. 3, nata dall'accorpamento di due USL (28 comuni per circa 185.000 ab.)
- l'ASL n. 4, nata dall'accorpamento di due USL (76 comuni per circa 210.000 ab.)
- l'ASL n. 5, nata dall'accorpamento di tre USL (46 comuni per circa 287.000 ab.)
- l'ASL n. 6, nata dall'accorpamento di quattro USL (47 comuni per circa 278.000 ab.)

Non sono presenti aziende ospedaliere.

1.2. La costituzione dell'ASL di Avellana-Sulpiano

L'ASL di Avellana-Sulpiano è dunque una delle due ASL in cui è stata suddivisa la provincia in cui opera, ed è sorta dall'accorpamento di tre precedenti USL.

Come si evince dai dati (71 comuni e circa 200.000 abitanti), si tratta di un'azienda dalle vaste dimensioni territoriali, operante su una superficie pari a quasi un terzo dell'intero territorio regionale e costituita per buona parte (più di 3.000 kmq) da zone montane. La densità abitativa è molto bassa e la popolazione è frazionata sul territorio; dei 71 comuni presenti, una trentina presenta una popolazione inferiore ai 1.000 abitanti. Inoltre, soprattutto nelle aree periferiche e montane, la popolazione ultrasessantacinquenne raggiunge anche il 30% del totale.

Come per le altre ASL, anche per questa il dibattito in sede regionale e nei singoli comuni sugli ambiti territoriali è stato molto acceso. Per ragioni di antica rivalità e radicato campanilismo, l'accorpamento tra Sulpiano, Avellana e Montefiore è stato fortemente osteggiato dalle popolazioni e soprattutto dagli amministratori locali. In particolare tra Sulpiano e Avellana, due cittadine di antiche origini e tradizioni che, pur non essendo capoluoghi di provincia, hanno sempre cercato di mantenere una loro autonomia politica e culturale in ambito regionale; in questi ultimi anni in particolare, data anche la lontananza geografica dal capoluogo di provincia, entrambe si sono proposte come nuove province da istituire, anche se tuttora nessuna delle due è stata accettata.

Dal punto di vista geografico, i territori di competenza delle tre ex-USL sono ben distinti e delimitati:

- Montefiore occupa una zona prettamente montana (12 comuni, 17.000 abitanti), posta al confine con un'altra regione;
- Sulpiano si estende lungo tutta una vallata (24 comuni, 55.000 abitanti), racchiusa tra due catene di monti;
- Avellana comprende una vasta area più densamente abitata, in parte pianeggiante, in parte montana (35 comuni e 128.000 abitanti), confinante con un'altra regione.

La separazione fisica, che rende i collegamenti viari non sempre agevoli, nonché la rivalità tra Avellana e Sulpiano e la mancanza all'interno dell'ASL di un centro di riferimento principale, hanno reso da subito problematica la definizione dell'assetto istituzionale e organizzativo della nuova azienda.

Il primo problema è sorto per l'individuazione della sede legale. Per lunghi mesi, dopo l'istituzione dell'ASL, sindaci e amministratori locali hanno condotto una serrata lotta politica, fatta di comizi, riunioni, alleanze, negoziazioni segrete e conferenze stampa per vincere la battaglia della sede legale dell'azienda. Da un lato i fautori di Avellana, forti della maggiore dimensione della ex-USL e della maggiore rilevanza dell'offerta di servizi sanitari; dall'altra una coalizione Sulpiano-Montefiore, entrambi determinate a non farsi

“espropriare la USL”. Alcune voci sostenevano che Sulpiano l’avrebbe spuntata, a patto di rinunciare (a favore di Avellana) alla candidatura a provincia autonoma...

Finché in una votazione la conferenza dei Sindaci ha espresso parere favorevole per localizzare la sede legale a Montefiore (con 22 voti contro i 20 a favore di Avellana); “tra i due litiganti”, aveva vinto il centro più piccolo e più decentrato dell’azienda.

Alcuni amministratori e sindaci della ex-USL di Avellana hanno presentato ricorso al TAR per invalidare la decisione, in quanto la votazione non era stata posta all’ordine del giorno. Successivamente, il TAR ha espresso parere favorevole in merito al ricorso e quindi si è resa necessaria una nuova espressione di parere da parte della Conferenza dei Sindaci. A quasi un anno dalla costituzione dell’azienda, la scelta della sede per questa ASL “tricefala” era ancora da definire.

Dopo alterne vicende, l’assemblea dei sindaci nominò un comitato ristretto che espresse un parere in favore dello spostamento della sede legale ad Avellana. Allo stato attuale dei fatti, la sede legale resta ancora ubicata a Montefiore, mentre gli articoli di giornale periodicamente riportano interventi e prese di posizione polemiche sull’argomento da parte di amministratori locali, che reclamano un intervento risolutivo della Regione.

D’altronde, a prescindere dall’ubicazione della sede legale, in tutto questo periodo non è mai venuto meno il fronte di coloro (tra cui anche gli stessi sindaci) che chiedono insistentemente alla Regione di rivedere il piano di accorpamento delle tre USL con il parziale ripristino dello “status quo”, vale a dire lo sdoppiamento dell’azienda e la costituzione di due ASL autonome (Avellana e Sulpiano-Montefiore).

Per quanto riguarda la localizzazione delle sedi del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario dell’azienda, esse sono state rispettivamente collocate a Sulpiano e ad Avellana.

Il perpetuarsi delle polemiche (non ultima quella sulla nomina del Direttore Generale, che ha lasciato uno strascico di proteste e di ricorsi amministrativi) non ha comunque impedito la costituzione dell’azienda e l’insediamento del nuovo Direttore Generale, nominato nel gennaio 1995.

2. VENTI DI CAMBIAMENTO: IL PERIODO DELLE RIFORME

2.1. La situazione all’arrivo del Direttore Generale

Al suo arrivo, il Direttore Generale si trovava dinanzi tre USL autonome, ognuna con caratteristiche e problemi propri e con pochissimi contatti reciproci, e soprattutto un’azienda totalmente da costruire.

La ex-USL di Avellana

La USL di Avellana si sarebbe potuta definire come una USL con un buon livello di prestazione dei servizi sanitari ospedalieri ma con costi assolutamente incontrollati. Il presidio ospedaliero di Avellana era di recente costruzione e di medie dimensioni (330 pl), dotato di un buon livello di attrezzature tecnologiche e di aree specialistiche, che attraevano anche da un bacino di utenza extra-regionale. Ad esso erano associati altri due

poli ospedalieri di piccole dimensioni (inferiori a 100 pl), ubicati in due comuni periferici : Cascina e Tagliamento, che il Piano Sanitario Regionale aveva attribuito all'unico presidio di Avellana.

Sul territorio erano presenti anche 5 cliniche private (di cui 4 convenzionate), con circa 550 pl complessivi (di cui 400 convenzionati).

I servizi territoriali erano scarsamente sviluppati.

Dal punto di vista gestionale, il problema principale che il nuovo Direttore Generale si trovava ad affrontare era la presenza di un enorme deficit di bilancio e di una serie di situazioni amministrative fortemente critiche (pagamenti ai fornitori non fatti, migliaia di cause in corso, straordinari e incentivi non pagati da anni).

Tradizionalmente i servizi amministrativi erano stati poco sviluppati, a confronto con quelli sanitari: l'informatizzazione era solo agli inizi, non esistevano meccanismi di controllo o di ripartizione della spesa per centri di costo.

La ex-USL di Sulpiano

La USL di Sulpiano appariva in una situazione quasi speculare a quella di Avellana: servizi sanitari scadenti ma a costi sostenibili.

L'unico presidio ospedaliero presente sul territorio, con circa 250 pl, era una struttura in parte fatiscente, con un'unica area nuova. Per anni le attività erano state svolte senza particolari interventi di potenziamento di alcune specialità, di valorizzazione di professionalità interne, di riqualificazione del personale e ammodernamento delle strutture. A questo andava aggiunta la concorrenza fortissima da parte del vicino presidio ospedaliero di Pioppi, ubicato a soli 20 chilometri di distanza. Nel corso degli anni '80 l'ospedale di Pioppi aveva progressivamente "drenato" la domanda della USL di Sulpiano, favorito anche dalla presenza di molti ambulatori di propri medici ospedalieri sul territorio della USL di Sulpiano e dall'azione di "boicottaggio" da parte dei medici di base sulpianesi nei confronti del presidio locale (secondo quanto dichiarato dai medici ospedalieri di Sulpiano, i medici di base hanno sempre osteggiato il ricovero dei propri pazienti a Sulpiano).

In ogni caso, a prescindere dalle cause storiche, il presidio ospedaliero di Sulpiano si presentava al nuovo Direttore Generale come un ospedale di base, dotato di una scarsa attività specialistica, con personale demotivato e fortemente sfiduciato dalla popolazione.

Se l'area sanitaria appariva abbandonata, quella amministrativa si presentava invece con una certa capacità di innovazione e di razionalizzazione nell'uso delle risorse: informatizzazione del bilancio, sistema di rilevazione delle presenze e di gestione dei magazzini, introduzione di un sistema di centri di spesa e di budgetizzazione dei consumi, apertura del Centro Unico di Prenotazione.

Sul territorio non erano stati attivati i distretti sanitari.

Vi era poi un'unica clinica privata convenzionata di piccole dimensioni (circa 40 pl).

La ex-USL di Montefiore

La USL di Montefiore si presentava come la meno complessa, date le dimensioni molto ridotte. Pur mancando un'attenzione alla razionalizzazione nell'uso delle risorse, i bassi volumi di attività avevano impedito che la situazione finanziaria si deteriorasse in modo

drammatico come ad Avellana; dal punto di vista gestionale si rilevava comunque la stessa arretratezza dei sistemi gestionali e delle logiche di programmazione.

Il modello era quello dell'offerta di servizi di base con costi di gestione abbastanza elevati. L'ospedale si presentava come l'unica struttura presente sul territorio, quest'ultimo caratterizzato dalla quasi totalità di zone montane e dall'elevata anzianità della popolazione (e quindi dei pazienti).

Nessun investimento particolare era stato fatto sull'ospedale o su altri servizi territoriali; l'offerta sanitaria di base gravitava su altri presidi regionali per interventi di tipo specialistico.

Non esistevano strutture private.

2.2. Le priorità del DG

Al momento dell'insediamento, i problemi che il nuovo DG si trovava ad affrontare erano molteplici e occorreva darsi delle priorità. Da un punto di vista analitico, tali problemi erano conducibili sia alle strutture che alla gestione.

Problemi di struttura :

- la situazione critica degli ospedali, i quali (fatta eccezione unicamente per quello di Avellana) utilizzavano spazi, strutture e locali per lo più fatiscenti;
- la centralità dell'ospedale come luogo di erogazione dei servizi (oltretutto si tratta per la maggior parte di prestazioni sanitarie di base, a basso contenuto specialistico), nella quasi totale assenza di servizi territoriali;
- l'esigenza di razionalizzazione dei posti letto, in attuazione anche della delega ai Direttori Generali disposta dal piano sanitario regionale:

“I Direttori Generali provvederanno a riorganizzare i presidi ospedalieri definiti nel presente provvedimento, insistenti nel territorio dell'azienda USL di loro competenza,... [...]. Il processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri dovrà prevedere la contestuale riconversione dei reparti ospedalieri non rientranti negli standards di cui al presente piano. [...] Il processo di riorganizzazione dei presidi ospedalieri dovrà essere portato a compimento entro il primo anno di vigenza del piano, sulla base degli indici del presente provvedimento, utilizzando i coefficienti di attività sia qualitativa che quantitativa sviluppati dalle singole unità operative negli ultimi due anni.”

Problemi di gestione :

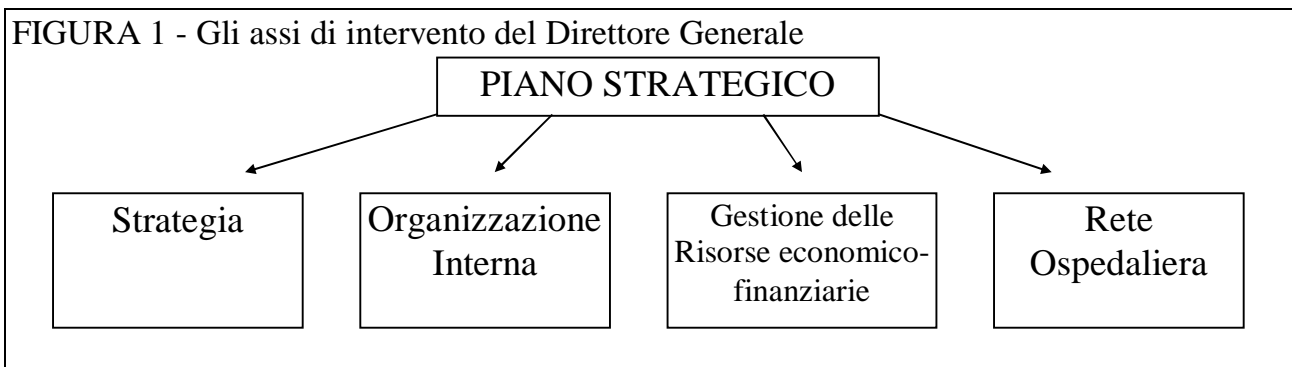
- razionalizzazione nell'uso delle risorse, chiudendo la gestione a stralcio delle precedenti USL e uniformando i meccanismi di gestione delle risorse;
- introduzione di meccanismi di integrazione tra le diverse strutture e “anime” dell'azienda:
 - Sulpiano, che presentava un'area amministrativa più avanzata, a fronte di un'area sanitaria “depressa”;
 - Avellana, con un'area sanitaria privilegiata ma con la quasi totale assenza di controllo;
 - Montefiore, area isolata, con livelli di prestazione alquanto limitati sia per volumi che per tipologia, e comunque con un basso controllo.

Nell'affrontare questi problemi, il Direttore Generale individuava come priorità di fondo quella di dare un indirizzo strategico unitario all'azienda e di realizzare, dal punto di vista operativo, la necessaria integrazione delle attività e delle procedure.

Se l'azienda era stata istituita da un punto di vista formale, si trattava ora di costruirla dal punto di vista organizzativo e gestionale. L'integrazione dei servizi e l'individuazione di un'unica visione, un unico piano di azione, era il primo passaggio da realizzare.

2.3. Le azioni intraprese dal DG: gli assi della riforma

A partire dal febbraio 1995 si avvia all'interno della ASL un periodo di riforme e di profondi sconvolgimenti degli assetti consolidati. Nel giro di pochi mesi il Direttore Generale, affiancato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo da lui nominati, dà avvio ad una serie di interventi che intendono segnare una cesura rispetto alle passate gestioni, al fine di riqualificare l'offerta di servizi e di migliorare sensibilmente i risultati raggiunti. Tali interventi possono essere suddivisi in quattro blocchi, come mostra la figura.



I. La strategia

Dopo quattro mesi dal suo insediamento la Direzione Generale elabora un documento strategico e programmatico dell'azienda (giugno 1995), attraverso il quale porre le basi per un processo di rinnovamento profondo.

Gli obiettivi generali sono i seguenti:

- 1) avviare un processo di cambiamento radicale coerentemente con quanto indicato nel D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni;
- 2) rendere il più coerenti possibile fra loro le risorse messe a disposizione dell'Azienda ed i prodotti e risultati delle attività sanitarie;
- 3) unificare in un unico sistema aziendale integrato "tutte le componenti delle tre ex-USSL che hanno dato vita all'azienda;
- 4) spostare una consistente parte delle risorse economiche oggi impegnate nel privato convenzionato verso le "componenti" dell'Azienda con una elevata specializzazione di quest'ultima;
- 5) aumentare visibilmente l'accettabilità e la soddisfazione della popolazione che si rivolge all'Azienda e contestualmente l'accessibilità dei suoi servizi;
- 6) costruire, attivare e mettere a regime strumenti gestionali idonei al governo del sistema aziendale che si presenta, anche ad un'osservazione superficiale, come un sistema molto complesso e di grandissime dimensioni:

Le azioni strategiche su cui il documento si concentra in questa prima fase (le priorità) sono:

- la riorganizzazione del sistema
- il controllo di gestione
- i rapporti con l'utente

RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA

Viene proposto un nuovo modello organizzativo che distingue tre aree (centrale, ospedaliera e territoriale) e organizza ogni area per Dipartimenti. (si veda la figura 2)

■ **Area centrale** (Direzione generale, servizi amministrativi e sanitari centrali), con 5 sottoaree:

- Direzione Generale
- Dipartimenti amministrativi/tecnici
 - Bilancio e risorse finanziarie
 - Provveditorato e Economato
 - Amministrazione del personale
 - Tecnologie e strutture
- Dipartimenti sanitari
 - Dipartimento Assistenza ospedaliera
 - Dipartimento Assistenza Sanitaria Extra-ospedaliera
 - Dipartimento Materno-Infantile
 - Dipartimento Salute Mentale
 - Dipartimento di Prevenzione
- Uffici di staff, così articolati
 - Ufficio Controllo di Gestione
 - Ufficio Pubbliche Relazioni
 - Ufficio Formazione
 - Ufficio Relazioni sindacali
 - Ufficio legale
- Organismi collegiali
 - Conferenza dei Sindaci
 - Collegio dei Revisori
 - Consiglio dei Sanitari

■ **Area territoriale**

I distretti sanitari di base vengono visti come il centro del sistema produttivo cui si raccordano funzionalmente i dipartimenti centrali e ospedalieri

■ **Area ospedaliera**

I 5 presidi diventano aziende nell'azienda. Al loro interno vengono istituiti i Dipartimenti: Il servizio di Pronto Soccorso-accettazione è inserito nel servizio territoriale per l'emergenza-urgenza

CONTROLLO DI GESTIONE

Si prevede l'introduzione di un sistema di valutazione e di controllo della gestione attraverso un insieme di indicatori di economicità, di produttività e di qualità.

Il Piano strategico non entra nel merito della progettazione del sistema, ma indica tutti gli elementi che dovranno essere presi in considerazione e individuati a tal fine:

- le funzioni del controllo di gestione
- i fattori da monitorare e valutare
- gli strumenti operativi e la metodologia del controllo
- il modello organizzativo di riferimento

RAPPORTI CON I CITTADINI

Il Piano strategico indica alcune azioni prioritarie che l'azienda deve compiere per favorire la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini, in particolare attraverso il coinvolgimento e forme di collaborazione con le organizzazioni di tutela e di volontariato.

Per ogni macro area vengono enunciate delle linee programmatiche specifiche e dettagliate, che definiscono tutti gli obiettivi da raggiungere, le azioni da intraprendere e i tempi entro cui portarle a compimento.

II. Organizzazione

Coerentemente con il piano strategico, si dà avvio ad una serie di interventi di riorganizzazione dell'azienda, che incidono innanzitutto sul sistema delle responsabilità e sulle relazioni tra le tre ex-USL, oltre che sulle dotazioni di personale nelle diverse unità operative. Tali interventi si concretano in alcune deliberazioni dell'azienda.

- L'approvazione del nuovo modello organizzativo dell'azienda (giugno 1995) - Figura 2
- L'istituzione di tutti i dipartimenti amministrativi e i dipartimenti sanitari di area centrale, con la nomina dei relativi responsabili, delegati a redigere e presentare in tempi brevi un regolamento di organizzazione del Dipartimento (giugno-dicembre 1995)
- Il conferimento dei poteri gestionali e l'attribuzione delle connesse responsabilità al personale dirigente, in applicazione del decreto 29/93 (dicembre 1995)
- La costituzione e la stesura del regolamento del Nucleo di Valutazione dell'azienda (agosto-settembre 1995)
- L'approvazione dei regolamenti dei singoli dipartimenti (marzo-maggio 1996)
- La rilevazione dei carichi di lavoro e la conseguente rideterminazione della pianta organica (maggio 1996)

III. Gestione delle risorse

Il terzo “blocco” di interventi promossi dal Direttore Generale riguarda la razionalizzazione nell’uso delle risorse economico-finanziarie, con il tentativo di introdurre logiche e strumenti di gestione innovativi e soprattutto uguali per tutti.

- Portare a compimento il risanamento e la gestione a stralcio degli esercizi precedenti (soprattutto per quanto riguarda Avellana e Montefiore)
- Avviare un sistema di rilevazione contabile unico per le tre sezioni
- Mettere a gara tutti gli acquisti dell’azienda, centralizzando alcune gare
- Dotare l’azienda di un sistema informativo unico (adeguamento di hardware e software)

IV. Rete ospedaliera

L’ultima serie di interventi riguarda in particolare la riorganizzazione dell’offerta ospedaliera, attraverso la definizione di nuovi modelli organizzativi e la rideterminazione dei posti letto

- I cinque presidi ospedalieri dell’azienda vengono così caratterizzati (giugno 1995):
 - Polo ospedaliero per acuti di Avellana (330 pl)
 - Polo ospedaliero per acuti di Sulpiano (273 pl)
 - Polo ospedaliero per acuti di Montefiore (126 pl)
 - Polo geriatrico di Cascina (95 pl)
 - Polo riabilitativo di Tagliamento (95 pl)

- Vengono istituiti i dipartimenti ospedalieri (marzo 1996)

I poli ospedalieri per acuti hanno al loro interno i seguenti Dipartimenti:

- Dipartimento di Medicina
- Dipartimento di Chirurgia
- Dipartimento di Materno Infantile
- Dipartimento di Terapia intensiva
- Dipartimento di Immagini
- Dipartimento di Servizi di diagnosi e cura

Il Dipartimento è presieduto a rotazione da un primario dirigente di 2° livello.

Ogni Dipartimento verrà organizzato al suo interno in Unità Operative e in Moduli.

Ogni Responsabile di Dipartimento entro 15 giorni è tenuto a presentare una proposta di regolamento del proprio Dipartimento.

Il polo geriatrico e il polo riabilitativo, in attesa della loro riconversione, dipendono temporaneamente dai singoli Dipartimenti del polo per acuti di Avellana; dopo la loro riconversione dipenderanno dal Dipartimento di riabilitazione e lungodegenza dell’azienda.

- Viene adottato un regolamento di funzionamento dei poli ospedalieri dell’azienda (maggio 1996)

Nell'arco di un periodo di tempo alquanto ristretto (circa 15 mesi), il nuovo vertice aziendale aveva messo in cantiere una serie di azioni di cambiamento che andavano a impattare con le abitudini consolidate e la rigidità del sistema.

Uno dei collaboratori di allora del Direttore Generale: *“Si lavorava fino alle 2, alle 3 di notte. Era una cosa impossibile da sostenere. Dovevamo far fronte a tutte le disfunzioni della disorganizzazione e affrontare tutte le esigenze. Perpetrando la solita logica personalistica, tutti volevano parlare con il direttore generale o con il direttore amministrativo.... Il Direttore Generale era disponibile ma nessuno lo contraddiceva...”*

Questo periodo di riforme doveva però scontrarsi con alcune difficoltà di attuazione, che aprivano un periodo di forti conflitti all'interno e all'esterno dell'azienda, in un turbinio di eventi “di siloniana memoria”...

3. LA “VICENDA” DELL’OSPEDALE DI CASCINA

3.1. Il piano di riconversione dei piccoli ospedali di Cascina e Tagliamento

La Regione, attraverso il Piano Sanitario, richiedeva ai Direttori Generali delle ASL di elaborare in tempi brevi una proposta in merito all'utilizzo dei piccoli ospedali. La posizione del Direttore Generale dell'ASL di Avellana-Sulpiano non fu quella di chiudere i due piccoli presidi di Cascina e Tagliamento, bensì di riconvertire e di specializzare tali strutture. Avellana, Cascina e Tagliamento divenivano tre presidi di un unico polo:

- Avellana manteneva il suo ruolo di presidio centrale di riferimento per acuti,
- Cascina (20 chilometri da Avellana) veniva riconvertito in polo specialistico geriatrico, con 20 posti letto di geriatria, 20 di riabilitazione, 20 di lungodegenza e 10 di psichiatria, mantenendo nel frattempo 20 pl di Medicina. Venivano invece disattivate le Divisioni di Chirurgia generale (trasferita ad Avellana) e di Ostetricia/Ginecologia.
- Tagliamento (15 chilometri da Avellana) assumeva un indirizzo riabilitativo, con 20 pl di lungodegenza e 60 di riabilitazione cardiologica.

La riconversione dei due presidi venne deliberata nel giugno 1995 ma non si procedette da subito alla sua attuazione.

Nel frattempo però (settembre-ottobre 1995) gli amministratori dei comuni di Cascina e limitrofi avevano proceduto alla costituzione di un comitato pro-ospedale, prendendo da subito una netta posizione contraria al piano di riconversione. Per loro l'ospedale andava potenziato e non smantellato: il comitato produsse una contro proposta al piano ASL, in cui si era favorevoli all'apertura del nuovo polo geriatrico, a patto però che venissero mantenute e trasformate in Dipartimenti le divisioni attuali di Medicina, Chirurgia e Ostetricia, e fossero avviati alcuni servizi sul territorio (distretto, poliambulatorio).

Il dibattito chiamò in causa l'assessore regionale alla Sanità, invitato a prender parte a una seduta congiunta dei consigli comunali aderenti al comitato....

“E’ giunto il momento che i cittadini si appropriino delle loro strutture, per la salvaguardia della loro salute. Siamo noi che dobbiamo gestire le nostre risorse, senza delegare manager freddi e insensibili...” tuonò uno dei sindaci presenti.

“In mancanza di risposte concrete la protesta sinora civile dei cittadini potrebbe assumere toni drammatici e violenti...” minacciò un consigliere comunale.

Reagendo a questi interventi, l’assessore regionale tranquillizzò il comitato dicendo che non si sarebbe provveduto alla riconversione senza salvaguardare il diritto alla salute delle popolazioni locali e che il piano proposto dal comitato poteva essere “in gran parte approvato”.

Sul finire dell’anno, anche il Presidente della Regione, invitato ad un incontro con il comitato pro-ospedale, rassicurava dichiarando che la nuova legge finanziaria sullo Stato sembrava contenere margini di risorse con cui garantire la sopravvivenza degli ospedali minori.”

3.2. La reazione della popolazione

Mentre il dibattito era in corso, il Direttore Generale era intenzionato a portare avanti il piano di riconversione, così come deliberato, nei tempi e nei modi previsti. Dal suo punto di vista, la protesta degli amministratori locali era solo un tentativo di salvaguardia e strenuo mantenimento di interessi e poteri locali, che nulla avevano a che fare con una razionale valutazione dei problemi di salute della popolazione. Le strutture di Cascina e Tagliamento erano scadenti e con una gestione passata fallimentare; i servizi erogati non erano adeguati ai bisogni locali, sovradimensionati quantitativamente nelle attività attualmente svolte e non rispondenti ai bisogni specifici di una popolazione anziana e di pazienti cronici.

Alla Regione, la quale stava progressivamente intervenendo con un ruolo di mediazione, il Direttore Generale chiedeva il rispetto coerente del Piano Sanitario approvato con legge regionale, che lui si era limitato ad attuare. Pertanto, chiedeva all’Assessore di assumere una posizione di protezione nei suoi confronti dalle proteste della popolazione.

Il Piano doveva essere attuato.

A partire dal 1996 si dette avvio al piano.

Ospedale di Cascina

La Divisione di Chirurgia venne chiusa e i medici furono trasferiti al presidio di Avellana, tranne il primario chirurgo, che rimase nell’ospedale senza svolgere alcuna attività.

Il responsabile di Ostetricia (unico medico del reparto) venne trasferito ad Avellana e nominato responsabile del Dipartimento Materno-Infantile di area centrale.

Tuttavia, se da un lato si era proceduto alla chiusura dei due reparti, dall’altro non si era ancora provveduto all’adeguamento degli organici con l’assunzione delle nuove figure previste dal piano di riconversione. La popolazione assistè così all’improvviso impoverimento del presidio di Cascina, che rimase con l’unico reparto di Medicina e a rischio di chiusura.

Ospedale di Tagliamento

A differenza di Cascina, nel presidio di Tagliamento non venne disattivata la divisione di chirurgia generale, così come previsto dal piano, perché nel frattempo il Comune aveva presentato ricorso al TAR contro la decisione del Direttore Generale della USL, chiedendone la sospensione.

La motivazione del ricorso contro l'atto del Direttore Generale era la mancata richiesta del parere ai sindaci e l'esercizio di un potere deliberativo attuativo sulla riorganizzazione della rete ospedaliera non riconosciutogli dalla legge, in quanto di competenza della Regione. Il Tribunale amministrativo ammise il ricorso concedendo la sospensiva dell'atto e quindi bloccando la riconversione del presidio di Tagliamento.

Contro la sospensiva concessa, il Direttore Generale minacciava a sua volta ricorso al Consiglio di Stato.

Così, mentre l'ospedale di Tagliamento manteneva per il momento la sua configurazione, l'ospedale di Cascina rischiava la chiusura. La situazione divenne esplosiva: in breve tempo divampò una protesta che si sarebbe conclusa qualche mese dopo con la revoca della delibera di riconversione dell'ASL da parte della Regione, la riapertura della divisione di chirurgia nell'ospedale di Cascina, il potenziamento dei posti letto dei due ospedali e la non riconferma del Direttore Generale da parte dell'Assessore regionale.

Ricostruiamo ora le dinamiche della protesta.

Come primo atto di sfida vennero tagliate le gomme dell'auto del Direttore Generale e richiesti dal comitato pro-ospedale nuovi incontri con la Regione.

A metà marzo 1996 un evento fu la scintilla che accese una protesta dai toni ben più duri. Il Pronto Soccorso di Cascina rifiutò un ricovero di un paziente non grave dirottandolo altrove. La sera stessa, circa 800 manifestanti bloccarono l'autostrada, richiedendo l'intervento delle forze di polizia, dei carabinieri e della società autostrade, e suscitando l'arrivo immediato di giornalisti e troupes televisive...

La mattina seguente auto, trattori e camioncini (compresi veicoli dell'Amministrazione Comunale) bloccavano le strade di accesso a Cascina. Mentre il prefetto si rifiutava di ricevere i partecipanti, la locale Comunità Montana prendeva ufficialmente posizione a favore della protesta, che minacciava di procedere a oltranza.

Nel frattempo anche la popolazione di Tagliamento volle far sentire la sua voce. Un gruppo di cittadini (soprattutto donne) si incatenò pubblicamente davanti all'ospedale, una manifestazione sostenuta dai sindaci bloccò le vie di accesso al paese e la linea ferroviaria per Roma per quasi un'ora, costringendo l'arrivo della Polfer.

Intanto i giornali locali invocavano "lo spirito di Fontamara"; come i contadini avevano lottato contro i latifondisti per la terra e l'acqua, così la popolazione di Cascina si ribellava ai nuovi padroni e ai nuovi soprusi contro la chiusura dell'ospedale. *"La rassegnazione - parole di Silone - può durare anche secoli, ma non è detto che debba durare in eterno. La conferma arriva da Cascina, dagli eredi di Fontamara. Del resto il bilancio della sanità e dello Stato non si risana con la chiusura di un reparto ospedaliero o con l'abolizione di una manciata di posti-letto."* (da un quotidiano locale del 28 marzo 1996)

3.3. Il “braccio di ferro” istituzionale

Data la sua entità e i risvolti politici della vicenda, ovviamente questa non si riduceva a un “duello” tra comitati pro-ospedale e Direttore Generale, ma era una battaglia che chiamava in causa e coinvolgeva interessi di tutta l’azienda e di una molteplicità di attori e istituzioni locali.

Innanzitutto vi erano i sindaci, i consiglieri e i deputati della zona, che a varie riprese rilasciavano dichiarazioni e interviste sull’argomento; la vicenda era occasione, ad esempio, per ricordare l’esistenza di “comuni di serie A e di serie B” (sottolineando come la solerzia con cui l’ASL e la Regione procedevano alla chiusura dell’ospedale di Cascina non si manifestava in altre circostanze), per ribadire posizioni di principio (per Rifondazione Comunista tutto questo non faceva che favorire ancora una volta la sanità privata a scapito di quella pubblica) o semplicemente per ridisegnare alleanze e schieramenti in vista di prossime elezioni.

Poi vi erano i medici e i dirigenti della stessa ASL, che ovviamente non erano necessariamente in linea con il Direttore Generale; alcuni di loro, impegnati anche politicamente a livello locale, si esprimevano contro il piano facendosi interpreti della volontà e dei bisogni delle popolazioni; altri esprimevano un parere più tecnico, cercando di spiegare attraverso i mass media pregi e difetti del piano, altri ancora approfittavano della circostanza per render noto che i veri problemi dell’ASL non erano questi, bensì la carenza di organico, gli straordinari non pagati, le nuove attrezzature mai arrivate, ecc...

La polemica interna alla USL riguardava anche lo stesso personale medico di Cascina; non tutti, infatti, erano contrari al trasferimento della Chirurgia ad Avellana, dove avrebbero potuto operare in una struttura più grande e dotata di maggiori attrezzature e servizi. In fondo, Avellana non era poi così lontana...

Così come all’interno della USL il personale assumeva posizioni contrastanti, la vicenda produsse una spaccatura anche in seno ai sindacati e tra le diverse sezioni dello stesso sindacato: alcuni assumevano una posizione di opposizione dura e irremovibile, sostenendo i comitati, altri ritenevano che il piano fosse un punto di partenza valido, sul quale avviare una serie di negoziazioni e trattative (sulle nuove assunzioni, sull’organizzazione dei servizi, sul trattamento economico dei dipendenti, ecc.). Contro quest’ultimi il Comitato pro-ospedale invitava i cittadini a restituire la tessera.

Tuttavia, per lo scioglimento del nodo che si andava sempre più aggrovigliando, la sede di discussione istituzionale divenne l’assessorato regionale alla sanità.

Quest’ultimo venne letteralmente “cinto d’assedio” da una folla di manifestanti, i quali una mattina di aprile giunsero da Cascina con pullmans, auto e perfino un’ambulanza. L’intento era quello di costringere l’assessore a riceverli e ad assumere un impegno chiaro e definitivo sulla questione.

Quest’azione fu l’ultimo e più violento atto di protesta, che vide l’intervento del Questore, lo schieramento delle forze dell’ordine, principi di rissa e di rappresaglia fisica, oltre che slogans e cori di insulti e sfida.

La Regione, insieme al Direttore Generale dell’ASL, ridefinì la proposta di riorganizzazione dell’ospedale, finendo per concedere quanto richiesto dal Comitato:

- la riattivazione della chirurgia (20 posti letto) e della sala operatoria

- il mantenimento della medicina (20 posti letto)
 - 30 posti letto di lungodegenza
 - 20 posti letto di riabilitazione
 - 30 posti letto di geriatria
- per una dotazione complessiva di 120 posti letto.

Per quanto riguarda l'ospedale di Tagliamento, la Regione si esprime anche per dotare la struttura di:

- 20 postiletto di medicina (di cui 2 di day hospital)
- 20 postiletto di chirurgia (di cui 2 di day hospital)
- 80 posti letto di riabilitazione, di cui
 - 30 per riabilitazione ortopedica
 - 20 per riabilitazione cardiologica
 - 30 per riabilitazione reumatologica

Tali attribuzioni di posti letto sono state formalmente deliberate dalla Giunta Regionale nei mesi successivi.

3.4. Il ritorno allo status quo e la non riconferma del Direttore Generale

Una volta passata la linea dell'assessore, i medici da Avellana sono tornati a Cascina, dove è stata riaperta la chirurgia.

Dal punto di vista organizzativo la riattivazione dei presidi di Cascina e Tagliamento comportava ora anche la messa in discussione del modello dipartimentale, in quanto i due presidi piccoli rivendicavano il ruolo di poli autonomi (quindi con dirigenti di 2° livello) totalmente separati dal presidio di Avellana.

Stante l'autonomia dei presidi di Cascina e Tagliamento, la decisione sul modello organizzativo (unico Dipartimento per i tre ospedali o tra Dipartimenti separati) resta tuttora oggetto di analisi in seno all'azienda.

La conclusione della vicenda ha segnato anche l'esplosione manifesta del conflitto ormai insanabile tra l'assessorato regionale e il Direttore Generale dell'ASL. L'epilogo è così contrassegnato da una serie di azioni, anche giudiziarie:

- Luglio 1996 - La Regione non ha riconfermato il Direttore Generale e ha proceduto alla nomina di un nuovo direttore, che ha provveduto da definire le sue priorità di intervento per il futuro;
- Agosto 1996 - Il precedente Direttore ha operato ricorso contro la decisione della Regione per via penale, con un esposto in Pretura e per via amministrativa, con richiesta al TAR di annullamento dell'atto di nomina del nuovo direttore generale;
- Settembre 1996 - Il TAR ha approvato il ricorso e sospende il provvedimento di nomina del nuovo direttore generale, che non ha potuto insediarsi e iniziare a operare;

<u>Ottobre 1996 - maggio 1997</u>	Le funzioni di Direttore Generale sono state svolte dal Direttore Amministrativo;
<u>Giugno 1997</u> -	La Regione si esprime definitivamente contro l'ex-Direttore Generale e consente l'insediamento del nuovo.

4. UN ANNO DOPO

4.1. L'incertezza istituzionale permane

Le vicende relative al braccio di ferro Comitati-Direzione Generale-Regione e soprattutto il periodo di instabilità e di incertezza successivo, caratterizzato dall'alternanza dei Direttori Generali, hanno lasciato un segno nella storia dell'azienda. Rispetto agli eventi succedutisi, è ancora difficile per gli operatori dell'azienda esprimere un bilancio ed una valutazione chiara:

“Non si riesce a capire cosa sia successo. I medici in un primo momento assunsero una posizione di responsabilità, accettando il piano, poi però passarono all'opposizione. Le popolazioni locali operarono una valutazione sbagliata della proposta. I comitati sembravano convincersi della validità del piano, poi invece tornavano a casa e riscendevano in piazza, chiamando in causa la Regione che mediava. Volevano a tutti i costi il potenziamento dell'ospedale. Ma da loro non venne mai una proposta alternativa.” (un dirigente amministrativo)

La stessa figura dell'ex-Direttore Generale è ancora oggi oggetto di giudizi discordi: per alcuni *“...sapeva quel che faceva...era competente...non è stato capito”*; per altri *“...si è rivelato troppo rigido...ha sbagliato nel modo di porsi...”*

Quel che è certo è che la situazione attuale dell'azienda non appare molto avanzata rispetto a quasi tre anni prima.

Molto è stato fatto per risolvere alcune questioni “scottanti” di rilevante urgenza: la chiusura delle gestioni a stralcio delle precedenti USL, la centralizzazione delle gare di acquisto, la nomina dei Direttori Amministrativi di presidio.

Inoltre, si è dato avvio all'apertura dei distretti sul territorio (anche se principalmente come apertura e disponibilità dei locali, mentre dal punto di vista organizzativo e operativo il modello resta ancora da definire) e sono in corso dei processi di riorganizzazione della struttura e di introduzione della contabilità economica attraverso l'ausilio di consulenti.

Dal punto di vista istituzionale, l'ASL non sembra ancora immune da polemiche, dibattiti e tentativi di revisione, alla ricerca del modello migliore.

In proposito, un dirigente amministrativo afferma: *“La logica delle 3 USL non è ancora superata, perché c'è sempre l'aspettativa recondita che si separino. Non è facile muoversi in una logica di integrazione con messaggi politici così ambigui...”*

Un dirigente medico: *“Nei fatti con l'azienda non è cambiato granché. Si lavora come prima, ognuno per conto suo, solo che c'è un unico sistema contabile...”*

Un altro dirigente: *“Lo sdoppiamento delle USL sul piano politico si può capire, ma sul piano economico-finanziario è sbagliato... L'errore è stato a monte... se invece di creare due USL all'interno della provincia se ne fosse creata una sola, un'unica grande azienda provinciale, forse l'avremmo accettato di più. Invece così le spinte alla separazione restano sempre forti...”*

Mentre all'esterno i politici continuano a sollecitare l'intervento della Regione per spostare la sede legale da Montefiore ad Avellana e l'opinione pubblica continua a lamentare la carenza di personale e di qualità dei servizi.

4.2. L'organizzazione frammentata

Dal punto di vista organizzativo, il piano di riorganizzazione dell'ex-Direttore Generale ha incontrato grossi problemi nella sua attuazione, con forti difficoltà nell'integrazione tra le tre precedenti strutture, così come l'introduzione dei dipartimenti è rimasta più formale che sostanziale.

Dipartimenti amministrativi

La difficoltà maggiore è stata quella di far passare l'idea che nei diversi servizi (Personale, Provveditorato, Ragioneria, Affari Generali), non ci sarebbero stati più tre dirigenti di pari livello, ma un responsabile di Dipartimento e due responsabili di sezione (ovviamente il responsabile di Dipartimento è anche responsabile della sezione di appartenenza).

In realtà, in alcuni Dipartimenti i responsabili di sezione non hanno accettato di passare alle dipendenze di un loro ex-collega e, di fatto, le tre sezioni hanno continuato a operare in totale autonomia organizzativa e operativa.

Unico risultato è stata la centralizzazione di alcune funzioni (gare, contratti, stesura bilancio, ufficio legale) e la difficoltosa omogenizzazione dei sistemi informativi (non ancora totalmente conclusa); per il resto, i responsabili di Dipartimenti lamentano tutti una grossa difficoltà nel far funzionare le tre sezioni in modo integrato.

Laddove si sono verificati attriti tra il responsabile di dipartimento e responsabile di sezione, si è infine provveduto a ricollocare questi ultimi come Direttori Amministrativi di presidio o in altre funzioni. Anche il personale alle loro dipendenze è stato parzialmente rimosso, per cui attualmente alcune posizioni sono rimaste scoperte e altre hanno dovuto farsi carico (almeno temporaneamente) di nuove attività

Dipartimenti sanitari centrali

I Dipartimenti sanitari centrali hanno incontrato meno problemi in termini di integrazione rispetto a quelli amministrativi: dal momento che in parte si tratta di attività ancora poco sviluppate (Prevenzione, Riabilitazione, Salute Mentale) la scelta del responsabile non è stata particolarmente conflittuale.

Tuttavia il problema si pone in termini più sostanziali sull'attività che il dipartimento dovrebbe svolgere, che appare non ancora programmata e avviata in modo chiaro

Dipartimenti ospedalieri

E' in quest'area che si incontrano attualmente i maggiori problemi di integrazione:

- tra presidi ospedalieri, dove permane una totale autonomia e la non conoscenza, da parte dei singoli presidi, dell'operato degli altri (pur in presenza di una sostanziale omogeneità e di bassa specializzazione delle attività svolte);

- all'interno dei singoli presidi, dove le singole unità operative mantengono un'elevata autonomia (autarchia) non solo di tipo professionale, ma anche organizzativa e operativa, con una pressoché totale assenza di attività di controllo e valutazione. In queste funzioni di organizzazione e valutazione, il ruolo e i margini di manovra delle Direzioni sanitarie di presidio è ancora alquanto limitato.

C'è inoltre da sottolineare che con l'avvicinarsi dei Direttori Generali e la scarsa attenzione sull'implementazione del modello, non sono stati dati messaggi chiari e univoci sul funzionamento e sul ruolo dei Dipartimenti. Laddove hanno operato, hanno svolto ruoli limitati (es. decisione congiunta dei primari sugli acquisti, organizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie).

* * *

Dopo aver attentamente letto il caso, provate a rispondere ai seguenti quesiti:

- 1. Il caso di Avellana-Sulpiano vi sembra un caso di cambiamento organizzativo di successo o di insuccesso? Perché?**
- 2. Quali sono gli attori del caso? Provate a ricostruire tutti i differenti punti di vista e le loro motivazioni**
- 3. Se, con il “senno di poi”, poteste dare dei consigli al Direttore Generale per gestire il cambiamento, cosa gli suggerireste ?**