

GESTIONE DELLE RISORSE E RUOLO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Il Sistema sanitario nazionale italiano, in linea con il dettato costituzionale (art. 32 Costituzione), garantisce a tutti i cittadini il diritto alla salute.

Il finanziamento pubblico di questo sistema, a causa della limitatezza della spesa, è sottoposto a continue misure di razionalizzazione in termini di riduzione degli sprechi e di appropriatezza delle cure.

La riforma degli anni novanta (dlg 502/92), conosciuta con il termine **“aziendalizzazione”**, ha introdotto strumenti di governance di tipo privatistico, finalizzati ad un graduale processo di ottimizzazione nella gestione delle risorse pubbliche.

La richiesta del contenimento dei costi e la crescente domanda di salute da parte dei cittadini, ha innescato problematiche sul piano etico in merito alle scelte di politica sanitaria secondo i principi universalmente condivisi di **“equità”, “giustizia”, “appropriatezza delle cure”**.

Su questi temi, si è aperto un dibattito che ha visto negli anni confrontarsi le parti in causa, fino a raggiungere un' equilibrio sostenibile del sistema riconosciuto come modello dagli organismi internazionali (OMS).

I problemi a carico di questo ambito restano comunque numerosi, perché riguardano percorsi di vita e scelte difficili, condizionati dal benessere, dalla malattia, la disabilità, la morte.

All' interno dei processi decisionali, acquistano maggiore rilievo le professioni sanitarie (infermieri, fisioterapisti, tecnici sanitari ecc), che negli ultimi 15 anni hanno rinnovato il nucleo formativo e deontologico della propria figura in termini di **autonomia e responsabilità**.

Dai dati risultanti attraverso un' indagine sitografica, si evidenzia un problema riguardante la scarsa formazione continua di questi professionisti sui temi della **gestione delle risorse**, dei costi del servizio e dell' allocazione delle risorse, comunemente trattati dall' economia sanitaria, la deontologia, il management.

L' analisi si concentra soprattutto sul carente **percorso didattico formativo a lungo termine** (ECM, convegni, giornate di studio) degli operatori sanitari quotidianamente impegnati nell' utilizzo di beni, strumenti e strutture pubbliche e nell' esercizio di servizi rivolti alla persona.

Appare evidente che una rigorosa politica di razionalizzazione delle risorse, comincia dalla base: dalla consapevolezza dagli operatori coinvolti in prima linea, fino alle responsabilità dei quadri di coordinamento e del personale dirigente.

Risulta quindi fondamentale approfondire la conoscenza dei concetti base di **deontologia, economia sanitaria, organizzazione Aziendale**, per iniziare un processo di valorizzazione delle professioni sanitarie verso un adeguato profilo etico di competenza e responsabilità.

MACRO E MICRO ALLOCAZIONE DELLE RISORSE

L' allocazione delle risorse in sanità si esplica fundamentalmente in due modi:

- generale a carattere **nazionale**;
- specifico a carattere **aziendale**.

La **macroallocazione** riguarda le aree della salute pubblica che richiedono interventi a seconda delle priorità stabilite in un particolare periodo: igiene pubblica, edilizia ospedaliera, cure, ricerca, anziani ecc.

La **mesoallocazione** si riscontra principalmente nei budget aziendali e nei centri di costo.

La **microallocazione** si svolge nelle scelte dei singoli nel corso dell' propria attività professionale (medici, infermieri, tecnici, altri).

La scelta di macroallocazione è sempre condizionata da fattori etici ed economici, gli orientamenti si basano in linea di massima sui concetti di **giustizia ed equità**.

I potenziali *criteri* macroeconomici per rispettare l' equilibrio tra qualità e risorse disponibili riguardano:

- la **responsabilità** di spesa;
- la **giustizia** (teorie di Rawls) "in caso di distribuzione non equa è meglio sbagliare solo se a favore dei più deboli" e la
- la **solidarietà**, come capacità di mediare tra esigenze personali e quelle comunitarie.

Le scelte cliniche e quelle che interessano tutto il sistema
socio-sanitario a carattere locale, si basano su criteri di
microallocazione derivanti dalle riforme sanitarie, in particolare si
deve considerare:

- la *dignità* della persona;
- i reali *bisogni di salute*;
- il *razionale impiego* delle risorse;
- l' *equità*;
- l' *appropriatezza* delle cure.

Gli strumenti attraverso cui vengono definite le politiche sanitarie e
i criteri di scelta, sono in ordine:

- Il Piano sanitario nazionale;
- I Piani sanitari regionali;
- I Piani attuativi locali;
- L' Atto Aziendale (budget, bilancio di missione);
- Linee guida, procedure, progetti e codice deontologico

IL CODICE DEONTOLOGICO DELL' INFERMIERE

L' attuale Codice Deontologico degli infermieri è stato approvato nel 1999, contemporaneamente alla legge n°42/99 che abroga il vecchio mansionario e legittima la figura in base alla formazione, il profilo e alle norme deontologiche.

Questo dettato diventa quindi un riferimento vincolante nella pratica professionale, perché richiamato in modo esplicito dalla legge.

Le indicazioni enunciate interessano l' intero campo di applicazione dell' esercizio professionale, dai doveri verso l' assistito a quelli verso i colleghi e le istituzioni.

Nell' articolo 6 comma 1, si prescrive all' infermiere di *"contribuire a determinare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire ..l'equo utilizzo delle risorse.."*.

In termini di rapporto di lavoro all' interno di strutture di sanità pubblica (maggioranza degli operatori sanitari), si aggiunge l' obbligo da parte del dipendente (articolo 11 del CCNL *"al comportamento improntato sull' efficienza e l' efficacia dei servizi istituzionali"* e ad *"avere cura dei beni strumentali a lui affidati"*.

Si determina, a differenza di quanto accadeva fino a pochi anni fa, una *precisa responsabilità* nell' utilizzo corretto delle risorse, perché il principio di equità, si realizza principalmente sul ridimensionamento dello spreco e sulle competenze professionali, capaci di attribuire priorità e limiti.

ORGANIZZAZIONE AZIENDA OSPEDALIERA

L'organizzazione delle Aziende sanitarie ospedaliere e territoriali (AUSL), viene regolata in via di principio dalle norme vigenti in materia (nazionali, regionali) e nello specifico dall' Atto Aziendale. Dopo l' approvazione dalla giunta regionale, l' Atto Aziendale, rappresenta il più *importante documento costitutivo*, dove vengono enunciati i principi e regole generali utili a determinare le funzioni e l' organizzazione dell' Azienda ospedaliera.

Gli *organi* di un' Azienda ospedaliera sono:

- Direttore generale;
- Collegio sindacale;
- Collegio di direzione;
- Comitato di indirizzo.

Gli *organismi collegiali* sono invece:

- Comitato di garanti;
- Nucleo di valutazione;
- Comitato etico;
- Collegio aziendale delle professioni sanitarie;
- Comitato consultivo misto.

La Direzione generale, per svolgere adeguatamente la *Mission* dell' Azienda ospedaliera, svolge le funzioni con tutte le strutture e i servizi attraverso un sistema integrato in *Line e in Staff*.

LA CONTABILITA' ANALITICA

La contabilità analitica è uno strumento del controllo di gestione, l'insieme di processi e tecniche che consentono di gestire un'azienda al fine di realizzare gli obiettivi prefissati.

Gli strumenti del controllo di gestione consentono di misurare i risultati raggiunti in termini di risorse consumate e di prestazioni erogate, permettendo di collegare le responsabilità economiche generali (livelli direzionali) alle responsabilità organizzative (livelli operativi).

La contabilità analitica suddivide tutte le unità operative in *Centro di costo* (CDC). Più centri di costo possono essere aggregati in un *centro di responsabilità* (CDR)

Il controllo di gestione ha quindi l'obiettivo di responsabilizzare sui risultati dei processi e favorire il raggiungimento degli obiettivi comuni.

Scopi della contabilità analitica sono:

- la *conoscenza del valore economico* delle risorse assegnate;
- la *responsabilizzazione* sull'utilizzo delle risorse;
- *supporto* a strumenti come il Budget;
- supporto oggettivo alle *decisioni organizzative*;
- consentire *confronti spazio-temporali* fra unità operative e aziende diverse.

Il sistema di contabilità analitica dei costi è composta da 3 elementi:

- il piano dei centri di costo;
- il piano dei fattori produttivi;
- il piano di reporting.

Il piano dei centri di costo si fonda su 3 criteri di individuazione del CDC: *aderenza alla struttura organizzativa, omogeneità delle attività e rilevanza delle prestazioni.*

I fattori produttivi sono le risorse necessarie all' espletamento del servizio: personale, beni e altri costi (es.utenza energia elettrica)-

Il sistema di reporting presenta in modo sistematico le informazioni sui risultati economici di gestione. Il report deve essere chiaro, sintetico e significativo nei dati esposti.

IL BUDGET

Il Budget, è un processo direzionale riferito all' esercizio futuro che si conclude con la stesura di un preventivo, che consente un ulteriore *strumento per il contenimento della spesa.*

Tale processo fa riferimento non tanto ai centri di costo, ma ai centri di responsabilità, che fanno capo a dirigenti referenti dei risultati relativi alla propria unità operativa.

La formulazione del budget consiste in una negoziazione fra i centri di responsabilità e i livelli organizzativi superiori (Direttore Generale), che termina nella definizione esplicita dei risultati che si vogliono conseguire nell' anno e le risorse necessarie allo scopo.

Ha quindi un valore bilaterale e le finalità sono:

- rappresentare *uno strumento per misurare l'efficacia* e l'efficienza della gestione delle aziende sanitarie;
- rappresentare uno strumento che *responsabilizza gli operatori* verso comportamenti ottimali in termini organizzativi ed economici;
- consentire la *programmazione delle attività* assistenziali;
- fornire un supporto per i meccanismi di *motivazione* e del sistema premiante.

Gli *obiettivi di budget* rispondono a 3 azioni fondamentali:

- erogare/non erogare;
- potenziare/mantenere/depotenziare;
- modificare/non modificare determinate modalità di erogazione.

CONCLUSIONI

La formazione universitaria (lauree, master) delle professioni sanitarie, fornisce una base adeguata rispetto alle conoscenze in materia di gestione delle risorse. Risulta carente invece, il percorso formativo a lungo termine sottoforma di ECM, che dovrebbe rinforzare e aggiornare gli elementi conoscitivi indispensabili a uno sviluppo organizzativo aderente all' utilizzo razionale delle risorse.

Le aree di competenza e di intervento sono numerose: utilizzo corretto di presidi sanitari, medicinali, farmaci e disinfettanti, articolazione turni di lavoro, differenziazione dei rifiuti, gestione delle risorse ambientali (acqua, luce, temperatura) ecc.

Il ruolo delle professioni sanitarie nella razionalizzazione delle risorse, si inserisce quindi in un processo su base motivazionale e autonoma, che parte dalle strutture operative fino ai livelli di coordinamento e dirigenza.

Pasquale la Torre

BIBLIOGRAFIA

- Medicina e morale, n° 5 (1996) pp 923-934;
- DM 2 aprile 2001;
- Credere oggi, art. n° 100;
- Sistemi sanitari a confronto (A. Donzelli). Ed. Franco Angeli;
- Etica e allocazione delle risorse in sanità (a cura di E.Sgreccic e A. Spagnolo) Ed. Vita e pensiero;
- Etica, risorse economiche e sanità (a cura di C.Bresciani)
Giuffrè editore;
- Le scelte in sanità tra etica ed economia (art. F.Gardini);
- La dirigenza infermieristica (O.Calamandrei)
- Atto Aziendale dell' Azienda Ospedaliera Universitaria di
Parma.

SITOGRAFIA

- www.progettoecce.it;
- www.infermieri.com;
- www.infermierionline.net;
- www.economiasanitaria.it;
- www.ipasvi.it (collegi provinciali);
- www.nursesarea.it;
- www.nursingnet.it;
- www.evidencebasednursing.it
- www.libreriauniversitaria.it;
- www.tesionline.it;
- www.google.it.