

**GLI STRUMENTI DI INCENTIVAZIONE FINANZIARIA COME MECCANISMO
DI COORDINAMENTO DELL'ATTIVITÀ MEDICA**

Silvia Profili

Università degli Studi di Bologna

Alessia Sammarra

Luiss Guido Carli

1.INTRODUZIONE

Obiettivo di questo contributo è quello di analizzare, sia da un punto di vista teorico sia nei suoi riflessi sulla pratica manageriale, l'applicabilità degli incentivi economici quali strumento di coordinamento dell'attività medica all'interno delle organizzazioni ospedaliere.

La teoria organizzativa ha esaminato l'efficacia di modalità di coordinamento alternative in funzione delle caratteristiche dell'attività svolta in termini di ripetitività/standardizzabilità e di valutabilità/misurabilità della prestazione (March e Simon, 1958, Thompson, 1967, Grandori, 1995).

In relazione a queste due dimensioni, il coordinamento dell'attività medica presenta considerevoli elementi di complessità. In termini di ripetitività, l'attività medica non si presta ad una rigida standardizzazione poiché la complessità ed imprevedibilità del processo clinico richiedono al professionista di adattare il profilo di cura alle particolari condizioni presentate dal paziente. In termini di misurabilità, la valutazione della prestazione medica è resa particolarmente complessa dalla compresenza di fattori che pur essendo al di fuori della sfera di controllo del medico (caratteristiche del paziente, gravità della malattia, risorse a disposizione) influiscono sulla qualità dell'output.

A questi due elementi di complessità si deve aggiungere il profondo legame che i medici hanno con la cultura, gli standard ed i valori etici della propria professione, spesso difficile da conciliare con l'appartenenza ad un'organizzazione, di cui sono tenuti a rispettare le regole e perseguire gli obiettivi anche qualora questi siano in conflitto con i propri interessi e/o valori etici. La risoluzione del conflitto tra responsabilità organizzativa ed autonomia

professionale rappresenta il momento fondamentale di coordinamento nelle strutture ad alta professionalità quali le organizzazioni sanitarie.

Dal punto di vista della pratica manageriale, il coordinamento dell'attività medica rappresenta una problematica di rilevante interesse a causa dell'indubbia influenza che il comportamento del medico esercita sulla soddisfazione del paziente (Ware, Davies-Avery e Stuart, 1978; Donabedian, 1988), che costituisce, a sua volta, una delle componenti più rilevanti per misurare l'efficacia dell'organizzazione sanitaria. Le decisioni cliniche influiscono sulla performance delle organizzazioni sanitarie anche in termini di efficiente impiego delle risorse, influenzando i costi sostenuti dall'ospedale. Il medico, infatti, definisce il processo terapeutico cui sottoporre il paziente, decide in merito alla sua ospedalizzazione, alla somministrazione di farmaci ed esami diagnostici, incidendo in tal modo sulla maggior parte dei costi sostenuti da una struttura ospedaliera.

2.LE ESIGENZE DI COORDINAMENTO DELL'ATTIVITÀ MEDICA

Il mutamento del ruolo organizzativo del medico introdotto dai decreti di riordino del SSN, (D.Lgs. 502/92, D.Lgs. 517/93 e successive modificazioni ed integrazioni) e confermato dal recente D.Lgs. 229/99, ha alimentato un rinnovato interesse per la problematica del coordinamento. Il D.Lgs. 29/93 di riforma del pubblico impiego -modificato ed integrato dal recente D.Lgs. 80/99- ha dato stimolo alla ridefinizione della figura del dirigente medico attribuendogli responsabilità gestionali in relazione al suo ruolo di attivatore della

spesa e generatore della qualità del servizio, ferma restando l'autonomia professionale nella definizione del percorso diagnostico-terapeutico (Achard, 1999)ⁱ.

L'efficace coordinamento dell'attività medica non può più limitarsi alla considerazione dei soli aspetti inerenti l'ambito clinico. Difatti, nel contesto organizzativo delle moderne strutture sanitarie, al medico sono attribuiti tre ruoli distinti e complementari: quello strettamente clinico che da sempre gli è riconosciuto, cui si aggiungono quello manageriale e quello educativo (Gonnella e Louis, 1995). Rispetto al ruolo clinico, oltre che selezionare l'intervento terapeutico più adeguato, il medico deve educare il paziente, informarlo delle caratteristiche della patologia e del profilo di cura, responsabilizzarlo sul trattamento da seguire e sui possibili fattori di rischio. Come manager, il medico deve garantire un ottimale uso delle risorse assegnate, un'efficace attività di coordinamento e motivazione del personale che fa parte del suo staff, nonché la raccolta di dati ed informazioni. A queste responsabilità si aggiunge il compito di assicurare l'aggiornamento delle proprie conoscenze, nonché il trasferimento e la condivisione delle conoscenze acquisite attraverso un continuo processo di interazione con i propri colleghi ed allievi che garantisca un efficace processo di apprendimento.

L'evoluzione dell'organizzazione dell'attività ospedaliera ha acuito l'esigenza di coordinamento sia in relazione al ruolo clinico sia al ruolo manageriale. Rispetto al primo, il proliferarsi delle specialità cliniche, dovuto all'incremento del numero di patologie e della continua innovazione tecnologica, ha determinato una esasperata specializzazione delle attività e delle competenze incrementando le esigenze di integrazione delle diverse fasi del processo di diagnosi e cura del paziente. Rispetto al secondo, l'attribuzione di responsabilità

gestionali al medico rende necessaria una più efficace integrazione tra le professionalità mediche, infermieristiche ed amministrative, che devono condividere linguaggi ed obiettivi. Se prima della riforma le esigenze di coordinamento erano soddisfatte dal ricorso all'autorità gerarchica e, in alcuni casi, alla definizione di linee guida, i cambiamenti introdotti dal processo di aziendalizzazione rendono auspicabile il ricorso a nuove modalità di coordinamento a livello sia macro sia micro-organizzativo.

A livello macro-organizzativo, l'obbligo di adottare una struttura dipartimentale (D.Lgs. 502/92, art. 4 e D.Lgs. 229/99, art. 4) risponde all'esigenza di definire processi operativi ottimali che superino i confini dei singoli reparti, attraverso la progettazione di unità organizzative dotate di autonomia funzionale finalizzate a sfruttare le potenziali sinergie derivanti dal governo delle interdipendenze fra le relative attività. A livello micro, la riforma del pubblico impiego ha dato al management delle aziende ospedaliere la possibilità di utilizzare un sistema di incentivazione economica legata ai risultati conseguiti (art. 24, D.Lgs. 29/93).

Questi cambiamenti riflettono, nell'ambito sanitario, la tendenza già manifestasi in altri settori di attività economica a superare modelli di organizzazione di tipo burocratico, caratterizzati da un'elevata specializzazione funzionale e dal ricorso a norme e procedure, resa necessaria dalla crescente complessità delle tecnologie e dei processi di lavoro, che impongono il ricorso a strutture e strumenti di controllo e coordinamento più flessibili.

3.GLI STRUMENTI DI INCENTIVAZIONE ECONOMICA NELLA TEORIA DELL'AGENZIA

3.1 Quadro teorico

Il coordinamento basato sui sistemi di incentivazione finanziaria è stato ampiamente studiato nell'ambito della teoria dell'agenzia (Jensen e Meckling, 1976; Ross, 1973).

I modelli principale-agente descrivono formalmente la relazione contrattuale che si instaura quando *“one or more persons (the principal/s) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf which involves delegating some decision making authority to the agent”* (Jensen e Meckling, 1976: 308).

Il rapporto di agenzia descrive una relazione di scambio in condizioni di informazione incompleta assumendo che il comportamento dell'agente non sia osservabile dal principale e che i risultati non dipendano unicamente dalle azioni dell'agente, ma siano condizionati da fattori esogeni.

L'ipotesi di informazione incompleta distingue la relazione di agenzia dalle relazioni di scambio descritte dal mercato e dall'autorità, ponendo diverse esigenze e vincoli per il coordinamento fra le parti (Grandori, 1995).

A differenza della relazione di autorità, si assume che il principale non possa osservare direttamente i comportamenti dell'agente e che non sia in grado di giudicare -per mancanza di tempo, risorse o competenza- se tali comportamenti siano in effetti nel suo migliore interesse. Inoltre, a differenza delle relazioni di mercato, si assume che i risultati non siano perfettamente osservabili in quanto affetti da fattori esogeni, che rendono i risultati stessi

segnali imperfetti dell'effettiva prestazione dell'agente. La teoria dell'agenzia assume infine che il comportamento di entrambe le parti sia basato sulla massimizzazione dell'utilità soggettiva, funzione crescente del proprio reddito e decrescente dello sforzo profuso, e che l'esistenza di informazioni private introduca la possibilità di comportamenti opportunistici, inducendo l'agente a scegliere un corso di azioni non congruente con gli obiettivi del principale qualora ciò gli consenta di raggiungere un livello di utilità maggiore.

Tale opportunismo può essere in parte rimosso, o comunque limitato, attraverso due possibili meccanismi: l'introduzione di un sistema di incentivi contingenti al risultato e/o un sistema di controllo basato su indicatori delle azioni intraprese, diversi da quelli ottenibili osservando i risultati (Grandori, 1995).

La teoria dell'agenzia si è prevalentemente incentrata sul primo di questi meccanismi che risolve il problema del coordinamento rafforzando il contenuto motivazionale dei contratti attraverso l'erogazione di incentivi finanziari finalizzati ad allineare gli obiettivi dell'agente con quelli del principale, assumendo che l'agente sia indotto a perseguire gli obiettivi del principale solo nella misura in cui la struttura degli incentivi inseriti nel contratto rende vantaggioso un simile comportamento.

3.2 Il rapporto medico-organizzazione come relazione di agenzia

Alcuni autori hanno tentato di applicare tale quadro teorico allo scopo di analizzare la professione medica (Pontes, 1995).

In effetti, l'imperfetta osservabilità del comportamento e dei risultati postulati dalla teoria dell'agenzia contraddistinguono la problematicità del coordinamento dell'attività medica nel

contesto delle organizzazioni sanitarie. Nella relazione principale-professionista, pur monitorando le azioni intraprese dall'agente, il principale non possiede la conoscenza tecnica per valutarne l'appropriatezza. L'asimmetria, in questo caso, origina da un'imperfetta distribuzione di conoscenza piuttosto che di semplice informazione fra le parti; il principale può acquisire informazioni sul comportamento dell'agente ma non può, con la stessa facilità, ridurre l'asimmetria di *expertise* basata su un corpo di conoscenze specialistiche e in continua evoluzione (Sharma, 1997). Anche la valutazione dei risultati è particolarmente complessa a causa della presenza di una molteplicità di fattori contingenti (caratteristiche del paziente, gravità della malattia, risorse a disposizione) che, pur essendo al di fuori della sfera di controllo del medico, influiscono sulla qualità della prestazione.

Nonostante queste considerazioni, l'applicazione della teoria dell'agenzia alla gestione della relazione fra medico e organizzazione sanitaria incontra, a nostro avviso, alcune importanti limitazioni.

In primo luogo, assumere che i medici siano guidati, nell'esercizio della loro professione, esclusivamente da motivazioni economiche sembra poco realistico. La letteratura sulla natura delle attività professionali ha evidenziato l'importanza dei concetti di altruismo e fiducia, riconoscendo che, in molte professioni, il processo di socializzazione tende ad instillare nei nuovi membri sentimenti di *commitment* ed orgoglio per la propria professione e di predisposizione a servire con coscienziosità i propri clienti (Von Glinow, 1988). Tale notazione sembra particolarmente rilevante nel caso della professione medica che, fin dai tempi del giuramento di Ippocrate, ha riconosciuto in tali valori i principi portanti del proprio codice etico. Inoltre, anziché focalizzare l'attenzione sul comportamento del

singolo agente, considerato come entità autonoma e indipendente, la *social embeddedness* dei professionisti evidenzia l'opportunità di spostare il focus dalla nozione di agente inteso come individuo isolato, impegnato in un puro scambio economico, verso quella più realistica di un attore dalla natura più complessa, impegnato anche nello svolgimento di una funzione sociale (Sharma, 1997).

La simultanea presenza di *self-interest* ed altruismo nella struttura motivazionale dei professionisti rende poco plausibile la rigida ipotesi comportamentista alla base della teoria dell'agenzia per l'analisi della relazione medico-organizzazione sanitaria.

In secondo luogo, la validità degli strumenti di incentivazione come soluzione al problema del coordinamento risulta, qualora applicata alla realtà, sicuramente più limitata rispetto a quanto predetto dalla teoria dell'agenzia.

Sotto il profilo teorico, la capacità degli strumenti di incentivazione di riallineare in modo ottimale il comportamento dell'agente rispetto agli obiettivi del principale è strettamente legata all'ipotesi di massimizzazione dell'utilità soggettiva. Tale ipotesi implica l'idea che il comportamento e le preferenze degli attori (principale ed agente) siano esprimibili in scelte monocriteriali, ovvero basate su un solo criterio o funzione obiettivo. Tuttavia, poiché la realtà è percepita come multidimensionale ed è generalmente molto difficile pervenire ad un *unico ordinamento debole completo* che consenta di ricondurre l'analisi ad un unico criterio di misura, il processo di scelta degli attori reali implica una valutazione sulla base di più criteri, ad ognuno dei quali corrisponde una specifica funzione di utilità (Laise e Valentino, 1995; Biggiero, Laise, Valentino, 1999). Ciò significa che tutti i modelli teorici che si basano sulla massimizzazione di una unica funzione obiettivo, come nel caso della

teoria dell'agenzia, forniscono una rappresentazione estremamente semplificata, e a volte non soddisfacente, della realtà.

La multidimensionalità dei processi decisionali risulta particolarmente rilevante nel contesto del sistema sanitario dato che l'erogazione di questo tipo di servizi rappresenta un'attività socialmente critica, in cui entrano in gioco una pluralità di aspetti diversi difficili da ordinare aprioristicamente e, comunque, non riconducibili ad un unico criterio di sintesi. Tali aspetti includono l'equità sociale del sistema sanitario, l'efficiente impiego delle risorse, l'efficacia terapeutica e l'eticità degli interventi clinici. Ciascuno di questi macro-aspetti può a sua volta essere valutato sulla base di criteri diversi e, talvolta, alternativi. In tale contesto, la possibilità di ricondurre il comportamento degli attori a processi decisionali monocriteriali risulta, non solo improbabile, ma anche non desiderabile qualora si convenga che la qualità del sistema sanitario nel suo complesso sia legata ad un delicato bilanciamento fra tali aspetti piuttosto che alla massimizzazione di uno soltanto fra questi.

Tale considerazione risulta ancora più evidente qualora si tenti di ricostruire la/e possibili funzione/i di utilità del principale. Nel caso in esame, tale tentativo risulta particolarmente difficile dato che le aziende ospedaliere si interfacciano con stakeholders profondamente diversi (i cittadini-utenti, la Regione, i dipendenti, etc.) che hanno a loro volta funzioni di utilità diverse rispetto alle quali allineare gli interessi ed orientare l'azione manageriale dei dirigenti mediciⁱⁱ.

Sul piano pratico, ciò si traduce nella difficoltà di costruire un sistema di incentivi in grado di fornire soluzioni ottimali o al più soddisfacenti quando il processo di scelta e la valutazione fra alternative di comportamento debba tenere conto, sia dal punto di vista dell'organizzazione ospedaliera (principale) sia del medico (agente), non di una ma più funzioni di utilità indipendenti. L'utilizzo di un sistema di remunerazione legato ad una misura parziale dell'outcome rischierebbe di incentivare comportamenti disfunzionali che, a seconda del particolare criterio selezionato, potrebbero scoraggiare il medico dal trattare casi clinici particolarmente complessi o pazienti particolarmente "difficili", o favorire un inefficiente utilizzo delle risorse.

L'esperienza degli Stati Uniti risulta particolarmente esemplificativa a questo proposito. In questo paese, i medici sono legati agli ospedali da differenti tipi di contratto. Alcuni contratti prevedono il pagamento al medico di ogni prestazione erogata (*fee-for-service*). Questa forma contrattuale può incentivare fortemente il medico ad erogare un numero di prestazioni maggiore del necessario e a favorire trattamenti che prevedono un rimborso più elevato. Un secondo tipo di contratto prevede il pagamento al medico di una tariffa fissa per ogni paziente tenuto in cura in un determinato periodo (*capitation*). Il reddito del professionista è in questo caso correlato positivamente al numero dei pazienti trattati e inversamente all'ammontare delle risorse utilizzate. Il rischio legato a questo tipo di contratto è quello di compromettere la qualità della cura; i medici infatti possono essere spinti ad abbassare i costi del servizio anche a scapito dell'efficacia terapeutica. Alcuni medici sono invece a tutti gli effetti dipendenti dell'ospedale (*employee*); il loro reddito non è direttamente correlato al numero di servizi erogati o di pazienti tenuti in cura.

Diversi studi hanno evidenziato che l'uso di questi differenti metodi di rimborso influisce sul comportamento dei medici nei confronti dei pazienti. Hillman, Pauly e Kerstein (1989) hanno dimostrato, in uno studio realizzato su un campione di 337 HMOⁱⁱⁱ attivi negli Stati Uniti, che l'utilizzo di pagamenti su base salariale e pro-capite è significativamente e negativamente associato al tasso di ospedalizzazione, inteso come misura di utilizzazione delle risorse (Hellinger, 1996). All'uso di queste forme contrattuali si accompagna sempre più spesso l'erogazione da parte degli HMO di bonus, basati sul grado di utilizzo delle risorse (per esempio, presso lo U.S. Healthcare, vengono premiati finanziariamente i medici che hanno praticato il minor numero di parti cesarei) o sul livello di soddisfazione dei pazienti (Appleby, 1995), e l'acquisto da parte dei medici di partecipazioni azionarie. Pur essendo i risultati di tali studi significativi, non è chiaro di quale intensità sia l'effetto degli incentivi finanziari sul comportamento dei medici, non essendo facile separare l'impatto di tali strumenti dalle altre tecniche di controllo utilizzate dagli ospedali per orientare le decisioni dei medici (Hellinger, 1996).

4.GLI STRUMENTI DI INCENTIVAZIONE FINANZIARIA NELLE AZIENDE OSPEDALIERE ITALIANE

4.1 Opportunità e prospettive

In Italia, la possibilità di utilizzare gli strumenti di incentivazione è stata introdotta dalla disciplina della retribuzione variabile nel nuovo contratto della dirigenza medica e veterinaria (Ccnl) stipulato il 5 dicembre 1996, che ha rappresentato lo strumento

indispensabile per dare concreto avvio al processo di aziendalizzazione previsto dai D.Lgs. 502/92 e 29/93.

Il nuovo contratto flexibilizza la struttura retributiva del dirigente medico rispetto a due fattori distinti^{iv}. Da un lato, la parte variabile della *retribuzione di posizione* consente di adeguare il compenso economico agli incarichi attribuiti (artt. 53 e 54 del Ccnl), assicurando una maggiore equità del sistema retributivo^v. Dall'altro, la *retribuzione di risultato* (art. 65) introduce un sistema premiante legato al conseguimento di obiettivi specifici finalizzati al miglioramento organizzativo e del sistema di erogazione dei servizi sulla base della negoziazione del budget, che dovrebbe formarne importante strumento di gestione^{vi} (Dragonetti, 1997). La retribuzione di risultato consente dunque di introdurre un sistema di incentivazione per obiettivi (Ibo) che, se applicato in modo selettivo, garantisce il rinforzo dei comportamenti attesi dall'organizzazione, svolgendo al tempo stesso un importante effetto motivante sul personale incentivato.

Tale normativa introduce l'opportunità di flessibilizzare la gestione del personale dirigente all'interno delle aziende ospedaliere, attraverso l'utilizzo degli incentivi economici quali componente variabile della retribuzione e parte integrante del sistema premiante.

L'introduzione di un sistema di incentivazione finanziaria consente di favorire il coinvolgimento e la partecipazione del personale medico nel processo di definizione ed implementazione delle strategie aziendali, superando la tradizionale estraneità dei professionisti rispetto alle politiche di gestione definite dal management. Infatti, la corretta implementazione di un sistema di incentivazione finanziaria si fonda sul principio della responsabilità diffusa e sulla partecipazione del personale incentivato alla definizione e

negoziazione degli obiettivi individuali, seguendo un processo a cascata che, a partire dal vertice aziendale e dai massimi livelli dirigenziali, prevede la partecipazione di tutti i dirigenti ed operatori assegnati alle varie strutture.

Inoltre, la possibilità di legare una parte della retribuzione al conseguimento di obiettivi specifici consente il recupero da parte dei professionisti del senso di appartenenza all'organizzazione e della motivazione. Difatti, la parte variabile della retribuzione di posizione rappresenta il riconoscimento dei diversi gradi di responsabilità assegnati ai dirigenti medici, mentre la retribuzione di risultato promuove la diffusione di una logica di gestione del personale basata sulla valutazione delle prestazioni individuali piuttosto che sul mero rispetto delle regole formali.

Infine, gli strumenti di incentivazione finanziaria presentano, rispetto ai protocolli di cura ed alle linee guida, il vantaggio di contribuire al coordinamento dell'attività medica riconoscendo, al tempo stesso, una maggiore discrezionalità del medico sui processi e sui corsi di azione, indispensabile per garantire flessibilità ed adattamento del processo terapeutico alle particolari condizioni presentate dal paziente.

4.2 Limiti di applicazione

Nonostante i vantaggi ottenibili con l'implementazione di un sistema di incentivazione, da cui derivano le aspettative del legislatore legate all'introduzione di quest'innovazione gestionale, si osserva ad oggi una limitata diffusione di questo strumento all'interno delle aziende sanitarie italiane.

Diversi vincoli si riscontrano nell'applicazione del sistema di incentivazione per obiettivi al contesto delle aziende sanitarie, che ne limitano l'efficacia quale strumento di coordinamento e gestione del personale (fig.1). Tali vincoli, di natura sia culturale sia organizzativo-gestionale, contribuiscono a spiegare le difficoltà che il management sanitario incontra nell'implementazione dell'Ibo.

Un primo vincolo è rappresentato dalla difficoltà di costruire degli obiettivi che siano misurabili e significativamente correlati con le prestazioni. Queste difficoltà derivano dalle caratteristiche stesse dell'attività medica, la cui valutazione non può essere basata su un unico criterio ed è resa ancora più ambigua dalla difficoltà di isolare il contributo dei singoli dalla prestazione del gruppo (si pensi, ad esempio, alla difficoltà riscontrate nella valutazione della prestazione individuale all'interno di un'équipe chirurgica).

Inoltre, anche qualora si pervenga alla definizione di un vettore di obiettivi che garantisca il necessario equilibrio fra i diversi aspetti connessi alla valutazione della prestazione medica (efficacia terapeutica, soddisfazione del paziente/qualità percepita, eticità dell'intervento clinico, efficiente impiego delle risorse assegnate, economicità) rimane il problema della mancanza, nella maggior parte delle aziende ospedaliere, di un sistema diffuso ed articolato di valutazione delle prestazioni al quale sia strettamente collegato un adeguato sistema di controllo di gestione, presupposti indispensabili per poter implementare efficacemente un sistema di incentivazione per obiettivi.

Ai vincoli di carattere organizzativo-gestionale, si aggiungono quelli di natura culturale che rendono difficoltosa la diffusione di una logica di valutazione della prestazione individuale.

In primo luogo, la logica premiante del contributo individuale trova nella Pubblica Amministrazione maggiori resistenze di applicazione rispetto al settore privato, difficoltà manifestatesi in passato con un'erronea e disfunzionale implementazione del sistema incentivante, finalizzata a mantenere intatti gli schemi retributivi precostituiti attraverso la contrattazione collettiva piuttosto che a premiare in modo selettivo i comportamenti individuali. L'efficacia del sistema di incentivazione è invece strettamente legata al rispetto del criterio di selettività, che incontra nel settore sanitario e nella Pubblica Amministrazione in genere maggiori difficoltà di carattere culturale dato che, fino alla recente riforma, il trattamento economico dei dirigenti pubblici era costruito sulla falsariga di quello dei dipendenti, e quindi, non differenziato in relazione al diverso peso delle responsabilità e ai risultati conseguiti nell'esecuzione dei compiti.

Inoltre, nel contesto delle aziende sanitarie, il superamento di una logica di gestione di tipo burocratico è ulteriormente complicata dall'esistenza di una forte cultura professionale basata su principi quali l'autorità collegiale, la conformità agli standard professionali e l'autonomia che inducono spesso i medici ad accettare con difficoltà l'incentivazione di obiettivi definiti dall'organizzazione qualora essi vengano percepiti in contrasto con i propri valori etici e professionali. In particolare, gli obiettivi incentrati sul contenimento dei costi e sull'efficiente impiego delle risorse possono facilmente risultare estranei, se non addirittura in contrasto con l'etica professionale, tradizionalmente focalizzata sulle responsabilità clinico-terapeutiche del medico piuttosto che su quelle manageriali.

Al fine di minimizzare il possibile conflitto fra cultura organizzativa ed etica professionale, le aziende ospedaliere dovrebbero assumere un ruolo più attivo nel processo di formazione

e socializzazione dei medici al fine di consentire la diffusione di una cultura comune, che superi il corporativismo professionale, favorendo l'interiorizzazione e condivisione di valori comuni fra le diverse categorie professionali nonché l'identificazione con l'organizzazione.

-----Figura 1 circa qui -----

5.CONCLUSIONI

La ridefinizione della relazione medico-organizzazione resa necessaria dalla trasformazione degli ospedali in aziende ha attribuito al medico competenze e responsabilità manageriali oltre che cliniche, aumentando l'impatto delle decisioni e comportamenti dei medici sull'efficacia e l'efficienza organizzativa.

Tali cambiamenti rendono auspicabile il ricorso a nuove modalità di coordinamento organizzativo che superino il modello burocratico, caratterizzato da un'elevata specializzazione funzionale e dal ricorso a norme e procedure, non più adatto in un contesto caratterizzato da un'elevata complessità tecnologica e dalla necessità di sviluppare ed integrare le competenze a tutti i livelli organizzativi.

Uno dei modi per flessibilizzare il coordinamento all'interno delle aziende sanitarie introdotto dalla riforma è rappresentato dagli strumenti di incentivazione finanziaria previsti nel nuovo contratto della dirigenza medica. Al fine di esaminare l'efficacia degli incentivi finanziari come modalità di coordinamento dell'attività medica, il presente contributo esamina la validità delle ipotesi della teoria dell'agenzia qualora applicata al caso

specifico della relazione medico-organizzazione sanitaria, ed analizza vincoli ed opportunità legati all'utilizzo di questo strumento all'interno delle aziende ospedaliere italiane, contribuendo a spiegarne la scarsa applicazione.

Le considerazioni svolte non devono a nostro avviso scoraggiare l'utilizzo degli incentivi finanziari quali strumento di coordinamento all'interno delle organizzazioni sanitarie, ma piuttosto evidenziano la necessità di implementare tale strumento con la piena consapevolezza da parte del management dei limiti che ne accompagnano l'utilizzo. Gli strumenti di incentivazione, infatti, pur non rappresentando una soluzione ottimale per allineare il comportamento individuale con le attese dell'organizzazione, come previsto dalla teoria dell'agenzia, rappresentano un importante strumento di gestione del personale che consente di rinforzare la motivazione dei dirigenti medici e di flessibilizzare il sistema retributivo in funzione delle strategie aziendali.

Gli incentivi finanziari rappresentano una modalità di coordinamento particolarmente efficace nel valorizzare la responsabilità manageriale del medico e sensibilizzare ed orientare il comportamento ed il processo decisionale dei professionisti rispetto al loro ruolo di gestori di risorse ed attivatori della spesa. Tuttavia, al fine di minimizzare eventuali limiti ed ostacoli legati all'implementazione di un sistema di incentivazione finanziaria, risulta particolarmente importante affiancare modalità di coordinamento alternative che consentano un opportuno bilanciamento del set di obiettivi incentivati rispetto al più ampio ventaglio di parametri di valutazione della prestazione sanitaria (qualità, economicità, equità ed eticità).

Inoltre, al fine di superare quello che risulta spesso un inevitabile conflitto fra responsabilità organizzative e motivazione proveniente dalla professione, il processo di comunicazione che accompagna l'introduzione di un sistema di incentivazione finanziaria si dovrebbe incentrare anche sulle possibili valenze non-economiche. Tale considerazione si fonda sulla consapevolezza che gli incentivi finanziari, basandosi sulla valutazione e riconoscimento del contributo individuale, rappresentano anche il veicolo di altri fattori motivanti quali lo status, il prestigio e l'apprezzamento da parte dei colleghi e dell'organizzazione delle proprie competenze. Di conseguenza, gli incentivi finanziari non agiscono esclusivamente sulla componente economica della struttura motivazionale dei professionisti ma possono influire indirettamente anche sulla componente non economica, maggiormente sensibile a fattori quali lo status, il prestigio e la stima conquistata nell'ambito professionale di pertinenza.

ⁱ In particolare, il D.Lgs. 29/93 riconosce la responsabilità del medico relativamente a (Bortignon, 1997):

- gestione, che comprende le decisioni organizzative e di gestione del personale (art. 20);
- attribuzione dei poteri di organizzazione delle risorse umane e strumentali (art. 3);
- valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti riferita alle decisioni organizzative adottate (art. 18, art. 3, comma 2, art. 20, commi 1 e 9);
- realizzazione dei programmi e dei progetti affidati al dirigente in relazione agli obiettivi;
- osservanza delle direttive ricevute;

- imparzialità e buon andamento dell'azione amministrativa.

ⁱⁱ In questo caso il principale, rappresentato dall'azienda ospedaliera, può essere inteso, a sua volta, quale agente di principali multipli, rappresentati da tutti i possibili *stakeholders* che istituzionalmente l'azienda ospedaliera è chiamata a servire direttamente ed indirettamente.

ⁱⁱⁱ Gli HMO (Health Maintenance Organizations) sono organizzazioni che integrano la funzione assicurativa con quella di erogazione del servizio sanitario. Ogni individuo paga all'HMO una tariffa fissa periodica in cambio dell'erogazione dei servizi sanitari da un limitato numero di erogatori. Tale forma contrattuale trasferisce all'HMO i rischi associati ad un eccessivo ricorso alle strutture sanitarie.

^{iv} La struttura retributiva risulta costituita da (art. 40 Ccnl):

- retribuzione di qualifica (tabellare);
- l'indennità integrativa speciale;
- la retribuzione individuale di anzianità, ove acquisita;
- l'indennità di specificità medica;
- la retribuzione di posizione;
- lo specifico trattamento economico per i dirigenti di II livello, ove attribuito;
- la retribuzione di risultato;
- la retribuzione legata a particolari condizioni di lavoro;
- l'assegno per il nucleo di famiglia, ove spettante.

^v Un sistema retributivo può considerarsi equo quando “i differenziali retributivi fra le diverse mansioni e fra gli individui che svolgono le medesime mansioni sono giustificati da criteri oggettivi condivisi dai dipendenti” (Fontana, 1994: 184). La retribuzione di posizione si configura dunque come un incentivo di mantenimento, in quanto evita il verificarsi di processi

di degradazione motivazionali, senza peraltro svolgere di per sé un effetto motivante (Hertzberg et al., 1959).

^{vi} Il contratto prevede un ulteriore componente di natura variabile rappresentata dal premio per la qualità della prestazione individuale (art. 63, D.Lgs. 29/93). Tale componente prevede l'erogazione di premi annuali strettamente correlati alla qualità delle prestazioni individuali, privilegiando in modo particolare le capacità organizzative, di gestione delle risorse, di innovazione e di controllo. Tale premio è fortemente selettivo ed attribuito ogni anno a non più del 7% dei dirigenti in servizio.

BIBLIOGRAFIA

Achard, P.O. 1999. Economia e organizzazione delle imprese sanitarie. Milano. FrancoAngeli.

Appleby, C. 1995. The measure of medical services. Hospital and Health Networks, 69: 26-34.

Biggiero, L., Laise, D., Valentino, P. 1999. Multicriteria analysis of corporate strategy. Paper to be presented at the Annual Meeting of Multicriteria Decision Aid.

Bortignon, E. 1997. La responsabilità dirigenziale del medico ospedaliero. Sanità Pubblica, 1: 9-27.

Donabedian, A. 1988. The quality of care: how can it be assessed?. Journal of the American Medical Association, 260 (12): 1743-48.

Dragonetti, S. 1997. La riforma della dirigenza del servizio sanitario nazionale nei contratti collettivi nazionali di lavoro: novità e prospettive. Sanità Pubblica, 9: 897-921.

Fontana, F. 1994 Lo sviluppo del personale. Torino. Giappichelli.

Friedson, E. 1970. Profession of Medicine. New York. Dodd, Mead.

Gonnella, J.S., Louis, D.Z. 1995. Physicians responsibilities and the evaluation of outcomes of medical care, in Markson, L.M. and Nash, D.B. Accountability and Quality in Health Care: The New Responsibility. Oakbrook, IL. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations.

Grandori, A. 1995. L'organizzazione delle attività economiche. Bologna. Il Mulino.

Hellinger, F.J. 1996. The impact of financial incentives on physician behavior in Managed Care Plans; a review of the evidence. *Medical Research and Review*, 53(3).

Hertzberg, F., Mausner, B., Block Snyderman, B. 1959. *The motivation to work*. New York. J. Wiley & Sons.

Hillman, A.L., Pauly, M. V., Kerstein, J.J. 1989. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of Health Maintenance Organizations?. *The New England Journal of Medicine*, 321 (2).

Jensen, M., Meckling, W. 1976. Theory of the Firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3: 305-360.

Laise, D., Valentino, P. 1995. *Teoria economica e scelte multicriterio*. Dipartimento di Economia Pubblica, Università di Roma La Sapienza.

March, J.G., Simon, H.A. 1958. *Organizations*. New York. J.Wiley and Sons.

Pontes, M.C. 1995. Agency Theory: a framework for analyzing physician services. *Health Care Management Review*, 20 (4).

Ross, S.A. 1973. The economic Theory of agency : the principal's problem. *American Economic Review*, 63(5): 134-139.

Sharma, A. 1997. Professional as agent: Knowledge asymmetry in agency exchange. *Academy of Management Review*, 22(3): 758-798.

Thompson, J.D. 1967. *Organization in action*. New York. McGraw-Hill; trad. it. *L'azione organizzativa*. Torino. Isedi. 1990

Von Glinow, M.A. 1988. *The new professionals: Managing today's high-technology employees*. Cambridge, MA. Ballinger.

Ware J. E., Davies-Avery A., Stewart A.L. 1978. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Care Service Review*, 1 (1): 2-15.

	VANTAGGI ED OPPORTUNITA'	LIMITI ED OSTACOLI
CARATTERISTICHE DELL'ATTIVITÀ MEDICA	<ul style="list-style-type: none"> - Discrezionalità sui processi - Orientamento ai risultati 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiguità causale azione/risultati - Lavoro di gruppo
CARATTERISTICHE DEGLI ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomia professionale 	<ul style="list-style-type: none"> - Multidimensionalità processi decisionali
CARATTERISTICHE DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Flessibilizzazione sistema retributivo - Coinvolgimento nelle strategie aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> - Scarsa utilizzazione sistemi di valutazione e controllo - Stile manageriale burocratico - Contrasto fra cultura organizzativa e cultura professionale

Fig. 1 - Vantaggi e limiti degli strumenti di incentivazione finanziaria per il coordinamento dell'attività medica relativamente alle caratteristiche del contesto organizzativo, dei professionisti e dell'attività medica.