

# Il contributo del management alla definizione della strategia di decentramento del Servizio Sanitario: il caso del Sistema Sanitario tunisino

Niccolò Persiani, Martina Giusti, Maria Jose Caldes, Afef Hagi\*

Il decentramento in ambito sanitario è da tempo considerato uno dei principali strumenti per far progredire i sistemi sanitari e per rispondere alle esigenze di equità di accesso alle cure. La dottrina ha identificato in questo trasferimento del potere decisionale “da pochi a molti” il presupposto della valorizzazione del ruolo del management, in questo caso, massimamente responsabilizzato nella risposta agli utenti.

Per tale ragione nella definizione di una strategia di decentramento appare centrale il coinvolgimento proprio del management allo scopo di definire preventivamente il suo possibile contributo.

Obiettivo del presente lavoro è, pertanto, l’analisi del contributo del management nella definizione di una strategia di decentramento del SSN.

\* Niccolò Persiani, Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Professore Ordinario di Economia Aziendale. Corresponding author, e-mail: niccolo.persiani@unifi.it.

Martina Giusti, Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Dottoranda in ricerca. E-mail: martina.giusti@unifi.it.

Maria Jose Caldes, Centro di Salute Globale AOU Meyer Regione Toscana. E-mail: mj.caldes@meyer.it.

Afef Hagi, Pontes – Ricerca e Interventi ONG. E-mail: afef.hagi@gmail.com.

L’articolo approfondisce il caso della Repubblica di Tunisia come esempio significativo di Paese a medio-basso reddito.

*Parole chiave:* decentramento, management, strategia, servizio sanitario, Tunisia, Paesi a medio-basso reddito.

## **The contribution of management to the definition of the strategy of health government decentralization: The case of the Tunisian healthcare system**

*Decentralization in healthcare has long been considered one of the main tools for advancing healthcare systems and responding to the need for equity in access to care.*

*The doctrine has identified in this transfer of decision-making power “from a few to many” the premise of the enhancement of the role of management, in this case, maximized in responding to users.*

*For this reason, in the definition of a strategy of decentralization become central the involvement of the management in order to define preventively its possible contribution.*

*Objective of the present work is, the analysis of the contribution of the manage-*

## S O M M A R I O

1. Introduzione
2. L’analisi della letteratura e il framework teorico di riferimento
3. Metodologia di ricerca
4. Il contributo del management al processo di decentramento del Sistema Sanitario tunisino
5. Discussione
6. Considerazioni conclusive

*ment in the definition of a strategy of decentralization of the NHS.*

*The article examines the case of the Republic of Tunisia as a significant example of a low-middle income country.*

*Keywords: decentralization, management, strategy, healthcare, Tunisia, low-middle income country.*

Articolo sottomesso: 22/03/2021,  
accettato: 06/12/2021

### 1. Introduzione

Dalla rivoluzione del 2011, la Tunisia ha compiuto rilevanti passi per trasferire il potere al nuovo Governo centrale democratico e, in un progressivo percorso di democratizzazione, dall'esecutivo al Parlamento, mantenendo un modello di governo comunque fortemente accentrato.

Il mantenimento di un sistema accentrato era stato, infatti, considerato una priorità del regime di Ben Ali finalizzato, com'era, a garantire l'unitarietà dello Stato a fronte di un sistema storicamente tribale. Per quanto, infatti, fossero state realizzate forme di governo locale, esse erano prevalentemente simboliche e prive di effettivi poteri (Baccouche, 2016).

Anche nella fase immediatamente successiva alla rivoluzione, il mantenimento di un sistema accentrato è stato considerato un passo necessario per consolidare il cambiamento in atto.

Oggi, invece, la Tunisia deve affrontare il compito cruciale di trasferire il potere dal livello nazionale a quello locale, così come richiesto dalla propria Costituzione e da numerose istanze territoriali.

Questa decentralizzazione del sistema si ritiene abbia il potenziale per affron-

tare questioni di vecchia data quali la disparità regionale, estremamente significativa in moltissimi settori quali sanità, istruzione, nonché favorire un riequilibrio nei livelli di povertà e di infrastrutture dei territori.

Il decentramento in Tunisia viene, oggi, perseguito avendo riguardo a quattro obiettivi (Yerkes & Muasher, 2018):

- a) consentire agli attori locali di prendere decisioni sui territori periferici, che portino a cambiamenti reali per i loro elettori;
- b) introdurre una nuova classe politica, che sia al di fuori dei partiti politici tradizionalmente dominanti del Paese e possa fornire maggiori opportunità alle donne e ai giovani di entrare in politica;
- c) migliorare la fornitura di servizi a livello locale, dove questa sia inefficiente e di scarsa qualità;
- d) consolidare il giovane processo democratico.

In tale dibattito non fa eccezione il Servizio Sanitario del Paese che, dopo un lungo periodo di forte accentrato, sta aprendosi oggi alla riflessione su possibili forme di decentramento.

Lo sviluppo del Sistema Sanitario tunisino ha, infatti, nel tempo ricalcato l'impostazione del sistema governativo nazionale attraversando diverse fasi dall'indipendenza a oggi.

Durante gli anni Sessanta e Settanta, il governo ha dato la priorità alla costruzione di ospedali più grandi nelle principali città costiere (Tunisi, Sousse e Sfax), prima di riorientare (tra il 1982 e il 1986) la spesa pubblica verso la costruzione di strutture nelle aree più remote. All'inizio degli anni Ottanta, il Sistema Sanitario tunisino si è infatti svi-

luppato attraverso un processo dinamico su due fronti: in primo luogo, la proliferazione di strutture di assistenza primaria e ospedali distrettuali, che hanno favorito un migliore accesso all'assistenza sanitaria di base nelle aree svantaggiate nonostante non avessero un vero e proprio ruolo nella programmazione, e, in secondo luogo, la creazione di istituti, centri specializzati e ospedali universitari (Centre Hospitalier Universitaire, CHU), che ha portato allo sviluppo di cure mediche all'avanguardia nelle principali città della Tunisia. Contestualmente nel Paese si sono diffusi numerosi ambulatori e cliniche private.

A seguito della recente rivoluzione, la nuova Costituzione del 2014, con la proclamazione della salute come diritto (art. 38), ha sottolineato l'obbligo dello Stato di garantire servizi sanitari preventivi e curativi. È stato strutturato pertanto un modello di servizio sanitario fortemente ispirato al modello francese, di tipo assicurativo. Fin dall'inizio, poi, si è quindi aperto un forte dibattito sul potenziamento della rete periferica e di una maggiore autonomia amministrativa e gestionale nelle aree svantaggiate, che ha accompagnato il più ampio dibattito sul decentramento nazionale.

Il Sistema Sanitario tunisino oggi comprende numerosi ospedali orientati su tre livelli di assistenza (Ministero della Salute tunisino, 2019; WHO, 2018):

- primaria, con una rete di 2.157 centri sanitari di base (CSB), 108 ospedali di circoscrizione (HC), 42 centri di emodialisi e 28 raggruppamenti di salute di base (GSB);
- secondaria, con 31 ospedali regionali (HR);

- terziaria, con 27 istituzioni pubbliche di sanità (EPS; 4 HR) e 9 centri specialistici.

Esistono, poi, 6 policlinici dipendenti dalla CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) e 7 centri di emodialisi.

Se oggi il sistema pubblico gestisce l'87% dei posti letto ospedalieri, è forte la presenza di una realtà ospedaliera privata (98 cliniche private, 117 centri di emodialisi, 510 poliambulatori e 2.037 farmacie), prevalentemente concentrata nelle grandi città.

La proliferazione di strutture periferiche pubbliche o private non è stata, tuttavia, accompagnata da un effettivo passaggio di competenze e dal riconoscimento di autonomia.

La nomina delle figure con ruoli dirigenziali (sia direttori di servizi sia membri delle direzioni strategiche aziendali), la pianificazione degli investimenti, la gestione del personale ma soprattutto l'analisi dei bisogni, la pianificazione degli obiettivi e la determinazione dei servizi da erogare sono rimaste di competenza delle strutture centrali quali il Ministero della Salute (Ministère de la Santé, MS), il Laboratorio Nazionale di controllo dei Farmaci (Le laboratoire national de contrôle des médicaments) e lo CNAM (Caisse National di Assurance Maladie – Istituto di Assicurazione Nazionale).

Questo ha penalizzato particolarmente le aree interne desertiche e del Sud, più povere e meno strutturate, a favore di quelle della capitale e sulla costa, dove operano i grandi centri universitari e le principali strutture private (Arfa & Elgazzar, 2013).

Il processo di decentramento intende, invece, offrire alle strutture periferiche un ruolo complementare rispetto ai

soggetti centrali della governance sanitaria, simbolo sino a oggi del governo centrale della sanità.

In Tunisia la progettazione di un sistema decentrato e il progressivo trasferimento di funzioni hanno prodotto, sin dalle loro prime fasi, l'effetto proprio di ogni percorso verso il decentramento, ovvero la rivalutazione e responsabilizzazione dei ruoli manageriali locali rispetto a quelli politici centrali (Vrangbæk, 2007).

Il trasferimento delle competenze, anche se ancora *in itinere*, si accompagna, da subito, a un trasferimento di responsabilità, così come la maggiore autonomia gestionale rende indispensabile una più concreta valutazione dei risultati prodotti in termini di efficienza, efficacia ed economicità con il superamento del modello burocratico tradizionale.

Tuttavia, a differenza dalla maggior parte dei Paesi che in precedenza si sono avviati su questa strada e che, nelle varie fasi della discussione, hanno coinvolto come stakeholder la cittadinanza (Mockford *et al.*, 2012; Foley *et al.*, 2017) piuttosto che le comunità locali (Rifkin, 2014) o gli utenti dei servizi (Dalton *et al.*, 2016), il Governo tunisino, anche su proposta delle istituzioni internazionali (WHO) e dei partner della cooperazione internazionale (in particolare la cooperazione italiana), ha coinvolto sin dalle prime fasi il management ospedaliero, nel convincimento dell'importante aiuto che questo avrebbe potuto fornire a delineare una concreta ed efficace strategia di riforma.

L'avvicinamento del sistema decisionale ai bisogni espressi dalla popolazione, la definizione di modelli amministrativi più vicini ai territori e il processo di aziendalizzazione delle realtà sanitarie

locali hanno reso indispensabile valorizzare l'esperienza di chi, all'interno e alla guida delle strutture sanitarie, giornalmente affronta tali problematiche confrontandosi con le difficoltà di un Paese così differenziato (Belhedi, 2017) e di un modello amministrativo fortemente verticistico.

Obiettivo del presente lavoro è pertanto lo studio e l'analisi del contributo del management alla definizione di una strategia di decentramento di un Servizio Sanitario Nazionale, con particolare riferimento ai Paesi a medio-basso reddito.

Oggetto dell'indagine è l'esperienza maturata nella definizione della strategia di decentramento del Sistema Sanitario tunisino che, per le ragioni suesposte, ha particolarmente investito proprio nel coinvolgimento dello stesso management.

L'esperienza del Sistema Sanitario tunisino appare di rilievo non solo perché è una delle più recenti e sicuramente, in prospettiva, uno dei riferimenti per tutti i Paesi dell'area, ma soprattutto per la sintesi che la Tunisia ha maturato negli anni tra le diverse esperienze e tra i diversi modelli di riferimento (Francia, Spagna, Italia) che hanno ispirato il suo Servizio Sanitario, e che la rendono un interessante laboratorio di studio sui modelli sanitari dei Paesi a medio-basso reddito.

## 2. L'analisi della letteratura e il framework teorico di riferimento

Il processo di decentramento può essere sostanzialmente definito come il trasferimento di autorità e responsabilità nella pianificazione, gestione e processo decisionale pubblico dal livello di governo nazionale, o supe-

riore, a livelli subnazionali, o inferiori (Bardhan, 2002; Schneider, 2003; Faguet, 2014; Mookherjee, 2006), applicato a una o più componenti dello Stato.

Tra queste componenti, il decentramento dei servizi sanitari ha avuto un ruolo centrale nel dibattito internazionale ed è stato oggetto di numerosi studi per la molteplicità di declinazioni che può assumere in termini di accrescimento del potere decisionale delle comunità del territorio, di risposta ai suoi bisogni (Mockford *et al.*, 2012; Foley *et al.*, 2017; Rifkin, 2014; Dalton *et al.*, 2016), di innalzamento della qualità dei servizi (Mitchell & Bossert, 2010), di una migliore gestione delle risorse disponibili (Mills *et al.*, 1990; Daniels *et al.*, 2000). L'interesse riservato al decentramento sanitario è dovuto, in particolare, alla sua diffusa applicazione in tutto il mondo per l'efficacia attribuita nella riduzione delle disuguaglianze (parità di utilizzo e fornitura di servizi sanitari alle persone idonee) e nel miglioramento delle prestazioni (ottimizzazione della gestione delle risorse allocate e allargamento del processo decisionale) (Bankauskaite & Saltman, 2007; Kaarbøe & Østergren, 2001; Gaynor & Wilson, 2020) sebbene in letteratura non vi sia concordanza di risultati. Un grado di decentramento troppo spinto può infatti portare a maggiori rischi di corruzione (Wu *et al.*, 2017), a un minore controllo della spesa sanitaria (Alves *et al.*, 2013), come a non riuscire a compensare eventuali differenze tra i diversi territori (Sumah *et al.*, 2016). Le stesse criticità sono state altresì riscontrate trasversalmente in tutti i servizi pubblici in cui è stato avviato un processo di decentramento del governo (Cepiku & Mastrodascio, 2021).

Pur non essendo presente in letteratura una definizione univoca di decentramento del sistema sanitario, per la sua autorevolezza, possiamo aderire a quella presentata da Vrangbæk, che riprende e approfondisce quelle presentate precedentemente da Cheema e Rondinelli (1983) e Bossert (Bossert, 1998). Per l'autore il decentramento sanitario è "il trasferimento formale di responsabilità e potere di prendere decisioni riguardo al management, la produzione, l'allocazione delle risorse e il finanziamento e i servizi sanitari, solitamente da un gruppo più ristretto a un gruppo più ampio di attori separati geograficamente o organizzativamente" (Vrangbæk, 2007).

Per l'autore tale definizione comporta sostanzialmente quattro modalità di attuazione del processo:

- 1) la devoluzione (*devolution*) ovvero il trasferimento di potere decisionale dei livelli istituzionali centrali a livelli istituzionali locali;
- 2) la burocratizzazione (*bureaucratization*) ovvero il trasferimento di potere decisionale dei livelli politici centrali a livelli amministrativi;
- 3) la autonomizzazione (*autonomization*) ovvero il trasferimento di potere decisionale a istituzioni autonome periferiche;
- 4) la privatizzazione (*privatization*) ovvero il trasferimento di potere decisionale a istituzioni autonome private o semiprivate.

Si deve sottolineare come tale definizione, in tutte le sue modalità applicative, ponga l'enfasi sul passaggio da pochi a molti attori diversamente dislocati del processo decisionale.

Pertanto, la caratteristica della definizione riportata, rispetto alle autorevoli precedenti, è il porre l'enfasi sul processo di delega dalla dimensione politica alla dimensione aziendale (Vrangbæk, 2007; Anselmi, 2014), con la conseguente progressiva valorizzazione della componente manageriale e organizzativa (Persiani, 2002).

Il decentramento, quindi, costituisce, nella sua attuazione, un vero e proprio passaggio di testimone dalla sfera politico-gerarchica a quella manageriale.

Non è un caso che la distinzione e il passaggio da gerarchia amministrativa a logica manageriale sia alla base di gran parte dei processi di riforma dei sistemi sanitari in senso decentrato (Nuzzo *et al.*, 2018).

Si ritiene, infatti, che proprio il management abbia le competenze tecniche per adattare le azioni e i principi della riforma alle realtà specifiche (Marchal *et al.*, 2010; Bloom *et al.*, 2010): questo può intervenire direttamente sui processi aziendali e sull'erogazione dei servizi sanitari, ottenendo una reale efficacia e un forte impatto del processo sul territorio.

Si deve segnalare che, però, nessuno dei citati studi si è soffermato approfonditamente sulla problematica del coinvolgimento preventivo del management nella definizione dei possibili percorsi e delle modalità di decentramento.

La riforma dei sistemi sanitari in senso decentrato è stata inizialmente studiata nei Paesi ad alto reddito (Jiménez-Rubio *et al.*, 2008), in particolare in Europa (Saltman & Bankauskaite, 2006; Simonet, 2010). Più recentemente, l'attenzione è stata dedicata sui Paesi a reddito medio-basso come America Latina (Bossert *et al.*, 2000) e Oriente (per Nepal, Regmi *et al.*, 2010; per India,

Panda e Thakur, 2016; per Pakistan, Bossert *et al.*, 2015), per la cronica debolezza dei loro sistemi istituzionali amministrativi centrali e per la mancanza di adeguate competenze tecniche disponibili (Muñoz *et al.*, 2017).

Il decentramento dell'assistenza sanitaria è adottato e studiato significativamente anche nel contesto africano, in particolare nei Paesi della regione subsahariana (per Uganda, Muriisa, 2008; per Tanzania, Maluka *et al.*, 2011; per Kenya, Tsofa *et al.*, 2017; per Ghana, Sumah *et al.*, 2014; per Burkina Faso, Zon *et al.*, 2020). Solo di recente si sta aprendo il dibattito anche per i Paesi del Nord Africa, dell'area del Maghreb e Medio Oriente, dove le riforme del decentramento sanitario sono in procinto di essere avviate.

### 3. Metodologia di ricerca

La metodologia di ricerca impiegata nel presente lavoro è quella del case study (Eisenhardt, 1989; Yin, 2004). Il ricorso a tale metodologia risulta particolarmente appropriato quando l'oggetto d'analisi è complesso e si vuole condurre un'analisi approfondita del fenomeno all'interno del suo contesto di riferimento (Yin, 2012; Berry & Otley, 2004). Il case study offre, infatti, una molteplicità di tecniche di raccolta e analisi dei dati che consentono una profonda comprensione dei fenomeni indagati (Parker *et al.*, 2014). Inoltre, uno dei suoi principali punti di forza sta nella capacità che offre di indagare i fenomeni sotto un profilo pratico, andando così a colmare uno dei punti più dibattuti nella letteratura aziendale, ossia il gap esistente tra teoria e prassi (Chiocchi *et al.*, 2014; Ryan *et al.*, 2002). La metodologia del case study è poi indicata nell'analisi dei sistemi Paese, con

particolare riferimento ai Paesi a medio-basso reddito data la capacità della medesima di coglierne le specificità estendendole, ove possibile, a contesti consimili (Gerring, 2006).

La Tunisia è stata identificata come un significativo caso di studio perché è la prima democrazia del Maghreb in procinto di avviare una riforma strutturale di decentramento del sistema statale, prevista peraltro nella sua Costituzione.

Tale riforma, come detto in precedenti, interessa anche il settore sanitario, ambito strategico per questo Paese per una sua maggiore rispondenza ai livelli di qualità ed efficacia della vicina Europa.

Dopo la review della letteratura finalizzata a definire il framework teorico di riferimento e l'identificazione dei gap conoscitivi sulla materia d'interesse, lo studio delle norme e della principale documentazione amministrativa in materia, il gruppo di ricerca ha deciso di somministrare una survey strutturata (Appendice 1) ai direttori generali degli ospedali regionali per il ruolo di primo piano che questi saranno chiamati ad assumere con la ridistribuzione del governo sanitario a livello locale.

Il questionario somministrato è stato organizzato in cinque sezioni (38 domande).

La prima sezione raccoglie i dati personali e le informazioni relative agli ospedali che gestiscono i direttori generali a cui è stata sottoposta la survey. Le tre successive sono incentrate sul decentramento istituzionale (*devolution*), organizzativo (*bureaucratization*), finanziario (*autonomization*), tenendo conto delle diverse modalità identificate da Vrangbæk e innanzi descritte (Vrangbæk, 2007).

La quinta è invece dedicata ai sistemi di valutazione e controllo. Non è stata inserita una specifica sezione del questionario sulla privatizzazione (*privatization*) dal momento che tale modalità è esplicitamente esclusa dai modelli di decentramento pianificati nel Paese.

Il questionario, realizzato su Google Moduli al fine di ottimizzarne e semplificarne la fruizione da tutti i possibili device, è stato somministrato tra luglio e agosto 2020 lasciando una finestra temporale di tre settimane per la sua compilazione. Dalle risposte alle domande presenti nel questionario è stato possibile raccogliere:

- i dati sui territori serviti e sugli ospedali di riferimento;
- i pareri e le motivazioni addotti dal management a supporto del decentramento;
- le opinioni su punti di forza e di debolezza, opportunità e minacce delle varie possibili modalità di decentramento del Sistema Sanitario tunisino.

I dati raccolti sono stati elaborati con l'utilizzo di validati metodi statistici.

Le opinioni espresse sono state, invece, elaborate attraverso SWOT analysis, metodologia ormai consolidata in letteratura per l'elaborazione di simili raccolte dati (Çınar *et al.*, 2013).

La SWOT analysis ha infatti consentito di costruire sulle diverse tematiche oggetto di intervista una mappatura dei punti di forza e dei punti di debolezza, delle opportunità e delle possibili minacce delle diverse opzioni di riforma, così come percepita dal management. Tale mappatura si è ritenuto potesse efficacemente, da una parte, supportare il processo di riforme.

ma in atto e, dall'altra, costituire una puntuale rappresentazione dell'effettivo contributo del management al dibattito in materia di decentramento sanitario.

Hanno risposto al questionario 25 direttori generali, ovvero il management di tutti i governatorati tunisini. Il campione è quindi da ritenersi significativo e rappresentativo dell'intera popolazione in studio.

#### **4. Il contributo del management al processo di decentramento del Sistema Sanitario tunisino**

Le informazioni che emergono dalle risposte al questionario e dalle SWOT analysis sono numerose ed estremamente interessanti e per questo sono state messe a disposizione del Ministero della Sanità tunisino per l'elaborazione del suo piano strategico sul decentramento.

Tra queste riteniamo particolarmente rilevanti, ai fini del presente lavoro, tutti quei contributi che, per loro natura e specializzazione, possiamo considerare come propri del management e che difficilmente sarebbero potuti scaturire da una simile indagine rivolta a pubblici differenti.

Possiamo in particolare enuclearne tre:

- 1) l'indicazione delle necessità di un decentramento differenziato;
- 2) la valorizzazione delle leve manageriali;
- 3) l'enfasi sull'importanza di introdurre adeguati meccanismi di valutazione e controllo.

Il primo aspetto indicato, ovvero la necessità di un decentramento differenziato, è evidente in gran parte delle

risposte. Emerge in particolare un Paese diviso in tre macroaree (costa, entroterra, sud) che corrispondono, peraltro, alle medesime partizioni in cui si riscontrano le più significative differenze di reddito e di sviluppo (Ministero della Salute tunisino, 2019; Belhedi, 2017).

Nelle tre aree identificate vi è una marcata istanza di decentramento, quale intervento in grado sia di diminuire i divari presenti tra i diversi territori (Costa 82%; Entroterra 86%; Sud 86%) sia di rendere più facile l'accesso ai servizi sanitari in tutto il Paese (Costa 82%; Entroterra 100%; Sud 86%) e di esprimere i bisogni locali (Costa 91%; Entroterra 100%; Sud 86%).

Di fronte a un'affermazione convinta si osserva, tuttavia, un diverso atteggiamento delle aree considerate rispetto alla capacità effettiva del nuovo modello amministrativo di poter, in un prossimo futuro, rappresentare la popolazione presso gli organi centrali (Costa 100%; Entroterra 71%; Sud 57%).

È evidente, inoltre, come esistano significative differenze sulla valutazione della capacità dello stesso di standardizzare a livello nazionale l'erogazione dei servizi (Costa 63%; Entroterra 100%; Sud 86%) o garantire un'effettiva equità e parità di accesso (Costa 72%; Entroterra 100%; Sud 57%).

Queste differenze pongono l'accento, in particolare, sulla forte richiesta di decentramento proveniente dalle zone dell'entroterra, da sempre, come visto, trascurate a favore delle aree costiere. Appaiono invece più esitanti le zone desertiche nel Sud, timorose di un'autonomia che difficilmente saranno in grado di gestire in una prima fase.

La proposta del management è, in questo caso, lo studio di un meccanismo di decentramento differenziato, che proce-



da con tempi diversi nelle diverse aree, attraverso la progressiva implementazione degli strumenti e di adeguati percorsi formativi per il loro utilizzo.

Un percorso che, nel giro di un determinato spazio temporale, porti i diversi territori a colmare le proprie differenze anche attraverso l'utilizzo differenziato di leve manageriali, quali l'autonoma gestione del budget (82%) e dei fattori produttivi (74%).

Questa differenziazione dovrà passare da un diverso grado di autonomia finanziaria, con particolare riferimento sia alla programmazione degli investimenti (85%) sia all'implementazione di un sistema di valutazione nazionale della performance degli ospedali (88%).

Una menzione a parte merita la richiesta di maggiore e differenziata autonomia nella contrattualistica del personale oggi fortemente disincentivato a trasferirsi al Sud (82%).

Per alcuni territori viene addirittura proposta l'istituzione di specifiche Local Authorities finalizzate a garantire i cittadini delle fasce più deboli (79%) e frenare la mobilità attraverso una programmazione sanitaria, con le comunità locali, che tenga conto dei bisogni locali (94%).

Il secondo aspetto, che emerge dall'analisi, è quello relativo alla valorizzazione di alcune leve decisionali di carattere manageriale nell'ambito del processo di decentramento. Proprio il confronto diretto con la dimensione manageriale sottolinea come tra i principali ostacoli a un futuro compiuto decentramento vengano visti aspetti quali un'eccessiva centralizzazione dei sistemi amministrativi (56%), la carenza di un efficace sistema informativo diffuso (82%), così come la mancanza di un'adeguata formazione manageriale (79%).

Analogamente viene ampiamente sottolineata l'attuale scarsa autonomia concessa al management ospedaliero nella gestione del personale (62%), nei fondi dedicati agli investimenti (62%) così come l'assenza di entrate, tariffarie o fiscali, dedicate a livello locale (62%).

Proprio a fronte di tali difficoltà vengono presentate specifiche richieste di potenziamento degli strumenti manageriali quali i sistemi di contabilità direzionale (71%), i sistemi budgetari (71%).

Analogamente forti sono le istanze per maggiore autonomia e capacità concorrenziale ottenibili attraverso la revisione autonoma e locale dei contratti assicurativi (76%), come nella definizione della propria offerta di servizi (47%).

Il terzo aspetto, infine, riguarda i meccanismi di valutazione e controllo. Il messaggio, che perviene dalla popolazione intervistata, è di grande attenzione non solo agli strumenti con cui la periferia potrà governare il sistema dei servizi ma anche alle modalità con cui il livello centrale si porrà nei confronti dei livelli periferici.

Vengono viste come punti di debolezza/minacce dell'attuale sistema in prospettiva di un futuro decentramento l'inefficacia degli attuali sistemi di controllo (88%), l'elevata politicizzazione (68%), la scarsa cultura del controllo a livello centrale (76%) e la corruzione (82%), un problema comune in tanti giovani governi democratici difficile da eradicare.

È per questo che la popolazione intervistata richiede con forza un ufficio di audit nazionale (91%) per il controllo della spesa, un sistema nazionale di valutazione della performance (79%) che consenta una valutazione compara-

ta dei risultati prodotti tra le varie aree e dalle varie strutture ospedaliere (74%), il potenziamento del sistema informativo sanitario nazionale (71%).

### 5. Discussione

La ricchezza delle risposte fornite dalla popolazione intervistata dà completa risposta all'obiettivo di ricerca alla base del presente lavoro.

La sua composizione (i manager degli ospedali regionali) e la sua diffusione nei diversi territori del Paese (tutti i 24 governatorati rappresentati) garantiscono infatti la piena rappresentazione dei diversi punti di vista di tutto il management tunisino.

Analogamente la metodologia utilizzata, ovvero l'erogazione di un questionario, permette l'emergere dei punti di vista scaturenti dalla prospettiva manageriale su tutte le modalità di decentramento identificate dalla dottrina, su cui sono stati chiamati a esprimersi.

In aggiunta la conduzione di una SWOT analysis ha consentito, facendo emergere le singole preoccupazioni o gli svariati punti di forza collegabili alla conduzione manageriale di un sistema decentrato, la proposta di alcune linee di indirizzo per l'elaborazione del progetto nazionale per il decentramento del Sistema Sanitario tunisino.

I risultati emersi dall'indagine assumono pertanto le seguenti caratteristiche:

- 1) provenendo da una compagine esclusivamente manageriale e significativamente rappresentativa del territorio, rappresentano adeguatamente il punto di vista del management nel percorso di decentramento del Servizio Sanitario;
- 2) per le metodologie utilizzate le risposte si concentrano su temati-

che proprie del management e dell'organizzazione;

- 3) la natura degli argomenti trattati esclude di per sé la possibilità di ottenere il medesimo contributo propositivo da altri stakeholder coinvolti nel processo e più frequentemente, come visto, interpellati in sede di progettazione del percorso.

Le risposte consentono quindi di enucleare alcuni specifici contributi meritevoli di attenzione.

Il primo riguarda la problematica delle differenze territoriali emerse dall'indagine, comune alla Tunisia e alla maggior parte dei Paesi in cui si avviano processi di decentramento.

Il decentramento di un servizio sanitario, infatti, per sua natura ha come obiettivo, tra gli altri, il raggiungimento di un maggiore livello di equità e, attraverso la concessione di maggiore autonomia ai territori, la riduzione delle diseguaglianze (Daniels *et al.*, 2000; Alves *et al.*, 2013).

Rispetto alla gestione della problematica o piuttosto alla proposta di strategie per il suo superamento, il contributo ottenibile dal management è quello dell'esplicita indicazione degli strumenti da attivare per rendere concreta e adeguata alle caratteristiche di ciascun territorio la risposta ai bisogni (nel nostro caso autonomia nella programmazione, organizzazione e gestione dei fabbisogni degli investimenti e del personale), e degli ambiti di autonomia da riconoscere agli stessi (potestà contrattuale e tariffaria).

Il secondo contributo evidenziato dalla nostra analisi è quello che deriva dal fatto che il management pone al centro del percorso di riforma la valorizzazione del processo di aziendal-

zazione delle strutture sanitarie erogative dei servizi.

La strutturazione degli enti ospedalieri in forma aziendale e la dotazione delle direzioni delle competenze e degli strumenti tipicamente manageriali, con tutta evidenza, vengono presentate come la via affinché il Sistema Sanitario tunisino sia in grado di rispondere prontamente ed efficientemente a quel processo che Vrangbæk definisce di managerializzazione (Vrangbæk, 2007). Terzo contributo è, infine, la richiesta esplicita di un articolato meccanismo di *check and balance* tra poteri centrali e locali, garantito da sistemi di controllo e valutazione sull'operato delle strutture decentrate da parte del livello nazionale ma allo stesso tempo in grado anche di valorizzarne le specificità e le eccellenze. Questo aspetto appare come particolarmente significativo nella realtà tunisina e rappresentativo di molte realtà dell'area del Maghreb.

L'uscita da un rigido sistema centralizzato non democratico a favore di un sistema democratico decentrato ha reso, infatti, inefficaci i tradizionali sistemi decisionali verticistici e inapplicabili i rigidi meccanismi di controllo burocratico. Il nuovo sistema ha richiesto pertanto il ripensamento di tali sistemi di bilanciamento che, per la natura stessa della riforma, dovranno fondarsi più propriamente sulla logica manageriale.

## 6. Considerazioni conclusive

Il contributo del management ospedaliero del Sistema Sanitario tunisino costituisce un presupposto essenziale al processo di riforma che, troppe volte, i sistemi sanitari si sono trovati ad affrontare con anni di ritardo rispetto alle riforme.

Ci si riferisce in particolare al ruolo che può avere un corretto processo di aziendalizzazione che, come visto, è sempre conseguenza inevitabile del processo di decentramento.

Il passaggio del sistema decisionale dal centro alla periferia, dalla dimensione politica alla dimensione aziendale porta, infatti, con sé la valorizzazione dei complessi erogativi dei servizi e delle professionalità coinvolte nella risposta ai bisogni dell'utenza.

Il processo di aziendalizzazione, però, oltretutto un fatto culturale è necessariamente anche un tema di dati e strumenti a supporto del suo complesso sistema di management.

La chiara identificazione degli strumenti, operata dal management degli ospedali regionali tunisini, la sensibilità espressa verso una progressiva, ma differenziata introduzione in tutto il contesto nazionale, la creazione contestuale di solidi strumenti di controllo per il governo centrale costituiscono allora un esempio di indubbio interesse per gli altri Paesi a medio-basso reddito interessati ad avviare il medesimo percorso.

Ricordiamo in conclusione del lavoro come le analisi condotte si riferiscano a un sistema sanitario basato su un modello assicurativo pubblico fortemente improntato sul modello francese.

Riteniamo che questo possa essere considerato un limite della ricerca e un suo possibile punto di sviluppo.

Se analoghe, infatti, fossero, probabilmente, le sollecitazioni a una pronta aziendalizzazione in fase di primo decentramento se applicate a un servizio sanitario su modello Beveridge, diversa sarebbe sicuramente la risposta sulle strumentazioni necessarie e sulle modalità di programmazione e controllo conseguenti.

Un possibile sviluppo della presente ricerca può essere, invece, considerato la somministrazione del medesimo questionario ai manager del sistema sanitario di uno o più Paesi dell'area

del Maghreb come in Paesi a medio-basso reddito con un assetto governativo e organizzativo simile a quello della Tunisia e con analoghe caratteristiche sociali ed economiche.

## BIBLIOGRAFIA

- Alves J., Peralta S., & Perelman J. (2013). Efficiency and equity consequences of decentralization in health: an economic perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1): 74-83.
- Andrews R., Beynon M.J., & McDermott A. (2019). Configurations of New Public Management reforms and the efficiency, effectiveness and equity of public healthcare systems: a fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis. *Public management review*, 21(8): 1236-1260.
- Anselmi L. (2014). *Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni: Edizione rivista ed ampliata*. Torino: Giappichelli Editore.
- Arfa C., & Elgazzar H. (2013). *Consolidation and transparency: Transforming Tunisia's health care for the Poor*. UNICO Studies Series 4. Washington DC: The World Bank.
- Baccouche N. (2016). Decentralization in Tunisia: challenges and prospects. *Federalism – a success story*, 1.
- Bankauskaite V., & Saltman R.B. (2007). Central issues in the decentralization debate. *Decentralization in health care*, 9.
- Bardhan P. (2002). Decentralization of governance and development. *Journal of Economic perspectives*, 16(4): 185-205.
- Belhedi A. (2017). *Disparités régionales en Tunisie. Défis et enjeux*. Communication à l'Académie des Sciences, des Lettres & des Arts, BeitAl-Hikma, 7.
- Berry A.J., & Otley D.T. (2004). Case-Based Research in Accounting. In: Humphrey C., Lee B. (Eds.). *The Real Life Guide to Accounting Research*, pp. 231-255. Amsterdam: Elsevier.
- Bloom N., & Van Reenen J. (2010). Why do management practices differ across firms and countries?. *Journal of economic perspectives*, 24(1): 203-224.
- Borgonovi E. (2005). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea.
- Bossert T. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social science & medicine*, 47(10): 1513-1527.
- Bossert T., Larrañaga O., & Ruiz Meir F. (2000). Decentralization of health systems in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8: 84-92.
- Bossert T.J., Mitchell A.D., & Janjua M.A. (2015). Improving health system performance in a centralized health system: capacity building in Pakistan. *Health Systems & Reform*, 1(4): 276-284.
- Cepiku D., & Mastrodascio M. (2021). Equity in public services: a systematic literature review. *Public Administration Review*, 81(6): 1019-1032. © 2021 by The American Society for Public Administration. DOI: 10.1111/puar.13402.
- Cheema G.S., & Rondinelli D.A. (1983). *Decentralization and development: Policy implementation in developing countries*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Chiucchi M.S., Giuliani M., & Marasca S. (2014). The design, implementation and use of intellectual capital measurements: a case study. *Management Control*, 2: 143-168.
- Çınar F., Eren E., & Mendeş H. (2013). Decentralization in health services and its impacts: SWOT Analysis of Current Applications in Turkey. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 99: 711-718.
- Dalton J., Chambers D., Harden M., Street A., Parker G., & Eastwood A. (2016). Service user engagement in health service reconfiguration: a rapid

- evidence synthesis. *Journal of health services research & policy*, 21(3): 195-205.
- Daniels N., Bryant J., Castano R.A., Dantes O.G., Khan K.S., & Pannarunothai S. (2000). Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 740-750.
- Eisenhardt K.M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review*, 14(4): 532-550.
- Faguet J.P. (2014). Decentralization and governance. *World Development*, 53: 2-13.
- Foley C., Droog E., Healy O., McHugh S., Buckley C., & Browne J.P. (2017). Understanding perspectives on major system change: a comparative case study of public engagement and the implementation of urgent and emergency care system reconfiguration. *Health Policy*, 121(7): 800-808.
- Gaynor T.S., & Wilson M.E. (2020). Social Vulnerability and Equity: The Disproportionate Impact of COVID-19. *Public Administration Review*, 80(5): 832-838. DOI: 10.1111/puar.13264.
- Gerring J. (2006). *Case study research: Principles and practices*. New York: Cambridge University Press.
- Hood C. (1995). The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, organizations and society*, 20(2-3): 93-109.
- Jiménez-Rubio D., Smith P.C., & Van Doorslaer E. (2008). Equity in health and health care in a decentralised context: evidence from Canada. *Health economics*, 17(3): 377-392.
- Kaarbøe O., & Østergren K. (2001). Erfaringer fra ledelses-og organisationsreformer i den svenske helsesektoren på 1990-tallet. *Helse, økonomi og politikk: Utfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelen.
- Maluka S.O., Hurtig A.K., Sebastián M.S., Shayo E., Byskov J., & Kamuzora P. (2011). Decentralization and health care prioritization process in Tanzania: from national rhetoric to local reality. *The International journal of health planning and management*, 26(2): e102-e120.
- Marchal B., Dedzo M., & Kegels G. (2010). A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana. *BMC health services research*, 10(1): 1-14.
- Mills A., Vaughan J.P., Smith D.L., Tabibzadeh I., & World Health Organization (1990). *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. World Health Organization.
- Ministero della Salute tunisino (2019). *Santé Tunisie en chiffres 2017*. Marzo 2019, Repubblica tunisina, Ministero della Salute, Direzione studi e pianificazioni, S/Direzione di statistica.
- Mitchell A., & Bossert T.J. (2010). Decentralisation, governance and health-system performance: 'Where you stand depends on where you sit'. *Development Policy Review*, 28(6): 669-691.
- Mockford C., Staniszewska S., Griffiths F., & Heron-Marx S. (2012). The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *International journal for quality in health care*, 24(1): 28-38.
- Mookherjee D. (2006). Decentralization, hierarchies, and incentives: A mechanism design perspective. *Journal of Economic Literature*, 44(2): 367-390.
- Muñoz D.C., Amador P.M., Llamas L.M., Hernandez D.M., & Sancho J.M.S. (2017). Decentralization of health systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *International journal of public health*, 62(2): 219-229.
- Muriisa R.K. (2008). Decentralisation in Uganda: prospects for improved service delivery. *Africa Development*, 33(4).
- Nuzzo A., Carle F., & Pessina E.A. (2018). Processo di decentramento del SSN ed evoluzione dell'equità interregionale nell'assistenza sanitaria nel periodo 2001-2012. *Mecosan*, 108: 9-34.
- Panda B., & Thakur H.P. (2016). Decentralization and health system performance – a focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India. *BMC health services research*, 16(6): 1-14.
- Parker R.I., & Vannest K.J. (Eds.) (2014). Non-overlap analysis for single-case research. In: Kratochwill T.R., & Levin J.R. (Eds.). *Single-case intervention research: Methodological and statistical advances*, pp. 127-151. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14376-005>.
- Persiani N. (2002). *Modelli di programmazione e sistemi di controllo interno nella pubblica amministrazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Pollitt C., & Bouckaert G. (2003). *Evaluating public management reforms: an international perspective*. *Evaluation in Public-Sector Reform. Concepts and Practice in International Perspective*, pp. 12-35. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Regmi K., Naidoo J., Pilkington P.A., & Greer A. (2010). Decentralization and district health services in Nepal: understanding the views of service users and service providers. *Journal of Public Health*, 32(3): 406-417.
- Rifkin S.B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health policy and planning*, 29(suppl\_2): ii98-ii106.
- Ryan B., Scapens R.W., & Theobald M. (2002). *Research method and methodology in finance and accounting*. Lincoln, UK: Cengage Learning EMEA.

- Saltman R.B., & Bankauskaite V. (2006). Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective. *Health Econ. Pol'y & L.*, 1: 127.
- Schneider A. (2003). Decentralization: Conceptualization and measurement. *Studies in comparative international development*, 38(3): 32-56.
- Simonet D. (2010). Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(5): 470-488.
- Sumah A.M., Baatiema L., & Abimbola S. (2016). The impacts of decentralisation on health-related equity: A systematic review of the evidence. *Health Policy*, 120(10): 1183-1192.
- Sumah A.M., Bowan P.A., & Insah B. (2014). Decentralization in the Ghana Health Service: A Study of the Upper West Region. *Developing Country Studies*, 4(12): 45-52.
- Tsofa B., Molyneux S., Gilson L., & Goodman C. (2017). How does decentralisation affect health sector planning and financial management? A case study of early effects of devolution in Kilifi County, Kenya. *International journal for equity in health*, 16(1): 1-12.
- Vrangbæk K. (2007). Towards a typology for decentralization in health care. In: Saltman R.B., Bankauskaite V., & Vrangbæk K. (eds.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*, pp. 44-60. Shoppenhangers Road, Maidenhead, Berkshire, England: McGrawHill Open University Press.
- WHO (2018). *Tunisia: Health System Profile, Regional Office for the eastern Mediterranean*. Region Office for the Eastern Mediterranean. Joint developed by: Department of Health System Development (HSD) and Department of Information, Evidence and Research (IER) <https://rho.emro.who.int/sites/default/files/Profiles-briefs-files/TUN-Health-System-Profiles-2018.pdf>.
- Wu W., Ma L., & Yu W. (2017). Government Transparency and Perceived Social Equity: Assessing the Moderating Effect of Citizen Trust in China. *Administration & Society* 49(6): 882-906. DOI: 10.1177/0095399716685799.
- Yerkes S., & Muasher M. (2018). *Decentralization in Tunisia: Empowering Towns, Engaging People*. Carnegie Endowment for International Peace. Washington, DC: Carnegie Endowment for International Peace Publications.
- Yin R.K. (2004). *The case study anthology*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Yin R.K. (2012). Case study methods. In: Cooper H., Camic P.M., Long D.L., Panter A.T., Rindskopf D., & Sher K.J. (Eds.). *APA handbook of research methods in psychology*, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological, pp. 141-155. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-009>.
- Zon H., Pavlova M., & Groot W. (2020). Regional health disparities in Burkina Faso during the period of health care decentralization. Results of a macro-level analysis. *The International journal of health planning and management*, 35(4): 939-959.

## Appendice 1 – Il questionario somministrato



Sezioni	Domande
<b>Dati personali e del contesto di lavoro</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nome e Cognome</li> <li>2. Titolo di studio conseguito: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Licenza elementare</li> <li>• Licenza media</li> <li>• Licenza superiore</li> <li>• Laurea</li> <li>• Laurea Magistrale</li> <li>• Specializzazione</li> <li>• Dottorato di ricerca</li> </ul> </li> <li>3. Esperienza di studio all'estero? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sì Dove? _____</li> <li>• No</li> </ul> </li> <li>4. Direttore dell'ospedale di: _____</li> <li>5. Qual è la Regione di afferenza dell'ospedale da Lei diretto?</li> <li>6. Da quanto tempo è direttore nell'ospedale in cui opera?</li> <li>7. È stato direttore in altro/i ospedale/i? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sì</li> <li>• No</li> </ul> </li> <li>8. In riferimento all'ospedale di cui si occupa attualmente, può indicarci indicativamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. posti letto</li> <li>• n. dipendenti</li> <li>• n. medici</li> <li>• n. infermieri</li> <li>• tipologia di ospedale (universitaria, di ricerca, locale ecc.)</li> <li>• bacino d'utenza (n. pazienti nel territorio di afferenza)</li> </ul> </li> <li>9. Sono presenti i seguenti servizi presso il suo ospedale (sbarrare le unità operative presenti): <ul style="list-style-type: none"> <li>• pronto soccorso</li> <li>• laboratorio</li> <li>• cardiologia</li> <li>• punto nascita</li> <li>• radiologia</li> <li>• reumatologia</li> <li>• traumatologia – ortopedia</li> <li>• rianimazione – terapia intensiva</li> <li>• pneumologia</li> <li>• blocco operatorio</li> <li>• pediatria</li> <li>• malattie infettive</li> <li>• oncologia medica</li> <li>• psichiatria</li> <li>• chirurgia generale</li> <li>• ginecologia e ostetricia</li> </ul> </li> </ol>



- geriatria
- chirurgia specialistica

10. Quanto ritiene utile partecipare a un'attività di formazione professionale e/o di *job shadowing* all'estero ai fini di approfondire il tema del decentramento secondo una scala da 1 a 5?

11. Tra i Paesi di seguito riportati, che si caratterizzano per declinazioni diverse del decentramento, di quale preferirebbe approfondirne la conoscenza?

- Italia
- Francia
- Svizzera
- USA
- Altro: \_\_\_\_\_

**Decentramento istituzionale (devolution)**

La riorganizzazione del Sistema Sanitario tunisino, per rendere fattivo il decentramento, parte dall'attuazione del decentramento istituzionale, ovvero la delega del governo centrale di parte del potere decisionale alle realtà nel territorio.

1. In relazione a una prossima attuazione del decentramento del Sistema Sanitario tunisino, quanto reputa importante il ruolo delle comunità diffuse nel territorio nella programmazione sanitaria secondo una scala da 1 a 5?
2. Quanto ritiene utile il possibile decentramento istituzionale per garantire equità e parità di accesso al sistema sanitario nazionale da 1 a 5?
3. Che importanza attribuisce alla possibilità di integrare il contributo delle realtà del territorio nel sistema di nomine dei vertici degli ospedali in una scala da 1 a 5?
4. Il decentramento istituzionale quanto può contribuire a standardizzare l'erogazione dei servizi sanitari in tutto il Paese secondo una scala da 1 a 5?
5. Il gruppo di lavoro in aula ha avanzato le seguenti proposte per l'eventuale decentramento istituzionale. Come valuta il loro contributo al funzionamento del sistema da 1 a 5?
  - Nomina dei CdA di presidio congiuntamente tra livello centrale e locale
  - Nomina congiunta del Direttore Generale da parte del territorio e del governo centrale
  - Aumento della incisività del ruolo dei decisori locali sul finanziamento ospedaliero
  - Maggiore autonomia dei territori nelle convenzioni con il settore privato
6. Nella tabella che segue può indicare punti di forza/punti di debolezza e opportunità/minacce che deriverebbero dall'adozione di una maggiore istituzionale della sanità tunisina?

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
OPPORTUNITÀ	MINACCE

7. Avete altre proposte da presentare?



**Decentramento organizzativo (bureaucratization)**

Al decentramento istituzionale si affiancherà necessariamente quello organizzativo, il quale si concretizza nell'attribuzione di un certo grado di autonomia gestionale ai territori.

1. Quanto reputa importante una maggiore autonomia organizzativa e gestionale dei presidi ospedalieri territoriali da 1 a 5?
2. Come considera l'opportunità di rendere a breve autonoma la gestione del budget alle realtà ospedaliere regionali secondo una scala da 1 a 5?
3. Quanto può essere il vantaggio di una gestione autonoma dei fattori produttivi da parte delle realtà ospedaliere territoriali in un prossimo futuro impiegando una scala da 1 a 5?
4. Quanta importanza attribuisce all'integrazione ospedale-territorio con una scala da 1 a 5?
5. Il gruppo di lavoro in aula ha avanzato le seguenti proposte per il decentramento organizzativo. Come valuta il loro contributo al funzionamento del sistema con una scala da 1 a 5?
  - Implementazione di un efficace controllo di gestione aziendale
  - Maggiore autonomia nella gestione delle risorse e investimenti
  - Creazione di una Scuola pubblica di sanità
  - Concessione di autonomia nella gestione del personale: assunzione, promozione e mobilità
6. Nella tabella che segue può indicare punti di forza/punti di debolezza e opportunità/minacce che deriverebbero dall'attribuzione di più ampia autonomia alle realtà territoriali sanitarie?

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
OPPORTUNITÀ	MINACCE

7. Avete altre proposte da presentare?

**Decentramento finanziario (autonomization)**

Il decentramento istituzionale e quello organizzativo si potranno pienamente concretizzare se affiancati al decentramento finanziario, ovvero a un sistema di pagamento di prestazioni basato su un DRG (Diagnosis Related Group) riconosciuto e assoggettato a una specifica patologia.

1. Quanto reputa importante un eventuale decentramento finanziario nell'ottica della riduzione delle differenze nella distribuzione delle risorse sui territori secondo una scala da 1 a 5?
2. Quanto ritiene opportuno, con una prossima attuazione del decentramento, l'istituzione di Local Authorities incaricate di programmare i bisogni e definire le tariffe da 1 a 5?
3. Quanto può essere vantaggioso per le realtà territoriali un prossimo decentramento del sistema di programmazione degli investimenti su una scala da 1 a 5?
4. Quanto è rilevante il decentramento del sistema di decisione delle tariffe a livello territoriale in una scala da 1 a 5?
5. Il gruppo di lavoro in aula ha avanzato le seguenti proposte. Come valuta il loro supporto al decentramento finanziario in una scala da 1 a 5?





- Definizione congiunta del Budget tra Ministeri e realtà locali
  - Contrattazione tra Ministero e Comitati Locali sui tetti alla fatturazione distinti per specifica prestazione
  - Apertura a fondi privati, out of pocket e co-payment
  - Creazione di un fondo di finanziamento per gli indigenti
  - Maggiore autonomia nella gestione degli investimenti
  - Maggiore autonomia nell'acquisto delle risorse
6. Nella tabella che segue può indicare punti di forza/punti di debolezza e opportunità/minacce che deriverebbero dall'adozione di una maggiore autonomia nei sistemi di finanziamento?

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
OPPORTUNITÀ	MINACCE

7. Avete altre proposte da presentare?

**Sistema di valutazione e controllo**

Decentramento istituzionale, organizzativo e finanziario prevedono obbligatoriamente la realizzazione di un sofisticato sistema di valutazione e controllo, il quale garantisce l'aderenza alle normative e il rispetto dei vincoli imposti".

1. In ottica di decentramento quanto reputa importante la costituzione di un sistema di controlli audit a livello nazionale secondo una scala da 1 a 5?
2. Per l'avvio e un efficace decentramento come valuta la possibilità di sviluppare un sistema di valutazione nazionale delle performance degli ospedali da 1 a 5?
3. Come valuta la possibilità di sviluppare, nell'ambito del decentramento del Sistema Sanitario tunisino che si potrà realizzare, un controllo della qualità delle prestazioni a livello nazionale in una scala da 1 a 5?
4. Il gruppo di lavoro in aula ha avanzato le seguenti proposte. Secondo lei quanto sono efficaci per lo sviluppo di un sistema di valutazione e controllo integrato tra livello centrale e territoriale in una scala da 1 a 5?
  - Rafforzare il ruolo di INEAS per potenziare l'accreditamento come strumento di valutazione esterna e sviluppare indagini di soddisfazione
  - Creare comitati regionali e locali di monitoraggio
  - Valutazione dell'accreditamento
  - Normativa specifica di settore per gli acquisti in sanità
  - Normativa specifica di settore per i Partenariati Pubblico-Privato (PPP) in sanità
  - Sistema di valutazione dei direttori generali e dei CdA nazionale
  - Costruire un sistema di monitoraggio e regolazione nell'ottica di futuro decentramento della spesa sanitaria a livello territoriale

5. Nella tabella che segue può indicare punti di forza/punti di debolezza e opportunità/minacce che deriverebbero dall'adozione di un sistema di controlli e di valutazioni?

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
OPPORTUNITÀ	MINACCE

6. Avete altre proposte da presentare?

