

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2010**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

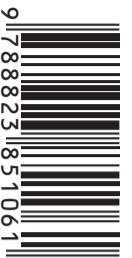
- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliero-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

Elena Cantù si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È coordinatrice di OASI.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer
Ingelheim**

ISBN 978-88-238-5106-1



9 788823 851061

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2010

a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

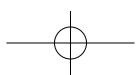
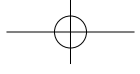
Elena Cantù

SDA Bocconi



CERGAS
CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 **Egea**



1 Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati

di Eugenio Anessi Pessina e Elena Cantù

1.1 Obiettivi e attività dell'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI)

Il rinnovamento dei sistemi sanitari continua a essere un importante oggetto di dibattito politico e scientifico, a livello nazionale e internazionale. Continua, infatti, la ricerca di soluzioni che soddisfino finalità almeno in parte contraddittorie: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità, libertà di scelta. Con l'istituzione e lo sviluppo dell'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI), il CERGAS dell'Università Bocconi ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nella sanità italiana, prendendo spunto da due presupposti:

- ▶ Che il dibattito non possa limitarsi alle «ricette», agli aspetti di principio, ai presunti punti di forza e di debolezza di alternativi modelli «ideali» o comunque di alternative formule e architetture istituzionali, ma debba estendersi all'osservazione della realtà, ai risultati effettivi e concreti che le «ricette» di volta in volta formulate o rivisitate sono in grado di produrre.
- ▶ Che la responsabilità di un centro di ricerca sia di immettere nel sistema e nel dibattito politico, istituzionale e sociale dosi massicce di conoscenze per incidere sulle tre determinanti del cambiamento, ossia sapere, volere e potere.

A quest'ultimo riguardo va segnalato il sito del CERGAS (www.cergas.unibocconi.it), che presenta i principali dati del SSN e permette di accedere ai file di tutti i Rapporti OASI, organizzati sia per anno che per temi.

Come premessa metodologica di fondo, OASI indaga il sistema sanitario secondo l'approccio economico-aziendale. Si tratta di una precisazione doverosa perché il sistema sanitario può essere indagato secondo diversi approcci: clinico,

giuridico, politico, sociologico, economico generale, economico aziendale ecc. Pur nel pieno rigore metodologico, ogni approccio applica al sistema sanitario i propri «schemi concettuali» e le proprie «chiavi di lettura», il che «porta ad analisi e interpretazioni della realtà che danno rilievo a differenti elementi che la caratterizzano» (Borgonovi 1984, p. 6).

Nell'attività di ricerca, OASI si avvale di diverse strategie e strumenti tra loro integrati (analisi documentale, studi di casi singoli e comparati, sistematizzazione e analisi quantitativa di dati, interviste e *survey* a diversi profili regionali e aziendali).

Il tentativo, in particolare, è quello di combinare sistematicamente:

- ▶ Indagini sull'universo delle regioni e delle aziende, o comunque su campioni significativi, tipicamente svolte con questionari o interviste strutturate.
- ▶ Indagini focalizzate su specifici casi nazionali, regionali e aziendali, con finalità sia scientifiche, sia di supporto agli operatori del settore.

Le prime sono particolarmente utili per tracciare un quadro complessivo dei fenomeni indagati, rispondendo a domande del tipo: quanto/i? (per esempio, quanto tempo richiede la formulazione del budget?); chi? (per esempio, chi formula le proposte di budget?); dove? (per esempio, dove è collocato l'ufficio programmazione e controllo nell'organigramma dell'azienda?).

Le seconde sono invece più indicate (Yin 1994, pp. 3-9) per analisi approfondite, per cogliere i dettagli e comprendere le relazioni di causa-effetto tra le diverse variabili interne ed esterne all'azienda, per rispondere a domande del tipo: perché? (per esempio, perché l'azienda impiega determinati indicatori di budget?); come? (per esempio, come si svolge la negoziazione di budget nell'azienda?).

Queste considerazioni acquistano particolare significato nel sistema sanitario pubblico, dove frequenti sono i comportamenti «isomorfici» (Powell e Di Maggio 1983), di adesione solo formale a prescrizioni normative o a principi e soluzioni che riscuotono il consenso del contesto di riferimento (per esempio, l'adozione dell'atto aziendale, la redazione del piano strategico, la dipartimentalizzazione delle strutture organizzative) e dove quindi è molto rischioso fermarsi alle apparenze dichiarate nei documenti, nei questionari, nelle interviste strutturate.

Gli approfondimenti consentiti dal metodo dei casi, infine, sono estremamente importanti anche per il mondo aziendale. I casi possono infatti aiutare gli operatori a riflettere sui principali fabbisogni organizzativi e gestionali della propria azienda, sull'esigenza di sviluppare soluzioni che garantiscano la coerenza tra le principali variabili d'azienda (struttura organizzativa, meccanismi operativi, caratteristiche dell'organismo personale ecc.; cfr. § 1.2) e di ambiente, sulla gestione del processo di cambiamento.

1.2 Il modello di analisi

Nell'approccio economico-aziendale, la pubblica amministrazione (o qualunque suo sottosistema, compreso quello sanitario, che peraltro include anche aziende private) viene interpretata non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia. Di conseguenza:

- ▶ dal punto di vista interpretativo, la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità raggiunti da ciascuna azienda e dall'interazione tra le aziende stesse;
- ▶ dal punto di vista normativo, la funzionalità complessiva del sistema si può migliorare modificando le modalità di funzionamento delle singole aziende e mettendole in grado di migliorare i propri risultati, nel rispetto delle proprie specificità organizzative, gestionali e di ambiente. Anche nella definizione delle politiche pubbliche non bisogna cercare di imporre comportamenti uniformi. Bisogna invece creare le condizioni e fornire gli incentivi perché le singole aziende migliorino le proprie modalità di funzionamento.

OASI si propone quindi di analizzare le scelte adottate dalle singole aziende sanitarie e i loro riflessi sulla funzionalità delle aziende stesse, dove per funzionalità si intende il rapporto (logico prima ancora che operativo) tra qualità e quantità delle risorse utilizzate e qualità e quantità dei risultati prodotti, espressi in termini di grado di raggiungimento delle finalità istituzionali. A questo scopo è necessario individuare analiticamente le variabili che determinano il grado di funzionalità di una qualsiasi azienda e, più in particolare, di un'azienda sanitaria. Le variabili da analizzare sono rappresentate schematicamente nella Figura 1.1. Di seguito si presentano brevemente i diversi elementi.

L'*assetto istituzionale* identifica i soggetti primari e le regole del gioco fondamentali dell'azienda ed è definito come la configurazione dei soggetti nell'interesse dei quali l'azienda nasce e opera (i cosiddetti *portatori di interessi istituzionali*); dei contributi che tali soggetti forniscono all'azienda; delle correlate aspettative nei confronti dell'azienda stessa; delle modalità di partecipazione dei diversi soggetti al governo dell'azienda; delle strutture e dei meccanismi che regolano tale partecipazione. Nell'impostazione qui accolta, per le aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono le persone che compongono la collettività di riferimento e le persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La collettività di riferimento, in particolare, contribuisce all'attività dell'azienda prevalentemente attraverso il prelievo tributario. Le sue aspettative riguardano in primo luogo la disponibilità di adeguati servizi sanitari, ma non di rado si estendono ad altri aspetti (per esempio la tutela dei livelli occupazionali). La sua partecipazione al governo dell'azienda si esplica tipicamente attraverso la rappresentanza politica: prevalentemente a livello di comune nell'ar-

chitettura originale del SSN, essenzialmente a livello di regione dopo il D.lgs. 502/1992. Non mancano, comunque, altri canali attraverso cui i componenti della collettività possono cercare di influenzare le scelte aziendali: in alcune regioni gli Enti Locali hanno riconquistato un ruolo anche formale; alcune associazioni di pazienti e cittadini sono molto attive; significative evoluzioni si riscontrano nell'*empowerment* dei pazienti stessi. Infine, nell'architettura originale del SSN, le principali strutture di governo erano rappresentate dall'assemblea generale e dal comitato di gestione, poi sostituite (attraverso varie fasi) dall'organo monocratico di direzione generale. Regole particolari (anch'esse in forte evoluzione) disciplinano l'assetto istituzionale delle strutture «equiparate», tra cui le Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Il riferimento a regioni e comuni richiama il tema delle *relazioni di natura istituzionale* con altre aziende. Queste relazioni caratterizzano in modo significativo l'assetto istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche. Le riforme introdotte dal D.lgs. 502/1992, in particolare, hanno ridefinito i Servizi Sanitari Regionali (SSR) come gruppi di aziende (sanitarie locali e ospedaliere) guidati dalla regione: di qui il frequente riferimento alla regione come «capogruppo» o «holding».

Le *combinazioni economiche* sono il «cuore» dell'azienda. Rappresentano l'insieme delle operazioni svolte dall'azienda e in esse si sostanzia l'attività economica dell'azienda stessa. Tradizionalmente le operazioni vengono classificate in tre gruppi. La *gestione* è l'insieme delle attività direttamente rivolte alla produzione e al consumo: nelle aziende sanitarie pubbliche comprende quindi le operazioni di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché le correlate operazioni di acquisto. L'*organizzazione* è l'insieme delle attività che riguardano l'organismo personale e l'assetto organizzativo: comprende quindi le operazioni di selezione, formazione, valutazione, retribuzione del personale, nonché le operazioni di analisi e progettazione delle strutture organizzative e dei sistemi di gestione del personale. La *rilevazione*, infine, è l'insieme delle operazioni di produzione, trasmissione ed elaborazione di dati e informazioni.

Una caratteristica fondamentale delle combinazioni economiche è la loro estensione, ossia la loro dimensione, numerosità ed eterogeneità. Al riguardo si può osservare come in origine le Unità Sanitarie Locali (USL) si caratterizzassero per l'elevata estensione, al fine di perseguire i vantaggi connessi all'integrazione sia orizzontale (convergenza di tutti i servizi e attività attinenti alla salute in un'unica azienda), sia verticale (scarsa diffusione dell'esternalizzazione); come gli anni Novanta del secolo scorso siano stati invece caratterizzati da generali fenomeni di deintegrazione sia istituzionale (per esempio, scorporo delle Aziende Ospedaliere), sia gestionale-organizzativa (per esempio, specializzazione delle aziende in risposta alle convenienze generate dal sistema di finanziamento; diffusione dell'*outsourcing* anche per attività precedentemente conside-

rate *core*), quindi da aziende sanitarie pubbliche con combinazioni economiche meno estese; come infine dal 2000 sia di nuovo iniziata la ricerca di integrazione, in termini sia di reintegrazione istituzionale (es. riaccorpamento di ASL e AO), sia di integrazione interistituzionale (es. creazione di aree vaste).

L'*assetto organizzativo* comprende sia la struttura organizzativa, ossia «la configurazione unitaria e coordinata degli organi aziendali e degli insiemi di compiti e responsabilità loro assegnati» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 464), sia i meccanismi o sistemi operativi, ossia «un vasto insieme di regole, di procedure e di programmi che, complementariamente alla struttura organizzativa, guidano il comportamento delle persone che svolgono le combinazioni economiche aziendali» (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 485). Tra i sistemi operativi si distinguono quelli di gestione degli obiettivi e delle informazioni (pianificazione strategica, programmazione e controllo, sistema informativo) e quelli di gestione del personale (ricerca, selezione, accoglimento e inserimento del personale, dimensionamento degli organici, addestramento e formazione, carriera e valutazione del potenziale, retribuzione e valutazione delle mansioni e delle prestazioni). Si noti peraltro che il confine tra assetto istituzionale e assetto organizzativo è tutt'altro che netto (Airoldi 1996, p. 375); che nelle aziende pubbliche gli assetti istituzionali si caratterizzano per un'elevata «pervasività» (Del Vecchio 2001, p. 35); che le scelte relative alla struttura organizzativa, in particolare, acquisiscono spesso nel settore pubblico una forte connotazione istituzionale perché contribuiscono a definire e comunicare obiettivi da perseguire e interessi da tutelare.

Il *patrimonio* è l'insieme delle condizioni di produzione e di consumo di pertinenza dell'azienda in un dato momento. Si compone di elementi sia attivi (disponibilità monetarie, crediti, scorte, fabbricati, impianti, macchinari, attrezzature ecc.), sia passivi (debiti di regolamento, debiti di finanziamento, capitale proprio). Tra gli elementi attivi, nelle aziende sanitarie assume particolare rilevanza un complesso di elementi immateriali (*know-how*, relazioni, reputazione e coesione interna) che i sistemi tradizionali di rilevazione faticano a cogliere.

L'*organismo personale* è l'insieme delle persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La teoria aziendale riconosce che il concetto di «organismo personale» può essere interpretato in modo più o meno ampio (Airoldi, Brunetti e Coda 1994, p. 455). Nel SSN questa precisazione appare particolarmente rilevante per i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) che, seppure non legati da contratti di lavoro dipendente, rappresentano una risorsa strategica per le aziende.

L'*assetto tecnico*, infine, è dato dall'insieme di elementi che qualificano la configurazione fisico-tecnica dell'azienda, quindi dagli aspetti fisico-tecnici delle immobilizzazioni (fabbricati, impianti, attrezzature ecc.) e dei processi produttivi. In particolare, per le aziende sanitarie, l'assetto tecnico comprende il *layout* delle strutture (per esempio, la localizzazione dei posti letto, delle sale operatorie, dei magazzini, dei servizi diagnostici in relazione alle unità organizzative);

l'organizzazione dei posti letto e delle aree di degenza; la localizzazione, l'allocatione organizzativa e le caratteristiche funzionali delle attrezzature sanitarie e delle altre risorse strumentali finalizzate a erogare assistenza; l'insieme e la distribuzione dei compiti affidati all'organismo personale in riferimento alle scelte di allocazione degli spazi e delle risorse strumentali; le modalità di programmazione dell'utilizzo della capacità produttiva rispetto a criteri legati alla tipologia di attività (si pensi ad attività programmabile o in urgenza, oppure alle differenti specialità) e alla variabile tempo (distribuzione delle attività tra i vari giorni della settimana); la configurazione dei sistemi informativi, con particolare riferimento agli strumenti di supporto alle operazioni di gestione caratteristica, come i *software* per la gestione della cartella clinica, per la refertazione in formato elettronico, per la gestione del parco letti, per la prenotazione automatica delle agende ambulatoriali, per la gestione dell'inventario e la programmazione delle manutenzioni, fino al modello dell'*hospital resource planning*. In sintesi, fanno parte dell'assetto tecnico tutti gli elementi, le condizioni e gli strumenti di supporto che permettono il funzionamento operativo della struttura, determinando la configurazione dei processi di assistenza.

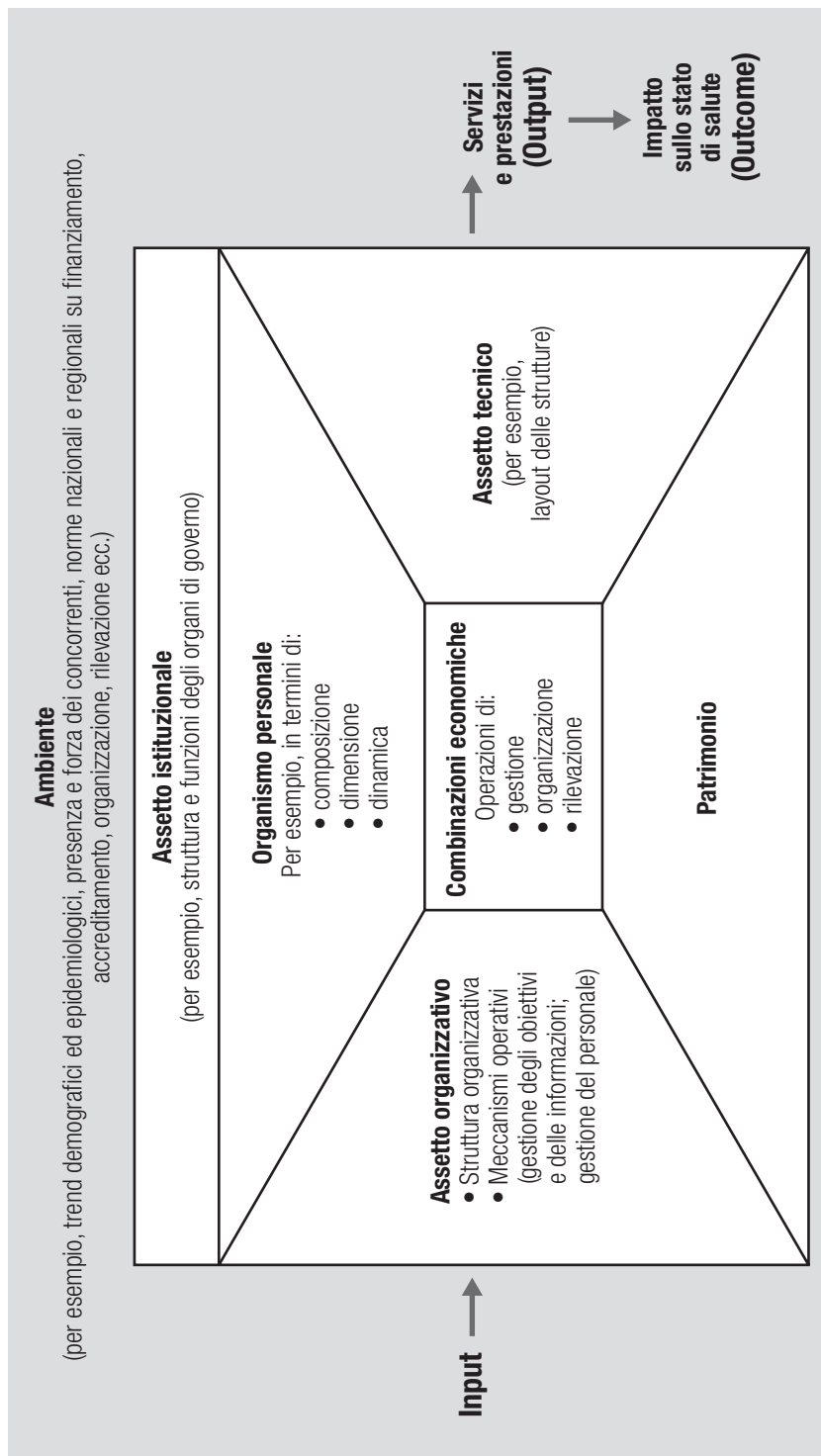
Naturalmente, tutti questi elementi sono interdipendenti e presentano un forte fabbisogno di coerenza. L'azienda è inoltre inserita in un *ambiente* che ne influenza significativamente il funzionamento, le fornisce gli *input* e ne riceve gli *output*. A questo riguardo assumono particolare rilevanza le relazioni (di natura istituzionale, già citate, ma anche di scambio e di concorrenza) con altre aziende. Nel SSN, per esempio, le aziende di un dato «gruppo sanitario regionale» stabiliscono importanti relazioni anche con lo Stato, i comuni, altre regioni e le relative aziende sanitarie pubbliche, altri enti pubblici e non profit, una vasta rete di strutture e di professionisti accreditati o convenzionati, diverse classi di fornitori.

1.3 La struttura del Rapporto

La struttura del Rapporto riflette la Fig. 1.1.

La prima parte («Il quadro di riferimento») fornisce alcune informazioni di sintesi sulla struttura del SSN, dei SSR e delle singole aziende, con particolare riferimento all'assetto tecnico, all'organismo personale, alle principali caratteristiche della rete di strutture e professionisti pubblici e privati accreditati e convenzionati. Inoltre, evidenzia i compiti fondamentali che spettano alla regione in quanto «capogruppo» del sistema regionale; sviluppa in particolare i temi del numero e delle caratteristiche delle aziende, che si modificano ogni anno a seguito degli interventi di «riordino» dei SSR; propone un quadro sintetico delle normative regionali che regolano l'assetto del SSR; presenta i dati di *turnover* dei Direttori Generali. Successivamente, analizza gli *input*, gli *output* e gli *outcome* delle aziende sanitarie in termini quantitativi (per esempio tipologie, volumi,

Figura 1.1 **Rappresentazione della struttura e dello spazio d'azione di un'azienda sanitaria**



Fonte: adatto da Airoldi, Brunetti e Coda (1994, p. 86)

indicatori di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate) e monetari (spesa, finanziamento, disavanzo). Nel quadro della progressiva responsabilizzazione finanziaria delle regioni, particolare attenzione viene dedicata alle misure regionali di copertura dei disavanzi.

La seconda parte («I sistemi sanitari regionali») si focalizza sui SSR, evidenziando ancora una volta la forte differenziazione interregionale. In particolare, il cap. 4 presenta i risultati economico-finanziari dei «gruppi sanitari pubblici regionali», proponendo anche alcuni dati relativi alle singole aziende. Il cap. 5 analizza alcuni Piani Sanitari Regionali, mostrando una eterogeneità piuttosto elevata in termini di finalità e struttura dei documenti, di articolazione dei contenuti e di rilevanza attribuita ai possibili ambiti di pianificazione strategica. Il capitolo successivo (cap. 6) si focalizza sui Piani di Rientro e ne analizza, oltre alla struttura e ai contenuti, i processi di elaborazione ed implementazione al fine di individuarne le principali criticità. Il cap. 7 si concentra sul concetto di equità, evidenziandone le diverse accezioni e sintetizzando gli studi più recenti sul livello di equità tra le regioni all'interno del SSN. Il cap. 8 prende avvio dall'analisi delle reti cliniche presentata nel Rapporto 2009 e si focalizza sulle reti oncologiche regionali attualmente operative, descrivendone l'architettura ed il funzionamento (es. organi istituzionali di rete, strumenti per promuovere l'allineamento professionale, modello organizzativo, sistemi operativi, modalità di finanziamento, gestione dell'innovazione). Propone inoltre una prima valutazione della performance delle reti stesse in base alle percezioni dei responsabili delle Unità Operative di Oncologia Medica. Il cap. 9, infine, analizza le modalità utilizzate da tre regioni per governare gli ospedali privati accreditati, attraverso lo studio dei sistemi di accreditamento, di contrattazione e di controllo delle prestazioni di ricovero.

Le successive tre parti sono dedicate più specificamente alle aziende. Nella terza parte («Assetti istituzionali, assetti tecnici e combinazioni economiche»), il cap. 10 offre una mappatura degli ospedali che in Italia possono definirsi *teaching hospital* (in quanto svolgono contemporaneamente funzioni di assistenza, didattica e ricerca), ne analizza le regole di funzionamento e formula alcuni suggerimenti sugli assetti di *governance*. Il cap. 11 identifica, invece, i possibili ruoli dei Direttori Sociali di ASL ed evidenzia alcuni strumenti manageriali a supporto delle funzioni strategiche loro attribuite. I capitoli successivi si focalizzano sul tema della relazione con gli utenti. In particolare, il cap. 12 approfondisce l'utilizzo delle risorse *web* istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*. Il cap. 13 si focalizza sulle soluzioni organizzative e i meccanismi operativi deputati alla gestione delle relazioni con la stampa. Identifica inoltre gli elementi che i giornali selezionano nell'interpretare e comunicare il mondo della sanità. Il cap. 14, infine, si focalizza sulla Carta dei Servizi, a quindici anni dalla sua introduzione, al fine di comprenderne i punti di forza e di debolezza come strumento sia per la tutela dei diritti degli utenti, sia per il miglioramento continuo dei servizi erogati.

Nella quarta parte («L'organizzazione»), il cap. 15 sviluppa il tema della valutazione delle prestazioni e delle competenze tecnico-professionali individuali dei medici SSN. Negli anni passati, infatti, le aziende hanno fatto importanti passi avanti nello sviluppo dei sistemi di responsabilizzazione delle unità operative rispetto ai risultati gestionali da perseguire (contabilità analitica e budget), mentre molta meno attenzione è stata dedicata al governo e alla valutazione esplicita delle competenze tecnico-professionali. Il cap. 16 è dedicato all'integrazione ospedale-territorio: a partire dai risultati di un'indagine campionaria, si identificano le prevalenti modalità innovative di erogazione dei servizi a tal fine adottate dalle aziende sanitarie. Questo tema rappresenta una delle sfide più importanti per i sistemi sanitari moderni, sfida a cui le aziende stanno rispondendo con la sperimentazione di soluzioni e iniziative molto eterogenee e con un diverso grado di diffusione e maturità.

La quinta parte («La rilevazione»), infine, propone un capitolo (cap. 17) sulle caratteristiche dei sistemi di contabilità analitica delle aziende sanitarie, in termini di elementi «strutturali» (articolazione del piano dei centri di rilevazione e del piano dei fattori produttivi), di elementi «di funzionamento» (criteri di valorizzazione e allocazione di costi e ricavi e configurazioni di costo) e di collegamento con i sistemi di *reporting* direzionale e di *budgeting*. Conclude il Rapporto un capitolo sul partenariato pubblico-privato per la realizzazione degli investimenti in sanità (cap. 18), in cui si discutono le principali caratteristiche ed evoluzioni di due strumenti di finanziamento (*project finance* e *leasing*), si analizzano i rischi trasferibili all'operatore privato e si propone un modello per valutare la convenienza comparata delle possibili strutture finanziarie della *partnership*.

1.4 I principali risultati

I principali risultati del Rapporto 2010 possono essere sintetizzati lungo le macro-tematiche proposte da Longo, Del Vecchio e Lega (2010) per la lettura dei cambiamenti in atto nel SSN, la costruzione degli scenari futuri e l'assunzione di decisioni strategiche da parte di regioni e aziende. Le macro-tematiche rilevanti sono cinque: (i) equilibrio economico; (ii) assetti macro-istituzionali e *mission* delle aziende; (iii) intensità di cura e profili di utenza; (iv) capitale umano e modelli organizzativi; (v) innovazione tecnologica e riconfigurazione logistico-infrastrutturale.

L'equilibrio economico è da qualche anno un tema preminente. Il Rapporto di quest'anno evidenzia alcune criticità piuttosto significative, che possono essere così sintetizzate. Primo, anche per effetto della crisi economica, il finanziamento del SSN ha ormai raggiunto il 7% del PIL, ma ciò non è stato sufficiente a coprire interamente la spesa: il disavanzo medio nazionale pro-capite 2009

(54) è solo leggermente inferiore a quello del biennio precedente. Si conferma quindi l'incapacità del SSN di rispettare i tetti di spesa. Certo, la spesa sanitaria in Italia non è particolarmente elevata rispetto a quella di altri Paesi e sarebbe quindi improprio affermare che la prassi dei *soft budget constraint* (ipotesi di forte contenimento *ex ante*, aspettative di ripiano in *itinere*, effettivi ripiani *ex post*) abbia causato l'«esplosione» della spesa stessa. Indubbiamente, però, ne risente la programmazione e quindi, in molti casi, l'efficacia e l'efficienza della gestione. Secondo, proprio dai dati internazionali emerge l'ormai completa erosione di quel «vantaggio di costo» che ha tradizionalmente caratterizzato la sanità italiana: in termini di incidenza della spesa pubblica sul PIL, per esempio, il divario tra Italia e media UE-15, che nel 1995 era pari a 1.6 punti percentuali (5.1% in Italia contro una media UE-15 di 6.7%), si è progressivamente assottigliato (0.6 punti nel 2000, 0.2 nel 2005) e pare oggi aver addirittura cambiato segno (7% in Italia contro una media UE-15 di 6.7% nel 2008). Terzo, le medie nazionali nascondono una situazione molto eterogenea: tre regioni da sole (Lazio, Campania e Sicilia) hanno generato il 69% dei disavanzi accumulati dal SSN nel periodo 2001-09; le Regioni del Centro-Nord (tranne Valle d'Aosta, Trento, Liguria e, solo per il 2009, il Veneto) da alcuni anni chiudono i conti in equilibrio, ma in alcuni casi solo grazie all'integrazione rappresentata dalle risorse regionali «extra-fondo». Quarto, l'eterogeneità dei disavanzi si manifesta malgrado il forte impatto perequativo delle regole di riparto, che con il federalismo potrebbe diventare difficilmente sostenibile: basti pensare che, con le regole attuali, alcune regioni (in particolare la Lombardia) finiscono per poter destinare al proprio SSR meno del 6% del PIL regionale, mentre altre (Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) possono destinare alla sanità risorse finanziarie che eccedono il 10% del proprio PIL. In prospettiva, non è irrealistico pensare che le regioni del primo gruppo possano voler destinare al proprio servizio sanitario una quota di risorse paragonabile a quella di aree europee analoghe per ricchezza e sviluppo economico, riducendo il contributo alla solidarietà redistributiva.

Il richiamo all'eterogeneità interregionale e al federalismo introduce la seconda tematica: quella degli assetti macro-istituzionali e delle *mission* aziendali. In termini macro-istituzionali, il dato più rilevante è senza dubbio il carattere *de facto* «asimmetrico» del federalismo sanitario italiano. In linea di principio, tutte le regioni godono di un'ampia autonomia; nei fatti, moltissime regioni (quasi tutte del Centro-Sud) sono state private almeno temporaneamente di tale autonomia tramite l'assoggettamento ai Piani di Rientro e, in alcuni casi, il commissariamento. A ciò si aggiunge la limitata efficacia dei Piani: malgrado alcuni apprezzabili risultati in termini di rallentamento dei tassi di crescita della spesa, i Piani presentano forti lacune di costruzione e di implementazione e non sono stati quindi in grado di incidere sulle determinanti critiche dei disavanzi. Le regioni sotto Piano di Rientro, tra l'altro, sono spesso anche le più deboli sotto il profilo sia dello sviluppo manageriale, sia degli *output* e degli *outcome*. Si apro-

no così due questioni di fondo: (i) Come si può pensare di garantire l'uniformità nazionale dei livelli essenziali di assistenza, visto che la perequazione finanziaria non è bastata, né pare bastare l'intervento diretto da parte del governo centrale? (ii) E' ragionevole attendersi che gli incentivi e le sanzioni tratteggiate nella legge delega sul federalismo siano sufficienti a risollevare la situazione di regioni in cui l'introduzione di strumenti e logiche di gestione è stata, in genere, lenta, incerta, debole, inefficace e non si è mai tramutata in una diffusa cultura manageriale e in una piena autonomia aziendale? Dal Rapporto, peraltro, emergono alcune debolezze dei governi regionali che non sono circoscritte ai contesti più critici: per esempio, l'approvazione di PSR di scarso respiro strategico e che, pur caratterizzandosi come documenti prevalentemente di programmazione operativa, sono privi di indicatori che consentano un monitoraggio dei risultati; la debolezza delle indicazioni regionali sul tema dell'integrazione tra ospedale e territorio; la limitata capacità di esercitare, direttamente o tramite le ASL, una forte funzione di committenza nei confronti delle aziende private, al di là della semplice imposizione di tetti di spesa; la limitata diffusione delle competenze necessarie a presidiare le operazioni di investimento che comportano il ricorso a capitali privati. Quanto alle *mission* aziendali, le parole chiave sembrano essere pluralismo e integrazione. Il pluralismo si manifesta appunto soprattutto tramite il crescente ruolo del privato: se i dati comunemente diffusi si concentrano soprattutto sulla quota privata dei posti letto e dei ricoveri ospedalieri per acuti, il crescente ruolo del privato è evidente anche e soprattutto rispetto ai bisogni emergenti (assistenza ospedaliera post-acuzie, assistenza territoriale). Anche l'impressione di un privato spesso confinato, tranne particolari eccellenze, alle casistiche più semplici si rivela fallace: in molte regioni la quota di ricoveri classificabile come «alta specialità» è addirittura più elevata nel privato che nel pubblico. Una forte spinta alla presenza del privato nella sanità è venuta anche dalla scarsità di capitali, che si è tradotta in un forte ricorso al *project finance*. Il tema è rilevante anche perché nelle operazioni di *project finance* viene comunemente inserito l'affidamento al partner privato di una pluralità di servizi, da quelli relativi all'opera realizzata (es. manutenzione), a quelli *non core* (es. mensa), dai servizi a tariffazione sull'utenza (es. parcheggi) fino a quelli direttamente funzionali all'attività sanitaria (es. laboratori, sale operatorie). L'integrazione è perseguita, invece, soprattutto dal pubblico, tramite un complesso di iniziative diverse per cogenza, per natura, nonché per numero e caratteristiche degli attori coinvolti e per importanza del ruolo attribuito all'azienda sanitaria: nel Rapporto si citano per esempio la fusione delle ASL (ormai ridottesi a 146) e la riduzione nel numero delle AO (attualmente pari a 82); il rafforzamento delle aree vaste e degli altri meccanismi istituzionali di coordinamento interaziendale; l'inserimento a pieno titolo nel sistema regionale degli IRCSS e delle Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN; lo sviluppo delle reti cliniche; l'integrazione socio-sanitaria tramite nuovi soggetti istituzionali (le Società della Sa-

lute in Toscana) o ruoli manageriali dedicati (il direttore socio-sanitario in Emilia-Romagna); la diffusione delle iniziative di integrazione tra ospedale e territorio all'interno della medesima azienda. Complessivamente, si conferma quindi un ampliamento della *mission* aziendale, che non si limita più all'erogazione diretta dei servizi sanitari, ma si estende all'insieme delle interrelazioni con l'ambiente. Conseguentemente, si conferma anche la necessità per le aziende di dotarsi di strumenti manageriali coerenti con questa accezione più ampia della propria missione.

Nell'aprirsi verso l'ambiente, le aziende sanitarie devono anche attrezzarsi per fronteggiare alcune evoluzioni critiche nelle caratteristiche dei propri utenti. L'evoluzione più comunemente citata è naturalmente quella socio-demografica, rispetto alla quale il difficile compito delle aziende sanitarie sarà quello di offrire risposta a profili d'utenza sempre più differenziati. Il tema ha già trovato riconoscimento nella pianificazione sanitaria di alcune regioni, ma non è ancora stato pienamente incorporato negli strumenti aziendali. Nel Rapporto, per esempio, si segnala come sia i sistemi di contabilità analitica, sia i siti web aziendali generalmente riflettano ancora le strutture organizzative (ospedali, reparti, distretti, dipartimenti ecc.) anziché i profili d'utenza. Un'altra criticità fondamentale è però l'emergere di una figura di utente che, per opportunità e volontà di scelta, presenta caratteristiche di *empowerment* ormai paragonabili a quelle dei clienti sul mercato, senza che a ciò sia collegato un meccanismo adeguato di responsabilizzazione sui comportamenti. Nel Rapporto, al tema generale dell'*empowerment* sono riconducibili almeno tre capitoli: quello direttamente dedicato al *patient web empowerment* e quelli che indagano i rapporti con la stampa e la carta dei servizi. In tutti e tre i casi emerge un quadro in evoluzione in cui le aziende, seppur con le consuete differenziazioni, hanno riconosciuto la rilevanza del tema, si sono attrezzate per affrontarlo, ma ancora non possono dirsi a regime e devono quindi continuare a investire perché i traguardi sinora raggiunti non siano vanificati.

Il quarto tema, dedicato alla trasformazione del capitale umano e ai modelli organizzativi, è già stato più volte toccato in via incidentale nelle pagine precedenti, ma merita di essere ripreso in modo sistematico. Un primo elemento di interesse è la sempre più frequente compresenza delle attività di assistenza, didattica e ricerca: sono ben 115 gli ospedali qualificabili come *teaching hospital*. Più in generale, dal Rapporto emergono incoraggianti segnali di volontà e di capacità delle aziende di investire nelle funzioni innovative: rafforzamento almeno quantitativo dell'assistenza territoriale, sviluppo delle reti, affinamento dei siti web, gestione dei rapporti con i mass media. Anche la contabilità analitica pare aver raggiunto un buon livello di maturità, pur rimanendo generalmente ancorata alla sola rilevazione dei costi per centri di responsabilità o loro articolazioni organizzative. Ciò che sembra ancora generalmente mancare è la capacità di monitorare e valutare l'impatto delle iniziative messe in atto dalle aziende. Sempre particolarmente pro-

blematica è poi la gestione del personale. Questa criticità è stata evidenziata in ogni edizione del Rapporto OASI, lungo diverse dimensioni: dal rapporto tra professionisti e manager al governo del lavoro interinale, dall'invecchiamento del personale al ruolo delle «professioni sanitarie». Nel Rapporto di quest'anno, in particolare, l'accento viene posto sull'incapacità delle aziende di governare e valutare esplicitamente le competenze tecnico-professionali dei medici.

Rispetto all'innovazione tecnologica e alla riconfigurazione logistico-infrastrutturale delle aziende, infine, il dato più eclatante è senza dubbio la persistente riduzione dei posti letto per acuti. Nelle strutture pubbliche ed equiparate, in particolare, i posti letto si sono ridotti complessivamente del 40% nel periodo 1995-2007, in parte tramite la chiusura o la riconversione dei presidi, in parte tramite una riduzione nella dimensione degli ospedali. Ciò ha evidentemente richiesto alle aziende di rivedere profondamente le modalità di svolgimento dei processi di diagnosi e cura. Alla trasformazione dei modelli di assistenza ha poi dato un contributo fondamentale anche la diffusione delle reti cliniche. Lo sviluppo delle reti oncologiche, per esempio, ha comportato l'istituzione di *gate* di ingresso alla rete (ad esempio, punti unici di accesso), la progettazione di meccanismi di invio dalle strutture ospedaliere a quelle territoriali, la revisione di quelli tra le U.O. della medesima azienda. Scarso sviluppo, invece, hanno finora avuto le iniziative riconducibili al tema dell'*e-health*. Con riferimento specifico alla telemedicina, anzi, è significativo osservare come molte iniziative sperimentali rilevate l'anno scorso siano state nel frattempo abbandonate.

Bibliografia

- Airoldi G. (1996), «Assetti istituzionali e assetti organizzativi», in G. Costa, R.C.D. Nacamulli (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, Torino, Utet.
- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Borgonovi E. (1984), «La pubblica amministrazione come sistema di aziende composte pubbliche», in E. Borgonovi (a cura di), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Giuffrè.
- Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Milano, EGEA.
- Longo F., Del Vecchio M. e Lega F. (2010), *La sanità Futura*, Milano, Università Bocconi Editore.
- Powell W. e DiMaggio P. (1983), «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields», *American Sociological Review*, n. 48, pp. 147-60.
- Yin R.K. (1994), *Case Study Research*, Thousand Oaks, Sage.