

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'introduzione di forme di centralizzazione degli acquisti, l'adozione di sistemi di valutazione multidimensionale della performance, l'adozione di modelli organizzativi innovativi) 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. par. 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 considerate *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, reti cliniche per patologia).

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.

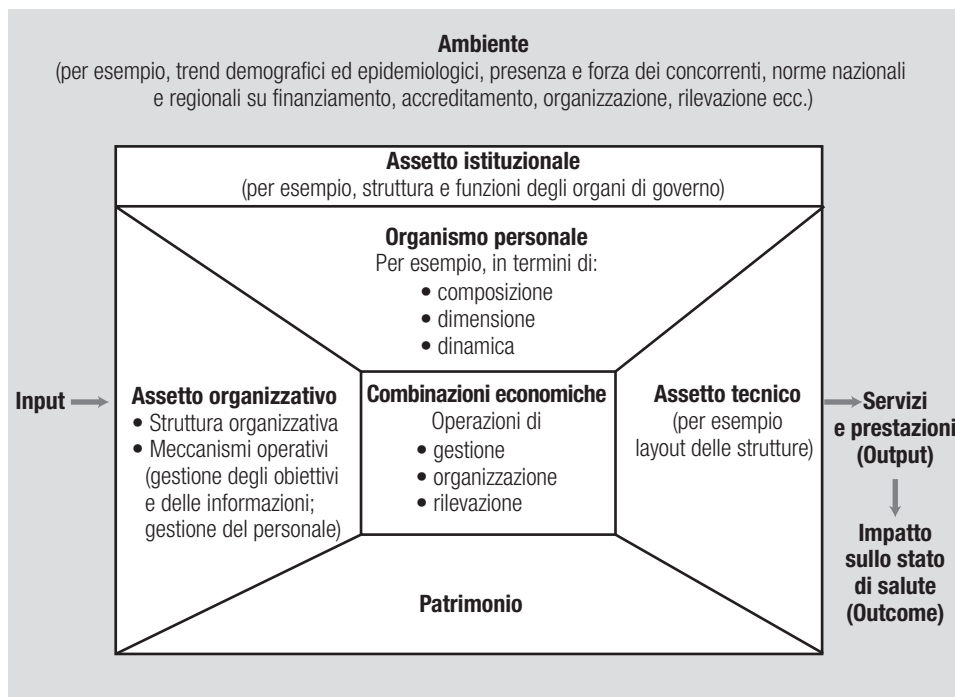
Naturalmente, tutti questi elementi sono interdipendenti e presentano un forte fabbisogno di coerenza. L'azienda è inoltre inserita in un ambiente che ne influenza significativamente il funzionamento, le fornisce gli *input* e ne riceve gli *output*. A questo riguardo assumono particolare rilevanza le 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 e in particolare: sviluppa i temi del numero e delle caratteristiche delle aziende; 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, indicatori di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate) e monetari

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



Fonte: adattato da Airoidi, Brunetti e Coda (1994, p. 86).

(spesa, finanziamento, disavanzo). A quest'ultimo riguardo, particolare attenzione viene dedicata alle misure regionali di copertura dei disavanzi. Laddove possibile e significativo, i dati nazionali vengono posti a confronto con altri paesi dell'Unione Europea (UE-15 e UE nuovi paesi), extra UE (Norvegia e Svizzera) ed extra-europei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone). Uno specifico approfondimento è dedicato alle strategie *web* delle aziende, descritte tramite la rilevazione di un *Patient Empowerment Index* (PWEI).

Sempre in questa prima parte vengono proposti due approfondimenti su tematiche emergenti di grande rilevanza per il sistema sanitario. Il cap. 4 fornisce una descrizione del settore socio-sanitario italiano, evidenziando, da un lato, l'entità significativa delle risorse finanziarie impiegate, dall'altro, la fortissima frammentazione. Il cap. 5 prosegue l'analisi dei fondi sanitari integrativi iniziata nel Rapporto 2011, approfondendo le caratteristiche dei fondi stessi (organi, membri, modello di funzionamento, grado di esternalizzazione della funzione assicurativa e delle attività amministrative, prestazioni coperte), mostrandone la forte eterogeneità (con le conseguenti difficoltà di regolamentazione) e sottolineandone alcune criticità.

La seconda parte («I sistemi sanitari regionali») si focalizza sui SSR, evidenziando ancora una volta la forte differenziazione interregionale, ma anche alcuni significativi elementi di comunanza, nonché le opportunità di apprendimento reciproco.

In particolare, il cap. 6 torna sul tema dei Piani di Rientro, che nell'assetto attuale del SSN rappresentano lo strumento fondamentale di bilanciamento tra autonomia regionale e responsabilità nazionali di tutela della salute e di tenuta economico-finanziaria. In merito, il capitolo evidenzia un'evoluzione positiva: inizialmente, i piani di rientro si erano rivelati efficaci nel rallentare i tassi di crescita della spesa, ma non nel rimuovere le cause strutturali del disavanzo; più recentemente, invece, si è osservata un'accelerazione degli interventi strutturali, conseguenza sia della naturale crescita delle competenze, sia della diffusione di modelli e strumenti manageriali più avanzati. Permangono però alcune criticità: un'attenzione prioritaria agli strumenti di *cost cutting* (es. blocco del *turnover*); una scelta degli strumenti fortemente condizionata da considerazioni di legittimità tecnica e istituzionale anziché dagli specifici fabbisogni aziendali; regole di nomina e responsabilità dei commissari e dei sub-commissari che producono spesso disfunzionalità significative.

Nel cap. 7 si affronta invece la questione delle liste d'attesa e più specificamente di quali e quanti dati al riguardo vengano pubblicati sui siti *web* delle regioni. Un primo risultato, significativo perché almeno in parte inatteso, è che i pochi dati disponibili per confronti interregionali non rivelano né tempi medi di attesa eccessivamente lunghi a livello nazionale, né significative differenziazioni interregionali. Una grande eterogeneità tra le regioni emerge invece con riferimento alla comunicazione dei tempi d'attesa: il 50% delle regioni non presenta sul proprio sito alcun dato e l'altro 50% lo fa con modalità fortemente differenziate.

Il cap. 8 si focalizza sul tema dei modelli regionali di gestione, assicurazione e/o ritenzione del rischio clinico delle proprie aziende sanitarie. L'analisi mostra approcci molto differenziati, che spaziano dalla totale esternalizzazione al mondo assicurativo alla totale ritenzione del rischio, in particolare per la responsabilità civile, da parte della singola azienda sanitaria o del SSR. Il capitolo analizza i problemi e le difficoltà insite in ciascuna strategia per enfatizzare la necessità di sviluppare modelli e schemi che consentano un'osservazione strutturata del funzionamento delle organizzazioni sanitarie, in modo da identificare il reale livello di rischio delle attività, le aree più critiche, le opportunità di prevenzione o di interventi tempestivi. Tali analisi possono anche fornire le argomentazioni a supporto della relazione con le assicurazioni.

La sezione si chiude con due capitoli dedicati ai bisogni emergenti di fragilità e cronicità. Il primo (cap. 9) propone come significativo elemento di novità la recente attenzione delle regioni verso modelli sistematici e diffusi di *disease management*, approfondendo tre modelli regionali (Lombardia, Emilia-Romagna e

Toscana) di presa in carico della cronicità ed evidenziando i principali punti di forza che ognuno potrebbe apprendere dagli altri (configurazioni organizzative per le cure primarie e i servizi territoriali; meccanismi di misurazione e monitoraggio; *empowerment* e responsabilizzazione dei pazienti e delle comunità). Il secondo (cap. 10) declina le considerazioni svolte nel cap. 4 in tema di servizi socio-sanitari allo specifico caso della programmazione sociale di zona in Regione Lombardia, confermando che la grande maggioranza delle risorse non è oggetto di programmazione integrata, ma attiva processi decisionali paralleli che amplificano la frammentazione di risorse e interventi sul territorio.

Nella terza parte («Assetti istituzionali, assetti tecnici e combinazioni economiche») si analizzano innanzi tutto due importanti forme di collaborazione pubblico-privato: il finanziamento tramite PPP degli investimenti sanitari (cap. 11) e le sperimentazioni gestionali (cap. 12). In entrambi i casi, si tratta di soluzioni che in passato hanno a volte prodotto risultati insoddisfacenti, ma a cui sarà probabilmente necessario ricorrere anche in futuro: nel primo caso, per la generale carenza di fondi pubblici da destinare agli investimenti; nel secondo, anche per la più specifica necessità di riconvertire le strutture ospedaliere. Il cap. 11 rileva l'emergere del «PPP light», finalizzato solo alla progettazione, al finanziamento e alla realizzazione dell'opera, nonché alla gestione dei servizi strettamente correlati alla sua disponibilità (manutenzioni e calore), con esclusione quindi dal contratto di altri servizi «non core»; auspica inoltre lo sviluppo anche in Italia di forme di finanza sociale («PPP limited profit»). Il cap. 12, attraverso un'analisi approfondita delle sperimentazioni gestionali attuate, consente di identificare i benefici conseguibili e gli errori da evitare nel ricorso a questo strumento (ad esempio, l'attribuzione di mandati troppo ampi, la scarsa patrimonializzazione, l'assegnazione di ruoli troppo limitati ai *partner* privati, l'ambiguità del contesto normativo). Mostra inoltre la difficoltà, da parte delle Regioni, di valutare tali sperimentazioni e, di conseguenza, l'attuale incertezza circa la loro stabilizzazione istituzionale.

Sempre nella terza parte trova collocazione il tema dell'*operations management* (cap. 13). Più specificamente, si concentra l'attenzione sulla funzione «gestione operativa», evidenziando i ruoli che tale funzione può assumere all'interno dell'azienda sanitaria, nonché i cambiamenti di struttura organizzativa e di sistemi operativi che ne possono favorire lo sviluppo e il consolidamento.

La sezione si chiude con un'analisi delle sperimentazioni cliniche nelle aziende sanitarie (cap. 14). Partendo da alcuni dati sulla riduzione del grado di «attrattività» del nostro paese per le imprese promotrici di sperimentazioni cliniche, il capitolo sottolinea due linee di azione prioritarie: da un lato, che si intervenga sulla eccessiva frammentazione dei Comitati Etici e sulla definizione del loro ruolo; dall'altro, che le aziende riconoscano la «strategicità» delle sperimentazioni, considerando lo sviluppo della ricerca quale parte integrante del processo di miglioramento della qualità clinica e assistenziale offerta ai pazienti. A tal

fine vengono presentate alcune *best practice*, aziendali e regionali, che sembrano aver assicurato un significativo miglioramento dei risultati.

Nella quarta e ultima parte («L'organizzazione e la rilevazione»), il cap. 15 sviluppa il tema delle innovazioni organizzative dell'ospedale, con particolare riferimento all'ospedale per intensità di cura. Si descrive il «portafoglio» delle soluzioni tecniche a cui è possibile attingere (es. distinzione tra reparti *high care*, *usual care* e *low care*; reparti multi specialistici di ricovero breve medico o chirurgico di natura elettiva; reparti a gestione internistica per particolari categorie di pazienti; costituzione di aree logistiche «speciali» quali *discharge room* e *patient hotel*) per ricercare coerenza con le caratteristiche dell'ospedale stesso (es. dimensioni, specializzazione, intensità tecnologica); si indagano ruoli e responsabilità che possono opportunamente rimanere in capo a dipartimenti e unità operative; si presentano soluzioni finalizzate all'organizzazione dei processi assistenziali di alcune patologie o di specifiche procedure da erogare; si sottolinea la necessità che il cambiamento sia capito e poi condiviso dai professionisti.

Naturalmente, comprensione e condivisione del cambiamento sono fortemente condizionati dalla cultura organizzativa e dai sistemi di gestione del personale. Al riguardo, il cap. 16 presenta un'analisi quantitativa delle culture organizzative dominanti nelle percezioni del *senior management* delle aziende sanitarie pubbliche: si evidenzia così, pur nella differenziazione interregionale, una prevalenza di culture gerarchiche (che fanno particolare affidamento su regole e procedure burocratiche) e, in subordine, di culture razionali (che privilegiano il riferimento ai sistemi formalizzati di programmazione e controllo), mentre sono rarissime le aziende che presentano forti tratti di orientamento all'imprenditorialità e all'innovazione.

I cap. 17 e 18 sono invece dedicati alla gestione del personale. Il cap. 17 propone un modello multidimensionale di valutazione dei medici che considera congiuntamente *performance* clinica, *performance* scientifica, *performance* gestionale e comportamenti. Si sottolineano, in modo particolare, da un lato, la necessità di rappresentare in modo adeguato ed intuitivo le misure di *performance*, dall'altro, i vantaggi nell'utilizzo di un sistema che promuova una logica *formative* (valutazione del personale come base per disegnare piani di sviluppo individuali) anziché *summative* (valutazione finalizzata al solo riconoscimento della retribuzione di risultato o alla conferma dell'incarico). Il capitolo 18, d'altra parte, evidenzia come molte aziende sanitarie si limitino spesso alla sola «amministrazione del personale», non utilizzino adeguatamente i dati di cui dispongono, non riescano a monitorare nemmeno l'evoluzione demografica del proprio personale (invecchiamento, femminilizzazione, stranieri, mix professionale) né, a maggior ragione, il contributo delle persone alla creazione del valore aziendale e lo specifico contributo dell'unità organizzativa «personale» al funzionamento aziendale.

Il tema dell'ospedale per intensità di cura, infine, viene ripreso nell'ultimo capitolo (cap. 19), dove viene messo in relazione alle caratteristiche dei sistemi di programmazione e controllo. Da un lato, si afferma la necessità di allineare i sistemi di P&C al nuovo assetto organizzativo e si conferma l'esistenza di una diffusa consapevolezza in tal senso. Dall'altro, si evidenziano alcune criticità, sia tecniche (esigenze di rendicontazione tradizionale alla regione; difficoltà di attribuzione univoca delle responsabilità; riduzione delle classi di costo direttamente imputabili ai centri di costo), sia comportamentali, compresa la possibilità che proprio il ritardo nell'adeguamento dei sistemi di P&C possa essere strumentalmente utilizzato per rallentare l'attuazione del nuovo modello organizzativo.

1.4 I principali risultati

Le iniziative di *spending review* avviate dal governo negli ultimi mesi hanno ulteriormente focalizzato l'attenzione sulla necessità di contenimento della spesa pubblica complessivamente intesa e, al suo interno, della spesa sanitaria.

I dati presentati nel Rapporto (cap. 3) evidenziano, però, come la spesa del SSN sia già sistematicamente inferiore alle medie europee e presenti trend temporali caratterizzati da tassi di crescita molto bassi e disavanzi sempre più contenuti. Nel 2010, per esempio, la spesa sanitaria pro-capite è stata inferiore alla media UE-15 sia in termini totali (2.964 vs 3.765 \$PPP) che con riferimento alla sola componente pubblica (2.292 vs 2.920 \$PPP). Lo stesso vale per l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL (totale: 9,3 vs 10,7%; pubblica: 7,4 vs 8,2%). Il tasso medio annuale di crescita della spesa sanitaria procapite nel periodo 2001-2010, analogamente, è stato inferiore di circa due punti percentuali rispetto al valore medio europeo (3,2 vs 5,4% per la spesa totale; 4 vs 5,9% per la spesa pubblica). Il disavanzo complessivo del SSN, infine, dopo aver raggiunto un massimo nel 2004 (5.790 milioni di Euro), è diminuito sistematicamente ogni anno, raggiungendo nel 2011 il valore di 1.779 milioni (tra l'altro per la prima volta comprensivo degli ammortamenti non sterilizzati).

Le difficoltà della finanza pubblica, però, sono evidenti. I dati sull'entità del debito pubblico e i dubbi sulla sua sostenibilità sono oggetto di attenzione quotidiana; la spesa annuale per interessi passivi potrebbe coprire i 2/3 dell'intero fabbisogno sanitario nazionale; il PIL da tempo cresce a ritmi molto contenuti, tanto che l'aumento della spesa sanitaria pubblica, seppur più contenuto che in altri Paesi, è stato negli ultimi vent'anni sistematicamente superiore a quello del PIL.

La scarsità di risorse, in altri termini, non è responsabilità del SSN, ma si ripercuote inevitabilmente sul SSN stesso. Chiedere ulteriori sacrifici a un sistema già «parsimonioso», d'altra parte, sta ulteriormente aggravando il divario tra le risorse disponibili e quelle necessarie per rispondere in modo adeguato alle atte-

se. Le risorse, in altri termini, sono sempre più insufficienti, con il rischio concreto di intaccare ulteriormente una copertura pubblica già incompleta. Al riguardo, si possono citare alcuni dati: il ricorso alle visite a pagamento (secondo l'indagine multiscopo ISTAT, il 55% delle persone che ricevono una visita specialistica coprono completamente a proprie spese il costo della prestazione, con punte massime del 92% per l'odontoiatria e del 69% per ginecologia e ostetricia); l'acquisto privato dei farmaci (il 20% della spesa per farmaci rimborsabili è sostenuta dai cittadini attraverso le compartecipazioni o l'acquisto privato); la forte incidenza dell'autoproduzione familiare per i servizi socio-sanitari (il numero stimato di badanti è addirittura superiore al numero dei dipendenti del SSN, cfr. capp. 4 e 10).

A fronte di questa situazione, dal Rapporto emergono tre possibili direttrici di intervento: (i) la ricerca di maggiore efficienza; (ii) la definizione di priorità, con l'adozione di esplicite scelte di razionamento; (iii) la ricerca di risorse aggiuntive.

La ricerca dell'efficienza può essere perseguita con diverse modalità. La più immediata è quella del cd «efficientamento»: si riducono gli input; si mantengono sostanzialmente inalterati il mix atteso dei servizi e le caratteristiche dei processi aziendali; si spera così di indurre le aziende ad efficientare l'utilizzo di ciascun fattore produttivo, migliorando il rapporto output/input, senza ridurre i volumi di servizi offerti, fermo restando che l'obiettivo preminente è il contenimento della spesa. Si tratta dell'approccio che prevale nella *spending review* nonché nei principali provvedimenti che regolano il rapporto tra Stato e regioni (es. de-finanziamento del SSN rispetto al fabbisogno tendenziale; riduzione dei posti letto, dei prezzi di acquisto per beni, servizi appaltati e prestazioni sanitarie, dei tetti su farmaceutica e dispositivi medici). Significativo, al riguardo, è anche l'ulteriore inasprimento dei vincoli finanziari imposti alle regioni tramite gli obblighi: (i) di copertura delle quote di perdita future, ma anche pregresse, derivanti dagli ammortamenti non sterilizzati (che in passato venivano esclusi dal computo dei disavanzi); (ii) di ammortamento per intero nell'esercizio di acquisizione dei cespiti finanziati con risorse correnti (D.lgs. 118/2011 art. 29).

Lo stesso approccio prevale anche nei Piani di Rientro (cap. 6). Sebbene negli ultimi anni, come detto, vi sia stata una maggiore attenzione verso la rimozione delle cause strutturali dei disavanzi (es. caratteristiche delle relazioni pubblico-privato, debolezza delle cure primarie e dell'area dell'emergenza) e verso l'adozione di strumenti manageriali più innovativi (es. reingegnerizzazione dei processi, sistemi di gestione del cambiamento, piani strategici, linee guida, *knowledge management*), continuano a prevalere le misure di *cost-cutting* (es. blocco del *turnover* e accorpamento delle aziende e delle funzioni), che peraltro, almeno sul lato della spesa, sembra stiano producendo gli effetti auspicati.

Il ricorso ai «tagli lineari» sugli input poggia su un duplice presupposto: da un lato, che ci siano sacche di inefficienza distribuite abbastanza uniformemente

all'interno del sistema; dall'altro, che la tensione sugli input generi un'automatizzata ricerca di soluzioni per «dare gli stessi servizi con meno». In realtà: alcuni margini di inefficienza sono ineliminabili in qualsiasi sistema complesso; in alcuni contesti restano inefficienze significative, che dovrebbero però essere affrontate in modo puntuale e non con tagli lineari; in altre realtà le inefficienze sono ormai state significativamente ridotte e i benefici marginali di un ulteriore efficientamento sono necessariamente limitati; l'automatismo del «fare lo stesso con meno» non è per nulla scontato e c'è il serio rischio che alla riduzione degli input faccia seguito una proporzionale riduzione degli output e quindi della capacità di soddisfare i bisogni.

Una modalità frequentemente evocata per perseguire l'efficientamento è stata il ricorso al privato, con cui peraltro si sono perseguite anche altre finalità: la tempestività di approntamento dell'offerta, la flessibilità, l'esternalizzazione di alcuni problemi gestionali (es. assenteismo), l'acquisizione di *know-how*, fino all'aggiramento di alcuni vincoli di sistema pubblico (soprattutto per personale e acquisti). Il ricorso al privato si è manifestato in varie forme: riconoscendo un ruolo crescente e un ampio spazio di sviluppo agli erogatori privati accreditati (soprattutto nell'assistenza territoriale); utilizzando forme di partenariato pubblico-privato (*project finance* e sperimentazioni gestionali, capp. 11 e 12); ricorrendo a soluzioni di *outsourcing*. Queste scelte hanno però spesso sottovalutato alcuni costi e rischi che caratterizzano il rapporto con il privato, che raramente ha la semplicità e l'eleganza teorica del puro «scambio di mercato», anche perché nei fatti genera in molti casi un «ingresso del privato» nel funzionamento dell'azienda sanitaria e quindi una compenetrazione dei confini aziendali di attori pubblici e privati. Per esempio: il pubblico deve sviluppare capacità di committenza e predisporre adeguati incentivi per esercitarla; il privato finisce spesso per incorporare logiche e modalità di funzionamento tipiche del pubblico, anche per la confusione del quadro normativo; la compresenza di soggetti pubblici e privati nello svolgimento delle attività (es. lavoro interinale del comparto) richiede lo sviluppo di apposite funzioni e modalità di coordinamento.

Se, quindi, l'efficientamento inteso in senso tradizionale ha esaurito almeno in molti contesti le proprie potenzialità, l'unico modo per conseguire benefici apprezzabili in termini di efficienza, ma anche di qualità e appropriatezza dei servizi, è la ricerca di innovazioni di «prodotto» e di «processo». Tali innovazioni, peraltro, sono rese necessarie anche dalla modificazione dei bisogni (per esempio, il 38,6% dei residenti in Italia soffre di almeno una malattia cronica) e sono favorite dallo sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie (per esempio, l'evoluzione delle tecnologie informatiche offre grandi potenzialità di condivisione delle informazioni e di integrazione delle attività).

Le innovazioni di prodotto e di processo combinano variamente elementi di *asset management*, *disease management* e *knowledge management*, ridefinendo modalità e responsabilità. Ne rappresentano degli esempi: l'introduzione

di modelli assistenziali basati sulla logica della «presa in carico» del paziente cronico (cap. 9); lo sviluppo di una funzione di *operations management* cui affidare la gestione delle piattaforme produttive e la riorganizzazione dei flussi dei beni e dei pazienti (cap. 13); la riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura (cap. 15); l'introduzione di modelli organizzativi che garantiscano l'integrazione tra ricerca e assistenza; lo sviluppo di reti interaziendali per patologia; la creazione di forme di associazionismo che coinvolgano medici di medicina generale, infermieri e/o specialisti; la implementazione di soluzioni per garantire l'integrazione ospedale-territorio, di tipo strutturale (es. strutture intermedie dotate di letti, come gli *hospice* o gli ospedali di comunità) o processuale/funzionale (es. uso della dimissione protetta e di modalità di *case management*, creazione di percorsi riabilitativi o terapeutici individuali, assistenza domiciliare multi-disciplinare).

Si tratta, evidentemente, di innovazioni che mettono radicalmente in discussione gli assetti e i ruoli esistenti, molto più di quanto abbia fatto, per esempio, l'introduzione del modello dipartimentale. Infatti, non basta più ricercare l'efficienza nelle singole attività, né cercare sinergie tra le strutture esistenti, e nemmeno saper interagire con altre aziende pubbliche e private dai confini chiaramente perimetrati. È invece necessario identificare ed avviare iniziative innovative che mettono in discussione poteri, responsabilità, comportamenti e rapporti consolidati e che spesso rendono fluidi e destrutturati i confini aziendali.

Queste innovazioni non possono essere disegnate *ex-ante* e in modo uniforme a livello regionale, per poi essere imposte alle aziende. La regione può certamente garantire la progettazione di massima e agevolare lo sviluppo di capacità e incentivi; le innovazioni vanno poi però sviluppate sul campo per renderle coerenti con le specificità di azienda e di ambiente. Ciò pone al management una sfida particolarmente impegnativa, tra l'altro in un momento in cui il processo di aziendalizzazione è, almeno parzialmente, delegittimato e frequentemente utilizzato come «capro espiatorio» a cui imputare le difficoltà del SSN. Per essere affrontata, questa sfida richiederà tra l'altro un rafforzamento dei sistemi operativi di gestione del personale, oggi spesso carenti (cap. 18), soprattutto sotto il profilo della valutazione (cap. 17), anche per la predominanza di culture organizzative tuttora permeate dal modello burocratico (cap. 16). Anche i sistemi di programmazione e controllo, da cui trent'anni fa è partita l'aziendalizzazione, dovranno essere riformulati: rispecchiando e rafforzando gli assetti tradizionali, infatti, rischiano paradossalmente di diventare un forte ostacolo all'innovazione (cap. 19).

Più significativo è il ruolo del management, peraltro, più ampie sono destinate a diventare le differenziazioni interaziendali. Tali differenziazioni, inoltre, saranno presumibilmente più ampie tra regioni diverse che tra aziende della stessa regione, visto il ruolo determinante che le regioni (per ora) hanno nella scelta dei *top manager*, nella loro remunerazione, nella definizione dei loro ambiti di

autonomia e di responsabilità, nel supporto allo sviluppo di competenze e capacità all'interno delle aziende. La criticità dei criteri di selezione e valutazione del management trova riconoscimento anche nel recente decreto legge Balduzzi del 13/09/2012, così come nell'attuale dibattito all'interno del NHS inglese sul rapporto tra politica e gestione.

Nemmeno il ricorso alle innovazioni di prodotto e di processo, tuttavia, potrebbe bastare per mantenere i livelli essenziali di assistenza attualmente dichiarati. Potrebbe cioè diventare necessario chiarire in modo più esplicito i livelli di assistenza che il SSN potrà continuare effettivamente a garantire su base universalistica. In caso contrario, il rischio è che si estendano forme di razionamento implicite e non governate, prevalentemente attraverso forme di compartecipazione alla spesa e lunghi tempi d'attesa (cap. 7). Questa prospettiva segnala la necessità di mettere a punto idonei meccanismi di definizione delle priorità e, nel contempo, di predisporre sistemi di monitoraggio attendibili e confrontabili sull'effettiva erogazione dei LEA, compresi i tempi di accesso alle prestazioni.

Alternativamente (o, forse, congiuntamente), è opportuno attivare risorse aggiuntive. Nel Rapporto OASI di quest'anno, in continuità con i precedenti, si identificano almeno tre ambiti che presentano significative potenzialità: attività a pagamento, fondi integrativi, assistenza socio-sanitaria.

L'attività a pagamento rappresenta potenzialmente una fonte aggiuntiva di proventi per le aziende sanitarie pubbliche. Ha inoltre forte impatto sui sistemi di motivazione e incentivazione del personale, dal momento che la retribuzione derivante da attività libero-professionale rappresenta per molti professionisti una rilevante integrazione alla retribuzione contrattuale. Molte aziende sanitarie pubbliche, tuttavia, si fermano a una visione dell'*intramoenia* come mero diritto da garantire ai professionisti, anche per l'oggettiva difficoltà di avviare e gestire proattivamente un'area a pagamento aziendale senza pregiudicare l'attività istituzionale SSN e contraddire le finalità dell'azienda. Anche le sperimentazioni cliniche (cap. 14), che dovrebbero rappresentare una modalità di mantenimento e sviluppo dell'eccellenza e delle competenze professionali del personale, vengono spesso ritenute attività marginali, o comunque appannaggio dei singoli ricercatori o unità operative. Le aziende e le regioni, cioè, raramente esercitano un'azione propositiva, appaiono spesso disorganizzate, non promuovono né facilitano una cultura della ricerca.

Assistenza socio-sanitaria (capp. 4 e 10) e fondi integrativi (cap. 5) sono accomunati da una certa irrazionalità nell'utilizzo delle risorse. Secondo le stime più recenti, in particolare, le risorse pubbliche impiegate per l'assistenza sociosanitaria per invalidità e non autosufficienza ammonterebbero a circa 49 miliardi, prevalentemente (34 miliardi) erogati dall'INPS alle famiglie in forma di indennità, pensioni, assegni e rendite concesse per invalidità di diversa natura e inabilità. Alla frammentazione delle risorse si associa una frammentazione degli interventi (dall'autoproduzione familiare ai servizi erogati da un arcipelago di

produttori di piccole dimensioni, specializzati su singoli segmenti di bisogno e di attività), non collocati in un quadro di programmazione integrata e non gestiti con logiche di *governance* unitaria, con evidenti diseconomie di scala e di raggio d'azione. Quanto ai fondi integrativi, i dati a disposizione sono ancora pochi e scarsamente attendibili, come dimostra per esempio l'incertezza delle stime sul numero degli iscritti (che si aggirerebbero sui 10 milioni). Colpisce però come la quasi totalità della spesa privata in Italia risulti ancora pagata *out of pocket* e non tramite forme di assicurazione. Critica, inoltre, è la tipologia di prestazioni attualmente coperta dai fondi, che non sono né complementari né supplementari rispetto al SSN, bensì prevalentemente duplicative rispetto a quanto già garantito dal sistema sanitario pubblico, con una recente apertura (indotta dalla normativa) verso la copertura delle prestazioni odontoiatriche, ma una persistente (e comprensibile, nell'attuale contesto demografico e regolatorio) riluttanza ad avventurarsi nel mondo della non-autosufficienza.

In conclusione, dal Rapporto di quest'anno emerge un quadro fortemente critico, caratterizzato da risorse insufficienti rispetto alle aspettative, da una delegittimazione degli attori chiave (regioni e management), da *stakeholder* che non sembrano percepire appieno l'urgenza di intervenire. Una maggiore consapevolezza permetterebbe invece di cogliere l'«occasione» della crisi (*Never waste a good crisis*) per adottare cambiamenti incisivi che in altre fasi sarebbe molto difficile attuare.

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., 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.
- Powell W., 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.