

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVII – N. 68 OTTOBRE-DICEMBRE 2008

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** Linee evolutive nei trenta anni di Servizio sanitario nazionale
(prima parte)
Elio Borgonovi

SAGGI

- 9** La valutazione delle performance economiche e dei costi in sanità: un confronto a livello nazionale
Mara Bergamaschi, Francesca Lecci, Angelo Renoldi
- 27** I Piani regionali di rientro. Analisi dinamica sistemica
Gloria Fiorani, Marco Meneguzzo
- 45** Misurare la competizione ospedaliera nel Ssn
Daniele Mascia, Fausto Di Vincenzo
- 65** Il controllo strategico nelle Aziende sanitarie pubbliche
Anna Prenestini

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 83** Implementazione di un sistema Erp e cambiamento organizzativo: il caso della Asl 1 Umbria
Vincenzo Panella, Doriana Sarnari, Stefano Tappini, Andrea Mantovani
- 105** Introdurre cambiamenti organizzativi in tempi brevi: opportunità da cogliere, criticità da appianare
Flavia Pirola
- 121** Project Finance: quali lezioni apprendere dal modello francese
Veronica Vecchi, Alessandro Procaccini

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 137** Livelli essenziali di informazione per i Piani di rientro: un programma strategico per la Regione Abruzzo
F. Carinci, S. Martines, V. Di Candia, C. Odio, T. Di Corcia, T.E. Persico, A. Menna, L. Manzoli, M. Alessandrini, D. Trigliozi, F. D'Atri, A. Murgano
- 151** Recensioni
- 155** Novità bibliografiche
- 161** Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi
(direttore scientifico)

Luca Anselmi

Sabino Cassese

Naomi Chambers

Thomas D'Aunno

Nancy Kane

Siro Lombardini

Stephen J. O'Connor

A. David Paltiel

Antonio Pedone

Michael Rich

Fabio Roversi Monaco

FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

Luigi D'Elia
*Direttore generale -
Azienda ospedaliera S. Giovanni -
Roma*

CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

Elio Borgonovi

EDITOR IN CHIEF

Mario Del Vecchio

EDITORIAL BOARD

Antonio Barretta

Antonio Botti

Pier Luigi Calfalo

Denita Cepiku

Lino Cinquini

Luca Del Bene

Andrea Francesconi

Manuela S. Macinati

Antonio Nisio

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Paola Saracino

Massimo Sargiacomo

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales

MECOSAN (MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA)

Aims & scope della Rivista

Mecosan is the premier quarterly journal in Italy in the field of healthcare management. Its mission is to improve the understanding of how healthcare organizations and systems function and to promote the diffusion of good managerial practices at all levels.

In order to pursue its mission, the journal draws together and learns from different academic disciplines (economics, statistics, medicine, sociology and law), although its conceptual roots are firmly grounded in the Italian approach to managerial studies. Considering the role of the public sector in healthcare systems, public management and administration research is a relevant basis for contributions.

Mecosan aims at providing a forum for sharing the results of rigorous and relevant research, case studies and practical experiences in healthcare so that managerial practices can be influenced and improved. The target audience includes academics, researchers, consultants and practitioners. Contributions from different academic disciplines and professional experiences on managerial themes in the field of healthcare organizations are welcome. Authors can submit conceptual articles, original empirical works, theoretical overviews or reviews, or articles on good practices. All submissions will be comprehensively refereed by at least two anonymous reviewers according to internationally accepted standards. *Mecosan* considers reviewing to be a developmental process aimed at improving the quality of individual papers rather than a mere process of selection.

The journal also welcomes papers from non Italian authors written in English.

Mecosan è una rivista trimestrale leader in Italia nel campo della gestione delle aziende sanitarie. La sua missione è di contribuire ad una migliore comprensione del funzionamento dei sistemi e delle aziende sanitarie e di promuovere la diffusione delle buone pratiche manageriali a tutti i livelli.

Per realizzare la sua missione la rivista accoglie contributi di campi disciplinari diversi (economia, statistica, medicina, sociologia e scienze giuridiche) sebbene le sue radici disciplinari siano chiaramente riferibili alla Economia Aziendale. Considerando il ruolo del settore pubblico nei sistemi sanitari la ricerca sul funzionamento delle aziende e delle amministrazioni pubbliche rappresenta un punto di riferimento importante per i contributi.

Mecosan intende rappresentare un luogo per la condivisione dei risultati di rilevanti e rigorose ricerche, casi di studio ed esperienze nel campo della sanità affinché le pratiche manageriali possano essere influenzate e migliorate. Il pubblico di riferimento include accademici, ricercatori, consulenti e operatori.

Sono benvenuti contributi su temi manageriali nel campo delle aziende e dei sistemi sanitari provenienti da differenti campi disciplinari ed esperienze professionali. Gli autori possono inoltrare saggi teorici, lavori empirici originali, rassegne di letteratura, articoli su buone pratiche manageriali. Tutti i materiali pervenuti saranno sottoposti ad un processo di referaggio di almeno due referee anonimi secondo gli standard internazionali comunemente accettati. *Mecosan* considera il referaggio come un processo finalizzato al miglioramento della qualità dei contributi piuttosto che un mero processo di selezione.

La rivista accetta anche contributi di autori non italiani o scritti in inglese.

DIREZIONE

00197 Roma – Viale Parioli, 77
Tel. 06.80.73.368 – 06.80.73.386
Fax 06.80.85.817
E-mail: sipised@tin.it

REDAZIONE

Università Bocconi - Cergas
20133 Milano - Via Röntgen
Tel. 02.58.362.600
Fax 02.58.362.598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982
Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
Fotocomposta da SIPIS srl
Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700
Spedita in abbonamento postale, c. 1, art. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)
Prezzo di una copia € 75,00

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57; fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

Linee evolutive nei trenta anni di Servizio sanitario nazionale

(prima parte)

ELIO BORGONOVÌ

Anche in periodi di «discontinuità» dell'economia e della società come quello attuale, è opportuno riflettere in modo sistematico sul passato per cogliere alcuni elementi che servono a prepararsi al futuro. Si usa, non a caso, il termine prepararsi, poiché in un quadro di grande incertezza e instabilità è difficile progettare. Si può far riferimento solo a principi e a criteri guida che dovranno/potranno essere adattati con flessibilità alle differenti situazioni.

Innanzitutto, si può ricordare che l'introduzione del Ssn è stata preceduta da un dibattito pluriennale sulle regole tramite cui rispondere ad un fondamentale bisogno della persona. Anche coloro che erano contrari al modello «Servizio sanitario nazionale» concordano sul fatto che una politica dello Stato in questo settore era rilevante e necessaria, la differenza riguardava i modi e le regole tramite cui realizzare tale intervento.

Un secondo principio derivava e si inseriva nel filone di pensiero e nella cultura secondo cui la risposta ad un bisogno qualificante della dignità della persona, quello della tutela della salute, dovesse essere responsabilità della persona stessa, ma fosse anche responsabilità comune e condivisa di una comunità socialmente e politicamente organizzata, concetto di welfare state.

All'inizio, e ancor oggi, il principio e il modello di welfare state sono stati e vengono presentati in modo sintetico, ma non corretto, come un sistema che si propone di «dare tutto a tutti», obiettivo evidentemente non perseguibile in una realtà caratterizzata da risorse scarse. Il principio base del welfare state non è questo, ma consiste nella affermazione che tutti i componenti di una determinata comunità devono avere la possibilità di trovare risposte adeguate a bisogni fondamentali, indipendentemente dalle loro condizioni sociali, economiche e anche da loro comportamenti errati, ad esempio contrari alla conservazione dello stato di salute. La «copertura universale», che a sua volta non deve essere fatta coincidere semplicisticamente con la regola della «gratuità per tutti, anche per coloro che hanno redditi elevati», significa che nessuna persona deve essere messa in condizione di rinunciare a tutelare la propria salute per ragioni varie, quali l'impossibilità di sostenere i costi per le cure o il fatto di essere immigrato «non regolare», condizione, peraltro, che non sempre coincide con la condizione di immigrato clandestino. È noto, infatti, che la condizione di immigrato «irregolare» a volte può dipendere da lentezze burocratiche, pur avendo la persona tutte le condizioni per essere o diventare regolare, quali il possesso di un lavoro, l'accettazione e il rispetto delle regole del Paese ospitante, un positivo inserimento nella società.

Il terzo principio è quello del passaggio della tutela della salute dal campo di bisogno, come dice l'economia, a quello di diritto del cittadino. Anche in questo caso vanno fatte alcune precisazioni. Diritto alla tutela della salute non significa diritto alla salute, poiché questa dipende dalle conoscenze scientifiche e da eventi che non sono controllabili dalle singole persone né dal sistema nel suo complesso. La considerazione sembra banale, ma non lo è affatto, poiché questo passaggio ha modificato il rapporto delle persone e di interi gruppi sociali. Di fronte a eventi negativi riguardanti la salute, spesso sorge la convinzione, o al-

meno il sospetto, che essi non rientrino nella natura delle dinamiche della salute, ma siano in qualche modo riferibili alla responsabilità di qualcuno, molte volte si dice genericamente e impersonalmente dello Stato, per non aver fatto tutto il possibile per tutelare la salute. Non si vuole in alcun modo negare né gli errori, né i casi di «malasanità», né le malattie, le sofferenze, addirittura le morti che ogni giorno possono essere evitate tramite un più adeguato, appropriato, efficace ed efficiente funzionamento del sistema, ma si vuole sottolineare che una erronea, e si sottolinea erronea, interpretazione del diritto alla salute abbia contribuito nel tempo a modificare e a ridurre il rapporto fiduciario con medici, infermieri, altri operatori. Vi è stato anche un effetto psicologico di traslazione. La perdita di fiducia nel «sistema» ha avuto anche riflessi sulla perdita di fiducia di operatori che «operano nel sistema» e la conseguente ricerca di altri medici o operatori nei quali riporre la fiducia.

Sul fronte opposto, si sottolinea come il riconoscimento di un diritto non vada inteso nel senso che esiste una tutela giuridica nel senso classico, ossia che è possibile ottenere il risarcimento o la pena per chi non abbia assicurato la tutela nell'ambito delle proprie responsabilità. Alla persona che è in stato di bisogno interessa ottenere il soddisfacimento di quel bisogno, non sapere che, in caso contrario, potrà ottenere un risarcimento o avvalersi contro qualcuno. Affermare che la salute è «diritto del cittadino» significa invece affermare che gli organi (pubblici) preposti alla garanzia di tale diritto a vari livelli, devono fare tutto il possibile, date le conoscenze scientifiche, tecniche, organizzative e le risorse economiche disponibili, per dare a tutti e ad ogni cittadino la risposta più appropriata. In questo settore più che in altri, il riconoscimento del diritto deve essere inteso più nella dimensione preventiva che non in quella risarcitoria o di attribuzione della responsabilità. Si tratta di un principio generale del diritto che, tuttavia, nel caso della salute, assume una rilevanza ben diversa e ben più pregnante di quella che esso ha se riferito, ad esempio, al diritto di non vedere occupato abusivamente un campo o uno stabilimento, fenomeni per i quali il risarcimento può essere una risposta più accettabile rispetto a chi ottiene il risarcimento a seguito di lesioni gravi causate dal mancato rispetto o di corrette procedure assistenziali.

Infine, va ricordato il principio secondo cui la tutela della salute deve estendersi in modo adeguato alle diverse fasi di evoluzione della condizione di benessere fisico e psichico della persona, dalla prevenzione, alla diagnosi (più o meno precoce), alla cura, alla riabilitazione. Essa, inoltre, è meglio garantita da un coordinamento dell'attività di tutte le strutture (i presidi) e i servizi che contribuiscono a far recuperare, mantenere, promuovere lo stato di salute. Alla base della istituzione del Ssn stanno i principi di integrazione del controllo degli eventi (e dei possibili interventi) sull'intera filiera che influenza lo stato di benessere e del coordinamento dei diversi interventi che dovrebbero garantire una visione unitaria dei problemi di salute della persona.

Fa riflettere il fatto che alcuni dei principi di fondo dei servizi sanitari nazionali, quali la copertura sempre più ampia e generalizzata della popolazione, la richiesta di dare maggiore attenzione e risorse alla prevenzione e alle cure primarie, l'organizzazione del sistema di offerta secondo logiche di integrazione della intera catena della salute e di coordinamento di tutti i servizi che contribuiscono a combattere la malattia e non a risolvere singoli episodi (condotta medica o assistenza basata sulla ottimizzazione delle specifiche prestazioni) siano diventati principi ispiratori della strategia di grandi gruppi privati che operano nel settore o dei progetti di riforma di Paesi, come gli USA, per motivazioni di carattere economico. Seppure con modalità di attuazione diverse, dati i diversi periodi e i diversi contesti sociali e istituzionali, deve far riflettere il fatto che determinati indirizzi emergono sia a seguito della traduzione nel contesto di determinate concezioni culturali, ideali, istituzionali (l'approccio europeo), sia per evoluzione delle logiche del mercato (approccio USA e dei Paesi fondati sulla preminenza del privato e della logica assicurativa o mutualistica). Singolare, e da sottolineare, è anche il processo inverso: nei sistemi basati sul modello del Servizio sanitario, si cercano rimedi alle disfunzioni introducendo elementi correttivi tipici del mercato (maggiore competizione, finanziamento sulla base della quantità-qualità dei servizi erogati, ecc.),

mentre le riforme dei servizi finora maggiormente «privatistici», come la proposta del nuovo Presidente Obama, non vengono presentate come sostituzione o sovvertimento della logica e dei principi della economia di mercato, ma come innesti e modifiche inserite su modelli logici, culturali e ideologici fortemente radicati negli USA, ossia la libertà dell'individuo e il sospetto di interferenza dello Stato, il cui intervento è accettato solo per motivazioni strategiche o di emergenza, come quella della crisi economica attuale.

L'analisi della evoluzione del Ssn può essere attuata assumendo diverse prospettive. La prima, ovviamente, è quella del paziente. Innanzitutto, va messo in evidenza che è potenzialmente aumentata in misura rilevante l'accessibilità ai servizi, anche per situazioni gravi e di urgenza (si pensi alla istituzione dei servizi del 118 e alla distribuzione di servizi di diagnosi specialistiche e dei vari interventi di cura sul territorio). Tale aumento dell'accessibilità è stato in parte ridotto, specie nell'ultimo decennio, dal manifestarsi del fenomeno delle lunghe liste di attesa dovute al combinarsi di almeno tre fattori: l'aumento delle possibilità di diagnosi, cura e riabilitazione che ha contribuito ad un grande aumento della domanda, la generazione di domande «inappropriate» sia da parte dei pazienti (per spinte emotive e psicologiche o per una maggiore diffusione della sindrome di ipocondria), sia a causa di inefficienze nell'uso delle strutture e dei servizi o per allocazione di risorse limitate rispetto alle nuove esigenze.

Un secondo aspetto che appare innegabile è il decisivo miglioramento delle risposte di salute e anche dello stato di salute. A parte i casi di trattamenti inappropriati, di errori diagnostici e terapeutici, di infezioni nosocomiali e di eventi nocivi per la salute che avrebbero potuto e dovrebbero essere evitati con adeguate politiche e interventi di risk management, si può dire in modo poco scientifico, ma altrettanto efficace, che «è molto meglio avere un problema di salute oggi rispetto a trenta anni fa» e che le probabilità di ottenere soluzioni positive oggi è di gran lunga superiore al passato. Tutti, o quasi, gli indicatori dello stato di salute, dalla attesa di vita, ai tassi di successo per patologie mortali, ai tassi di mortalità o morbilità sono migliorati o, almeno, non peggiorati nel nostro Paese. Certamente ciò è dovuto all'enorme progresso scientifico e tecnologico, ma si può affermare, con un certo grado di credibilità, che in parte ciò è dovuto anche all'azione del Ssn, che analoghi progressi non sono stati ottenuti nella maggior parte dei Paesi dove tale sistema non esiste e anche l'assistenza sanitaria è «a doppia velocità», una moderna e all'avanguardia per le classi sociali elevate e ricche, l'altra arretrata e con garanzie assai limitate per le classi sociali basse e povere. Tuttavia, è indiscutibile che sia aumentata, in misura sempre più evidente nella popolazione in generale e nei pazienti che hanno dovuto ricorrere alle prestazioni del Ssn, la percezione di una divaricazione tra domanda e offerta, sul piano qualitativo, se non anche su quello quantitativo, come nel caso di mancanza di posti-letto per ricoveri urgenti, lunghe attese nei pronto soccorso senza informazioni e senza motivazioni evidenti (la presenza di un numero elevato di pazienti in attesa), tempi lunghi di prenotazione di esami e di accertamenti. Percezione questa, dovuta sicuramente in parte a fatti oggettivi, ma anche in parte ad una maggiore informazione che alza il livello delle aspettative in termini positivi (maggiore consapevolezza che certi problemi possono essere risolti) a volte in termini negativi (annuncio di trattamenti che sono ancora nella fase di sperimentazione o disponibili sotto rigidi controlli in centri specializzati e che invece i media segnalano come potenzialmente disponibili in modo diffuso).

Sempre dalla prospettiva del paziente si sottolinea la crescente differenziazione dei livelli di assistenza tra Regioni e tra aree del Paese. I crescenti vincoli finanziari, le politiche di contenimento dei costi (non sempre efficaci), il decentramento progressivo alle Regioni hanno determinato una crescita divaricata «a macchia di leopardo», con evidente penalizzazione delle Regioni meridionali a causa delle differenti competenze presenti nel campo della programmazione, organizzazione, dei controlli di vario tipo e a causa del fatto che sulla sanità si scaricano tensioni e interessi non di rado illeciti data la sua rilevanza economica. Aspetto, questo, che dovrà essere attentamente valutato nella prospettiva dell'introduzione del fede-

ralismo fiscale, come si è scritto nell'editoriale del numero precedente. Al riguardo, si sottolinea un paradosso, che è tale sono in apparenza: nel periodo in cui sono aumentati gli sforzi per definire LEA (livelli essenziali di assistenza) omogenei e per includerli in documenti e in accordi vari (ad esempio accordo Stato-Regioni), si è avuta una accentuazione delle differenze tra i livelli effettivi di assistenza, sono aumentati, o non sono diminuiti, fenomeni di «mobilità» sanitaria tra Regioni o tra territori e aziende ospedaliere di riferimento. Indicatore, se non dimostrazione empirica, del fatto che gli obiettivi non si raggiungono solo perché sono inseriti in leggi o in accordi e i problemi non si risolvono perché si esprime la volontà o si assume l'impegno formale per operare in quella direzione, ma se si opera per creare le condizioni reali che rendano possibile la soluzione dei problemi e per raggiungere gli obiettivi. Investimenti nella modernizzazione delle strutture di offerta, con tutela dello Stato contro influenze della malavita organizzata o fenomeni di speculazione edilizia, investimenti e adeguamento delle tecnologie, aggiornamento e formazione del personale sul piano professionale, organizzativo e manageriale, trasferimento di conoscenze e di «buone pratiche» o «buone soluzioni» tramite accordi di trasferimento, di collaborazione e di assistenze tra Regioni e tra aziende sanitarie e aziende ospedaliere, sono i principali strumenti per evitare differenziazioni di carattere negativo. La percezione delle differenze è stata spesso collegata anche alla maggiore evidenza data a situazioni di sprechi e inefficienze che consegue una migliore trasparenza che, tuttavia, deve essere ulteriormente migliorata.

Con riguardo a questi e altri fenomeni negativi, sembra essere aumentata la capacità dei pazienti di organizzarsi in movimenti e di far sentire la propria voce. La possibilità dei pazienti di avere una influenza reale sulle politiche di tutela della salute e sulla gestione delle aziende è maggiore nelle Regioni, come la Lombardia, dove è più avanzato il sistema di accreditamento e il paziente può scegliere la struttura, pubblica o privata, cui rivolgersi, ma anche indagini promosse da vari movimenti di tutela dei pazienti hanno consentito progressi nel sistema. Permangono forti considerazioni critiche sui livelli di «chiusura» e di «autoreferenzialità» di professionisti, manager, decisori delle politiche, ma la convinzione di chi scrive è che esistono significativi e abbastanza numerosi casi di medici e altri professionisti e di manager attenti a comprendere i bisogni reali e attenti al confronto, e che la situazione oggi sia molto migliorata rispetto al passato.

Infine, un'ultima considerazione nella prospettiva del paziente. Relativamente al progetto originario di finanziare la spesa per la tutela della salute esclusivamente, o prevalentemente, tramite fiscalità generale, e in seguito fiscalità regionale aggiuntiva per più elevati livelli di assistenza, è aumentato in generale il livello di compartecipazione del paziente al costo delle prestazioni sia per rafforzare comportamenti di autocontrollo dei consumi da parte dei pazienti, sia per avere ulteriori fonti di entrata.

Passando alla prospettiva dei medici e delle altre professioni sanitarie o «miste» sempre più frequenti (come biomanager, biochimici, bioinformatici, ecc.) si può osservare che nella prima fase, anni ottanta, essi hanno dovuto confrontarsi principalmente con i problemi di integrazione e di coordinamento. Si sono sovrapposte e intersecate due dimensioni: quella della specializzazione delle conoscenze riguardanti gli atti di tutela della salute, sempre più accentuata con il progresso scientifico e delle tecnologie, con l'inevitabile contropinta a rafforzare le conoscenze e le funzioni di professionisti capaci di ricondurre ed intrattenere il rapporto con i pazienti (medici di medicina generale sul territorio e all'interno degli ospedali) con la dimensione della specializzazione e della integrazione delle strutture di offerta. La confluenza di vari enti e strutture precedentemente autonome anche sul piano giuridico nelle unità sanitarie locali, ha posto difficili problemi, rimasti irrisolti per molti anni e ancora oggi non completamente risolti, di far interagire sempre più frequentemente medici, infermieri e altri professionisti operanti in ospedali, centri diagnostici, centri di riabilitazione, medici di medicina generale e pediatri del territorio. L'attitudine e l'abitudine dei professionisti a lavorare per compartimenti stagni, accentuata da aspetti di diverso status sociale e, specie all'inizio, anche da diversi sistemi contrattuali, non sono certo state supe-

rate, ma sicuramente l'introduzione del Ssn, con i principi di integrazione e coordinamento, ha aiutato nel tempo ad affrontare questi aspetti con risultati in molti casi assai positivi. Si fa riferimento all'introduzione delle logiche dei «percorsi dei pazienti» (che collegano la fase prericovero, ricovero) e, più recentemente, alle logiche e ai modelli di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), recepiti anche dalle normative, dagli indirizzi sulle sperimentazioni gestionali e da alcune sperimentazioni in realtà particolarmente dinamiche e innovative. A stimolare, facilitare la maggiore integrazione tra professionisti coinvolti nelle diverse fasi dei processi assistenziali, hanno contribuito anche le politiche finalizzate alla riduzione dei tempi di ricovero (condizione per una rilevante riduzione dei posti-letto per acuti negli ultimi due decenni), l'introduzione di sistemi di finanziamento a tariffa (Drg e altri) che hanno incentivato ulteriormente l'accelerazione di processi assistenziali in regime di ricovero e le dimissioni rapide con conseguenti protocolli di trattamenti ambulatoriali o domiciliari, l'estensione dei trattamenti in day hospital, l'applicazione di modelli di assistenza domiciliare integrata o di home care, oppure lo sviluppo di strutture per assistenza di lungodegenti in ambiti protetti. Anche l'evoluzione della telemedicina ha contribuito a incentivare una maggiore attitudine alla integrazione e alla collaborazione dei professionisti. Una tendenza stimolata anche da interventi sul sistema di offerta con l'aggregazione di unità sanitarie in aziende sanitarie di dimensioni sempre più ampie (tendenzialmente provinciali), l'autonomia giuridica riconosciuta alle aziende ospedaliere e ad aziende erogatrici di altri servizi (diagnostica, riabilitazione), il che ha nel tempo diffuso sistemi di «organizzazione a rete».

Questa evoluzione ha caratterizzato, del resto, anche il privato nel quale, pur persistendo ancora un numero elevato di strutture di piccole dimensioni, sono presenti e sono stati accelerati processi di aggregazione, o di acquisizione della gestione di strutture pubbliche (poche sperimentazioni) o di altri soggetti privati (forse più numerosi) con modelli di tipo polispecialistico e di costituzione di reti di strutture e servizi di diagnosi, cura, riabilitazione.

Ritornando più specificamente alle problematiche delle professioni sanitarie, alla fine degli anni ottanta- inizio anni novanta, si avviano due processi paralleli. Da un lato, politiche e programmi finalizzati a dare una più qualificata formazione alle professioni non mediche (infermieri, ostetriche, tecnici, dei diversi settori) che ha portato con la riforma universitaria introdotta con la legge 509/99 all'avvio di lauree e lauree specialistiche per diverse professioni non mediche. Dall'altro, la crescente consapevolezza che la maggiore complessità istituzionale e organizzativa richiedeva di aggiungere conoscenze, competenze, capacità sinteticamente definibili come manageriali.

Un numero crescente di medici, biologi, infermieri, tecnici, altri professionisti si è avvicinato alla formazione di carattere economico, aziendale, organizzativo, manageriale nella prospettiva di assumere posizioni organizzative che richiedevano una «professionalità più allargata» o nella prospettiva di essere meglio preparati ad interagire con i manager della sanità o ad applicare metodi e strumenti quali la contabilità dei costi, il controllo di gestione, l'informatizzazione dei processi sanitari e dei processi amministrativi,

Una fase nella quale un certo numero di medici e di altri professionisti si è confrontato con una duplice possibilità di sviluppo di carriera: quello di tipo specialistico-professionale (diventare il chirurgo, il neurologo, l'internista, il cardiologo con sempre maggiore esperienza e specializzazione) o quello, in una certa fase della carriera, di «cambiare mestiere» assumendo posizioni di tipo programmatico, organizzativo, manageriale o addirittura di decisore delle politiche della salute o consulente dei decisori.

Si tratta di una consapevolezza che rappresenta una evoluzione rispetto alla impostazione classica secondo cui la tutela della salute si fonda essenzialmente sul rapporto medico-paziente, sulle conoscenze (del medico) e sul bisogno (del paziente), sui valori deontologici ed etici e riconosce l'influenza del fattore complessità. In questa fase viene posto con forza il dilemma (o la domanda) «manager (o leader) si nasce o si diventa» e il dibattito sulla op-

portunità che i manager intermedi o di alto livello debbano essere medici o possano avere una altra formazione di base. La risposta alla prima questione appare semplice anche se non banale: per fare il manager (o il leader), che significa avere la responsabilità di altre persone e saper interagire con esse, occorre avere alcune attitudini e un certo orientamento, ma oggi sono sempre più rari i casi in cui è possibile assumere responsabilità manageriali di alto livello in aziende complesse, nel caso specifico sanitarie, senza una conoscenza più o meno approfondita (a seconda delle posizioni) di metodi e strumenti. La formazione è dunque opportuna, se non addirittura indispensabile, anche se formazione non significa affatto partecipazione a certi tipi di corsi, standardizzati e omogenei, ma realizzare un sistematico processo di apprendimento e un consolidamento delle conoscenze.

Al secondo quesito, la risposta più volte data da queste colonne, sia in editoriali sia in articoli, è che la formazione di base non è né vincolante né determinante. Può fare, e dovrebbe essere nominato, manager chiunque «lo sa fare bene», chiunque abbia una formazione medica, scientifica, economica, giuridica. Certamente quanto più la posizione manageriale è vicina al processo assistenziale (Direttore di unità semplice o complessa) tanto più utile è la conoscenza degli specifici processi. Più ci si allontana dal processo assistenziale, più variegata può essere la formazione di base che può essere anche molto differente e distante da quella medica.

Dopo il primo passaggio dalla fase di preminenza della politica della salute (anni ottanta) a quello dell'attenzione agli aspetti gestionali e organizzativi (anni '91-'95 con l'introduzione al vertice delle Usl degli amministratori straordinari), si è affermata con la riforma del '92-'93, partita nel 1995, la fase della cosiddetta «aziendalizzazione», con la trasformazione delle «strutture operative dei Comuni» (Usl degli anni ottanta) ad «aziende facenti capo alla Regione» con al vertice un organo monocratico, il Direttore generale, che aveva il potere di scegliere il Direttore amministrativo e quello sanitario, ovviamente tra persone in possesso dei requisiti necessari. In questa fase i professionisti hanno perso, o hanno avuto la percezione di perdita di prestigio, ruolo e potere, spesso condizionati dall'applicazione di sistemi gestionali, non sempre in modo corretto. I professionisti, anche in presenza di forti vincoli sulla spesa, hanno avvertito forti condizionamenti alla loro autonomia di scelta sul piano professionale e del rispetto delle esigenze dei pazienti. Una fase, questa, complessa su cui si torna in seguito, che a partire dagli anni 2001-2002 ha portato ad una specie di nuova presa di coscienza dei professionisti con la rivendicazione di rivalutare il loro ruolo, le loro funzioni e il loro potere tramite sistemi cosiddetti di clinical governance, ossia di loro maggiore partecipazione e coinvolgimento nelle scelte aziendali.

(segue sul prossimo numero)

La valutazione delle performance economiche e dei costi in sanità: un confronto a livello nazionale

MARA BERGAMASCHI, FRANCESCA LECCI, ANGELO RENOLDI

Since nineties, Italian healthcare organizations have been interested by relevant changes, aimed to achieve a solid economic and financial balance. The article wants to present a model of balance sheet reclassification and suggest balance sheet ratios, through which compare economic performance of public and private hospital of different regional healthcare services and evaluate the significance of balance sheet informations. Moreover the article points out how to use the information obtained to support a process of economic valuation of an healthcare organizations.

Keywords: aziende sanitarie; valore economico; bilancio

Parole chiave: Healthcare organizations; economic value; balance sheet

Note sugli autori

Mara Bergamaschi è ricercatrice presso l'Università degli studi di Bergamo, mara.bergamaschi@unibg.it; Francesca Lecci è assegnista di ricerca presso l'Università degli studi di Bergamo e ricercatrice a contratto CER GAS Bocconi, francesca.lecci@unibocconi.it; Angelo Renoldi è professore ordinario presso l'Università degli studi di Bergamo, angelo.renoldi@unibg.it

Attribuzione

Sebbene l'articolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 1, 2 e 6 sono da attribuire a Mara Bergamaschi, i §§ 4 e 5 a Francesca Lecci e il § 2 a Angelo Renoldi

1. Introduzione

Scopo del presente lavoro è quello di analizzare, attraverso un'opportuna riclassificazione ed analisi di bilancio, le principali caratteristiche delle performance economiche delle aziende pubbliche di erogazione di servizi ospedalieri (Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Policlinici universitari), al fine di valutare la significatività delle informazioni contenute nei conti economici aziendali e esprimere alcune riflessioni sulla comparabilità dei risultati di aziende appartenenti a sistemi sanitari regionali differenti, nonché di valutare se e come i dati di bilancio possano rappresentare grandezze utili su cui innestare processi di valutazione economica.

Il bilancio, infatti, rappresenta una significativa fonte di informazioni solo se consente un confronto con adeguati parametri di riferimento. Ciò è ancora più critico per un sistema pubblico in via di decentramento, che deve porre adeguata attenzione alla fase di rendicontazione e di confronto di performance tra le varie aziende e tra i diversi sistemi regionali, soprattutto laddove permangono forti meccanismi di perequazione finanziaria.

L'articolo presenta una possibile prospettiva metodologica con cui affrontare il problema di un'adeguata interpretazione e comparazione dei risultati economici nel tempo e, seppure con le dovute limitazioni, nello spazio, tenendo conto delle specificità dei meccanismi di finanziamento adottati dai diversi contesti regionali.

In particolare, si è cercato di individuare un metodo di riclassificazione e di analisi del Conto Economico, che consentisse di dare

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il metodo utilizzato per la riclassificazione di bilancio: le motivazioni alla base della scelta
3. Lo schema di riclassificazione proposto e il collegamento con il «Progetto Mattoni SSN»
4. La valutazione delle performance economiche: un confronto a livello nazionale
5. La valutazione delle performance economiche: un confronto dei costi di acquisto di beni e servizi e del personale
6. Conclusioni

adeguata rappresentazione alle performance economiche delle realtà ospedaliere pubbliche e alle loro specificità, partendo dal nuovo prospetto di bilancio proposto nell'ambito del «Progetto Mattoni SSN» e in particolare del mattone n. 14, dall'allora Ministero della salute¹, con l'obiettivo di conseguire un'armonizzazione contabile tale da garantire la confrontabilità dei dati.

Il collegamento con il nuovo prospetto di bilancio definito a livello nazionale e l'utilizzo del sistema proposto con i dati storici a disposizione, consente, inoltre, di valutare concretamente l'applicabilità del metodo e di innescare un circolo virtuoso tra sviluppo teorico e applicazione concreta dei principi di analisi di bilancio per il settore sanitario.

Se, infatti, disporre di un modello di contabilità economico-patrimoniale e di un sistema di principi definito a livello sovraordinato consente di migliorare nel tempo il livello di attendibilità e di omogeneizzazione delle informazioni, la mancanza di un adeguato sistema di rilettura delle informazioni rende difficile la trasformazione dei dati in informazioni di supporto ai processi decisionali. D'altro canto, proporre un sistema di riclassificazione prima di sperimentarne l'applicazione concreta è senz'altro illusorio; è solo attraverso un progressivo utilizzo che il metodo proposto può essere testato e progressivamente affinato. Ciò si ricollega all'esigenza di dedicare particolare attenzione all'utilità delle analisi per chi le deve utilizzare: gli stessi destinatari devono vedere nella riclassificazione una serie di informazioni più complete e soprattutto più rilevanti per le decisioni.

In particolare, il confronto di adeguati parametri di riferimento nei diversi sistemi regionali e, all'interno di essi, tra differenti aziende, può avere una doppia valenza informativa:

- interna, nel caso in cui i destinatari siano rappresentati dal *top management* aziendale. In questo senso si intende valutare se il metodo proposto consente di identificare eventuali punti di debolezza al fine di porre in essere adeguati processi di miglioramento delle proprie performance, valutando le leve su cui agire;

- esterna, nel caso in cui gli utilizzatori delle informazioni siano rappresentati da-

gli organi di livello sovraordinato (il sovra-sistema regionale) o da eventuali organismi esterni interessati a esprimere valutazioni economiche. Nel primo caso, si intende valutare se i decisori politici possano trarre informazioni utili al fine di riorientare i loro processi di allocazione delle risorse e, in generale, le politiche sanitarie. Nel secondo caso si tratta invece di valutare se, attraverso la riclassificazione proposta, sia possibile acquisire una serie di indicatori utili ad affinare il processo di valutazione d'azienda. Tale esigenza riflette, infatti, le dinamiche, sempre più rilevanti negli ultimi anni nella sanità pubblica e privata, legate a strategie di sviluppo, integrazione e ristrutturazione delle aziende (creazione di fondazioni, sperimentazioni gestionali, nascita di nuovi soggetti giuridici, ingresso di capitali privati) (Bergamaschi, Lecci, 2008). Si tratta qui di valutare la significatività delle diverse dimensioni di performance desumibili ed eventualmente di attribuirne dei punteggi al fine di giungere ad una valutazione quantitativa sintetica in grado di influenzare il tasso di attualizzazione da utilizzare nel processo di valutazione economica. La stessa composizione e la dinamica dei costi e della struttura delle fonti di finanziamento, qualora correlate ad altri parametri di natura fisico-tecnica come i posti letto rappresentano la base portante per qualsiasi processo di valutazione d'azienda. In questo senso, l'analisi e l'interpretazione dell'informazione contabile può rappresentare, se adeguatamente strutturata, un primo e cruciale passo verso lo sviluppo di un sistema di valutazione delle aziende che poggia su algoritmi di calcolo che includono grandezze economiche in buona misura desumibili dal bilancio di esercizio.

Preme comunque sottolineare che, qualunque sia il risultato a cui si perverrà attraverso l'analisi proposta, la semplice analisi di valori espressi dal bilancio, nel caso delle aziende sanitarie, e in particolare di quelle pubbliche, non presenta certo livelli di completezza e di oggettività tali da consentire valutazioni razionali del livello di economicità delle singole realtà. Le stesse operano, infatti, in condizioni diverse dal mercato ed in assenza di un prezzo, date le peculiarità di scambio atipico proprie dei processi di cessione che le caratterizza; in questo senso è

dunque evidente la mancanza di un meccanismo di oggettivazione dell'utilità prodotta rispetto alle risorse impiegate, desumibile oggettivamente da dati di contabilità (Farne- ti, 1995; Borgonovi, 2000; Anessi Pessina, 2000; Valotti, 2000)².

È evidente che la dimensione economica della gestione delle aziende sanitarie (Broad- bent *et al.*, 1991) si differenzia notevolmente da quella delle aziende di produzione con finalità di profitto, soprattutto con riferimen- to:

- alle differenti attese che le stesse sono chiamate a soddisfare;
- ai meccanismi di formazione dei compon- enti positivi di reddito.

Le aziende sanitarie, infatti, pur svolgen- do, come nel caso delle imprese, un processo di creazione del valore, non hanno semplice- mente l'obiettivo di pervenire ad un risultato positivo da distribuire tra i vari portatori di capitale proprio. In termini più concreti ciò significa che esse non hanno come fine l'ec- cedenza tra componenti positivi e negativi di reddito, ma la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini, il che porta, inevitabil- mente, alla conclusione che non è pos- sibile ricavare dalla sola lettura dei valori economici prodotti dalla gestione la misura del raggiungimento del fine istituzionale dell'azienda.

In ogni caso, sebbene lo svolgimento dell'attività di gestione non abbia come fine ultimo il raggiungimento di un risultato economico positivo, le aziende sanitarie non possono prescindere dal conseguimento di un tendenziale equilibrio di bilancio, comu- que indispensabile ai fini di un'economica e durevole erogazione di servizi sanitari (Sfor- za, 2005).

Dunque, i classici criteri di valutazione dell'attività amministrativa indicati dalla dottrina economico aziendale (Borgonovi, 1996) sono, anche nel caso delle aziende sanitarie pubbliche, quelli, ormai recepiti anche dal quadro normativo di riferimento, dell'economicità, dell'efficacia e dell'effi- cienza. Seppure, come richiamato, l'equi- lio economico, anche se comprensivo di indicatori finanziari e patrimoniali positivi, ha da tempo evidenziato difficoltà di misu- razione del livello di economicità e della ca-

pacità di soddisfacimento quali-quantitativo dei bisogni sanitari in tale tipologia di azien- de, ciò non di meno, va evidenziato che la dimensione economica ha acquisito nel tem- po sempre più rilevanza, a fronte del mani- festarsi di maggiori limiti nel quadro delle risorse disponibili.

In questo senso, la possibilità di operare un confronto tra diverse realtà, seppure con i limiti sopra evidenziati, consente di fornir- e ulteriori elementi di valutazione. Infatti il livello di soggettività legato alla dimensione di economicità potrebbe ridursi attraverso l'utilizzo di processi di *benchmarking*, che consentono di introdurre nei criteri di app- rezzamento della performance la prospet- va comparativa (Valotti, 2005).

Sarà dunque necessario riflettere su come le caratteristiche della gestione delle azien- de sanitarie, i tipici processi di produzione e di erogazione delle prestazioni, l'assenza di uno scambio economico *stricto sensu*, le pec- cularità del meccanismo di finanziamento, le relazioni istituzionali che legano tra loro le diverse aziende, si riflettono sul sistema di valori economici e ne influenzano i risultati.

Nel corso dell'articolo si procede ad una presentazione del metodo proposto e alla presentazione delle motivazioni che spin- gono verso l'adozione di tale scelta e ad una sua applicazione concreta mediante un'ana- lisi comparativa a livello nazionale dei di- versi risultati di bilancio nell'area ospeda- liera pubblica. Al fine di fornire un quadro di sintesi a livello nazionale, si è proceduto attraverso l'aggregazione dei dati analitici di bilancio delle singole aziende a livello re- gionale; ciò consente, in una fase successiva, di spostarsi a livello di confronto interazien- dale, sia all'interno di uno stesso ambito re- gionale che all'interno di *cluster* di aziende omogenee rispetto a parametri predefiniti (dimensioni, livello di specializzazione, na- tura universitaria, ecc.).

L'approccio adottato risulta peraltro co- erente con le tradizionali modalità di studio ed analisi del livello di economicità del set- tore sanitario, che generalmente affrontano tali temi con riferimento alla situazione eco- nomico-finanziaria delle singole Regioni, coerentemente con il progressivo processo di decentramento (Anessi Pessina, 2003).

Analizzare le singole realtà regionali con- sente, inoltre, di identificare risultati inter-

medi differenti a fronte di politiche di finanziamento diverse.

Consapevoli che l'approccio economico-aziendale focalizza l'attenzione sulle singole aziende e che la funzionalità del sistema dipende dai livelli di funzionalità delle singole realtà appartenenti allo stesso (Airoldi *et al.*, 1994), si sottolinea ancora una volta che le elaborazioni sono state fatte a partire dal livello più analitico (le singole aziende) ed è quindi possibile procedere ad effettuare valutazioni specifiche delle singole realtà.

Le fonti informative utilizzate per la ricostruzione dei valori di conto economico e per l'analisi dei bilanci si fondano, infatti, sui valori raccolti per l'esercizio 2006 dal Ministero della salute.

I dati, disponibili nella banca dati del Ministero³, riguardano la totalità delle aziende di erogazione di servizi ospedalieri pubblici (Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - Irccs, Policlinici universitari), e non sono quindi rappresentativi dei risultati economici complessivi a livello regionale⁴ che, tra l'altro, potrebbero dipendere dalle scelte di assetto istituzionale e organizzativo prescelto.

Rimangono senza dubbio due riflessioni di fondo, che verranno riprese nelle conclusioni dell'articolo:

- la prima, circa la reale attendibilità, legata alla presenza o meno di politiche di bilancio che potrebbero alterare i risultati contabili, ed omogeneità delle informazioni prodotte dai bilanci, che rendono comunque non sempre coerente il processo di valutazione comparativa che ne consegue;

- la seconda, circa la necessità di integrare la dimensione economico-finanziaria con altre dimensioni comunque rilevanti ai fini di una valutazione complessiva d'azienda (si parla in questo caso delle dimensioni competitive, sociali, legate all'impatto dell'azione e sulla qualità) (Bergamaschi, 2008).

2. Il metodo utilizzato per la riclassificazione di bilancio: le motivazioni alla base della scelta

Obiettivo del presente paragrafo è quello di motivare la scelta dello schema di riclassificazione del bilancio che verrà utilizzato nell'analisi del settore ospedaliero pubblico

e degli indici di supporto all'analisi e alla valutazione delle performance economiche.

Il modello che si propone di adottare è esclusivamente legato ai dati di conto economico, e rappresenta, ad oggi, l'unica via percorribile per confrontare i risultati contabili di aziende sanitarie differenti, dal momento che permane la non disponibilità dei dati stato patrimoniale, della nota integrativa, della relazione sulla gestione e di eventuali altri allegati al bilancio (Anessi, 2004). Questo determina una serie di limiti: (i) l'analisi di bilancio non dovrebbe limitarsi alla redditività dell'azienda, ma estendersi anche a liquidità e solidità, che però sono valutabili solo disponendo, come minimo, di una riclassificazione dello stato patrimoniale per liquidità ed esigibilità; (ii) anche i tradizionali indici di redditività (per esempio ROE, ROA, ROI), peraltro, pongono al denominatore valori di stato patrimoniale e non vengono quindi presi in considerazione.

In particolare, lo schema di riclassificazione del Conto economico che si ritiene maggiormente in grado di esprimere informazioni utili ai fini sopra esposti è quello «a valore della produzione e valore aggiunto» che consente di calcolare una serie di indici utili a ricostruire le dinamiche economico-finanziarie ed a esprimere quindi valutazioni circa le performance d'azienda e il grado di raggiungimento degli equilibri gestionali (Renoldi, 1984) (si veda la **tavola 1**).

Tale metodo di riclassificazione tiene conto delle specificità del contesto sanitario e rappresenta quindi una rivisitazione dei classici modelli proposti nella letteratura d'impresa, riprendendo le voci tipiche presenti nei bilanci delle aziende di erogazione di servizi ospedalieri.

Più complesso risulterebbe invece l'utilizzo nel caso di aziende sanitarie locali, a fronte dei tratti distintivi che le caratterizzano in termini di componenti positive di reddito (prevalenza del finanziamento a quota capitaria). La particolare modalità di formazione di tali componenti nelle aziende sanitarie locali, rende, infatti, poco significativa l'adozione di uno schema «a valore della produzione e a valore aggiunto», a fronte di proventi in alcun modo rappresentativi del valore della produzione. Tale criticità assume invece connotazione più debole nel caso delle realtà ospedaliere, pubbliche o priva-

Tavola 1

Lo schema
di riclassificazione
del Conto economico
utilizzato

Fonte: elaborazione degli autori

- + ricavi per prestazioni sanitarie erogate a soggetti pubblici (A.2.A.1 + A.2.A.2)
di cui erogate a soggetti pubblici extra Regione (A.2.A.1.3)
- + ricavi per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati (A.2.A.3)
- + ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia (A.2.A.4)
- + ricavi per prestazioni non sanitarie (A.2.B)
- + compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) (A.4)
- PRODUZIONE**
- + contributi in c/esercizio (A.1)
- + costi capitalizzati (A.5)
- PRODUZIONE LORDA**
- acquisti di beni (B.1)
- +/- variazione delle rimanenze (B.14)
- acquisti di servizi sanitari e non sanitari (B.2)
- manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata) (B.3)
- godimento di beni di terzi (B.4)
- oneri diversi di gestione (B.9 escluso B.9.C)
- + concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche (*) (A.3)
- VALORE AGGIUNTO**
- personale del ruolo sanitario (B.5)
- personale del ruolo professionale (B.6)
- personale del ruolo tecnico (B.7)
- personale del ruolo amministrativo (B.8)
- MARGINE OPERATIVO LORDO**
- ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali, fabbricati, altre immobilizz materiali (B.10, B.11, B.12)
- svalutazione dei crediti (B.13)
- accantonamenti tipici dell'esercizio (B.15)
- RISULTATO OPERATIVO**
- + interessi attivi e altri proventi (C.1 E C.2)
- interessi passivi e altri oneri (C.3 e C.4)
- altri oneri diversi di gestione (B.9.C)
- RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE E DELLE COMPONENTI STRAORDINARIE**
- +/- proventi e onero straordinari (D e E)
- + fitti attivi e altri proventi (A.2.C)
- RISULTATO ANTE IMPOSTE**
- imposte e tasse (Y)
- RISULTATO NETTO**

(*) Tale voce comprende anche componenti di rimborso del costo del lavoro.

te che siano, finanziate a tariffa per prestazione, dove i ricavi per prestazioni, se pur non consentono, come sopra richiamato, di esprimere oggettivamente il valore della produzione (sono tariffe e non prezzi), possono essere comunque utilizzati come *proxy* della stessa, in quanto maggiormente espressivi delle attività realizzate.

In particolare, il modello di riclassificazione proposto individua gli elementi reddituali

raggruppati in base alle aree di gestione caratteristica, finanziaria, straordinaria e fiscale; inoltre risponde al criterio della pertinenza gestionale, mettendo in luce le grandezze connesse al tipico ciclo di acquisto-trasformazione-erogazione.

Essendo inoltre l'efficienza produttiva, intesa come ottimale contrapposizione tra costi legati al ciclo di trasformazione e erogazione e valore della produzione realizzata, il fulcro

dell'attenzione, tale schema di riclassificazione si presta in modo particolare, se non esclusivo, alle analisi economiche aventi ad oggetto le aziende ospedaliere universitarie e gli Irccs.

In questo senso, particolare rilevanza assume il valore della produzione, rappresentato dall'insieme dei proventi direttamente legati all'erogazione di prestazioni che, nelle aziende che erogano servizi ospedalieri, è quindi in grado di sintetizzare l'intensità del fenomeno produttivo, andando a coincidere con il fatturato, a fronte dell'esclusione, di cui si discuterà nel successivo paragrafo, di tutti i valori non determinati direttamente dalla quantità e tipologia di prestazioni erogate.

Nel caso delle aziende oggetto di analisi, così come nel caso di aziende sanitarie private, tale aggregato rappresenta quindi la misura del valore di ciò che l'azienda, nell'esercizio della sua responsabilità ed autonomia decisionale, produce. È pertanto una misura che consente di esprimere il grado di accoglienza dei servizi da parte degli utenti, nonché di apprezzare la dimensione quantitativa dell'azione aziendale, andando in sostanza a definire la capacità competitiva di un'azienda sanitaria (Renoldi, 1988).

La stesse grandezze intermedie fondamentali che si vengono a determinare attraverso il modello proposto, si adattano perfettamente al contesto delle aziende che producono servizi ospedalieri o comunque finanziate attraverso un sistema di tariffe per prestazioni.

Infatti:

– il Valore Aggiunto offre una dimensione della capacità dell'azienda di realizzare, attraverso i propri processi produttivi, ricchezza addizionale. In altri termini esso si configura come la misura dell'incremento di valore che si verifica nell'ambito della produzione e distribuzione di beni e servizi grazie all'intervento dei fattori produttivi. In questo senso, le aziende sanitarie, finanziate prevalentemente a tariffa per prestazione, acquistano beni e servizi necessari a produrre prestazioni. La differenza tra i proventi legati alla produzione, che, seppur scontano le limitazioni sopra espresse legate all'utilizzo di tariffe e, spesso, di tetti alla produzione, possono assumersi come *proxy* del valore dei

servizi prodotti, e il valore dei beni e servizi acquistati e impiegati nel processo produttivo ben si presta ad esprimere il valore aggiunto, come misura dell'incremento lordo del valore risultante dell'attività economica;

– il Margine Operativo Lordo consente invece di apprezzare l'economicità della gestione caratteristica, prescindendo dalle politiche di bilancio (ammortamenti) e dalle scelte in ordine alla struttura del passivo (oneri finanziari). In altri termini, nelle aziende che erogano servizi sanitari, se il margine operativo lordo (Mol) non può essere inteso come indicatore di redditività della gestione caratteristica, esso possiede delle proprietà di indubbia portata, che ne fanno un parametro fondamentale per valutare il livello di efficienza economica e per comparare i risultati delle diverse aziende.

Inoltre, il collegamento già richiamato con lo schema di bilancio definito dal Progetto Mattoni consente di evitare una meccanica traslazione di schemi di analisi di bilancio utilizzati dalle imprese private in sanità, ma di rielaborare un sistema di riclassificazione adottabile in tale contesto, nonché di interpretare in maniera coerente i risultati intermedi che si vengono a generare. In questo senso la possibilità di individuare correttamente le voci da inserire nelle diverse dimensioni di analisi, consente non solo di verificare l'applicabilità del metodo proposto, ma anche di evitare di fare rientrare grandezze non coerenti con la dimensione che si intende analizzare e, di conseguenza, di deviare il processo di valutazione.

Lo schema di riclassificazione che si propone rappresenta quindi il risultato di un notevole sforzo di identificazione della natura delle diverse voci di bilancio analiticamente ricostruite a livello ministeriale, al fine di individuare correttamente in quale grandezza vadano inserite.

Se nel paragrafo successivo si procederà quindi ad illustrare i ragionamenti che hanno condotto alla soluzione presentata nella tavola 1, si vuole qui sottolineare la capacità di sintesi dello schema proposto: infatti le grandezze intermedie individuate, sono ottenute dalla somma o dalla differenza di voci altamente aggregate, ma rispetto alle quali, attraverso i rispettivi codici che fanno riferimento al nuovo schema ministeriale, è

possibile individuare le singole voci che le compongono.

Peraltro il processo di unificazione condotto e presentato nel successivo paragrafo consente, da un lato, di costruire un documento semplice e snello, dall'altro di evidenziare le quantità rilevanti per un giudizio sulla efficienza economica della gestione, ma che ben si prestano, in connessione ad altre informazioni e strumenti, ad agevolare l'esame e l'interpretazione anche in chiave finanziaria dei fatti gestionali.

Ciò permette di ovviare al rischio di disporre di dati ridondanti e scarsamente significativi, fonte di confusione per i possibili utilizzatori e di spostare l'attenzione su grandezze intermedie che evidenziano direttamente le condizioni di svolgimento dell'attività di produzione e erogazione.

3. Lo schema di riclassificazione proposto e il collegamento con il «Progetto Mattoni SSN»

Il punto di partenza del modello proposto è rappresentato dal *valore della produzione (P)*, determinato sommando algebricamente le diverse tipologie di ricavi legati all'erogazione di prestazioni sanitarie (attività caratteristica) (A.2.A)⁵ e non sanitarie (A.2.B).

La sua rilevanza risiede, come detto, nella capacità di sintetizzare l'intensità del fenomeno produttivo globalmente considerato.

Nello spirito della riclassificazione è opportuno fornire separata evidenza ai proventi derivanti da pazienti extra regione (A.2.A.1.3), che consentono di dare rilievo alla capacità di attrazione dell'azienda o più in generale del sistema ospedaliero regionale, così come ai ricavi per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati (A.2.A.3) e in regime di intramoenia (A.2.A.3), e alla compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (A.4), in quanto non essendo, ad oggi, soggetti ad eventuali meccanismi di tetto, presentano potenziali di espansione più rilevanti.

Nel valore della produzione non trovano invece rappresentazione i contributi in conto esercizio (A.1), né i costi capitalizzati (A.5), non direttamente legati all'erogazione di prestazioni. Ciò consente di distinguere tra le due modalità fondamentali di entrata per le aziende oggetto di analisi: l'erogazione

di prestazioni diretta a soggetti pubblici e privati (nel caso in cui siano presenti finanziamenti a tariffa per prestazione o nel caso in cui le aziende sviluppino attività commerciale, ossia operino in regime di attività a pagamento diretto) e i contributi in conto esercizio (maggiormente discrezionali in termini di scelte delle singole Regioni e spesso utilizzati per correggere potenziali effetti distorsivi derivanti dalla semplice introduzione di meccanismi automatici, che trovano giustificazione dalla necessità di garantire un passaggio graduale verso i nuovi criteri di finanziamento, sostenendo le aziende con difficoltà «contingenti» nel conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario) (Jommi, 2001; Bergamaschi, 2008).

Si tratta, in sintesi, di definire esclusivamente gli ambiti da considerarsi sotto il controllo e quindi la responsabilità dell'azienda stessa⁶, motivo per cui da tale aggregato vengono esclusi quei valori, quali ad esempio i contributi in c/esercizio, che non possono essere considerati diretta espressione delle scelte definite autonomamente dal management.

Contributi in conto esercizio e costi capitalizzati vengono quindi aggiunti al fine di determinare la *produzione lorda (PL)*.

Gli aggregati successivi raggruppano i costi di natura monetaria con economie esterne (costi operativi, legati all'acquisizione di fattori produttivi di natura corrente, legati alla gestione caratteristica economica, eventualmente rettificati da eventuali recuperi e rimborsi per attività tipiche) (Sforza, 2005).

Più specificatamente:

- i costi di acquisto di beni e servizi (i primi al netto di eventuali rimanenze) (B.1 + B.2 +/- B.14);
- i costi legati alla manutenzione ordinaria externalizzata (B.3);
- i costi relativi al godimento beni di terzi e ad oneri diversi di gestione (B.4 + B.9 escluso B.9.C);
- il godimento di beni di terzi (B.4),

il tutto corretto da eventuali rimborsi e recuperi legati ad attività tipiche (A.3).

Si arriva così ad individuare il primo valore intermedio di particolare rilievo: il *valore aggiunto (VA)* che misura la capacità dell'azienda di creare ricchezza attraverso

la realizzazione del processo produttivo, per poterla poi distribuire tra i fattori che hanno preso parte al processo stesso. In altri termini esso si configura come la misura dell'incremento di valore che si verifica nell'ambito della produzione e distribuzione di beni e servizi grazie all'intervento dei fattori produttivi.

Evidenziando in sintesi se le risorse immesse (*input*) vengono perlomeno recuperate (qualora VA sia minore di zero non si recuperano gli input fisici), si può dire che esso rappresenta una misura dell'incremento lordo del valore risultante dell'attività economica ed, in sintesi, un parametro sintomatico, in prima approssimazione, della capacità dell'azienda di creare ricchezza attraverso l'acquisizione all'esterno di fattori produttivi e la loro trasformazione in servizi sanitari.

Il *Margine operativo lordo (Mol)*, calcolato sottraendo il costo del lavoro (B.5, B.6, B.7, B.8) dal valore aggiunto, rappresentativo dei cosiddetti costi interni, relativi ai fattori strutturali dell'azienda e che costituiscono un *prius* rispetto alla produzione, in quanto si presuppongono già disponibili al momento dell'inizio del ciclo produttivo (Sforza, 2005), rileva invece la quantità di ricchezza prodotta dall'azienda dopo avere remunerato il fattore produttivo personale ed è espressione della capacità di remunerare sia il capitale immobilizzato (attraverso la copertura degli ammortamenti) che quello legato a componenti straordinarie e finanziarie (attraverso la copertura degli oneri finanziari). Il Mol viene quindi definito come il risultato della differenza tra il valore della produzione lorda e l'insieme di quei costi, legati al tipico ciclo di produzione, che si traducono in effettivi movimenti monetari.

Proprio in quanto non influenzato da quantità stimate quali ammortamenti e accantonamenti, esso rappresenta l'indicatore della redditività operativa aziendale in assoluto più oggettivo.

Esso possiede, quindi, delle proprietà di indubbia portata che ne fanno un parametro indispensabile nelle analisi di efficienza economica, in particolare:

- rappresenta una configurazione del risultato della gestione corrente, vale a dire connessa alle operazioni di acquisto-produzione e erogazione, quasi del tutto esente

dalle cosiddette politiche di bilancio. Il che trova riscontro, nel nostro schema, nell'introduzione di tutte le poste discrezionali (in particolare le quote di ammortamento) solo ad uno stadio successivo, più precisamente in sede di determinazione del risultato operativo, che rappresenta la grandezza espressiva del risultato della gestione operativa propriamente detta. Tale esclusione permette di ottenere una grandezza asettica, che risulta essere la più indicata per quantificare l'effettiva ricchezza prodotta e detenuta dall'azienda, dopo la remunerazione monetaria di tutti i fattori coinvolti nel ciclo di produzione, ma prima ancora di essere influenzata dalle implicazioni della gestione straordinaria e di quella finanziaria e degli obblighi tributari;

- è assimilabile al flusso di circolante generato dalla gestione corrente e rappresenta una grandezza di collegamento tra analisi economiche e analisi di natura più prettamente finanziaria.

Come sopra richiamato, i successivi aggregati comprendono i costi per ammortamenti (B.10, B.11, B.12), svalutazione crediti (B.13) ed accantonamenti tipici dell'esercizio (B.15).

Si viene, così, a definire il *risultato operativo (Ro)*, a cui vengono detratte le componenti della gestione finanziaria (interessi attivi e altri proventi: C.1 e C.2; interessi passivi e altri oneri. C.3 e C.4; altri oneri diversi di gestione: B.9.C) al fine di individuare il *risultato prima delle imposte e delle componenti straordinarie* non legate alla gestione caratteristica (proventi e oneri straordinari: D e E; fitti attivi e altri proventi: A.2.C) e che consente, una volta detratte tasse e imposte (Y), di determinare il *risultato netto (RN)*.

Il risultato operativo rappresenta il risultato dell'attività tipica dell'azienda sanitaria, ossia l'utile operativo relativo alla gestione sanitaria. Individua la capacità della gestione di contenere i costi dell'attività tipica entro i limiti delle risorse disponibili (produzione lorda).

Il conto economico riclassificato offre un ventaglio più esauriente di informazioni se, accanto alle grandezze in valore assoluto, vengono riesposte le stesse voci in termini di incidenza percentuale sul valore della produzione e della produzione lorda. In tal modo si è in grado di visualizzare più efficacemente

la dinamica fatta registrare dalle differenti componenti di ricavo e, soprattutto, di costo. Più precisamente, qualora tale analisi sia effettuata su più archi temporali, ne deriva una rappresentazione sistematica dell'evoluzione della struttura dei costi aziendali e delle due principali grandezze intermedie (Va e Mol) segnaletiche del grado di efficienza raggiunto dalla gestione.

In particolare la riclassificazione proposta consente di individuare i seguenti indici:

– *Va/produzione lorda*

Si tratta di un indicatore di efficienza generale della gestione, dal momento che sintetizza l'impatto dei mutamenti nella produttività fisica dei fattori, nonché l'eventuale differente dinamica dei costi sostenuti per l'acquisizione dei fattori produttivi. L'attendibilità di tali informazioni è subordinata al fatto che, nel periodo considerato, non si siano verificati significativi cambiamenti nel *case mix*.

Tale indice rappresenta dunque un buon indicatore del *mix* di servizi erogati, nonché delle ragioni di scambio aziendale e di valutazione del livello di integrazione verticale delle aziende. In questo caso, quindi, aziende ad alta specializzazione, orientate su un *mix* di prestazioni a più elevato valore economico potrebbero essere caratterizzate da un potenziale più alto.

Ancora più rappresentativo, per le ragioni sopra esposte sembra essere il:

– *Va/produzione*

In proposito, infatti, occorre ricordare che i proventi in *c/esercizio*, così come i costi capitalizzati non rappresentano un valore riconosciuto, attraverso il meccanismo di quasi mercato, alla produzione delle diverse aziende, ma un valore assegnato dal sistema regionale come forfait complessivo a fronte dell'attività svolta o meglio delle risorse consumate.

– *Mol/produzione lorda*

Il quoziente in esame, per il significato del parametro al numeratore, offre una dimensione della profittabilità lorda aziendale, generata dalla contrapposizione tra componenti positive di reddito e costi che sottendono effettivi movimenti monetari (acquisto di beni e servizi; corresponsione di salari e stipendi), strettamente inerenti alla realizzazione delle stesse componenti positive.

– *Costo personale/PL*

– *Costo di beni /PL*

– *Costo di servizi sanitari/PL*

– *Costo di servizi non sanitari/PL*

Tali indici forniscono una chiara fotografia della dinamica delle differenti componenti di costo e indirettamente del loro livello di governabilità da parte dell'azienda.

In particolare il costo dei beni sanitari/PL fornisce anche informazioni utili a individuare il livello di integrazione verticale delle aziende.

– *Reddito operativo/PL*

Tale indice esprime nell'azienda sanitaria la capacità di contenere i costi entro i limiti dei contributi tariffari connessi all'attività erogata, eventualmente integrati dai contributi in *c/esercizio*.

Il quadro degli indici proposto può essere ulteriormente arricchito da *indici di composizione del valore della produzione*, con l'obiettivo di mettere in evidenza quali componenti positivi di reddito influiscano maggiormente sulla composizione dell'aggregato valore della produzione.

In questo senso appare utile scomporre la produzione in proventi determinati da tariffe, proventi determinati da prezzi (è peraltro questa un'attività che risulta spesso marginale nelle aziende sanitarie pubbliche), trasferimenti da parte di altri enti o comunque non direttamente correlati ai livelli di produzione.

Questa distinzione consente di comprendere le modalità con cui viene finanziata un'azienda sanitaria, nonché il grado di rischio legato al fatturato.

Dal punto di vista dell'autonomia risulta evidente che il livello dei trasferimenti riduce il grado di autonomia dell'azienda, soprattutto nel caso di finalizzazione degli stessi o di predeterminazione delle loro modalità operative di utilizzazione.

Per quanto riguarda le conseguenze sull'economia delle aziende sanitarie è inoltre rilevante sottolineare come i trasferimenti siano strutturalmente deresponsabilizzanti (si rimanda in questo ai risultati emersi dall'analisi presentata nel § 4) sotto il profilo dell'equilibrio economico finanziario. Tale tendenza risulta inoltre particolarmente accentuata laddove si utilizzino, quali criteri di riparto, riferimenti legati alla spesa storica.

La deresponsabilizzazione delle aziende assume inoltre rilievo anche rispetto all'efficienza dei servizi; in realtà verrebbero meno, infatti, molti possibili stimoli alla ricerca delle migliori combinazioni tecnico-produttive e economiche nella gestione dei servizi.

La determinazione di indici basati sui valori di bilancio assolve, in sintesi, a due principali funzioni (Battaglia, Zavattaro, 1997):

- fornire una più immediata rappresentazione di alcune grandezze rilevanti al fine di valutare le performance economiche e finanziarie anche in chiave prospettica;
- favorire la comparazione tra realtà aziendali simili o tra contesti regionali differenti.

4. La valutazione delle performance economiche: un confronto a livello nazionale

Il modello di riclassificazione proposto nel § 3 è stato applicato alle aziende pubbliche di erogazione di servizi sanitari che sono finanziate prevalentemente a tariffa per prestazione, vale a dire:

- Aziende ospedaliere;
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici;

- Aziende ospedaliere universitarie (Poli-clinici universitari).

Nello specifico sono stati analizzati i dati bilancio di 126 aziende, presenti su 16 Regioni differenti (**tabella 1**). Preme sottolineare che le aziende oggetto di analisi non coprono la totalità della produzione sul territorio, essendo esclusi dall'analisi i presidi gestiti direttamente dalle Asl e le strutture private accreditate.

Per l'indagine si è fatto riferimento, come già richiamato, ai valori di conto economico per l'esercizio 2006, come raccolti, rettificati e consolidati dal Ministero della salute attraverso il modello CE. I dati sono stati forniti dal Ministero stesso nell'aprile 2008.

Dall'analisi dei risultati delle aziende (si veda **tabella 2**), aggregati a livello regionale emerge come, a parte Friuli-Venezia Giulia e Umbria, tutte le Regioni presentino un risultato negativo e che 4 Regioni (Lazio, Marche, Puglia e Veneto) facciano registrare già dati di Mol negativo.

Tuttavia, i valori in termini assoluti non consentono di effettuare efficaci valutazioni comparative: a tal fine, nelle pagine seguenti, tutti i dati sono stati rideterminati come valore percentuale della produzione lorda.

Tabella 1

Relazione tra le quattro leve di controllo e la strategia

Fonte: nostro adattamento da Simons (1995)

	Aziende ospedaliere	Ircs pubblici	Aziende ospedaliere universitarie	Totale strutture
Basilicata	1	1		2
Calabria	4	1		5
Campania	8	1	2	11
Emilia-Romagna	5	1		6
Friuli-Venezia Giulia	3	2		5
Lazio	4	2	4	10
Liguria	3	2		5
Lombardia	29	5		34
Marche	2	1		3
Piemonte	8			8
Puglia	2	2		4
Sardegna	1	1	2	4
Sicilia	17		3	20
Toscana	4			4
Umbria	2			2
Veneto	2	1		3
Totale Italia	95	20	11	126

	Produzione	Produzione lorda	Valore aggiunto	Margine operativo lordo	Reddito operativo	Risultato prima delle imposte e delle componenti straordinarie	Risultato netto
Basilicata	158.271	211.043	116.599	17.175	6.865	6.836	- 1.058
Calabria	17.505	498.057	326.912	11.770	- 10.455	- 13.351	- 38.146
Campania	118.126	1.644.767	985.875	25.482	- 51.955	- 60.959	- 133.551
Emilia-Romagna	1.368.907	1.541.317	796.804	28.320	- 60.083	- 69.780	- 99.554
Friuli-Venezia Giulia	421.057	641.890	401.304	78.073	20.496	20.416	59
Lazio	1.295.396	1.667.257	587.463	- 438.582	- 556.248	- 566.041	- 657.458
Liguria	592.290	817.685	482.480	30.103	- 7.852	- 12.122	- 37.249
Lombardia	5.242.080	7.362.196	4.541.842	594.774	219.397	200.560	- 120
Marche	386.164	434.670	218.842	- 23.538	- 55.985	- 58.280	- 76.076
Piemonte	1.326.030	1.861.306	1.048.335	99.178	26.222	20.145	- 35.264
Puglia	488.039	597.829	301.991	- 43.055	- 72.697	- 74.509	- 70.586
Sardegna	33.531	197.775	113.529	8.935	- 648	- 1.218	- 11.976
Sicilia	70.584	2.222.300	1.399.084	15.852	- 113.249	- 124.293	- 251.198
Toscana	991.112	1.318.965	709.302	74.852	5.396	2.631	- 33.991
Umbria	367.454	415.807	244.547	34.078	11.211	9.636	29
Veneto	760.045	877.657	422.757	- 22.194	- 73.955	- 80.193	- 90.545

Considerando il dato aggregato di tutte le aziende analizzate, emerge come il valore aggiunto sia poco più della metà della produzione lorda e come il Margine operativo lordo sia una percentuale minima della stessa, mentre il Reddito operativo si presenta come una grandezza inferiore allo zero (si veda **tabella 3**).

I dati appena commentati derivano da situazioni regionali estremamente differenti (si veda **tabella 4**) che richiedono di effettuare una serie di considerazioni.

In primo luogo, emergono scelte differenti sui metodi di finanziamento delle aziende utilizzati dalle varie Regioni: per loro natura, Ao, Irccs e Aou dovrebbero essere, per la maggior parte, finanziati attraverso la corre-

sione di tariffe a fronte delle prestazioni effettuate. Questo non vale per tutte le Regioni e, soprattutto, per quelle meridionali (Sicilia, Calabria e Campania) che fanno registrare un valore della Produzione, in percentuale della Produzione Lorda, molto basso e largamente inferiore al 10% e che continuano a finanziare le aziende prevalentemente attraverso contributi in conto esercizio.

Dal punto di vista dei due principali quozienti economici (Va/PL e Mol/PL) è possibile effettuare le seguenti valutazioni:

– il Valore aggiunto è in quasi tutte le Regioni superiore al 50% della Produzione lorda, ma la Regione Lazio (caratterizzata da un precario equilibrio economico finan-

Tabella 2

La riclassificazione di bilancio di Ao, Irccs pubblici e Aou: dati regionali (valori assoluti in migliaia di euro, 2006)

Fonte: elaborazioni su dati Ministero della salute

	Totale	% produzione lorda
Produzione	13.636.591	61,1
Produzione lorda	22.310.521	100,0
Valore aggiunto	12.697.666	56,9
Margine operative lordo	491.223	2,2
Reddito operative	- 713.540	- 3,2
Risultato prima delle imposte e delle componenti straordinarie	- 800.522	- 3,6
Risultato netto	- 1.536.684	- 6,9

Tabella 3

La riclassificazione di bilancio di Ao, Irccs pubblici e Aou: sintesi Italia (valori assoluti in migliaia di euro e valori % della Produzione lorda, 2006)

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute

	Produzione	Produzione lorda	Valore aggiunto	Margine operativo lordo	Reddito operativo	Risultato prima delle imposte e delle componenti straordinarie	Risultato netto
Basilicata	75,0	100,0	55,2	8,1	3,3	3,2	- 0,5
Calabria	3,5	100,0	65,6	2,4	- 2,1	- 2,7	- 7,7
Campania	7,2	100,0	59,9	1,5	- 3,2	- 3,7	
Emilia-Romagna	88,8	100,0	51,7	1,8	- 3,9	- 4,5	- 6,5
Friuli-Venezia Giulia	65,6	100,0	62,5	12,2	3,2	3,2	0,0
Lazio	77,7	100,0	35,2	- 26,3	- 33,4	- 34,0	- 39,4
Liguria	72,4	100,0	59,0	3,7	- 1,0	- 1,5	- 4,6
Lombardia	71,2	100,0	61,7	8,1	3,0	2,7	0,0
Marche	88,8	100,0	50,3	- 5,4	- 12,9	- 13,4	- 17,5
Piemonte	71,2	100,0	56,3	5,3	1,4	1,1	- 1,9
Puglia	81,6	100,0	50,5	- 7,2	- 12,2	- 12,5	- 11,8
Sardegna	17,0	100,0	57,4	4,5	- 0,3	- 0,6	- 6,1
Sicilia	3,2	100,0	63,0	0,7	- 5,1	- 5,6	- 11,3
Toscana	75,1	100,0	53,8	5,7	0,4	0,2	- 2,6
Umbria	88,4	100,0	58,8	8,2	2,7	2,3	0,0
Veneto	86,6	100,0	48,2	- 2,5	- 8,4	- 9,1	- 10,3

Tabella 4

La riclassificazione di bilancio di Ao, Aou e Irccs pubblici: dati regionali (valori % della Produzione lorda, 2006)

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute

ziario in termini di gestione della sanità) presenta un valore decisamente basso, appena superiore al 35%. Al contrario è la Regione Calabria a far registrare il valore più elevato (65,6%);

– il Margine operativo lordo tende ad assumere in tutte le Regioni valori davvero limitati, inferiori al 10% della Produzione lorda (ad eccezione del Friuli-Venezia Giulia), se non negativi, fino a raggiungere -26,3% nel caso della Regione Lazio.

Come già evidenziato in precedenza, il risultato netto è negativo in tutte le Regioni, ad eccezione del Friuli-Venezia Giulia, rispetto alla quale non è possibile tuttavia esprimere valutazioni omogenee rispetto al quadro delle altre Regioni, dal momento che la stessa si configura come Regione a statuto speciale ed è quindi caratterizzata da regole differenti in termini di finanziamento del servizio sanitario regionale e raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario correlato.

L'estrema variabilità interregionale è apprezzabile attraverso l'analisi di alcuni elementari indicatori statistici (si veda **tabella 5**), che mostrano come gli intervalli di variazione dei differenti quozienti proposti sia no-

tevole, anche laddove la deviazione standard non si presenta particolarmente elevata. Per l'elaborazione dei dati non si è fatto riferimento alle medie, in quanto molto sensibili ad eventuali *outlier*, ma si è fatto ricorso alle mediane che rispetto alla presenza di possibili *outlier* presentano maggiori gradi di attendibilità (Mosteller, Tukey, 1977).

Infine, si propone un ulteriore indice di Produttività, ovvero l'incidenza del Valore aggiunto, in termini percentuali, sulla Produzione.

Il rapporto esprime la capacità del processo produttivo di creare valore aggiunto, ed è evidentemente dipendente dai costi di produzione e dal valore dei ricavi. Nella teoria economico-aziendale, valori inferiori all'unità rappresentano un allarme importante in quanto dimostrano l'incapacità dell'azienda di coprire, con quanto ricavato dai prodotti e servizi ceduti, perfino i costi di produzione. Tale indicatore, nel caso delle aziende sanitarie pubbliche, risente, evidentemente, delle scelte di finanziamento definite a livello delle singole Regioni e va letto in abbinamento al peso percentuale della Produzione in termini di Produzione lorda.

Da questo punto di vista, realtà caratterizzate da un'incidenza elevata della Pro-

	Minimo	Massimo	Mediana	Deviazione standard
Produzione	3,2	88,8	73,7	0,326
Produzione lorda	100,0	100,0	100,0	0,000
Valore aggiunto	35,2	65,6	56,9	0,074
Margine operative lordo	- 26,3	12,2	3,0	0,090
Reddito operative	- 33,4	3,3	- 1,5	0,093
Risultato prima delle imposte e delle componenti straordinarie	- 34,0	3,2	- 2,1	0,094
Risultato netto	- 39,4	0,0	- 6,3	0,098

Tabella 5
La riclassificazione di bilancio di Ao, Aou e Irccs pubblici: indicatori statistici (calcolati sui valori % della Produzione lorda, 2006)
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute

duzione sulla Produzione lorda e caratterizzate da un rapporto tra Valore aggiunto e Produzione inferiore all'unità possono essere classificate come realtà fortemente critiche in termini di stabilità economica (si veda **tabella 6**).

5. La valutazione delle performance economiche: un confronto dei costi di acquisto di beni e servizi e del personale

Nelle pagine seguenti vengono indagate le performance regionali in riferimento ai costi sostenuti per i due principali fattori della produzione, vale a dire l'acquisto di beni e servizi e il personale. L'analisi proposta consente al management aziendale di individuare spazi di razionalizzazione gestionale e di porre in essere azioni di miglioramento.

La **tabella 7** mostra le 3 principali voci che, sottratte alla Produzione lorda, consentono di determinare il valore aggiunto, ossia: acquisto di beni, acquisto di servizi sanitari e acquisto di servizi non sanitari. Complessivamente essi rappresentano, rispettivamente, il 24%, il 6,1% e l'8,9% della Produzione lorda, ma, anche questa volta (si veda la **tabella 8**), la variabilità tra le Regioni è elevata:

– l'acquisto di beni varia da una percentuale del 18,6% (Lombardia) ad una del 30,9% (Puglia), anche se la maggior parte delle Regioni fa registrare valori compresi tra il 20% e il 25%;

– l'acquisto di servizi sanitari pesa sulla Produzione lorda da un minimo del 2,4% (Umbria) a un massimo del 12,3% (Lazio), definendo un valore mediano pari a circa il 5%;

– l'acquisto di servizi non sanitari assume un valore variabile tra il 4,8% della Sardegna e il 16% del Lazio, mentre la maggior parte delle Regioni presentano valori compresi tra l'8% e il 10%.

Complessivamente (tabella 8) le tre voci descritte pesano da un minimo del 31% della Produzione lorda (Sicilia) a un massimo del 56,6% (Lazio), un aspetto quest'ultimo che differenzia pesantemente la Regione Lazio dalle altre Regioni interessate dai piani di rientro e che sono state analizzate nel presente articolo (Piemonte, Liguria, Calabria, Campania e Sicilia), caratterizzate da valori complessivi di acquisto di beni e servizi relativamente bassi.

Tabella 6
La riclassificazione di bilancio di Ao, Aou e Irccs pubblici: Valore aggiunto/Produzione (2006)
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute

Regioni	Valore aggiunto/ produzione
Basilicata	0,74
Calabria	18,68
Campania	8,35
Emilia-Romagna	0,58
Friuli-Venezia Giulia	0,95
Lazio	0,45
Liguria	0,81
Lombardia	0,87
Marche	0,57
Piemonte	0,79
Puglia	0,62
Sardegna	3,39
Sicilia	19,82
Toscana	0,72
Umbria	0,67
Veneto	0,56
Totale Italia	0,93

	Acquisto di beni	Acquisto di servizi sanitari	Acquisto di servizi non sanitari
Basilicata	25,5	5,4	8,3
Calabria	21,4	2,6	8,1
Campania	19,5	4,5	10,3
Emilia-Romagna	23,8	8,6	10,6
Friuli-Venezia Giulia	19,4	3,8	9,5
Lazio	28,3	12,3	16,0
Liguria	19,3	4,8	9,7
Lombardia	18,6	8,0	7,6
Marche	30,1	4,4	7,6
Piemonte	23,3	7,6	6,4
Puglia	30,9	3,3	10,1
Sardegna	25,1	8,2	4,8
Sicilia	21,1	3,3	6,7
Toscana	25,4	9,7	6,8
Umbria	24,1	2,4	8,4
Veneto	28,2	8,3	11,2
Totale Italia	24,0	6,1	8,9

Tabella 7

L'incidenza di acquisto di beni e servizi sanitari e non sanitari (valori % della Produzione lorda, 2006)

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute

Passando ad analizzare il costo del personale (**tabella 9**) è possibile evidenziare come complessivamente esso rappresenti ben il 54,7% della Produzione lorda: la voce ad incidenza più elevata è quella relativa al personale sanitario (44%,7), seguita da quella del personale tecnico (6,3%) e amministrativo (3,5%). Quasi nullo risulta, invece, il peso del personale appartenente al ruolo professionale (incidenza massima 0,5% nella Regione Lazio).

Anche in questo caso (**tabella 10**), la variabilità tra le Regioni è elevata:

- il personale del ruolo sanitario varia da una percentuale del 39,5% (Piemonte) ad una del 53,2% (Calabria), anche se la maggior parte delle Regioni fa registrare valori compresi tra il 40% e il 45%;

- il personale del ruolo tecnico pesa sulla Produzione lorda da un minimo del 4,3% (Basilicata) a un massimo del 7,9% (Lombardia), definendo un valore mediano pari a circa il 6%;

- il personale del ruolo amministrativo assume un valore variabile tra il 2% della Basilicata e il 5,1% della Calabria, mentre la maggior parte delle Regioni presentano valori compresi vicini al 3%.

Complessivamente inteso il costo del personale pesa da un minimo del 47,1 della Produzione lorda (Basilicata) a un massimo del 63,3 (Calabria).

In quest'ultimo caso si rileva, al contrario, un quadro sostanzialmente omogeneo delle Regioni interessate dai piani di rientro, che presentano, ad eccezione della Regione Piemonte (51) valori del costo del personale sempre molto elevati e compresi tra il 58,7 della Campania e il 63,3 della Calabria, il che rende particolarmente complesso agire con manovre di riequilibrio economico-finanziario dal momento che il personale configura, nel caso delle aziende pubbliche, un costo quasi fisso e difficile da ridimensionare nel breve periodo.

6. Conclusioni

L'analisi sviluppata delle performance economiche e della dinamica dei costi in una prospettiva comparata, si presta ad una serie di considerazioni di carattere generale, utili sotto diversi punti di vista, circa la valutazione dell'efficacia dell'utilizzo del modello di riclassificazione proposto.

In premessa è necessario chiarire che non era obiettivo del lavoro quello di esprimere valutazioni oggettive e razionali sui livelli di efficienza dei diversi sistemi regionali o delle diverse aziende al loro interno, ma di valutare l'adeguatezza del modello proposto al fine di fornire informazioni utili sia al management interno che a destinatari esterni, quali, *in primis*, la stessa Regione e eventuali terzi interessati a mettere in atto un processo di valutazione d'azienda.

Ciò anche a fronte della consapevolezza che i valori individuati hanno un livello di attendibilità che andrebbe opportunamente verificato, in quanto i dati contabili prodotti presso il Ministero della salute, pur essendo dati ufficiali, sono frutto di sistemi contabili non sempre omogenei (Anessi Pessina e Caccia, 2000). Inoltre, sebbene siano stati definiti appositi schemi di stato patrimoniale e di conto economico a livello centrale, la possibilità lasciata alle Regioni di definire schemi di bilancio parzialmente differenti, rende certamente più complessa l'opera di consolidamento dei risultati e di confronto tra ambiti regionali differenti. Nonostante ciò la struttura dei bilanci definita a livello

	Minimo	Massimo	Mediana	Deviazione standard
Acquisto di beni	18,6	30,9	23,9	0,040
Acquisto di servizi sanitari	2,4	12,3	5,1	0,029
Acquisto di servizi non sanitari	4,8	16,0	8,3	0,026

Tabella 8

L'incidenza di acquisto di beni e servizi sanitari e non sanitari: indicatori statistici (calcolati sui valori % della Produzione lorda, 2006)

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute

	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Totale
Basilicata	40,8	0,1	4,3	2,0	47,1
Calabria	53,2	0,2	4,8	5,1	63,3
Campania	48,1	0,1	5,8	4,3	58,4
Emilia-Romagna	39,8	0,3	6,8	3,0	49,9
Friuli-Venezia Giulia	39,5	0,2	7,5	3,2	50,4
Lazio	49,4	0,5	7,3	4,3	61,5
Liguria	45,4	0,2	6,3	3,4	55,3
Lombardia	42,0	0,2	7,9	3,6	53,6
Marche	46,8	0,1	6,1	2,7	55,8
Piemonte	39,5	0,2	7,2	4,1	51,0
Puglia	47,7	0,2	6,2	3,7	57,7
Sardegna	44,2	0,1	6,0	2,6	52,9
Sicilia	51,5	0,2	7,0	3,6	62,2
Toscana	39,9	0,1	5,1	2,9	48,1
Umbria	43,0	0,1	5,1	2,4	50,6
Veneto	41,0	0,2	5,8	3,7	50,7
Totale Italia	44,7	0,2	6,3	3,5	54,7

Tabella 9

L'incidenza del costo del personale per tipologie di ruoli (valori % della Produzione lorda, 2006)

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute

	Minimo	Massimo	Mediana	Deviazione standard
Personale ruolo sanitario	39,5	53,2	43,6	0,0451
Personale ruolo professionale	0,1	0,5	0,2	0,0009
Personale ruolo tecnico	4,3	7,9	6,2	0,0103
Personale ruolo amministrativo	2,0	5,1	3,5	0,0082
Totale	47,1	63,3	53,2	0,0512

Tabella 10

L'incidenza del costo del personale per tipologie di ruoli: indicatori statistici (calcolati sui valori % della Produzione lorda, 2006)

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della salute

nazionale e da noi utilizzata nell'applicazione del modello, consente già da oggi, di accogliere nella sua generalità tutte le possibilità lasciate alla discrezionalità regionale ed eventualmente aziendale. Inoltre il progressivo affinamento dei sistemi informatici contabili delle aziende e le linee guida che corredano lo schema di bilancio ministeriale,

renderà nel tempo concettualmente più significativo sviluppare analisi di questo tipo.

La stessa scelta di basare le analisi esclusivamente sui dati di conto economico, seppure coerente con gli obiettivi enunciati, rileva una forma di semplificazione rispetto al processo di valutazione complessivo che richiederebbe, oltre ad un'estensione ad ana-

lisi di solidità patrimoniale, l'allargamento verso parametri multidimensionali, dove accanto alla capacità aziendale di permanere in condizioni di equilibrio a livello reddituale vanno considerate altre variabili altrettanto strategiche ai fini di valutare la capacità dell'azienda di assolvere alle sue finalità istituzionali e di creare valore nei confronti dei diversi *stakeholder* (Bergamaschi, 2008).

Su questo fronte sarebbe dunque necessario, oltre ad estendere l'attenzione dal conto economico allo stato patrimoniale, dalla contabilità generale alla contabilità analitica, dal sistema contabile alla misurazione della performance reale, integrare le analisi con documenti di programmazione economico-finanziaria (*budget*, piani strategici, ecc.) quali ingredienti, a loro volta, essenziali per il processo di valutazione.

Nonostante tale consapevolezza, è tuttavia possibile trarre alcune valutazioni conclusive di sintesi, sia rispetto ai risultati evidenziati che rispetto all'utilità del sistema di analisi proposto.

Con riferimento al primo punto, risulta senz'altro evidente che le specificità che caratterizzano le modalità di funzionamento e di finanziamento delle aziende sanitarie influiscono in maniera rilevante sul sistema di valori economici e ne influenzano i risultati, oltretutto l'interpretazione di eventuali indicatori di analisi economica.

Confrontando i risultati emersi dalla ricerca, appare, infatti, fin da subito evidente come i diversi valori intermedi determinati dal modello di riclassificazione proposto siano strettamente correlati con i meccanismi di finanziamento che regolano i diversi sistemi regionali e, in generale, influenzati dal modello istituzionale di riferimento. In particolare, in un settore come quello sanitario, in cui le dinamiche della domanda e dell'offerta seguono logiche del tutto specifiche, si rileva che l'introduzione di sistemi di competizione e di quasi mercato a fronte di sistemi di finanziamento a tariffa per prestazione comporta rilevanti pressioni sulle aziende in termini di razionalizzazione dei costi.

Esistono, infatti, significative disparità tra Regioni che adottano modelli organizzativi e di finanziamento diversi, in termini di performance economiche, nonché di peso relativo tra le diverse voci di bilancio e in particolare delle diverse classi di fattori produttivi, che

evidenziano una rilevante differenziazione in termini di struttura produttiva interna, non sempre giustificabile dalle dimensioni del fatturato.

Con riferimento al secondo punto, consentire la redazione di bilanci consolidati riclassificati per l'area ospedaliera a livello regionale e di intero sistema pubblico risulta essere di fondamentale importanza.

Sebbene la dottrina aziendale ponga innanzitutto l'attenzione sui risultati economici delle singole aziende, infatti, non mancano riferimenti continui all'insieme di relazioni che legano tra di loro le diverse realtà e che richiedono una visione complessiva del sistema (Anessi Pessina, 2007). Il consolidamento dei bilanci richiede dunque non solo una sufficiente omogeneità dei bilanci da considerare, ma anche un adeguato sistema di indicatori di sintesi che consentano di evidenziare apposite voci per proventi e costi relativi alle diverse tipologie di attività presenti all'interno dell'azienda.

Da questo punto di vista, il modello di riclassificazione e di analisi proposto, ispirandosi ad un principio di semplificazione, rende sicuramente meno costosa la produzione delle informazioni e si presta quindi ad essere agevolmente utilizzabile e di conseguenza di facile applicazione, oltre a permettere di ricondurre l'analisi economica del settore sanitario ad alcuni principi tipici dell'economia aziendale.

In questo senso rappresenta una utile base per valutazioni di efficienza comparata, utili:

- sia al management aziendale, che attraverso la correlazione, seppur con le sopra richiamate precauzioni, di proventi e costi, ottiene indicatori adeguati al fine di valutare il livello di efficienza aziendale nell'utilizzo delle risorse ed esprimere decisioni circa possibili azioni di miglioramento. Attraverso la classificazione proposta, infatti, è possibile misurare l'impiego di risorse, connesso ai processi di produzione e di erogazione e si vengono a determinare indicazioni sull'impatto, in termini di risultati economici, di eventuali scelte adottate dal management;

- che, soprattutto nel caso analizzato di confronto interregionale, ai livelli sovraordinati al fine di individuare adeguate politiche sanitarie e di finanziamento.

Con riferimento invece alla capacità del sistema di riclassificazione presentato di rappresentare un'adeguata base informativa per attivare qualsiasi processo di valutazione economica di un'azienda sanitaria, è senz'altro evidente che l'analisi condotta debba essere ulteriormente dettagliata a livello di singola realtà indagata e di comparazione con *cluster* di aziende simili. Ciò, peraltro, risulta di agevole applicazione a fronte del metodo utilizzato che, come già richiamato, ha come punto di partenza del processo di elaborazione i dati di bilancio delle singole aziende.

Si suggerisce, a tal proposito e anche per uno sviluppo futuro del tema affrontato in questo studio, la definizione di un'analisi *ad hoc*, all'interno di alcune aziende-campione, con caratteristiche omogenee in termini di dimensioni, di specializzazione, di natura prettamente ospedaliera o universitaria.

Tale analisi rappresenta una base fondamentale per costruire un'efficace processo valutativo (Cotta Ramusino, Rinaldi, 2003) e permette di pervenire alla comprensione della dinamica gestionale dell'azienda indagata, dei suoi equilibri e dei suoi risultati e di individuare il profilo aziendale, quale punto di riferimento importante anche ai fini dell'interpretazione e della verifica dei risultati prospettici che la stessa azienda potrà conseguire.

Gli indici individuati, qualora espressi a livello di una singola realtà, rappresentano quindi adeguati strumenti di supporto sia al miglioramento interno delle performance, a fronte degli scostamenti registrati rispetto alla media del *cluster*, che al fine di individuare informazioni circa il livello di redditività, o meglio di performance economica dell'azienda. Inoltre se utilizzato su più anni, fornisce indicazioni utili a rilevare il trend evolutivo e la dinamica dei flussi che rappresentano uno dei principali parametri di riferimento per la valutazione delle aziende. In questo senso, ancora una volta, nasce dunque la necessità di adottare un sistema di analisi contabile orientato al lungo periodo, integrato, laddove possibile, dalle informazioni desumibili dai documenti di pianificazione e controllo strategico.

Inoltre dalla comparazione tra aziende delle diverse tipologie di ricavi (accreditato e non) si evincono informazioni necessarie a comprendere il tasso di rischio/volatilità del-

le performance d'azienda. Infine, associando indicatori più analitici come il fatturato per posti-letto, è possibile recuperare dati utili alla determinazione del tasso di attualizzazione.

In ogni caso, anche senza scendere nel livello di analiticità sopra descritto, Mol e Ro rappresentano fondamentali parametri alla base della costruzione dei multipli di mercato e possono quindi essere utilizzati sia come metodo di controllo di eventuali valutazioni che utilizzano il metodo dei flussi, sia come metodo principale, attraverso il confronto dell'andamento di tali indicatori tra aziende simili⁷.

Note

1. Il progetto «Mattoni SSN» è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 dicembre 2003, con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). In particolare, il Mattone n. 14 ha avuto l'obiettivo di integrare lo schema del modello ministeriale CE e dello SP e fornire gli indirizzi e le modalità di compilazione del nuovo modello. Le linee guida sono il frutto del lavoro svolto dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della sanità con la partecipazione delle Regioni e Province autonome, del Ministero dell'economia e dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.
2. Si ricorda che le tariffe non sono infatti assimilabili al prezzo di mercato in quanto spesso frutto di politiche sanitarie regionali.
3. La banca dati è presente all'interno del sito del Ministero della salute www.ministerosalute.it.
4. Mancano, infatti, le rilevazioni contabili relative alle Asl e alle poste generate direttamente dalla Regione.
5. I codici si riferiscono al sistema adottato dal nuovo schema ministeriale sopra richiamato. Le linee guida sono infatti strutturate, come più volte richiamato, in modo da fornire il codice informatico delle diverse voci, che abbiamo ritenuto utile riportare nella proposta di riclassificazione di seguito presentata.
6. Preme sottolineare ancora una volta che, pur operando un sistema di remunerazione a prestazione, il volume dei ricavi e conseguentemente il valore della produzione non può esprimere il valore creato dalle aziende di erogazione di servizi ospedalieri, poiché le prestazioni erogate non sono valorizzate da prezzi di mercato, determinati dal libero incontro tra domanda e offerta, ma da tariffe definite sulla base di politiche tariffarie. In ogni caso, si ritiene utile utilizzare tale valore per esprimere una adeguata misura dell'attività realizzata, sia pure essa espressa convenzionalmente dalle tariffe definite a livello regionale.
7. Il metodo adottato nei processi di valutazione economica è strettamente influenzato dalle informazioni disponibili, che, nel caso di aziende sanitarie, risultano spesso di difficile reperibilità e interpretazione. Si veda in proposito Bergamaschi, Lecci, 2008.

B I B L I O G R A F I A

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- ANESSI PESSINA E. (2000), «Il sistema di contabilità generale: diffusione e maturità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2000*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E. (2003) «L'informativa esterna di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: quali progressi?», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- ANESSI PESSINA E. (2004), «L'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali nel 2001», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2004*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E. (2007), *L'evoluzione dei sistemi contabili pubblici. Aspetti critici nella prospettiva aziendale*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., CACCIA C. (2000), «Il disallineamento tra documenti contabili, struttura organizzativa e sistemi di gestione negli enti locali», in F. Pezzani, E. Caperchione (a cura di), *Responsabilità e trasparenza nella gestione dell'ente locale*, Egea, Milano.
- BATTAGLIA G., ZAVATTARO F. (1997), «L'introduzione della contabilità economico-patrimoniale: quali strumenti operativi per l'interpretazione dei valori economici», *Mecosan*, 21, pp. 9-20.
- BERGAMASCHI M. (2008), *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, Mc Graw-Hill, Milano.
- BERGAMASCHI M., LECCI F. (2008), «La costruzione della base informativa per la determinazione del valore economico delle aziende sanitarie», *Azienda Pubblica*, 2-3.
- BORGONOVÌ E. (1996), «Introduzione: le forme di integrazione dei servizi ospedalieri», in M. Meneguzzo (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOVÌ E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BROADBENT J., LAUGHLIN R., READ S. (1991), «Recent financial and administrative changes in the NHS: a critical theory analysis», *Critical Perspectives on Accounting*, Vol. 2, 1, pp. 1-29.
- CINQUINI L., NUTI S., BOCCACCIO A., VAINIERI M. (2005), «Il confronto di performance economico-finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Toscana», *Mecosan*, 54, pp. 109-130.
- COTTA RAMUSINO E., RINALDI L. (2003), *La valutazione d'azienda*, Il sole 24 ore, Milano.
- FARNETI G. (1995), «Introduzione all'economia dell'azienda pubblica», Giappichelli, Torino.
- JOMMI C. (2001), «I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- MOSTELLER F., TUKEY J. (1977), *Data Analysis and Regression*, Addison-Wesley.
- RENOLDI A. (1984), *Elementi di Pianificazione e Controllo finanziario nelle imprese industriali*, Giuffrè, Varese.
- RENOLDI A. (1988), *La competitività nell'oligopolio internazionale*, Egea, Milano.
- SFORZA V. (2002), «Alcune riflessioni sulla riclassificazione dello stato patrimoniale e del conto economico delle aziende sanitarie pubbliche ai fini dell'analisi di bilancio», in L. Anselmi, M. Saita (a cura di), *La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie*, Il Sole24Ore, Milano.
- VALOTTI G. (2000), *La riforma delle autonomie locali: dal sistema all'azienda*, Egea, Milano.
- VALOTTI G. (2005), *Management pubblico. Temi per il cambiamento*, Egea, Milano.

I Piani regionali di rientro. Analisi dinamica sistemica

GLORIA FIORANI, MARCO MENEGUZZO

The article presents an innovative technique and method in order to define, implement and evaluate decision makers' policies in regional Italian sanitarian context: the System Dynamics approach. It may help regional and political decision makers since the output of systems to stimulations from the outside – that is, policies application from decision-makers – is more than often subject to intrinsic delays due to the underlying structure of the system: the so called «policy resistance» phenomenon may arise, thus meaning a failure of such policies or changing actions even in presence of the strongest commitment towards change. The article analyses the recent sanitarian regional policies directed to solve the structural debt by using System dynamics approach.

Keywords: Piani di rientro, regional deficit, regional debt, System Dynamics, health policies

Parole chiave: Piani di rientro, disavanzo regionale, debito regionale, System Dynamics, politiche sanitarie

Note sugli autori

Gloria Fiorani e Prof. Marco Meneguzzo, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma «Tor Vergata»

1. Analisi dinamica dei sistemi e valutazione delle politiche sanitarie

Come è noto, diverse Regioni si trovano oggi a dover fronteggiare una situazione di disavanzo strutturale e di debito pregresso maturato sino a fine dicembre 2005 particolarmente consistenti (solo il Lazio ha accertato circa € 10 miliardi di debito al 31.12.2005).

In questo articolo si vuole offrire una chiave di lettura innovativa ai processi in atto in alcune Regioni, finalizzati al risanamento della situazione economico-finanziaria, processi noti come «Piani di rientro».

Elemento caratterizzante del modello interpretativo proposto è a livello metodologico l'utilizzo dell'analisi dinamica dei sistemi (SYSDYN), finalizzato a meglio descrivere le variabili e le dinamiche che hanno portato all'attuale situazione di insostenibilità.

SYSDYN, o analisi della dinamica dei sistemi, le cui principali caratteristiche sono sintetizzate nel **box 1**, ha ritrovato, dopo una fase di stasi seguita all'ampio utilizzo che ne ha caratterizzato l'introduzione verso la fine degli anni '70, una nuova stagione di sviluppo all'interno dei sistemi sanitari, sia a livello macro (valutazione delle diverse opzioni di politica sanitaria, supporto alle scelte strategiche delle aziende e delle organizzazioni sanitarie) che a livello micro (supporto alle scelte di *operation management*, dalla programmazione delle sale operatorie, alla gestione delle code o delle urgenze). Per un quadro di sintesi delle più recenti applicazioni si veda il **box 2**.

L'analisi dinamica dei sistemi può, infatti, arricchire ed integrare i modelli interpretativi, propri dell'approccio economico aziendale, sulla formazione dei disavanzi regionali evidenziando la presenza di difficoltà nella comprensione degli impatti indotti dalle po-

SOMMARIO

1. Analisi dinamica dei sistemi e valutazione delle politiche sanitarie
2. *System dynamics* e Piani di rientro, circoli viziosi e archetipi
3. Piani di rientro a confronto
4. Riflessioni e proposte per garantire fattibilità ed efficacia ai Piani di rientro

Box 1

Elementi di analisi sistemica(*)

Le variabili. La relazione tra due variabili x e y può essere positiva o negativa: è positiva se, a parità di tutte le altre condizioni, all'aumentare (diminuire) di x , y aumenta (diminuisce) al di sopra di quanto sarebbe stato altrimenti oppure x «aggiunge quantità» ad y ; è negativa se, a parità di tutte le altre condizioni, all'aumentare (diminuire) di x , y diminuisce (aumenta) al di sopra di quanto sarebbe stato altrimenti oppure x «toglie quantità» ad y .

I circuiti. Un circuito (di retroazione) può essere definito come una catena di due o più variabili che si influenzano reciprocamente. Contando, all'interno di un circuito di retroazione, il numero di segni « \rightarrow » delle relazioni causali tra variabili è possibile distinguere i circuiti in due categorie, a seconda della loro polarità: *i circuiti a retroazione positivi* (se la somma dei segni « \rightarrow » è pari) e *i circuiti a retroazione negativi* (se la somma dei segni « \rightarrow » è dispari). *I circuiti di retroazione positivi* (nel testo rappresentati con la lettera «R» di «Rinforzo») tendono ad *amplificare* in modo esponenziale eventuali stimoli esterni; *i circuiti di retroazione negativi* (nel testo rappresentati dalla lettera «B» di «Bilanciamento») tendono, invece, ad *attutirli*.

Le strutture sistemiche. Ciascuna variabile compresa in un determinato circuito di retroazione può essere parte di più circuiti di retroazione contemporaneamente; tramite tali variabili, che svolgono un ruolo di connessione tra più circuiti, si formano strutture sistemiche più o meno complesse.

Gli archetipi sistemici. Paradigmi, modelli mentali, schemi di riferimento che possono essere utilizzati per interpretare i fenomeni dinamici che emergono dall'osservazione della realtà. Gli elementi fondamentali di un archetipo sistemico sono: (1) la descrizione di una situazione o di un comportamento problematico; (2) la descrizione del sistema che ha generato il comportamento osservato; (3) un insegnamento o un principio che emerge dall'interpretazione in chiave sistemica del fenomeno osservato.

(*) Per un approfondimento si veda Mollona, 2000.

Box 2

Applicazione di modelli *System Dynamics* in sanità

Da un'analisi sistematica della letteratura scientifica emerge che, nell'ultimo decennio, i modelli SYSDYN sono stati applicati in vari settori sanitari.

Per il settore sanitario, la *system dynamics society* (www.systemdynamics.org) ha fondato uno *special interest group* che si occupa unicamente del tema delle politiche sanitarie.

Vengono di seguito riportate alcune applicazioni in materia di prevenzione della salute/epidemiologia e di gestione di cura ed emergenza:

- ABDEL-HAMID T.K. (2002), «Modeling the dynamics of human energy regulation and its implications for obesity», *Medical Informatics*, Vol. 18, No. 4, (Winter 2002): 431-471;
- DANGERFIELD B.C. (1999), «System dynamics applications to European health care issues», *Journal of the Operational Research Society*, Volume 50, Number 4, pp. 345-353(9) (studi sull'epidemia di AIDS);
- FETT M.J. (2001), «Computer modeling of the Swedish two county trial of mammographic screening and trade offs between participation and screening interval», *J Med Screen*, 8, pp. 39-45;
- HIRSCH G., HOMER J., McDONNELL G., MILSTEIN B. (2005), *Achieving health care reform in the United States: towards a whole system understanding*, 23rd International System Dynamics Conference, Boston, MA;
- HOMER J.B., HIRSCH G.B. (2006), «System dynamics modeling for public health: background and opportunities», *American Journal of Public Health*, 96(3), pp. 452-458 (sulla prevenzione delle malattie);
- LATTIMER V. *et al.* (2004), «Reviewing emergency care systems I: insights from system dynamics modeling», *Emergency Medicine Journal*, 21, pp. 685-691 (sui servizi di assistenza domiciliare e cateterismo cardiaco);
- MENEGUZZO M. *et al.* (2008), Applicazione del system dynamics modeling in sanità alla luce degli impatti generati dalla spesa in ICT e dalle scelte di accentramento di attività;
- ROYSTON G. *et al.* (1999), «Using system dynamics to help develop and implement policies and programmes in health care in England», *System Dynamics Review*, Volume 15, Issue 3, pp. 293-313, Special Issue: Health and Health Care Dynamics;
- TAYLOR K., DANGERFIELD B. (2005), «Modeling the feedback effects of reconfiguring health services», *Journal of the Operational Research Society*, Volume 56, Number 6, June, pp. 659-675(17), (sull'ottimizzazione dei flussi di pazienti nei servizi di cura d'emergenza);
- WOLSTENHOLME E. (2005), «The potential of system dynamics: A new area of strategic planning?», *System Dynamics Review*, Volume 23 Issue 2-3, pp. 205-214, Special Issue: Exploring the Next Great Frontier: System Dynamics at 50;
- WOLSTENHOLME E., MONK D., MCKELVIE D., SMITH G. (2006a), *Influencing and Interpreting Health and Social Care Policy in the UK*, Springer Berlin/Heidelberg;
- WOLSTENHOLME E., REPPER D., TODD D., MONK D., MCKELVIE D. (2006b), «Implementation of a Stepped Care Approach to Depression Services in North West England», www.symmetricds.co.uk.

Regioni	2004	2005	2006	2007
Piemonte	- 662,245	- 6,467	1,339	- 96,119
Valle d'Aosta	23,698	- 12,598	- 17,360	- 14,432
Lombardia	- 30,039	2,031	- 0,293	9,429
Provincia autonoma Bolzano	279,050	28,532	25,039	17,448
Provincia autonoma Trento	179,429	- 2,418	- 15,644	- 1,653
Veneto	2,677	- 116,219	83,243	2,212
Friuli-Venezia Giulia	109,328	26,903	18,788	23,715
Liguria	- 310,471	- 253,288	- 95,593	- 141,500
Emilia-Romagna	- 440,554	- 37,584	- 19,051	12,797
Toscana	- 241,076	- 20,347	- 98,737	95,131
Umbria	- 82,337	1,156	- 54,716	13,201
Marche	- 144,904	- 24,360	- 47,396	24,281
Lazio	- 2.158,588	- 1.940,954	- 1.966,913	- 1.409,657
Abruzzo	- 291,808	- 221,456	- 137,673	- 117,400
Molise	- 89,116	- 146,285	- 68,494	- 62,429
Campania	- 1.323,058	- 1.786,522	- 749,714	- 697,469
Puglia	21,168	- 309,078	- 210,811	- 199,831
Basilicata	- 34,456	- 49,477	2,987	- 13,195
Calabria	- 147,891	- 80,109	- 55,306	- 24,284
Sicilia	- 817,329	- 699,266	- 970,230	- 524,439
Sardegna	- 252,028	- 325,873	- 129,216	- 68,268
Totale	- 6.410,549	- 5.973,679	- 4.505,750	- 3.172,463

Tabella 1

Risultato di esercizio dei
Ssr. Anni 2004-2007
(milioni di euro)

Fonte: Mef (2007), secondo
i risultati del tavolo
di monitoraggio sulla spesa

litiche sanitarie e nella *governance* e controllo dei processi di messa in opera delle stesse politiche.

2. System dynamics e Piani di rientro, circoli viziosi e archetipi

Per meglio capire il valore interpretativo che può essere generato dall'analisi dinamica dei sistemi occorre partire proprio dal nodo critico della presenza di disavanzi regionali consistenti, che hanno dato luogo alle politiche di risposta basate sui Piani di rientro (**tabella 1**).

Nel 2005 Lazio, Campania e Sicilia, con disavanzi rispettivamente pari a 1.941 milioni, 1.787 milioni e 699 milioni di euro, contribuiscono a formare oltre il 70% del disavanzo complessivo.

Come è ben noto, i deficit sono stati coperti dalle Regioni attraverso il ricorso al debito.

A questo proposito preoccupante appare il fenomeno del ritardo nei pagamenti nei confronti dei fornitori (debito di natura commer-

ciale). In alcune Regioni si sono raggiunte cifre elevate con la formazione di ulteriore debito per mora automatica e contenzioso aperto con le imprese creditrici. Oltre l'80% dello scoperto dei fornitori (in totale pari a 22 miliardi di euro) si concentra, a fine 2005, in nove Regioni: Lazio (20%), Lombardia (14%), Campania (23,7%), E. Romagna, Puglia, Toscana, Veneto, Piemonte e Sicilia.

L'importo dei mutui contratti da Ao e Asl risulta, invece, complessivamente esiguo; tale forma di indebitamento è, inoltre, del tutto assente in alcune realtà territoriali (Molise, Puglia, Basilicata).

Altre forme di indebitamento, seppure non rientranti tutte nel debito finanziario, quali debiti verso Regione e Province autonome, enti locali, Aziende sanitarie pubbliche, Arpa, banche tesoriere, Stato per tributi e Istituti di previdenza, ammontano complessivamente a quasi 10 miliardi di euro.

La copertura dei deficit attraverso il ricorso al debito ha, tuttavia, creato le basi per una patologica ingovernabilità della spesa regionale: il consistente debito accumulato,

generando una massiccia spesa per interessi, ha finito per aumentare il disavanzo. La rappresentazione sistemica di questa dinamica (figura 1) evidenzia la contemporanea presenza di due circuiti di retroazione. Il primo è un circuito negativo di bilanciamento (B1) e rappresenta il processo di aggiustamento, consapevolmente messo in atto dalle Regioni, volto a eliminare il sintomo del problema (ricorso al debito per ridurre il disavanzo). In parallelo si è avviato un processo positivo di rinforzo (R1), che rappresenta la conseguenza spontanea ed indesiderata della decisione (crescita degli interessi e, quindi, del disavanzo). Le azioni di bilanciamento, volte a ristabilire l'equilibrio nel sistema, sono riuscite in un primo momento ad attenuare il problema; in un momento successivo, si è determinato un peggioramento della situazione, spingendo le Regioni a ricorrere ancora di più al debito.

Si è, quindi, innescato un primo e pericoloso «circolo vizioso»; si fa riferimento al termine utilizzato a partire dagli anni '60 da studiosi di amministrazioni pubbliche che hanno messo in rilievo gli «effetti in-

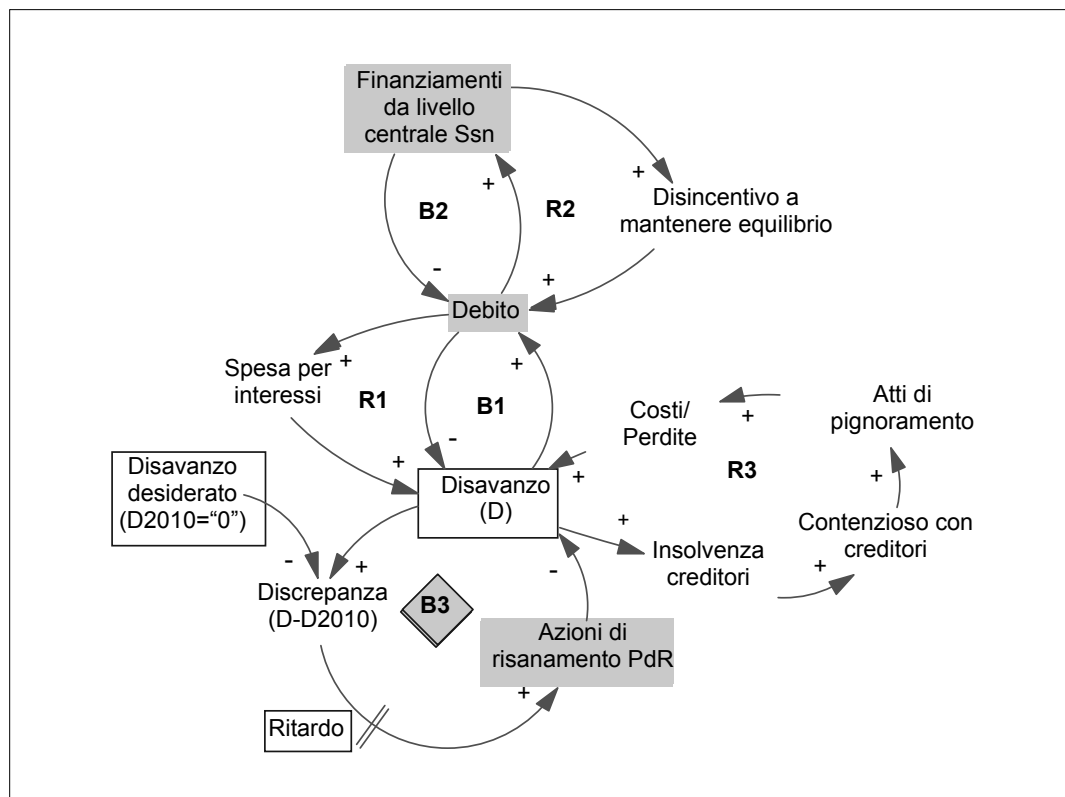
desiderati» delle politiche pubbliche, volte inizialmente ad eliminare problemi di inefficienza e bassa qualità con un effetto finale imprevedibile di creazione di ulteriori problemi.

Tale circolo vizioso viene riletto nell'analisi dinamica dei sistemi come l'archetipo delle «soluzioni che falliscono», utile per illustrare un principio fondamentale nella gestione della dinamica dei sistemi, siano essi singole aziende ed organizzazioni, reti e/o gruppi di aziende ed organizzazioni e sistemi di aziende ed istituzioni presenti sul territorio.

Come per i circoli viziosi, questo archetipo descrive l'impatto nel medio-lungo periodo delle politiche pubbliche di intervento, apparentemente «razionali» nel breve periodo. Infatti, politiche che individuano delle scorciatoie nella soluzione dei problemi possono determinare un peggioramento della situazione negli anni successivi; è quindi necessario comprendere le caratteristiche dei problemi a cui deve rispondere il decisore pubblico regionale e fissare obiettivi di lungo periodo.

Figura 1

Soluzioni che falliscono e soluzione ottimale



Altri circoli viziosi, propri di questo archetipo, si sono manifestati in seguito delle scelte regionali basate sulla convinzione che il debito maturato per coprire i disavanzi sarebbe stato prima o poi ripianato a livello centrale, replicando prassi più volte riscontrate a partire dall'istituzione del Ssn.

Il dibattito che ne è derivato si è focalizzato in prevalenza sull'opportunità o meno di far gravare sull'intero Ssn le inefficienze di alcuni sistemi sanitari regionali. In diverse occasioni le Regioni più «virtuose» hanno dichiarato la propria contrarietà a destinare risorse aggiuntive alle Regioni indebitate, interpretando le scelte del livello centrale quasi come un «premio all'inefficienza», che penalizza proprio le Regioni in situazione di equilibrio economico-finanziario.

La rappresentazione sistemica del comportamento appena descritto (figura 1) evidenzia anche in questo caso la contemporanea presenza di due circuiti di retroazione: uno negativo di bilanciamento (B2), che illustra il processo di aggiustamento volto a eliminare il sintomo del problema (ricorso al finanziamento dal Centro) e uno positivo di rinforzo (R2), che rappresenta la conseguenza indesiderata e inattesa della decisione (disincentivo a mantenere l'equilibrio/incentivo a ricorrere ancora al debito). Anche in questo caso, le azioni di bilanciamento, volte a ristabilire l'equilibrio nel sistema, hanno determinato un complessivo peggioramento della situazione, dando così luogo ad un secondo circolo vizioso negativo.

Alternativa quasi obbligata diventa così l'adozione di interventi strutturali sulla spesa pubblica (Circuito di bilanciamento B3, figura 1), soluzione adeguata ed efficace per rispondere al fabbisogno finanziario riconducibile ai fondi sanitari regionali. Grazie a questi interventi si evitano le forti difficoltà nella gestione quotidiana delle aziende sanitarie derivanti, come bene evidenzia la situazione della Regione Lazio, dall'insolvenza e/o dai ritardi di pagamento nei confronti dei fornitori di beni e servizi. Alle difficoltà legate alla gestione dei creditori segue, infatti, l'incremento del contenzioso e degli atti di pignoramento presso le aziende, con ulteriori costi a carico dei bilanci regionali (Circuito di rinforzo R3, figura 1)¹.

Interrompere tali circoli viziosi è un passo faticoso ma necessario che il MEF ha saputo

intraprendere in modo sostanziale, vincolando alcune Regioni, a partire dal 2007, alla predisposizione e alla realizzazione di specifici Piani di rientro² finalizzati a fronteggiare il disavanzo strutturale e la situazione di debito pregresso (Circuito di bilanciamento B3, figura 1).

Dalle verifiche condotte dal tavolo di monitoraggio sulla spesa sanitaria, solo sette Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria Puglia e Basilicata) sono risultate adempienti. Un caso a parte è rappresentato dalle Marche che non presentava particolari criticità quanto alla situazione finanziaria, mentre risultava parzialmente inadempiente rispetto ad indicazioni contenute nella normativa nazionale³.

Sette Regioni (Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Liguria, Sicilia e Sardegna) hanno predisposto un Piano di rientro e sono oggi in «affiancamento» da parte delle strutture del MEF e di *advisors* tecnici; alcune criticità sono emerse anche per Piemonte e Calabria chiamate a mettere a punto un Piano di rientro.

Con la sottoscrizione del Piano di rientro ciascuna Regione si impegna formalmente con il Ministero della salute e il MEF a progettare e mettere in atto un percorso di risanamento capace di condurre, nell'arco di tre anni, al pareggio di bilancio. A questo impegno corrisponde, da un lato, il vincolo per le Regioni, in mancanza del raggiungimento degli obiettivi assunti, ad aumentare la tassazione regionale oltre i livelli massimi⁴ sino alla copertura del debito (Circuito di bilanciamento B1, figura 2); dall'altro lato la disponibilità del Governo a corrispondere risorse straordinarie per la copertura dei debiti pregressi⁵.

Il livello centrale ha, quindi, imposto per la prima volta in modo fermo e rigoroso l'attuazione delle indicazioni contenute nei provvedimenti di riforma del Ssn (D.L.vo 512/92, 517/93 e 229/99) che statuiscono l'autonomia e la responsabilità delle Regioni nell'utilizzo del Fondo Sanitario e nell'eventuale azione di rientro del debito.

I Piani di rientro non costituiscono una semplice dichiarazione di intenti; ad ogni Piano sono associati un insieme di obiettivi di risparmio con una quantificazione dell'impatto atteso e un'azione di monitoraggio trimestrale da parte del MEF sull'arco

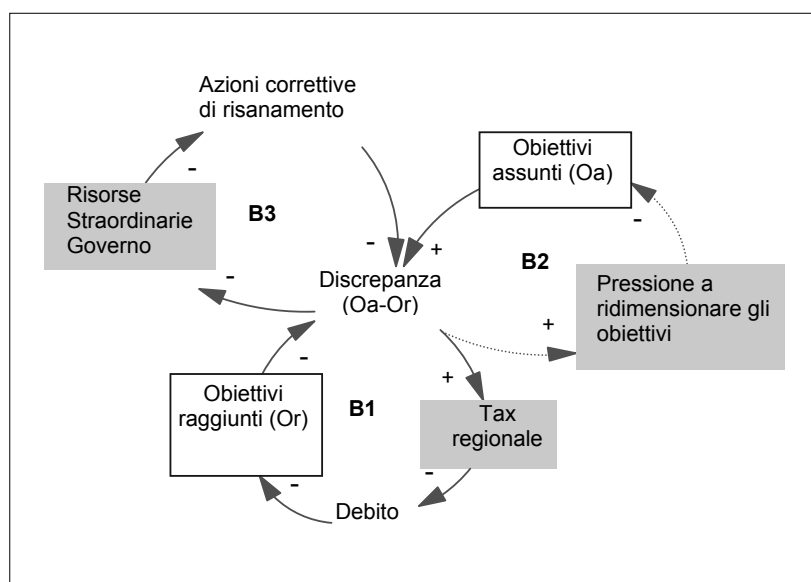


Figura 2
Le azioni di bilanciamento

del triennio. Il mancato superamento delle verifiche preclude alle Regioni la possibilità di accedere alle risorse aggiuntive e l'obbligo di ulteriori azioni correttive (Circuito di bilanciamento B3, figura 2). Questa impostazione «contrattuale» del rapporto Governo-Regioni rappresenta una novità di rilievo rispetto a precedenti prassi, nella misura in cui impone un meccanismo circolare di programmazione-gestione-rendicontazione, molto debole in passato.

D'altra parte, la consapevolezza, da parte dei principali attori interessati, dell'obbligatorietà della manovra e dell'impossibilità di un rinvio permette di evitare il rischio che si vada incontro, come è successo fino ad oggi, al fenomeno (archetipo sistemico) dell'*erosione degli obiettivi*. Tale archetipo sistemico evidenzia come la constatazione del peggioramento della situazione economica-finanziaria potrebbe indurre gli attori a risolvere il problema attraverso il ridimensionamento degli obiettivi di efficienza, generando un peggioramento della situazione (Circuito di bilanciamento B2, figura 2). Vengono così trascurate politiche di intervento finalizzate alla revisione dei processi di offerta di servizi e al recupero di produttività. Tale progressiva riduzione delle ambizioni spinge il soggetto interessato in un circolo vizioso negativo di «obiettivi mediocri – risultati mediocri» che rispecchia la situazione attuale di molte Regioni italiane.

La definizione e l'attuazione dei Piani di rientro hanno profonde ripercussioni sui sistemi sanitari delle Regioni interessate, proponendosi come un insieme di interventi strutturali per il risanamento complessivo: il ridisegno della rete di offerta con una decisa contrazione dei posti-letto per acuti, lo sviluppo dei servizi territoriali e di prevenzione, l'abbattimento della spesa farmaceutica, la razionalizzazione dei processi di acquisizione di beni e servizi, ecc. La posta si è alzata e questo «fare sul serio» richiede regole del gioco diverse, sia chiamando gli Assessorati, le Direzioni regionali e le Agenzie sanitarie regionali a svolgere quella funzione programmatica e di governo della spesa prevista dall'attuale assetto del Ssn, sia imponendo a cascata alle aziende sanitarie ed ai loro vertici direzionali il raggiungimento di obiettivi di performance in modo ben più vincolante che in passato.

I Piani di rientro assumono un significato che va ben oltre la sola definizione di misure per il contenimento della spesa, assumendo la configurazione di strumenti di riordino strutturale e di ridefinizione complessiva dei ruoli tra i diversi attori del sistema sanitario (Governo, Regioni, Aziende sanitarie, erogatori privati, enti locali, altri soggetti pubblici e privati).

Nei prossimi paragrafi verranno analizzati in chiave comparata e sistemica i sette Piani di rientro e poste in rilievo alcune potenziali criticità derivanti dall'attuazione delle misure ivi contenute.

3. Piani di rientro a confronto

3.1. Struttura dei Piani

I Piani di rientro delle Regioni Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia, Liguria, Molise e Sardegna presentano un'evidente omogeneità strutturale. I documenti si aprono con una sintetica descrizione del quadro normativo⁶ di riferimento corredato da una sintesi dei contenuti del Patto per la salute e della Legge finanziaria 2007. In questa prima parte viene sottolineato il raccordo tra il Piano di rientro e gli ordinari strumenti di programmazione. Le Regioni si impegnano, inoltre, a garantire che i programmi di cui agli Accordi di programma⁷ siano coerenti con gli interventi previsti dal Piano di rientro e a fornire

gli elementi documentali per la verifica dei Lea.

La **tabella 2** riassume la posizione di ciascuna Regione in materia di programmazione sanitaria.

Nei Piani di rientro il quadro normativo è di norma seguito da una *descrizione del contesto* in cui la Regione si trova ad operare. Al fine di effettuare un'analisi comparata tra i contenuti dei diversi Piani, sono state individuate cinque aree oggetto di indagine:

- il contesto economico-finanziario;
- il contesto demografico;
- il contesto socio-economico (*occupazione, reddito, consumi, istruzione, povertà, criminalità, migrazione, contesto urbano*);

- lo stato di salute della popolazione (*mortalità, cause di mortalità, diffusione malattie*);

- il contesto organizzativo e gestionale del Ssr (*risorse umane, assistenza farmaceutica, offerta di ricovero e assistenza ospedaliera*).

Per ciascuna area oggetto di indagine, nella **tabella 3** è riportato il livello di approfondimento della descrizione effettuata nei rispettivi Piani regionali. Nel confronto, particolarmente approfondita risulta l'analisi del Piano della Campania, nel quale vengono fornite dettagliate informazioni relative al contesto socio-economico e allo stato di salute della popolazione.

Lazio	Il Psr ha esaurito la sua azione nel 2004. La Regione sottolinea il raccordo tra i contenuti del Piano di rientro e quelli del nuovo Psr in corso di elaborazione; con il Piano di rientro si impegna ufficialmente ad adeguare tale documento alle indicazioni del Psn 2006-2008.
Abruzzo	Dopo 10 anni di attesa, la Regione si è dotata di un nuovo PSR (2008-2010).
Campania	Il Psr ha esaurito la sua azione nel 2004. Tra i diversi impegni assunti nel Piano di rientro c'era anche quello di adottare il nuovo Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato nel novembre 2008.
Sicilia	Il Psr risale al 2000-2002. La Regione ha adottato un atto di indirizzo per la politica sanitaria del triennio 2007-2009 e per l'aggiornamento del Psr che la Regione avrebbe dovuto adottare entro il 31/12/2007 (non ancora adottato); con il Piano di rientro si impegna ufficialmente ad adeguare tale documento alle indicazioni del Psn 2006-2008.
Liguria	L'ultimo Psr risale al periodo 2003-2005. Con Deliberazione della Giunta regionale n. 5 del 9 gennaio 2009, è stata approvata la bozza tecnica del Piano socio-sanitario 2009-2011 della Regione Liguria.
Molise	L'ultimo Psr risaliva al periodo 2002-2004. È stato recentemente approvato il Psr 2008-2010.
Sardegna	Dopo 20 anni dal precedente documento di programmazione sanitaria, la Regione si è dotata del Prss (Piano regionale dei servizi sanitari) 2006-2008.

Tabella 2
Piano di rientro
e programmazione
sanitaria

Tabella 3
Livello di analisi
del contesto di riferimento

Analisi	Lazio	Abruzzo	Campania	Sicilia	Liguria	Molise	Sardegna
Contesto economico-finanziario	Basso	Medio	Medio	Medio	-	-	-
Contesto demografico	-	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto
Contesto socio-economico	-	Basso	Alto	Basso	-	Basso	-
Stato di salute della popolazione	-	Medio	Alto	Alto	Medio-Alto	Basso	Medio
Contesto organizzativo e gestionale del Ssr	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Scala: Alto, Medio, Basso, - (assente)							

Particolare il caso del Lazio: il Piano si presenta con un'impostazione immediatamente più operativa in quanto le notizie sul contesto di riferimento vengono riportate sinteticamente solo in relazione agli obiettivi (generali o specifici) del Piano; immediato ed essenziale anche il riferimento alla consistenza del *deficit* della Regione ed alle sue probabili cause⁸.

Un'analisi SWOT completa la descrizione del contesto di riferimento in tutti i Piani. Si evidenzia come nei documenti delle Regioni Abruzzo, Sardegna, Molise e Liguria l'analisi dei punti di forza, di debolezza, delle opportunità e delle minacce venga effettuata in relazione a ciascun obiettivo specifico del Piano di rientro, risultando così maggiormente operativa e puntuale.

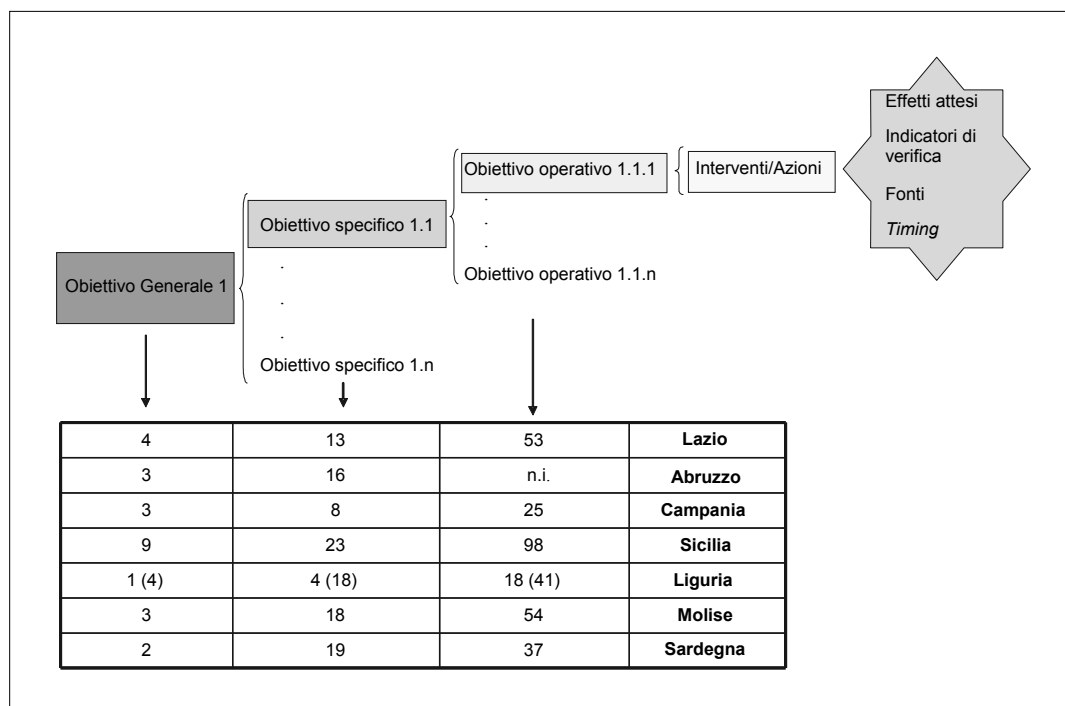
Tra le principali debolezze del sistema sanitario ricorrente è il riferimento ad un'eccessiva dotazione di posti-letto⁹ o a squilibri nella loro distribuzione, ai flussi di mobilità passiva, «all'inappropriatezza» dei ricoveri (in particolare nel *day hospital*), all'alta spesa farmaceutica. Campania e Sicilia segnalano l'inadeguatezza degli strumenti di pianificazione e programmazione, la presenza di indicatori di salute negativi e il disagio economico e sociale. Tra i punti di forza emer-

ge la presenza di significativi margini per il recupero dell'efficienza, di potenzialità per lo sviluppo della rete territoriale, di punti di eccellenza nella rete di offerta e soprattutto la consapevolezza del carattere necessario della manovra e dell'impossibilità di un rinvio. Tra le opportunità: il nuovo Patto per la Salute, gli strumenti di governo straordinari, lo sviluppo tecnologico e il ricorso a forme di collaborazione interistituzionali. Due le principali minacce: la diffusa resistenza al cambiamento e il progressivo invecchiamento della popolazione.

3.2. Obiettivi, programmi ed azioni di Piano

Anche nella parte «operativa» i Piani analizzati presentano la medesima struttura: *obiettivi generali*, articolazione degli stessi in *obiettivi specifici* e individuazione, per ciascun obiettivo specifico, di *obiettivi operativi* nonché delle relative modalità di attuazione (*interventi progettualizzazioni puntuali*). Il quadro degli interventi è completato da un'analisi degli *effetti attesi* e dalla presenza di *indicatori di risultato* con relativa *fonte di verifica*, oltre che da un *timing* delle attività (figura 3).

Figura 3
Articolazione e numero degli obiettivi nei Piani



Fabbisogno di posti-letto per 1000 abitanti	Lazio	Abruzzo	Campania	Sicilia	Liguria	Molise	Sardegna
Indice posti-letto acuti (ordinari e DH)	3,5	3,5	–	3,5 (3)*	3,78	3,725	3,675
Indice posti-letto lungodegenza e riabilitazione	1,0	1,0	–	1,0	0,9	1,0	0,65
Indice offerta assistenza ospedaliera TOTALE	4,5	4,5	4,2	4,5 (4)	4,68	4,725	4,325

* Considerando il criterio previsto dalla delibera G. reg. n. 135/03, la Regione ha sottratto i p.l. dei policlinici universitari in quanto gravitano su tutto l'ambito regionale; analogamente ha operato per i due Irccs e per le sperimentazioni gestionali. L'indice regionale di p.l. per acuti (3,5) è stato pertanto dalla Regione così rideterminato:

P.L. 17.535 – P.L. 2.512 = 15.023/5.000.000, indice regionale 3.00 x 1.00.

Come evidenziato nella figura 3, il livello di dettaglio degli obiettivi (generali, specifici ed operativi) varia da Regione a Regione a tal punto che un obiettivo generale di una Regione può essere ritrovato tra gli obiettivi specifici di un'altra Regione¹⁰. Un'operazione di confronto risulta alquanto complicata.

Senza la presunzione di fornire una descrizione esaustiva dei contenuti della complessa manovra di risanamento del sistema sanitario di ciascuna Regione, si riportano alcune considerazioni comparate e in chiave sistemica relative a due ambiti di intervento dei Piani di rientro:

- la riorganizzazione dell'attività assistenziale e del numero dei posti-letto;
- la riduzione della spesa farmaceutica.

Riorganizzazione dell'attività assistenziale e del numero di posti-letto

L'art. 4 sub a) dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005 prevede uno standard di posti-letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Ssr non superiore a 4,5 posti-letto per mille abitanti, con una variazione che non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle Regioni. Tale standard risulta così suddiviso:

– fabbisogno per acuti: 3,5 posti-letto per 1000 abitanti;

– fabbisogno per la lungodegenza e la riabilitazione post-acuzie: 1 posto-letto per 1000 abitanti.

L'Intesa prevede, inoltre, il contenimento del tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per 1000 abitanti residenti, di cui almeno il 20% riferibile al regime di ricovero in *day-hospital*.

Come evidenziato nella **tabella 4**, gli obiettivi assunti da ciascuna Regione in materia di standard di posti-letto per mille abitanti risultano differenziati in rapporto alle diverse condizioni demografiche.

La Sardegna, ad esempio, tenuto conto di alcune specificità regionali, considera opportuno (come la Liguria e il Molise) incrementare del 5% lo standard relativo alla dotazione di posti-letto per acuti previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 2005, mentre ritiene (come la Liguria) che la dotazione di posti-letto per post-acuti possa attestarsi ad un valore inferiore allo standard di 1 posto-letto per 1000 abitanti.

Nella **tabella 5** si riporta la dotazione attuale di posti-letto per acuti e riabilitazione post-acuzie nelle diverse Regioni interessate dai Piani di rientro.

Tabella 4
Fabbisogno di posti-letto per 1000 abitanti

Tabella 5
Posti-letto effettivi per 1000 abitanti

Posti-letto effettivi per 1000 abitanti	Lazio	Abruzzo	Campania	Sicilia	Liguria	Molise	Sardegna
Indice posti-letto acuti (ordinari e DH)	4,38	4,61	–	4,04	4,41	4,96	4,62
Posti-letto lungodegenza e riabilitazione	1,14	0,56	–	0,24	0,31	0,89	0,12
Indice offerta assistenza ospedaliera TOTALE	5,52	5,17	3,7	4,28	4,72	5,85	4,73

Dal confronto emerge come in Campania la dotazione di posti-letto in rapporto ai residenti sia non solo la più bassa tra le Regioni italiane ma anche sensibilmente inferiore allo standard nazionale.

La dotazione di posti-letto per acuti risulta al di sopra dello standard obiettivo in tutte le Regioni; solo il Lazio ha necessità di ridimensionare la dotazione di posti-letto per lungodegenza e riabilitazione che, al contrario, risulta nettamente sottodimensionata, rispetto alla previsione nazionale, in tutte le altre Regioni. La Campania evidenzia come dal raffronto con i dati delle altre Regioni emerge la maggiore prossimità alla media nazionale, soprattutto per i ricoveri di riabilitazione.

Nella **figura 4** sono rappresentate (in chiave sistemica) le principali azioni di bi-

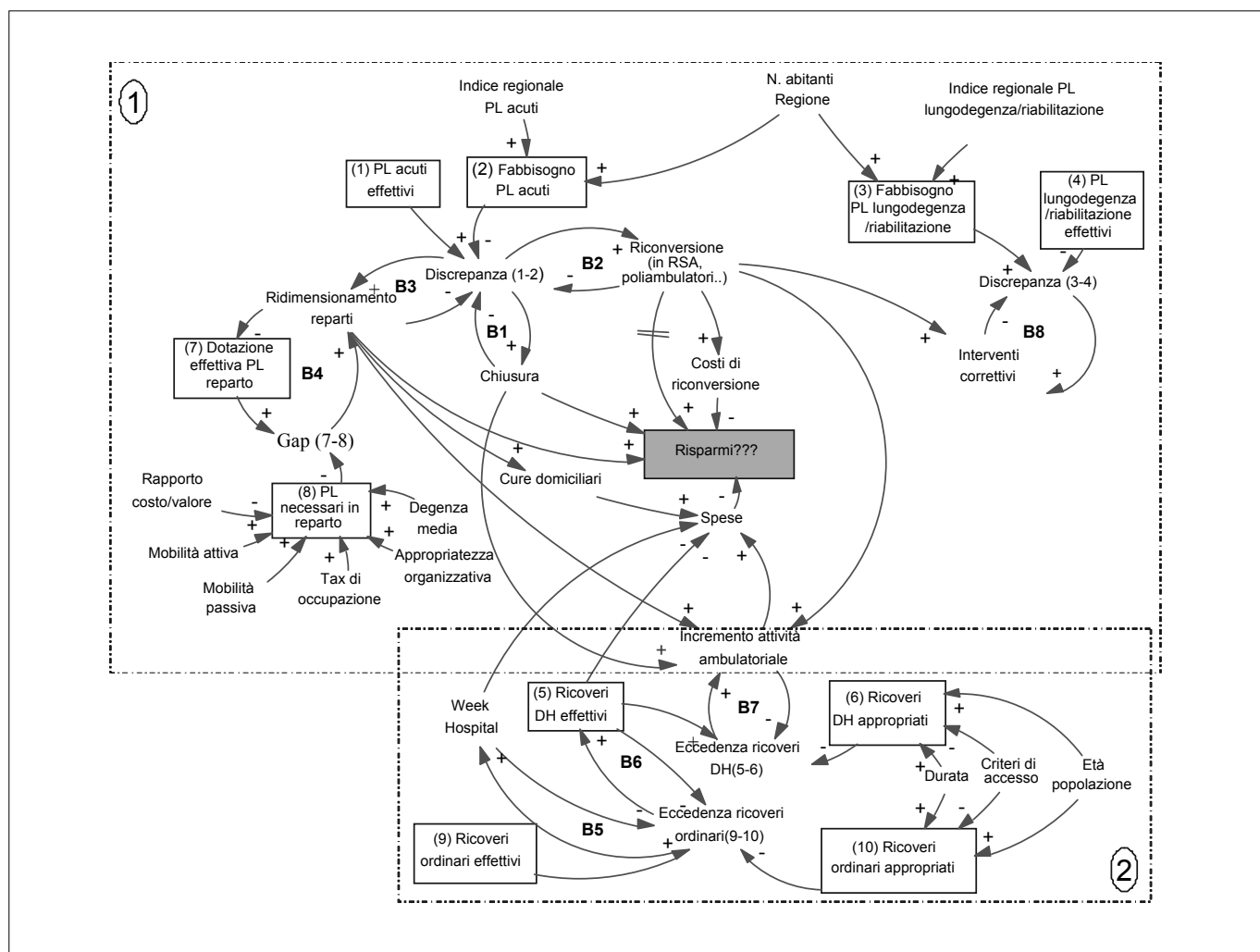
lanciamento, previste dai Piani di rientro regionali, finalizzate a ricondurre la dotazione dei posti-letto agli standard nazionali.

Nel riquadro 1 (figura 4) si evidenzia come, nel momento in cui la Regione rileva la presenza di un eccesso di posti-letto per acuti rispetto all'effettivo fabbisogno (standard nazionali), le azioni che possono essere adottate, per la riduzione del divario, sono essenzialmente tre:

1) *chiusura* delle strutture per acuti (Circuito di bilanciamento B1, figura 4);

2) *riconversione* delle strutture per acuti in strutture per riabilitazione e lungodegenza (o in poliambulatori) (Circuito di bilanciamento B2, figura 4) finalizzata al raggiungimento dello standard nazionale di posti-letto

Figura 4
Riorganizzazione dell'offerta assistenziale



per post-acuzie (Circuito di bilanciamento B8, figura 4);

3) *ridimensionamento* dei reparti (UO/ servizi ospedalieri) con bassa performance organizzativa (Circuito di bilanciamento B3, figura 4). Il Circuito di bilanciamento B4 evidenzia come, nell'ambito del ridimensionamento dei reparti, la bassa performance organizzativa potrebbe essere individuata attraverso la valutazione dello scarto tra la *dotazione effettiva* di posti-letto e l'*effettivo fabbisogno*. Questo ultimo andrebbe valutato in base a valori predefiniti di appropriatezza organizzativa, degenza media e tasso di occupazione, nonché sul rapporto tra valore e costo della produzione e tenendo in considerazione i tassi di mobilità attiva e passiva¹¹.

Va sottolineato che, se la chiusura e il ridimensionamento dei reparti possono portare la Regione a registrare risparmi di spesa immediati derivanti dalla riduzione dei costi variabili correlati al volume dei ricoveri, gli eventuali risparmi derivanti dalla riconversione sono apprezzabili solo nel lungo periodo. Nel breve periodo si registrano i costi di riconversione, che potrebbero essere particolarmente gravosi per le Regioni. Dai suddetti risparmi vanno, inoltre, detratti i costi da sostenere per il potenziamento delle attività distrettuali e la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie (figura 4). Alla riduzione dell'offerta ospedaliera deve, infatti, necessariamente affiancarsi il potenziamento delle funzioni territoriali (cure domiciliari, strutture per anziani non autosufficienti – RSA e centri residenziali –, *Hospice*¹²).

Al fine di contenere il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro l'indice di 180 per mille abitanti residenti, le Regioni si sono impegnate nei rispettivi Piani di rientro ad individuare dei criteri di appropriatezza per i ricoveri. L'appropriatezza viene valutata sulla base delle caratteristiche della popolazione residente (età), della durata della degenza e di criteri d'accesso (figura 4, riquadro 2). L'eccedenza di ricoveri ordinari effettivi può essere, quindi, ridotta ricorrendo a modalità di ricovero alternative:

– *Week Hospital* (Circuito di bilanciamento B5, figura 4). L'«ospedale su cinque

giorni» è una modalità di gestione assistenziale fondata sull'organizzazione di quote dell'attività di degenza ordinaria elettiva su cicli di cinque giorni con chiusura nel fine settimana. La Regione registra in tal modo risparmi di spesa derivanti dalla razionalizzazione delle presenze dei pazienti, dalla riduzione delle giornate di degenza inappropriate e dalla rimodulazione delle presenze notturne e festive del personale con conseguente contenimento degli straordinari e dei costi alberghieri;

– *Day-hospital* (ricovero medico diurno; Circuito di bilanciamento B6, figura 4);

– *Day-surgery* (ricovero chirurgico diurno);

– *One-day-surgery* (ricovero chirurgico con degenza fino a 23 ore).

Nella figura 4 si evidenzia come con il ricorso a modalità di ricovero alternative permetta alle Regioni di registrare risparmi di spese. Alcune Regioni si sono, inoltre, impegnate a promuovere il trasferimento di una parte di ricoveri in regime di *day hospital* o *day surgery* in assistenza ambulatoriale (Circuito di bilanciamento B7, figura 4) i cui costi dovranno, anche in questo caso, essere sottratti dai risparmi attesi dalla manovra correttiva.

Per concludere, nella figura 4 si evidenzia come non sia semplice per le Regioni calcolare l'effettivo risparmio di spesa derivante dalle operazioni di riorganizzazione dell'attività assistenziale dato che i presunti risparmi potrebbero, in effetti, essere osservati solo nel lungo periodo. La difficoltà di disporre di dati oggettivi potrebbe indurre le Regioni nel breve periodo a considerare fallimentari e a rivedere erroneamente gli obiettivi e le azioni correttive previste nel Piano.

Riduzione della spesa farmaceutica

La fissazione di nuovi tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica è una delle principali innovazioni che hanno interessato la gestione sanitaria relativa agli ultimi esercizi finanziari.

Il D.L.vo n. 269/2003, convertito nella L. n. 326/2003, recante «Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dei conti pubblici», aveva stabilito che l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale

(Ssn) non dovesse superare il 16% della spesa sanitaria complessiva (a livello nazionale e regionale), fermo restando il tetto del 13% relativo all'assistenza farmaceutica territoriale.

I risparmi di spesa farmaceutica sono realizzabili attraverso interventi che agiscono sul *lato della domanda* (numero di ricette prescritte o di «pezzi»/«confezioni» venduti mensilmente) o su quello *dell'offerta* (costo medio delle ricette), con attenzione al grado di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (**tabella 6**).

A questo proposito si segnala, infatti, che nei sistemi sanitari dei Paesi sviluppati il ricorso a schemi di compartecipazione per il contenimento della spesa e la riduzione di consumi «inappropriati» è sempre più frequente.

Il Ceis (Rapporto 2007) sottolinea come, a parità di altre condizioni, il ticket funzioni come calmiera della domanda se la prestazione non è legata a bisogni gravi/acuti o a patologie croniche; se riguarda i soggetti a basso reddito; se è legato alla sostituibilità dei prodotti. Ritene inoltre che, per evitare gli effetti negativi sulla salute o sull'accesso alle prestazioni, sia necessario adottare schemi di esenzione capaci di tutelare le categorie deboli.

La tabella 6 mette in evidenza che Lazio, Liguria, Molise e Sardegna non hanno contemplato nel proprio Piano di rientro l'introduzione di un ticket sull'acquisto di medicinali.

Il ticket è lo strumento tradizionalmente utilizzato per ripristinare un razionamento nella *domanda* di farmaci (nel numero di ricette); tuttavia la letteratura internazionale ed esperienze in atto evidenziano come il razionamento indotto dal ticket sul consumo dei farmaci abbia effetti immediati che tendono ad esaurirsi in un arco di tempo compreso fra i 6 e i 12 mesi. La compartecipazione attraverso ticket agisce, infatti, sul numero di prescrizioni e produce effetti contabili di brevissimo periodo, consistenti nella temporanea sostituzione di spesa pubblica con spesa privata (Circuito di bilanciamento B1, **figura 5**). Nel medio e lungo periodo, prevale l'effetto distorsivo tipico del ticket per cui i farmaci più costosi (ai quali corrisponde il massimo prezzo di rimborso riconosciuto dal Ssn) vengono percepiti dal cittadino come quelli col prezzo relativo più basso con un effetto complessivo di incremento del consumo di tali farmaci e di aumento del costo medio delle ricette (lato offerta). Viene così indotta una crescita tendenziale della spesa, in contraddizione con l'originario obiettivo di risparmio (Circuito di rinforzo R1, **figura 5**). Si tratta di una misura inefficace (archetipo sistemico: «*soluzioni che falliscono*»).

L'esperienza indica come significativi risparmi di spesa farmaceutica siano piuttosto realizzabili attraverso interventi direttamente orientati al contenimento/abbassamento del costo medio delle prescrizioni (**figura 6**):

Tabella 6

Interventi orientati al contenimento della spesa farmaceutica

Tipologia interventi	Lazio	Abruzzo	Campania	Sicilia	Liguria	Molise	Sardegna
Interventi lato domanda (con effetto sul numero di ricette)							
Ticket	-	X	X	X	-	-	-
Indici di appropriatezza prescrittiva/Prontuario regionale	X	X	X	X	X	X	X
Interventi lato offerta (con effetto sul costo medio delle ricette)							
Gare d'acquisto	X	X	X	X	X	X	X
Acquisti diretti	X	-	-	-	-	X	-
Centralizzazione acquisti	X	X	X	X	X	X	X
Distribuzione diretta	X	X	X	X	X	X	X
Limite di rimborso	X	-	-	-	X	X	-
Legenda: «X» = presente; «-» = non presente							

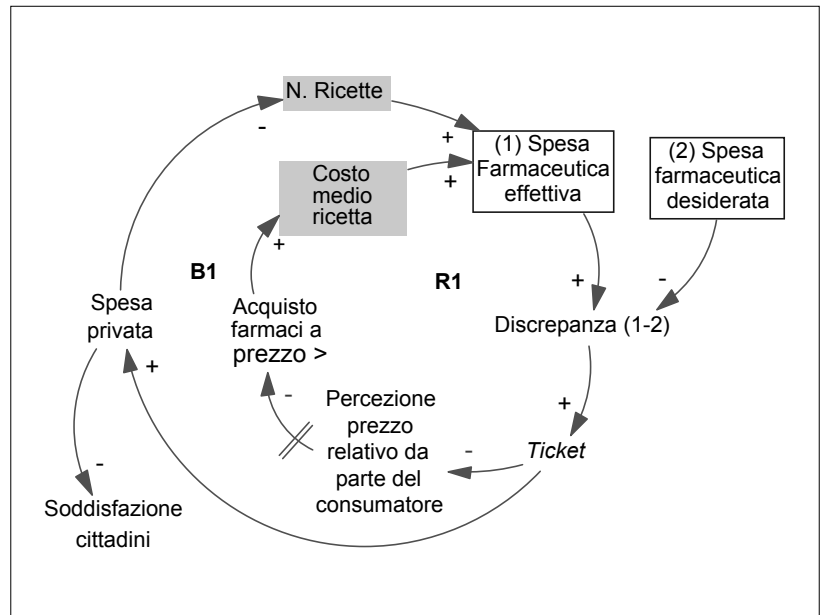
– distribuzione «diretta» di alcuni farmaci da parte delle Asl/Ao o distribuzione «in nome e per conto», per il tramite di farmacie convenzionate (Circuito di bilanciamento B1, figura 6);

– introduzione di un limite massimo di rimborso per alcune categorie di farmaci ancora coperti da brevetti, all'interno delle quali è possibile riconoscere un principio di equivalenza terapeutica. La fissazione di un valore massimo di rimborso consente di restituire trasparenza al sistema dei prezzi relativi, conservandone la coerenza rispetto al prontuario Aifa. Dal punto di vista della teoria economica, questo provvedimento rappresenta uno strumento efficiente rispetto all'obiettivo di limitare l'eccessivo consumo dei farmaci (Circuito di bilanciamento B4, figura 6);

– acquisti diretti (Circuito di bilanciamento B3, figura 6);

– gare d'acquisto (Circuito di bilanciamento B2, figura 6).

Un abbassamento effettivo e permanente della spesa farmaceutica può essere realizzato anche attraverso interventi strutturali direttamente orientati al contenimento del numero delle prescrizioni (lato domanda). In particolare, si fa riferimento all'introduzione



di *indici/criteri di appropriatezza prescrittiva* (calcolati considerando il numero e la tipologia degli assistiti), sulla base dei quali i servizi farmaceutici territoriali delle Asl possono verificare l'andamento delle prescrizioni per singolo medico e per ogni paziente, insieme al fatturato delle farmacie private (circuiti di bilanciamento B5, figura 6).

Figura 5

Effetti dell'introduzione del ticket

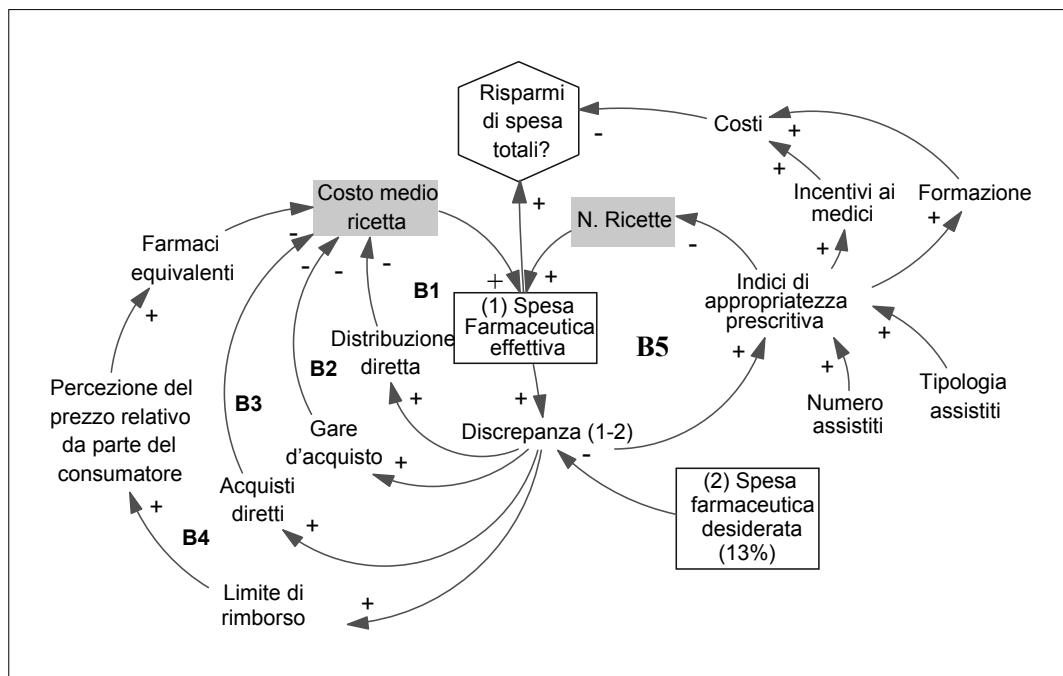


Figura 6

Le soluzioni alternative

L'inappropriatezza prescrittiva è, infatti, una delle principali componenti dell'eccesso di spesa farmaceutica nelle Regioni interessate dai Piani di rientro. Le esperienze maturate in altre Regioni confermano la possibilità di conseguire importanti risparmi di spesa intervenendo direttamente su questa componente. La dimensione dei risultati dipenderà tuttavia dalla qualità dell'azione formativa ai medici di base e dall'introduzione di appositi incentivi ai medici per il rientro negli indici di appropriatezza conseguiti. Il risparmio ottenibile dovrà essere, quindi, calcolato al netto delle necessarie spese per la formazione e per gli incentivi ai medici (figura 6).

Importante inoltre ricordare, tra le azioni previste nei piani, l'implementazione del sistema Tessera sanitaria, che permette di avere flussi informativi essenziali per il controllo dell'appropriatezza prescrittiva e le dinamiche di spesa dal lato dell'offerta.

Accanto agli interventi che agiscono sul lato della domanda e dell'offerta, consistenti e di forte impatto sono, inoltre, le misure finalizzate alla riduzione della spesa sulla voce personale¹³, come il blocco del turnover, la rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa e il blocco del ricorso alle consulenze sanitarie.

Per concludere, si sottolinea come l'adozione di tali azioni preposte al controllo della spesa farmaceutica evidenzierà risparmi di spesa solo nel medio-lungo periodo. Questi risparmi potranno essere ottenuti solo grazie al pieno coinvolgimento dei soggetti protagonisti del circuito farmaceutico (dai medici di base, alle farmacie, alle aziende produttrici) da realizzarsi attraverso procedure di concer-

tazione in merito alle misure da intraprendere e, in riferimento agli interventi finalizzati alla razionalizzazione delle risorse umane, con previsioni di deroghe in funzione delle reali esigenze connesse all'erogazione del servizio.

3.3. Indicatori di risultato e fonti di verifica per il monitoraggio

Gli indicatori di risultato sono presenti nei quattro Piani di rientro analizzati a livello di *interventi*. Come si evince dalla **tabella 7**, risulta esteso il ricorso ad indicatori di struttura e di tipo economico/finanziario mentre in alcune Regioni è poco incisivo l'impiego di indicatori di qualità. Si segnala un ricorrente utilizzo dell'indicatore di risultato: «*Adozione del provvedimento (entro i termini stabiliti)*», che, pur costituendo un'assunzione di impegno per la Regione, è una misura legata al rispetto del «compito/procedimento» più che al «risultato»¹⁴.

I modelli CE consuntivi 2007-2009 costituiscono la principale fonte di verifica per il monitoraggio dell'attuazione di ciascun Piano. Gli effetti economici degli interventi previsti dai Piani di rientro sulle macrovoci CE per anno vengono analizzati sulla base di modelli di previsione *tendenziali* (che riportano l'andamento dei CE 2007-2009 in assenza di interventi) e *programmatici* (che riportano l'andamento dei CE 2007-2009 in presenza di interventi).

Nella **figura 7** è riportato il sistema di monitoraggio di attuazione del Piano previsto dalla Regione Abruzzo, unica Regione ad aver creato due organi di monitoraggio regionali¹⁵:

Tabella 7

Tipologie di indicatori e livello di utilizzo

Indicatori	Lazio	Abruzzo	Campania	Sicilia	Liguria	Molise	Sardegna
Indicatori di tipo economico-finanziario	Alto	Medio	Medio	Alto	Basso	Medio	Medio
Indicatori di qualità/livelli di servizi	Medio	Medio/Alto	Basso	Basso	Alto	Alto	Alto
Indicatori di struttura/livelli di attività (tax di ospedalizzazione, posti-letto ecc.)	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto
Adozione del provvedimento (entro i termini stabiliti)	Alto	Basso	Alto	Alto	Basso	Alto	–
Scala: Alto, Medio, Basso, – (assente)							

– la *Cabina Tecnica della programmazione sanitaria* (o *Cabina di Regia*), cui spetta lo scopo di verificare l'effettiva realizzazione, *in itinere*, del Piano, di individuare gli scostamenti e, se del caso, proporre le azioni ritenute opportune per correggere l'andamento dei risultati ovvero per rimodulare gli obiettivi originali quando non più perseguibili;

– il *Tavolo di monitoraggio regionale*, che svolge una triplice funzione di raccordo con la Cabina tecnica di regia e gli organi tecnici del bilancio regionale, gli organismi politici regionali e il Nucleo regionale di affiancamento.

Il monitoraggio sullo stato di attuazione dei Piani di rientro

Alla chiusura del monitoraggio 2005 sono risultate inadempienti rispetto ai Piani di rientro ed alle manovre anti deficit Piemonte, Lazio e Calabria¹⁶.

Le verifiche condotte nella Regione Lazio hanno evidenziato che i costi sono diminui-

ti ma non nella misura prevista nel Piano, in parte come conseguenza del mancato recupero del ritardo accumulato dalle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere nell'attuazione delle misure varate, in parte per via delle ragioni ampiamente descritte nei paragrafi precedenti:

– il taglio dei posti-letto è stato limitato (si è registrata una diminuzione di solo il 55% di quanto previsto) e per di più non è avvenuto in funzione della chiusura dei reparti ma in modo sparso e senza generare risparmi (per una spiegazione del fenomeno si veda il § 3.2); i privati non hanno tagliato nulla né intendono farlo;

– i *week hospital* sono stati realizzati solo in tre aziende su 22;

– il trasferimento dell'attività ospedaliera all'ambulatoriale, come previsto dal Piano, è stato in gran parte disatteso.

Anche con riferimento alla spesa farmaceutica il risparmio ottenuto, seppur reale, non è stato nella misura annunciata¹⁷. Risult-

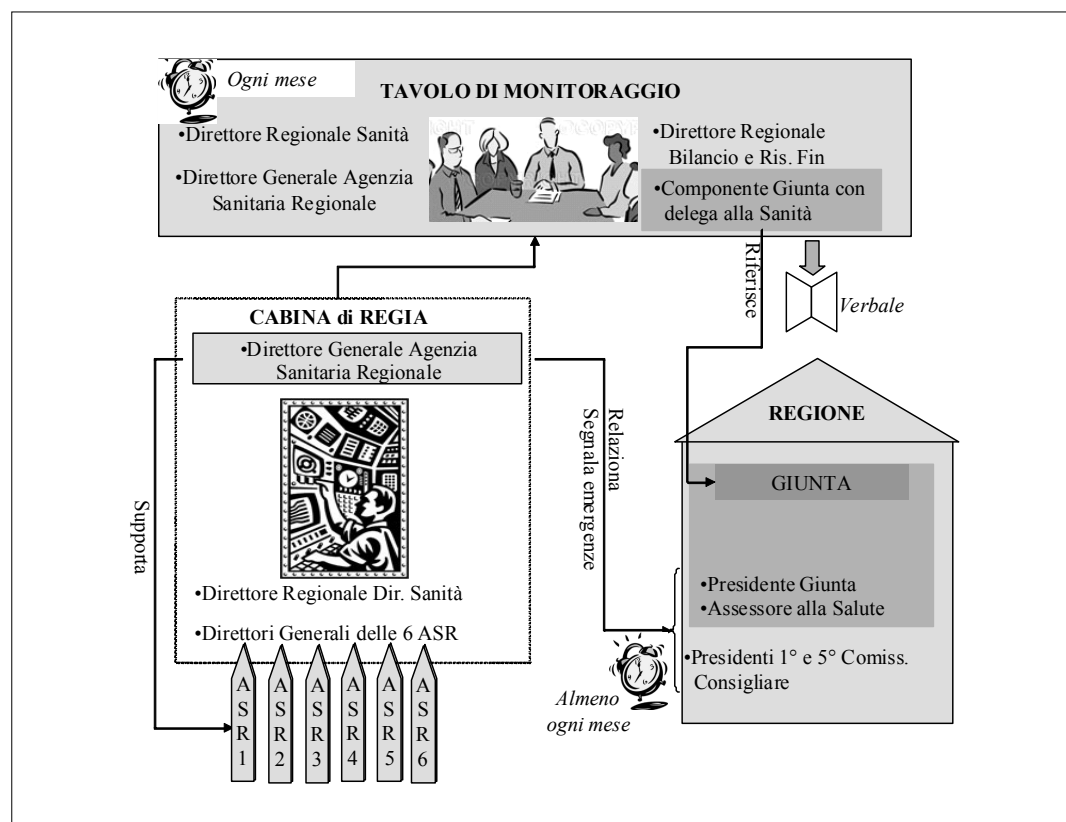


Figura 7
Monitoraggio del Piano.
Il caso della Regione
Abruzzo

tati positivi sono stati conseguiti nella spesa prodotta dalle farmacie anche se ancora troppo alto è il numero delle ricette (per una spiegazione del fenomeno si veda il § 3.2); difficoltà sono state registrate nella distribuzione diretta, che è avvenuta senza alcun controllo e ha sfiorato il tetto stabilito, riducendo così anche i risparmi ottenuti con l'introduzione del prezzo di riferimento.

Nel mese di luglio 2008 il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario *ad acta* con il compito di dare attuazione al Piano di rientro sulla base di un mandato articolato in 12 punti. Introduzione di ticket per finanziare il disavanzo, blocco del turnover, realizzazione di un sistema di acquisti centralizzato, dismissione/riconversione dei presidi a bassa efficienza/efficacia, approvazione del nuovo Psr in coerenza con il Piano di rientro e sospensione di eventuali nuove iniziative per la costruzione di ospedali (si fa riferimento ai progetti per le nuove strutture di Formia e Castelli) sono solo alcune delle richieste avanzate dal Governo, che ha inoltre nominato ufficialmente un sub-commissario (questa volta di nomina esterna alla Regione), incaricato di affiancare il governatore nel percorso del Piano di rientro (ottobre 2008).

Il pacchetto che il «Commissario del Governo» ha presentato al Governo prevede, tra le varie misure, la chiusura e la riconversione di tre ospedali romani (San Giacomo, Forlani e Regina Elena) e di una decina di piccoli ospedali (pl<90), la riduzione delle Asl di Roma e provincia da otto a tre, l'introduzione di ticket.

È attualmente in corso l'approvazione del nuovo Piano sanitario regionale e quello della riorganizzazione della rete ospedaliera del Lazio.

4. Riflessioni e proposte per garantire fattibilità ed efficacia ai Piani di rientro

A conclusione di questo lavoro si ritiene opportuno svolgere alcune sintetiche considerazioni sull'esigenza di collegare l'ambito «macro», proprio delle politiche sanitarie regionali e dei Piani di rientro, con un approccio «micro» legato alle relazioni tra Regione ed Asl/Ao e alle scelte strategiche ed operative proprie delle stesse Asl/Ao.

Determinante è, infatti, la verifica di coerenza tra contenuti del Piano di rientro con le tendenze in atto nei documenti di sviluppo strategico (o piani strategici) delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Gli interventi di rientro sull'indebitamento potranno essere direttamente collegati all'attuazione di politiche finalizzate a potenziare e rafforzare processi di innovazione nell'offerta dei servizi sanitari e nei sistemi gestionali delle aziende, come ad esempio:

- il raccordo tra gli interventi sul farmaco (contenimento della spesa farmaceutica) e quelli di consolidamento dei percorsi diagnostici terapeutici per i diversi profili assistenziali e di introduzione di logiche di *disease management*;

- il collegamento tra la riorganizzazione della rete ospedaliera con lo sviluppo di reti e *network* orizzontali e verticali (Meneguzzo, 2000; Lega, 2002; Cepiku, Greco, Ferrari, 2005), con le possibili linee di azione associate alle diverse configurazioni di rete sanitaria ed ospedaliera. A questo proposito possono essere citate le indicazioni contenute nel nuovo Psr dell'Abruzzo, che prevede lo sviluppo nel macrolivello ospedaliero di sei «reti *quoad vitam*» e di tre «reti per il miglioramento del funzionamento dell'ospedale»¹⁸. Altro esempio è l'indicazione del Lazio sulla necessità di mettere in rete i laboratori di analisi¹⁹;

- lo stretto legame esistente tra riqualificazione professionale del personale, sviluppo di competenze all'interno delle funzioni amministrative (bilancio e gestione finanziaria, acquisti e logistica, amministrazione e gestione del personale) ed interventi previsti dai Piani sull'acquisto di beni e servizi.

L'esigenza di rilanciare nei processi attuativi dei Piani di rientro interventi volti alla modernizzazione e a favorire l'innovazione nei servizi e nella gestione comporta due importanti conseguenze.

La prima è che non sarà possibile innovare a «zero risorse»; le stesse Regioni dovranno quantificare e mettere a disposizione le risorse necessarie per finanziare le azioni innovative in aree quali la razionalizzazione del processo di acquisto di beni e servizi (aree vaste, poli di acquisto, logistica) e lo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici. Tale

esigenza è particolarmente acuta nel caso della riorganizzazione della rete ospedaliera con la conseguente riduzione dei posti-letto. Le esperienze di reti ospedaliere in atto ormai da oltre venti anni a livello internazionale hanno chiaramente mostrato che le diverse politiche di intervento adottabili, dalla creazione di *hub and spoke* (Lega, 2002), all'individuazione di poli ed antenne (Meneguzzo, 2000 e 2004) e alla creazione di *network* intelligenti richiedono investimenti nella fase di *start up* con vantaggi economico finanziari spesso incerti e differiti nel tempo.

La seconda importante conseguenza è legata alla necessità di introdurre sistemi di misurazione delle performance, che prevedano per Asl/Ao meccanismi premianti e (perché no) penalizzanti, finalizzati a stimolare i prima citati processi di innovazione e modernizzazione.

Potrebbero quindi essere previste logiche di gestione del Piano di rientro capaci di mettere a disposizione fondi a supporto dell'innovazione, da accantonare sui trasferimenti dalle Regioni alle Asl/Ao. Questi progetti saranno sviluppati in ambiti quali la razionalizzazione dei costi del personale, la riduzione della mobilità interregionale (potenziamento mirato di poli ospedalieri visti come centri di attrazione), il miglioramento delle procedure d'acquisto di beni e servizi e la riorganizzazione dell'offerta di servizi sanitari. Le Regioni potrebbero quindi pensare:

– a modalità di attribuzione dei fondi per il finanziamento di progetti innovativi alle aziende «virtuose» o con performance migliori, valutate in base ad una pluralità di dimensioni, secondo una logica di *Balanced Scorecard* istituzionale;

– all'adozione estesa di una logica integrata di misurazione dei risultati e di performance management per le aziende (e non solo per i Direttori generali) che permetta l'attribuzione delle quote del Fsr accantonate come premio di performance (si veda ad esempio il modello adottato in Regione Toscana).

In questa prospettiva l'analisi dinamica dei sistemi potrà trovare interessanti applicazioni nella valutazione delle relazioni che si instaurano tra i diversi attori pubblici, privati *non profit* e *for profit* presenti all'interno del sistema sanitario e nell'analisi delle relazioni

che si attivano nei diversi modelli di *holding*/gruppo regionale (forte e debole).

La realizzazione delle azioni previste nei singoli Piani dovrebbe essere effettuata in base ad una valutazione multidimensionale che, pur ponendo in primo piano la prospettiva economico-finanziaria, garantisca il raggiungimento di nuovi e più elevati livelli di performance anche su altre dimensioni (qualità dei servizi, razionalità dei processi, innovazione), adattando in particolare i criteri di valutazione multidimensionale proposti da Kaplan e Norton con lo strumento della *Balanced Scorecard*, che ha trovato numerose e significative applicazioni anche in ambito sanitario. È interessante al riguardo il caso della Regione Abruzzo, che ha articolato la mappa strategica regionale sulla base degli obiettivi definiti nel Piano di risanamento in mappe strategiche per ogni singola azienda (con obiettivi ed indicatori specifici) con un sistema di pesatura degli obiettivi che consente di valutare i risultati raggiunti da ogni singola azienda all'interno del più ampio quadro regionale.

Note

1. Altra componente di rischio di aumento significativo dei costi a carico dei bilanci regionali è rappresentata dal costante ritardo con cui vengono sottoscritti i contratti con gli erogatori privati di prestazioni, che di fatto comporta la possibilità che sorga un rilevante contenzioso tra le strutture private e il Ssr. Tale ritardo genera, inoltre, la mancanza di controllo sulla produzione acquistata dal Ssr e sui meccanismi di remunerazioni, su cui si potrebbe incidere (es. regressione tariffaria).
2. Così come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in attuazione dell'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.
3. *Sole 24 Ore Sanità*, novembre 2007.
4. Al momento della stipula del piano le regioni sono già obbligate ad innalzare l'addizionale Irpef e l'Irap al livello massimo, durante tutto l'arco di vigenza del piano, con possibilità di ridurle solo in caso di conseguimento di risparmi maggiori rispetto a quelli previsti dal piano stesso.
5. Le risorse straordinarie messe a disposizione dallo Stato per l'estinzione dei debiti commerciali sono erogate a titolo di prestito da restituire con un'operazione trentennale man mano che i debiti vengono ricostruiti e accertati. In aggiunta, poi, alle risorse da riparto del fondo sanitario, alle regioni interessate da un piano di rientro sono erogate delle risorse aggiuntive, a titolo di fondo di accompagnamento, per tutta la durata del piano, che si riducono progressivamente.
6. Nazionale e regionale.

7. Ex art. 5 bis D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni cs.
8. Scarsa capacità di controllo della spesa sanitaria; natura strutturale del disavanzo.
9. Ad eccezione della Campania che evidenzia tra i propri punti di forza proprio un numero di posti-letto inferiore alla media nazionale.
10. Si evidenzia in particolare il caso della Regione Liguria in cui l'obiettivo generale dichiarato coincide proprio con l'obiettivo del Piano di Rientro: il raggiungimento e il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario attraverso la riduzione strutturale del disavanzo nel rispetto dei Lea. Ai fini di un confronto tra le regioni sarebbe, pertanto, opportuno considerare gli obiettivi specifici, gli obiettivi operativi e gli interventi dichiarati dalla Regione Liguria rispettivamente come obiettivi generali, obiettivi specifici e obiettivi operativi (come rappresentato tra parentesi nella figura 3).
11. Si evidenzia come il saldo della mobilità passiva della Campania sia particolarmente elevato rispetto alle altre regioni italiane, anche se, in proporzione al numero di residenti, il dato appare molto meno squilibrato: tale mobilità è legata ad una insufficienza di centri di eccellenza in territorio campano (la rete ospedaliera campana è da un lato molto sottodimensionata rispetto allo standard nazionale, dall'altro è eccessivamente concentrata nella Città di Napoli come posti-letto rispetto all'esteso e popoloso *hinterland* della provincia) ma ha una componente intrinseca di non vera mobilità derivante dalla residenza ancora risultante in Campania dei cittadini di origine campana che hanno il proprio domicilio in città del Nord per motivi di lavoro.
12. Gli *hospice*, 105 al 31 dicembre 2006, 114 al 31 dicembre 2007, nel 2008 diventeranno 206, ma tutti concentrati in poche regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Veneto, Piemonte, Sicilia e Toscana). Fonte: *Sole 24 Ore Sanità*.
13. Componente rilevante del sistema, rappresentando circa l'80% della spesa complessiva.
14. Il diffuso utilizzo di tale indicatore è conseguenza della scelta di legare gli indicatori di risultato agli interventi (azioni) piuttosto che agli obiettivi (soluzione adottata solo sporadicamente).
15. È interessante che nel caso specifico il Piano espliciti i soggetti che compongono i due organi e preveda la partecipazione dei Direttori generali delle sei aziende alla Cabina di Regia. In altri casi non vi è questo livello di dettaglio né un diretto coinvolgimento delle aziende; ad esempio la Regione Lazio prevede unicamente la costituzione di una non meglio specificata «Cabina di Regia per il monitoraggio del risanamento del deficit delle Aziende sanitarie».
16. *Sole 24 Ore Sanità*, dicembre 2007.
17. *Sole 24 Ore Sanità*, ottobre 2007.
18. *Sole 24 Ore Sanità*, luglio 2007.
19. *Sole 24 Ore Sanità*, giugno 2007.

B I B L I O G R A F I A

- BARALDI S. (2005), *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- DANGERFIELD B.C. (1999), «System dynamics applications to European health care issues», *Journal of the Operational Research Society*, 50(4), pp. 345-353.
- DOEKSEN G.A., JOHNSON T., WILLOUGHBY C. (1997), «Measuring the Economic Importance of the Health Sector on a Local Economy: A Brief Literature Review and Procedures to Measure Local Impacts», Mississippi State University, *SRDC*, 202.
- FORRESTER J.W. (1961), *Industrial Dynamics*, Productivity Press.
- LOMI A., LARSEN E.R. EDS. (2001), *Dynamics of Organizations: Computational Modelling and Organization Theories*, MIT Press, Cambridge (MA).
- MARCH J. (2001), «Foreword», in A. Lomi, E.R. Larsen (2001).
- NATIONAL HEALTH SERVICE CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (2001), *CRD's Guidance for those Carrying out or Commissioning Reviews*, CRD Report number 4 (2nd Edition), Publication Office University of York, York.
- ROBERTS N., ANDERSEN D.F., DEAL R.M., GARET M.S., SHAFFER W.A. (1983), *Introduction to Computer Simulation: The System Dynamics Approach*, Addison-Wesley.
- RUTH M.Y., HANNON B. (1997), *Modeling Dynamic Economic Systems*, Springer Verlag.
- SENGE, PETER M. (1990), *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*, Doubleday/Currency.
- STERMAN J.D. (2000), *Business Dynamics: Systems Thinking and Modelling for a Complex World*, McGraw-Hill, Boston.
- SUHRCKE M., MCKEE M., SAUTO ARCE R., TSOLOVA S., MORTENSEN J. (2005), *The Contribution of Health to the Economy of the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- TANESE A. (2006), «Interessi in gioco, strategie degli attori e responsabilità sociale. La centralità dei sistemi locali nel governo della sanità», *Mecosan*, 58.
- TEDIOSI F., PARADISO M. (2008), «Il controllo della spesa sanitaria e la credibilità dei Piani di rientro» in *Rapporto ISAE - Finanza pubblica e Istituzioni*, maggio 2008, ISAE, Roma.
- WARREN K.D. (2005), «Improving strategic management with the fundamental principles of System Dynamics», *System Dynamics Review*, 21/4.

Misurare la competizione ospedaliera nel Ssn

DANIELE MASCIA, FAUSTO DI VINCENZO

In this paper a population ecology approach is adopted to measure direct competition among hospitals starting from the concept of niche overlap. Organizational niches specify how competitive processes vary as functions of environmental dependencies. Overlapping resource requirements represent common dependencies from the same resources spaces – represented by geographical areas where admitted patients live – for health care organizations. We employ longitudinal models for relational data collected on 35 hospitals in the Abruzzo Region. The results reported describe the evolution of the competitive network at the regional level and assess the impact of provider attributes on the evolution of competitive interdependencies among hospitals.

Keywords: Hospital competition, social network analysis, longitudinal models, niche overlap

Parole chiave: competizione ospedaliera, social network analysis, modelli longitudinali, niche overlap

Note sugli autori

Daniele Mascia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Fausto Di Vincenzo, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Attribuzione

Pur essendo frutto di un lavoro comune dei due Autori, i §§ 2, 3.3 e 4 sono da attribuire al lavoro di Daniele Mascia mentre i §§ 1, 3.1, 3.2 e 5 sono da attribuire prevalentemente al lavoro di Fausto Di Vincenzo

1. Introduzione

Nell'ambito dei principali modelli di riferimento dei sistemi sanitari, in via generale si ritiene che i sistemi di tipo universalistico – come quello del Regno Unito e dell'Italia – siano istituzionalmente improntati alla collaborazione interorganizzativa. In questi sistemi la salute è tipicamente considerata un diritto del cittadino e lo Stato interviene programmando e coordinando l'offerta di servizi assistenziali sul territorio. Poiché la pianificazione ha come obiettivo ultimo la salute del cittadino, per la tutela di quest'ultima è prevista una forte collaborazione tra le varie organizzazioni, prevalentemente pubbliche, che compongono il sistema.

Nonostante la generale impostazione di tipo collaborativo, questi sistemi sono stati caratterizzati negli ultimi anni da salienti mutamenti del quadro istituzionale con l'obiettivo di migliorare la performance organizzativa e di sistema (Burns, Thorpe, 1993). Il Servizio sanitario nazionale (Ssn), in particolare, è stato oggetto di importanti trasformazioni che hanno portato alla graduale affermazione della competizione a livello di sistema. Pur essendo caratterizzata da importanti interventi e azioni di programmazione e coordinamento a livello centrale e regionale, l'offerta di servizi assistenziali sul territorio appare oggi contraddistinta da condizioni ispirate più alla competizione che alla cooperazione. L'introduzione dei Drg e la competizione operata sui volumi di prestazioni, i criteri di valutazione dei direttori generali, la separazione acquirenti-fornitori, la libertà di scelta dei cittadini rappresentano elementi volti ad accrescere i livelli di competizione tra le strutture con l'obiettivo di migliorare la performance organizzativa e di sistema.

Alla luce di questi interventi, analizzare la competizione all'interno del Ssn assume og-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Background
3. Disegno della ricerca
4. Analisi e risultati
5. Discussione
6. Appendice

gi grande rilevanza e utilità. Approfondire le dinamiche competitive può consentire in primo luogo di valutare la bontà delle riforme complessivamente intraprese rispetto agli obiettivi di realizzazione di servizi di qualità da parte di strutture più attente ai volumi e alla struttura dei costi. Un'attenta analisi della competizione può inoltre essere decisiva per le scelte di politica sanitaria adottate a livello regionale relative alla programmazione dell'offerta sul territorio e alla riorganizzazione delle reti assistenziali. L'ampia autonomia dei *provider* può ad esempio determinare livelli di competizione tali da rendere necessari interventi di ristrutturazione per favorire obiettivi di razionalizzazione e collaborazione interorganizzativa tra ospedali. Per finire, la puntuale misurazione delle dinamiche competitive può aumentare la consapevolezza da parte delle singole aziende sanitarie del quadro competitivo regionale e nazionale, supportandone le scelte di definizione dell'offerta e le strategie competitive attuabili.

L'importanza di tali aspetti è testimoniata da una letteratura fiorente per quanto riguarda lo sviluppo di metodologie per la misurazione della competizione in sanità. Ancora oggi tuttavia non siamo in grado di rispondere in maniera esauriente ad alcuni importanti interrogativi. Qual è l'attuale livello di competizione che contraddistingue le strutture sanitarie, e quelle ospedaliere in particolare? Quali fattori influenzano l'evoluzione dell'intensità competitiva tra ospedali? Le ragioni di questo *gap* sono riconducibili in parte alle difficoltà di misurare appropriatamente i livelli di competizione tra strutture sanitarie, poiché quasi tutte le principali misure utilizzate in letteratura studiano la competizione tra ospedali attraverso un indicatore aggregato che rappresenta la struttura complessiva del mercato. Vi è inoltre scarsa consapevolezza su innovativi modelli di misurazione della competizione, sviluppati nell'ambito delle teorie dell'organizzazione aziendale, disponibili e applicabili per descrivere i livelli di rivalità tra *provider* individuando le condizioni che determinano una maggiore o minore competizione in ambito sanitario. Lo scopo del presente lavoro è proprio quello di tentare di dare una risposta ai due interrogativi sopra citati descrivendo e applicando a uno specifico sistema regionale

modelli innovativi, di tipo relazionale, per la misurazione della competizione tra singole aziende ospedaliere.

Il presente lavoro è strutturato come segue. Dopo una rassegna della letteratura sui metodi di rilevazione dei livelli di competizione nel settore sanitario, l'articolo presenta il disegno della ricerca descrivendo contesto istituzionale indagato, variabili e misure utilizzate nell'analisi, modello statistico adottato. Le sezioni successive sono dedicate, rispettivamente, alla presentazione dei principali risultati e ad una discussione delle implicazioni per *policy maker* ed operatori della sanità.

2. Background

2.1. Misurare la competizione ospedaliere

La letteratura internazionale sulle modalità di analisi della competizione tra ospedali è ampia. Soprattutto negli Stati Uniti, nel corso degli anni Novanta, uno dei temi su cui è stata posta grande attenzione ha riguardato l'analisi di vantaggi e svantaggi associati alla competizione tra strutture ospedaliere. La competizione tra ospedali è considerata un aspetto cruciale nel funzionamento di un sistema sanitario e il suo impatto su un'ampia serie di indicatori di risultato (efficienza, qualità ecc.) è importantissima. Numerose indagini empiriche hanno rilevato, ad esempio, che i consumatori non traggono alcun beneficio da una maggiore intensità competitiva tra singoli attori e che, al contrario, essa genera maggiori costi per la duplicazione nell'offerta di servizi (Robinson, Luft, 1985; 1988; Kopit, McCann, 1988; McLaughlin, 1988). Questi risultati nel complesso mostrano che la necessità di attrarre pazienti – direttamente o indirettamente attraverso l'intervento dei medici di base – indurrebbe gli ospedali a competere sulla qualità dei servizi offerti generando un aumento dei costi ingiustificato se si prende in considerazione l'effettiva domanda di servizi e prestazioni (Luft, Maerki, 1985). Ciò ha determinato la diffusione del paradigma «medical arms race» per descrivere il fenomeno della competizione in ambito sanitario. Recenti analisi hanno tuttavia messo in discussione tali risultati evidenziando che in realtà la competizione non è fonte – almeno direttamente – di

maggiori costi a livello di sistema (Dranove, Shanley, Simon, 1992).

Al di là dei risultati resta indiscutibile l'importanza di misurare la competizione tra ospedali, soprattutto in sistemi sanitari che sono stati invece tipicamente improntati ad una forte collaborazione tra le strutture sanitarie. Proprio tale importanza ha portato alla diffusione di diverse misure e indicatori per il calcolo dell'intensità concorrenziale tra singole organizzazioni ospedaliere. In un recente lavoro pubblicato sulla rivista *Review of Industrial Organization*, Wong e colleghi (2005) hanno messo a confronto le diverse misure proposte dalla letteratura per l'individuazione dei livelli competitivi tra ospedali. La misura dell'intensità competitiva si ottiene sia con la puntuale definizione dei «confini» del mercato sanitario, sia valutando i livelli di rivalità tra singole strutture.

Per quanto riguarda il primo aspetto, una prima misura piuttosto semplice per definire l'ampiezza e i confini del mercato ospedaliero prevede l'identificazione di un bacino di utenza attraverso la definizione di confini geo-politici di un ospedale. Le *Metropolitan Statistical Areas (MSA)* e le *Health Service Areas (HSA)* sono un esempio di come questo criterio possa essere applicato raggruppando insieme province e comuni attraverso *cluster analysis*, sulla base degli spostamenti che i pazienti effettuano da un'area all'altra per ottenere prestazioni di ricovero (Makuc *et al.*, 1991). Secondo Luft e Maerki (1984; 1985) i confini del mercato ospedaliero possono essere correttamente definiti applicando un criterio che prevede la definizione preventiva di un raggio (*fixed radius*). Questa misura permette di definire l'ampiezza del mercato sulla base di un'area territoriale circolare la cui dimensione viene ottenuta andando a predeterminare un raggio – definito in miglia o chilometri – che si estende a partire dalla localizzazione geografica del singolo ospedale. Quindici miglia è la lunghezza del raggio che la letteratura ha ritenuto adeguata per quantificare il mercato ospedaliero negli Stati Uniti (Luft *et al.*, 1989). Questa metodologia è stata successivamente modificata promuovendo la possibilità che il raggio utile alla determinazione dell'area non sia fisso ma possa variare in modo da permettere la copertura del 75% (o 90%) del totale delle dimissioni di un ospedale. Un

approccio ancora differente prevede la definizione del mercato ospedaliero osservando i flussi di pazienti. Secondo Elzinga e Hogarty (1978) il mercato ospedaliero è definito correttamente quando i flussi di pazienti che provengono dall'esterno (*import ratio*) e che si rivolgono verso l'esterno (*export ratio*) sono minimi e non superano in ogni caso il 10%. In questo caso il mercato ospedaliero è definito da quell'area più piccola in corrispondenza della quale si verifica che i flussi in ingresso e in uscita non superano il valore soglia del dieci per cento.

Come anticipato, oltre alla definizione dei confini del mercato, è opportuno individuare anche l'intensità competitiva tra ospedali. Tale intensità è stata misurata prendendo in considerazione il numero di ospedali all'interno del mercato ospedaliero (Baker, 2001) – ma ciò evidentemente trascura un fattore importante dato dalla quota di mercato dei singoli ospedali che operano nel mercato – o attraverso l'indice di Herfindahl-Hirschman (HHI). In generale, tale indice è la somma dei quadrati delle quote di mercato di tutti gli ospedali all'interno del mercato. Nello specifico contesto sanitario la quota di mercato di un ospedale viene calcolata dividendo il numero totale dei pazienti dimessi da quell'ospedale per il numero totale dei pazienti dimessi dagli ospedali presenti nel mercato (Zwanziger *et al.*, 1990). Come in altri settori industriali, anche nel settore sanitario nella computazione dei livelli di competizione la letteratura ha utilizzato indici di concentrazione come il C4 o il C8 volti a verificare il totale della quota di mercato riferibile, rispettivamente, alle prime 4 o 8 strutture sanitarie presenti nel mercato (Wong *et al.*, 2005).

Tutti questi indicatori presentano alcuni limiti – più o meno rilevanti – che sono stati ampiamente argomentati dalla letteratura. Un ulteriore limite fondamentale di questi studi è quello di considerare la competizione tra ospedali attraverso un indicatore aggregato che rappresenta esclusivamente la struttura del mercato e non anche le specifiche dinamiche competitive tra singole aziende.

Nell'ambito degli studi organizzativi, Leifer (1985) e White (1981; 1984) hanno messo in evidenza che il mercato, al di là della struttura che lo rappresenta in senso statico, costituisce un meccanismo attraverso cui

gli attori che ne fanno parte compiono delle previsioni e assumono delle decisioni che condizionano i comportamenti da parte degli altri attori all'interno del mercato stesso. Questi mutui aggiustamenti fanno sì che il mercato non debba essere considerato esclusivamente come una struttura in senso statico ma debba, al contrario, essere inteso in maniera fluida, prendendo in considerazione le diverse azioni e reazioni che portano nel tempo quella struttura a cambiare. Nel lavoro intitolato *Markets as mechanisms*, Leifer argomenta che i concorrenti non agiscono in maniera isolata e indipendente, ma che essi sono invece altamente interdipendenti nel mercato, influenzandosi reciprocamente attraverso scelte che intervengono sul loro posizionamento, come ad esempio il prezzo o la qualità dei prodotti/servizi. La struttura del mercato e le decisioni degli attori si condizionano, dunque, reciprocamente dando vita ad un percorso di tipo «struttura → decisioni → struttura». La competizione non è pertanto un concetto esclusivamente «macro» che – in quanto tale – può essere studiato come proprietà di aggregati (es., «il settore»), né può essere ricondotto solamente a fenomeni «micro» legati alle differenze individuali in attributi o volizioni. Al contrario, esso va interpretato alla luce dei meccanismi concreti attraverso cui attori organizzativi (in questo caso strutture ospedaliere) comunicano e coordinano le proprie azioni. Questa concezione del mercato ha favorito nel corso degli ultimi anni lo sviluppo di nuovi modelli per misurare la competizione tra ospedali. Modelli in cui i livelli di competizione sono osservati considerando il mercato come un «luogo» nel quale decisioni e comportamenti degli attori, da un lato, e assetti strutturali, dall'altro, sono strettamente collegati.

2.2. Nicchie di mercato e competizione ospedaliera: un approccio ecologico

La misura di competizione proposta da Sohn (2001; 2002) rientra tra i modelli appena descritti. Nell'analizzare i livelli di competizione presenti tra strutture ospedaliere, l'Autore si basa sul concetto di nicchia di mercato (*niche overlap*), già utilizzata nella prospettiva della *population ecology*, per identificare in numerosi settori industriali i livelli di rivalità e competizione tra orga-

nizzazioni (tra gli altri, McPherson, 1983; Hannan, Freeman 1989; Burt, Talmud, 1993; Baum, Haveman, 1997). Il concetto di nicchia, definito come un particolare spazio di risorse che permette la sopravvivenza di una determinata specie – o popolazione – organizzativa, può essere utilizzato per studiare la comune dipendenza da parte di due o più aziende da uno stesso *set* di risorse. Al fine di valutare la dinamica competitiva tra organizzazioni ospedaliere, Sohn ha utilizzato il concetto di *niche overlap*, considerando come risorsa fondamentale per la sopravvivenza il paziente e come spazio di risorse gli specifici bacini di utenza rappresentati dalle aziende sanitarie locali di residenza dei pazienti.

La sopravvivenza di tutte le organizzazioni è legata all'acquisizione, all'utilizzo e allo sfruttamento di importanti risorse, quali risorse umane, capitali finanziari, materie prime o tecnologie necessarie alla realizzazione delle attività produttive. Gran parte di queste risorse si distribuiscono nell'ambiente in specifiche partizioni o nicchie che le organizzazioni tendono ad occupare (Hannan, Freeman, 1977). Anche se la nicchia di risorse è stata definita in vari modi nella letteratura ecologica (per una *review* esaustiva, Popielarz, Neal, 2007), alla base del concetto di nicchia vi è sempre la presenza di risorse che sono vitali per la sopravvivenza delle organizzazioni. Alcune nicchie sono localizzate a fronte della particolare concentrazione geografica delle risorse: è il caso, ad esempio, delle organizzazioni ospedaliere all'interno dei sistemi sanitari, dove si assiste a forme di competizione localizzata tra strutture assistenziali, o di organizzazioni che operano nel campo della biotecnologia, storicamente localizzate presso università e centri di ricerca.

Se le nicchie sono ricche di risorse è facile prevedere una modesta intensità competitiva tra organizzazioni. Intraprendere azioni competitive comporta, infatti, il sostenimento dei costi non necessari da parte delle organizzazioni (Astley, 1985). Tuttavia, l'abbondanza di risorse nella nicchia favorisce nel tempo una densità dovuta sia alla comparsa di nuove organizzazioni all'interno della nicchia, sia all'ingresso da parte di altre organizzazioni che – pur operando in altre nicchie – sono attratte dalle favorevoli condizioni ambientali

(Hannan, Freeman, 1989). La ricerca empirica ha evidenziato che c'è una relazione a U rovesciata tra la densità di una nicchia e il tasso di sopravvivenza delle organizzazioni all'interno della popolazione di riferimento (Delacroix *et al.*, 1989). A livelli di densità più modesti corrispondono tassi di sopravvivenza più elevati, per l'opportunità che le organizzazioni hanno di avere accesso a quantità sufficienti di risorse. Man mano che la densità aumenta, il tasso di sopravvivenza si riduce per effetto dei più alti livelli di competizione generati dalla comune dipendenza dalle medesime risorse. La saturazione della capacità da parte della nicchia di soddisfare i membri di una popolazione (*carrying capacity*) determina l'uscita di un numero progressivamente maggiore di organizzazioni e il declino da parte di quella popolazione. La riduzione del numero di organizzazioni nella nicchia è legata tanto alla mortalità delle imprese, quanto al loro spostamento in altre nicchie.

Le nicchie di risorse e la loro struttura rappresentano nella teoria ecologica importanti elementi per comprendere perché e come le organizzazioni sono interdipendenti. Come anticipato, i legami che si costituiscono tra

organizzazioni non riguardano intenti di collaborazione, ma piuttosto relazioni di tipo competitivo. L'analisi dell'intensità di questi legami avviene prendendo in considerazione la misura in cui due o più organizzazioni acquisiscono stesse tipologie di risorse, in altre parole dipendono dalle stesse nicchie. Questo concetto è noto nella teoria ecologica come *niche overlap* e rappresenta il grado di sovrapposizione da parte delle organizzazioni rispetto ad uno stesso spazio di risorse. Baum e Mezias (1993) affermano che «the potential intensity of competition between organizations is proportional to the overlap or intersection of their resource requirements. This argument yields the basic localized competition hypothesis: The more similar a focal organization is to its competitors, the greater the intensity of competition it will experience» (p. 581). La **figura 1** mostra graficamente il concetto di *niche overlap*.

La figura rappresenta diverse situazioni di interdipendenza competitiva tra due organizzazioni in relazione all'ampiezza della nicchia. L'area dei cerchi consente di apprezzare l'intensità di sovrapposizione rispetto a spazi di risorse che garantiscono la sopravvivenza delle organizzazioni. Nella prima si-

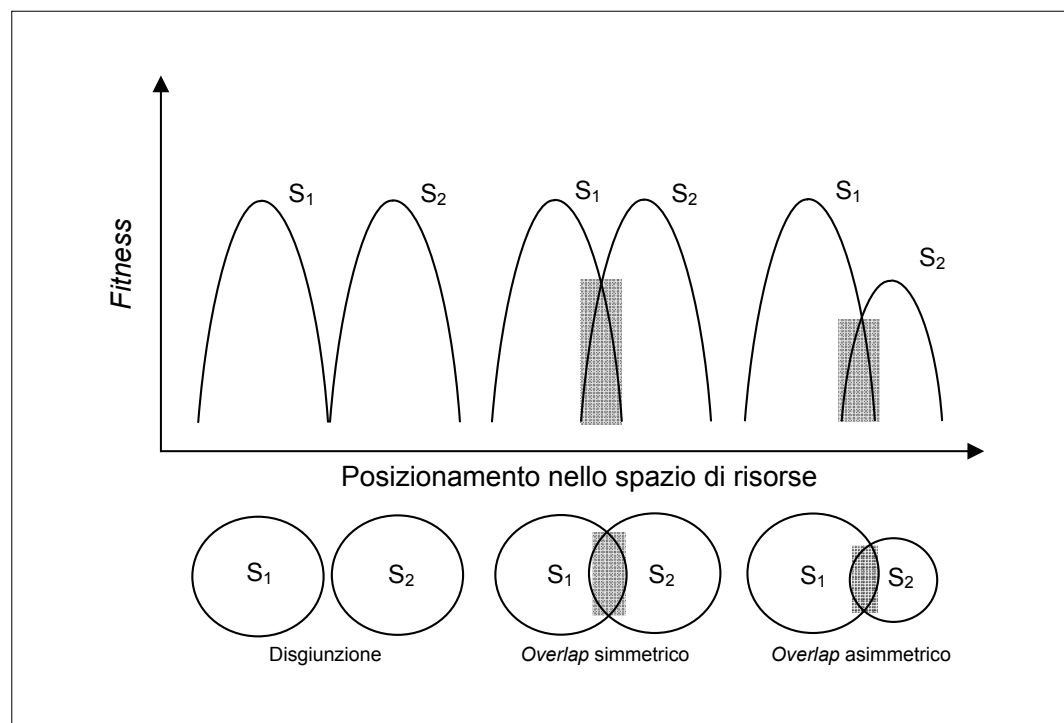


Figura 1

Rappresentazione grafica della *niche overlap*
Fonte: adattamento degli autori da Sohn (2001)

tuazione c'è una «disgiunzione» per quanto riguarda le nicchie poiché la sopravvivenza delle due organizzazioni non dipende dalle medesime risorse. In questo caso l'intensità competitiva tra le due organizzazioni non è particolarmente elevata. Nella seconda situazione, invece, gli spazi di risorse per le organizzazioni sono sovrapposti, sviluppando una maggiore pressione competitiva tra le due imprese. Anche nella terza situazione si osserva un *overlap* tra nicchie di risorse, che tuttavia hanno dimensioni diverse per le due organizzazioni. In questo caso, l'intensità competitiva che si genera è diversa per le due organizzazioni. È facile intuire, infatti, che per l'organizzazione S1 il livello di *overlap* è meno significativo rispetto all'organizzazione S2, e quindi che la pressione competitiva che S1 esercita su S2 è maggiore rispetto a quella che S2 esercita su S1. In questo caso il livello di *overlap* è asimmetrico (Sohn, 2001; 2002).

3. Disegno della ricerca

Uno degli obiettivi del lavoro è, come premesso, l'applicazione concreta di modelli innovativi per la misurazione della competizione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Nel presente studio si utilizza la misura di *niche overlap* proposta da Sohn per analizzare sul piano empirico la dinamica competitiva all'interno del «mercato ospedaliero» della Regione Abruzzo, andando a verificare anche le peculiari caratteristiche attributive che influiscono sull'evoluzione delle relazioni di competizione tra ospedali. Prima di descrivere con maggior dettaglio il contesto istituzionale, i dati e le variabili, e il modello statistico è necessario premettere che l'unità di osservazione dell'analisi non è il singolo attore ma la *diade*, vale a dire il legame o la connessione tra coppie di attori organizzativi (strutture ospedaliere).

3.1. Setting

Nel presente studio si analizza la dinamica competitiva che caratterizza le strutture ospedaliere pubbliche e private della Regione Abruzzo, parte integrante del più ampio Ssn. Il processo di devoluzione – dallo Stato alle Regioni – di importanti aspetti inerenti la regolamentazione, il finanziamento e le

procedure di acquisto dei servizi, ha caratterizzato il panorama della sanità italiana degli ultimi decenni. Alla luce dell'attuale modello di sanità, alla singola Regione viene attribuita ampia autonomia per quanto riguarda la programmazione delle attività, l'allocazione delle risorse economico-finanziarie e l'organizzazione dei servizi a livello territoriale.

Sul tema specifico, il caso della Regione Abruzzo è assolutamente emblematico. Da alcuni anni, infatti, si è assistito ad uno sviluppo assolutamente disarmonico dei servizi sanitari, orientato da spinte finalizzate alla soluzione di problematiche locali di carattere contingente, a causa della mancanza di una puntuale azione di indirizzo e di monitoraggio e dell'assenza delle funzioni di programmazione e controllo di sistema. Destano interesse anche i risultati prodotti da questo peculiare modello organizzativo regionale; vi sono oggi aree di risultato ad elevato rischio di inappropriata, il modello di offerta è strutturato in modo inefficace allo scopo di assicurare equità di accesso ai servizi, il livello dei costi sostenuti per il sistema sanitario regionale è decisamente superiore alle possibilità di copertura degli stessi e, per contro, esiste una diffusa sofferenza operativa delle strutture di erogazione a causa di modelli organizzativi eccessivamente frammentati e incoerenti con principi di funzionalità ed economicità (Casati *et al.*, 2008).

Il sistema sanitario abruzzese rappresenta inoltre una soluzione intermedia tra sistemi fortemente competitivi, quale ad esempio quello della Lombardia, e sistemi che prediligono un'intensa programmazione, come ad esempio l'Emilia-Romagna e la Toscana (Mapelli, 2007). Nell'insieme le strutture ospedaliere presenti formano un modello istituzionale di «quasi-mercato» in cui è intensa la presenza di elementi competitivi tra le organizzazioni, e tale competitività sicuramente è favorita dalle norme che regolano il funzionamento generale del sistema sanitario regionale. In primo luogo il meccanismo tariffario di remunerazione delle prestazioni ospedaliere provvede all'allocazione delle risorse tra organizzazioni erogatrici che competono per assicurarsi volumi di pazienti da trattare. In secondo luogo, grande rilevanza assume la possibilità del cittadino di scegliere liberamente la struttura di ricovero, sia essa pubblica o privata accreditata. Un limi-

te alla competizione è invece rappresentato dal particolare schema di finanziamento regionale che prevede il trasferimento di fondi alle Asl sulla base di un piano di produzione aziendale coerente con gli obiettivi regionali e la contrattazione con le strutture private di un *budget* e, quindi, di un tetto complessivo di fatturato e di prestazioni. Altro limite è costituito dal sistema di autorizzazione e accreditamento che, pur riconoscendo istituzionalmente le organizzazioni quali strutture del Ssn e la conseguente applicabilità dei meccanismi di rimborso, costituisce tuttavia una forma di barriera all'entrata.

L'Abruzzo è organizzato su quattro province con una popolazione di circa 1,3 milioni di abitanti; su 305 comuni 25 registrano un numero di residenti superiore alle 10.000 unità, prevalentemente situati sulla fascia costiera, mentre sono oltre 100 i paesi con meno di 1.000 abitanti, ubicati in prevalenza nelle zone montane dell'interno. Le persone con 65 anni e oltre (indice di invecchiamento) rappresentano il 21,1% (Italia: 19,5%) con un indice di vecchiaia del 155,2 (Italia: 137,7). Nel 2004 il tasso di natalità è 8,6‰ (Italia: 9,7‰), il tasso di mortalità è 10,1‰ (saldo nati-morti in negativo di 1.974 unità, inoltre tale saldo naturale è negativo dal 1993), la popolazione con meno di 15 anni varia dal 20,6% del 1982 al 13,6% del 2005 (*trend* in diminuzione).

I servizi sanitari sono erogati in sei Asl: Avezzano-Sulmona, Chieti, Lanciano-Vasto, L'Aquila, Pescara e Teramo. Il sistema sanitario in termini di offerta mostra un'elevata presenza di strutture ospedaliere, se pure con forte disomogeneità di dotazioni di posti-letto fra Asl e non correlate ai bisogni territoriali; inoltre esistono importanti eterogeneità quali-quantitative per discipline, il tutto in una carenza generalizzata di *day hospital*, *day surgery* e lungodegenza, un'elevata offerta riabilitativa residenziale per pazienti con disabilità fisiche e per pazienti con disabilità psichiche e una carenza dei servizi di assistenza domiciliare¹.

Analizzando i dettagli su offerta/utilizzo per l'assistenza ospedaliera si registra la presenza di 35 presidi che svolgono servizi nell'ambito del Ssn, 22 pubblici (di cui 2 policlinici universitari) e 13 privati accreditati (**figura 2**), con 6.480 posti-letto², 5.139 nel pubblico (79%) e 1.341 nel privato (21%):

i pl (posti-letto) complessivi per acuti sono 5.775 e quelli per i post-acuti sono 705. Nel pubblico i pl per acuti sono 4.921 (85% sul totale acuti) e quelli post-acuti 218 (31% sul totale post-acuti). Nel privato i pl per acuti sono 854 (15% sul totale acuti) e quelli post-acuti 487 (69% sul totale post-acuti).

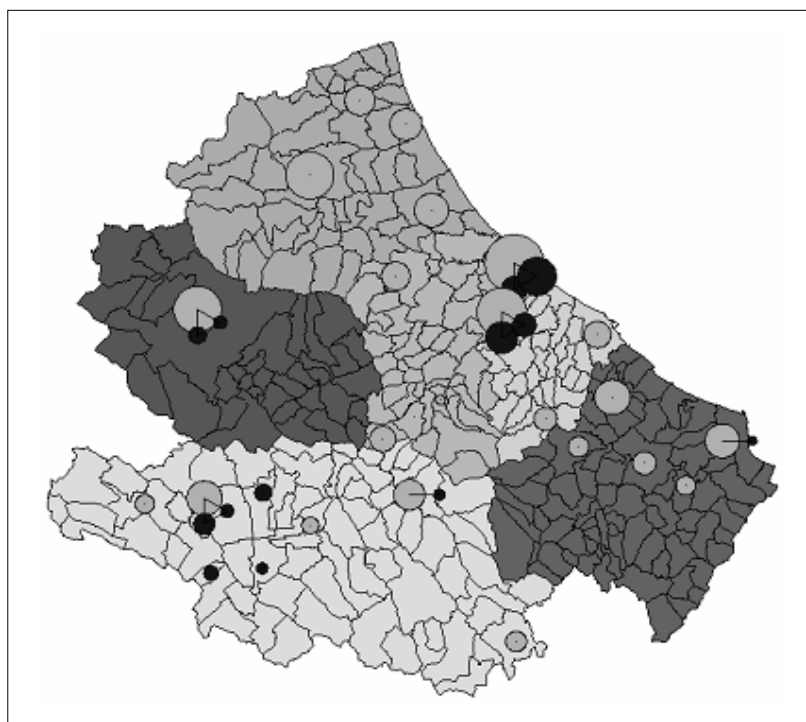
Sebbene l'andamento dei tassi di ospedalizzazione nel periodo 1998-2004 evidenzia un incremento dei ricoveri in *day-hospital*, i tassi di ospedalizzazione per acuti abruzzesi sono tra i più elevati a livello interregionale: considerando l'anno 2003, per il quale il Ministero della salute mette a disposizione i dati di tutte le regioni, in Abruzzo si registra il 190,5‰, la media Italia è 146,1‰, il più basso, il Piemonte 110,4‰.

Il tasso intra-Asl (residenti della propria Asl), in media pari a 195‰, varia dal 241‰ e 239‰ delle Asl di L'Aquila e Chieti al 174‰ e 166‰ delle Asl di Teramo e Lanciano-Vasto (in correlazione con l'offerta); tale andamento è meno evidente per il tasso intraregionale, rispetto al quale soprattutto la Asl di Pescara registra un aumento di domanda per la mobilità passiva intraregionale, mentre rimangono inferiori i tassi delle Asl

Figura 2

Offerta ospedaliera nella Regione Abruzzo

Fonte: adattamento degli autori da Vitullo F., Di Candia V. e Martines S. (2005), Rapporto annuale sull'attività ospedaliera nella Regione Abruzzo



In grigio chiaro sono riportate le strutture pubbliche compresi i due policlinici universitari ed in nero le strutture private.

di Teramo e Lanciano-Vasto. Gli indicatori di mobilità passiva intraregionale ed interregionale devono essere letti contestualmente ai dati complessivi di domanda. Rapportati a 100 ricoverati, i tassi di emigrazione intraregionali più elevati si registrano per le Asl di Lanciano-Vasto e Pescara (24% e 29%) (vs 61‰ e 82‰ residenti), mentre il tasso di emigrazione fuori regione più elevato si registra nella Asl di Teramo (17%, vs 45‰ residenti) (tassi di emigrazione complessivi per le 3 Asl: 32-35%, media regionale: 29%; Asl di Chieti e L'Aquila: 19 e 16%). Considerando i tassi di immigrazione – più elevati per le Asl di Chieti, L'Aquila e Pescara – e rapportandoli ai tassi di emigrazione, si ottengono gli indici di fuga, che risultano più elevati per le Asl di Lanciano-Vasto (soprattutto fuori Asl verso Chieti) e Teramo (soprattutto fuori regione), seguiti dalle Asl di Pescara e Avezzano-Sulmona; in maniera speculare, gli indici di attrazione risultano più elevati per le Asl di Chieti (da fuori Asl e Regione) e L'Aquila (soprattutto da fuori Regione). Pertanto, anche gli indicatori di emigrazione/fuga sembrano registrare una correlazione (inversa) con l'indice di pl per Asl³.

3.2. Dati e Variabili

I dati riguardano il periodo 2005-2007 e sono relativi ai 35 ospedali abruzzesi. I dati utilizzati sono stati raccolti tramite *database* SDO (scheda di dimissione ospedaliera) e consultazione di rapporti annuali di attività ospedaliera (<http://www.asrabruzzo.it/aree.php>) gestiti e realizzati dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Abruzzo. Oltre alle informazioni utili per la misurazione dei livelli di competizione, si considerano – per il triennio preso a riferimento – dati di attività, di struttura e di performance in relazione a ciascuna struttura ospedaliera regionale.

In questa ricerca utilizziamo due tipologie fondamentali di variabili: variabili attributive e variabili relazionali. Le variabili attributive, rappresentate da vettori di valori che si riferiscono ai 35 ospedali, riguardano in particolare:

Tipologia istituzionale. Si considera la tipologia istituzionale dei diversi ospedali presi in esame attraverso una variabile categorica che distingue tra le tre identità istitu-

zionali presenti nella Regione: (1) presidi di Asl, (2) policlinici universitari e (3) case di cura accreditate;

Asl di appartenenza. Attraverso una variabile categorica si attribuisce ciascuna struttura ospedaliera alla Asl di appartenenza: (1) Avezzano-Sulmona, (2) Chieti, (3) Lanciano-Vasto, (4) L'Aquila, (5) Pescara e (6) Teramo;

Numero di discipline. Indica il numero di reparti presenti in ciascun ospedale. Si tratta di una variabile discreta che indica la dimensione della struttura ospedaliera;

Numero delle dimissioni. Numero totale di schede di dimissione ospedaliera in regime ordinario (SDO/File A) con onere a carico del Ssn e Drg valido, al netto dei neonati sani, prodotte dalle strutture pubbliche e private accreditate nell'arco di un anno;

Numero di posti-letto attivati. Indica il numero di letti che una struttura ospedaliera allestisce e prepara per accogliere i pazienti, computati annualmente. Solitamente gli ospedali con un maggior numero di posti-letto mettono a disposizione dell'utenza una più vasta gamma di servizi. Si tratta di una variabile continua che fornisce informazioni sulla dimensione di un'organizzazione;

Indice di rotazione. Esprime il rapporto tra il numero di dimissioni ed il numero di posti-letto. L'indice misura quanti pazienti transitano mediamente su un posto-letto nell'anno considerato;

Euro per dimesso. Importo (prodotto in Euro)/numero dimissioni. Rappresenta un indicatore surrogato di complessità/carico.

Le variabili relazionali fanno riferimento a dati diadici che esprimono «relazioni» tra coppie di attori all'interno di una rete e vengono rappresentati e analizzati attraverso una metodologia particolare che è la *social network analysis* - o analisi delle reti sociali.

L'analisi delle reti sociali rappresenta un metodo di raccolta e analisi di dati relazionali riferiti ad una molteplicità di individui o organizzazioni interagenti. Tale tipologia di dati si riferisce ai contatti, ai vincoli, ai collegamenti, alle appartenenze – in via generica alle connessioni – che mettono in relazione un attore (nodo della rete) con l'altro (Lomi, 1991; Scott, 1991). L'unità di analisi in questo caso non riguarda tanto le caratteristiche del singolo attore (o attributi), quanto le

relazioni che legano coppie di attori (diadi) all'interno della rete. Le diadi sono pertanto l'elemento portante dell'analisi delle reti poiché sottolineano che una relazione non è un qualcosa che appartiene ad un singolo attore ma, per definizione, appartiene almeno a due di questi. Va inoltre sottolineato che la *social network analysis* indaga la rete organizzativa in forma di grafo, utilizzando concetti e modelli di analisi che sono propri della teoria dei grafi. Sulla base del tipo di dati raccolti è possibile studiare il numero di attori a cui un'organizzazione o un individuo sono legati, il numero complessivo di legami presenti nel *network*, la tipologia delle relazioni (ad esempio, scambio di informazioni, di conoscenze, di pazienti), la frequenza e l'intensità della relazione.

Poiché la *social network analysis* si focalizza sulle relazioni tra singoli attori del *network*, i dati relazionali vengono normalmente rappresentati e analizzati attraverso l'impiego di matrici sociometriche, di tipo « $n \times n$ » che accolgono nei lati (singole righe e colonne) i vari nodi della rete e nelle celle di intersezione la presenza o l'assenza di connessione espressa da un valore numerico. L'uso delle matrici consente non soltanto di archiviare e codificare i dati grezzi in maniera logica, efficace ed efficiente, ma anche di esaltare la proprietà reticolare e la struttura sistemica del singolo dato. La presenza di una relazione all'interno della matrice sociometrica è normalmente rappresentata con l'indicazione del valore 1, mentre nel caso di assenza di legame tra due nodi si utilizza il valore 0. Al fine di aumentare la capacità informativa dell'analisi è inoltre possibile includere nella forma matriciale anche la frequenza e/o l'intensità del legame tra due o più attori sociali, utilizzando matrici cosiddette «valued» che accolgono valori numerici diversi da 0 e 1. Nel presente lavoro la rete rappresentata dall'insieme delle strutture ospedaliere regionali viene espressa in termini di matrici quadrate « $n \times n$ » dove righe e colonne rappresentano le strutture ospedaliere e nelle celle di intersezione viene indicato un valore che esprime il legame o la connessione tra le varie coppie di ospedali.

Competizione. Sulla base dell'approccio delle reti sociali proposta, l'interdipendenza competitiva tra due organizzazioni i e j viene

calcolata attraverso un coefficiente di competizione, C_{ij} , che misura, per ogni organizzazione, l'intensità della competizione che i riceve da j e viceversa (Sohn, 2001; 2002). Tale misura consente altresì di verificare il grado di asimmetria nelle relazioni competitive tra coppie di organizzazioni. Ai fini del calcolo del coefficiente, il punto di partenza è rappresentato da una matrice, di dimensioni « $n \times m$ », che esprime la relazione tra singole organizzazioni e nicchie di risorse. In particolare, sulle righe della matrice si riportano le organizzazioni considerate nel campione, mentre sulle colonne i vari segmenti da cui tali organizzazioni attingono le risorse necessarie per la sopravvivenza, cioè nel nostro caso i pazienti. I segmenti possono essere rappresentati, ad esempio, dalla zona in cui risiedono i pazienti o dalle rispettive aree sanitarie di pertinenza assegnate nell'ambito di sistemi sanitari in cui è presente una programmazione dei servizi a livello regionale. Il totale dei diversi vettori riga esprime dunque l'ammontare complessivo di risorse, cioè i pazienti, che la singola organizzazione acquisisce dai vari segmenti di mercato (aree zonali o sanitarie). Nel caso specifico, la matrice « $n \times m$ » contiene nelle righe le strutture ospedaliere della Regione e nelle colonne le diverse Asl in cui è suddivisa territorialmente la Regione Abruzzo. Le Asl, come è noto, rappresentano delle articolazioni territoriali ben delineate del sistema sanitario regionale, nelle quali la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi sono disegnate in base alle specifiche esigenze assistenziali della popolazione residente e in base alle caratteristiche infrastrutturali e tecnologiche delle organizzazioni che si distribuiscono sul territorio. Ogni cella di intersezione della matrice contiene il numero di pazienti residenti in una data Asl curati presso ciascuno degli ospedali della Regione. Poiché l'Abruzzo è articolato in sei Asl, la matrice di incidenza ricostruita in questa prima fase è di dimensione « 35×6 ». I coefficienti di competizione sono stati calcolati con la seguente formula (Sohn, 2001):

$$C_{ij} = \frac{\sum_k x_{ik} \min(x_{ik}, x_{jk})}{\sum_k x_{ik}^2}$$

dove C_{ij} è l'indice di intensità competitiva che misura il livello di *overlap* nella nicchia

di risorse tra gli ospedali i e j ; il numeratore è dato dalla sommatoria dei livelli di sovrapposizione tra coppie di ospedali nei diversi segmenti, mentre il denominatore esprime l'ampiezza complessiva della nicchia per ciascuna organizzazione, ovvero il numero complessivo dei pazienti ammessi. Il fattore $\min(x_{ik}, x_{jk})$ implica che il coefficiente C_{ij} sia compreso tra 0 (assenza di *overlap*) e 1 (*overlap* completo). Attraverso il computo dei coefficienti di competizione per ciascun ospedale, la matrice di partenza è stata trasformata (con l'ausilio del *software* MATLAB) in una matrice quadrata *one-mode* «35 × 35», le cui celle di intersezione esprimono l'intensità competitiva tra coppie di ospedali. Ai fini del calcolo del coefficiente di competizione, i dati a disposizione hanno consentito inoltre di utilizzare le 25 categorie diagnostiche principali (*Major Diagnostic Categories*) che raccolgono le diagnosi principali dalle quali scaturiscono i Drg associati ai pazienti che hanno avuto accesso alle diverse strutture ospedaliere della regione. Ciò permette di rendere particolarmente accurata la misura di competizione ospedaliera utilizzata in questo studio.

Collaborazione. La seconda variabile relazionale inclusa nell'analisi attiene la collaborazione tra coppie (diadi) di strutture ospedaliere. Poiché è probabile che il livello di rivalità interorganizzativa sia influenzata dalla cooperazione tra ospedali (Barretta, 2007), si ritiene opportuno tenere conto di questo fenomeno ai fini dell'analisi statistica. La collaborazione tra ospedali viene misurata considerando una delle modalità principali

attraverso cui si osservano rapporti di scambio tra organizzazioni sanitarie: il trasferimento di pazienti (Levine, White, 1961). I dati di cui disponiamo si riferiscono al numero di pazienti trasferiti tra le varie strutture, pubbliche e private accreditate, presenti sul territorio regionale. In conformità a tali dati è stato possibile ricostruire una matrice sociometrica di dimensione «35 × 35». Su ciascuna riga e colonna della matrice sono riportate le diverse strutture ospedaliere che, rispettivamente, inviano e ricevono pazienti, mentre le celle di intersezione contengono il numero di pazienti che transitano da una struttura all'altra. La matrice è asimmetrica, poiché il numero di pazienti trasferiti non necessariamente coincide con il numero di pazienti ricevuti. Il numero di pazienti inviati da ciascuna struttura presso altri ospedali della regione è stato rilevato in modo indiretto attraverso un'analisi dei tracciati record SDO/File A.

Distanza geografica. Anche la distanza geografica può essere espressa in forma diadica. Essa indica la distanza in termini di km di ciascuna struttura da tutti gli altri ospedali della regione. I dati sono stati ottenuti con l'ausilio di sistemi per la rilevazione delle distanze chilometriche inserendo in motori di ricerca dedicati e disponibili sul web l'indirizzo di ciascuna struttura ospedaliera.

La **tabella 1** riporta le statistiche descrittive relative alle variabili utilizzate nel presente lavoro. In Allegato viene riportata la rappresentazione grafica – ottenuta con l'ausilio del *software* NetDraw 1.0 (Borgatti et

Tabella 1

Statistiche descrittive delle variabili (periodo 2005-2007)

	2005				2006				2007			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Num. dimessi	7813.54	7212.36	239	30002	6398.91	6284.18	218	28044	5665.37	5825.34	133	26886
Distanza geografica	90.38	45.11	0	197	90.38	45.11	0	197	90.38	45.11	0	197
Collaborazione	0.63	4.59	0	128	0.590	4.231	0	105	0.725	5.046	0	126
Indice di rotazione	47.29	26.88	11.10	128.02	35.47	19.12	7.27	91.23	29.71	14.60	3.24	73.53
Euro per dimesso	2987	1748	1273	10328	2872	1391	1139	7988	2903	1474	1698	9479
Posti letto attivati	168.17	145.27	20	650	167.83	146.70	20	661	167.83	146.70	20	661
Num. discipline	11.23	7.88	1	32	11.14	7.84	1	33	11.14	7.84	1	33
Tip. istituzionale	1.80	0.96	1	3	1.80	0.96	1	3	1.80	0.96	1	3
Asl appartenenza	3	1.81	1	6	3	1.81	1	6	3	1.81	1	6

al., 2002) – delle reti competitive tra ospedali della Regione Abruzzo nei diversi anni considerati (2005, 2006 e 2007).

3.3. Modello statistico

Prima di introdurre in dettaglio il modello statistico è necessario precisare le motivazioni che ci hanno condotto alla sua scelta e al suo utilizzo. In primo luogo, come specificato nella precedente sezione, la variabile di indagine principale – la competizione – è una variabile di tipo relazionale. L'unità di osservazione dunque non è il singolo attore ma la diade, vale a dire il legame o connessione tra coppie di attori. Anche la cooperazione e la distanza geografica – come detto – sono espresse da variabili relazionali di questo tipo. La presenza di un attore in molteplici diadi genera dipendenza tra le osservazioni rendendo inappropriato l'utilizzo delle tecniche di regressione multi-variabile tradizionali. Lo spazio a disposizione non ci permette di esplicitare in dettaglio i limiti che derivano dall'applicazione delle tecniche di regressione multi-variabile a dati relazionali. Per un approfondimento si rimanda il lettore alla letteratura di riferimento (Dekker, Krackhardt, Snijders, 2007; Hubert, Schultz, 1976; Krackhardt, 1988).

Si rileva, inoltre, che i dati considerati in questo studio sono longitudinali e abbracciano un lasso temporale pluriennale che riguarda in particolare il triennio 2005-2007. Le relazioni tra gli attori sociali non sono immutabili nel tempo; anche i legami più stabili hanno un inizio e una fine. Osservando la rete o configurazione di una determinata relazione all'interno di uno stesso gruppo in almeno due momenti temporali successivi è possibile esaminare l'evoluzione o la dinamica di tale *network*. Questa evoluzione si può modellare e spiegare come funzione di effetti

strutturali e/o delle caratteristiche individuali degli attori (Snijders, Steglich, Schweinberger 2005). Gli attributi specifici degli attori possono favorire o inibire un legame tra due attori, sulla base dei meccanismi di omofilia o eterogeneità che governano i diversi tipi di relazione. Anche gli effetti strutturali sono meccanismi endogeni del *network* che si collegano alla probabilità dei legami tra gli attori (es., Lazega, Pattison, 1999; Lomi, Pattison, 2006); ad esempio, nelle relazioni di collaborazione tra ospedali è ragionevole ipotizzare una tendenza alla reciprocazione dei legami, per cui è più probabile che un soggetto A scambi inviando pazienti ad un soggetto B in un momento t_m nel caso in cui in un momento t_{m-1} B abbia inviato pazienti ad A che nel caso in cui questi due ospedali non abbiano mai collaborato in precedenza⁴. L'obiettivo complessivo è quello di costruire uno schema evolutivo che aiuti a comprendere l'effettiva dinamica del *network*.

Il modello utilizzato in questo studio è basato su catene markoviane con un parametro a tempo continuo osservato in momenti temporali discreti (Norris, 1997; Taylor, Karlin, 1998). Nello studio delle reti di relazioni tale schema matematico si applica «fotografando» il *network* in momenti successivi e partendo dal presupposto che negli intervalli tra i momenti di osservazione abbia luogo una continua evoluzione non osservabile (figura 3).

Il modello viene definito *actor-oriented* poiché si assume che al suo interno i singoli attori del *network* agiscono per ottimizzare la configurazione strutturale della rete in relazione ad una funzione di utilità che è rappresentativa dei propri obiettivi. In altre parole, si assume che i singoli attori abbiano consapevolezza sulla struttura della rete e che agiscano individualmente operando cambiamenti con la speranza di ottenere

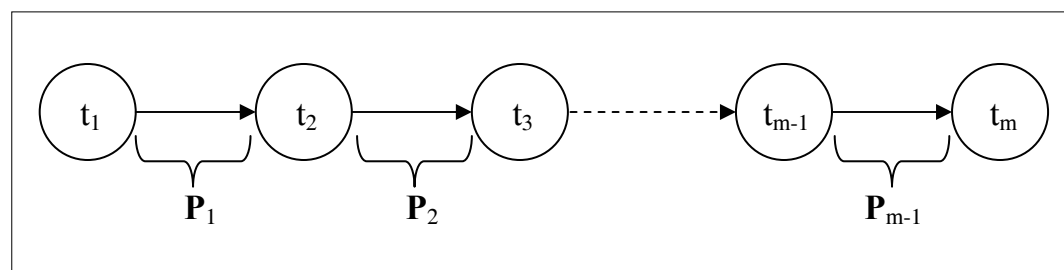


Figura 3
Catena markoviana con parametro, a tempo continuo osservato in momenti discreti

una migliore posizione. Gli attori, dunque, in questo modello, «sono indipendenti tra loro e agiscono senza coordinarsi, si preoccupano solo del breve periodo e non fanno supposizioni sulle eventuali contromosse di altri attori» (Savoia, 2007: 3). Formalmente, nei modelli orientati dall'attore si assume che l'attore i possa controllare le relazioni dirette verso gli altri attori, corrispondenti alla riga i -esima della matrice di adiacenza corrispondente, per tutte le variabili considerate. I cambiamenti avvengono soltanto una volta nel passaggio da un periodo all'altro e vengono definiti *ministep*. Il momento in cui l'attore i genera un cambiamento in uno dei suoi legami, così come la particolare forma che tale cambiamento assume, può dipendere sia dalla struttura complessiva del *network* sia dalle diverse caratteristiche attributive rappresentate dalle covariate eventualmente incluse nell'analisi.

I cambiamenti del *network* nel modello *actor-oriented* vengono definiti sulla base a) delle valutazioni degli attori che all'interno del *network* hanno la possibilità di cambiare le proprie relazioni e b) della frequenza di questi cambiamenti. Ci sono dunque due principali funzioni statistiche che permettono di stimare l'«entità» del cambiamento e la «forma» del cambiamento. Esse sono la cosiddetta *objective function* (funzione obiettivo) e la *rate function* (funzione di distribuzione nel tempo). Per un approfondimento degli aspetti matematici e statistici dei modelli rinviamo a Snijders (2005).

La stima di questi modelli sull'evoluzione nel tempo di un *network* è possibile attraverso l'utilizzo del *software* SIENA (acronimo di *Simulation Investigation for Empirical Network Analysis*), sviluppato da un gruppo di ricercatori olandesi coordinati dal professor Tom Snijders. Proprio SIENA è stato utilizzato nel presente studio per valutare l'evoluzione delle interdipendenze competitive tra strutture ospedaliere e l'impatto che variabili attributive e relazionali esercitano sui tassi di

cambiamento della competizione tra strutture ospedaliere.

4. Analisi e risultati

La presente analisi considera in primo luogo il tasso di cambiamento che ha caratterizzato il *network* competitivo nel triennio 2005-2007 e, successivamente, i livelli di associazione tra l'evoluzione del *network* ed alcune variabili attributive riferite ai singoli presidi ospedalieri presi in esame. La **tabella 2**, in particolare, mostra il numero di cambiamenti intervenuti nel tempo nei tre *network* di competizione: $0 \rightarrow 0$ indica il numero di diadi (coppie di ospedali) in cui sono assenti relazioni competitive nel passaggio da un anno all'altro, mentre $1 \rightarrow 1$ è il numero di relazioni di interdipendenza competitiva che si manifestano tra singoli ospedali nel passaggio da un periodo al successivo. I cambiamenti contraddistinti da $0 \rightarrow 1$ e $1 \rightarrow 0$ rappresentano il numero di relazioni competitive che, rispettivamente, si formano e si dissolvono nel passaggio da un periodo a quello successivo. Nel periodo considerato la tabella 2 mostra che si sono formate 102 (52 + 50) nuove relazioni e che, allo stesso tempo, si sono dissolte 94 (45 + 49) relazioni già esistenti.

La **tabella 3** mostra alcune statistiche descrittive relative all'evoluzione del *network* competitivo a livello regionale. La densità (*density*) esprime il rapporto tra il numero di relazioni competitive osservate e il numero complessivo delle diadi nel *network*. Il *degree* medio (*average degree*) è il numero medio dei concorrenti per le organizzazioni ospedaliere che operano nella regione. Dalla tabella si evince che nel passaggio dal 2005 al 2007 il *network* competitivo è diventato più denso (dal 29,7% al 30,4%) con un numero di interdipendenze competitive che è aumentato (da 354 a 362). Il numero medio dei concorrenti per i singoli ospedali è rimasto invece sostanzialmente invariato.

Tabella 2

Numero di cambiamenti tra i diversi momenti di osservazione

<i>Observation time</i>	$0 \rightarrow 0$	$0 \rightarrow 1$	$1 \rightarrow 0$	$1 \rightarrow 1$	<i>Distance</i>	<i>Jaccard</i>
2005 \rightarrow 2006	784	52	45	309	97	0.761
2006 \rightarrow 2007	779	50	49	312	99	0.759

Fino ad ora abbiamo dunque potuto constatare che il *network* competitivo ha avuto dei cambiamenti nel corso del triennio considerato. Per capire meglio i cambiamenti nel *network* e quali fattori hanno contribuito a generarli presentiamo i risultati del modello *actor-oriented*. La **tabella 4**, in particolare, mostra le stime ottenute dall'applicazione del modello *actor-oriented* attraverso il software SIENA.

Prima di commentare i risultati presenti nella tabella è opportuno chiarire due aspetti. Il primo riguarda i fattori endogeni, vale a dire le specifiche configurazioni relazionali (cosiddetti *motifs*) che il *network* investigato può assumere⁵. L'approfondimento di questi aspetti richiede argomentazioni che non possono essere trattate nello spazio a disposizione. Il secondo aspetto rilevante riguarda l'associazione che hanno gli attributi considerati sull'evoluzione del *network* nel tempo. Come anticipato, una serie di variabili strutturali, istituzionali e di attività sono state inserite nel modello al fine di individuare l'influenza che questi elementi hanno sui tassi di cambiamento nella rete competitiva a livello regionale. Nel modello

<i>Observation time</i>	<i>Density</i>	<i>Average degree</i>	<i>Number of ties</i>
2005	0.297	10.412	354
2006	0.303	10.618	361
2007	0.304	10.647	362

abbiamo provato a specificare alcuni effetti testando le ipotesi di omofilia – vale a dire gli ospedali tendono a competere con ospedali che presentano le stesse caratteristiche attributive – ed eterogeneità – ovvero gli ospedali «scelgono» come *competitor* ospedali dissimili in termini strutturali, ma anche istituzionali, di volumi di attività ecc. Queste ipotesi possono essere testate specificando nel modello la condizione nota come *similarity* data formalmente da $S_{ij}(v)=|v_i - v_j| - d$, dove v è un attributo categorico (es, tipologia istituzionale dell'ospedale) o continuo (es., numero di posti-letto) e d è la media di tutti i $|v_i - v_j|$. Nel caso in cui due ospedali fossero simili rispetto all'attributo v , allora si ha che $S_{ij}(v)=0$; viceversa nel caso di eterogeneità si ha che $S_{ij}(v)>0$. Oltre all'ipotesi di omofilia è inoltre possibile specificare la misura in cui

Tabella 3
Indicatori di densità del *network*

<i>Parameters</i>	<i>Estimates</i>	<i>Standard error</i>
<i>Rate parameters:</i>		
<i>Period 1</i>	3.8622	(0.4552)
<i>Period 2</i>	4.0720	(0.4687)
<i>Other parameters:</i>		
1. <i>Outdegree (density)</i>	- 1.2293 [†]	(0.1462)
2. <i>Reciprocity</i>	0.0480	(0.2269)
3. <i>Distanza geografica (centered)</i>	- 0.0121 [†]	(0.0023)
4. <i>Collaborazione (centered) × reciprocity</i>	1.2808 [†]	(0.5123)
5. <i>Tip. istituzionale</i>	0.1201	(0.1610)
6. <i>Asl appartenenza</i>	1.6406 [†]	(0.2828)
7. <i>Posti letto alter</i>	- 0.0097 [†]	(0.0021)
8. <i>Posti letto ego</i>	0.0013	(0.0019)
9. <i>Posti letto similarity</i>	- 1.7993	(0.9556)
10. <i>Num. discipline alter</i>	0.0305	(0.0252)
11. <i>Num. discipline ego</i>	- 0.0045	(0.0278)
12. <i>Num. discipline similarity</i>	1.3082	(0.8237)
13. <i>Euro per dimesso alter</i>	0.0001	(0.0001)
14. <i>Euro per dimesso ego</i>	0.0004 [†]	(0.0001)
15. <i>Euro per dimesso similarity</i>	3.0554 [†]	(1.0508)
16. <i>Num. dimessi alter</i>	0.3446	(0.4961)
17. <i>Num. dimessi ego</i>	0.1665	(0.5429)
18. <i>Num. dimessi similarity</i>	1.9835 [†]	(0.7634)
19. <i>Indice di rotazione alter</i>	- 0.0227 [†]	(0.0070)
20. <i>Indice di rotazione ego</i>	0.0089	(0.0081)
21. <i>Indice di rotazione similarity</i>	- 2.2011 [†]	(0.7981)
†p < 0.05		

Tabella 4
Risultati

le caratteristiche attributive dell'*alter* (vale a dire degli ospedali con cui si osservano relazioni di competizione) e dell'*ego* (l'ospedale singolarmente preso a riferimento) influenzano la propensione a instaurare relazioni competitive. Nella tabella 4, dunque, oltre al singolo attributivo (PostiLetto, NDiscipline ecc.) è possibile individuare anche la specificazione dell'effetto che si intende testare: *similarity*, *alter*, *ego*.

Dall'analisi della tabella 4 emerge in primo luogo che, contrariamente a quanto intuitivamente si è portati a pensare, la competizione è associata positivamente alla cooperazione nel *network* ospedaliero regionale ($\beta = -1,2808$; $p < 0,05$). Ciò complessivamente evidenzia il fenomeno di cosiddetta «cooperazione», in altre parole la presenza simultanea di collaborazione e competizione tra strutture ospedaliere a livello regionale (Barretta, 2007; Mascia *et al.*, 2008). Si rileva inoltre che la distanza geografica ha un impatto negativo sulla propensione a competere da parte degli ospedali ($\beta = -0,0121$; $p < 0,05$). La competizione sembra dunque svilupparsi prevalentemente a livello locale. Questo risultato trova conferma prendendo in considerazione l'intensità competitiva all'interno della Asl. In questo caso, il coefficiente positivo e significativo ($\beta = 1,6406$; $p < 0,05$) evidenzia che la competizione si sviluppa tra strutture appartenenti alla stessa Asl. Questo risultato se da un lato evidenzia l'esistenza e la rilevanza delle dinamiche competitive tra strutture della stessa Asl, dall'altro può essere interpretato come una carenza in termini di programmazione e di organizzazione dell'offerta ospedaliera. La creazione di reti di tipo *hub & spoke* tra ospedali è stata un esempio di armonizzazione dell'offerta a livello locale con l'obiettivo di evitare la duplicazione di costi e la scarsa focalizzazione su competenze di eccellenza in grado di rispondere a specifiche esigenze dei pazienti.

La variabile *posti-letto* è introdotta nel modello con lo scopo di verificare se le dinamiche competitive variano in base alla dimensione della struttura ospedaliera. La significatività del parametro *alter* ($\beta = -0,0097$; $p < 0,0021$) sta ad indicare che la competizione si manifesta soprattutto nei confronti di strutture ospedaliere che hanno una dimensione più piccola; in altri termini la com-

petizione è esercitata prevalentemente dalle strutture grandi verso le strutture più piccole. La variabile *euro per dimesso* intende verificare se la competizione è in qualche misura associata a fattori legati alla complessità della casistica trattata dalle diverse strutture ospedaliere. La significatività dei parametri *ego* ($\beta = 0,0004$; $p < 0,05$) e *similarity* ($\beta = 3,0554$; $p < 0,05$) per questa variabile complessivamente indica che la competizione avviene tra strutture che affrontano la stessa casistica. La variabile *numero di dimessi* indaga sull'impatto del volume di attività realizzato dalla struttura ospedaliera rispetto alla propensione a competere. La significatività del parametro *similarity* ($\beta = 1,9835$; $p < 0,05$) indica l'associazione positiva tra volume di attività e competizione. Il parametro *indice di rotazione* ha lo scopo di verificare se e in che misura le dinamiche competitive siano correlate o meno ad aspetti legati all'efficienza interna delle strutture ospedaliere. La significatività dei parametri *alter* ($\beta = -0,0227$; $p < 0,05$) e *similarity* ($\beta = -2,2011$; $p < 0,05$) sembra confermare che le strutture più efficienti esercitano una maggiore pressione competitiva soprattutto nei confronti delle strutture inefficienti. Le restanti variabili non sono associate in maniera significativa all'evoluzione della competizione nel *network* regionale.

5. Discussione

Se nel 1978 l'Italia ha adottato un sistema sanitario di tipo universalistico improntato alla cooperazione e al coordinamento «centralizzato» dei *provider*, successivi interventi di riforma (D.L.vo 502/1992 e D.L.vo 229/1999) hanno introdotto elementi volti ad accrescere i livelli di competizione tra le strutture con l'obiettivo di migliorare la performance organizzativa e di sistema. La devoluzione delle competenze e lo spostamento dell'autonomia e della responsabilità a livello regionale hanno progressivamente accentuato i livelli di competizione, generando una competizione *localizzata* tra strutture pubbliche e private, ma anche tra le stesse strutture pubbliche, a livello regionale.

Nonostante l'importanza che la competizione ospedaliera ha acquisito nel nostro Paese, nella letteratura riscontriamo un *gap* per quanto riguarda analisi empiriche accu-

rate sui livelli di competizione tra aziende ospedaliere. Gli studi organizzativi, ed in particolare la prospettiva ecologica allo studio delle organizzazioni, possono offrire un contributo ulteriore alla comprensione delle dinamiche competitive nel settore sanitario. Il presente lavoro ha affrontato il tema della competizione dando spazio all'applicazione di metodologie innovative che consentono di chiarire ulteriormente il fenomeno della competizione in ambito sanitario.

Più in particolare, il presente studio ha permesso di mostrare le potenzialità esplicative di modelli di misurazione della competizione di tipo relazionale attraverso una concreta applicazione al «mercato ospedaliero» della Regione Abruzzo. Le analisi condotte in questo studio consentono di descrivere in maniera accurata i livelli di rivalità tra *provider*, individuando, inoltre, alcune condizioni che incidono nel tempo sull'evoluzione competitiva. La competizione a livello di sistema è espressione di una complessa trama di relazioni interorganizzative che mutano in ragione di alcune caratteristiche strutturali e di attività dei *competitor*. I risultati evidenziano che, nel triennio considerato, la competizione a livello regionale è aumentata – con la crescita complessiva delle interdipendenze competitive osservate – e che tale aumento è indotto da cambiamenti nella struttura delle «relazioni di rivalità» tra organizzazioni ospedaliere. I risultati mostrano, inoltre, che alcune caratteristiche strutturali hanno inciso in misura significativa sulla propensione da parte degli ospedali a competere. Ad esempio, l'analisi ha chiarito che il livello di collaborazione tra strutture – misurato dal numero di pazienti trasferiti – è positivamente correlato alla rivalità tra strutture e che la distanza geografica incide negativamente sui livelli di competizione osservati. Quest'ultimo risultato, associato a quello che esprime una correlazione positiva per il parametro riferito all'appartenenza delle strutture alle medesime Asl, ha permesso di affermare che la competizione nella Regione avviene soprattutto a livello locale. I risultati chiariscono, infine, la particolare propensione degli ospedali a competere nei confronti di altre strutture in ragione di specifiche variabili strutturali quali la dimensione, la complessità della casistica trattata, l'efficienza organizzativa, i volumi di attività ecc. La

tendenza da parte di alcuni ospedali a competere soprattutto con strutture caratterizzate ad esempio da una complessità della casistica simile, segnala che in alcuni casi la rivalità è associata a fenomeni di omofilia. In altri casi si osserva una tendenza opposta, giacché la competizione è indotta da una significativa eterogeneità strutturale. Nel sistema regionale studiato, ad esempio, le interdipendenze competitive si manifestano soprattutto tra ospedali di diversa dimensione e che operano tendenzialmente in condizioni di efficienza interna eterogenee.

Oltre che rendere più chiare le dinamiche competitive all'interno del sistema regionale, l'analisi della competizione attraverso questo tipo di modelli ha il pregio di superare il tradizionale utilizzo di indicatori aggregati riferibili alla struttura complessiva del mercato. La misura proposta da Sohn, basata sul concetto di *niche overlap*, consente di «leggere» e interpretare il mercato sanitario alla stregua di un vero e proprio *meccanismo* attraverso cui gli attori che ne fanno parte (ospedali, Asl, strutture private ecc.) compiono delle previsioni e assumono delle decisioni che condizionano i comportamenti da parte degli altri attori. I concorrenti, più che agire in maniera isolata e indipendente, sono altamente interdipendenti all'interno mercato influenzandosi reciprocamente attraverso scelte che condizionano le risposte competitive adottate ed il loro posizionamento. La competizione non è dunque un concetto esclusivamente «macro» che, in quanto tale, può essere studiato come proprietà di aggregati (tipicamente «il settore»); al contrario, esso va interpretato alla luce dei meccanismi concreti attraverso cui le strutture ospedaliere coordinano le proprie azioni.

Le implicazioni per *policy maker* e operatori appaiono rilevanti. Misurare la competizione in termini relazionali permette in primo luogo al management delle aziende ospedaliere di aumentare la consapevolezza del quadro competitivo di riferimento. Una misura di tipo diadico della competizione consente, ad esempio, di individuare i principali concorrenti con una valutazione accurata da parte dell'azienda del livello di rivalità esistente tra le diverse strutture. Nell'ambito delle Asl l'applicazione di questi modelli può servire a chiarire se e in che misura i singoli presidi ospedalieri operano in maniera

armonica e collaborativa o, viceversa, competono per particolari categorie di pazienti o categorie diagnostiche principali. Analisi come quelle proposte in questo studio possono essere utili anche per supportare le scelte di politica sanitaria a livello regionale. Soprattutto in contesti di «quasi-mercato», dove programmazione regionale e autonomia aziendale coesistono, può essere necessario monitorare con attenzione il livello complessivo della competizione e la particolare evoluzione delle dinamiche competitive nel tempo a fronte di interventi di riorganizzazione territoriale come ad esempio l'accorpamento, l'integrazione o la riconversione tra ospedali. Approfondire il fenomeno della competizione attraverso l'utilizzo di questi modelli consentirà inoltre di verificare il grado di raggiungimento dei diversi obiettivi implicitamente previsti dalle riforme attuate all'interno del Ssn nel corso degli ultimi anni. Anche se prodotte in contesti istituzionali diversi, le evidenze mostrano ad esempio che se da un lato la competizione in ambito sanitario è associata positivamente ad un maggior livello qualitativo dei servizi, dall'altro essa determina anche un incremento dei costi nell'erogazione dell'assistenza (ad es. Robinson, Luft, 1985). Migliorare la qualità dei servizi e razionalizzare i costi – così come accrescere i livelli di equità, solidarietà, universalità e appropriatezza degli interventi – appaiono obiettivi imprescindibili dal fenomeno della competizione ospedaliera, dalla sua corretta comprensione e puntuale misurazione.

Per finire, esplicitiamo alcuni limiti del presente studio. In primo luogo, si rileva che lo specifico coefficiente utilizzato per misurare la competizione ospedaliera considera esclusivamente la rivalità *diretta* tra ospedali, ma non quella esercitata indirettamente da parte di una struttura sugli altri ospedali. Altro limite importante riguarda il particolare

orizzonte temporale triennale considerato ai fini dell'analisi. Oltre che per la limitatezza della finestra temporale, il triennio preso in considerazione sconta anche l'approvazione di un programma organico per la riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale siglato dalla Regione Abruzzo di concerto con il Ministero dell'economia e con il Ministero della salute per far fronte al crescente disavanzo. Queste misure, che complessivamente incidono sul funzionamento delle strutture sanitarie e sull'utilizzo dei regimi d'assistenza del macrolivello ospedaliero, producono anche un impatto sui particolari livelli di concorrenza ospedaliera osservati e sui risultati scaturiti dall'analisi condotta. Concludiamo osservando che i risultati del presente lavoro sono riferiti ad uno specifico contesto regionale e che, in quanto tali, essi non possono essere generalizzati ad altri contesti regionali del nostro Paese o ad altre realtà internazionali.

Note

1. Regione Abruzzo, del. G. reg. 224-2007 Piano di risanamento del Sistema sanitario regionale 2007-2009.
2. Indagine Asr Abruzzo del luglio 2006 sul numero di posti attivi presso le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate della Regione al 31/12/2005. Risultati disponibili sul sito www.asrabruzzo.it.
3. Regione Abruzzo, del. G. reg. 224-2007 Piano di risanamento del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009.
4. Nel presente studio vengono tralasciati gli effetti strutturali legati ai meccanismi endogeni del *network* (es., densità, reciprocità, *cycles*, ecc.).
5. Nella tabella 4 tali effetti endogeni sono rappresentati dalle configurazioni *Outdegree* e *Reciprocity*.

Ringraziamenti

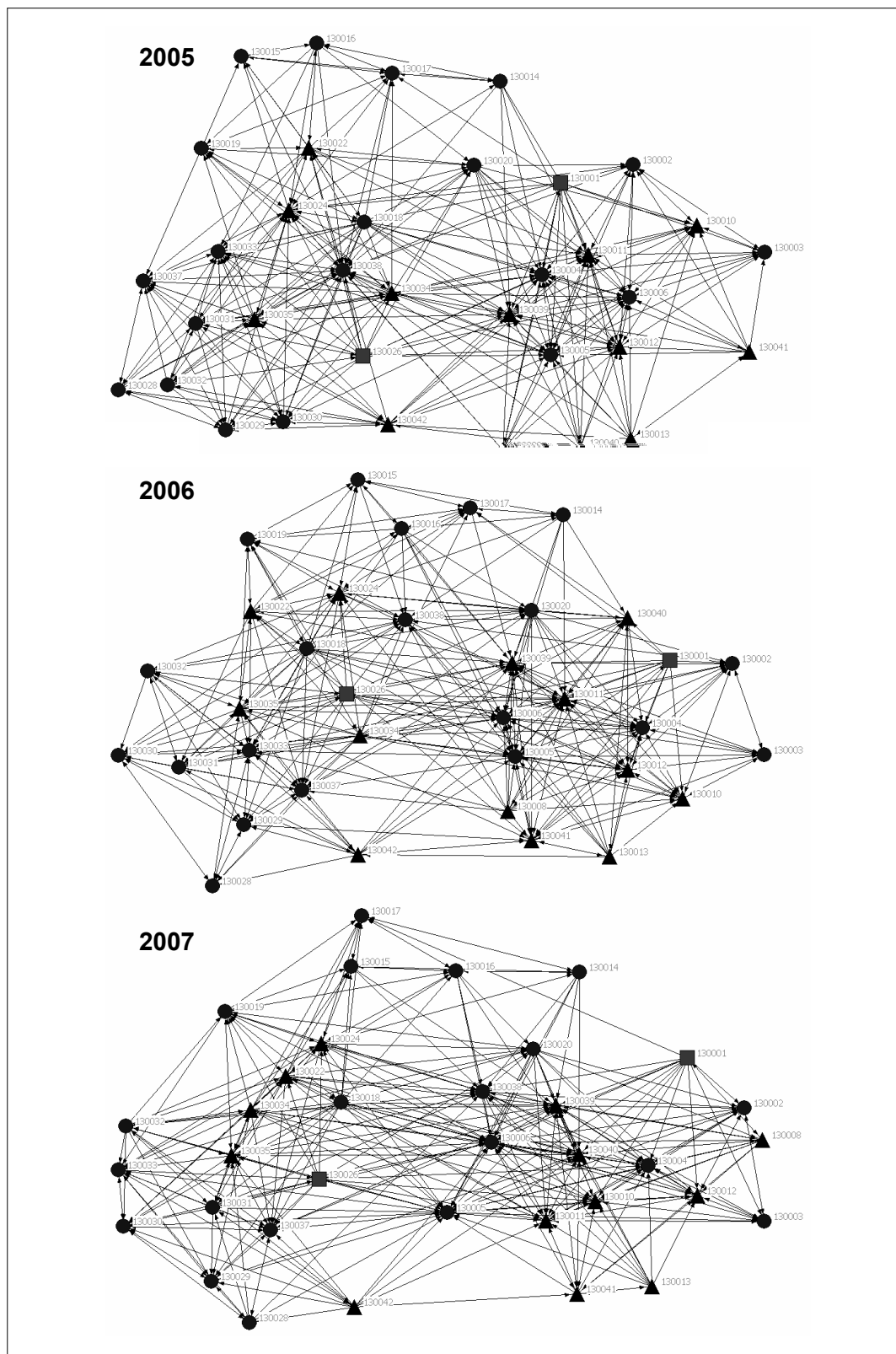
Gli autori desiderano ringraziare Americo Cicchetti per i preziosi suggerimenti forniti durante la stesura dell'articolo. Si ringraziano inoltre Vito Di Candia e Simona Martines dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Abruzzo per il supporto fornito nel reperimento dei dati. Una precedente versione di questo articolo è stata presentata a Matera (9-10 ottobre) in occasione del 13° convegno annuale dell'Aies.

B I B L I O G R A F I A

- ASTLEY W.G. (1985), «Two ecologies: Population and community perspectives on organisational evolution», *Administrative Sciences Quarterly*, 30, pp. 224-241.
- BAKER L. (2001), «Measuring Competition in Health Care Markets», *Health Services Research*, 36, pp. 223-251.
- BARRETTA A. (2007), «Il dualismo competizione/cooperazione fra aziende sanitarie pubbliche: un'analisi esplorativa», *Mecosan*, 61, pp. 49-68.
- BAUM J.A.C., HAVEMAN H.A. (1997), «Love thy neighbor? Differentiation and spatial agglomeration in the Manhattan hotel industry», *Administrative Science Quarterly*, 42, pp. 304-338.
- BAUM J.A.C., MEZIAS S.J. (1993), «Competition, institutional linkages and organizational growth», *Social Science Research*, 22, pp. 131-164.
- BORGATTI S.P., EVERETT M.G., FREEMAN L.C. (2002), *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*, Harvard, Analytic Technologies.
- BURNS L.R., THORPE D.P. (1993), «Trends and models in physician-hospital organizations», *Health Care Management Review*, 18(4), pp. 7-20.
- BURT R.S., TALMUD I. (1993), Market niche, *Social Networks*, 15(2), pp. 133-149.
- CASATI G., DI GHIONNO E., DI VINCENZO F., RICCI M., DI STANISLAO F. (2008), «Misurazione e valutazione della performance dei servizi sanitari nella Regione Abruzzo», *Monitor* 20, pp. 15-57.
- DEKKER D., KRACKHARDT D., SNIJDERS T.A.B. (2007), «Sensitivity or MRQAP test of collinearity and autocorrelation conditions», *Psychometrika*, 72, pp. 563-581.
- DELACROIX J., SWAMINATHAN A., SOLT M. (1989), «Density Dependence versus Population Dynamics: An Ecological Study of Failings in the California Wine Industry», *American Sociological Review*, 54, pp. 245-262.
- DRANOVE D., SHANLEY M., SIMON C. (1992), «Is hospital competition wasteful?», *RAND Journal of Economics*, 23, pp. 247-262.
- ELZINGA K., HOGARTY T. (1978), «The product of geographic market delineation revisited», *Antitrust Bulletin*, 23, pp. 1-18.
- HANNAN M.T., FREEMAN J.H. (1977), «The population ecology of organizations», *American Journal of Sociology*, 83, pp. 929-984.
- HANNAN M.T., FREEMAN J.H. (1989), *Organizational Ecology*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- HUBERT L., SCHULTZ J. (1976), «Quadratic assignment as a general analysis strategy», *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 29(2), pp. 190-241.
- KOPIT W., MCCANN R. (1988), «Toward a Definitive Anti-trust Standard for Non-profit Hospital Mergers», *Journal of Health Policy and Law*, 13, pp. 635-662.
- KRACKHARDT D. (1988), «Predicting with networks: Nonparametric multiple regression. Analysis of dyadic data», *Social Networks*, 10, pp. 359-381.
- LAZEGA E., PATTISON P.E. (1999), «Multiplexity, generalized exchange and cooperation in organizations: a case study», *Social Networks*, 21, pp. 67-90.
- LEIFER E.M. (1985), «Markets as mechanisms: using a role structure», *Social Forces*, 64, pp. 442-472.
- LEVINE S., WHITE P.E. (1961), «Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships», *Administrative Science Quarterly*, 5, pp. 583-601.
- LOMI A. (1991), *Reti organizzative. Reti tecniche e applicazioni*, Il Mulino editore, Bologna.
- LOMI A., PATTISON P.E. (2006), «Manufacturing relations: an empirical study of the organization of production across multiple networks», *Organization Science*, 17, pp. 313-332.
- LUFT H., MAERKI S. (1984-1985), «Competitive potential of hospitals and their neighbors», *Contemporary Policy Issues*, 3, pp. 89-102.
- LUFT H., PHIBBS C., GARNIK D., ROBINSON J. (1989), «Rejoinder to Dranove and Shanley», *Journal of Health Economics*, 8, pp. 479-483.
- MACKUC D.M., HAGLUND B., INGRAM D.D., KLEINMAN J.C., FELDMAN J.J. (1991), «The use of health service areas for measuring provider profitability», *Journal of Rural Health*, 7(4), pp. 347-356.
- MASCIA D., PALLOTTI F., CICCETTI A., LOMI A. (2008), «Cooperazione, competizione o cooperazione? Evidenze empiriche nel settore della sanità», *Studi organizzativi*, in corso di pubblicazione.
- MCLAUGHLIN C.G. (1988), Market responses to HMOs: price competition or rivalry?, *Inquiry*, 25, pp. 207-218.
- MCPHERSON M. (1983), «An Ecology of Affiliation», *American Sociological Review*, 48, pp. 519-532.
- MAPELLI V. (2007), *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*, Formez, Quaderni Formez, 57.
- NORRIS J.R. (1997), *Markov Chains*, Cambridge University Press.
- POPIELARZ P.A., NEAL Z.P. (2007), «The Niche as a Theoretical Tool», *Annual Review of Sociology*, 33, pp. 65-84.
- ROBINSON J., LUFT H.S. (1985), «The impact of hospital market structure on patient volume, length of stay and the cost of care», *Journal of Health Economics*, 4, pp. 333-356.
- ROBINSON J., LUFT H. (1988), «Competition, regulation and hospital costs, 1982 to 1986», *Journal of American Medical Association*, 260, pp. 2676-2681.
- SAVOIA L. (2007), «L'analisi della dinamica del network con SIENA», in A. Salvini, *Analisi delle reti sociali. Teorie, metodi, applicazioni*, Franco Angeli, Milano.
- SCOTT J. (1991), *Social Network Analysis. A Handbook*, Sage Publications, London.
- SNIJDERS T.A.B. (2005), «Model for Longitudinal Network Data», in P.J. Carrington, J. Scott, S. Wasserman, *Models and Methods in Social Network Analysis*, Cambridge University Press.

- SOHN M-W. (2001), «Distance and cosine measures of niche overlap», *Social Networks*, 23, pp. 141-165.
- SOHN M-W. (2002), «A Relational Approach to Measuring Competition Among Hospitals», *Health Services Research*, 37, pp. 457-482.
- TAYLOR H.M., KARLIN S. (1998), *An introduction to stochastic modelling*, Academic Press, San Diego, California.
- WHITE H.C. (1981), «Where do markets come from?», *American Journal of Sociology*, 87, pp. 517-547.
- WHITE H.C. (1984), «Varieties of markets», in B. Wellman, Berkowitz (eds.), *Structural Sociology*, Cambridge University Press.
- WONG H.S., ZHAN C., MUTTER R. (2005), «Do Different Measures of Hospital Competition Matter in Empirical Investigations of Hospital Behavior?», *Review of Industrial Organization*, 26, pp. 61-87.
- ZWANZINGER J., MELNICK G., MANN J. (1990), «Measures of hospital market structure: a review of the literature and a proposed approach», *Socio-Economic Planning Science*, 24, pp. 81-95.

6. Appendice. Rappresentazione grafica dei network di competizione



Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Il controllo strategico nelle Aziende sanitarie pubbliche

ANNA PRENESTINI

Strategic Management is not fully diffused in Italian public healthcare organizations. The few public healthcare organizations adopting framework and tools of strategic planning often disregard an essential part of Strategic Management: Strategic Control. This paper proposes a theoretical framework concerning Strategic Control. It starts from an international management literature review, adapting the studies on this topic to the peculiarities of public healthcare organizations. In addition, it analyses the main strategic control tools currently used in the Italian healthcare sector to assess the gap to fill, according to the theoretical framework.

Keywords: strategic control, healthcare organization, balanced scorecard

Parole chiave: controllo strategico, aziende sanitarie, balanced scorecard

Note sugli autori

Anna Prenestini è ricercatrice CERGAS - SDA - Università Bocconi; anna.prenestini@unibocconi.it

Ringraziamenti

L'autrice ringrazia Federico Lega per i commenti che hanno contribuito alla stesura finale dell'articolo

1. Introduzione

La sanità italiana è stata interessata, negli ultimi quindici anni, da profondi cambiamenti dovuti all'affermazione dei principi di decentramento regionale e aziendalizzazione. Tali principi, introdotti dal D.L.vo 502/92, pur con impatti differenti tra le regioni italiane e all'interno delle stesse, hanno contribuito in modo decisivo alla responsabilizzazione degli attori del sistema sanitario (Longo, 1999).

Il processo di regionalizzazione ha esteso il ruolo della Regione fino a renderla una vera e propria «holding capogruppo» di un sistema sanitario regionale in cui le Aziende sanitarie stanziate nel territorio divengono «società controllate» (Cantù, 2002). Questo fenomeno ha reso più rilevante, in particolare, il compito della Regione di delineare le politiche complessive del Servizio sanitario regionale nel lungo periodo attraverso il Piano sanitario regionale, alla luce delle disposizioni contenute nel Piano sanitario nazionale e nei documenti di programmazione economica e finanziaria nazionali che indicano l'ammontare di risorse finanziarie destinato alla sanità su un arco di tempo quinquennale.

D'altro canto, il riconoscimento della qualità di azienda nei confronti delle strutture sanitarie ha comportato un ampliamento del grado di autonomia di queste ultime, cui consegue una maggiore responsabilizzazione su risorse utilizzate e risultati ottenuti¹. L'enfasi sull'autonomia e sulla correlata responsabilità economica ha condotto alla progressiva introduzione di strumenti manageriali per la gestione dell'attività aziendale. Tra questi sono ormai consolidati i sistemi di programmazione e controllo (PeC), utilizzati dalla quasi totalità delle Aziende sanitarie italiane, mentre i sistemi di pianificazione e controllo

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Definizione e approcci
3. Funzioni, influenza e criticità
4. Le leve per l'esercizio del controllo strategico nelle Asp
5. Gli strumenti per il controllo strategico: le tendenze nel contesto italiano
6. Considerazioni conclusive

strategico sono indubbiamente meno sviluppati, quantunque sempre più aziende abbiano introdotto logiche e strumenti di pianificazione della strategia e formulato «Piani Strategici Aziendali».

Un altro aspetto del processo di responsabilizzazione, che sta emergendo con molta intensità negli ultimi anni, è relativo all'*accountability*, ossia «l'esigenza di rendere conto da parte di coloro che hanno ruoli di responsabilità nei confronti della società o delle parti interessate al loro operato ed alle loro azioni» (Pezzani, 2003). Nella pubblica amministrazione il concetto di *accountability* si traduce nella capacità di creare «valore economico e sociale» in modo correlabile al valore delle risorse impiegate e di darne conto alla società in modo trasparente ed esauritivo. Attraverso il Piano strategico aziendale, i soggetti esterni sono edotti riguardo alle attività che l'Azienda intende svolgere nel suo futuro ed è l'azienda stessa che, *ex post*, deve rendere conto alla società e alle istituzioni del suo operato rispetto agli obiettivi strategici che ha comunicato.

In questo lavoro si fa riferimento ad un modello di gestione strategica aziendale secondo il quale il management, nell'intento di raggiungere la migliore performance, cerca una «postura» originale dell'azienda rispetto all'ambiente di riferimento, prendendo atto sia della specificità delle competenze interne, sia delle caratteristiche del contesto, sia delle leggi economiche e comportamentali che governano quel determinato settore² e provvedendo ad un suo adeguamento qualora l'ambiente dovesse cambiare (Dematté, 2002). La strategia è lo strumento attraverso il quale il management, anziché limitarsi a gestire il presente, cerca di cogliere le opportunità e di gestire le minacce che scaturiscono dal cambiamento. Seguendo questa filosofia gestionale, il processo strategico di un'azienda si compone di diversi momenti, strettamente interconnessi, che possono essere sintetizzati in tre fasi fondamentali: la formulazione della strategia, la sua implementazione e il controllo strategico³.

Invero, anche le aziende che hanno investito maggiormente su un approccio strategico, hanno sovente tralasciato un tassello indispensabile del sistema, sia ai fini della gestione dell'azienda da parte dei manager, sia ai fini della rendicontazione verso l'ester-

no, ossia il controllo della strategia. Tale tipologia di controllo deve coinvolgere tutto il processo strategico e non può certo esaurirsi nella semplice programmazione e rendicontazione annuale operata dall'azienda tramite il *budget*.

Questo articolo propone al lettore un *framework* teorico sul controllo strategico a partire da un'analisi della principale letteratura economico-manageriale sul tema, affrontando la necessità di ricondurre diversi approcci teorici, riferiti prevalentemente al mondo imprenditoriale, alle specificità delle Aziende sanitarie pubbliche (Asp)⁴. Un secondo scopo è quello di evidenziare i diversi strumenti che vengono attualmente utilizzati nel contesto sanitario italiano per il controllo della strategia, al fine di analizzare quali sono gli spazi di sviluppo dei sistemi di controllo strategico rispetto al *framework* delineato.

2. Definizione e approcci

Il *gap* nello sviluppo di logiche e di meccanismi di controllo strategico ha una delle sue origini nel ritardo di oltre un decennio con cui tali studi sono stati avviati rispetto ai contributi della letteratura sulla pianificazione strategica⁵. Il controllo strategico è stato, almeno inizialmente, scarsamente considerato dagli studiosi di strategia e anche poco utilizzato all'interno delle imprese, che continuavano a focalizzarsi unicamente sulla formulazione della strategia. In seguito ad alcuni importanti contributi della letteratura internazionale e – in parte – italiana⁶, il controllo strategico ha assunto una maggiore importanza nel dibattito scientifico, non potendosi più considerare come ancillare alla pianificazione strategica ma come momento imprescindibile nell'intero processo di formulazione, implementazione e verifica della strategia. Sebbene i contributi sul controllo strategico siano ancora, in larga parte, focalizzati sull'istituto impresa, è sempre più sentita la necessità di destinare tali logiche e strumenti alla pubblica amministrazione⁷ e, in particolare, alle aziende sanitarie, come risposta ad alcune tensioni di fondo che caratterizzano l'ambiente esterno (fra queste influenze non possiamo dimenticare le pressioni istituzionali da parte della Regione, in quanto *holding* capogruppo del Ssr, per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel

Piano strategico aziendale, e la crescente rilevanza degli *stakeholder* sociali, nei confronti dei quali l'azienda deve rendere conto del proprio operato) e l'ambiente interno (l'esigenza di dover dotare i manager degli strumenti atti a verificare l'andamento della strategia aziendale).

Partendo dallo studio della letteratura, si evince che non esiste un'univoca definizione di controllo strategico, sebbene vi sia una certa convergenza della letteratura nel considerarlo un sistema direzionale volto ad orientare il comportamento aziendale verso la realizzazione di una specifica strategia o contribuire alla sua ridefinizione (Bergamin Barbato, 1991), in quanto fornisce al vertice aziendale tutte le informazioni necessarie per decidere se e come modificare la strategia.

In particolare, il concetto di controllo strategico presenta due accezioni fondamentali, l'una interpreta la nozione in modo estremamente ristretto, l'altra lo intende in senso più ampio.

Nel primo tipo di definizione, il controllo strategico ha per oggetto la verifica dell'avanzamento delle strategie intenzionali, principalmente attraverso l'utilizzo di strumenti diagnostici costruiti su misure di performance quantitative e qualitative. In tal caso, l'indagine mira unicamente ad evidenziare se vi sono stati scostamenti significativi tra situazione desiderata e situazione realizzata, ovvero tra gli obiettivi della strategia e ciò che è stato concretizzato.

L'accezione più ampia, invece, comprende nelle funzioni del controllo strategico, oltre la semplice verifica dell'attuazione della strategia in relazione a quanto prefissato, anche la verifica della persistenza della validità della strategia alla luce delle dinamiche ambientali. I sistemi di controllo strategico rimangono, quindi, solo in parte dei «servomeccanismi per la realizzazione della strategia» (Brunetti, 1994, p. 443), il cui compito è esclusivamente quello di monitorare le azioni intraprese per realizzare le strategie e i risultati – parziali e definitivi – che da esse promanano, ma si spostano verso forme di controllo anticipativo che hanno per oggetto le ipotesi stesse sulle quali è stata costruita la strategia. Gli elementi su cui si focalizza l'attenzione sono da un lato gli schemi cognitivi sulla base dei quali sono state elaborate le informazioni disponibili, dall'altro l'ambiente

interno ed esterno alla ricerca di quei segnali «deboli» che, opportunamente filtrati attraverso gli schemi cognitivi, arricchiscono significativamente le informazioni disponibili (Del Vecchio, 2001).

Si può suddividere ulteriormente il controllo strategico sulla base dei meccanismi che vengono utilizzati per portarlo a compimento, ovvero meccanismi di *feedback* o meccanismi *feedforward*.

Il primo tipo di controllo avviene esclusivamente a posteriori per verificare se la strategia implementata ha conseguito i risultati pianificati in partenza. In tal caso, il controllo strategico ha la funzione di supportare i manager nell'adozione di misure correttive quando i risultati conseguiti sono differenti da quelli ricercati inizialmente (Horovitz, 1979). Tuttavia, un problema riscontrabile nell'applicazione di questo meccanismo deriva dalla natura stessa di controllo *ex post*: infatti, non solo il controllo potrebbe arrivare troppo tardi per poter effettuare correzioni significative, ma la sua stessa logica porta a considerare «positivi» solo i risultati pianificati e non quelli realizzati, nel senso che gli obiettivi vengono dati per scontati e agli scostamenti viene associato un giudizio negativo, indipendentemente dalla bontà del risultato effettivamente ottenuto (Schreyogg, Steinmann, 1987, p. 92; Brunetti, 1994, p. 443).

Il controllo strategico basato su meccanismi *feedforward*, ovvero che permettono di controllare l'andamento della strategia prima che essa sia completata, è uno strumento molto più utile per i manager, in quanto consente di apportare cambiamenti nel corso dell'implementazione della strategia. Si costruisce, in tal modo, un vero e proprio sistema di sorveglianza continuo, volto ad individuare eventi critici imprevedibili e non identificati precedentemente che potrebbero, se non affrontati in tempo, condurre al fallimento della strategia.

In ogni caso, il controllo esercitato attraverso meccanismi di *feedback* strategico riveste comunque un ruolo importante sia per l'apprendimento organizzativo, perché consente di modificare gli obiettivi parziali durante l'implementazione del piano strategico e, nel caso degli obiettivi finali, permette di «imparare dal passato» traendo spunti per formulare le nuove strategie in modo più

coerente e adeguato, sia per il sistema incentivante, in quanto permette di valutare il conseguimento dei traguardi in modo da assegnare le ricompense, se previste.

In questo saggio non si intende fare una disamina di tutti i modelli di controllo strategico elaborati in letteratura, ma proporre alcune delle più importanti teorie che mirano a definirne il sistema e a tracciarne gli elementi principali.

Schreyogg e Steinmann (1987), ripresi in seguito da Brunetti (1994), fissano l'idea di controllo strategico come sistema di monitoraggio continuo e la inseriscono all'interno di un processo basato su tre sistemi (**figura 1**): il controllo delle assunzioni chiave (*premise control*), il controllo dell'implementazione della strategia (*implementation control*) e la sorveglianza strategica (*strategic surveillance*). L'ipotesi alla base del lavoro di tali autori è che l'incertezza ambientale non sia eliminabile, quindi il sistema di controllo strategico non deve limitarsi ad accertare se i risultati sono in accordo con i piani, ma è necessario che verifichi se i piani strategici, in corso d'azione, mantengono la propria validità. D'altra parte, le aziende sono complesse a causa dell'elevato numero di elementi interni (risorse materiali, umane, intangibili, tecnologiche) di cui sono composte e delle varie relazioni che esse instaurano con l'ambiente di riferimento. Le due ipotesi di incertezza ambientale e complessità aziendale

provocano il fenomeno dell'ambiguità, che i manager devono necessariamente governare attraverso il controllo della strategia.

La prima linea d'azione dei sistemi di controllo strategico (*premise control*) mira alla verifica e al monitoraggio delle premesse strategiche, in altre parole delle ipotesi in base alle quali si è costruita la strategia. È un sistema che lavora *ex ante*, cioè prima che si producano i risultati della strategia; in tal caso, si utilizzano una serie di sensori che indagano l'ambiente, esterno ed interno all'azienda, con lo scopo di «anticipare» la modifica delle ipotesi basilari della strategia.

Il secondo sistema di controllo (*implementation control*) si occupa del monitoraggio delle azioni intraprese per realizzare le strategie. Il controllo della strategia «corrente» si basa sulla verifica del conseguimento di obiettivi parziali (*milestones*) e finali: gli obiettivi intermedi rappresentano indicatori di breve e medio termine, il cui raggiungimento è condizione imprescindibile per proseguire nella realizzazione della strategia. Se ciò non avviene, diventa indispensabile modificare il piano strategico.

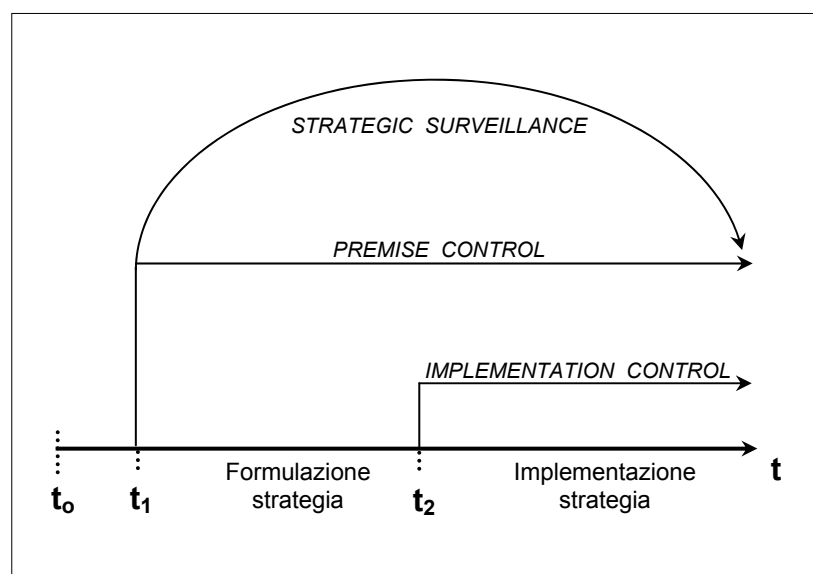
L'ultimo sistema di controllo, definito come vero e proprio «sistema di sorveglianza» (*strategic surveillance*), ha il compito di monitorare tutti gli eventi che intervengono nell'azienda e nell'ambiente, imprevedibili in sede di formulazione della strategia, individuando eventuali rischi/criticità o evidenziando le opportunità che, se sfruttate, potrebbero far crescere l'azienda. La difficoltà maggiore deriva dall'interpretare i segnali provenienti dall'ambiente che, per loro natura, sono «deboli» e altamente ambigui.

L'adozione di un'accezione ampia di controllo strategico e di un sistema fondato su entrambi i meccanismi si rivela, a parere di chi scrive, più opportuna. Tale concezione, infatti, assume particolare rilievo soprattutto in contesti caratterizzati da notevole dinamicità e complessità, caso che coinvolge, nella realtà attuale, la maggior parte dei settori ma, in particolare, il settore sanitario, in quanto contraddistinto da una critica scarsità di risorse, un'elevata rilevanza sociale e un significativo dinamismo tecnologico e clinico, che determinano l'esigenza indifferibile di governare adeguatamente la turbolenza interna ed esterna.

Figura 1

I sistemi del controllo strategico

Fonte: Schreyogg, Steinmann (1987)



In aggiunta, in assenza di un meccanismo di revisione della strategia *in itinere*, l'integrazione tra strategia deliberata e strategie emergenti – ovvero tra la strategia «formulata» e formalizzata nel piano e le strategie che si «formano» non intenzionalmente ma come risultato di un processo di apprendimento organizzativo (Mintzberg, 1994) – avviene secondo il meccanismo del «garbage can» o «cestino della spazzatura» (Cohen, March, Olsen, 1972): ossia cercando di trovare, tra una serie di soluzioni possibili, quella più coerente e giusta per rispondere al problema, senza tuttavia essere certi che vi sia un collegamento razionale tra questione strategica e soluzione, ma sovente spinti da una convenienza particolare (Lega, 2006).

3. Funzioni, influenza e criticità

La decisione di realizzare un sistema di controllo strategico all'interno dell'azienda deriva anche dalla riflessione sull'importanza delle funzioni cui esso assolve. Goold e Quinn (1990/a), ritengono che siano tre le ragioni per le quali istituire il sistema di controllo strategico: coordinare gli sforzi dei collaboratori, motivare il personale e supportare i manager nel processo di cambiamento.

In primo luogo il controllo strategico, soprattutto nel caso di aziende di grandi dimensioni, consente di coordinare gli sforzi del personale per conseguire gli obiettivi strategici: aiuta pervenire ad un accordo sulla strategia tra i manager ai differenti livelli della gerarchia aziendale, orientando le azioni e le scelte al fine di raggiungere la situazione desiderata. Il controllo strategico deve, infatti, coinvolgere l'azienda nella sua interezza in modo da diffondere la dimensione strategica a tutti i livelli (Bergamin Barbato, 1991).

La seconda funzione del controllo strategico è quella di motivare ogni singolo dirigente verso il raggiungimento degli obiettivi. All'interno delle grandi aziende esiste un grave problema riguardante la divergenza tra le aspirazioni individuali e gli obiettivi aziendali. Tale problema, lungamente esaminato in letteratura e noto come modello «principale-agente», può comportare che i livelli più bassi della dirigenza tendano a non lavorare per il conseguimento delle mete stabilite nel piano strategico ma si volgono verso obiettivi individualistici. Una risposta

a tale criticità proviene dal sistema di controllo strategico che motiva i manager, anche attraverso la predisposizione di un meccanismo di incentivi, in modo tale che essi dirigano i propri sforzi verso il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali. Il sistema ritenuto più efficace anche da questi autori è quello di delineare le *milestones*, obiettivi intermedi da conseguire entro periodi di tempo definiti.

Infine, il sistema di controllo strategico ha la funzione di *supportare i manager nel processo di cambiamento strategico*. In altre parole, grazie alle informazioni che scaturiscono dal controllo delle premesse strategiche, dal monitoraggio della performance e dall'accertamento degli scostamenti, il controllo strategico segnala ai dirigenti la necessità di intervenire per modificare la strategia⁸.

Un altro punto importante è cercare di definire quale sia l'area di influenza del controllo strategico, ossia come esso si pone rispetto alle altre tipologie di controllo (direzionale ed esecutivo) e quale sia il livello gerarchico aziendale al quale esso si rivolge⁹.

Nello specifico, il controllo esecutivo, ovvero il livello più basso di controllo, ha per oggetto il comportamento dei collaboratori di livello inferiore ed è orientato ad assicurare il corretto adempimento di compiti specifici.

Il controllo direzionale assume come strumento principe il *budget*, sintesi di obiettivi di breve termine espressi in valori quantitativo-monetari, che mantiene la sua importante validità nel breve periodo e quando il nesso causa-effetto tra decisione e risultato è di tipo diretto, in altre parole quando si può risalire prontamente alla scelta manageriale che ha causato una particolare conseguenza economica. Tuttavia, tale strumento perde tutto il suo potenziale nel momento in cui la dimensione temporale da prendere in considerazione supera l'anno, il rapporto causa-effetto diventa indiretto e a prevalere sono gli elementi qualitativi. Gli obiettivi di *budget* del controllo direzionale, sotto altra luce, sono la traduzione nel breve periodo degli obiettivi della strategia. Dunque, tale tipologia di controllo riguarda l'attuazione del piano strategico ed è orientato prevalentemente ad alimentare l'attività dei dirigenti di linea di

primo livello, ossia posti a capo di centri di responsabilità.

Il controllo strategico, invece, non può riguardare i livelli decisionali più bassi poiché la visione strategica richiede una prospettiva di una qualche ampiezza, anche se si può affermare che tutte le decisioni che si prendono in Azienda producono un avvicinamento o meno (a seconda della correttezza del loro indirizzo) agli obiettivi strategici (Bergamin Barbato, 1991).

I tre livelli di controllo interagiscono in vario modo con i diversi livelli gerarchici aziendali (**figura 2**), ossia a livello di azienda nel suo complesso (*corporate*), a livello di business/divisione (ASA)¹⁰ e a livello di singola funzione.

A livello corporate/aziendale è il controllo strategico, inteso in tutte le sue accezioni, che ha maggiore importanza, sebbene la dirigenza centrale si debba occupare anche del controllo direzionale e, in minima parte, del controllo esecutivo.

A livello di ASA (dipartimenti, distretti, strutture complesse ad alta intensità di capitale umano e/o tecnologico, ecc.) tutte le tipologie di controllo sono necessarie per assicurare la buona gestione. I responsabili di ogni divisione devono tenere sotto controllo le risultanze del controllo strategico sia per verificare l'operato della loro unità in vista degli obiettivi strategici aziendali sia per po-

ter esercitare un'influenza *bottom-up* sulla strategia, contribuendo a ridefinirla.

A livello funzionale è meno significativo il contributo del sistema di controllo strategico mentre assume particolare rilevanza non solo il controllo esecutivo, ma anche il controllo direzionale.

L'importanza dei processi di controllo è, quindi, innegabile e largamente riconosciuta, ma ancora poche sono le aziende che, oltre a dotarsi di un sistema di controllo direzionale/budgetario hanno implementato un sistema controllo strategico¹¹, nonostante il primo dimostri dei limiti derivanti dalla sua stessa natura di controllo a breve termine. Le principali criticità che affronta l'azienda nella progettazione ed implementazione di un sistema di controllo strategico riguardano (Goold, Quinn, 1990/b):

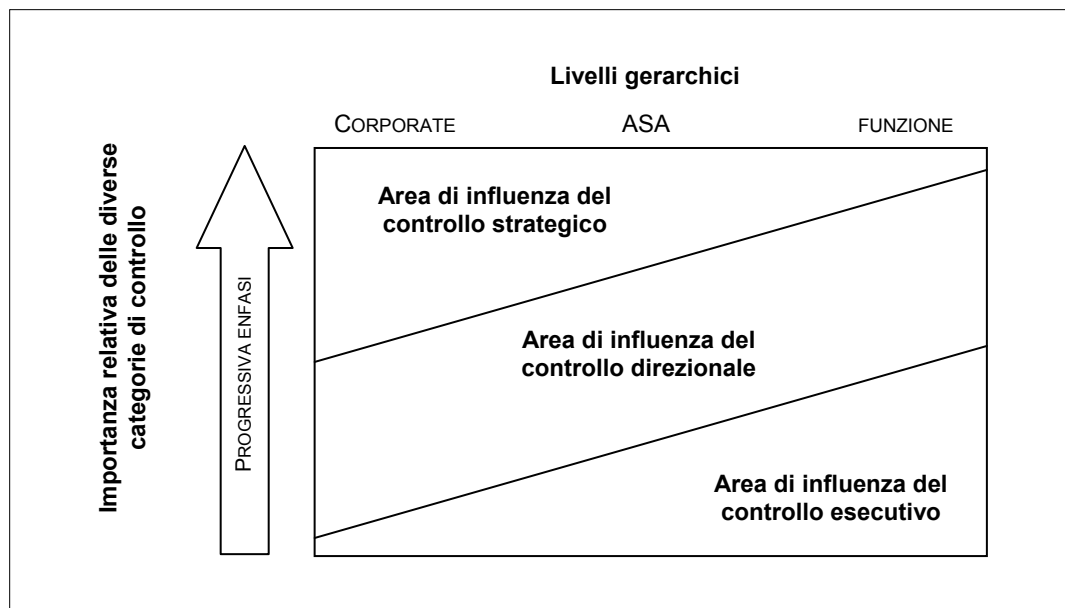
- l'individuazione di misure di performance adatte, dovute alla natura soggettiva delle variabili da misurare e alla difficoltà di reperimento dei dati;

- la determinazione di obiettivi parziali sufficientemente sfidanti ed, al contempo, abbastanza flessibili da poter garantire all'individuo un certo arbitrio riguardo le modalità di conseguimento; i traguardi parziali, infatti, sono indispensabili per dare concretezza al processo di controllo strategico, in quanto i manager riescono a concentrarsi maggior-

Figura 2

I livelli di controllo e aree di influenza

Fonte: Lorange, Morton, Ghoshal (1986)



mente su obiettivi di breve periodo piuttosto che su quelli di lungo periodo¹², ma devono essere stabiliti in modo da essere pienamente indicativi del progresso verso gli obiettivi di lungo termine;

– la scelta di come reagire se tali *target* non sono raggiunti; il mancato raggiungimento della performance stabilita, infatti, può essere sintomo di carenze intrinseche della strategia o della sua cattiva implementazione. Il *top management* deve individuare precisamente se il fallimento ha origine dall'una o dall'altra causa: nel primo caso dovrà avviare la revisione della strategia, nel secondo dovrà sollecitare i dirigenti responsabili della cattiva attuazione del piano strategico, di per sé valido.

Le funzioni del controllo strategico fin qui definite sono prevalentemente «interne», ossia si rivolgono principalmente al management e alle persone che lavorano all'interno dell'azienda per aiutarle nel processo strategico. Nelle Asp, tuttavia, in quanto aziende pubbliche, si aggiunge un'altra importante funzione che deve essere svolta dal sistema di controllo strategico, ossia la «rendicontazione» dei risultati strategici nei confronti degli *stakeholder* esterni (principalmente cittadini e soggetti istituzionali di riferimento), che sarà approfondita nel § 6.

4. Le leve per l'esercizio del controllo strategico nelle Asp

L'approccio di Simons (1995) offre una buona chiave di lettura riguardo l'applicazione del controllo strategico ai fini dell'esercizio delle funzioni sopra delineate, ma con riferimento al mondo imprenditoriale. Questo lavoro intende riprendere l'approccio teorico di Simons adattandolo al contesto delle Asp.

L'autore parte dalla consapevolezza che l'impresa – e tali considerazioni possono essere traslate anche alle Asp – sia costretta ad affrontare un ambiente estremamente dinamico che non permette più l'azione dei vecchi meccanismi di «comando e controllo» (strategia definita dall'alto, standardizzazione, risultati in linea con la pianificazione e privi di qualunque sorpresa), ma che provoca una tensione sul sistema di controllo strategico giacché deve adeguarsi a nuove caratteristiche e criticità. Difatti, la strategia è sempre

più guidata dalle esigenze del cliente/utente al quale diventa necessario rispondere pienamente e sollecitamente (*customization*), in più è attribuita una nuova enfasi al concetto di *empowerment* del personale dell'azienda e alla necessità di innovazione continua¹³. In realtà, il controllo strategico deve bilanciare le esigenze contrastanti (tra libertà e vincoli, tra responsabilizzazione e responsabilità, tra direzione *top-down* e creatività *bottom-up*, tra sperimentazione ed efficienza), non operare una scelta tra i due poli opposti.

L'autore si focalizza sugli aspetti informativi del sistema di controllo e propone una teoria innovativa per il controllo della strategia in cui i manager si avvalgono di quattro leve fondamentali¹⁴:

1) i sistemi di «credo» o dei valori (*beliefs system*), utilizzati per sollecitare ed indirizzare la ricerca di nuove opportunità;

2) i sistemi di «limite» o dei «confini» (*boundaries system*), utilizzati per delimitare i comportamenti volti alla ricerca di opportunità al fine di evitare inutili rischi;

3) i sistemi di controllo diagnostico (*diagnostic control system*), utilizzati per motivare, controllare e orientare i manager verso il raggiungimento di obiettivi specifici, premiandoli se i risultati desiderati vengono conseguiti;

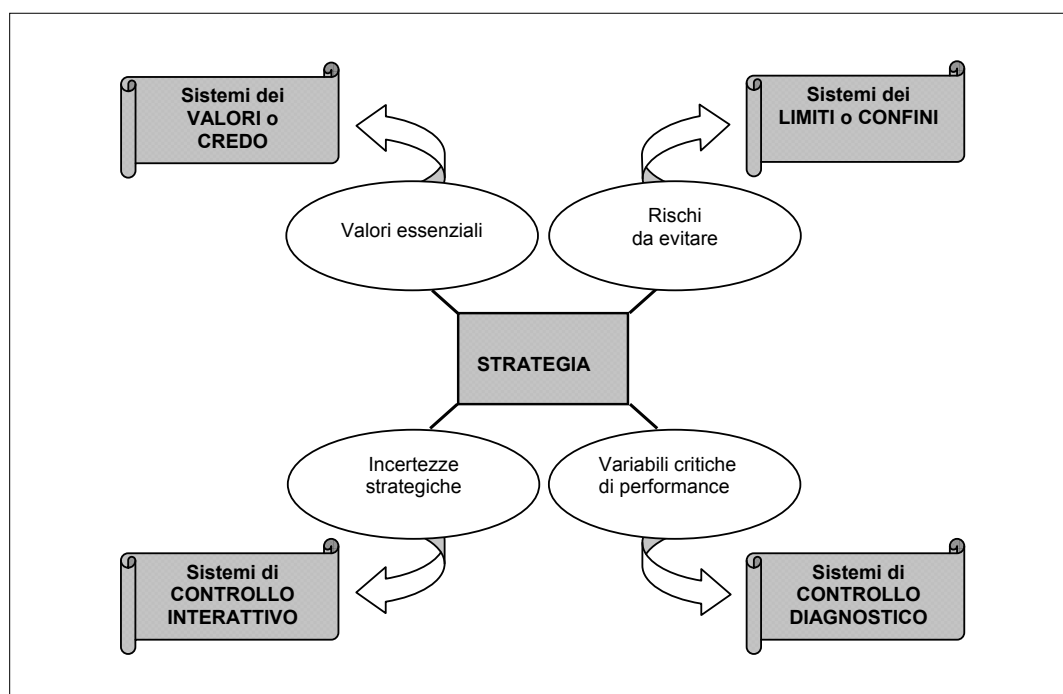
4) i sistemi di controllo interattivo (*interactive control system*), utilizzati per incoraggiare l'apprendimento organizzativo e lo sviluppo di nuove idee e strategie.

La **figura 3** rappresenta il sistema di controllo strategico come ideato da Simons (1995). Al centro dell'analisi si pone la strategia aziendale, ovvero come un'azienda compete e si posiziona nell'ambiente di riferimento. Il secondo livello rappresenta i quattro costrutti chiave che devono essere analizzati e capiti per implementare con successo la strategia, ossia i valori essenziali, i rischi da evitare, le variabili critiche di performance e le incertezze strategiche. Ogni costrutto è controllato da un diverso sistema, o leva, il cui utilizzo ha diverse implicazioni. Le quattro leve di controllo sono interdipendenti ed operano simultaneamente ma, come detto, per scopi differenti.

I sistemi dei «valori» o di «credo» (*beliefs system*) sono forze «positive» che guidano

Figura 3

Controllo della strategia aziendale: variabili chiave
 Fonte: Simons (1995)



L'attività di sviluppo strategico in modo creativo e diffuso e si concretizzano in un insieme di definizioni quali: la dichiarazione dei valori e degli intenti, la *mission* aziendale, la *vision*, ecc. Il sistema dei valori supporta il controllo strategico nella sua funzione di coordinamento e di motivazione. La dichiarazione di intenti, ad esempio, permette di orientare le abilità individuali verso risultati coesivi per tutta l'organizzazione, solo così ogni individuo comprende gli scopi dell'organizzazione e quale deve essere il suo contributo per raggiungere tali finalità. I valori devono essere sufficientemente generali, in modo tale da consentire agli individui di ispirarsi ad essi secondo le proprie peculiarità. Proprio per questa caratteristica, i sistemi di credo non possono essere impiegati come meccanismi formali di incentivazione in quanto la loro stessa vaghezza impedisce di utilizzarli come parametri standard di valutazione delle performance. Tali sistemi, infine, sono utilizzati quale stimolo allo sviluppo di iniziative strategiche da parte dei livelli inferiori della gerarchia aziendale, seguendo un approccio maggiormente partecipativo.

Tuttavia, l'iniziativa strategica diffusa, incentivata dai sistemi dei valori, può portare al caos organizzativo se non indirizzata

adeguatamente. Contrariamente ai sistemi di credo, i sistemi dei «limiti» o dei «confini» non specificano ideali positivi, ma stabiliscono dei limiti alla ricerca di opportunità in funzione dei rischi che si possono correre: essi vengono definiti in termini «negativi» o come standard di minima. Generalmente, le aziende sono sottoposte a due tipologie di limiti: (i) limiti di condotta professionale e (ii) limiti strategici. I primi hanno principalmente due tipi di fonte: le leggi sociali e i codici di comportamento promulgati dalle aziende del settore ed associazioni professionali. I secondi sono necessari per indicare quali attività devono essere perseguite e quali trascurate, ad esempio attraverso l'esplicitazione di linee strategiche oppure la definizione di *checklist* che segnalano le opportunità da evitare e definiscono gli standard minimi delle opportunità accettabili. Lo scopo di quest'ultima tipologia di sistemi è di evitare che le attenzioni manageriali e le risorse finanziarie vengano dissipate per raggiungere obiettivi non coerenti con la *mission* o con le linee strategiche di sviluppo dell'azienda.

È interessante inquadrare questi primi due sistemi di controllo nelle Asp.

Nel caso dei sistemi dei valori, si possono individuare due tipologie di «credo» cui

si ispirano gli operatori: (i) credo aziendale e (ii) credo professionale. Dal punto di vista della singola azienda, il processo strategico comporta la definizione della *mission*, della *vision* e la dichiarazione dei valori cui l'Asp si ispira, che vengono generalmente riportati nel piano strategico. D'altra parte, non possiamo dimenticare che le Asp sono complesse organizzazioni professionali (Lega, 2008) formate da un insieme di operatori specializzati – nello specifico i medici – guidati da un insieme di precetti e valori strettamente legati alla propria professione (De Pietro, Prentini, 2008). In termini generali, il sistema di «credo» dei medici è rinvenibile innanzitutto nel giuramento professionale, anche detto giuramento d'Ippocrate moderno (**box 1**), che definisce altresì alcuni limiti in termini prescrittivi.

Nelle Asp assumono, inoltre, particolare rilevanza i sistemi dei «confini» costituiti da: (i) i limiti strategici e (ii) il codice deontologico dei medici. I limiti strategici, a livello

di singola Asp, sono rappresentati: da un lato, dai «mandati» che la direzione aziendale delinea per le ASA e che rappresentano la cornice di riferimento entro la quale possono costruire un proprio percorso strategico; dall'altro, dallo stesso piano strategico formalizzato, che costituisce per tutta l'organizzazione il punto di riferimento per le decisioni di medio e lungo periodo, limitando in tal modo la ricerca di opportunità non coerenti con le linee di sviluppo dell'Asp¹⁵. Il codice di deontologia medica è, invece, un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'ordine dei medici che a quelle norme devono, quindi, adeguare la propria condotta professionale¹⁶.

I sistemi di controllo diagnostico utilizzano il tradizionale meccanismo di *feedback* e sono progettati per controllare l'avanzamento della strategia verso la direzione pianificata. Tre sono gli aspetti generali che caratterizzano i sistemi di controllo diagnostico:

GIURAMENTO D'IPPOCRATE MODERNO

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento;
- di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;
- di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente;
- di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana, contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;
- di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza e osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione;
- di affidare la mia reputazione esclusivamente alla mia capacità professionale e alle mie doti morali;
- di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il prestigio e la dignità della categoria;
- di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;
- di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica;
- di prestare assistenza d'urgenza a qualsiasi infermo che ne abbisogni e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'Autorità competente;
- di rispettare e facilitare in ogni caso il diritto del malato alla libera scelta del suo medico, tenuto conto che il rapporto tra medico e paziente è fondato sulla fiducia e in ogni caso sul reciproco rispetto;
- di astenermi dall'«accanimento» diagnostico e terapeutico;
- di osservare il segreto su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato.

Box 1

Il sistema di «credo» dei medici

(1) la capacità di misurare i risultati di un processo, (2) la possibilità di confrontare i risultati definitivi con gli standard prestabiliti e (3) la capacità di correggere le deviazioni dagli standard. Tale sistema si basa sulla misurazione di quelle variabili di *output* che rappresentano importanti fattori di performance di una data strategia. La funzione centrale del sistema di controllo diagnostico è supportare i manager nelle decisioni strategiche e, specialmente se collegato con un sistema di incentivazione, motivare le persone che lavorano all'interno dell'organizzazione in modo da migliorare la loro performance. La definizione degli obiettivi, inoltre, facilita il coordinamento dei piani d'azione ai diversi livelli aziendali, stabilendo la giusta allocazione delle risorse tra le diverse ASA. I principali strumenti di controllo diagnostico della strategia utilizzati nelle Asp sono la *Balanced Scorecard* e gli strumenti di rendicontazione sociale ed istituzionale (Bilancio sociale, Bilancio di mandato, Bilancio di missione, ecc.), la cui trattazione è rimandata al prossimo paragrafo.

L'ultima leva di controllo strategico si fonda sul presupposto che l'ambiente economico e sanitario sia in rapida trasformazione, per cui esiste la possibilità che sorgano problemi od opportunità inizialmente non previsti durante l'implementazione della strategia. In tal caso, non si può continuare lungo i binari preventivati ma si deve sfruttare la creatività dell'organizzazione per proporre nuove idee e nuovi percorsi. I sistemi di controllo interattivo, attraverso meccanismi *feedforward*, mirano a governare le incertezze strategiche. Queste ultime, a seconda della strategia corrente e della visione che la direzione aziendale ha del futuro, possono riguardare: i cambiamenti nelle preferenze degli utenti, le azioni dei concorrenti, la comparsa di nuove tecnologie, le modifiche della legislazione o innumerevoli altre minacce od opportunità potenziali. Per focalizzare l'attenzione dell'organizzazione su queste incertezze strategiche, i manager scelgono uno o più sistemi di misurazione e controllo delle performance¹⁷ e li impiegano in modo altamente interattivo, ossia in modo da produrre continuamente informazioni che siano facilmente interpretabili ed utilizzabili da tutti i livelli dell'organizzazione. Gli strumenti che l'azienda può utilizzare per

svolgere un controllo di tipo interattivo possono essere di due tipi (Garzoni, 2006): (i) strumenti per la verifica della validità delle ipotesi assunte nei piani e (ii) strumenti per il controllo ad ampio spettro dell'evoluzione ambientale. Esempi di applicazione dei primi possono essere:

- costanti verifiche dei presupposti strategici economici e legislativi: si pensi, ad esempio, ad un'Asp che nella costruzione degli obiettivi del piano strategico abbia stimato un innalzamento del finanziamento da parte della Regione che, successivamente, non viene confermato oppure ad una modificazione legislativa che impedisce l'erogazione di una determinata prestazione sanitaria su cui prima si fondava il vantaggio competitivo dell'azienda e che richiede una totale revisione della «postura» strategica di fondo¹⁸;

- controlli sull'avanzamento di specifici progetti che costituiscono le fondamenta di alcuni obiettivi del piano: ad esempio, l'apertura del nuovo ospedale è il presupposto da cui discendono a cascata ulteriori obiettivi strategici e un ritardo nella conclusione dei lavori può rendere necessaria l'individuazione di soluzioni alternative.

Gli strumenti per l'analisi dell'evoluzione ambientale cercano, invece, di anticipare eventi che al momento della redazione del Piano strategico aziendale non erano prevedibili – e, quindi, non facevano parte dei presupposti strategici del piano – e che possono compromettere la validità stessa della strategia. A tale scopo possono essere utilizzati: analisi dei trend (epidemiologici, economici, sociali, politici, tecnologici, ecc.), analisi degli scenari (Aguzzi *et al.*, 2008), analisi dell'ambiente competitivo e dei concorrenti, ecc.¹⁹.

I dati che vengono forniti dal sistema di controllo interattivo vengono utilizzati da tutto il personale per stabilire, attraverso un intenso lavoro di dialogo e discussione, nuovi piani di azione in grado di far fronte alle circostanze mutate.

Riprendendo una classificazione di Mintzberg (1987) riguardante i cinque diversi modi in cui il termine «strategia» può essere impiegato – come pianificazione, come modello di azioni, come posizionamento concorrenziale, come prospettiva generale e come mano-

vra – Simons (1995) ricollega a ciascuno dei primi quattro aspetti una leva strategica: 1) nel caso della strategia come pianificazione (*plan*), ovvero come linea di condotta consciamente progettata, i manager possono utilizzare i sistemi di controllo diagnostico; 2) la strategia può essere dedotta, altresì, dal comportamento coerente dell'azienda nel tempo (*pattern*) che risulta dall'integrazione tra strategia deliberata e strategie emergenti, che possono rivelarsi grazie ai sistemi di controllo interattivo; 3) un'altra interpretazione del termine strategia si riconduce al posizionamento (*position*) dell'azienda sul mercato (Porter, 1980), in questo caso i manager si riferiscono ai sistemi dei confini, in modo da concentrare l'attenzione sui rischi che accompagnano la scelta di come competere in determinati mercati; 4) per alcune aziende, invece, la strategia è una «prospettiva» o «modo di operare» (*perspective*), per orientare la quale i manager adottano i sistemi dei valori, che permettono una condivisione di intenti tra le persone che lavorano nell'azienda. La **tabella 1** riassume i rapporti tra le 4 leve di controllo, la strategia e gli strumenti.

5. Gli strumenti per il controllo strategico: le tendenze nel contesto italiano

Le Asp, come già analizzato, anche a seguito dell'impulso determinato dalla regionalizzazione e aziendalizzazione del sistema

sanitario, hanno indubbiamente assunto una maggiore consapevolezza del proprio spazio strategico²⁰ e, di conseguenza, della necessità di dotarsi di metodi e strumenti sempre più formalizzati e meno intuitivi per governare il processo strategico. Queste istanze hanno condotto, nella maggior parte dei casi, alla redazione di Piani strategici aziendali triennali sempre più sofisticati, seppur alcuni di essi ancora fortemente legati al rispetto delle indicazioni regionali secondo una logica di isomorfismo istituzionale.

Nonostante i progressi nel campo della pianificazione strategica, tali aziende hanno spesso tralasciato il controllo della strategia, a volte addirittura vanificando ogni sforzo profuso nella definizione degli obiettivi strategici. Poche sono ancora, infatti, le esperienze di controllo strategico nelle Asp italiane, nonostante esista una disciplina legislativa (D.L.vo 286/99) che ha delineato un nuovo sistema di controlli interni, stabilendo che, nell'ambito della propria autonomia, le pubbliche amministrazioni si dotino, tra gli altri, di strumenti di «valutazione e controllo strategico» al fine di valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti²¹.

È perciò particolarmente importante, sia per gli studiosi sia per i professionisti che

Tabella 1

Relazione tra le quattro leve di controllo e la strategia

Fonte: nostro adattamento da Simons (1995)

Sistema di controllo	Obiettivo	Comunica ...	Controllo della strategia come ...	Strumenti
Sistemi di «credo»	Responsabilizzare e stimolare l'attività di ricerca	Visione	Prospettiva	– <i>Mission, vision</i> , valori di riferimento aziendali – «Credo» professionale: giuramento di Ippocrate
Sistemi di «limiti»	Prescrivere i limiti di libertà	Contesto strategico	Posizionamento competitivo	– «Mandato» della direzione aziendale e linee strategiche formalizzate – Codici di deontologia medica e professionale
Sistemi di controllo diagnostico	Coordinare e controllare l'implementazione della strategia intenzionale	Piani ed obiettivi	Piano	– <i>Balanced scorecard</i> – Bilancio Sociale, di Mandato, di Missione
Sistemi di controllo interattivo	Stimolare e guidare le strategie emergenti	Incertezze strategiche	Modello d'azione	– Strumenti di verifica della validità del piano (verifica delle ipotesi economiche, legislative, avanzamento di specifici progetti) – Strumenti di controllo dell'evoluzione ambientale (analisi degli scenari, analisi dei trend, analisi dei <i>competitors</i> , ecc.)

operano all'interno delle Asp, conoscere le nuove tendenze in atto in Italia riguardanti il controllo strategico, evidenziando i metodi e gli strumenti ad oggi adoperati allo scopo di verificare la rotta perseguita dall'azienda nel lungo periodo.

Gli strumenti di controllo strategico più frequentemente utilizzati nelle Asp italiane rientrano nella categoria dei sistemi diagnostici di controllo e possono essere suddivisi in due tipologie: strumenti a «valenza interna» e strumenti a «valenza esterna» (Frittoli, Tanese, 2004).

Gli strumenti a «valenza interna» hanno un potenziale informativo che si manifesta e rileva unicamente per gli addetti ai lavori, ossia per le persone che sono chiamate a gestire l'azienda. Gli strumenti a «valenza esterna», al contrario, sono utilizzati dall'azienda per comunicare e rendere conto del proprio operato agli *stakeholder* aziendali.

Tra gli strumenti a «valenza interna» assume particolare rilevanza la *Balanced Scorecard*, il cui modello classico, ideato da Kaplan e Norton (1992), è stato oggetto di adattamento rispetto alle specifiche peculiarità delle Asp da parte di molti studiosi di management pubblico e dei dirigenti aziendali più innovatori. La *Balanced Scorecard*, in virtù della multidimensionalità delle prospettive di controllo si dimostra, almeno teoricamente, uno degli strumenti più efficaci per le Asp. Nel settore pubblico, infatti, la multidimensionalità è necessaria per evitare che il *focus* della misurazione si concentri esclusivamente sull'equilibrio economico-finanziario, che rappresenta comunque una condizione fondamentale per il mantenimento della sostenibilità economica ma rimane pur sempre strumentale rispetto alla *mission* dell'Asp, per la quale l'efficacia dell'azione riveste comunque un ruolo di primaria importanza rispetto a valutazioni di efficienza. Accanto alla prospettiva economico-finanziaria, quindi, sono prese in considerazione alcune dimensioni di tipo qualitativo, in sintesi: l'orientamento al paziente, in termini di qualità dei servizi offerti; l'eccellenza dei processi di innovazione e di erogazione dei servizi; la capacità di costruire un sistema adeguato di gestione del personale, di infrastrutture informative e di procedure organizzative per favorire l'apprendimento e la crescita²².

Nella mente dei suoi ideatori, il compito della *Balanced Scorecard* è tradurre la missione e la strategia di un'azienda in termini operativi e, quindi, in una serie completa di misure della performance di breve periodo che saranno oggetto di controllo.

La *Balanced Scorecard* è considerata tradizionalmente uno strumento di *feedback* strategico e di controllo diagnostico ma, per alcuni aspetti, è anche uno strumento *feed-forward*. Ciò in quanto non si ferma alla determinazione di indicatori di risultato, ma richiama la necessità di considerare anche quei *driver* di performance – ossia i fattori critici che influenzano la probabilità che la strategia sia realizzata con successo – il cui monitoraggio segnala tempestivamente la necessità di modificare la strategia stessa, e, soprattutto, in quanto presuppone un meccanismo di controllo a doppio anello: il primo fondato sul *feedback* sui risultati per verificare se la strategia è stata eseguita come pianificato, il secondo costituito dalla ricerca delle informazioni necessarie per verificare se i presupposti fondamentali della strategia siano ancora validi (Kaplan, Norton, 1996).

Tuttavia, le funzioni della *Balanced Scorecard* sono spesso disattese, in particolare lo sforzo di mettere in campo un meccanismo di controllo a doppio anello. Non solo nella maggior parte delle Asp nelle quali questo strumento è utilizzato gli indicatori prescelti mirano ad evidenziare solo i risultati raggiunti lasciandosi sfuggire le premesse strategiche, ma in molte realtà si viene a perdere completamente il collegamento con la strategia (alcune delle Asp che hanno adottato questo sistema, infatti, non hanno neppure un Piano strategico di riferimento) e la *Balanced Scorecard* è utilizzata esclusivamente come strumento di programmazione e controllo – ossia come *budget* – sia pur «evoluto» in quanto gli indicatori si riferiscono alle quattro dimensioni del modello pensato per la sanità.

Gli strumenti di controllo strategico «a valenza esterna» sono, invece, utilizzati dall'Asp per comunicare e rendere conto del proprio operato agli *stakeholder* aziendali e rientrano in tale categoria gli strumenti di rendicontazione sociale: Bilancio sociale, di mandato e di missione (**box 2**). Tali strumenti sono utilizzati al fine di colmare i limiti informativi del «bilancio di esercizio»

dell'Asp, che si occupa esclusivamente della prospettiva economico-finanziaria, in quanto illustrano l'azione istituzionale dell'azienda nella sua interezza e mirano a comunicare qual è il valore prodotto dall'azienda in termini di benefici verso i propri portatori di interesse²³.

In questa sede si è scelto di riferirsi, in particolare, all'esperienza del Bilancio di missione dell'Emilia-Romagna, poiché si tratta della prima Regione italiana che ha fornito a tutte le Asp stanziato nel territorio regionale un insieme di direttive e di linee guida sulla redazione del documento in modo da renderlo confrontabile e obbligatorio, garantendo così criteri omogenei di strutturazione dei contenuti e superando l'idea di forme di rendicontazione sociale volontaria da parte delle singole Asp.

Il Bilancio di missione individua come principali soggetti di riferimento e destinatari del documento la Regione e le Confe-

renze territoriali sociali e sanitarie. Il *focus* è pertanto formalmente posto sulla rendicontazione del rispetto degli obiettivi assegnati all'azienda da altri soggetti istituzionali, in una logica più di governo regionale che non di comunicazione del valore sociale prodotto nei confronti della collettività (Frittoli, Tanese, 2004). Il Bilancio di missione mira, quindi, a raccogliere informazioni utili ad illustrare l'azione istituzionale dell'azienda al soggetto cui spetta un ruolo di governo complessivo del sistema sanitario regionale (in quanto conferisce il mandato e assegna le risorse per garantire i Livelli essenziali di assistenza ai cittadini) e ai soggetti che localmente sono chiamati a rappresentare i bisogni della popolazione e del territorio (per il ruolo che gli enti locali rivestono di indirizzo e di verifica dei risultati ottenuti dalle aziende). Stante l'individuazione dei principali destinatari del documento nella Regione e nelle Conferenze territoriali sociali e sanita-

Box 2

Le principali caratteristiche dei documenti di rendicontazione sociale

Nonostante abbiano le stesse caratteristiche di fondo, il Bilancio sociale, di mandato e di missione differiscono in relazione all'oggetto della rendicontazione, ai principali destinatari delle informazioni e all'arco temporale di riferimento.

Le caratteristiche fondamentali di un documento di rendicontazione sociale sono le seguenti: (1) è un documento *annuale*; (2) deve possedere una sua *fruibilità e leggibilità autonoma*, nel senso che dalle informazioni in esso contenute deve essere possibile il formarsi di un giudizio sulle performance istituzionali conseguite anche in relazione alla situazione economica, finanziaria e patrimoniale che caratterizza l'Asp; (3) deve contemperare l'esigenza della *completezza*, ovvero riferirsi a tutte le attività dell'ente, con quella della *selettività*, cioè non approfondire eccessivamente aspetti di dettaglio; (4) è un documento *aperto*, tale da permettere da un lato il rispetto di un predefinito «vincolo informativo standard», dall'altro (essendo un documento riferito alla situazione di una singola azienda) l'accoglimento di ogni altra informazione ritenuta utile allo scopo di meglio illustrare le performance istituzionali conseguite dall'azienda; (5) deve essere un documento tecnico leggibile dal punto di vista esterno, assumendo quindi forme di comunicazione il più possibile comprensibili anche a fruitori non specialisti; (6) deve essere un ponte tra passato, presente e futuro dell'azienda, in quanto i dati a consuntivo devono fornire l'input per la pianificazione successiva.

Il Bilancio sociale è un documento volontario ed informale, il cui arco temporale di riferimento è l'anno.

Il Bilancio di mandato è anch'esso un documento volontario, si ritiene che la differenza col bilancio sociale attenga soprattutto al periodo di riferimento, ossia pluriennale. Il bilancio di mandato, difatti, è un documento che rilegge e rende conto dell'attività e dei risultati raggiunti dall'azienda composta pubblica con riferimento a tutto l'arco del mandato politico. Nel caso delle Asp, la Regione nomina il Direttore generale in modo assolutamente fiduciario, con un contratto a tempo determinato rinnovabile. Il programma politico è rappresentato dagli indirizzi della Regione e dal documento strategico aziendale che indica le priorità e gli obiettivi definiti dall'Asp in modo autonomo e in coerenza con tali indirizzi. In tal caso l'azienda sceglie di redigere un documento che rende conto dei risultati che l'amministrazione è riuscita a conseguire durante l'intero mandato in relazione agli impegni presi con la Regione e la comunità di riferimento al momento del conferimento dell'incarico.

Il Bilancio di missione, come descritto, è un documento annuale, obbligatorio, che trova i suoi principali destinatari nella Regione Emilia-Romagna e nelle Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

La scelta di servirsi dell'una o dell'altra tipologia di strumento ha origine soprattutto dalle finalità che si pone l'azienda o che derivano dai soggetti istituzionali a cui deve far riferimento.

rie, le Asp possono decidere autonomamente di mantenere forti i legami con tutti gli altri *stakeholder* – siano essi i singoli cittadini o le formazioni sociali che li rappresentano – attraverso lo stesso documento, rispondendo in modo trasparente dell’impiego delle risorse della collettività e del «valore» sociale creato.

Indubbiamente, l’introduzione nel 2005 del Bilancio di missione in Emilia-Romagna ha favorito lo sviluppo di un pensiero strategico all’interno delle aziende – come si può evincere dal numero sempre maggiore di Asp della RER che hanno intrapreso o stanno intraprendendo percorsi guidati di pianificazione strategica²⁴ – e dato un buon impulso al perfezionamento del sistema di controllo strategico, in quanto quest’ultimo fornisce i dati e le informazioni necessarie per poter alimentare il Bilancio di missione. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, questo impulso non si è tradotto nell’estensione del controllo da obiettivi di rendicontazione esterna ad una valenza conoscitiva utile anche per gli addetti ai lavori, né tantomeno in un adeguato sviluppo di sistemi di controllo strategico che contemplassero tutte le quattro leve di Simons.

6. Considerazioni conclusive

La pianificazione strategica è ormai una certezza all’interno delle Asp, almeno in quelle Regioni italiane che tradizionalmente si sono orientate verso l’innovazione e la sperimentazione di nuovi approcci e tecniche economico-manageriali. Allo stesso tempo, tuttavia, i sistemi di controllo strategico hanno avuto uno sviluppo più lento, sebbene le spinte in tal senso si facciano sempre più pressanti sia dal punto di vista normativo sia sulla base di considerazioni economiche.

Le Asp, infatti, non possono più pensare di scindere i diversi momenti della pianificazione, implementazione e controllo della strategia, ma devono organizzare un vero e proprio sistema di governo strategico fondato sui quattro sistemi di controllo (di credo, di limite, diagnostico e interattivo). Di fronte alle nuove e maggiori difficoltà di leggere il futuro, che derivano dall’estrema dinamicità del contesto, la risposta non è abbandonare i tentativi di controllarlo ma attrezzarsi meglio: deve aumentare lo *strategic thinking* a

scapito del semplice *strategic planning* (Dematté, 2002). È necessario, quindi, che tutta l’organizzazione – in particolare direzione strategica e *middle management* –, nel tentativo di cogliere tutti i segnali di cambiamento ancora prima che questi diventino visibili, abbia gli strumenti concettuali ed analitici per comprendere come questi impatteranno sulla strategia in atto e come occorra modificarla.

Ad oggi, le Asp faticano a interiorizzare e utilizzare tutte le leve di controllo della strategia per governare l’azienda secondo questa filosofia gestionale. Questo è vero, soprattutto, per i sistemi di controllo interattivi, indispensabili per verificare la persistenza della validità della strategia, che sono praticamente inesistenti a un livello formalizzato nella maggior parte delle Asp, le quali, di conseguenza, riescono a cogliere le modificazioni ambientali solo quando queste hanno compromesso la strategia stessa.

Facendo riferimento all’esperienza delle Asp italiane che elaborano una propria strategia, possiamo affermare che i sistemi di controllo strategico più utilizzati sono quelli di controllo diagnostico e, pressoché inconsapevolmente, sistemi di credo e dei limiti. Su questo punto, un aspetto da sottolineare è relativo alla valenza del controllo strategico e che può, in parte, collegarsi agli ordini di funzioni a cui risponde il Piano strategico aziendale. Nessuna di queste funzioni esclude l’altra, ma esse possono coesistere con diversi gradi di rilevanza.

In primo luogo, il Piano strategico aziendale può caratterizzarsi quale semplice strumento di comunicazione verso l’esterno, ma ciò può sovente tradursi nel semplice sfruttamento dell’«effetto annuncio» senza comportare una successiva verifica del raggiungimento degli impegni stabiliti nel piano. In questo caso, nessuna delle leve del controllo strategico viene utilizzata dall’organizzazione, se non quelle implicite derivanti dal credo e dai limiti professionali.

La formulazione della strategia, in secondo luogo, può costituire solo una «scusa» per l’azienda in modo da aprire un dialogo con i soggetti istituzionali e con la collettività. Le Asp orientano il loro lavoro strategico prevalentemente verso soggetti esterni, utilizzando solo una tipologia di strumenti diagnostici di controllo – gli strumenti di rendicontazione

sociale ed istituzionale – e tralasciando l'importanza di indirizzare i comportamenti delle persone e stimolare la cooperazione all'interno dell'azienda.

In una terza accezione, il Piano strategico aziendale può costituire una sorta di «patto» o «contratto» che la direzione aziendale si impegna a perseguire nei confronti dei soggetti istituzionali e nel quale definisce anche le «aspettative di ruolo» per i soggetti interni. Il controllo strategico dovrebbe, quindi, evidenziare un equilibrio tra strumenti di controllo diagnostico a valenza esterna e a valenza interna.

Da ultimo, il Piano strategico aziendale può essere rivolto prevalentemente all'interno, costituendo uno strumento per la previsione e normazione dei comportamenti dei componenti dell'organizzazione. In questo caso, le leve di controllo strategico adoperate dall'azienda sono prevalentemente strumenti di controllo diagnostico e dei limiti.

Nel panorama della sanità italiana e, in particolare, delle Asp della RER – che si dimostra senza dubbio come una delle esperienze italiane più importanti – il controllo strategico e, nella fattispecie, il suo strumento principale, il Bilancio di missione, assolve in modo specifico ad una funzione di comunicazione verso i soggetti istituzionali esterni e di rendicontazione dei risultati raggiunti rispetto al «patto» che l'Azienda aveva formulato nei confronti della Regione capogruppo e della Conferenza territoriale. In questo caso, un possibile rischio è che il controllo strategico diventi un sistema imposto dalla Regione, assunto dalle aziende per isomorfismo coercitivo o competitivo, senza alcuna interiorizzazione del fabbisogno di controllo della strategia.

I sistemi di controllo diagnostico della strategia finora sviluppati hanno posto meno attenzione sulla verifica dei risultati strategici ai fini interni, ossia allo scopo di orientare l'azione del proprio personale e di supportare la dirigenza nelle decisioni. Quando questo è avvenuto si è rischiato di utilizzare degli strumenti sì evoluti, come la *Balanced Scorecard*, ma solo per aderire ad una «moda» manageriale, a volte senza un reale collegamento con la strategia, e con l'idea che lo strumento fosse in grado, da solo, di risolvere tutti i problemi di controllo strategico dell'Asp.

In conclusione, nelle Asp assume particolare rilevanza la necessità di utilizzare in modo integrato i diversi sistemi di controllo strategico e – relativamente a quelli diagnostici – di trovare un equilibrio tra strumenti a valenza interna e strumenti di comunicazione e rendicontazione sociale, in modo da costruire un vero e proprio sistema di governo strategico che permetta: 1) la formulazione di una strategia coerente e in linea con le indicazioni provenienti dall'ambiente esterno ed interno; 2) l'implementazione attraverso obiettivi strategici suscettibili di modifica qualora venissero meno le premesse o vi fossero scostamenti; 3) la rendicontazione ai propri *stakeholder* dei risultati raggiunti; 4) la riformulazione del Piano strategico sulla base di quanto appreso dalla pianificazione precedente.

Note

1. Per approfondimenti sul concetto di azienda si veda Masini (1979), per le sue applicazioni al sistema sanitario si rimanda a Borgonovi, Zangrandi (1988).
2. La gestione strategica permette al management non solo di comprendere quale posizionamento è ottimale rispetto ai vari mercati e *stakeholder*, ma anche di comunicarlo a tutti i soggetti coinvolti nel destino dell'azienda, in modo tale che si formino dei segnali di riferimento per le decisioni che ciascuno è chiamato a prendere al verificarsi di circostanze impreviste. Cfr. Dematté (2002).
3. Per approfondimenti sugli schemi di riferimento per la gestione dell'intero processo strategico di un'azienda si rimanda a Bryson (1994), *Strategic change cycle* e Duncan, Ginter, Swayne (1995).
4. Nel presente lavoro si farà riferimento alle Aziende sanitarie pubbliche (Asp) intendendo con tale dizione le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere (anche universitarie) e gli Irccs.
5. La letteratura internazionale, sin dagli anni sessanta, è ricca di contributi sul tema della pianificazione strategica, ossia sulle logiche e gli strumenti che rendono possibile la formulazione della strategia. Il controllo strategico è oggetto di studio delle discipline di management solo dalla metà degli anni settanta.
6. I principali contributi internazionali sul controllo strategico sono stati elaborati da Newman (1975), Lorange (1977 e 1993), Schreyogg, Steinmann (1987), Goold, Quinn (1990-a e 1990-b), Simons (1991, 1995 e 2000). Importanti contributi provengono anche da esponenti della nostra economia aziendale come Amigoni (1982), Brunetti (1985), Bubbio (1995), Garzoni (2003).
7. A livello istituzionale questa necessità è stata sancita anche formalmente dall'introduzione del controllo della strategia come quarto livello di controllo interno nelle amministrazioni pubbliche con il D.L.vo

- 286/99. Per approfondimenti, Pezzani (2003) e Gori (2004).
8. Quest'attività, tuttavia, non deve portare alla costruzione di un sistema di controllo strategico eccessivamente rigido e formalizzato, volto cioè a monitorare dettagliatamente ogni singola assunzione chiave ed ogni minima variazione del piano strategico, che richiederebbe una mole di dati e di informazioni tale da paralizzare l'attività aziendale. Al contrario, tale funzione è da interpretare in senso ampio come attività di «sorveglianza» della strategia, consentendo ai dirigenti di affidarsi non solo alle informazioni prodotte dai meccanismi di controllo della strategia ma anche al proprio intuito e alla propria esperienza (Goold, Quinn, 1990).
 9. La letteratura presenta delle divergenze riguardo la collocazione del controllo strategico rispetto ai sistemi di controllo direzionale. Anthony (1965) ritiene che la pianificazione strategica (e il controllo insito in essa) sia da considerare come terzo livello di controllo distinto dal controllo di tipo direzionale. Altri autori (Newman, 1975; Bergamin Barbato, 1991) lo includono all'interno dei sistemi direzionali. Sulla stessa traccia, Brunetti (1994) considera il controllo strategico, nel momento in cui si focalizza sull'analisi delle premesse della strategia e sul *feedback* sui risultati conseguiti, come facente parte, insieme al controllo di gestione, di un sistema direzionale integrato, che acquisisce, tuttavia, una rilevanza propria nel momento in cui assume compiti di sorveglianza continua (controllo *feedforward*). Amigoni (1982) e Bubbio (2000) concordano nel ritenerlo frutto di un'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo (c.d. *controllo direzionale evoluto*) vista come diretta conseguenza dei limiti dimostrati da questi sistemi, che si riferivano unicamente alla prospettiva economico-finanziaria e non ad altre dimensioni di analisi. In questo lavoro si intende il controllo strategico quale componente di un sistema direzionale (comprendente anche il controllo direzionale), teso a supportare il management nelle decisioni riguardanti la dimensione strategica.
 10. L'ASA può essere considerata come una combinazione mercato/prodotto/tecnologia cui corrispondono nell'ambiente esterno dinamiche competitive specifiche e nell'ambiente interno responsabilità organizzative e di risultato economico. Per approfondimenti si veda Invernizzi (1982) e Del Vecchio (1995). Nel caso delle Aziende sanitarie si tratta di strutture organizzative quali dipartimenti, distretti, strutture complesse ad alta intensità di capitale umano e/o tecnologico che, pur non avendo scopo di profitto, sono il risultato di importanti combinazioni tra tecnologie, prestazioni sanitarie e tipologie di utenti.
 11. Le difficoltà hanno origine dalla natura stessa della strategia e sono di tre tipi: in primo luogo, il tempo da tenere in considerazione è particolarmente ampio, sono necessari anni perché una strategia mostri i suoi primi risultati, ma il controllo deve essere avviato con notevole anticipo rispetto ai risultati finali; in seconda istanza, l'incertezza ambientale è elevata e rende particolarmente complessa la definizione degli standard di controllo; da ultimo, come detto, la strategia stessa può essere modificata mentre è in corso di realizzazione poiché deve adattarsi alle nuove opportunità o contrastare le nuove minacce, pertanto il controllo deve focalizzarsi su un «obiettivo in movimento» (Newman, 1975).
 12. Hrebiniack e Joyce parlano in tal caso di «miopia» del management, in quanto i manager hanno la tendenza a concentrarsi unicamente sugli obiettivi immediati anziché su quelli di lungo periodo. L'unico modo per ovviare a tale problema è determinare una serie di obiettivi parziali e di breve termine in cui la strategia possa articolarsi, che fungano da misura del progresso verso il conseguimento del traguardo finale (Hrebiniack, Joyce, 1986).
 13. Con il termine *customization* si intende una filosofia di gestione delle aziende in cui il servizio/bene prodotto viene creato «su misura» per il cliente, nel caso delle Asp non si riferisce solo alla prospettiva paziente-centrica ma alla segmentazione dell'utenza al fine di rispondere in modo personalizzato ai pazienti che rientrano in un *cluster*; con il termine *empowerment*, ci si riferisce in particolare all'importanza di creare un ambiente di lavoro nel quale viene stimolato lo spirito di iniziativa e la creatività del personale, nel caso delle Asp si pensi al coinvolgimento nella pianificazione strategica del Collegio di direzione, del Consiglio dei sanitari, dei singoli professionisti, ecc.
 14. Riprendendo i precetti della filosofia orientale, Simons (1995) indica che le quattro leve si basano sul bilanciamento di forze antagoniste (*yin* e *yang*): due di esse, i sistemi dei valori e di controllo interattivo, agiscono in modo «positivo» come forze ispiratrici di creatività nello sviluppo della strategia; i sistemi dei confini e di controllo diagnostico, al contrario, comportano dei vincoli e assicurano la conformità rispetto a quanto previsto nel piano strategico. I manager utilizzano queste forze opposte per raggiungere una tensione dinamica che consente l'efficace controllo della strategia.
 15. Questo articolo si sofferma sulla gestione strategica dell'Asp stante i limiti strategici rappresentati – per le Asp in genere – dalle coordinate istituzionali che la Regione esprime attraverso i Piani sanitari regionali e gli obiettivi di mandato per i Direttori generali, che circoscrivono in una certa misura lo spazio decisionale dell'azienda.
 16. Il codice viene stabilito a livello nazionale e viene sottoposto periodicamente a ridefinizione e aggiornamento conseguentemente ai progressi della medicina e della tecnologia medica. L'ultimo codice di deontologia medica è stato promulgato il 15 dicembre 2006 (sesta edizione) ed è consultabile sul sito della Federazione nazionale Ordini medici chirurghi ed odontoiatri (www.fnomceo.it).
 17. Si tratta, ad esempio, dei sistemi di gestione del personale, dei sistemi di controllo economico-finanziario, sistemi di intelligence ed informativi (che raccolgono e diffondono le informazioni relative agli aspetti sociali, politici e tecnici dell'ambiente di riferimento), sistemi di gestione delle innovazioni tecnologiche, ecc. (Simons, 1991).
 18. Si pensi, ad esempio, alla L. 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita che vieta alcuni trattamenti sanitari. Questo divieto ha reso impossibile l'applicazione di determinati protocolli medici e ha

- ristretto il campo di azione della ricerca scientifica, costringendo i centri per la procreazione a modificare le attività mediche e di ricerca precedentemente svolte in questo campo e, quindi, la propria «postura strategica».
19. Per approfondire questi ed altri strumenti di analisi strategica si rimanda a Cuccurullo (2003).
 20. Lo spazio strategico è costituito da una sfera di discrezionalità e azione sufficiente a operare scelte che possano qualificarsi come strategiche, ovvero che (1) definiscono l'insieme delle relazioni impresa-ambiente esterno; (2) incidono su tutte le aree di funzionamento dell'azienda; (3) definiscono la direzione dello sviluppo delle attività; (4) sono critiche per il perseguimento delle finalità istituzionali della stessa. Il tema dello spazio strategico delle Asp è già stato dibattuto su questa rivista da Del Vecchio (1995) al quale si rimanda.
 21. I livelli di controllo interno introdotti dal D.L.vo 286/99 sono quattro: 1) controllo di regolarità amministrativa e contabile, 2) controllo di gestione, 3) valutazione della dirigenza e 4) valutazione e controllo strategico. Quest'ultimo rappresenta la novità più rilevante e significativa, in quanto la variabile strategica è una risorsa indispensabile per il vertice politico sia per affrontare i rapporti tra l'azienda e l'ambiente, sia per rendere coerente l'attività con la *mission* aziendale e con i risultati che devono essere raggiunti. In particolare, la previsione normativa sembra rivelare l'esigenza di un bilanciamento in termini di supporto decisionale e valutativo tra componente politica e componente tecnica, finalizzato a migliorare la funzionalità dell'azione amministrativa complessivamente intesa. La definizione che si evince dal testo normativo si può ricondurre all'accezione ristretta di controllo strategico, il quale viene inteso unicamente come verifica del raggiungimento degli obiettivi. Per approfondimenti si veda Garlati, Pezzani (2000).
 22. In questo saggio non si approfondisce il tema della *Balanced Scorecard*, delle sue prospettive, dei limiti e delle criticità insite in questo strumento, ma si vuole analizzare il collegamento della *Balanced Scorecard* con la strategia e il controllo strategico. Per approfondimenti sullo strumento si rimanda a Kaplan, Norton (1992 e 1996) e, su questa rivista, Frittoli, Mancini (2004).
 23. Per approfondimenti sugli strumenti di rendicontazione sociale si rimanda a Tanese (2004) e Hinna (2004).
 24. In questo lavoro non si vuole entrare nel dettaglio di tutte le motivazioni che possono spingere un'azienda a elaborare un proprio piano strategico, ma indicare – a titolo di esempio – una serie di Asp della Regione Emilia-Romagna che stanno attualmente elaborando una propria strategia e che possono, tra l'altro, essere state influenzate dall'introduzione del Bilancio di missione. Si pensi, ad esempio, all'Ausl di Piacenza che sta formulando il suo terzo Piano strategico aziendale (Psa 2009-2011), all'Ausl di Bologna che sta definendo il primo Piano strategico aziendale (Psa 2009-2011), all'Ircs Istituto Ortopedico Rizzoli che ha affrontato tra il 2006 e il 2007 il suo primo processo di pianificazione strategica, ecc.

B I B L I O G R A F I A

- AGUZZI G., DEL VECCHIO M., LEGA F., LONGO F., PRENESTINI A., TASSELLI S. (2008), *Gli scenari strategici per la sanità del futuro*, Egea, Milano.
- AMIGONI F. (1982), *Dal controllo direzionale al controllo strategico: il controllo della dominanza*, 2° convegno SDA Bocconi, Milano.
- ANTHONY R.N. (1965), *Planning and Control Systems*, Harvard Business School Press, Boston.
- BERGAMIN BARBATO M. (1991), *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, Utet, Torino.
- BORGONOV E., ZANGRANDI F. (1988), *L'ospedale. Un approccio economico aziendale*, Giuffrè Editore, Milano.
- BRUNETTI G. (1985), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, Milano.
- BRUNETTI G. (1994), «Pianificazione e controllo strategico», in G. Brunetti, E. Santesso (a cura di), *Amministrazione e controllo*, Utet, Torino.
- BRYSON J.M. (2004), *Strategic Planning for Public and Non Profit Organizations, third edition*, Jossey-Bass, San Francisco.
- BUBBIO A. (1995), *Il budget*, Il sole 24 Ore, Milano.
- BUBBIO A. (2000), «La balanced scorecard in azione: alcune esperienze italiane», in R.S. Kaplan, D.P. Norton, *Balanced Scorecard. Tradurre la strategia in azione*, Isedi, Torino.
- CANTÙ E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in E. Anesi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- COHEN M., MARCH J., OLSEN J. (1972), «A Garbage Can Model of Organizational Choice», *Administrative Science Quarterly*, 17, pp. 1-25.
- CUCCURULLO C. (2003), *Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche*, McGraw Hill, Milano.
- DEL VECCHIO M. (1995), «Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: un'introduzione», *Mecosan*, 14, pp. 20-32.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- DEMATTÉ C. (2002), «Gestione strategica: una prassi mal compresa e male applicata», *Economia e Management*, 1, pp. 3-12.

- DE PIETRO C., PRENESTINI A. (2008), «Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- DUNCAN W.J., GINTER P.M., SWAYNE L.E. (1995), *Strategic Management of Health Care Organizations*, PWS-Kent Publishing Company, Boston.
- FRITTOLETTI G., TANESE A. (2004), «Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la Balanced Scorecard e il Bilancio Sociale nelle aziende sanitarie», in V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Mennini, F. Spandonaro (a cura di), *Rapporto CEIS - Sanità 2004*, Italtel Edizioni, Roma.
- FRITTOLETTI G., MANCINI M. (2004), «Balanced Scorecard e aziende sanitarie», *Mecosan*, 13, pp. 21-46.
- GARLATTI A., PEZZANI F. (2000), *I sistemi di programmazione e controllo negli enti locali*, Etas, Milano.
- GARZONI A. (2003), *Il controllo strategico*, Egea, Milano.
- GARZONI A., SAVIOZZI F.A. (2006), «Strategy execution: l'importanza di controllare la realizzazione della strategia», *Economia e Management*, 5, pp. 87-106.
- GOOLD M., QUINN J.J. (1990/a), «The paradox of strategic controls», *Strategic Management Journal*, 11.
- GOOLD M., QUINN J.J. (1990/b), *Strategic Control. Milestones for long-term performance*, The Economist Books-Hutchinson, London (traduzione italiana (1993), *Il controllo strategico. Nuove pietre miliari per una performance di lungo periodo*, Franco Angeli, Milano).
- GORI E. (2004), *La pianificazione e il controllo strategico nelle aziende ospedaliere pubbliche*, Milano: Franco Angeli.
- HINNA L. (2004), *Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Franco Angeli, Milano.
- HOROVITZ J. (1979), «Strategic control: a new task for top management», *Long Range Planning*, vol. 12.
- HREBINIACK H.J., JOYCE W.F. (1986), «The strategic importance of managing Myopia», *Sloan Management Review*, primavera, pp. 5-14.
- INVERNIZZI G. (1982), «La costruzione di una mappa strategica di un'impresa», *Sviluppo ed Organizzazione*.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1992), «The Balanced Scorecard. Measures that Drive Performance», *Harvard Business Review*, gennaio-febbraio.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996), *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Harvard Business School, Boston (traduzione italiana (2000), a cura di BUBBIO A., *Balanced Scorecard. Tradurre la strategia in azione*, Isedi, Torino).
- LEGA F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- LEGA F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive*, Egea, Milano.
- LONGO F. (1999), *ASL, distretto, medico di base*, Milano: Egea.
- LORANGE P. (1977), *Strategic control: a framework for effective response to environmental change*, Imede.
- LORANGE P. (1993), *Strategic Planning and Control*, Blackwell Publishers, Oxford.
- LORANGE P., MORTON S.M., GHOSHAL S. (1986), *Strategic control*, West Publishing Co, St. Paul.
- MASINI C. (1979), *Lavoro e risparmio*, seconda edizione, Utet, Torino.
- MINTZBERG H. (1987), «Five P's for Strategy», *California Management Review*, 30 (1).
- MINTZBERG H. (1994), *The rise and fall of strategic planning*, Prentice Hall (traduzione italiana (1996), *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, ISEDI, Torino).
- NEWMAN W.H. (1975), *Constructive control*, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, N.J., (traduzione italiana (1981) *Direzione e sistemi di controllo*, Gruppo editoriale Fabbri-Bompiani, Etas S.p.A., Sonzogno).
- PEZZANI F. (a cura di) (2003), *L'accountability delle amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- PORTER M.E. (1980), *Competitive Strategy: Techniques for Analysing Industries and Competitors*, The Free Press, New York (traduzione italiana (1982) *La strategia competitiva. Analisi per le decisioni*, tipografia Compositori, Bologna).
- SCHREYOGG G., STEINMANN H. (1987), «Strategic control: a new perspective», *Academy of Management Review*, 1-12.
- SIMONS R. (1991), «Strategic Orientation and Top Management Attention to Control Systems», *Strategic Management Journal*, 12.
- SIMONS R. (1995), *Levers of Control. How Managers Use Innovative Control System to Drive Strategic Renewal*, Harvard Business School Press, Boston (traduzione italiana (1996) *Leve di controllo: i nuovi sistemi per guidare le imprese*, Franco Angeli, Milano).
- SIMONS R. (2000), *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*, Prentice Hall Inc, New Jersey (traduzione italiana (2004) a cura di AMIGONI F., *Sistemi di controllo e misure di performance*, Egea, Milano).
- TANESE A. (a cura di) (2004), *Rendere conto ai cittadini, il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione, Dipartimento della funzione pubblica, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.

Implementazione di un sistema Erp e cambiamento organizzativo: il caso della Asl 1 Umbria

VINCENZO PANELLA, DORIANA SARNARI, STEFANO TAPPINI, ANDREA MANTOVANI

ASL 1 Umbria has recently concluded its ERP SAP implementation project. The project has represented the chance to start a global and comprehensive plan of organizational change and personnel training in response to firm specific critical factors. In particular, we would like to stress the role of the ERP as an enabler of the change (eg. a system able to support, promote and produce change) in a complex environment like the one of a public healthcare provider and to describe the project management strategies that allowed us to obtain the expected benefits, with particular reference to the commitment of the staff involved and to the incremental approach to change. ASL 1 obtained significant benefits for what concerns performance improvement and reliability of the administrative processes, also retraining administrative personnel.

Keywords: Enterprise resource planning, organizational change, implementation strategy

Parole chiave: Sistemi Erp, cambiamento organizzativo, strategia di implementazione

Note sugli autori

ASL 1 Umbria: Vincenzo Panella è Direttore generale della ASL 1; Stefano Tappini è responsabile dell'Area Programmazione, Controllo e Sistemi informativi; Dorian Sarnari è responsabile dell'Area Economico Finanziaria. Andrea Mantovani è PricewaterhouseCoopers Advisory

Ringraziamenti

Si ringrazia il team di progetto per la collaborazione

1. I sistemi Erp in sanità

Il Ssn, in coerenza con le strategie a livello nazionale e regionale di razionalizzazione della spesa sanitaria pubblica, è stato interessato, già dagli anni Novanta, da una profonda revisione delle logiche di funzionamento. Tale fenomeno ha contribuito ad avviare, a livello di singole aziende, numerose iniziative di revisione dei processi organizzativi e gestionali, attraverso la graduale introduzione di logiche e strumenti tipici della gestione aziendale, quali l'implementazione di sistemi di controllo di gestione in grado di monitorare performance e costi sostenuti dalle aziende. Tali sistemi manageriali necessitano, tuttavia, di una solida base informativa in grado di fornire informazioni tempestive, affidabili, coerenti, rilevanti e univoche. In questo ambito, anche il settore sanitario, pur con un certo ritardo rispetto alle imprese industriali, ha visto l'introduzione di soluzioni informative integrate Erp (*Enterprise Resource Planning*), sistemi nati per gestire le interdipendenze presenti nei sistemi aziendali, consentendo una integrazione nativa delle informazioni esistenti. Si tratta di soluzioni *software* composte da moduli integrati fra loro in grado di permettere, su una base di dati unica e condivisa, una gestione efficiente e completa dei processi aziendali di tipo amministrativo, produttivo e finanziario. Tali soluzioni, sviluppate con l'obiettivo di gestire in modo organico ed integrato la complessità del business delle aziende, hanno quindi suscitato l'interesse delle aziende del settore sanitario, settore in cui il problema della gestione della complessità risulta particolarmente critico in conseguenza della necessità di coniugare economicità della gestione e

SOMMARIO

1. I sistemi Erp in sanità
2. Il progetto Sap, le caratteristiche strutturali della Asl 1 Umbria e i problemi da affrontare
3. Il progetto
4. Alcuni risultati conseguiti
5. L'impatto sulla gestione: una chiave di lettura
6. Le prospettive future

erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di gestire diverse tipologie di attività e di integrare personale diverso per formazione e professionalità.

La letteratura fornisce numerosissime definizioni di sistema Erp, ognuna delle quali sottolinea aspetti diversi enfatizzando, ad esempio, la capacità di coprire l'intero ambito di attività aziendale (Gable, 1998), l'integrazione e la diffusione della base informativa (Amigoni, Beretta, 1998), la capacità di rispondere con un unico sistema a tutte le esigenze aziendali (Watson, Schneider, 1999). Al di là delle focalizzazioni nelle definizioni accademiche, interessa riassumere le principali caratteristiche di queste soluzioni, ovvero l'integrazione, la modularità e la configurabilità (Mertens *et al.*, 1999):

– *integrazione*: l'implementazione di un sistema informativo integrato facilita la comunicazione tra le diverse unità aziendali, favorendo l'integrazione dei processi amministrativi, superando le logiche operative di tipo funzionale a favore di una visione trasversale fortemente orientata ai processi e garantendo l'univocità dei dati rilevati. In tal modo è possibile superare i vincoli imposti dalla presenza in azienda di diversi sistemi settoriali e quindi di diversi standard;

– *modularità*: i sistemi Erp sono tipicamente composti da più moduli funzionali completamente integrati, ognuno dei quali copre una specifica area/insieme di processi aziendali. Il sistema risulta quindi altamente personalizzabile, a seconda delle esigenze aziendali, e aggiornabile nel caso in cui la strategia aziendale preveda interventi successivi di copertura funzionale di ulteriori aree. La modularità consente, infatti, la possibilità di realizzare all'implementazione per fasi successive, procedendo per successivi gradi di copertura dell'attività aziendale. Tipicamente, tale caratteristica risulta di particolare importanza per le aziende sanitarie, dove la disponibilità limitata di risorse da investire e il limitato sviluppo degli applicativi nella parte clinica ha comportato l'iniziale introduzione degli Erp alla sola area amministrativa e, solo ultimamente e in poche aziende, l'estensione all'area clinica;

– *configurabilità*: in fase di implementazione il sistema Erp deve essere configurato e personalizzato per la specifica realtà azien-

dale. Il management ha quindi la possibilità di definire le caratteristiche funzionali dei moduli attivati in accordo con la struttura dei processi operativi. Per contro, tale opportunità costituisce anche un fattore di estrema criticità, in quanto il successo del progetto di implementazione dipende dalla capacità del management stesso di definire compiutamente le specifiche funzionali da soddisfare in fase di *set-up*.

In generale, l'adozione di un sistema Erp rappresenta per l'azienda una scelta strategica complessa. Si tratta cioè di un investimento dal quale si attendono benefici di diversa natura (organizzativi, economici, culturali), non direttamente ed univocamente misurabili, ma in grado di produrre i propri effetti per numerosi anni successivamente all'avvio dello stesso. Appare evidente la complessità della scelta di adottare un sistema Erp, nella misura in cui si tratta di una scelta:

- 1) costosa in termini economici ed organizzativi;
- 2) strategica in quanto impatta sull'intera operatività aziendale;
- 3) critica in quanto soggetta a un rilevante margine di incertezza: non solo i benefici, ma anche i costi complessivi non sono oggettivamente misurabili. Tale incertezza è dovuta, in primo luogo, alla mancanza di una metodologia condivisa e standardizzata di valutazione *ex ante* e di misurazione *ex post*. In secondo luogo, le difficoltà tecniche non trascurabili e le caratteristiche delle aziende sanitarie pubbliche espongono i progetti Erp in quest'ambito se non ad un significativo rischio di fallimento, quantomeno ad un significativo incremento dei costi o al mancato conseguimento dei benefici attesi.

Si intende, quindi, nel presente articolo descrivere come la Asl 1 abbia affrontato questa scelta e come operativamente abbia inteso dare risposta ai punti di cui sopra, descrivendo il progetto di implementazione del sistema informativo Sap ed evidenziando gli aspetti peculiari in termini di risultati attesi e conseguiti e di criticità riscontrate.

È utile in primo luogo riassumere, per sommi capi, alcune linee di tendenza registrate dalla letteratura con specifico riferimento ai sistemi Erp. L'evidenza empirica

ad oggi registrata (Buccoliero, Calciolari, Marsilio, 2007) mostra che al 2007 circa il 16% delle aziende sanitarie pubbliche era dotato di un sistema Erp. Si è avuto un leggero incremento rispetto alla situazione registrata al 2003, in cui il solo 14% delle aziende sanitarie pubbliche era dotato di un sistema Erp (Buccoliero, Caccia, Nasi, 2005). Tale incremento può essere letto come indice di un sostanziale consolidamento dell'interesse verso i sistemi Erp in ambito sanitario, probabilmente dovuto alla difficoltà di realizzare investimenti ingenti (in termini di costi ma anche di complessità gestionale) in un contesto caratterizzato dalla scarsità di risorse disponibili.

Le motivazioni alla base della scelta di adottare un sistema Erp possono essere molteplici: la necessità di sostituire un sistema informativo obsoleto, la volontà di far evolvere il proprio modello organizzativo in termini di livelli di responsabilità, stili direzionali e di controllo, la volontà di integrare i dati dell'area sanitaria con quelli amministrativo-contabili, il contenimento dei costi del Ced e, in passato, il passaggio dalla lira all'euro. Al di là delle determinanti dell'investimento, l'evidenza empirica (Buonanno *et al.*, 2005; Buccoliero, Caccia, Nasi, 2005) è concorde nell'identificare, sia in ambito industriale che sanitario, la dimensione aziendale come fattore significativamente correlato alla scelta di adottare un Erp: la diffusione di tali sistemi è, infatti, concentrata in aziende di dimensioni medio-grandi. Ulteriore significativa correlazione è legata al fatto che nelle aziende di dimensioni significative le motivazioni di natura organizzativa/endogena prevalgono rispetto alle ragioni tecnologiche/esogene prevalenti nelle aziende di dimensioni minori.

Si evidenziano quindi due approcci al problema (Caccia, 2008): un approccio *technology driven* ed un approccio sistemico-strutturalista. Nel primo caso, prevale un approccio di tipo informatico-tecnologico: l'introduzione del sistema Erp è legata alla semplice sostituzione del vecchio sistema o riconducibile a ragioni esterne all'azienda (imposizione da parte di un livello decisionale superiore esterno all'azienda, passaggio all'Euro ...). Non si riscontra un impatto a livello organizzativo: si tende piuttosto a

riprodurre i processi esistenti con il supporto di una nuova piattaforma tecnologica. In questo contesto si riscontra il conseguimento di benefici parziali, legati esclusivamente ad una maggiore disponibilità di informazioni legata alle potenzialità della nuova tecnologia.

Nel secondo caso, invece, il progetto di implementazione è accompagnato da una attività di riprogettazione organizzativa e presenta quindi un approccio maggiormente globale e, indubbiamente, maggiormente complesso. La possibilità di agire contemporaneamente sulla leva tecnologica e sulla leva organizzativa consente tuttavia di massimizzare i benefici conseguibili. A conferma della validità di questo approccio, recenti studi (Del Bene, Mucelli, Spigarelli, 2005) evidenziano come i sistemi Erp siano considerati ottimi *driver* per il cambiamento, in quanto possono rimettere in discussione il profilo organizzativo aziendale: la necessità di rispondere ad una visione per processi, e non più funzionale, la possibilità di disporre di tecnologie avanzate e altamente standardizzate (seppure da configurare e personalizzare) e l'implementazione relativamente complessa e costosa tendono ad assicurare la possibilità che il cambiamento sia reale e duraturo, impattando anche sull'organizzazione e sulla «cultura» aziendale.

Indipendentemente dalla modalità di approccio, è importante identificare i possibili vantaggi conseguenti all'implementazione di un sistema Erp (**box 1**). Tali vantaggi, astrattamente classificabili in quattro categorie, rappresentano in un certo senso non solo il «target» dell'implementazione, ma anche un criterio di riferimento per la misura del successo del progetto.

Con riferimento alla classificazione proposta è necessario precisare, in primo luogo, che la suddivisione nelle quattro categorie di cui sopra risulta puramente indicativa e in qualche misura arbitraria, date le rilevanti interdipendenze tra i diversi aspetti. A titolo di esempio, infatti, risulta chiaro che i vantaggi di natura organizzativa ed IT hanno un impatto anche a livello economico. In secondo luogo, è da sottolineare l'estrema difficoltà nella valutazione quantitativa di tali vantaggi. A questo proposito la letteratura ha utilizzato molteplici approcci, ma non ha ancora

Vantaggi operativi	<ul style="list-style-type: none"> • riduzione dei costi operativi legata al recupero di efficienza nei processi amministrativi; • miglioramento della capacità di gestione delle scorte.
Vantaggi nel sistema di programmazione e controllo	<ul style="list-style-type: none"> • migliore gestione delle risorse; • migliore supporto al processo decisionale.
Vantaggi di natura organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> • orientamento ai processi secondo una logica «cross functional»; • riduzione dei tempi complessivi dei processi; • crescita complessiva delle professionalità presenti in azienda sia in termini di competenze che di attitudine al cambiamento; • riallocazione delle risorse umane da attività operative ad attività a maggior valore aggiunto; • ridefinizione dei ruoli e delle prassi operative all'interno dei processi.
Vantaggi IT	<ul style="list-style-type: none"> • miglioramento della qualità e della quantità dei dati a disposizione; • standardizzazione e normalizzazione dei dati a disposizione; • riduzione della frammentazione applicativa; • integrazione nativa dei dati; • eliminazione flussi cartacei.

Box 1

I vantaggi derivanti dall'adozione di un sistema Erp

Fonte: propria elaborazione

individuato uno standard condiviso. In terzo luogo, è da precisare che l'effettivo conseguimento e la misurazione di tali vantaggi sono strettamente correlati alle caratteristiche del processo di implementazione, al numero e alla tipologia dei moduli installati, al corretto di utilizzo del sistema stesso, alle parallele operazioni di riallineamento organizzativo e, non ultimo, al tempo trascorso dallo *start up* del sistema.

A fronte dei vantaggi sopra elencati, devono essere considerati anche i costi e i «rischi» dell'implementazione di un sistema Erp. Si tratta, infatti, di sistemi «costosi, profondamente complessi e notoriamente difficili da implementare» (Chen, 2001).

La letteratura evidenzia la presenza di significativi costi emergenti per l'acquisto della tecnologia necessaria, per l'installazione del sistema informativo (ad es. costi in termini di impiego di personale proprio o per il ricorso a società di consulenza specializzate) e per lo «sforzo» organizzativo necessario per il cambiamento (piani di *change management*, corsi di formazione per il personale, ecc.).

Per quanto riguarda i rischi, le più recenti analisi effettuate su un campione di aziende sanitarie distribuite sul territorio nazionale

(Buccoliero, Caccia, Nasi, 2005) evidenziano una percentuale di insuccesso nei progetti Erp pari a circa il 20% dei progetti avviati: le cause del fallimento sono spesso rappresentate da variabili organizzative caratterizzanti le prime fasi del processo implementazione, quali il mancato coinvolgimento del personale, la mancata/inadeguata formazione del personale interno, lo scarso *commitment* dimostrato dalla direzione aziendale e in generale lo scarso impegno organizzativo prestato. Esistono, infatti, alcuni fattori di rischio che fanno riferimento al processo di implementazione e *change management* che devono necessariamente essere considerati. Il **box 2** ne riporta i principali.

A fronte dei rischi elencati nel box, appare chiaro che solo un approccio corretto al processo di implementazione, un'attenta gestione del cambiamento organizzativo e un corretto utilizzo del sistema rendono possibile il conseguimento dei vantaggi relativi all'incremento delle performance operative in termini di efficienza e di possibile contenimento dei costi una volta che le nuove procedure operative sono state implementate e correttamente assimilate dal personale.

A tal fine, la letteratura riporta alcuni principali fattori critici di successo:

- l'intensità dell'impegno organizzativo profuso sia precedentemente che durante la fase di implementazione (Buccoliero, Calciolari, Marsilio, 2007);

- il supporto da parte del vertice aziendale all'implementazione, intendendo il supporto della direzione aziendale ma anche dei dirigenti delle strutture amministrative, in termini di impegno personale profuso, di allocazione delle proprie risorse migliori al progetto e di supporto al cambiamento culturale (Holland, Light, 1994);

- la formazione di un *team* equilibrato e comprendente diverse competenze (Akermans, Van Helden, 2002);

- un attento governo dello sviluppo di «customizzazioni», in quanto fattori che possono generare incrementi di costo sia in fase di implementazione che di *upgrade* (Parr, Shanks, Darke, 1999);

- il coinvolgimento degli utenti e la definizione di un piano di *change management* coerente (Parr, Shanks, Darke, 1999).

2. Il progetto Sap, le caratteristiche strutturali della Asl 1 Umbria e i problemi da affrontare

Tra il 2003 e 2005 la Regione Umbria ha intrapreso un progetto per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo regionale integrato della sanità. Tale progetto ha individuato alcune aree prioritarie di intervento, indicando per ciascuna la progettazione e realizzazione di alcuni sottosistemi. Per quanto riguarda l'area prioritaria di intervento «Governo della Spesa» è stato attuato un piano di intervento basato su due sottosistemi: il sistema di controllo operativo e il sistema di controllo di gestione-contabilità analitica, con l'intendimento di passare da un'ottica di contenimento dei costi a livello di singola azienda a un sistema di vero e proprio governo della spesa sanitaria a livello regionale. A tale fine è stata individuata una soluzione basata sulla piattaforma Sap R/3 da implementare in tutte le aziende sanitarie della Regione nell'area amministrativo-contabile (magazzini, ordini, Coge, Coan, cespiti, fatturazione attiva). Il progetto ha inteso quindi omogeneizzare i sistemi informativi delle aziende sanitarie della Regione nell'ottica di una gestione maggiormente integrata del Ssr sul modello del «gruppo aziendale». Tale aspetto risulta chiaramente di primaria importanza, anche se una valutazione del progetto Sap a livello di sistema non rientra nei contenuti del presente lavoro, focalizzato in particolare sul progetto di implementazione presso la Asl 1.

La Asl 1 è stata, infatti, la prima Azienda sanitaria locale umbra ad adottare la nuova piattaforma tecnologica, con la conseguente necessità di definire soluzioni funzionali, organizzative e di processo «specifiche» per tutte le problematiche tipiche di un'azienda territoriale che, ad oggi, risponde ai bisogni di salute di una popolazione di circa 126 mila abitanti residenti in quattordici comuni, impiegando ad oggi circa 1400 addetti.

Dal punto di vista organizzativo l'Asl 1 si articola in sei macrostrutture gestionali:

- due Distretti sanitari (Alto Tevere e Alto Chiascio);
- due Presidi ospedalieri (Città di Castello/Umbertide e Branca), per un valore medio di 370 posti-letto;

Inerzia	Si manifestano ritardi nel processo di implementazione o mancanza di progressi nonostante tutti i soggetti coinvolti concordino sulla bontà e sulla necessità dell'iniziativa.
Resistenza	Le persone non concordano sulle modalità di intervento o sulla necessità di procedere con l'implementazione.
Errata configurazione	Il <i>software</i> non risulta correttamente configurato rispetto alle caratteristiche del business.
Uso non corretto	Gli utilizzatori del sistema impiegano lo stesso in modo non corretto a causa della scarsa conoscenza della tecnologia e/o dei processi interni.
Non utilizzo	I potenziali utilizzatori del sistema, avendo discrezionalità nell'impiego dello stesso, lo ignorano, potendo in tal modo evitare di modificare le proprie prassi operative.

- un Dipartimento di prevenzione;
- un'Area servizi centrali comprendente le strutture amministrative e in staff alla Direzione generale.

Pur potendosi classificare per posti-letto, popolazione servita e numero di dipendenti come un'azienda di medie dimensioni, la gestione presenta particolari complessità legate non solo alla dispersione territoriale, ma anche alla varietà di prestazioni fornite, sia di natura ospedaliera sia di natura territoriale. La Asl 1 ha affrontato il nuovo progetto di implementazione del sistema informativo Sap non come un obbligo imposto dalla Regione, ma come una vera e propria occasione di cambiamento culturale e organizzativo. In questo senso è stato fondamentale intendere il progetto come occasione di risposta alle criticità esistenti. Si esporranno quindi tali criticità e si procederà nel paragrafo successivo a descrivere meglio l'approccio metodologico e progettuale utilizzato.

2.1. La frammentazione organizzativa e degli applicativi informatici

L'Azienda si presentava come una realtà significativamente frammentata a livello organizzativo.

Tale frammentazione era dovuta a motivi di tipo storico e geografico. In primo luogo, infatti, la Asl è stata costituita nel 1995 riunendo il territorio della precedente Ulss Alto

Box 2

Le cinque insidie nell'implementazione dei sistemi Erp

Fonte: Del Bene, Mucelli e Sprigarello (2005)

Tevere e una parte del territorio della Ulss Alto Chiascio. Nel 2005 una legge regionale ha inoltre trasferito il territorio del Comune di Gualdo Tadino alla Asl 1 dalla Asl 3. La Asl 1, quindi, è il prodotto di aggregazioni successive di realtà che sono coesistite per lungo tempo divise, ciascuna portatrice di proprie specificità a livello di personale, organizzazione e processi. In secondo luogo, l'estensione territoriale e la dispersione delle sedi e dei punti di erogazione sul territorio ha reso significativamente difficile il consolidamento di prassi operative uniformi all'interno dell'azienda. La dispersione fisica del personale in diverse strutture ha reso decisamente complesso il processo di fusione dal punto di vista culturale e operativo.

Dal punto di vista organizzativo l'Azienda infatti ha affrontato la modifica del perimetro aziendale operando, sul versante amministrativo, in diverse direzioni:

- l'eliminazione della duplicazione di alcune funzioni di supporto: i servizi (Provveditorato, Tecnico patrimoniale, Risorse umane, ...) delle aziende preesistenti sono stati accorpati in servizi unici a livello aziendale, pur non essendo stata fisicamente accentrata la funzione amministrativa. Le risorse assegnate a ciascun servizio di supporto aziendale sono, quindi, generalmente dislocate nelle diverse sedi aziendali, producendo una configurazione organizzativa nella quale le funzioni attribuite ad una stessa area risultano disperse in diverse sedi territoriali;

- il mantenimento in capo ad ogni distretto e ad ogni presidio della propria struttura sanitaria e amministrativa;

- la creazione un gruppo dirigente coeso e focalizzato sulla dimensione aziendale.

Il processo di fusione, riorganizzazione e integrazione procedurale intrapreso al 2005, tuttavia, non aveva ancora coinvolto i livelli operativi. Se, da un lato, la dispersione territoriale e la conseguente lontananza di alcune strutture dai rispettivi dirigenti e dalle sedi di controllo avevano in qualche misura costituito un filtro al consolidamento del cambiamento al livello operativo, dall'altro, la permanenza di un certo grado di resistenza da parte dei livelli operativi (caratteristica entro certi limiti fisiologica nelle aziende sanitarie pubbliche) aveva costituito un signifi-

cativo ostacolo alla standardizzazione dei processi a livello aziendale. Aggiungendo a questo la sostanziale impossibilità di trasferire il personale in un'unica sede allo scopo di accentrare la funzione amministrativa, appare chiara la necessità di utilizzare strumenti diversi dall'accentramento fisico per rendere effettiva la fusione. Tale situazione risultava particolarmente critica ai fini della *governance* in quanto, a fronte di un'azienda che aveva sviluppato un sistema unico di controllo e monitoraggio della performance, la disomogeneità a livello di processi operativi rendeva particolarmente onerosa l'attività, sia in termini di gestione operativa che di controllo, validazione e integrazione di dati nativamente non omogenei, in quanto generati da processi operativi non standardizzati, in particolare sul territorio.

Diretta conseguenza del processo di fusione era la frammentazione degli applicativi informatici, caratterizzata da una situazione di informatizzazione «ad isole» e di scarsa integrazione tra i flussi informativi. L'Azienda disponeva infatti di un sistema informativo-contabile di tipo tradizionale basato su logiche derivanti dalla vecchia «contabilità finanziaria»¹, che copriva solo alcune aree aziendali (magazzini economici e farmaceutici, ordini, registrazione fatture passive, emissioni mandati di pagamento e reversali di incasso). Accanto a tale sistema erano attivi altri applicativi informatici specifici (per la gestione dei cespiti e degli ordini di acquisto) non integrati con la procedura contabile. Tale situazione costituiva un ulteriore elemento di frammentazione organizzativa e procedurale e comportava in primo luogo, la dispersione di risorse per attività di manutenzione. Inoltre, l'inesistente integrazione degli applicativi richiedeva, da un lato, flussi cartacei per la redazione delle chiusure periodiche e, dall'altro, un notevole impiego di risorse per le attività legate alla riconciliazione dei dati presenti nei diversi sistemi.

Ulteriore aspetto di criticità conseguente era dato dalla mancata integrazione nativa dei dati. I dati presenti nei sistemi gestionali specifici, Cup, cespiti, personale venivano quindi riportati manualmente nel sistema contabile, generando non solo inefficienza legata ai tempi di reinserimento, ma anche perdita di dettaglio dei dati e rilevanti rischi di errore. Il sistema Erp ha quindi consentito

la riduzione del numero di applicativi informatici in esercizio.

Solamente sul piano della gestione del ciclo passivo, Sap ha sostituito le tre procedure preesistenti per l'emissione di ordini di acquisto. Le sole procedure preesistenti rimaste attive sono quella relativa alla gestione del personale e il sistema Cup (**figura 1**). Verso tali sistemi sono comunque state implementate interfacce stabili e controllate per il transito dei dati.

2.2. L'informatizzazione delle strutture territoriali

Ulteriore aspetto di criticità legato alle caratteristiche strutturali della Asl 1 era costituito dalla scarsa informatizzazione dei distretti. L'area dell'assistenza territoriale assorbiva circa il 40% delle risorse aziendali, ma la gestione amministrativa era affidata a flussi cartacei e strumenti *desktop*.

Tale gestione non consentiva di effettuare una attività di monitoraggio lungo tutto il processo né a livello distrettuale né a livello cen-

trale. In corso di esercizio era cioè possibile disporre soltanto di dati extracontabili relativi all'importo stanziato in delibera e, in alcuni casi, di dati parziali relativi alle prestazioni erogate. Il dato di costo veniva caricato a sistema solamente al momento del ricevimento della fattura e senza nessun ulteriore dettaglio relativo alle prestazioni in oggetto (Centro di costo destinatario, numero di prestazioni fatturate, periodo di erogazione, ...). In un contesto in cui alle aziende viene richiesto di programmare e ottimizzare l'erogazione di tali prestazioni, risulta chiara la necessità di disporre di dati quantitativi e di impatto economico già nel corso nel processo e non solo al termine di esso (ricevimento della fattura). La contabilizzazione dei costi esclusivamente al ricevimento della fattura si risolveva nella sostanziale impossibilità di monitorare approfonditamente l'erogazione delle prestazioni nel tempo e, quindi, di intervenire durante tutto il processo, assumendo un atteggiamento passivo nei confronti della gestione dei costi. È stata quindi integrata a sistema la gestione di fattori produttivi particolarmente critici sia

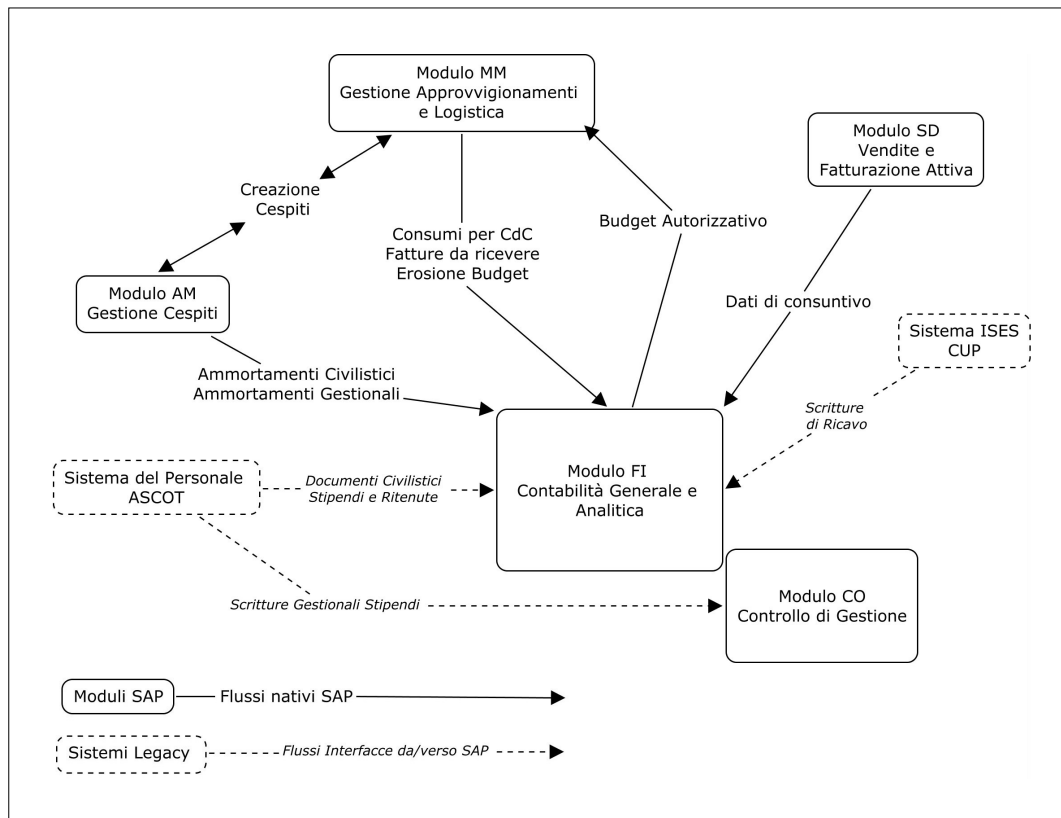


Figura 1
Relazioni principali
tra moduli Sap e sistemi
legacy

in termini di processo gestione che di impatto sul bilancio, tra cui:

- assistenza protesica;
- assistenza riabilitativa;
- assistenza integrativa;
- assistenza termale;
- servizi di trasporto; ...

2.3. La necessità di migliorare la performance operativa dei processi amministrativi

Diretta conseguenza della frammentazione organizzativa e applicativa e della scarsa informatizzazione delle strutture territoriali era la bassa performance delle procedure amministrative a sia livello operativo che di rendicontazione.

Per quanto riguarda il livello operativo, è chiaro che l'utilizzo di un sistema amministrativo contabile obsoleto e non integrato portava necessariamente all'utilizzo di risorse per attività di riconciliazione manuale di dati e di inserimento degli stessi dati su più sistemi. A titolo di esempio, il flusso per la registrazione del costo del personale dipendente prevedeva dapprima una fase di elaborazione dei cedolini, risultante in alcuni tabulati riepilogativi da cui era poi redatta in modalità manuale una scrittura di prima nota generica da imputare a sistema ai fini della contabilità generale. Le informazioni in contabilità analitica erano invece elaborate separatamente su *db Access*, sempre a partire dal flusso della procedura di elaborazione stipendi. Questi processi non solo richiedevano l'impiego di risorse per attività tipicamente a scarso valore aggiunto (imputazione ed elaborazione dei dati su più sistemi), ma risultavano altresì soggetti ad elevato rischio di errori. In alcuni casi, i limiti del sistema causavano sostanziali carenze informative. La gestione economica dei cespiti (gestione del valore di acquisto, ammortamenti e fondi) era, infatti, svolta su un sistema esterno non interfacciato con il sistema contabile. In quest'ultimo sistema era, quindi, disponibile la sola informazione relativa al saldo contabile per ciascuna categoria di immobilizzazioni, mancando del tutto informazioni relative alla composizione dei saldi contabili. La performance dei processi amministrativi risultava dunque inficiata sotto due aspetti:

– l'utilizzo di risorse per attività a scarso valore aggiunto di *data entry* o riconciliazione manuale;

– la mancanza di collegamento tra processi operativi e dati contabili, che generava tempi di attesa eccessivamente lunghi per il reperimento delle informazioni necessarie per la corretta gestione dei processi.

2.4. La necessità di migliorare il monitoraggio del *budget* e la performance delle procedure di *reporting*

La gestione del *budget* autorizzativo derivava, nelle modalità gestionali e funzionali applicative previste dal sistema Ascot precedentemente in uso, dalla gestione del preventivo di contabilità finanziaria. In particolare, il bilancio preventivo annuale, suddiviso per centri di risorsa, veniva reso disponibile attraverso l'inserimento a sistema di impegni di spesa. La fase di impegno non aveva più una corrispondenza precisa con le delibere formali con risvolto economico, ma era utilizzata perlopiù come un vincolo di sistema: veniva cioè inserito un impegno per ogni conto per lo stesso importo dello stanziamento annuale risultante dal Bilancio preventivo economico. In un sistema così costruito la gestione del *budget* assumeva quindi una dimensione di tipo «autorizzativo», piuttosto che gestionale.

Non era, in primo luogo, possibile collegare il *budget* economico agli accadimenti gestionali e al dispiegarsi del relativo effetto economico su di esso e non era, altresì, possibile per i servizi monitorare il progressivo utilizzo delle risorse assegnate a sistema e gestire livelli di *budget* gerarchicamente inferiori per finalità di monitoraggio interno. Tale impostazione risultava non solo limitante a livello operativo, ma anche inadeguata a livello culturale, in quanto bastata su un approccio di tipo burocratico-autorizzativo piuttosto che gestionale-previsionale.

La necessità di migliorare la gestione del *budget*, sia a livello concettuale che applicativo, si rifletteva, a valle, nella necessità di intervenire anche sulle procedure di *reporting*. In un contesto di frammentazione applicativa come quello descritto, le stesse procedure di rendicontazione risultavano limitate dalla scarsa integrazione dei sistemi a disposizione.

Il sistema di contabilità analitica, di tipo statistico/tabellare e implementato su strumenti *desktop*, veniva alimentato da flussi cartacei extracontabili e annualmente riconciliato con la contabilità generale. Tale sistema assorbiva una risorsa a tempo pieno per attività di estrazione dei dati dai diversi sistemi settoriali, richiesta e raccolta di flussi cartacei dalle strutture periferiche, *data entry*, validazione e integrazione di dati ricevuti e redazione delle chiusure trimestrali. È chiaro che una attività così impegnativa non poteva essere svolta con maggiore frequenza e risultava comunque limitata ad una dimensione di analisi statica e a soli dati di natura contabile. Dal punto di vista del controllo di gestione, si incontravano due sostanziali limiti: da un lato, l'impossibilità di risalire direttamente ai fenomeni gestionali alla base dei dati contabili, dall'altro, la sostanziale staticità della reportistica, sia in senso verticale, che in senso orizzontale. Ogni operazione di riorganizzazione a livello di albero dei centri di costo richiedeva, infatti, onerose operazioni di adeguamento dei supporti informatici.

2.5. Il sistema di controllo interno

È chiaro che gli elementi emergenti dalle analisi sopra effettuate costituiscono di per sé fattori in grado di inficiare l'affidabilità del sistema di controllo interno. È necessario tuttavia osservare che l'efficacia di un sistema di controllo interno dipende in modo significativo dagli strumenti informatici a supporto del sistema stesso. In altre parole, anche se l'Azienda applicava alcuni principi cardine del sistema di controllo interno (cultura del controllo e presenza di alcuni controlli chiave sui processi), proprio le limitate potenzialità di un sistema informativo, inadeguato alle esigenze, costituivano un ostacolo all'ulteriore sviluppo del sistema stesso in un'ottica di miglioramento della performance dei processi e di qualità del *reporting* finanziario. Il tariffario dei beni farmaceutici, ad esempio, era gestito su *file* locale secondo una procedura non codificata e totalmente scollegata da quella di emissione di ordini. Tale procedura, intrinsecamente non in grado di tracciare eventuali modifiche ai prezzi e di storicizzare i dati, esponeva l'azienda a rischi di errori e ad un potenziale aggravio nelle attività operative, generato dalla neces-

sità di verificare la correttezza dei prezzi negli ordini effettivamente emessi e di gestire eventuali difformità tra i prezzi riportati nel *file* locale e i prezzi effettivi praticati dai fornitori, anche a seguito di specifiche politiche di sconto.

Dal punto di vista del *reporting* finanziario, la gestione non a partita delle poste contabili esponeva le scritture contabili a rilevanti rischi di errore. Le registrazioni nei conti avvenivano solo mediante scritture di prima nota. Il sistema non effettuava alcuni controlli di coerenza, fondamentali nell'ottica della corretta gestione contabile. Era quindi possibile, in altri termini, emettere un mandato a saldo di un debito con chiusura del debito su un conto diverso da quello su cui il credito era stato aperto. L'Azienda sopperiva alla mancanza di controlli automatizzati effettuando controlli e riconciliazioni manuali in fase di chiusura di bilancio. Tali controlli, per quanto laboriosi ed in grado di individuare errori macroscopici, non garantivano tuttavia un *comfort* totale.

3. Il progetto

3.1. L'impostazione metodologica

A fronte delle criticità sopra elencate l'azienda ha colto la necessità di innescare un processo di cambiamento di tipo «orizzontale». Non si trattava, infatti, di criticità legate a un singolo aspetto o ad una singola area aziendale, risolvibili mediante singoli interventi *ad hoc*, ma di individuare uno strumento che consentisse di intervenire contemporaneamente e trasversalmente su tutti gli aspetti individuati.

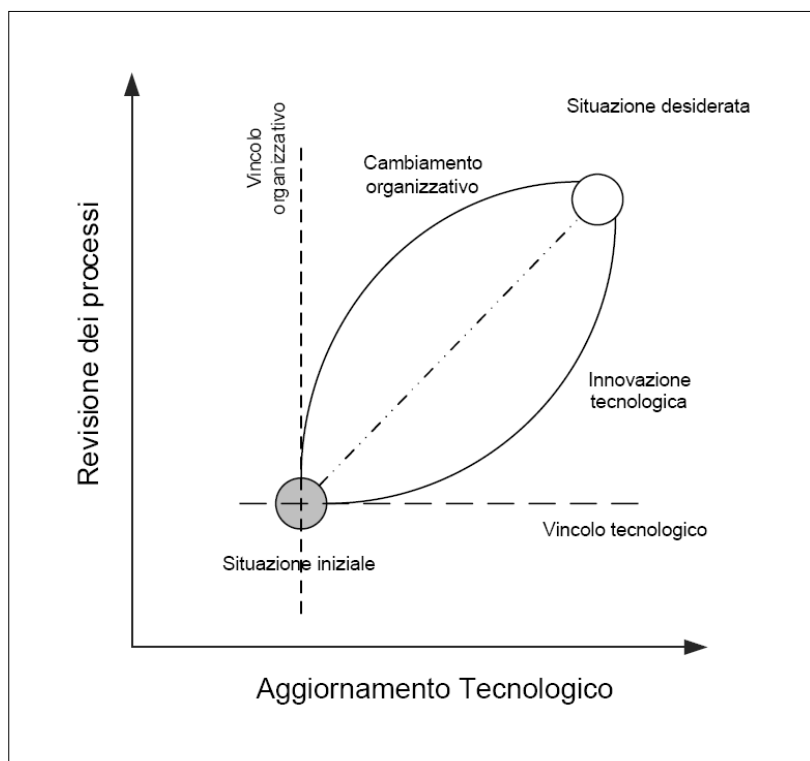
Un intervento di carattere esclusivamente organizzativo limitato al ridisegno dei processi e alla redistribuzione delle funzioni avrebbe, infatti, sortito effetti parziali, concentrandosi sul disegno di interventi «su carta» privi di uno strumento operativo in grado di rendere cogente, presso le strutture operative, il cambiamento. Un intervento di carattere esclusivamente tecnologico si sarebbe evidentemente scontrato con la fragilità della struttura organizzativa sottostante. Agendo esclusivamente sulla leva organizzativa, la dimensione tecnologica, rappresentando un vincolo insuperabile, non avrebbe consentito di raggiungere la posizione desiderata.

Analogamente, il solo intervento sulla dimensione tecnologica, non supportato da un adeguato cambiamento organizzativo, non avrebbe permesso di conseguire gli obiettivi desiderati. La **figura 2** rappresenta graficamente questo concetto.

Allo stesso modo, eventuali altre possibilità di interventi di tipo settoriale («efficientamento» dei processi di rendicontazione, potenziamento del sistema di controllo interno, ...) non solo non avrebbero consentito di affrontare simultaneamente tutte le criticità di cui sopra, ma avrebbero corso il rischio di produrre effetti limitati in conseguenza di ulteriori vincoli presenti su altre dimensioni. Ad esempio, un ipotetico intervento di miglioramento delle procedure contabili e di rendicontazione avrebbe scontato l'arretratezza e la frammentazione del sistema informativo, rendendo necessaria l'introduzione di innumerevoli attività di riconciliazione manuale. D'altra parte, la mera adozione di un sistema informatico più evoluto avrebbe beneficiato delle migliori capacità di elaborazione dei dati, senza tuttavia intervenire sull'affidabilità dei dati gestiti dal sistema.

Figura 2

Innovazione tecnologica e revisione organizzativa



L'Azienda si è, quindi, trovata ad affrontare uno snodo cruciale in cui la transizione da un equilibrio sostanzialmente stabile ma sub-ottimale a un equilibrio in grado di consentire ulteriori azioni di miglioramento richiedeva necessariamente l'azione contemporanea su più variabili:

- l'organizzazione;
- la tecnologia;
- le procedure di rilevazione e rendicontazione;
- il decentramento gestionale (e il necessario presupposto informativo);
- il sistema di controllo interno.

Si è perciò inteso annullare il rischio di inefficacia legato a singoli interventi settoriali progettando un intervento globale capace di sviluppare rilevanti sinergie tra i diversi ambiti di azione e, pertanto, di «spostare simultaneamente» tutti i vincoli. Il sistema Erp è stato dunque consapevolmente inteso come fattore abilitante al cambiamento e come presupposto per successivi interventi di ottimizzazione. Tale approccio di tipo «orizzontale» ha comportato tuttavia due significativi punti di attenzione.

Il cambiamento orizzontale si caratterizza come intervento che impatta su tutta la struttura producendo «costi» generalizzati senza produrre, almeno nel breve periodo, benefici evidenti. I vantaggi conseguibili sono, infatti, diluiti in termini temporali (ovvero misurabili nel medio periodo) e in termini di diffusione presso la struttura. A ciò si aggiunga che il cambiamento «orizzontale» non ha, presso la struttura, un *owner* specifico in grado di fungere da stimolo e catalizzatore del processo.

In secondo luogo, appare opportuno ricordare che il progetto, avendo tratto avvio da un *input* regionale, presentava un elevato rischio di risolversi in un processo di isomorfismo istituzionale coercitivo, legato cioè alla necessità di adempiere ad una richiesta effettuata dal livello gerarchico superiore. Un approccio di questo genere avrebbe portato, per ricondursi alle categorie citate nel primo paragrafo, all'attivazione di un processo *technology driven*.

La Asl 1 ha, quindi, messo in atto strategie mirate al fine di «appropriarsi» del progetto creando il *commitment* necessario per inne-

scare un significativo processo di crescita. In questo senso il problema del *commitment* è troppo spesso interpretato nella pratica in modo vago, utilizzando come unico strumento gli incontri di condivisione tra direzione e dirigenti di medio livello. La Asl 1 ha, invece, individuato come fattore chiave del successo il *commitment* inteso non solo come supporto della direzione al progetto (Holland, Light, 1994), ma, in senso maggiormente ampio e profondo, come fattore motivazionale forte in grado di stimolare non solo il livello dirigenziale, ma anche il livello operativo ove, in ultima analisi, si generano significativi rischi di fallimento dei progetti Erp (vedasi il box 2) e si gioca il successo del progetto. In tal senso, il *commitment*, sia del livello dirigenziale che del livello operativo, è stato ottenuto attraverso l'attuazione di un progetto, disegnato a partire dalle criticità esistenti rilevate già presso il livello operativo, idoneo a rispondere ai bisogni degli operatori e, pertanto, capace di stimolare la motivazione al livello operativo. Tale approccio, esteso ad un contesto più generale, ha caratterizzato il progetto nella sua interezza: è stata individuata come punto chiave l'estensione del coinvolgimento anche al livello operativo in tutte le fasi del progetto. Se si analizza la tabella dei rischi riportata nel box 2, appare evidente come ciascuno dei fattori di rischio si concretizzi, in ultima analisi, nel livello operativo e come sia perciò necessario agire anche a questo livello per il successo del progetto. Sap ha costituito non tanto il fine, quanto l'occasione per operare una profonda revisione organizzativa che arrivasse a coinvolgere i processi operativi e a rendere effettivo e duraturo il cambiamento degli stessi.

In altre parole, l'installazione di un sistema Erp, un sistema di tipo «orizzontale» sviluppato secondo una logica di processo, ha costituito un'occasione imperdibile non solo per estendere l'azione di cambiamento ai processi stessi, ma anche per consolidare il cambiamento stesso.

Nella misura in cui, infatti, il sistema viene implementato e rimane in esercizio per un lungo periodo, esso costituisce in qualche modo un fattore stabilizzante del cambiamento, sostanzialmente forzando negli operatori l'adattamento al nuovo disegno dei processi e rendendo impossibile

il ritorno alle logiche di gestione preesistenti.

L'implementazione del sistema Erp non è quindi stata considerata come un problema di competenza di una singola area aziendale (tipicamente l'Area economico-finanziaria), ma, come è stato detto, è stata privilegiata una logica di cambiamento complessivo che ha coinvolto tutta l'azienda sfruttando il fatto che l'introduzione di un sistema integrato ha impatto sull'intera Azienda a diversi livelli:

- *strategico*: cambiano sia il *set* di dati a disposizione per il governo dell'Azienda che le logiche di produzione dei dati;

- *organizzativo*: il nuovo sistema porta a una riorganizzazione delle mansioni affidate a ciascuna unità operativa;

- *operativo*: cambiano le procedure seguite dagli utenti (anche al di fuori dell'Area economico-finanziaria) per lo svolgimento delle proprie mansioni;

- *tecnologico*: cambiano le piattaforme a supporto delle procedure, con necessità di effettuare migrazioni, interfacce e di gestire il periodo di transito tra i due sistemi.

3.2. L'organizzazione

In un contesto come quello descritto, l'Azienda ha inteso affrontare l'implementazione del sistema informativo come occasione irripetibile per superare definitivamente le proprie carenze strutturali. Il progetto ha seguito a grandi linee le fasi concettuali tipiche di un processo di implementazione di un sistema Erp, caratterizzandosi tuttavia per alcune peculiarità:

In particolare la letteratura (Caccia, Iacobelli, 2005) individua sei fasi «tipiche»:

- 1) analisi organizzativa e del fabbisogno informativo dell'azienda;

- 2) definizione delle nuove regole organizzative (revisione organizzativa) e di relativa modifica dei fabbisogni e flussi informativi;

- 3) prima configurazione del sistema Erp in base ai risultati della fase «to be»;

- 4) prima fase di test del sistema Erp parametrizzato secondo le esigenze aziendali;

- 5) seconda configurazione consistente in un perfezionamento/messa a punto del sistema Erp;

6) seconda fase di test e avvio del sistema.

Il progetto realizzato presso la Asl 1 si è caratterizzato per la necessità, dovuta a vincoli regionali, di pervenire al «go live» in tempi brevi. Non è quindi stato possibile svolgere la fase di verifica del sistema e di seconda configurazione sulla base di test effettuati con gli utenti. Questo ha richiesto, da un lato, una maggiore attenzione nella fase di analisi e definizione delle specifiche funzionali e, dall'altro, lo svolgimento delle attività di *fine tuning* e ottimizzazione della configurazione su un sistema in esercizio (quindi non in ambiente di test, ma con un'azienda operante). A ciò si aggiunga che l'implementazione di un sistema Erp è in generale un progetto costoso in termini in termini di tempo e risorse (non solo finanziarie, ma anche organizzative). Tali difficoltà risultano amplificate in un'azienda complessa dal punto di vista organizzativo, con sedi e servizi dispersi sul territorio, come nel caso dell'Asl n. 1.

In quest'ottica, è fondamentale un corretto approccio per la gestione del progetto che preveda una chiara definizione degli ambiti, delle fasi, degli attori coinvolti, dei ruoli e dei momenti di controllo e di verifica dei risultati. In un contesto caratterizzato da elevata complessità e necessità di procedere in tempi brevi, si è ritenuto fondamentale avvalersi del supporto di una primaria società di consulenza quale PricewaterhouseCoopers Advisory da affiancare a Webred, società incaricata dell'implementazione. Si è voluto, in questo modo, garantire un approccio metodologico globale, capace di coniugare tutti gli aspetti interessati dal progetto e di gestire loro eventuali conflitti in ambiente complesso e in una situazione di forte tensione, come l'avvio di un sistema Erp e la sua ottimizzazione direttamente «in produzione». Lo sviluppo del progetto è stato, perciò, accompagnato da un soggetto in grado di garantire la qualità dell'approccio metodologico, la coerenza delle attività svolte rispetto agli obiettivi finali, la gestione efficiente delle risorse coinvolte nonché l'individuazione di soluzioni per il miglioramento organizzativo e di processo. È stato a tal fine costituito un «Comitato Guida» composto dai referenti interni di progetto (Responsabile Area economico-

finanziaria, Controllo di gestione e Sistemi informativi) e dai consulenti funzionali e di processo in modo da coniugare la conoscenza dell'azienda a livello di logiche di funzionamento, organizzazione e risorse umane dei referenti interni di progetto con le competenze tecniche, metodologiche e di *project management* della società di consulenza. Il Comitato guida ha poi potuto beneficiare del costante appoggio dalla Direzione aziendale, in grado di fornire una visione strategica di lungo periodo e la capacità di influire sulle dinamiche aziendali e di stimolare il cambiamento culturale.

3.3. L'analisi

L'Azienda ha, quindi, fatto precedere la fase di implementazione da una fase di analisi e revisione dei processi al fine di:

- comprendere, per ogni area di indagine, il funzionamento dei processi «as is» e le criticità esistenti a livello organizzativo (strutturale e di processo);
- individuare le azioni necessarie per il superamento delle criticità sul versante organizzativo;
- definire le specifiche di parametrizzazione del nuovo sistema informativo alla luce delle necessità e delle specificità aziendali.

Tale analisi ha richiesto l'impiego di notevoli risorse sia a livello di tempo che di capacità organizzative. Solamente in fase di avviamento, infatti, sono stati svolti circa cento incontri tra personale Asl, consulenti funzionali e implementatori.

L'impossibilità, sopra ricordata, di procedere alla fase di *fine tuning* ambiente di test ha richiesto maggior impegno in fase di analisi.

È stato dedicato un notevole sforzo alla fase di analisi dei processi aziendali in uso presso l'Azienda, effettuando la mappatura dell'attività aziendale attraverso la formazione di otto Gruppi di lavoro così articolati:

- Contabilità generale;
- Contabilità analitica;
- Personale;
- Farmacia;
- Approvvigionamenti ed economato;

- Patrimonio;
- Territorio;
- Entrate.

Le attività di mappatura sono state effettuate con l'attenzione di coinvolgere nelle interviste e nelle verifiche sul campo personale appartenente alle diverse sedi. Tale attività ha consentito non solo di ottenere un quadro completo dell'attività aziendale, ma anche di valorizzare il contributo del personale operativo, raccogliendo le criticità individuate e facendo percepire agli utenti stessi la scarsa standardizzazione dei processi e la difficoltà di gestire con modalità differenti processi analoghi presso le diverse sedi aziendali. La presenza in Azienda di professionisti esperti di BPR, a contatto con la dirigenza e con il personale operativo, ha costituito, dunque, un primo presupposto per generare *commitment* e per innescare il processo di cambiamento culturale. La fase analisi si è perciò rivelata fondamentale sotto diversi aspetti. In primo luogo, ha costituito un fondamentale momento di confronto con il personale aziendale a tutti i livelli e ha avuto un ruolo centrale nel vincere la fisiologica resistenza al cambiamento. In particolare, la presenza dei consulenti ha consentito di far percepire l'importanza strategica attribuita dalla direzione al progetto e ha permesso di introdurre «figure terze» in azienda in grado di spiegare, stimolare, formare, raccogliere le esigenze delle diverse aree aiutando a superare le resistenze. A questo proposito, è stato possibile notare nel personale, assieme ad una notevole diffidenza legata all'uso dello strumento tecnologico, la consapevolezza della necessità di ridisegnare e standardizzare i processi aziendali. Il personale coinvolto nell'analisi ha, infatti, individuato come un limite il fatto che la scarsa standardizzazione dei processi generasse nelle attività operative confusione e inefficienza, dovute a una diversa modalità di svolgimento delle medesime attività nelle due principali sedi aziendali.

In secondo luogo, la fase di analisi ha fatto emergere la necessità di adottare un approccio di tipo «incrementale» al cambiamento. Si è, infatti, optato per l'introduzione di «quick win» nei processi, ovvero di un genere di interventi mirati che non comportano grandi cambiamenti ma danno immediati vantaggi rispetto alle criticità individuate,

rendendo maggiormente accettabile un progetto invasivo come l'adozione di un Erp. Tale approccio è stato adottato al fine di evitare di sovraccaricare l'organizzazione e il personale e di facilitare il cambiamento mediante la rimozione di alcuni fattori di criticità. Gli interventi sono stati pertanto concentrati sui processi, limitando al massimo la riassegnazione delle funzioni alle diverse Uo, al fine di concentrare lo sforzo degli utilizzatori sull'apprendimento delle nuove modalità e dell'uso di nuovi strumenti per lo svolgimento di funzioni già conosciute.

Questa scelta è stata dettata anche dall'impossibilità di effettuare una fase di test con gli utilizzatori e di seconda configurazione prima dell'avvio del sistema. Come *output* della fase progettuale in oggetto è stato quindi redatto il manuale di alimentazione dei sistemi contabili: organizzato per fattori produttivi, o gruppi di questi omogenei dal punto di vista dell'alimentazione, il manuale ha chiarito le procedure organizzative da seguire sia per la gestione dei processi, sia per l'alimentazione del sistema in rapporto alle nuove opportunità messe a disposizione da Sap, fungendo anche da guida agli operatori per un corretto utilizzo della procedura in rapporto alle soluzioni individuate dall'Azienda.

Nel disegno dei flussi amministrativi «a tendere», grande attenzione è stata posta nella ricerca di un equilibrio tra due estremi:

1) da un lato, la semplice riproduzione nel sistema Erp dei processi aziendali esistenti (*as-is*). Tale approccio avrebbe, infatti, semplicemente ratificato la situazione esistente modificando solamente la piattaforma *software* di supporto, traducendosi sostanzialmente in un «esercizio tecnico» foriero di ulteriori criticità legate all'adozione di un sistema informativo di per sé complesso e «snaturato» per adattarsi alle specificità aziendali;

2) dall'altro lato, l'adattamento della struttura organizzativa e dei flussi amministrativi alle logiche di funzionamento dell'Erp, con il rischio di appesantire i flussi informativi e di alimentare la resistenza del personale operativo al cambiamento. Se, infatti, l'Erp Sap contiene già le *best practices* per la gestione efficiente dei flussi informativi, esso nasce come sistema standard decontestualizzato e

richiede, in fase di sviluppo e di implementazione, un'attenta parametrizzazione che lo renda fruibile dall'organizzazione a tutti i livelli.

È stato perciò profuso un notevole impegno da parte del personale della Asl 1 per quanto riguarda la capacità di adattamento e la disponibilità al cambiamento, da parte dei consulenti per l'individuazione di soluzioni funzionali efficienti in grado di ottimizzare l'introduzione e l'utilizzo del sistema informativo Sap e, in ultimo, da parte degli implementatori per la realizzazione tecnica delle soluzioni individuate in fase di analisi.

Non devono nemmeno essere dimenticati altri due aspetti: la comunicazione interna e la formazione.

In primo luogo, la Direzione aziendale e il Comitato guida non hanno demandato ai consulenti l'intera fase di analisi, ma hanno creato occasioni di incontro con i referenti delle diverse strutture al fine di coinvolgere nel progetto gli *opinion leader* aziendali, e, in specifiche occasioni, anche le risorse operative. L'introduzione di un Erp è sempre accompagnata da qualche difficoltà in fase di *start up*: il sostegno degli *opinion leader* è fondamentale per gestire la resistenza al cambiamento che potrebbe insorgere nelle fasi di avvio del sistema a seguito del cambiamento di procedure consolidate da anni.

In secondo luogo, è stato redatto un piano di formazione del personale alle nuove procedure all'utilizzo di Sap, aspetto reso ancora più critico dalla dispersione territoriale delle risorse amministrative tipica della Asl 1. Si sono, quindi, effettuati alcuni incontri di formazione a carattere generale sull'impostazione dei nuovi processi e sulle logiche fondamentali del sistema Sap, demandando all'affiancamento *on the job* la formazione operativa per gli utenti finali.

3.4. L'avvio del sistema e il consolidamento

L'avvio del sistema è avvenuto il primo gennaio 2006. Non è stato gestito alcun periodo transitorio di coesistenza parallela tra vecchio e nuovo sistema informativo.

La fase di *start up* di un sistema Erp è sicuramente un momento critico. Da un lato viene richiesto all'azienda di svolgere le normali attività e dall'altro di intraprendere significativi cambiamenti a livello di flussi

informativi e procedure operative. Un rischio connesso all'avvio di un nuovo sistema informativo è quello di garantire l'assistenza agli utenti finali solo in termini di addestramento all'utilizzo dello strumento informatico, senza tener conto delle esigenze più tipiche di *change management*. È stato garantito, invece, non soltanto un supporto di tipo informatico da parte degli implementatori, ma anche un affiancamento da parte dei consulenti PwC a fronte di specifiche richieste relative alle modalità di corretto svolgimento delle attività operative, sia sotto l'aspetto gestionale che della corretta alimentazione della contabilità generale ed analitica.

L'affiancamento è stato anche lo strumento fondamentale per vincere la diffidenza verso lo strumento tecnologico. Nelle prime settimane di avvio i consulenti hanno letteralmente affiancato gli utenti nelle attività operative, richiamando i punti di contatto e le differenze tra nuove e vecchie procedure operative.

Particolari difficoltà sono state rilevate nell'Area tecnico-patrimoniale, dove l'aspetto di tipo tecnico-ingegneristico risulta predominante, ma vi è anche un rilevante contenuto di gestione amministrativa. Soprattutto, in questo caso, l'affiancamento è stato fondamentale al fine di introdurre, insieme al nuovo sistema, i principi di una corretta gestione amministrativa dei cespiti.

L'introduzione di Sap ha, infatti, comportato l'unificazione di alcuni aspetti della gestione tecnica e amministrativa del patrimonio prima separati. In generale, è stato inoltre fondamentale il ruolo svolto dai consulenti di collettori delle esigenze dei servizi e di discernimento tra criticità legate alle resistenze al cambiamento e criticità reali. Ulteriore fattore di attenzione è stato la pianificazione delle tempistiche di *start up*, al fine di rallentare il meno possibile l'operatività dell'Azienda.

In particolare, è stata data priorità ai servizi periferici, in quanto alimentanti la procedura, secondo il seguente ordine di avviamento:

- Area beni e servizi, acquisizione di beni farmaceutici e beni economici (emissione ordini di acquisto, gestione contratti di acquisto);
- Area beni e servizi: gestione magazzini;

- Area beni e servizi: approvvigionamento Servizi;
- Area tecnico-patrimoniale: gestione manutenzioni;
- Area risorse umane: gestione ordini per libera professione e consulenze;
- Dipartimenti e Distretti: gestione ordini servizi distrettuali e fatturazione attiva periferica;
- Area economico-finanziaria: gestione fatturazione attiva, incassi e pagamenti.

Le attività di cui sopra sono state avviate entro il mese di gennaio 2006.

Nelle settimane successive sono state avviate le attività delle restanti funzioni aziendali (Presidi ospedalieri), consolidando la messa a regime dei primi *starter*. Solo a seguito dell'avviamento dei servizi alimentanti il sistema, sono state avviate le funzionalità tipiche dell'Area economico-finanziaria (contabilità generale e fatturazione passiva) e, da ultimo, del Controllo di gestione.

È da notare come il monitoraggio costante da parte del Comitato guida sullo stato di avanzamento dell'avvio del sistema unito all'impegno profuso dalle Unità operative periferiche abbia consentito all'Azienda di non subire rallentamenti significativi nell'attività ordinaria. In particolare, non si sono registrati ritardi nell'emissione dei mandati di pagamento, nella gestione della fatturazione passiva e nell'adempimento delle scadenze derivanti da obblighi normativi.

La fase di consolidamento ha rivestito un'importanza fondamentale in quanto, come ricordato sopra, non è stata svolta una fase di seconda configurazione precedentemente all'avvio del sistema.

Nella fase di messa in esercizio del nuovo sistema informativo è stata data priorità all'avvio di tutte le aree aziendali. Nella successiva fase di lavoro il Comitato guida ha effettuato un monitoraggio continuo sull'insorgenza di eventuali anomalie o scoperture funzionali del sistema, richiedendo costanti *feedback* da parte degli utilizzatori finali e dei dirigenti dei servizi coinvolti dallo *start up*.

I consulenti hanno quindi proceduto ad un riesame dei nuovi processi al fine di:

- affrontare criticità non emerse in fase di analisi;

- individuare eventuali attività non a valore aggiunto o duplicate e procedere al *fine tuning* dei processi;
- bloccare sul nascere comportamenti non corretti.

Il continuo coinvolgimento e la richiesta di *feedback* ai referenti operativi dei diversi servizi e il costante riesame delle scelte fatte in fase di analisi alla luce delle nuove criticità e delle nuove soluzioni proposte dagli implementatori, congiuntamente alla continua supervisione delle Direzione aziendale hanno permesso di non far calare la tensione dell'Azienda verso il rinnovamento organizzativo e di svolgere «in tempo reale» la fase di seconda configurazione.

È stato inoltre messo in atto un processo di controllo sistematico sullo stato di alimentazione del sistema, individuando specifiche procedure di verifica dei dati caricati a sistema in termini di completezza (effettiva gestione dei processi a sistema), tempestività (dei dati caricati a sistema) e affidabilità (correttezza dei dati caricati a sistema). Tale attività di controllo, effettuata fino al 2008, ha inteso in primo luogo prevenire il rischio di non utilizzo o di utilizzo scorretto del sistema.

Sono, infatti, stati effettuati sistematicamente incontri di verifica e di condivisione delle anomalie con i servizi alimentanti al fine di stimolarne la risoluzione o di richiedere interventi migliorativi del sistema agli implementatori.

4. Alcuni risultati conseguiti

Ad oggi, il sistema deve considerarsi avviato con successo.

La letteratura (per una rassegna veda si Buccoliero, Calciolari, Marsilio, 2007) è sostanzialmente concorde nell'affermare che una valutazione degli impatti derivanti dall'implementazione di un sistema Erp debba assumere una prospettiva di medio-lungo periodo. Tale impostazione risulta assolutamente coerente con il caso della Asl 1, in cui l'implementazione di Sap è stata considerata come fattore abilitante e presupposto per ulteriori interventi di crescita. È tuttavia possibile affermare che, già nel breve periodo, sono stati ottenuti risultati apprezzabili in termini di integrazione, crescita del siste-

ma di controllo interno, miglioramento della qualità e della quantità delle informazioni a disposizione e miglioramento della performance dei processi. Il conseguimento di tali risultati ha altresì permesso il superamento delle criticità specifiche della Asl 1 sopra illustrate.

4.1. Vantaggi operativi

L'introduzione del sistema Erp Sap ha sicuramente contribuito un recupero di efficienza dei processi amministrativi. Tale recupero è stimabile in termini di riduzione effettiva del personale amministrativo (blocco del *turnover*).

In primo luogo, sono state eliminate alcune attività a scarso valore aggiunto in fase di processazione delle fatture passive e di conciliazione di crediti e incassi. L'eliminazione di tali attività ha consentito la riduzione di due risorse FTE presso l'Area economico-finanziaria, una nella gestione del ciclo passivo (pensionamento) e una nella gestione del ciclo attivo (assegnazione ad altro servizio). Le migliori potenzialità della soluzione tecnologica adottata hanno, inoltre, consentito la produzione automatizzata di nuovi flussi informativi obbligatori consentendo di non allocare destinare l'Area economico-finanziaria, pur a fronte di un incremento delle attività richieste.

Dal lato del ciclo attivo, la gestione a sistema delle prestazioni erogate e il decentramento del processo di fatturazione presso le strutture periferiche, principalmente il Dipartimento di prevenzione, hanno consentito una migliore gestione dei ricavi, senza tuttavia richiedere lo spostamento di risorse nei punti di fatturazione (il personale amministrativo del Dipartimento è passato da 8 unità nel 2005 a 6 nel 2006 e nel 2007).

L'Area economico-finanziaria è in grado di monitorare costantemente l'erogazione di prestazioni e le fatture emesse, gestendo in modo automatizzato il credito generato (emissione dei solleciti di pagamento) e migliorando, quindi, la capacità di riscossione dei crediti per prestazioni erogate e non pagate.

I maggiori recuperi di efficienza si registrano all'interno dell'Area beni e servizi provveditorato, in cui l'attivazione della gestione a sistema dei contratti per l'approvvigiona-

mento ha consentito l'emissione di ordini per copia richiamando automaticamente tutte le informazioni relative all'articolo ordinato. Tale funzionalità, insieme alla riduzione della frammentazione applicativa (riconduzione in Sap di tutte le tipologie di ordini), ha generato un considerevole incremento dell'efficienza del processo in termini di risparmio di tempo e di riduzione della possibilità di errore. Le risorse dedicate all'emissione di ordini sono conseguentemente diminuite del 33% FTE.

Per quanto riguarda i magazzini, sia farmaceutici che economici, non sono stati osservati recuperi di efficienza nell'assorbimento di risorse FTE. L'operatività a sistema ha, infatti, assorbito lo stesso numero di risorse dedicate in precedenza, anche se è da sottolineare che l'introduzione di Sap ha significativamente incrementato la quantità delle informazioni gestite a sistema. Il riflesso operativo dell'incremento delle informazioni a disposizione non è tuttavia evidente.

Con riferimento ai tassi di rotazione del magazzino, l'analisi evidenzia risultati non omogenei. Se, infatti, nel primo anno si evidenzia una diminuzione dell'1% dello stesso, nel 2007 si registra, invece, un incremento dell'8%. In generale, comunque appare ragionevole affermare che l'adozione dell'Erp non abbia avuto significativi effetti sulla gestione delle scorte. Tale lettura appare corroborata dal fatto che il confronto con i dati la variazione tra il 2004 e il 2005, in assenza del sistema Sap, aveva registrato un incremento dell'indice del 6%, paragonabile quindi con le variazioni rilevate successivamente all'introduzione di Sap. Non sembra perciò che a livello di gestione del magazzino la Asl abbia conseguito significativi benefici.

4.2. Vantaggi nel sistema di programmazione e controllo

Il sistema Sap ha sicuramente facilitato la produzione di informazioni utili al sistema di programmazione e controllo. In questo senso l'esperienza della Asl 1 conferma la tesi secondo cui l'introduzione dell'Erp, migliorando la quantità e la qualità dei dati a disposizione, ha un impatto positivo sul sistema di programmazione e controllo (Del Bene, Muccelli, Spigarelli, 2005).

Tale impatto è riconducibile a tre fattori.

L'implementazione di Sap ha consentito di mettere sotto controllo diretto i processi del livello territoriale. La particolare enfasi posta sulla riconduzione di tutti i processi a sistema ha consentito infatti di monitorare direttamente dal centro i processi dei distretti.

Se in precedenza erano disponibili solamente dati di sintesi forniti dalle strutture distrettuali, ad oggi è disponibile, sia a livello di azienda che a livello di servizi periferici, una serie di informazioni prima non gestite. Sia le Unità operative periferiche che il Controllo di gestione dispongono di tutti i dati inerenti alla propria attività (consumo di fattori produttivi, cespiti in carico, ordini aperti, ...) ed è quindi possibile monitorare l'attività delle diverse Unità operative secondo differenti dimensioni di analisi sia a livello centrale che a livello periferico. L'Azienda dispone, inoltre, di dati contabili e gestionali in tempo reale, superando il vecchio «scollamento» tra dati di natura gestionale e dati contabili, per loro natura intempestivi ed inadatti al governo dell'azienda.

È possibile, perciò, collegare le fattispecie gestionali e gli accadimenti operativi alla rispettiva manifestazione contabile, disponendo di una visione completa dei fenomeni. Ad esempio, è possibile monitorare puntualmente le attività di approvvigionamento tanto a livello gestionale che contabile: emissione di ordine, ricezione di beni e consumo a livello gestionale, ricevimento della fattura e pagamento a livello contabile. Vi sono, dunque, vantaggi considerevoli in termini di possibilità di monitorare dal centro i fenomeni gestionali e, in secondo luogo, in termini di incremento del *set* informativo a supporto delle decisioni.

Deve però essere considerato anche un terzo vantaggio legato alla razionalizzazione e ad un maggiore controllo della gestione delle risorse già a livello periferico. La riconduzione di tutti i processi del ciclo passivo, anche a livello territoriale, all'emissione di ordine e accettazione a sistema, consente di diffondere la logica della programmazione presso servizi tradizionalmente non legati a tale logica. I servizi periferici hanno, infatti, visibilità sul proprio *budget* assegnato e sulla erosione dello stesso per mezzo dell'emissione di ordini e sulla maturazione dei costi a seguito della ricezione delle prestazioni.

Sotto questo aspetto, la «rigidità» del sistema Sap ha indotto nei servizi territoriali la logica della programmazione e del controllo nell'utilizzo delle risorse. Si è infatti osservata, dal 2006 ad oggi, una diminuzione significativa degli interventi di variazione del *budget* autorizzativo assegnato ad inizio esercizio, indice del fatto che presso i servizi erogatori si sta progressivamente instaurando una logica di gestione più razionale delle risorse. L'informatizzazione dei processi amministrativi nelle strutture periferiche (presidi e distretti) e la riconduzione di tutti i processi di approvvigionamento ad emissione di ordine a sistema non sembra avere avuto costi in termini di allocazione di risorse umane dedicate. Non è, infatti, variata la configurazione delle risorse amministrative assegnate al distretto Alto Tevere, mentre nel distretto Alto Chiascio l'incremento del personale amministrativo in carico è riconducibile piuttosto all'assorbimento dell'area territoriale di Gualdo che all'assegnazione di nuove risorse per un aumento dei carichi di lavoro.

4.3. Vantaggi di natura organizzativa

L'implementazione dell'Erp ha portato il personale amministrativo ad operare secondo una logica di processo, consistente in una sequenza di attività integrate.

Tale mutamento ha prodotto significativi vantaggi soprattutto in termini di riduzione del processo di gestione della fatturazione passiva e delle liquidazioni. Il *matching* a sistema tra fattura e ordine rende più agile la fase di liquidazione delle fatture ed elimina i tempi di attesa legati alla trasmissione di flussi cartacei. Tutte le informazioni necessarie alle liquidazioni sono già disponibili a sistema al momento della registrazione della fattura. È stimabile, ad oggi, una riduzione del 30% dei tempi di processazione delle fatture passive. La nuova configurazione del processo di liquidazione, oltre ad aver consentito di mantenere i tempi di pagamento entro i 90 giorni, ha rappresentato un vantaggio anche in termini di controllo interno.

L'attivazione della gestione a sistema dei contratti per l'approvvigionamento consente l'emissione di ordini per copia richiamando automaticamente tutte le informazioni relative all'articolo ordinato, generando un

considerevole incremento dell'efficienza del processo in termini di risparmio di tempo e di minori possibilità di errore. È stata inoltre effettuata una riallocazione delle risorse umane da attività operative ad attività a maggior valore aggiunto. Ad esempio, all'interno dell'Area economico-finanziaria (titolare ad oggi di nove risorse in pianta organica), una risorsa dedicata a mansioni di *data entry* e riconciliazione manuale nei processi di ciclo attivo è stata riqualificata convertendo la propria attività sulla gestione del ciclo degli incassi.

Analogamente, nell'Area controllo di gestione, pur non essendo variato il numero di risorse destinate (3), un operatore è stato spostato dall'attività di integrazione di dati prevalentemente contabili provenienti da sistemi diversi ad attività a maggior valore aggiunto di gestione di dati di ambito clinico.

È da sottolineare tuttavia che, al di là dei risultati specifici sopra elencati, il principale portato del progetto Sap è di natura immateriale e consiste nella effettiva standardizzazione dei processi operativi.

Sap ha, infatti, consentito di standardizzare processi analoghi nelle diverse sedi aziendali, ma soprattutto ha consentito di creare un «modus operandi» e un «linguaggio» unico e comune a tutta l'Azienda.

Si è, ad esempio, creato un «modello di processo di acquisto» che si compone in tutta l'azienda e per tutte le tipologie di acquisti delle stesse attività e genera gli stessi flussi informativi. Tale risultato costituisce il presupposto per futuri interventi di riorganizzazione e accentramento della funzione amministrativa.

4.4. Vantaggi IT

L'integrazione nativa dei dati costituisce il primo risultato dell'implementazione del sistema Erp ed è la premessa per il conseguimento di tutti gli altri risultati sopra esposti, non solo in termini di affidabilità ed efficienza del *reporting* economico, ma anche in termini di integrazione dei processi.

Ad oggi, tutti i processi aziendali di ciclo attivo e passivo vengono gestiti «a sistema» e la procedura viene alimentata in tempo reale dalle operazioni compiute nel corso della gestione aziendale, integrando anche le aree del territorio tradizionalmente non informa-

tizzate o con una informatizzazione «ad isola».

Ciò consente di eliminare sostanzialmente i tempi di attesa legati alla richiesta di dati ai servizi periferici e gli svantaggi legati alla trasmissione di flussi cartacei e all'integrazione e quadratura di dati presenti in sistemi diversi. A livello tecnico si è registrata una significativa riduzione della frammentazione applicativa. Ad esempio, le tre procedure utilizzate per l'emissione di ordini di acquisto sono state sostituite da Sap. Anche se non si sono registrati significativi decrementi nei costi monetari per la gestione dei sistemi informatici, si è certamente ridotta la frammentarietà del sistema informativo nel suo complesso e sono aumentate la potenzialità di elaborazione del sistema informatico.

Essendo la gestione dell'Erp affidata a Webred, non è stato possibile stimare l'impatto in termini di risorse umane (sistemisti) conseguente all'introduzione di Sap.

5. L'impatto sulla gestione: una chiave di lettura

Si è già detto che la strategia intrapresa dalla Asl 1 ha inteso agire congiuntamente sull'asse della crescita tecnologica e della crescita organizzativa per raggiungere i propri obiettivi. Al di là degli aspetti tecnici e dei risultati di dettaglio, si ritiene importante effettuare anche una prima valutazione complessiva dell'efficacia del cambiamento intercorso. Il progetto intrapreso ha avuto impatti su organizzazione, tecnologia e cultura. Nell'intento di individuare una misura in qualche modo «globale» del cambiamento intercorso, si è constatato che è la gestione aziendale il luogo in cui organizzazione, tecnologia e cultura (ovvero di capitale fisico e umano) trovano la loro naturale coniugazione. Si è, pertanto, ipotizzato di utilizzare il reddito di esercizio come indicatore naturalmente correlato alla capacità di tenere sotto controllo l'operatività aziendale.

Si è tuttavia scomposto il reddito di esercizio in reddito della gestione ordinaria dal reddito della gestione straordinaria (composto sostanzialmente dalle sopravvenienze), assumendo a fondamento dell'analisi effettuata quanto segue:

- un'azienda che opera in modo efficiente è in grado raggiungere l'equilibrio operativo;
- un'azienda che si è dotata di un sistema di controllo interno adeguato è capace di monitorare adeguatamente sia i propri processi interni che l'ambiente esterno, utilizzando un approccio attivo e razionale capace di «prevenire gli imprevisti».

Si riporta nella **figura 3** l'andamento 2002-2007 del reddito operativo e del reddito straordinario della Asl 1. Dal grafico si nota chiaramente come l'Azienda, dal 2003 in poi, riporti progressivamente in equilibrio la propria gestione operativa.

Parallelamente si evince che il peso della gestione straordinaria diminuisce progressivamente fino quasi ad annullarsi a partire dal 2006. Si ritiene di poter vedere in questo grafico la traccia di una azienda che sta riguadagnando l'equilibrio della gestione complessiva, ma che soprattutto incrementa la propria capacità di gestione dei processi amministrativi. La progressiva attenuazione del peso del reddito della gestione straordinaria (cioè delle sopravvenienze) può essere letta come il risultato di un diverso approccio alla gestione aziendale. L'Azienda, in altre parole, ha operato razionalmente in ottica previsionale effettuando gli opportuni stanziamenti contabili a fronte dei rischi prevedibili. Ciò è stato possibile per due ordini di motivi:

- con l'introduzione di Sap è stata integrata a sistema la gestione di tutti i fattori produttivi. Nella misura in cui si registrano costantemente e tempestivamente a sistema tutti gli ordini e l'avvenuta ricezione delle prestazioni, il sistema registra tutti i costi sostenuti stanziando le fatture da ricevere. Ogni fattura pervenuta, anche successivamente alla chiusura del bilancio, è quindi già stata «prevista» e non genera sopravvenienza;

- il cambiamento culturale ha portato l'Azienda a ragionare in ottica di previsione e ad anticipare eventuali fenomeni avversi stanziando opportunamente i fondi rischio in bilancio.

Se non si ha la pretesa di individuare un preciso nesso di causalità tra l'implementazione del sistema Erp e il processo di risanamento economico, si ritiene però di poter affermare che lo sforzo profuso nel processo di crescita tecnologica, culturale ed amministrativa si inserisce coerentemente nel percorso dell'Azienda in direzione di una posizione di complessivo e duraturo equilibrio economico. Si può, inoltre, identificare, se non una causalità, una interdipendenza tra l'andamento economico aziendale del quinquennio e il processo di crescita globale innescato. Le evidenze ottenute riguardo al peso della gestione straordinaria concordano, infatti, con l'ipotesi di un progressivo riordino dei processi amministrativi e di una

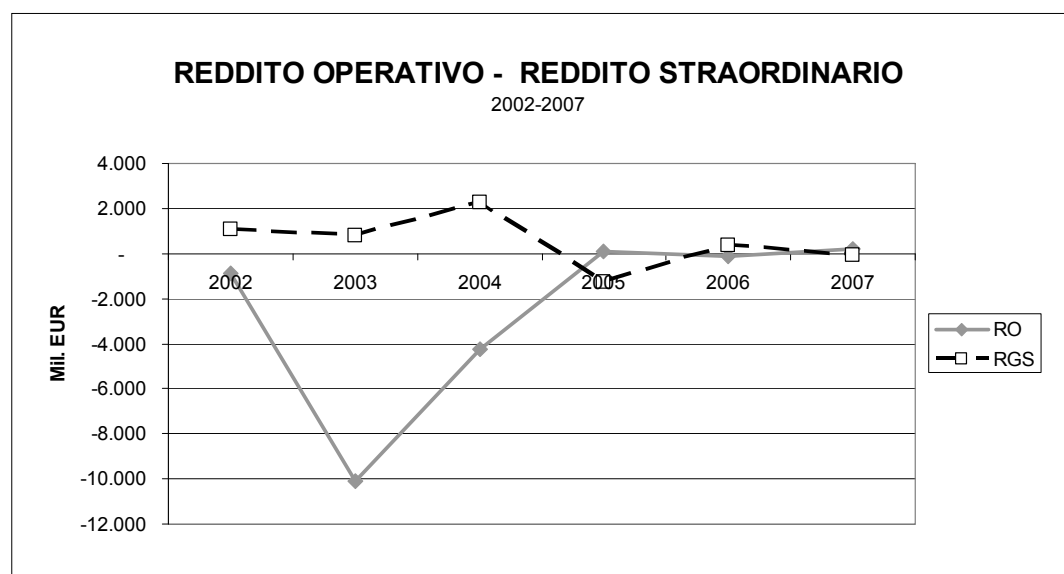


Figura 3
Andamento 2002-2007
del reddito operativo
e del reddito straordinario
della Asl 1

diffusione a tutti i livelli di una «logica economica».

6. Le prospettive future

L'implementazione di Sap costituisce, per la Asl 1, un fondamentale traguardo, ma non è da intendersi come un punto di arrivo. Non si tratta di un grande sforzo sostenuto «one-off»: si è detto infatti che l'Azienda ha inteso il sistema Erp come fattore abilitante al cambiamento. Del resto, uno dei vantaggi fondamentali dei sistemi Erp è costituito dalla possibilità di crescere in modo sinergico con l'Azienda, di evolversi seguendo le esigenze informative e di supportare ulteriori cambiamenti organizzativi. L'adozione di Sap è da considerarsi come un vero e proprio investimento nell'ottica di rendere disponibile uno strumento informativo che consenta all'azienda di crescere e di disporre di una valida base di partenza sia per quanto riguarda il potenziamento della funzione amministrativa che per quanto attiene allo sviluppo di strumenti di supporto alla programmazione.

Relativamente al primo aspetto, l'implementazione di Sap ha permesso di intraprendere nuove azioni al fine di potenziare l'efficienza della funzione amministrativa. In primo luogo, l'introduzione di un sistema integrato, aumentando l'interdipendenza tra le unità organizzative, obbliga l'azienda non solo ad «operare», ma anche a «ragionare per processi».

Tale mutamento di ottica, in un contesto storicamente caratterizzato da elevata frammentazione organizzativa e funzionale e da una pur fisiologica componente di resistenza al cambiamento, rappresenta un mutamento culturale di grande portata, ma anche di grande criticità, soprattutto per il personale operativo. Al fine di prevenire il rischio di un rallentamento o addirittura di un arretramento nel percorso di crescita intrapreso, il cambiamento culturale, per sua natura lungo, deve essere «aiutato» nel breve periodo da una attenta e continua azione di *change management*, finalizzata all'ottimizzazione dei flussi di comunicazione tra unità operative, tesa ad evitare «colli di bottiglia» o scoperture nel sistema dei controlli. Questa attività richiede tuttora, e continuerà a richiedere in futuro, una continua opera di ottimizzazione e stan-

dardizzazione dei processi, di formazione del personale e di manutenzione evolutiva del sistema, anche alla luce dell'esperienza progressivamente maturata. Si tratta in sostanza di apportare, dove necessario, interventi organizzativi (riassegnazione di funzioni o risorse tra le aree) e tecnologici (sviluppo di nuove funzionalità) al fine di rendere più «fluidi» il funzionamento del sistema e dei processi e di far percepire agli utenti i vantaggi del cambiamento, mantenendo elevata la motivazione del personale operativo.

L'implementazione di Sap apre, inoltre, nuove strade altrimenti precluse. L'informatizzazione di attività tradizionalmente non informatizzate ha permesso l'effettiva introduzione di punti di controllo che risultavano in precedenza previsti solo «su carta» o lo svolgimento automatizzato di attività di controllo precedentemente svolte in modalità manuale. Riportato su tutta l'azienda, il generale rafforzamento del sistema di controllo interno apre la strada a un nuovo modo di concepire, utilizzare e valorizzare i dati economici (da adempimenti civilistici a informazioni affidabili di natura gestionale oltre che economica).

Non bisogna dimenticare che la corretta gestione delle attività amministrative, pur costituendo un presupposto irrinunciabile al fine di disporre di dati economici completi e affidabili, non è la finalità principale di una azienda sanitaria, coincidendo questa con la tutela della salute dei cittadini. Tuttavia, la garanzia della salute può essere resa effettiva solo mediante la disponibilità di informazioni e dati relativi alle attività erogate e alle risorse utilizzate per l'erogazione delle attività stesse.

In questo senso, il sistema Sap costituisce un primo ma fondamentale passo. Ad oggi, l'Azienda sta perseguendo un piano di innovazione tecnologica globale che coinvolge non solo l'area amministrativa, ma anche l'area sanitaria, con particolare *focus* sull'area territoriale.

Il piano in oggetto prevede, inoltre, l'implementazione di un sistema di controllo direzionale, in grado di gestire congiuntamente le informazioni di natura economica attinte dalla base dati Sap e i dati di attività provenienti dai gestionali di ambito sanitario. Un tale strumento, in assenza di basi dati certificate e correttamente alimentate, perderebbe

completamente di validità. Il sistema Sap, per quanto riguarda i dati di natura economica, costituirà, quindi, un solido fondamento del sistema direzionale, fornendo un supporto al processo di pianificazione strategica, programmazione e controllo della Asl 1.

Gli sviluppi futuri sopra descritti, tuttavia, non sono esenti da rischi. L'eventuale insorgere di resistenze al cambiamento e il calo della tensione da parte di alcuni operatori possono risolversi nel consolidamento di *bad practices* che, in conseguenza dell'elevato grado di integrazione del sistema, possono contaminare l'intero complesso aziendale inficiando anche i risultati già conseguiti. In questa ottica, soltanto un approccio globale,

capace di tenere viva la crescita culturale e di coniugare l'attenzione alla dimensione organizzativa con l'innovazione tecnologica può garantire il pieno conseguimento e il mantenimento nel lungo periodo dei benefici derivanti dall'installazione di un sistema Erp.

Note

1. La contabilità finanziaria, di natura autorizzativa, tipica del settore pubblico, è stata abbandonata dalle aziende del Servizio sanitario nazionale in seguito all'approvazione del D.L.vo 502/92. Le procedure di passaggio alla contabilità generale sono state gestite dalle diverse Regioni con modalità e tempistiche differenti. In Umbria tale passaggio ha avuto luogo ufficialmente il 1° gennaio 2001.

B I B L I O G R A F I A

- AKKERMANS H., VAN HELDEN K. (2002), «Vicious and virtuous cycles in ERP implementation: a case study of interrelations between critical success factors», *European Journal of information systems*, 11 (1), pp. 35-46.
- AMIGONI F., BERETTA S. (a cura di) (1998), *Information Technology e creazione del valore, analisi del fenomeno SAP*, Egea, Milano.
- BUCCOLIERO L., CACCIA C., NASI G. (2005), *e-hea@lth Percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- BUCCOLIERO L., CALCIOLARI S., MARSILIO M. (2007), «I sistemi contabili ERP: la misurazione dei benefici conseguiti in un campione di aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- BUONANNO G., FAVERIO P., PIGNI F., RAVARINI A., SCIUTO D., TAGLIAVINI M. (2005), «Factors Affecting ERP System Adoption. A Comparative Analysis Between SMEs and Large Companies», *Journal of Enterprise Information Management*, 18(4), pp. 384-426.
- CACCIA C., IACOBELLI P. (2005), «I sistemi ERP nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2005*, Egea, Milano.
- CACCIA C. (2008), *Management dei sistemi informative in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- CHEN I. (2001), «Planning for ERP systems: analysis and future trend», *Business process management journal*, Vol. 7, 5.
- DEL BENE L., MUCELLI A., SPIGARELLI F. (2005), «Gli ERP nelle aziende sanitarie: tante potenzialità ancora da sfruttare», *Economia & Management*, 2, pp. 77-93.
- GABLE G. (1998), «Large package software: a neglected technology», *Journal of Global Information Management*, Vol. 6, 3, pp. 3-4.
- HOLLAND C., LIGHT B. (1999), *A framework for understanding success and failure in enterprise resource planning system implementation*, 7th European Conference on Information Systems.
- MERTENS P., BODENDORF F., KONIG W. (1999), *Informatica aziendale*, McGraw-Hill, Milano.
- PARR A., SHANKS G., DARKE P. (1999), «The identification of necessary factors for successful implementation of ERP systems», in N. Ojelanki, L. Introna et al., *New Information Technologies in Organizational Processes*, Kluwer Academic.
- WATSON E., SCHNEIDER H. (1999), «Using ERP systems in education», *Communications of the Association for Information Systems*, Vol. 1, February, pp. 2-44.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Introdurre cambiamenti organizzativi in tempi brevi: opportunità da cogliere, criticità da appianare

FLAVIA PIROLA

The article analyses a case of change management in the context of Businco hospital, a specialised structure, part of Cagliari local health organisation. In six months the oncology area moved from an organization based on three independent and self contained smaller units to a real department in which three operational platforms (beds, day-hospital and outpatients) are shared among six professional newly created teams. Such a radical change, in a short period of time, was made possible by the deliberate use of a mix of different levers. Among them two seemed to play a very critical role: the modification of the structural lay-out and the involvement of nursing personnel through constant information about the works and the implication of new organizational arrangements.

Keywords: change management, hospital care, oncology department, welfare platforms

Parole chiave: innovazione organizzativa, assistenza ospedaliera, dipartimenti oncologici, piattaforme assistenziali

Note sugli autori

Flavia Pirola è Direttore del Dipartimento funzionale delle Direzioni Sanitarie Asl di Cagliari e Direttore Medico di Presidio Ospedaliero dell'Ospedale Binaghi di Cagliari, flaviapirola@asl8cagliari.it

1. Introduzione

I cambiamenti organizzativi nelle strutture sanitarie sono sempre difficili da conseguire anche a causa del grande impatto che essi hanno sul personale operante nelle organizzazioni, personale che tendenzialmente non ama i cambiamenti ed è conservatore rispetto alle abitudini acquisite.

L'organizzazione delle cure attorno al malato/paziente ha visto tuttavia nel corso dei secoli numerosi cambiamenti e negli ultimi tempi profonde trasformazioni. Queste sono state determinate principalmente da tre eventi particolari che sono, da un lato, la numerosità delle figure professionali con cui il medico oggi condivide la propria attività di cura sul paziente, dall'altro, l'evoluzione tecnologica in medicina e, infine, la lievitazione dei costi.

Questi eventi obbligano ad una revisione della organizzazione in precedenza adottata. Infatti, se prima era il medico il fulcro attorno al quale ruotava l'organizzazione, oggi è sempre di più il paziente, sia in qualità di malato che di cittadino finanziatore/investitore del sistema (Borgonovi, 2008a), a svolgere tale ruolo.

La partecipazione del paziente all'organizzazione delle cure è spesso misconosciuta e per renderla visibile occorre un profondo lavoro di immersione nell'attività. Nonostante il gruppo di riferimento del medico sia costituito dai suoi colleghi e collaboratori e non dai suoi pazienti, l'esperienza dei pazienti è per fortuna in grado di influenzare significativamente l'esercizio della medicina (Carricaburu, Ménoret, 2007).

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il contesto
3. Obiettivi programmati
4. La strategia
5. Risultati
6. Considerazioni conclusive

Ecco allora come diventano preponderanti, nell'indicare la qualità delle cure, le scelte dei pazienti attraverso la cosiddetta mobilità sanitaria e i dati derivanti dalle indagini di gradimento, che annoverano criteri non solo legati alle cure in sé ma anche attorno alla loro organizzazione.

L'insistenza del paziente nel richiedere un coinvolgimento sempre maggiore nelle scelte attraverso un'informazione più ampia, nel ricercare un accompagnamento nel percorso di cura che superi la parcellizzazione del sapere ma adotti il concetto di percorso assistenziale e di approccio multidisciplinare, obbliga oggi a passare dal concetto di cure come rapporto fra medico e paziente a quello di rapporto fra paziente ed organizzazione sanitaria (Borgonovi, 2007).

L'organizzazione delle cure diventa, quindi, centrale per il raggiungimento degli obiettivi di salute, e le modalità adottate non sono più indifferenti al fine di raggiungerli in maniera efficace ed efficiente. Passare dunque ad un modello organizzativo che includa nel «sistema di cure» anche la promozione della salute e la prevenzione, che riservi agli ospedali il solo momento della acuzie e sposti sul territorio, a domicilio, la presa in carico complessiva del paziente cronico, significa capovolgere radicalmente quanto fino ad oggi attuato e ridisegnare un ospedale che non sia più unico centro deputato alla cura e unico depositario del sapere.

Se l'ospedale è solo per acuti, in funzione di questo esso deve al suo interno riorganizzarsi.

In esso è indispensabile trovare tutto quanto permetta in breve tempo di risolvere l'acuzie, e la sua organizzazione deve essere tale da garantire al paziente il tempo di transito più breve. Se le professionalità che insistono sulla cura sono diverse, le persone che le esercitano devono fra loro integrarsi, ma soprattutto devono «riconoscersi» reciprocamente.

Il vecchio sistema di organizzazione delle cure centrato sulle Unità operative d'organo o d'apparato ha ampiamente mostrato la propria inefficienza e, in alcuni casi, anche inefficacia (Villa, 2008).

Ecco allora che le diverse strutture non dovranno più operare in funzione di un organo o di un apparato, ma in funzione della tipologia dell'assistenza da erogare, diven-

tando sempre più specializzate ad erogare cure commisurate alla gravità assistenziale del paziente: l'ospedale per intensità di cure.

Tuttavia, il passaggio dall'erogazione di cure orientata «all'organo o all'apparato» a quella «per intensità di cura» non risulta sempre agevole e soprattutto comporta tempi lunghi, da dedicare alla formazione del personale e all'adeguamento strutturale, tempi, però, non sempre disponibili ed accettabili soprattutto in contesti sanitari, quali si sono rivelati gli ospedali della Asl di Cagliari, organizzativamente arretrati rispetto al contesto nazionale ed internazionale.

Questo lavoro illustra come in tempi brevi, sfruttando alcune peculiarità contingenti, si sia introdotta una logica organizzativa basata sulla intensità di cura attraverso la predisposizione di un *lay-out* ambientale adatto a tale organizzazione, che a sua volta favorisce l'introduzione/attivazione della dipartimentalizzazione.

2. Il contesto

Il Presidio ospedaliero Businco è un ospedale costruito negli anni settanta in due momenti diversi e viene ancora oggi suddiviso in Ala Nuova ed Ala Vecchia. È monoblocco con forma ad H, su 10 piani di cui due interrati. In ognuno di essi erano distribuite le attività assistenziali mescolate a quelle amministrative o più prettamente non assistenziali.

Sia le degenze ordinarie, che i *day-hospital* che le strutture per attività ambulatoriali erano presenti ad ogni piano senza alcuna distinzione dei percorsi per i pazienti.

Il concetto di assegnazione degli spazi precedentemente adottato era basato sulla autonomia interna di ogni unità operativa. Ogni Unità operativa di Oncologia era situata ad un piano diverso dell'ospedale occupando una ala intera della H da cui il piano è costituito. Su questa ala, suddivisa in due bracci, erano concentrate sia le attività di degenza ordinaria che quelle di DH, e anche l'attività ambulatoriale. Nella degenerazione del modello, dentro gli spazi dedicati alla degenza, ma in seguito dismessi per riduzione dei posti-letto, erano stati ricavati locali per spogliatoi del personale, per studi personali dei medici, per depositi di materiale di uso corrente, cartelle cliniche, materiale non più

utilizzabile, ma mai smaltito. Ognuna delle tre Unità operative di Oncologia medica aveva appaiato al piano una Unità operativa chirurgica, teoricamente in funzione della specializzazione della Oncologia medica presente sullo stesso piano: ad esempio, la Oncologia seconda, che tratta prevalentemente tumori della mammella, era appaiata con la Chirurgia sperimentale, anch'essa a vocazione mammaria; la Oncologia prima appaiata alla Chirurgia generale, la Oncologia terza appaiata alla Ginecologia.

La vocazione di ognuna di esse non è tuttavia esclusiva e non è mai esistita una reale suddivisione della destinazione dei pazienti in funzione della patologia accusata.

Il Presidio ospedaliero Businco è incluso nella rete ospedaliera della Asl di Cagliari, costituita da 7 ospedali a gestione diretta e 10 case di cura private accreditate. L'offerta ospedaliera nel territorio della Asl è completata dall'Azienda ospedaliera Brotzu e dal Policlinico universitario.

Il riordino previsto dalla Regione Sardegna e acquisito nell'Atto aziendale della Asl, vede la costituzione all'interno dei Presidi a gestione diretta di Presidi a vocazione specialistica (oncologico, pediatrico, ortopedico-traumatologico, pneumologico) e Presidi generalisti multidisciplinari e con Pronto soccorso, di cui due dislocati fuori città, sulla costa e in montagna, in media ad un centinaio di chilometri di distanza dal capoluogo.

Con la Legge regionale 10 del 2006 relativa a «Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna», l'Ospedale Businco assurge ad Ospedale oncologico di riferimento regionale per la Sardegna. In esso devono essere concentrate le attività di Oncologia della Provincia e, per la Regione, i tumori rari in particolare. Nel 2008 è stata conclusa la realizzazione della nuova Radioterapia e della Medicina nucleare e nel mese di novembre vi è stata trasferita la Chirurgia toracica, precedentemente localizzata in altro ospedale della Asl, a completamento dell'offerta sanitaria oncologica.

L'organizzazione in strutture del Presidio Businco prevede tre dipartimenti strutturali:

- Dipartimento di oncologia medica;
- Dipartimento di chirurgia oncologica;
- Dipartimento di radioncologia.

Uno di essi (Radioncologia) è stato attivato a metà anno 2008, mentre gli altri due lo saranno entro la fine del 2008.

L'istituzione dei Dipartimenti, sia in area ospedaliera che territoriale, della prevenzione, della salute mentale e delle dipendenze, sia amministrativa che degli staff, ha rappresentato la principale innovazione dell'Atto aziendale che è stato approvato dalla Regione Sardegna con delibera n. 18/9 del 26 marzo 2008.

Tra gli altri, sono stati istituiti un Dipartimento funzionale delle Direzioni sanitarie ospedaliere e un Dipartimento per l'integrazione distrettuale. Il primo ha lo scopo di omogeneizzare i comportamenti delle Direzioni sanitarie ospedaliere degli ospedali della Asl e di sostenere lo sviluppo di ogni singolo ospedale secondo il ruolo previsto nell'ambito del riordino della rete ospedaliera cagliaritano. Il secondo ha tra i suoi obiettivi la ricerca di integrazione fra ospedali e territorio attraverso la costruzione dei percorsi assistenziali. L'istituzione dei due dipartimenti mira a costituire un coordinamento fra ospedali e territorio per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini della Asl che, per dimensioni, caratteristiche, articolazione geografica e organizzativa, si configura come una delle Aziende sanitarie più complesse attualmente operanti sul territorio italiano. L'estensione del territorio, la popolazione assistita, i servizi e le risorse gestite la collocano, infatti, tra le prime cinque Aziende sanitarie locali nazionali. La **tabella 1** elenca le caratteristiche della Asl di Cagliari.

L'Azienda sanitaria locale di Cagliari è stata costituita nel 1996, a seguito dell'entrata in vigore della Legge regionale n. 5/95, dalla fusione delle ex Usl n. 20, n. 21, n. 22 e

Tabella 1
Caratteristiche della Asl di Cagliari

Caratteristica	Dimensione
Territorio	4.569 kmq
Comuni afferenti	71
Popolazione di riferimento (*)	548.465
Dipendenti (*)	6.157
Presidi ospedalieri	7
Poliambulatori	20
Case di cura accreditate	10

(*) Al 30 aprile 2006.

parte della Usl n. 18; dal 1° gennaio 2006 il suo territorio coincide con quello della Provincia di Cagliari.

3. Obiettivi programmati

3.1. Obiettivo generale

La modernizzazione organizzativa degli ospedali della rete ospedaliera della Asl di Cagliari è l'obiettivo generale dell'azione descritta. Essa si inserisce in un più ampio quadro di interventi che mirano a completare l'offerta di prestazioni oncologiche in Sardegna, a migliorare l'efficacia e l'efficienza nell'accesso alle cure e a ridurre la migrazione sanitaria extra-regionale (i cosiddetti «viaggi della speranza»).

Il completamento dell'offerta sanitaria sul territorio della Regione è avvenuto con l'attivazione, dentro il Presidio ospedaliero Businco, del nuovo Centro di radioterapia e medicina nucleare; alla sua realizzazione la Direzione generale della Asl ha lavorato nel primo triennio del proprio mandato.

Nel tempo che rimaneva del mandato regionale¹ è stato necessario procedere a trasformare il restante Businco in Ospedale oncologico di riferimento regionale: ha significato convogliare al suo interno tutte le attività di trattamento tumorale che venivano erogate all'esterno, potenziare le strutture già in esso esistenti e organizzarle in maniera efficace ed efficiente.

All'interno del Businco sono state attuate le trasformazioni organizzative (attivazione dei dipartimenti e conseguente rottura dello schema «divisionale» per unità operativa) che lo condurranno ad essere «un ospedale moderno», in linea con le strutture equivalenti a livello nazionale e con quanto previsto dalla Legge regionale.

3.2. Obiettivi specifici

Nell'ambito dell'obiettivo di modernizzazione dell'ospedale Businco di Cagliari, in funzione del progetto di riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale e degli attuali criteri accreditati di organizzazione degli ospedali, la Direzione generale ed il Responsabile di progetto, hanno individuato gli obiettivi specifici che consentiranno il

raggiungimento dell'obiettivo più generale sopra indicato. Essi sono:

- l'adozione di una organizzazione dipartimentale;
- l'adesione al modello «per intensità di cure»;
- la realizzazione di un «ospedale sicuro ed a misura d'uomo».

Organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale quale leva di cambiamento per il raggiungimento dell'obiettivo generale sopra indicato, diventa a sua volta obiettivo da perseguire attraverso l'attivazione di altre leve.

L'organizzazione dipartimentale, ampiamente prevista dalle normative oggi esistenti, è stata ampiamente applicata nel contesto sanitario italiano, ma solo in rari casi ha rappresentato davvero uno strumento per il miglioramento dei servizi sanitari. Spesso è solo stata tracciata sulla carta (atti aziendali) senza portare ad alcuna reale modifica organizzativa.

Nella Asl di Cagliari la Direzione generale ha provveduto alla formalizzazione della organizzazione in Dipartimenti attraverso l'adozione di un Atto aziendale che ne prevedeva l'istituzione. L'Atto aziendale è stato adottato nel marzo 2008.

La formalizzazione dei Dipartimenti non significa automaticamente la loro effettiva attivazione e funzionalità. Spesso, infatti, occorrono altri atti (regolamento di funzionamento, identificazione dei componenti e, in Sardegna, elezione del direttore) prima che i Dipartimenti siano realmente operativi.

Pertanto, in attesa della effettiva attivazione di tutti e tre i Dipartimenti strutturali del presidio, ma anche al fine di favorire la loro stessa reale attivazione, la riorganizzazione dell'ospedale deve effettuarsi predisponendo una organizzazione:

- funzionale alla futura attivazione dei dipartimenti;
- operativa su piattaforme funzionali condivise a supporto dei dipartimenti ed efficienti dal punto di vista gestionale;
- efficace per la presa in carico multidisciplinare dei pazienti.

Ospedale per intensità di cura

L'approccio per «intensità di cura» poggia su un concetto organizzativo che prevede la sistemazione del paziente in funzione della intensità della assistenza che deve ricevere, indipendentemente dalla patologia e dalla gravità della patologia stessa. È, sostanzialmente, il modello che prevede la distinzione fra clinica e attività assistenziale, che separa gli spazi dedicati alla degenza (ordinaria, *day hospital/day surgery*, «ospedale di giorno»), da quelli dedicati alla attività ambulatoriale, da quelli dedicati allo studio (studi medici, sala riunioni, biblioteca) e da quelli dedicati all'accesso temporaneo dei pazienti e dei cittadini per la prenotazione o per l'erogazione di prestazioni puntuali (prelievi, esami strumentali). Queste ultime sono distribuite in modo da agevolare il più possibile l'accesso dei pazienti e dei cittadini per quelle prestazioni di breve durata e per le quali non è necessaria la degenza. Pertanto le attività di prenotazione, di prelievo ematico, di erogazione di prestazioni ambulatoriali, vengono concentrate ai piani più bassi dell'ospedale (seminterrato, piano terra, piano primo e secondo), mentre le attività con degenza vengono sistemate ai piani superiori, riducendo così l'afflusso dei pazienti nelle zone dove maggiormente è richiesta assistenza e quiete.

La concentrazione delle attività per funzioni omogenee (ambulatori tutti ad un piano, attività interventistiche ad un altro piano, degenze diurne al piano prescelto e le restanti degenze ordinarie suddivise sui due piani di chirurgiche ed internistiche) favorisce l'integrazione delle diverse strutture operative ed un miglioramento dell'efficacia gestionale.

Ospedale sicuro ed a misura d'uomo

L'approccio quale «ospedale sicuro», oltre che obbligatorio per il rispetto delle norme di legge esistenti, risulta anche etico, quando dagli aspetti legislativi si estende anche a quelli inerenti l'umanizzazione dell'assistenza ed il comportamento responsabile.

L'ospedale deve essere sicuro non solo per quanto riguarda gli aspetti strutturali e la presenza dei dispositivi di protezione per gli operatori, ma anche per la consapevolezza con cui questi ultimi si muovono al suo inter-

no, adottando comportamenti che aumentano la sicurezza in ospedale. Quindi, gli operatori devono rispettare i criteri di accesso alle zone ad alto rischio (sale operatorie, trapianti, interventistica), devono usare correttamente e sistematicamente i dispositivi di protezione (DPI), i guanti e le mascherine e adottare comportamenti di prevenzione (lavaggio delle mani, frizionamento con gel antisettico).

Inoltre, l'ospedale diventa maggiormente sicuro se costruito e organizzato a misura d'uomo, o meglio di paziente, con l'adozione di tutti quegli accorgimenti che rendono il più possibile autonomo il paziente stesso ed i suoi congiunti.

Si innesta su questo tema il corretto uso dei colori in ospedale che differenziano le diverse aree e le rendono maggiormente identificabili dai pazienti, più simili agli ambienti di vita quotidiana. L'uso di tecniche di comunicazione non verbali («seguire la striscia blu per raggiungere la radiologia») e una segnaletica appropriata, semplificheranno ulteriormente i percorsi in ospedale riducendo il rischio che gli utenti sbagliano nel raggiungere i luoghi indicati.

3.3. Vincoli

Due sono i vincoli che hanno condizionato e continuano a condizionare, nel caso dell'Ospedale Businco, il completo raggiungimento degli obiettivi specifici sopra indicati:

– la allocazione, anche recente, di strutture operative (sale operatorie, centro trapianti) in piani non perfettamente in linea con il desiderato teorico ma il cui spostamento sarebbe stato troppo oneroso dal punto di vista economico;

– la costruzione della nuova Radioterapia e medicina nucleare a fianco del Presidio ospedaliero ed il collegamento dello stesso presidio alla nuova struttura attraverso un tunnel situato al piano primo.

Un altro aspetto limitante è stata la scarsa conoscenza da parte del personale sia medico che infermieristico del modello dipartimentale abbinato alla organizzazione per piattaforme assistenziali e per intensità di cure e dei concetti culturali ed etici ad esso sottostanti, nonché delle linee di sviluppo

previste dai piani regionali per la rete ospedaliera cagliaritano. Un lavoro di informazione capillare ha permesso di colmare nel tempo questa lacuna.

Pur essendo il cambiamento un processo «naturale» e continuo dei sistemi sociali, la velocità con cui avviene, i tempi ma soprattutto gli effetti sono fortemente influenzati dalla cultura delle persone, dalle loro conoscenze e competenze, dai valori e dagli interessi, dalle attese e dagli atteggiamenti che ne condizionano i comportamenti reali (Borroni, 2008b).

4. La strategia

Con un solo anno dalla scadenza del mandato e il contesto organizzativo già illustrato, per raggiungere gli obiettivi specifici indicati (la dipartimentalizzazione, la riorganizzazione dell'Ospedale per piattaforme assistenziali e intensità di cure, l'ospedale sicuro) e in un tempo breve, la Direzione generale ha ritenuto necessario adottare uno stile molto diretto attraverso azioni dirette e quasi quotidiane del responsabile di progetto. Questa azione direttiva è stata accompagnata da una importante azione informativa rivolta ai professionisti e agli operatori sanitari coinvolti lungo tutto il periodo dell'intervento.

Si devono distinguere due livelli di strategia:

- a livello aziendale;
- a livello operativo.

4.1. Strategia a livello aziendale

Al fine di implementare il processo di cambiamento strategico-organizzativo la Direzione generale ha adottato un Atto aziendale coerente con i cambiamenti da realizzare tra i quali la creazione di un'unica struttura complessa di oncologia medica a fronte delle tre unità operative pregresse e di un dipartimento di oncologia medica organizzato su piattaforme assistenziali (degenza ordinaria, *day-hospital*, ambulatori).

È stata, inoltre, introdotta nella organizzazione, in qualità di responsabile di progetto, una figura dirigenziale preposta alla realizzazione degli obiettivi di cambiamento e responsabile del raggiungimento degli stessi. Le caratteristiche di tale figura (provenienza

esterna rispetto alla Asl, elevate conoscenze ed esperienze maturate in contesti complessi) le hanno permesso di individuare i livelli su cui operare e di comprendere i meccanismi di resistenza al cambiamento ma nel contempo di eliminarli e di essere scevra dalle pressioni locali derivanti da conoscenze o legami già esistenti che spesso condizionano le scelte.

4.2. Strategia a livello operativo

Per attivare e orientare il processo di cambiamento, il responsabile di progetto ha utilizzato quale strumento la modifica del *lay-out* ambientale e ha lavorato attraverso la riorganizzazione degli spazi in modo che le aree di degenza si potessero sviluppare orizzontalmente e potessero essere suddivise in degenza ordinaria e in *day-hospital* in due piani distinti dello stabilimento ospedaliero; le aree dedicate alla attività ambulatoriale sono state sviluppate ad un altro piano, le zone per le attività comuni quali prelievi, preospedalizzazione, studi medici e spogliatoi del personale sono state centralizzate in spazi dedicati.

Nella modifica del *lay-out* gli ambienti sono stati completamente ristrutturati e in alcuni casi la destinazione d'uso, quando era diversa da quella prevista dalle modifiche, è stata cambiata. Per quanto riguarda le altre leve di cambiamento, quali quella della organizzazione delle aree produttive e della programmazione della capacità produttiva, non potevano essere di immediato utilizzo perché l'Atto aziendale assegna questi compiti al Direttore di dipartimento o di struttura complessa. Prima di poterle utilizzare è stato necessario che l'Atto aziendale venisse approvato da parte della Regione Sardegna, cosa che è avvenuta alla fine del marzo 2008. Questo particolare passaggio, non dipendente interamente dall'Azienda, è sembrato essere molto problematico, soprattutto nei primi mesi dell'anno quando non si intravedeva alcuna celerità da parte delle strutture regionali preposte al pronunciamento in merito.

Dopo l'approvazione dell'Atto è stata necessaria la sua applicazione con la nomina dei Direttori di dipartimento e del Direttore della struttura complessa di oncologia medica. In Sardegna la nomina dei direttori di dipartimento è prevista in forma elettiva: tutti

i direttori di struttura complessa o semplice dipartimentale concorrono alla elezione del direttore di dipartimento. Questa procedura necessita di un tempo variabile dai tre ai sei mesi dal momento della sua attivazione e, a tutt'oggi, non è ancora stata iniziata. Per la nomina del Direttore di struttura complessa sono stati necessari otto mesi dall'approvazione dell'Atto aziendale ed è avvenuta nel novembre 2008.

Anche l'organizzazione del personale del comparto (infermieristico e altro) non poteva essere utilizzata completamente per orientare il processo di cambiamento. La nomina dei coordinatori per piattaforma operativa, aventi i titoli di Coordinatore infermieristico e il cui incarico sia derivante da selezione interna o eventualmente esterna, deve sottostare ad accordo con le organizzazioni sindacali, accordo che non è ancora stato raggiunto.

Come supposto a priori, a posteriori è risultato evidente come l'attesa di tutti questi passaggi, avrebbe condotto per l'anno 2008 ad un nulla di fatto nella progressione degli obiettivi preposti.

Per la leva tecnologica ed informatica che prevede la messa in atto di sistemi di riconoscimento e tracciabilità dei pazienti, le liste operatorie informatizzate ed integrate col prericovero, l'informatizzazione del blocco operatorio, i sistemi di tracciabilità di farmaci, dispositivi e materiale sanitario e la gestione informatizzata delle richieste dei beni e un programma dedicato per la gestione dei posti-letto, la Asl è risultata legata al progetto più complessivo regionale, la cui partenza è prevista per la primavera 2009 e quindi inutilizzabile nell'anno considerato.

Per agire velocemente attraverso il riordino degli spazi, il responsabile di progetto ha chiesto alla Direzione generale la costituzione di un «gruppo di lavoro» composto dal responsabile di progetto stesso, da un ingegnere, un architetto e un medico della Direzione sanitaria del Presidio ospedaliero in questione. L'ingegnere e l'architetto sono anch'essi di nuova nomina e di primo impiego nella struttura. Il mandato del gruppo di lavoro è stato:

- elaborare il modello di riorganizzazione interna al presidio in funzione di quanto indicato nel programma annuale e triennale;

- predisporre le azioni e gli interventi tecnici strutturali ed organizzativi necessari per la messa in opera del piano adottato;

- garantire la realizzazione degli interventi.

Il gruppo ha rappresentato il modo per sganciare l'operatività necessaria al progetto dai passaggi burocratici interni all'Area tecnica ospedaliera e alla Direzione di presidio, nelle sue componenti sanitaria ed amministrativa. Questo si è reso necessario per il notevole impegno dell'Area tecnica ospedaliera su altri fronti con conseguente mancanza di personale qualificato da dedicare completamente al progetto di ristrutturazione del Businco. Per quanto riguarda la Direzione di presidio ospedaliero occorre ricordare che nel periodo da dicembre ad aprile il ruolo non era ricoperto. Pertanto il gruppo di lavoro ha avocato a sé, riportandoli a livello di direzione aziendale, gli aspetti decisionali e operativi necessari alla realizzazione del progetto. Di interesse è la figura dell'architetto inserito nel gruppo, soluzione sufficientemente rara soprattutto nelle amministrazioni pubbliche. Con questa presenza si è voluto affermare l'attenzione verso gli aspetti architettonici più orientati alla ricerca della bellezza e del comfort, nonché l'attenzione verso quelle peculiarità strutturali quali l'utilizzo del colore che hanno dimostrato la loro efficacia anche terapeutica in ambito di cure sanitarie.

In ultimo, preme rilevare che il gruppo di lavoro è composto esclusivamente da figure professionali femminili. Non è obiettivo di questo lavoro, né tantomeno si hanno le competenze per farlo, procedere ad una valutazione di efficacia di genere.

In linea di principio, un cambiamento così radicale dal punto di vista organizzativo deve essere accompagnato da un «supporto formativo al cambiamento», quale può essere, ad esempio, un corso di formazione. Tuttavia, alcune peculiarità contingenti, non hanno permesso di attivare nell'immediatezza un corso di formazione per il personale che illustrasse quanto stava accadendo e nel contempo gestisse lo stress legato al cambiamento². Pertanto il gruppo di lavoro ha avviato a questa mancanza attraverso una sistematica azione di informazione capillare del personale operante nelle strutture interessate.

Le abitudini del presidio non avevano mai visto incontri della direzione con il personale medico e infermieristico contemporaneamente, essendo molto forte la distinzione dei ruoli a scapito del confronto e della collaborazione fra diverse professioni.

Si è ritenuto pertanto necessario:

- attivare *riunioni informative* dapprima quindicinali e poi settimanali;
- che le riunioni vedessero la contestuale presenza sia del personale medico che di quello infermieristico, al fine di agevolare la *conoscenza reciproca* e la *condivisione di scelte* che tenessero conto di entrambi i punti di vista;
- dare alle riunioni un carattere informativo sugli eventi in fase di realizzazione, ma anche di ascolto sui suggerimenti forniti per la realizzazione del progetto, sulla base di un messaggio che suonava come: «Non siamo qui per discutere se fare o meno quanto previsto dall'Atto aziendale, ma *come* e in *quali tappe* realizzarlo»;
- dare alle riunioni il carattere di strumento per *scandire il tempo* che passa, aggiornando sulla evoluzione degli eventi, sui problemi impreveduti che ne causavano il ritardo, sui compiti reciproci fino al verificarsi dell'evento.

5. Risultati

5.1. Risultati ottenuti

Attivazione dei dipartimenti

Per abbreviare il tempo di attivazione dei Dipartimenti, la Direzione aziendale ha provveduto a costituire i tre Dipartimenti gestionali con atto interno e a nominare direttamente i Direttori di dipartimento. Questa nomina poggia sul presupposto della fiducia della Direzione nei confronti dei dirigenti individuati. Essa è, tuttavia, provvisoria e sarà valida solo fino a che la procedura di elezione diretta non sarà conclusa. Anche se provvisoria, la nomina dei direttori di dipartimento ha permesso di rendere funzionanti i Dipartimenti stessi ed è avvenuta nel secondo semestre 2008 per i Dipartimenti di Oncologia medica e di Chirurgia oncologica, mentre nel primo semestre era già stato attivato quello di Radioncologia.

L'attivazione dei Dipartimenti è stata preceduta dalla realizzazione delle piattaforme assistenziali per intensità di cura, e, per l'oncologia medica dalla ristrutturazione degli spazi idonea a favorirne lo sviluppo.

Adesione al «modello intensità di cure»

Dal gennaio alla metà di agosto 2008, in sei mesi esatti, il Presidio ospedaliero Businco è passato da una organizzazione dell'area oncologica strutturata in tre Unità operative distribuite su tre piani distinti ad una organizzazione su piattaforme funzionali su un unico piano che preludono alla organizzazione per intensità di cure.

In particolare è stata attivata:

- l'unica piattaforma assistenziale di degenza ordinaria medica su di un unico piano ad espansione orizzontale, con suddivisione interna secondo l'intensità della cura del paziente (degenza ordinaria, *week-hospital*). In essa troveranno spazio le degenze di Oncologia medica e di Radioterapia;
- l'unica piattaforma di *day-hospital* medico ad uso di tutto il presidio ad un unico piano ad espansione orizzontale;
- l'unica piattaforma assistenziale ambulatoriale per attività non invasive ad un unico piano ad espansione orizzontale;
- l'unico punto di accettazione registrazione dei pazienti per le attività ambulatoriali e di *day-hospital*.

Nell'autunno si è provveduto anche al trasferimento della Chirurgia toracica presso il presidio e a collocare ad uno stesso piano tutta la degenza di Chirurgia (Chirurgia generale, sperimentale, toracica, ginecologica), degenze che prima erano distribuite su tre piani distinti e una in un altro ospedale.

A partire dalla fine di agosto, il personale infermieristico dell'Area medica è stato ridistribuito ai diversi livelli/piani assistenziali; per ogni piano dell'Area medica, è stato individuato un unico coordinatore infermieristico, seppur provvisorio. Per l'Area chirurgica sono stati mantenuti distinti i precedenti coordinamenti, fase di transizione in attesa del riordino definitivo.

Il personale medico delle Aree sia chirurgica che medica ha adottato una organizza-

zione interdivisionale delle guardie notturne e festive e della presenza attiva giornaliera.

Realizzazione di un «ospedale sicuro ed a misura d'uomo»

Le piattaforme dell'Area di Oncologia medica sono state realizzate a regola d'arte e secondo quanto richiesto dai requisiti (compresi gli impiantistici) per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie. Le stanze di degenza sono state realizzate con i bagni adiacenti e dedicati. Sono stati realizzati gli spazi relax per degenti, parenti e per il personale. La razionalizzazione degli spazi ha previsto un'unica stanza del medico di guardia a fronte delle precedenti tre, una stanza medici per ala a fronte delle precedenti quattro, un punto unico per l'accettazione dei pazienti a fronte dei precedenti tre, la concentrazione degli spogliatoi del personale al piano interrato, spogliatoi dotati anche di video-sorveglianza agli ingressi. Questa razionalizzazione ha permesso la liberazione di spazi da dedicare al piano della degenza ai pazienti e ai visitatori (area relax comprensiva di tisaneria ad uso autonomo dei parenti e dei pazienti).

Il piano della Degenza chirurgica non è ancora stato completamente ristrutturato e solo l'area dedicata alla Ginecologia presenta le caratteristiche sopra indicate.

Ogni piano è stato contraddistinto da un colore classificante coerente con i dettami attualmente riconosciuti dalla cromoterapia. La **tabella 2** indica la nuova dislocazione degli spazi e come sono stati utilizzati i colori per agevolare il riordino dell'ospedale.

5.2. Criticità incontrate

L'attivazione delle piattaforme assistenziali, in particolare in oncologia medica, è stata possibile perché si è modificato il *layout* ambientale attraverso una ristrutturazione funzionale alla suddivisione indicata. Numerose sono state le criticità incontrate, in particolare:

- impreviste condizioni della struttura muraria e degli impianti, non adeguate alla normativa vigente;
- ritardi reiterati nel proseguimento dei lavori;

- scarsa conoscenza da parte del personale medico e infermieristico della esistenza di modelli operativi alternativi a quello esistenti, più efficaci ed efficienti;

- scetticismo del personale sulla effettiva possibilità di realizzazione di quanto indicato;

- paura per la propria futura condizione lavorativa in vista dei cambiamenti organizzativi (esuberato di personale, perdita di spazi personali e personalizzati, perdita di modalità organizzative favorevoli l'autonomia personale) sfociata a volte in un vero e proprio ostruzionismo;

- scetticismo e diffidenza da parte della Direzione aziendale a fronte delle soluzioni architettoniche che si stavano adottando (colori, vetrocemento);

- «allerta» delle organizzazioni sindacali e delle organizzazioni di volontariato;

- definizione dei rispettivi ruoli all'interno del gruppo di lavoro non sempre chiara e che ha creato qualche difficoltà ascrivibile alle dinamiche di gruppo.

I primi due punti hanno avuto come conseguenza un ritardo nella conclusione dei lavori stessi che ha coinciso con il periodo di inizio delle vacanze estive del personale. Il continuo rimandare della conclusione, con conseguente spostamento della data del trasloco e dello spostamento delle unità operative, ha generato uno stress psicologico non indifferente nel personale operante, costantemente chiamato alla preparazione del trasloco che alla fine non avveniva. Inoltre, la coincidenza con le ferie estive rendeva il personale presente non particolarmente disponibile al *surplus* di lavoro che il trasferimento di unità operative comporta, a fronte dei colleghi che erano in vacanza e «avrebbero trovato tutto fatto al loro ritorno».

La scarsa conoscenza dei modelli organizzativi in corso di adozione non ha potuto essere compensata con corsi di formazione specifici. Essa è stata supplita dagli incontri informativi, che nell'ultimo mese erano diventati addirittura settimanali, anche per raggiungere il personale che alternativamente si trovava in congedo ordinario e poi rientrava al lavoro. Con questo si è ottenuta l'organizzazione del personale infermieristico su piattaforme con l'individuazione di un coordinatore infermieristico per piattaforma

Tabella 2

La riallocazione degli spazi nel Presidio ospedaliero «Businco» in funzione del riordino. Il termine «istmo» indica la parte centrale della H di cui l'ospedale ha forma

(*day-hospital*, degenza), mentre non è ancora, a tutt'oggi, riordinato secondo il concetto di piattaforma comune l'Ambulatorio. Per il personale medico si è passati immediatamente alla organizzazione interdivisionale delle guardie, favorita dalla presenza sullo stesso piano di tutti i letti di degenza.

Lo scetticismo del personale si è tradotto in una lentezza delle attività necessarie al trasferimento: nonostante i numerosi incon-

tri informativi, alla vigilia del trasferimento nulla era stato predisposto secondo quanto era stato indicato nel corso delle riunioni (per esempio, non era stata fatta la scelta dei mobili da trasferire, l'inscatolamento del materiale necessario, l'informazione da fornire ai pazienti e ai parenti). Il problema è stato risolto anche attraverso una costante e sistematica presenza del responsabile di progetto al momento delle azioni da porre in at-

Piano – 2: Colore giallo canarino, PIANO GIALLO Chiaro

Prima	Dopo
– degenza medicina nucleare	– spogliatoi del personale/depositi
– laboratori medicina nucleare (parziale)	– laboratori medicina nucleare (parziale)
– radioterapia apparecchiature (parziale)	– radioterapia apparecchiature (parziale)
– impianti	– impianti

Piano – 1: Colore toni blu/azzurro, PIANO BLU

Prima	Dopo
– Medicina nucleare	– Medicina nucleare
– Radiologia	– Radiologia con nuova TC
– Archivi di radiologia	– Archivi di radiologia

Piano Terra: colore toni viola/lilla: PIANO VIOLA

Prima	Dopo
Ingresso/Hall dell'ospedale Punto accoglienza (volontari) Ufficio tichets - sala attesa Punto prelievi - sala attesa Ufficio cartelle cliniche Ufficio URP Laboratorio analisi Fisioterapia Ematologia Ambulatori Biblioteca Stanze cappellano Farmacia	Ingresso/Hall dell'ospedale: rifacimento Hall - punto informazioni Hall - Punto accoglienza (volontari) Hall Hall Hall Punto prelievi - ufficio tichets Fisioterapia Ematologia ambulatori Ufficio cartelle cliniche Punto distribuzione farmaci x dimessi Farmacia riorganizzazione interna 2 ascensori panoramici esterni lato ingresso

Piano + 1: colore toni del verde con punte di verde smeraldo, PIANO Verde Smeraldo

Prima	Dopo
Laboratorio analisi Oncologia medica 1 DH Oncologia medica 1 degenza Ambulatori (istmo) Studi medici (istmo) Reparto ex AIDS usato uffici	Ambulatori chirurgici (tutti) Ambulatori medici Cardiologia Ambulatorio stomizzati Ambulatori chirurgici (tutti) Reparto ex AIDS usato uffici + accesso tunnel Ascensore panoramico collegamento degenze-tunnel al raccordo piano-tunnel

Piano + 2: colore toni del verde, PIANO VERDE Chiaro

Prima	Dopo
Sale operatorie (3) Endoscopia Rianimazione Studio responsabile rianimazione Cardiologia (attività ambulatoriale) Deposito materiale sala operatoria Centrale sterilizzazione Studi, psicologi, ass. sanitarie, medico compet.	Sale operatorie (3) Endoscopia Rianimazione <i>Terapia dolore sala invasiva</i> <i>Endoscopia toracica, Ambulatori laser</i> Deposito materiale sala operatoria Centrale sterilizzazione <i>Day - surgery</i>

Piano + 3: colore toni dell'arancione/albicocca/rosa pesca, PIANO ARANCIONE

Prima	Dopo
// - Chirurgia generale uomini - Chirurgia generale donne - vuoto - Centro Tao-Ambulatori NCH - Ambulatori stomizzati (istmo)	<i>Degenza dipartimentale chirurgica(tutta):</i> - <i>Chirurgia generale(uomini e donne)</i> - <i>Chirurgia sperimentale</i> - <i>Chirurgia ginecologica</i> - <i>Chirurgia toracica</i> - <i>Servizi a supporto: capo sala, medico di guardia, stanza medici/colloquio parenti</i>

Piano + 4: colore toni dell'azzurro/turchese, PIANO TURCHESE

Prima	Dopo
// - Ginecologia ambulatori - Ginecologia degenza - Oncologia 3 degenza - Oncologia 3 DH - Ambulatori medici (istmo)	<i>Degenza dipartimentale oncologia (tutta)</i> - <i>Radioterapia (30 PL)</i> - <i>Degenza ex Oncologia 1</i> - <i>Degenza ex Oncologia 3</i> - <i>Degenza ex Oncologia 2</i> - <i>Servizi a supporto: capo sala, medico di guardia, stanza medici/colloquio parenti</i>

Piano + 5: colore toni del giallo lombardo, PIANO GIALLO

Prima	Dopo
- Degenza Oncologia 2 - DH Oncologia 2 - Chirurgia sperimentale - Chirurgia sperimentale/dermatologia - Istmo (?)	<i>DH</i> <i>Dipartimentale</i> <i>Oncologia</i> <i>Medica</i> - <i>Servizi a supporto: capo sala, stanza medici/punto ristoro/altro</i>

Piano + 6: colore celeste/blu, PIANO CELESTE

Prima	Dopo
- Radioterapia degenza 20 PL - Radioterapia degenza 20 PL - Ematologia DH - Ematologia degenza	- <i>Vuoto (libera professione?)</i> - <i>Vuoto (libera professione?)</i> - Ematologia DH - Ematologia degenza

Piano + 7: colore crema/sabbia, PIANO CREMA

Prima	Dopo
- Vuoto - Vuoto - Vuoto - Vuoto - Istmo: centro trapianti	- <i>Studi medici + biblioteca/sala riunioni</i> - Vuoto - <i>Direzione medica di presidio</i> - <i>Studi direttori dipartimento e UO</i> - Istmo: centro trapianti

to, con una direzione diretta e ferma di tutte le attività da svolgere, ivi comprese quelle di trasloco e una supervisione delle stesse molto stretta. Tuttavia numerose critiche gli sono state rivolte circa la sua incapacità a comprendere realmente quali fossero i problemi, quali le difficoltà che si stavano instaurando nella adozione della nuova organizzazione. Pertanto, il responsabile di progetto, per una settimana intera, dalle prime ore mattutine e fino a tarda sera, ha presidiato in maniera sistematica tutte le attività sottoposte a cambiamento, osservandone il ciclo di funzionamento, ascoltando il personale, valutando insieme ad esso i diversi punti in cui si creavano difficoltà. Questo ha permesso di verificare le effettive difficoltà, ma anche di acquisire credibilità nel proporre soluzioni e ha permesso di fronteggiare la classica ed insistente obiezione del «lei non capisce, venga a vedere».

La paura del cambiamento ha spesso generato ostruzionismo nelle forme della modifica di decisioni in assenza del responsabile di progetto, di assenza delle persone necessarie al momento in cui eventi avrebbero dovuto verificarsi, di rifiuto della predisposizione di quanto necessario al trasferimento secondo le regole concordate. Questi comportamenti sono stati sporadici ma talvolta messi in atto da operatori che ricoprivano ruoli importanti (capo-sala, medici anziani). Alcuni operai addetti ai lavori di ristrutturazione hanno riferito di essere stati addirittura esortati a non collaborare nella esecuzione dei lavori stessi e a ritardarli il più possibile.

Anche in questo caso la fermezza, la determinazione e la reiterata informazione capillare nonché la costante presenza hanno permesso il proseguimento dei lavori. Un controllo costante è stato attuato per la verifica dell'effettiva realizzazione di quanto necessario.

L'iniziale compattamento di tre unità operative negli spazi di degenza occupati da due, senza una immediata visione complessiva del contemporaneo dislocamento delle attività di *day-hospital* e ambulatoriali, ha generato nel personale infermieristico il timore di dover sottostare a cambiamenti lavorativi o addirittura a divenire veri e propri esuberanti. Un rapporto quasi quotidiano ha permesso di chiarire meglio il quadro effettivo dei cambiamenti in atto e cioè di una redistribuzio-

ne del personale in funzione della intensità assistenziale e non di una sua diminuzione. La redistribuzione del personale è stata fatta dapprima parzialmente e in maniera scordinata al punto che, inizialmente, nessuna risorsa infermieristica o di operatore socio-assistenziale era stata assegnata agli ambulatori.

Le stesse informazioni sono state condivise formalmente con le organizzazioni sindacali, con le quali sono stati ridefiniti i criteri di mobilità del personale stesso e i percorsi attraverso i quali pervenire all'assegnazione dei nuovi incarichi di coordinamento previsti dagli assetti organizzativi (l'accordo è pronto per essere siglato).

Un ritardo considerevole nel proseguimento dei lavori (un mese) si è verificato quasi inizialmente al momento della ultimazione della prima *tranche* con l'adozione di colori decisi per i corridoi e le stanze di degenza (albicocca e turchese, blu Cina e celeste). L'informazione fornita alla Direzione aziendale da soggetti estranei al gruppo di lavoro ha generato inizialmente un certo sgomento di fronte al cambiamento radicale rispetto ai soliti colori tenui del giallino e beige o bianco in precedenza adottati negli ospedali. Il gruppo di lavoro e il responsabile di progetto hanno lavorato in modo da evitare un diniego netto al proseguimento della scelta effettuata. Il trascorrere del tempo lasciando sospeso il problema, informazioni più mirate e complete sull'intero progetto, la documentazione fornita su altre esperienze simili e la promessa di una indagine sul gradimento dei pazienti hanno permesso di giungere alla conclusione dei lavori e di mostrare alla direzione una struttura in un contesto armonico il cui impatto risultava positivo permettendo di superare l'iniziale rifiuto derivante da percezioni estetiche individuali e personali.

Le associazioni di volontariato e le organizzazioni dei pazienti sono state incluse nelle riunioni di informazione e, attraverso esse, è stato possibile veicolare le informazioni necessarie ai chiarimenti richiesti. Il risultato dei lavori è stato ampiamente apprezzato in particolare per le parti riguardanti le zone dedicate alla degenza ed all'area di soggiorno/relax dei parenti.

Alla fine del 2008 numerosi problemi rimangono ancora riguardo al *day-hospital* che rimane allocato in ambiente provvisorio

e solo fra tre mesi troverà collocazione in spazi adeguati e con *lay-out* più consoni alla nuova organizzazione.

Le dinamiche di gruppo generatesi all'interno del gruppo di lavoro hanno creato qualche difficoltà nella identificazione di chi avrebbe dovuto assicurare il coordinamento delle varie azioni, in particolare nel coordinamento delle attività svolte dalle maestranze, nella supervisione della effettiva realizzazione delle azioni organizzative interne al presidio e nella supervisione da svolgere nel corso del trasloco. Il primo punto è stato superato identificando chiaramente nell'ingegnere il riferimento per le maestranze. La supervisione delle azioni organizzative interne, ossia il rapporto con gli operatori sanitari che dovevano predisporre le operazioni necessarie alla realizzazione del piano e i rapporti con le ditte esterne per le pulizie e i traslochi, dovrebbe essere compito della Direzione di presidio, ma è sempre stata oggetto di divergenza di vedute fra la Direzione di presidio stessa e il suo rappresentante dentro il gruppo di lavoro e l'ingegnere. La supervisione del programma di trasloco è stata assunta, infine, direttamente dal responsabile di progetto, sia a causa del momento in cui ricadeva l'azione (periodo di ferie) sia per ridurre al minimo le differenze di veduta su questioni non sostanziali.

5.3. Opportunità colte

Il momento del «trasloco», con la effettiva collocazione delle degenze, dei *day-hospital* e degli ambulatori nei nuovi spazi, è stato il momento in cui il personale infermieristico e medico ha percepito che la riorganizzazione stava avvenendo, che dalle tradizionali divisioni/unità operative si passava al dipartimento attraverso l'occupazione delle piattaforme funzionali appena predisposte.

La scelta di attivare comunque, in un periodo considerato dai più critico, quale quello delle ferie estive, le modifiche organizzative necessarie all'adeguamento dei cambiamenti ambientali si è basata sulle seguenti considerazioni:

- la riduzione del personale presente avrebbe comportato una minore presenza di persone e, quindi, in percentuale, anche una riduzione di quelle che avrebbero potuto

porsi in opposizione agli eventi con azioni di ostruzionismo. Alcuni spostamenti di ambulatori sono stati eseguiti mentre i medici interessati erano in ferie;

- la presenza alternata di operatori che rientravano dalle ferie con personale prima presente e che poi si poneva in congedo ordinario, pur richiedendo maggiore azione di informazione per le persone collaboranti, permetteva di stemperare gli animi e frantumare le opposizioni;

- l'assenza, per tutto il mese di agosto, del Direttore dell'ospedale e dei restanti componenti del gruppo di lavoro ha fatto sì che il responsabile di progetto divenisse l'interlocutore unico delle ditte esterne per il definitivo allestimento degli spazi e del personale dipendente per le azioni di trasferimento. In questa fase, meramente esecutiva, la riduzione dei passaggi burocratici nel percorso delle decisioni operative si è rivelato più che positivo, riducendo notevolmente i tempi di realizzazione delle azioni.

Va aggiunto a tutto ciò il beneficio psicologico di chi rientrando da un periodo di vacanza ritrova spazi strutturalmente rinnovati e più funzionali alla propria attività.

6. Considerazioni conclusive

In relazione agli stimoli che derivano loro dalla propria esperienza del passato, alla loro attuale condizione, alle prospettive e agli obiettivi che si pongono per il futuro, le persone possono:

- promuovere, sostenere, agevolare ed impegnarsi per indirizzare la realtà verso un certo tipo di cambiamento poiché pensano di poter migliorare la realtà in cui vivono;

- ostacolare certi cambiamenti perché ritengono che essi peggiorino la capacità del sistema di dare risposte di salute o perché esse vedono minacciati i propri interessi consolidati;

- porsi in posizione di attesa, senza impegnarsi in decisioni e azioni che qualificano il cambiamento, cercando eventualmente di trarre vantaggio dalle modificazioni delle regole del sistema (Borgonovi, 2008b).

Tutti questi comportamenti sono stati presenti nel processo di cambiamento che ha

coinvolto circa un centinaio di persone ed è risultato importante gestirli senza demordere dal proseguimento dei lavori.

Le spinte, l'inerzia organizzativa, gli agenti del cambiamento, i processi e le leve di attivazione come descritte in letteratura (Rebora, Meneguzzo, 1990) sono state tutte «presenti» anche se in alcuni casi non sempre ben identificabili.

Le spinte al cambiamento, in questo caso fortemente «politiche», sono state rappresentate dalla necessità di realizzare quanto previsto dalla Legge regionale sul soddisfacimento *in loco* del bisogno sanitario in oncologia e sul riordino degli ospedali e la loro modernizzazione. Fattore motivante fortemente «etico» è la scelta di voler ridurre i «viaggi della speranza». Ad entrambe queste spinte la Direzione della Asl ha aderito provvedendo a realizzare quanto previsto nell'Atto aziendale e nel programma regionale di riordino degli ospedali della Sardegna.

Di fronte alla inerzia organizzativa manifestatasi negli ultimi anni nei quali, a fronte della realizzazione del Nuovo centro di Radioterapia e medicina nucleare, nessun cambiamento né organizzativo né strutturale si è verificato sul restante Presidio Businco, la scelta della Direzione è stata quella di individuare una figura esterna e di costituire un gruppo di lavoro quali agenti del cambiamento. Essi sono stati in grado di operare nell'ambiente interno della Asl e del Presidio ospedaliero come promotori e partecipanti attivi del processo di cambiamento.

La determinazione, la capacità di non perdere di vista il punto di arrivo, il modo di mantenere una certa posizione di equilibrio di fronte ad attacchi verbali, la disponibilità all'ascolto anche delle critiche, la certezza del raggiungimento del risultato e la consapevolezza della necessità della partecipazione diffusa di tutto il personale a questo raggiungimento sono le qualità che deve avere chi guida un processo di cambiamento e che sono state espresse dal gruppo di lavoro e dal responsabile di progetto³.

Tra le numerose difficoltà elencate che sono state fonti di inerzia, la maggiore incontrata, a nostro avviso, è stata la scarsa conoscenza da parte del personale infermieristico e medico delle linee di sviluppo tracciate dalla Regione Sardegna e dall'Atto aziendale sulla evoluzione della rete ospedaliera e, nel

concreto, l'assenza di conoscenze su modelli organizzativi alternativi a quello in atto.

Il gruppo di lavoro ha cercato di supplire con gli interventi informativi mirati, ma la mancanza di strumenti fondamentali per il cambiamento culturale e la gestione dello stress da cambiamento, quale poteva essere un corso di formazione mirato al personale delle strutture interessate più direttamente, è stata avvertita.

Via via che i momenti informativi si susseguivano e venivano spiegati di più e anche più volte sia il programma di interventi che l'obiettivo da raggiungere, si osservava una riduzione dell'opposizione, a dimostrazione che spesso questi comportamenti sono dettati dalla non conoscenza e dalla paura dell'imprevisto.

La partecipazione del personale ai momenti informativi è sempre stata elevata, dimostrando come l'informazione e la comunicazione siano strumenti sempre molto apprezzati. Purtroppo essi non sono sufficienti a gestire gli stati di ansia che l'imminenza del cambiamento produce. Si ritiene che il corso di formazione per piccoli gruppi di recente introduzione sarà in grado di far fronte alla problematica segnalata.

Nonostante le numerose difficoltà incontrate, l'obiettivo di attivare i tre dipartimenti, di predisporre le piattaforme organizzative aderendo al modello di intensità di cura e la realizzazione in linea con l'ospedale sicuro per il paziente e per gli operatori, è stato realizzato per il Dipartimento di Oncologia medica e sono in corso di realizzazione per il Dipartimento chirurgico. Il *lay-out* è stato modificato in maniera funzionale ai modelli prescelti a supporto della effettiva attivazione dei Dipartimenti e della erogazione delle cure in ambito dipartimentale. L'apprezzamento dell'intervento sul *lay-out*, della attivazione delle piattaforme, della possibilità di avere spazi consoni al funzionamento dei dipartimenti deve essere accompagnato dalla identificazione delle responsabilità e dalla revisione delle procedure organizzative interne al dipartimento. Il contenitore è stato predisposto dalla Direzione aziendale, ora occorre procedere a perfezionare il contenuto a cura dei professionisti sanitari: solo a questo punto sarà possibile procedere ad una verifica dell'effettivo miglioramento delle cure.

Note

1. Il periodo di riferimento del lavoro è l'anno 2008. Il mandato della Direzione generale in carica al momento era dall'aprile 2005 al 31.12.2008. Il responsabile di progetto di seguito citato è stato assunto l'1.12.2007.
2. La necessità e opportunità di un accompagnamento formativo si manifesta e viene esplicitata già nel marzo 2008. La predisposizione di massima dei contenuti del corso viene fatta immediatamente. La Direzione sanitaria aziendale tuttavia reputa che:
 - trattandosi di corso prevalentemente rivolto al personale infermieristico, sia più opportuno attendere l'imminente presa di servizio, prevista per il mese di maggio, del Dirigente del Servizio *nursing*. L'effettiva presa di servizio avviene il 1° settembre 2008;
 - essendo imminente per il mese di settembre la nomina del Direttore di Struttura complessa di Oncologia medica, sia più opportuno attendere la presa di servizio del nuovo direttore. L'effettiva presa di servizio avviene il 16 di novembre 2008.
 Il corso di formazione viene infine deliberato il 31 dicembre 2008, consta di otto giornate formative per ogni gruppo di partecipanti, sarà effettuato in 4 edizioni in modo che tutto il personale del Dipartimento di oncologia avrà potuto partecipare, ha contenuti inerenti i modelli organizzativi ma è soprattutto mirato al *problem solving* e alle metodiche della gestione dello stress da cambiamento. Il corso è iniziato il 28 gennaio 2009.
3. Alla fine della attivazione delle piattaforme organizzative di degenza e *day-hospital*, il personale infermieristico ha regalato al responsabile di progetto il libro *Il piccolo principe* di Saint-Exupéry. La dedica apposta nella prima pagina recita:

«Grazie per il risultato ottenuto
– per la pazienza a condurci “con le buone” all'unica soluzione e via percorribile

– per la caparbia ed il muso duro nel tracciare i percorsi
– per il tempo del controllo
– per il riconoscere il limite dei progetti ma non dei sogni
– per l'ironia che nasconde dietro la dura scorza
– per la pelle da capo che scopriamo ogni giorno di più.
Perdoni le intemperanze e le stanchezze che ci fanno trascinare i pensieri ma ... non è stato facile neppure per noi uscire allo scoperto, mollare il comodo conosciuto per tuffarci in questo oggi che ... non è poi così male!»

Ringraziamenti

L'autrice ringrazia: tutto il personale infermieristico e medico delle ex U.O. di Medicina 1, 2 e 3 del PO Businco di Cagliari che nel mese di agosto ha permesso la concretizzazione del progetto in un periodo di ferie che normalmente è dedicato alla routine operativa; l'ing. Nicoletta Schirru, l'architetto Giovanna Angheluddu, la dr. Anna Maria Corrigan, componenti con l'Autrice del gruppo di lavoro preposto, per l'abnegazione con la quale hanno saputo far fronte alle sempre imprevedute e numerose difficoltà senza perdere di vista l'obiettivo finale; il Direttore Generale Dr. Gino Gumirato, il Direttore Amministrativo Dr. Giovanni Soro, il Direttore Sanitario dr. Giorgio Sorrentino che hanno voluto conferire all'Autrice l'incarico di responsabile di progetto ed offrirle ancora una volta l'opportunità di usare un anno della sua attività per il miglioramento del Sistema Sanitario Nazionale, questa volta in Sardegna. In ultimo, l'autrice vuole ricordare l'ing. Antonello Porcu prematuramente e tragicamente scomparso nella alluvione del 22 ottobre scorso, leale compagno di lavoro quotidiano nell'anno trascorso, al quale il destino non ha permesso di vedere il risultato dei loro sforzi.

B I B L I O G R A F I A

- BORGONOV E. (2008), «Le risposte al bisogno di salute degli italiani in 30 anni di SSN», intervento al Convegno *30 anni di Servizio Sanitario Nazionale*, Milano.
- BORGONOV E. (2008), *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende è il mezzo*, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (2007), «La responsabilità sociale nel sistema di tutela della salute», intervento al corso IReF/ Regione Lombardia/SDA Bocconi, Milano.
- CARRICABURU D., MENORET M. (2007), *Sociologia della salute*, Il Mulino, Bologna.
- REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, Utet, Torino.
- VILLA S. (2008), «Operations management», intervento al Corso *Direzioni Sanitarie di Presidio*, Cagliari.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Project Finance: quali lezioni apprendere dal modello francese

VERONICA VECCHI, ALESSANDRO PROCACCINI

The article presents, for the first time in an Italian journal, the French experience of privately financed healthcare investments, under the Project Finance (PF) model. It highlights the main judicial, procedural and financial characteristics of the model and it discusses its main interesting elements that should inspire Italian Authorities involved in planning and implementing PF schemes, such as the ex ante assessment and the role of task force of expertises. Throughout the conclusion, the article points out some considerations about the urgency to introduce a project management role and behaviour within Public Authorities in structuring PF ventures, in selecting Contractors and in managing PF contracts, in order to reduce information asymmetry and to increase their negotiation power and, ultimately, to secure an higher efficiency (value for money) and affordability for the signed PF schemes.

Keywords: project financing, international comparison

Parole chiave: project financing, comparazione internazionale

Note sugli autori

Veronica Vecchi è docente dell'area Public Management and Policy di SDA Bocconi, ricercatrice CERGAS - Università Bocconi e research fellow presso il Centre for International Public Health Policy - University of Edinburgh. Alessandro Procaccini lavora come Associate Consultant presso l'ufficio di Milano di Bain & Company ed è autore della tesi di laurea presso il corso di laurea specialistica CLAPI dell'Università Bocconi dal titolo: «Le Public Private Partnership per gli investimenti nel settore sanitario: lezioni apprese da Francia, Italia e Regno Unito».

Attribuzione

Sebbene gli autori abbiano lavorato assieme alla stesura di questo articolo e ne condividano pienamente i contenuti, i §§ 1, 4 e 5 sono da attribuire a Veronica Vecchi e i §§ 1.1, 1.2, 1.3, 2 e 3 ad Alessandro Procaccini.

1. Le forme di PF in Francia

Sebbene il Governo francese abbia introdotto il *Project Finance* (in seguito PF) alcuni anni fa, nel 2003, per il finanziamento degli investimenti infrastrutturali nel settore sanitario, quasi nulla è stato scritto su questa esperienza, che molto è stata influenzata, come quella italiana, dal modello anglosassone della *Private Finance Initiative* (PFI).

La Francia, come evidenziato nella **figura 1**, ha avviato, dal 2003 ad oggi, 47 progetti per un valore complessivo di circa € 1,7 milioni¹. Essa, *ex equo* con l'Italia, risulta il secondo Paese europeo per numero di operazioni realizzate, che presentano però un valore d'investimento medio inferiore rispetto a quelle italiane, pari a € 37 milioni contro circa gli € 83 milioni delle nostre.

L'articolo si propone di presentare, per la prima volta in modo sistematico nella letteratura italiana, le specificità del modello francese e di delineare le principali similitudini e differenze con il modello italiano, al fine di individuare se vi siano possibili spunti utili al miglioramento della programmazione e della realizzazione degli investimenti nel settore sanitario in Italia.

1.1. Contesto di riferimento e origini

Delle 47 operazioni di PF avviate sinora in Francia, 33 sono state aggiudicate all'operatore privato e si trovano in fase di costruzione e di gestione². Il rapido sviluppo del PF nel settore sanitario è stato reso possibile da una serie di azioni implementate dal Ministero della salute e dal Governo francese (Le Taillandier, 2007). Nell'esperienza francese, a differenza di quanto è accaduto in Italia, il PF non è stato semplicemente inserito nell'ordinamento giuridico, ma è stato il frutto di un lungo processo politico e am-

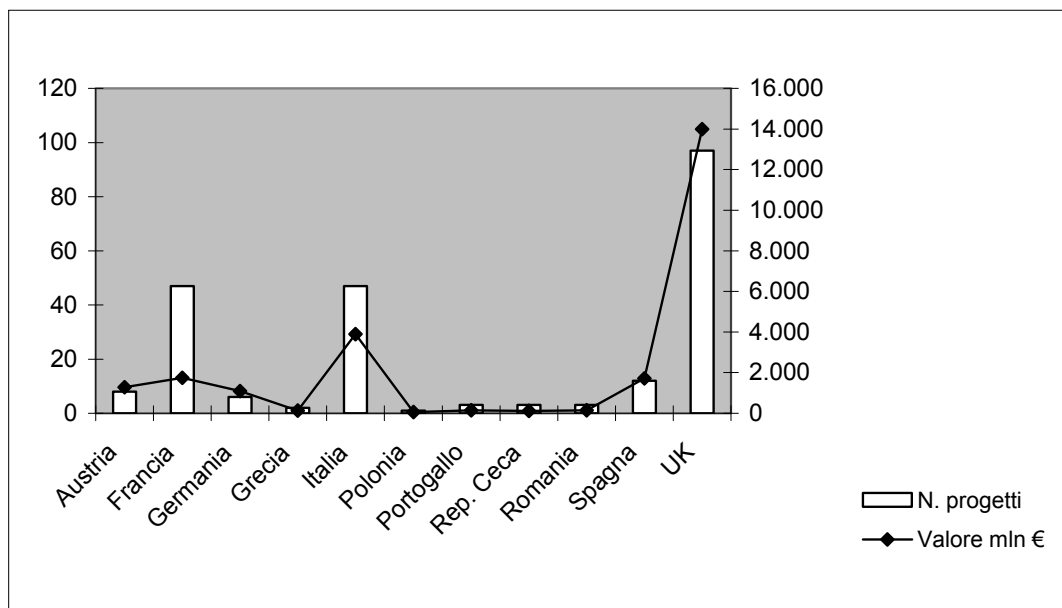
SOMMARIO

1. Le forme di PF in Francia
2. Il modello francese di PF: aspetti procedurali
3. Il modello francese di PF: aspetti finanziari
4. I punti di attenzione del modello francese
5. Conclusioni

Figura 1

Il mercato europeo del PF per gli investimenti sanitari

Fonte: Amatucci, Hellowell, Vecchi (2008) (per Italia), MAINH e DLA Piper 2007 (per Francia), Department of Health (per UK), DLA Piper 2007 (per tutti gli altri Paesi)



ministrativo; tale processo si è scontrato con l'imponente tradizione degli schemi di *partenariat* tipici del sistema delle concessioni, i quali non solo impedivano dal punto di vista giuridico la formulazione di contratti globali di progettazione, costruzione, gestione, ma si erano talmente radicati nella tradizione amministrativa francese, da renderne impensabile un superamento (Lyonnet du Moutier, 2006, Bezançon, 2007).

In particolare, l'introduzione del PF in sanità è stata possibile grazie all'approvazione, nel Marzo 2003, del *Plan Hôpital 2007*, che poneva l'obiettivo di realizzare un vasto programma di ammodernamento delle strutture sanitarie francesi, tramite lo stanziamento di fondi straordinari³. Per facilitare, accelerare e rendere più efficaci gli investimenti, il *Plan* introduce uno specifico modello di *partnership*, chiamato *Bail Emphytéotique Hospitalier* (di seguito BEH)⁴ (cfr. infra).

Importante innovazione organizzativa e istituzionale è stata la creazione della *Mission d'Appui aux Investissements Hospitaliers (MAINH)*, *task force*, dedicata alla gestione delle attività di programmazione e valutazione degli investimenti che richiedono elevate competenze specialistiche, difficilmente reperibili a livello locale nelle strutture ospedaliere.

A confermare il forte impulso all'utilizzo di capitali privati per la realizzazione delle

nuove infrastrutture (du Marais, 2007), il Governo francese lancia, nel 2004, una nuova forma di *partnership*, applicabile, a differenza del BEH (che è esclusivamente attivabile per il settore sanitario), a tutti i settori degli investimenti pubblici: il *Contrat de Partenariat* (di seguito CP)⁵. Anche in questo caso il Governo, per garantire la rapida ed efficace diffusione dello strumento, ha creato una *task force* centrale di esperti dedicati: la *Mission d'Appui aux Partenariats Public-Privé (MAPPP)*.

Nel giro di pochi mesi, tra il 2003 e il 2004, l'ordinamento giuridico francese si arricchisce di due modelli per la realizzazione di operazioni di PF nel settore sanitario, il BEH e il CP, che permettono agli EPS (*Etablissements Publics de Santé*, gli ospedali pubblici francesi) di individuare un partner privato al quale affidare la progettazione, la costruzione e la gestione di un'opera. La remunerazione delle prestazioni affidate all'operatore privato è garantita dal pagamento di *loyers* (canoni) per un periodo di tempo determinato nel contratto⁶.

Nonostante le principali raccomandazioni sul piano teorico (Amatucci, 2002, Esty, 2003, Vecchi, 2004) e la prassi internazionale (soprattutto quella di matrice anglosassone) circa l'importanza e, quindi, la necessità di costituire una società di progetto (*Special Purpose Vehicle*, di seguito SPV) per la se-

parazione giuridica, patrimoniale e finanziaria del progetto di investimento rispetto agli sponsor/investitori (principio noto come *ring fence*), nel caso francese la costituzione di una società *ad hoc* non è obbligatoria⁷. È, infatti, lasciata completa autonomia al privato sulla scelta dell'assetto societario⁸: il concessionario può essere, perciò, una singola società, un gruppo di imprese che non costituisce una SPV, o un gruppo di imprese che costituisce una SPV. Tale scelta dipende evidentemente dalle dimensioni e dalla complessità del progetto⁹.

1.2. Principali differenze tra BEH e CP

La principale differenza tra BEH e CP, trova le sue origini nella natura sostanziale del *bail* (locazione) del BEH; si può infatti far ricorso a tale contratto, solo ed esclusivamente per progetti che prevedono la costruzione fisica di un immobile (carattere *batimentaire*), su un terreno di proprietà dell'amministrazione (carattere *foncier*). Mentre il CP può essere lanciato anche per la gestione di servizi.

Il secondo elemento di differenza riguarda il ruolo dell'EPS nella progettazione dell'intervento che è obbligatorio affidare al partner privato; mentre, nel caso del CP, è possibile partire da un progetto definito in precedenza dall'amministrazione, o reperito esternamente dall'amministrazione tramite gara con l'affidamento al concessionario della costruzione e gestione.

Il terzo elemento è relativo alle modalità di remunerazione del partner privato da parte dell'EPS che sono limitate al *loyer* versato dall'amministrazione (il cosiddetto canone). Mentre, nel caso del CP, è possibile che il partner privato possa raggiungere l'equilibrio economico finanziario anche tramite lo sfruttamento economico di aree o spazi dedicati ad attività di tipo commerciale, ovvero tramite ricorso a *recettes annexes* (ricavi complementari), a condizione che tali forme complementari non siano preponderanti rispetto al canone di remunerazione corrisposto dall'ospedale.

La quarta differenza riguarda l'organismo responsabile del processo di *évaluation préalable*, il processo di valutazione dell'effettiva convenienza economica del PF rispetto alle procedure tradizionali. Sia nel caso del CP

che del BEH, tale valutazione è affidata ad una *task force* centrale, che però per il BEH è la MAINH, e per il CP è la MAPPP.

L'ultima differenza è relativa al ruolo che ha avuto il Consiglio costituzionale¹⁰ al momento dell'introduzione del CP nel sistema amministrativo francese. La rottura che il CP ha generato rispetto alle procedure tradizionali ha generato un intenso dibattito nel mondo politico (Linotte, Pissaloux, 2007), che ha portato il Consiglio costituzionale a limitare il ricorso al CP (e solo nel caso del CP) solamente al verificarsi di situazioni di:

- urgenza;
- complessità.

Non è ancora ben chiaro, dal punto di vista giuridico, se il carattere di urgenza possa derivare o meno da un ritardo pregiudizievole delle precedenti gestioni dell'amministrazione. La dichiarazione dell'urgenza obbliga l'amministrazione a ricorrere alla normale procedura di *appel d'offre* (gara d'appalto), che per progetti del genere può essere complessa, in quanto sarebbero da considerare *ex ante* una serie di elementi difficili da individuare, programmare e quantificare. Finora, infatti, nessun progetto avviato con il CP in ambito sanitario è stato dichiarato urgente. Dichiarare un progetto complesso, invece, permette all'amministrazione di ricorrere alla procedura del *dialogue compétitif* (dialogo competitivo), che consente di incontrare separatamente e a più riprese diversi candidati, con maggiore flessibilità di contrattazione e, di conseguenza un forte potere contrattuale dovuto alla presenza contemporanea di più candidati. Proprio la possibilità di poter ricorrere al dialogo competitivo ha fatto sì che anche i progetti lanciati in BEH siano ricorsi alla dichiarazione di complessità, annullando, nei fatti, questa differenza formale tra le due tipologie di contratto.

Le principali differenze qui descritte, sono riassunte nella **tabella 1**.

1.3. Impiego e diffusione delle due forme contrattuali

Le differenze finora sottolineate, evidenziano come il CP sia una struttura contrattuale di gran lunga più flessibile del BEH. Ciononostante, dei 47 progetti avviati, so-

lamente in 7 casi (di cui 5 ancora in fase di gara, recentemente avviata) è stata utilizzata la procedura del CP. Tra le motivazioni della preferenza del BEH rispetto al CP la prima è da ricercarsi nel fatto che la legge d'introduzione del BEH è apparsa nel panorama legislativo francese nel settembre 2003, mentre gli ospedali stavano lavorando sulla programmazione 2003-2004, poco dopo l'avvio del *Plan Hôpital 2007*, che includeva tra le sue priorità l'investimento ospedaliero tramite strutture contrattuali innovative, quali il BEH. La legge sul CP compare invece solo nel giugno 2004, dopo una lunga gestazione e un lungo periodo di contrattazione politica, quando gran parte degli EPS avevano già iniziato a programmare gli investimenti in BEH. Inoltre, l'articolo 2 dell'ordinanza che istituisce il CP prevede che sia effettuata l'*évaluation préalable* da parte di un *organisme experte* (la MAPPP) che dà il suo primo parere nel novembre 2005, ovvero più di due anni dopo l'inserimento nel sistema amministrativo francese del BEH.

Inoltre, il BEH si configura come una legge settoriale, lanciata in un contesto di profonda spinta all'innovazione all'interno della sanità francese, iniziata con il *Plan Hôpital 2007*. Al contrario, il CP è stato subito percepito come una vera e propria rivoluzione nei sistemi di *commande publique* (appalti pubblici), data la sua applicabilità a tutti gli investimenti infrastrutturali pubblici, mobilitando una forte *lobbying* che ha reso (almeno

in teoria) il ricorso a questa struttura contrattuale una scelta di straordinaria amministrazione (Linotte, Pissaloux, 2007). Questo clima ha contribuito a creare un certo timore presso gli EPS che hanno preferito ricorrere al BEH.

Il ritardo dei CP nei confronti dei BEH è da considerarsi, comunque, puramente contingente ed è verosimile pensare che nei prossimi anni sia recuperato, soprattutto in ragione della sua maggiore flessibilità.

2. Il modello francese di PF: aspetti procedurali¹¹

In questa sezione si descrivono i meccanismi di funzionamento del modello francese, con particolare riferimento al quadro istituzionale, agli attori e ai loro ruoli e alle principali fasi che, dalla ideazione del progetto, conducono alla firma del contratto di PF¹².

2.1. Assetto istituzionale del processo

L'avvio di una operazione di PF richiede che l'EPS definisca i bisogni fondamentali cui intende dare risposta tramite il progetto d'investimento e le caratteristiche di quest'ultimo, definendo un quadro di riferimento ed, eventualmente, facendo emergere quegli elementi di complessità che sono alla base della possibilità di ricorrere al *dialogue compétitif*. Sulla base di questo studio preliminare, la MAINH (o la MAPPP nel caso del CP) conduce l'*évaluation préalable*, con il fine di verificare la convenienza del PF rispetto a una procedura tradizionale.

La gara per la selezione del concessionario può essere aperta solo se l'*évaluation préalable* risulta favorevole e se l'*Agence Régionale d'Hospitalisation* approva il progetto. Essa si basa sulla definizione di un programma funzionale dei bisogni (cfr. *infra*).

Il caso francese è caratterizzato da un assetto istituzionale molto centralizzato, in cui le *task force* centrali di esperti ricoprono un ruolo fondamentale. La MAINH (o la MAPP nel caso dei CP) assume un ruolo di guida e di controllo, in particolare:

– supportando tecnicamente gli EPS che in tal modo hanno la possibilità di beneficiare delle più esperte professionalità, evitan-

Tabella 1

Riassunto principali differenze tra BEH e CP

	BEH	CP
Oggetto del contratto	Immobile su terreno di proprietà dell'amministrazione	Immobili, servizi
Progettazione intervento	Partner privato	Partner privato / amministrazione
Remunerazione del partner privato	Canone corrisposto dall'amministrazione	Canone corrisposto dall'amministrazione e ricavi complementari
Responsabile dell'évaluation préalable	MAINH	MAPPP
Condizioni per il ricorso allo strumento	Nessuna	Urgenza o complessità

do il rischio di ricorrere a consulenti esterni che, oltre a rappresentare un costo ingente, potrebbero non avere l'esperienza e le *skills* necessarie;

– evitando che, l'*évaluation préalable* venga gestita in modo arbitrario, in maniera poco precisa, forzando il modello di valutazione, come è accaduto nel Regno Unito (Gaffney *et al.*, 1999b), con il solo obiettivo di rendere possibile l'avvio dell'operazione di PF, anche quando questa risulta l'opzione meno conveniente.

L'*évaluation préalable* o *comparateur BEH/contrats séparées* rappresenta l'equivalente del *Value for Money*, test adottato per la valutazione dei contratti di PFI (*Private Finance Initiative*) nel Regno Unito (Vecchi, 2004), recentemente istituzionalizzato anche nell'esperienza spagnola (Amatucci, Hellowell, Vecchi, 2008). Essa si basa sul confronto tra il costo di realizzazione dell'investimento in PF e il costo relativo a una so-

luzione tradizionale, basata su contratti tradizionali, un finanziamento bancario e l'assunzione della maggior parte dei rischi da parte dell'EPS (figura 2).

Questa analisi ha l'obiettivo di mettere in evidenza la convenienza economica del ricorso al BEH e l'effettiva complessità del progetto. Essa inoltre permette di ridurre l'asimmetria informativa tra gli EPS e gli operatori privati durante la fase di gara, migliorando dunque il potere contrattuale dei primi sui secondi (Vecchi, 2008c).

2.2. Il Programme Fonctionnel

L'EPS deve definire «in un programma funzionale i bisogni che il partner privato si impegna a soddisfare»¹³. Si tratta dunque del documento da porre a base di gara e su cui gli operatori privati definiscono le loro proposte e offerte. La sua struttura deve permettere, da un lato, di delineare un tracciato-guida per gli operatori privati affinché

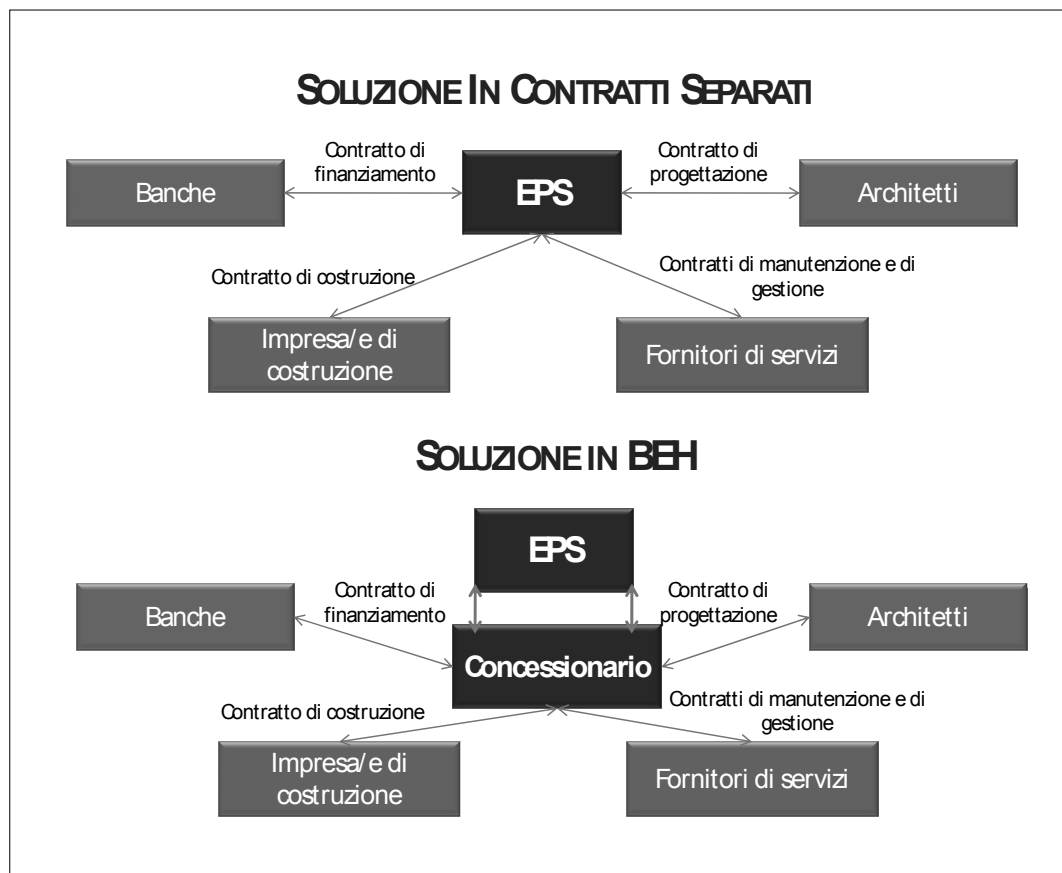


Figura 2
Schema di confronto tra il BEH (PF) e la soluzione tradizionale (contratti separati)
Fonte: rielaborazione da MAINH (2005)

rispondano ai fabbisogni dell'EPS e, dall'altro, di lasciare loro margini di flessibilità al fine di esprimere al meglio il loro *know how* e la loro creatività.

Esso, come nel caso dell'*output specification* anglosassone (Vecchi, 2008a), si fonda sulla definizione di obiettivi da raggiungere, espressi in termini di performance sugli standard di qualità e di volumi di prestazioni, che costituiscono gli elementi alla base del trasferimento dei rischi inerenti la gestione del progetto, su cui vengono determinate le penalità da applicare nel caso in cui l'operatore privato non raggiunga gli standard definiti.

2.3. Il contratto di BEH

Il programma funzionale rappresenta l'elemento di base per la redazione del contratto di PF/BEH. Lo schema contrattuale globale del BEH si basa su tre livelli contrattuali (figura 3):

– il contratto di BEH propriamente detto, che disciplina il rapporto tra l'EPS e il concessionario;

– i contratti di finanziamento tra il concessionario e le banche finanziatrici e tra il concessionario e i suoi sponsor/azionisti;

– i contratti di subappalto che disciplinano i rapporti tra il concessionario e le società incaricate della costruzione e della prestazione di servizi.

Il contratto del BEH propriamente detto è costituito da due elementi principali:

1) un elemento fondiario¹⁴;

2) un elemento operativo (detto *convention non détachable*), che fissa:

– gli elementi definiti nel programma funzionale relativi alla realizzazione dell'opera, alla sua manutenzione e gestione;

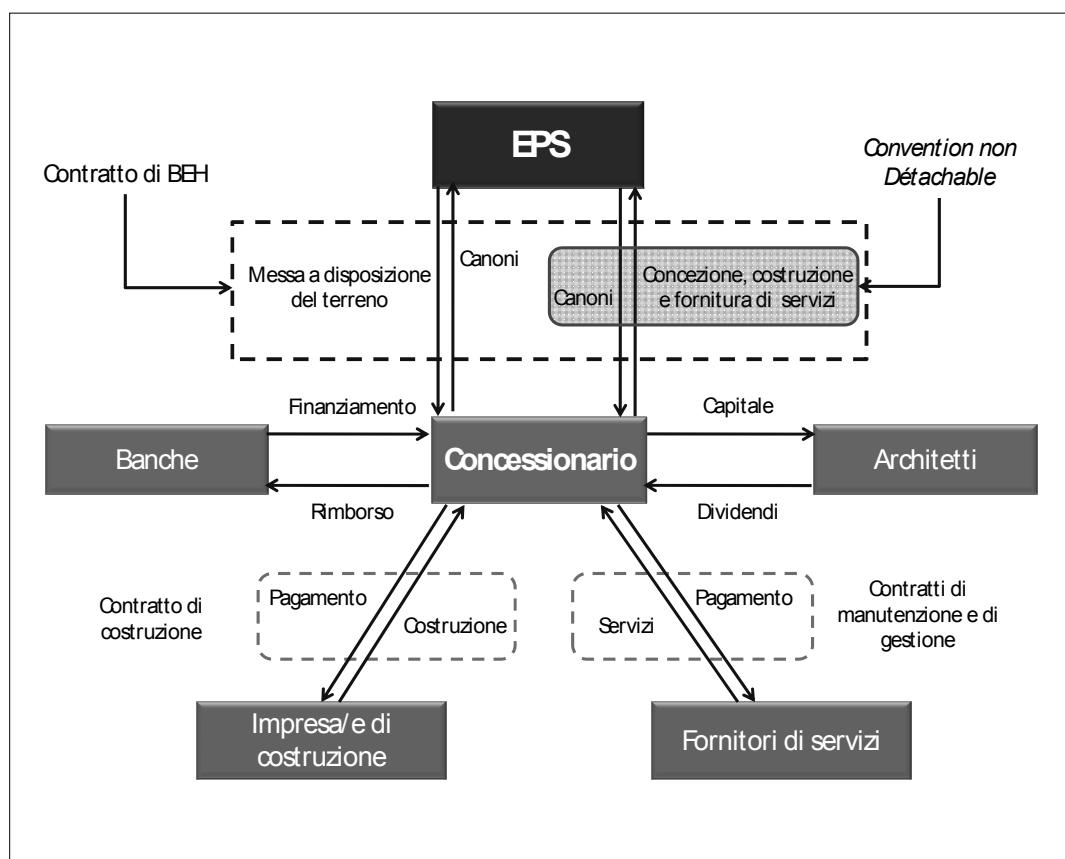
– l'allocazione dei rischi tra EPS e concessionario;

– le clausole di carattere giuridico e finanziario, tra cui la definizione del canone da

Figura 3

Schema contrattuale del BEH

Fonte: rielaborazione da MAINH (2005)



corrispondere da parte dell'EPS al concessionario.

Nonostante l'EPS risulti controparte contrattuale solo nel primo dei tre contratti indicati sopra, è importante e necessario che esso sia a conoscenza del contenuto anche dei contratti di finanziamento e di subappalto, in modo tale da poter meglio valutare la convenienza e la sostenibilità dell'operazione (Bayard, 2007) e la qualità di servizio reso¹⁵.

2.4. La procedura del *dialogue compétitif*

«Le amministrazioni aggiudicatrici che realizzano progetti particolarmente complessi possono trovarsi nell'impossibilità oggettiva, non per carenze loro imputabili, di definire i mezzi atti a soddisfare le loro esigenze o di valutare ciò che il mercato può offrire in termini di soluzioni tecniche e/o di soluzioni giuridicofinanziarie. [...] Nella misura in cui il ricorso a procedure

aperte o ristrette non consenta di aggiudicare detti appalti, occorre prevedere una procedura flessibile che salvaguardi sia la concorrenza tra operatori economici sia la necessità delle amministrazioni aggiudicatrici di discutere con ciascun candidato tutti gli aspetti dell'appalto»¹⁶. Come già detto, un progetto dichiarato complesso prevede l'attivazione della procedura del dialogo competitivo, ovvero una «procedura alla quale qualsiasi operatore economico può chiedere di partecipare e nella quale l'amministrazione aggiudicatrice avvia un dialogo con i candidati ammessi a tale procedura al fine di elaborare una o più soluzioni atte a soddisfare le sue necessità e sulla base della quale o delle quali i candidati selezionati saranno invitati a presentare le offerte»¹⁷.

Questo schema legislativo, è stato immediatamente generalizzato dal CP a tutte le altre forme di *partnership* in Francia, compreso il BEH: questo spiega le ragioni per le quali tutti i progetti realizzati

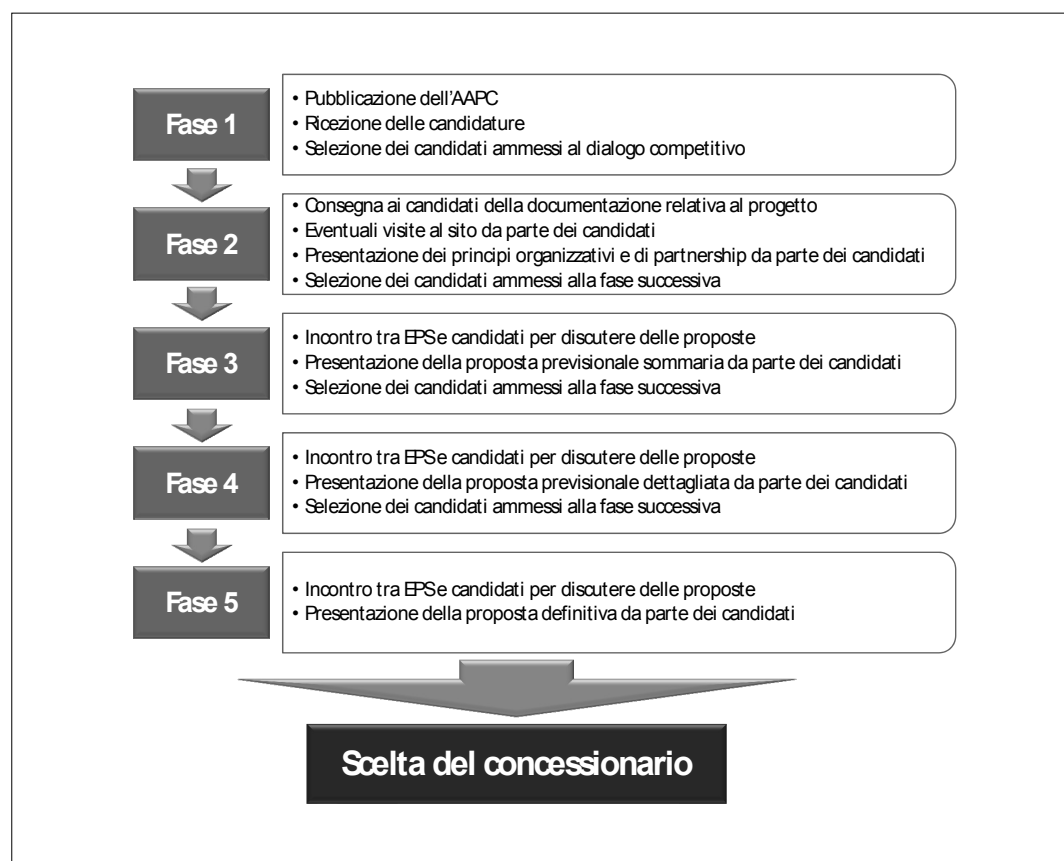


Figura 4
Processo del dialogo competitivo
Fonte: rielaborazione da MAINH (2005)

in BEH finora siano stati dichiarati complessi.

La procedura del dialogo competitivo¹⁸ (figura 4) lascia ampia libertà di gestione della stessa all'EPS, purché siano rispettati alcuni principi fondamentali (Delelis, 2007, MAPPP, 2007):

- uguaglianza e «oggettività»;
- trasparenza;
- rispetto dei segreti professionali e della proprietà intellettuale.

Gli obiettivi principali di questa procedura, sono:

- definire i mezzi tecnici e identificare le strutture giuridiche e finanziarie adatte a rispondere ai bisogni dell'EPS;
- definire precisamente la ripartizione dei rischi;
- discutere nel dettaglio le clausole giuridiche e finanziarie da inserire nel contratto finale;
- preparare delle proposte dettagliate sulla progettazione, costruzione manutenzione e gestione in grado di rispondere puntualmente ai bisogni dell'EPS.

3. Il modello francese di PF: aspetti finanziari

3.1. Modalità di remunerazione del privato

Il CP e il BEH prevedono che l'investimento realizzato dall'operatore privato venga remunerato con canoni corrisposti periodicamente durante la durata del contratto, che possono essere soggetti a penali nel caso di non raggiungimento degli obiettivi di performance stabiliti nel contratto¹⁹.

Nel BEH, come già detto, l'unica fonte che permette ai privati di rientrare dei costi sostenuti per la progettazione, la costruzione e la gestione dell'opera, sono i canoni periodici che iniziano ad essere pagati dall'amministrazione nel momento in cui l'opera viene resa disponibile. Nel caso del CP, ai canoni si aggiungono i ricavi che il privato riesce ad ottenere sfruttando economicamente un'opera a tariffazione diretta dell'utenza per un'attività di natura commerciale che non rappresenti l'attività caratteristica dell'EPS.

Il canone (*loyer*) corrisposto al partner privato, deve obbligatoriamente essere scomposto in tre parti, a pena di nullità del contratto²⁰: la remunerazione dei costi di costruzione, la remunerazione dei costi di fi-

Tabella 2

Confronto tra PF in Francia e in Italia

Dimensioni di analisi	PF modello francese	PF modello italiano
<i>Livello di proceduralizzazione</i>	Elevato, con focalizzazione sull'operazione di PF	Elevato, con focalizzazione solo sulla procedura a evidenza pubblica
<i>Valutazione di convenienza</i>	Disciplinata e condotta a livello centrale, per garantirne imparzialità e correttezza	Non disciplinata
<i>Task force centrali</i>	Presenti con ruolo di supporto e di <i>knowledge sharing</i>	Presente con ruolo molto debole e solo di tipo consultivo
<i>Modello di PF per investimenti sanitari</i>	Modello BLT, all'anglosassone, in cui il <i>leasing</i> si fonde con il PF	Nella sostanza modello BLT, disciplinato giuridicamente e fiscalmente in modo differente rispetto al <i>leasing</i>
<i>Struttura contrattuale</i>	Assenza di una società di progetto che potenzialmente potrebbe provocare una allocazione sub ottimale dei rischi	Presenza della società di progetto. Ma l'allocazione dei rischi è spesso sub ottimale a causa delle deboli competenze di valutazione e negoziazione
<i>Potere negoziale della stazione appaltante</i>	Elevato, grazie alla disponibilità di accurate valutazioni preliminari e del dialogo competitivo	Molto limitato, soprattutto per assenza di competenze di management

nanziamento e la remunerazione dei costi di funzionamento. I primi due sono remunerati con il *loyer immobilier*, il terzo con il *loyer services*; la somma dei due è detta *loyer globale* che è di fatto il canone che l'EPS corrisponde al privato. Questa scomposizione è ritenuta necessaria per permettere una agevole rimodulazione del *loyer services* in funzione del raggiungimento degli obiettivi di performance, inseriti obbligatoriamente nel contratto, tramite le già citate clausole relative agli obiettivi da raggiungere e alle modalità di controllo del loro raggiungimento.

Il *loyer immobilier* è invece fisso e su di esso possono incidere eventuali penali applicate nel caso in cui non sia garantita la piena disponibilità e fruibilità dell'opera realizzata alle condizioni stabilite contrattualmente. La performance del privato, in fase di costruzione, viene incentivata attraverso la corrispondenza dei canoni solo a partire dal momento in cui l'opera viene resa disponibile, secondo i criteri definiti nel contratto, fino al termine della durata del contratto stesso. È quindi interesse del privato rispettare i tempi di costruzione e la qualità negoziata, in maniera tale da godere del canone per un arco temporale maggiore²¹.

È necessario sottolineare che un canone così strutturato sposta il rischio di domanda interamente sull'amministrazione, non essendo prevista, di fatto, nessuna variabilità del canone rispetto alle prestazioni sanitarie effettuate.

Il canone può inoltre essere indicizzato per tener conto dell'inflazione e della perdita di valore reale del denaro. La MAINH suggerisce di indicizzare solamente il *loyer services*; il *loyer immobilier* dovrebbe essere escluso dall'indicizzazione in quanto:

- i costi di costruzione sono sostenuti in un arco temporale limitato;
- i costi del finanziamento (debito ed *equity*), sono già comprensivi del rischio di inflazione, inglobato nel tasso di interesse.

Una soluzione alternativa suggerita dalla MAINH, è quella di indicizzare il *loyer globale* a un tasso di inflazione limitato, inferiore all'inflazione programmata, seppure il ricorso a questa opzione debba essere attentamente valutato: se infatti permette un abbassamento del canone nei primi periodi,

esso può trasferire sull'EPS un eccessivo rischio di inflazione, che non appare coerente con la natura del PF, che prevede l'allocazione sull'operatore privato del maggior numero possibile di rischi che esso può gestire e mitigare (Vecchi, 2004).

3.2. Contabilizzazione degli oneri contrattuali

Un elemento importante da evidenziare è la modalità di contabilizzazione delle operazioni di PF, al fine di comprendere meglio alcune delle motivazioni per le quali le aziende sanitarie fanno ricorso a questi contratti. Il costo degli investimenti realizzati in PF viene trattato *on balance sheet* e quindi consolidato nel debito pubblico (Bergère, 2007). Questo significa che la scelta fatta dalla Francia è in piena antitesi rispetto a quelle fatte dal Regno Unito e dall'Italia, dove il PF risulta primariamente uno strumento per ridurre l'indebitamento pubblico e quindi per rispettare i limiti imposti dal patto di stabilità (Amatucci, Hellowell, Vecchi, 2008 e 2008c). Il trattamento *on balance sheet* è definito dal pieno rispetto delle indicazioni di Eurostat²² che considera una operazione di PF o di partnership *off balance sheet* solo quando il contratto trasferisce all'operatore privato almeno due dei seguenti tre rischi: quello di costruzione, quello di domanda e quello di performance (UTFP, 2004; Vecchi, 2008a). Nel modello francese il rischio di domanda è interamente sopportato dall'amministrazione, come, peraltro, in Italia e, parzialmente, nel Regno Unito (nei cui contratti la variabilità del canone è, in parte, agganciata anche al tasso di occupazione dei posti letto); il rischio di costruzione, invece, non è interamente trasferito in capo al privato, in quanto esso viene remunerato in base ai costi effettivamente sostenuti e non in base ai costi dichiarati in fase di offerta.

4. I punti di attenzione del modello francese

L'esperienza francese presenta alcuni elementi sostanziali che possono costituire un importante punto di riferimento per consolidare, nella pratica, modelli operativi e strumenti nell'applicazione del *project finance* agli investimenti sanitari italiani.

Di seguito si riprendono e si commentano alcuni degli elementi più importanti, facendo emergere le più rilevanti considerazioni di management e di *policy* dall'analisi precedentemente condotta, il cui taglio, più di carattere giuridico e istituzionale, nasce dal fatto che lo strumento in Francia è strettamente disciplinato da norme e regolamenti e che, ad oggi, nonostante gli innumerevoli tentativi effettuati dagli autori, non è possibile accedere alle esperienze realizzate (attraverso interviste agli EPS, analisi di piani economico e finanziari o di altri documenti quali i rapporti della MAINH sulle *évaluation préalable*).

Le considerazioni di seguito riportate sono frutto delle rielaborazioni effettuate dagli autori a seguito delle interviste condotte con gli esperti della MAINH nel periodo luglio 2007-febbraio 2008.

Innanzitutto il modello francese, come quello italiano, trova i suoi fondamenti nel diritto, in altre parole nelle norme che regolano l'istituto della concessione di costruzione e gestione (o del BEH e CP in Francia). Tuttavia, a differenza dell'Italia, si tratta di un quadro giuridico che disciplina non solo le modalità di selezione dell'operatore privato, ma investe l'intero piano di strutturazione di un processo di investimento: dagli studi preliminari fino al dialogo competitivo, all'aggiudicazione della gara e alla firma del contratto.

Inoltre, si tratta di un modello, che almeno nella sua fase iniziale, in cui è abbastanza naturale che manchino le adeguate competenze negli EPS, assegna un ruolo strategico (di guida) e operativo (di coinvolgimento nel processo di valutazione) alle *task force* centrali, la MAINH e la MAPPP, la cui funzione è duplice:

– da un lato, esse sono chiamate ad assicurare un corretto processo di valutazione, come garanzia di efficienza dell'operazione, sia nei confronti del Governo centrale e del Ministero della sanità, sia nei confronti degli EPS, su cui gravano i costi dell'operazione per l'intera durata del contratto;

– dall'altro, rivestono un ruolo «knowledge empowerment e sharing», vale a dire di creazione/sviluppo di competenze e di disseminazione di queste a livello locale, presso gli EPS, che sono chiamati a gestire le rela-

zioni con gli operatori privati durante la vita del contratto.

In particolare, queste *task force* accompagnano gli EPS nella strutturazione delle operazioni attraverso la messa a disposizione di *know how* specializzato, che viene diffuso attraverso la redazione di linee guida di dettaglio o attraverso «consulenze *ad hoc*» attivate su richiesta degli EPS stessi.

Inoltre, esse intervengono nella delicata fase di valutazione della convenienza dell'operazione, nella cosiddetta *évaluation préalable*. Si tratta di un passaggio importante e innovativo la cui applicazione è stata spesso raccomandata in Italia, specialmente da parte degli studiosi della materia (Vecchi, 2004; Amatucci, Germani, Vecchi, 2007; Barretta, 2005).

L'applicazione al modello francese cerca di superare i limiti che per il *Value for Money* sono stati riscontrati nel Regno Unito (Gaffney *et al.*, 1999b), ovvero la sua applicazione a livello locale, da parte dei Trust, spesso soggetta a manipolazioni al fine di giustificare la convenienza dell'operazione di finanza privata (*PFI - Private Finance Initiative*). Infatti, nel Regno Unito nessun investimento infrastrutturale è autorizzato se incide sul debito pubblico: questo significa che l'unica strada percorribile per realizzare nuovi investimenti è il PFI. Ma questi, per essere approvati dal Governo, devono dimostrare di essere più convenienti dell'opzione finanza pubblica. È evidente che in tale meccanismo esiste un forte incentivo a manipolare le analisi di *Value for Money* (atte a confrontare il costo dell'opzione PFI rispetto a quella di finanza pubblica) da parte dei Trust (Hellowell, 2008), proprio perché il PFI rappresenta «the only game in town» (Gaffney *et al.*, 1999a).

In Francia, invece, per garantire che l'*évaluation préalable* sia condotta in modo corretto, essa è effettuata a livello centrale. Questo, come scritto, rappresenta una garanzia sia per il Governo sia per l'EPS. Il fatto, poi, che essa sia effettuata da un gruppo di esperti sul tema garantisce che vengano inseriti alcuni elementi guida per la predisposizione delle offerte da parte degli operatori privati, le quali devono ovviamente essere migliorative rispetto ai costi dell'operazione e soprattutto al trasferimento dei rischi. Inoltre, l'accu-

tezza delle analisi condotte è finalizzata anche a migliorare il potere contrattuale degli EPS durante la fase di gara.

L'essenza e l'importanza di questa valutazione in Francia può essere ulteriormente apprezzata dal fatto che essa non ha lo scopo di «giustificare» una operazione che, a differenza dell'opzione della finanza pubblica tradizionale, non rappresenta debito per il Governo. Essa ha il solo obiettivo di verificare se realizzare l'investimento in PF sia effettivamente più conveniente, grazie anche a un effettivo trasferimento dei rischi che dovrà essere operazionalizzato nel contratto con gli operatori privati. Questa affermazione è sostenuta dalla considerazione che il PF in Francia ha trovato ampia diffusione indipendentemente dal fatto che esso rappresenti una operazione a debito in applicazione dei parametri di Eurostat.

Si tratta di un punto molto interessante sia per i risvolti che può avere in ambito accademico, sia per le implicazioni di *policy*.

Nel Regno Unito, in modo evidente e dichiarato (Gaffney *et al.*, 1999b; Shaoul *et al.*, 2004), e in Italia, mai esplicitamente dichiarato e in modo più debole – visto che nel nostro Paese il PF non rappresenta uno strumento di *policy* ma uno strumento di finanziamento (Amatucci, Germani, Vecchi, 2007) – la principale giustificazione all'introduzione del PF risiede nella possibilità di non consolidare nel debito nazionale gli investimenti, con evidenti vantaggi ai fini del rispetto dei limiti di indebitamento (per il Regno Unito fissato da Gordon Brown nel 1988 con il «sustainable investment rule» che stabilisce il 40% come l'ammontare massimo di debito su Pil).

Il potere negoziale, oltre a essere supportato dalla disponibilità di valutazioni *ex ante*, è rafforzato dalla possibilità di ricorrere al dialogo competitivo, opzione tra l'altro esercitata in tutte le procedure avviate. Esso è stato recentemente introdotto in Italia con l'approvazione, nell'agosto 2008, del terzo decreto correttivo al Codice degli appalti, che prevede tale possibilità al comma 16 lettera a) dell'art. 153, nell'ipotesi in cui sia necessaria la modifica del progetto preliminare del promotore. A quest'ultimo la nuova disposizione normativa garantisce, nuovamente, su scelta della stazione appaltante, il diritto di prelazione, ovvero, come

recita la norma al comma 15 lettera a) del novellato art. 153, «il diritto di essere preferito al migliore offerente individuato, ove il promotore prescelto intenda adeguare la propria offerta a quella ritenuta più vantaggiosa».

Un altro elemento da evidenziare rappresenta la natura dell'operazione. Anche in Francia, come nel Regno Unito, in Spagna e in Italia, il modello applicato prevede che una società privata realizzi e gestisca un'infrastruttura e i servizi non sanitari reputati affidabili al concessionario nell'ambito dell'operazione di *partnership*. In nessuno dei tre Paesi esteri sopra citati è nato il dibattito se sia più conveniente realizzare un *leasing* o un PF, come invece sta accadendo, nostro malgrado, in Italia. Come evidenziato da Amatucci, Hellowell e Vecchi, 2008 e da Vecchi 2008a, il modello è unico: PF e *leasing* si fondono per originare il cosiddetto PF a tariffazione sulla pubblica amministrazione.

A tal proposito va però evidenziata una debolezza del modello francese: esso non prevede nella pratica²³ la creazione della società di progetto. Questo può rappresentare un forte limite sia in termini di ottenimento di condizioni di finanziamenti competitive, sia in termini di rischiosità dell'operazione per l'EPS. Infatti, si ricorda qui che uno dei principali vantaggi del *project finance*, come strumento di finanziamento, è la possibilità di costituire la cosiddetta *Special Purpose Vehicle*, capace di isolare l'iniziativa, i suoi *cash flow* e i suoi rischi, da un punto di vista giuridico, economico, patrimoniale e tecnico (*ring fence*), dalle attività di impresa dei singoli promotori. La costituzione di una società *ad hoc* diventa elemento imprescindibile per realizzare una operazione di finanza di progetto, diversificandola da un tradizionale finanziamento d'impresa (*corporate*) (Esty, 2003). Grazie alla costituzione della società di progetto, le banche sono più propense a finanziare con una elevata quota di debito l'operazione (i PF sono infatti caratterizzati da una leva finanziaria molto elevata: il rapporto debito-*equity* può raggiungere anche il livello del 90%-95%), con evidenti vantaggi in termini di costo finanziario complessivo (misurato con il tasso *weighted average cost of capital*²⁴, Amatucci, Germani, Vecchi, 2007).

In relazione al possibile incremento del profilo di rischio dell'operazione, per l'EPS si evidenzia che, quando l'allocazione dei rischi non è chiaramente disciplinata tra la società di progetto e il concedente pubblico, esistono forti probabilità che le operazioni di PF possano rappresentare un veicolo che incrementa il profilo di rischio generale dell'azienda sanitaria coinvolta nell'operazione (Vecchi, 2008b). Il fatto, quindi, che non ci sia una segregazione dei rischi dell'operazione nella società di progetto può aumentare la probabilità di incremento del profilo di rischio dell'EPS coinvolto, come peraltro accade nel caso delle operazioni di *leasing* realizzate in Italia nel settore sanitario (Amatucci, Hellowell, Vecchi, 2008).

5. Conclusioni

L'analisi dell'esperienza francese ha chiaramente evidenziato la centralità del processo di valutazione, articolato in diverse fasi e condotto sia a livello locale, dall'EPS, sia a livello centrale, dalle *task force* nazionali.

Condurre un simile processo di valutazione *ex ante* significa essere in grado di compiere le scelte più adeguate, che non riguardano solo la convenienza del *project finance*, ma si estendono a elementi di dettaglio che permettono di migliorare la strutturazione dei progetti.

Va notato come questo processo di valutazione sia indipendente dalla procedura che si intende adottare e ne derivi che, anche nel caso in cui la scelta ricada sulla procedura «a iniziativa privata» (ex art. 153 Codice degli Appalti), non è più accettabile una posizione passiva della pubblica amministrazione in cui il governo di una operazione, i cui impatti possono perdurare per un periodo molto lungo, talvolta oltre i trenta anni, viene trasferito all'operatore privato.

Il *project finance* è uno strumento di finanziamento e non di privatizzazione, la titolarità della funzione rimane in capo alla amministrazione pubblica e questa titolarità deve essere esercitata pienamente attraverso la definizione puntuale delle caratteristiche del progetto e il monitoraggio del livello di servizi erogati. Molto spesso si è assistito a una non chiara definizione degli obiettivi da raggiungere e delle caratteristiche del progetto per una carenza di risorse pubbliche da

destinare alla valutazione *ex ante*: deve essere evidenziato come l'investimento in questa fase sia ampiamente ripagato da significativi risparmi nei costi dell'operazione e dai maggiori benefici per gli utenti finali.

I vantaggi di un forte coordinamento delle operazioni (Amatucci, Germani, Vecchi, 2007) possono essere ricondotti a:

- un maggior indirizzo dell'operatore privato nella predisposizione delle offerte tecniche ed economico finanziarie, da cui deriva una maggior confrontabilità delle proposte e uno snellimento dell'*iter* di selezione;
- una maggior *reputation* che si traduce in un allargamento dell'arena competitiva;
- una riduzione dei tempi da cui deriva un abbattimento dei costi di transazione²⁴;
- un maggior potere negoziale da cui deriva un maggior *value for money* dell'operazione.

È necessario pertanto che le amministrazioni e aziende pubbliche assumano un ruolo di *project manager* nella gestione delle operazioni di PF.

Esercitare un ruolo di *project management* significa saper orientare e guidare l'operatore privato attraverso la predisposizione di una chiara e dettagliata documentazione a base di gare. Tanto più dettagliate saranno le informazioni fornite (non solo contenute nei bandi o negli avvisi indicativi, ma anche in linee guida di supporto) relativamente alle caratteristiche tecniche, gestionali ed economico-finanziarie dell'operazione, tanto maggiore sarà la confrontabilità tra le offerte ricevute. La confrontabilità permette di ridurre o eliminare le incertezze circa la correttezza formale della procedura ad evidenza pubblica, che spesso è alla base dei suoi tempi eccessivamente lunghi.

In particolare, è utile segnalare come la definizione di criteri minimi relativi alle caratteristiche tecniche dell'infrastruttura e ai livelli qualitativi e quantitativi dei servizi da erogare sia funzionale non solo per orientare l'operatore privato nella predisposizione delle offerte ma anche nella valutazione della convenienza delle offerte economiche e finanziarie ricevute. Si tratta di elementi che sono funzionali anche alla definizione di livelli minimi di trasferimento dei rischi imposti dalla Decisione Eurostat 11/02/2004

sul trattamento contabile nei conti nazionali degli impatti sulla pubblica amministrazione, derivanti dalla stipula di contratti di *Public Private Partnership* che abbiano come oggetto prevalentemente la realizzazione di infrastrutture a tariffazione.

Da sottolineare è, inoltre, l'importanza di definire in sede di gara parametri utili alla predisposizione dei piani economici e finanziari. La confrontabilità delle offerte economiche è spesso un elemento molto critico, sia per una carenza di competenze di base in materia di analisi finanziaria (sia dal lato della pubblica amministrazione sia dal lato dei privati), sia per una eterogeneità dei parametri scelti e degli schemi predisposti dagli operatori.

La definizione di indicazioni precise in grado di guidare gli operatori privati migliora la reputazione, l'affidabilità dell'amministrazione e la trasparenza dell'iter di selezione.

Si tratta di stimoli importanti ai fini dell'allargamento dell'arena competitiva, che inducono gli operatori privati non locali, che non godono di legami informali con l'amministrazione, a partecipare al confronto competitivo, forti del valore aggiunto che sono in grado di esprimere grazie alle competenze ed esperienze maturate nel settore. È questo un elemento di rilevante importanza, anche in considerazione delle distorsioni alla procedura derivanti dall'attuale quadro normativo, specie in materia di *project finance* a iniziativa privata, in cui il diritto di prelazione (recentemente reintrodotta con il terzo decreto correttivo al codice degli appalti) al promotore ha allentato il confronto competitivo tra gli operatori a scapito della qualità e del *value for money* delle operazioni.

Gli elementi di miglioramento al *project finance* considerati si basano sulla capacità della pubblica amministrazione di condurre un adeguato processo di valutazione *ex ante* dal quale dipende la bontà, la correttezza e la convenienza dell'operazione. Si tratta di analisi che molto spesso richiedono competenze specifiche, non presenti all'interno delle pubbliche amministrazioni.

A tal proposito urge anche un ripensamento del ruolo delle *task force* nazionali e centrali e un maggior coordinamento tra queste, il Ministero, le Regioni e le aziende sanitarie in relazione alla programmazione e realizza-

zione degli investimenti (Amatucci, Germani, Vecchi, 2007).

Il passaggio da forme di finanziamento pubblico e gestione diretta dei servizi pubblici verso modelli di intervento «più leggero» richiedono lo sviluppo di competenze di *project management*, di valutazione e di coordinamento, che rappresentano quindi una nuova frontiera del processo di cambiamento in atto da oltre un decennio nella pubblica amministrazione italiana²⁶. Il trasferimento all'esterno delle funzioni di produzione non può portare ad una esternalizzazione anche delle funzioni di governo e di controllo, che richiedono dunque lo sviluppo di competenze specifiche e nuovi ambiti di investimento formativo.

L'analisi condotta e le considerazioni espresse in relazioni ai punti di attenzione del modello francese e alle lezioni che da esso si possono apprendere non sono purtroppo supportate da evidenze relative agli effettivi risultati conseguiti con l'applicazione del PF agli investimenti sanitari in Francia, in termini di tempi di realizzazione, di rischi effettivamente trasferiti, di efficienza del modello e di sostenibilità (impatto dei canoni sui bilanci degli EPS). La futura pubblicazione di questi dati potrà sicuramente rappresentare un importante elemento per migliorare e proseguire l'analisi qui condotta.

Note

1. Se il numero dei progetti avviati deriva da una fonte istituzionale, la MAINH - <http://www.mainh.sante.gouv.fr/> (cfr. infra), *task force* dedicata del Ministero della sanità francese, il valore d'investimento complessivo, che la MAINH non ha dichiarato, risulta da rielaborazioni degli autori dal rapporto *DLA Piper 2007* sul mercato delle *Public Private Partnership* in Europa.
2. Fonte: MAINH (dati aggiornati al 1° luglio 2008).
3. La spesa media annua in conto capitale degli ospedali francesi era stata in media di € 2,7 miliardi nel biennio 2001-2002 (1,6 miliardi per la manutenzione e 1,1 miliardi per i nuovi investimenti) (MAINH, 2006); a queste risorse, il *Plan* ha aggiunto un ulteriore stanziamento di € 1,2 miliardi annui supplementari per i nuovi investimenti (il totale dei fondi messi a disposizione è stato di € 6 miliardi per il quinquennio 2003-2007). Il *Plan* è stato inoltre finanziato anche grazie a una linea di credito concessa dalla BEI, che ha finanziato progetti per circa 1,5 miliardi di euro rilasciati in varie *tranche*.
4. Il BEH sarà introdotto di fatto tramite l'ordinanza n. 2003-850 del 4 settembre 2003.
5. Ordinanza n. 2004-559 del 17 giugno 2004.

6. In base all'articolo L. 451-1 del *Code Rural*, il contratto di BEH ha una durata compresa tra i 18 e i 99 anni. La durata del contratto di CP è definita in funzione della durata dell'ammortamento degli investimenti, senza limiti temporali massimi e minimi.
 7. Anche in Italia la norma (il Codice degli appalti ora e la Legge Merloni prima) non rende obbligatoria la costituzione della società di progetto, ma nella prassi, grazie al pieno recepimento delle raccomandazioni teoriche basate sull'esperienza internazionale, tutte le operazioni avviate ne hanno previsto la costituzione.
 8. In Italia, invece, l'obbligo o la possibilità di costituire la società di progetto è stabilito nel bando di gara o nell'avviso.
 9. È difficilmente immaginabile, infatti, che un progetto molto complesso, per cui siano richieste diverse professionalità, sia affidato ad una singola società.
 10. Il Consiglio costituzionale francese, svolge lo stesso ruolo di garanzia di costituzionalità della Corte costituzionale italiana.
 11. Al fine di presentare le caratteristiche principali del modello di PF francese, si analizza il contratto di BEH, che rappresenta, come scritto, lo strumento più utilizzato. Esse sono tratte dalla *Guide BEH* di Febbraio 2005 del MAINH e, almeno negli aspetti principali, possono essere ritenute valide anche il *Contrats de Partenariat*.
 12. Per sottolineare le peculiarità degli aspetti finanziari del caso francese, considerata la loro importanza nel *Project Finance*, tali aspetti saranno trattati in un paragrafo a parte.
 13. Art. L.6148-2 *Code de Santé Publique*.
 14. È importante ricordare che la caratteristica *foncière* è tipica del BEH e non si applica obbligatoriamente ai CP, come spiegato nel paragrafo 3. Attraverso questo primo elemento, l'EPS mette a disposizione del partner privato i terreni necessari all'attuazione del progetto (una sorta di diritto di superficie) e riceve in cambio dei canoni (solitamente puramente simbolici).
 15. Il concessionario può decidere se occuparsi direttamente della costruzione stessa e dei servizi, oppure subappaltarla ad altri soggetti. In questo caso è necessario che l'EPS sia a conoscenza delle tempistiche richieste, del sistema di controllo e delle penalità, per valutare la capacità del partner privato di mantenere gli impegni presi nel contratto di BEH.
 16. Considerando 31, Direttiva 2004/18/CE del 31 marzo 2004.
 17. Art. 1, paragrafo 11, lettera d), Direttiva 2004/18/CE del 31 marzo 2004. Tale direttiva è stata recepita in Francia nell'articolo 5 dell'ordinanza n. 2004-559.
 18. La procedura del dialogo competitivo, così come descritta nelle linee guida ufficiali (MAINH, 2005), inizia con la pubblicazione di un bando di gara (*Avis d'Appel Public à la Concurrence - AAPC*), in cui l'EPS definisce precisamente l'oggetto del progetto e i criteri di selezione delle candidature o le regole oggettive e non discriminatorie che intende utilizzare. Nel caso del BEH ci sono due criteri obbligatori di selezione:
 - gli obiettivi di performance definiti in funzione dell'oggetto del contratto;
 - il costo globale dell'offerta.
- L'EPS può aggiungere altri criteri di selezione, quali, ad esempio, la qualità funzionale del progetto, la qualità del progetto architettonico ecc.
- La pubblicazione dell'AAPC è accompagnata dalla pubblicazione di un documento che riassume le caratteristiche e le finalità del progetto d'investimento e le modalità di candidatura. Sulla base di questo documento gli operatori privati presentano le loro candidature. Una volta selezionati i candidati da ammettere al dialogo competitivo, l'EPS fornisce loro gli elementi necessari alla preparazione della bozza di proposta. Questi elementi sono contenuti in un dossier del dialogo nel quale sono indicati:
- il regolamento della procedura del dialogo competitivo;
 - la bozza del contratto di BEH;
 - il programma funzionale;
 - una proposta di matrice dei rischi.
- Solo dopo la ricezione del dossier, i candidati hanno la possibilità di visitare il sito. A seguito della visita, questi dovranno fornire una proposta preliminare all'EPS, che la valuta e la discute con il candidato. Dopo aver discusso con ogni singolo candidato le proposte, l'EPS può decidere di eliminare uno o più candidati per poi passare alla fase successiva. Questa procedura si ripete per ogni fase del dialogo che porta i candidati a fornire proposte sempre più dettagliate (chiamate, nell'ordine, principi organizzativi e di partnership, proposta previsionale sommaria, proposta previsionale dettagliata), fino a raggiungere la definizione della proposta finale, in base alla quale l'EPS sceglie il candidato a cui affidare la concessione di BEH.
19. I sistemi di controllo e le penali sono elementi obbligatori, a pena di nullità, dei contratti di BEH (articolo L.6148-5-3 del *Code de Santé Publique*) e dei contratti di CP (articolo 11, ordonnance n. 2004-559).
 20. Questa scomposizione è elemento obbligatorio del contratto sia nel caso del BEH articolo L.6148-5-3 del *Code de Santé Publique* che nel caso del CP (articolo 11, ordonnance n. 2004-559).
 21. In Francia, quindi, secondo le linee guida ufficiali, la durata della concessione è definita in modo globale e non è suddivisa nei tempi necessari alla costruzione e in quelli necessari alla gestione, come, invece, spesso accade in Italia (Amatucci, Germani, Vecchi, 2007). Tuttavia, un recente studio della MAINH (MAINH, 2007) su un campione di 10 progetti, mette in evidenza che spesso questa raccomandazione è stata disattesa, e in diversi casi sono state definite separatamente la durata della costruzione e la durata della gestione.
 22. Decisione Eurostat, 11 febbraio 2004 «Treatment of Public-Private Partnerships».
 23. Come scritto, anche nel quadro giuridico italiano la creazione della società di progetto non è un obbligo, ma nella pratica tutte le operazioni realizzate, seguendo le principali raccomandazioni (tra cui si ricorda la prima, Amatucci, 2002), hanno previsto la costituzione della società di progetto.
 24. Il WACC è il costo medio ponderato del capitale investito (*weighted average cost of capital*) la cui formula è la seguente: $(D/D+E)*kd*(1-T)+(E/E+D)*ke$, dove D sta per ammontare del capitale di Debito, E per ammontare di capitale di Rischio, kd è

- il costo del capitale di debito e ke è la remunerazione attesa sul capitale di rischio e T è l'aliquota fiscale media che permette di calcolare attraverso il fattore (1-T) il beneficio fiscale.
25. Le amministrazioni pubbliche giocano un ruolo strategico nel presidio nei costi di transazione, che possono limitare i vantaggi e la convenienza del *project finance* rispetto ad altre strutture finanziarie. Klein *et al.* (1996): «[transaction] costs are usually about 3 or 5 percent in well developed policy environments, while they may be 10 to 12 percent in pioneering projects».
26. Un importante segnale sul valore della valutazione e sul ruolo della pubblica amministrazione come coordinatore di *public private partnership* deriva dalla nuova iniziativa promossa dall'Unione Europea e dalla BEI a supporto del nuovo ciclo di programmazione dei fondi strutturali: JASPERS (*Joint Assistance to Support Projects in European Regions*). Si tratta di una iniziativa che offre un supporto tecnico finalizzato alla predisposizione di progetti infrastrutturali di qualità al fine di agevolare l'iter di valutazione e di erogazione del finanziamento strutturale ed eventualmente, a cascata, di altri finanziamenti bancari.

B I B L I O G R A F I A

- AMATUCCI F. (2002), *Il Project Finance nelle aziende pubbliche*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., GERMANI A., VECCHI V., (2007), «Il Project Finance in sanità: un'analisi delle caratteristiche economico e finanziarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., HELLOWELL M., VECCHI V. (2008), «Il project finance: quali lezioni dalle esperienze internazionali?» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- BARRETTA A. (2005), «Valutazione preventiva delle iniziative di project financing in sanità e salvaguardia degli interessi collettivi», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 56, pp. 125-139.
- BAYARD S. (2007), «Les partenariats public-privé. Un nouveau mode de la commande publique», *La Revue du Trésor*, 3-4, pp. 294-296.
- BERGÈRE F. (2007), «PPP et comptabilisation des engagements», *La Revue du Trésor*, 3-4, pp. 255-257.
- BEZANÇON X. (2007), «Les contrats de partenariat: est-ce vraiment nouveau?» *La revue du trésor*, 3-4, pp. 195-198.
- DELELIS P. (2007), «Le dialogue compétitif», *La revue du trésor*, 3-4, pp. 279-286.
- DU MARAIS B. (2007), «La genèse des contrats de partenariat du point de vue des innovations apportées par l'ordonnance du 17 Juin 2004», *La Revue du trésor*, 3-4, pp. 199-204.
- ESTY B. (2003), *The economic motivation of using project finance*, Harvard Business School, Boston.
- GAFFNEY D., POLLOCK A., PRICE D., SHAOUL J. (1999 a), «NHS capital expenditure and the private finance initiative: expansion or contraction?», *British medical journal*, 319, pp. 48-51.
- GAFFNEY G., POLLOCK A., PRICE D., SHAOUL J. (1999b), «PFI in the NHS - is there an economic case?» *British Medical Journal*, 319, pp. 116-119.
- KLEIN M., SO J., SHIN B. (1996), *Transaction cost in private infrastructure - Are they so high?*, World Bank working paper.
- HELLOWELL M. (2008), «Il project finance e la sua applicazione al settore sanitario: le principali esperienze europee. Il Regno Unito», in V. Vecchi (a cura di), *Il project finance per gli investimenti pubblici: profili di convenienza e applicazioni al settore sanitario*, Egea, Milano.
- LE TAILLANDIER V. (2007), «Le Partenariat Public-Privé à l'Hopital: quelques singularités», *La Revue du trésor*, 3-4, pp. 352-353.
- LINOTTE D., PISSALOUX J. (2007), «Sur un nouveau contrat administratif: le contrat de partenariat de l'ordonnance du 17 Juin 2004», *La revue du trésor*, 3-4, pp. 208-217.
- LYONNET DU MOUTIER M. (2006), *Financement sur projet et partenariats public-privé*, EMS, Parigi.
- MAINH (2005), *Le Guide B.E.H. - Le Guide du Bail Emphytéotique Hospitalier, un outil global et innovant au service de l'investissement hospitalier*, MAINH, Paris.
- MAINH (2006), *Rapport d'activité 2005*, MAINH, Paris.
- MAINH (2007), *Le Partenariat Public-Privé Hospitalier, une première évaluation*, MAINH, Paris.
- MAPPP (2007), *Charte Du Dialogue Compétitif*, MAINH, Paris.
- MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (2006), *Les contrats de partenariat: principes et méthodes*, Paris.
- SHAOUL J., EDWARDS P., STAFFORD A. (2004), *Evaluating the operation of PFI in roads and hospital*, ACCA.
- UTFP (2004), *Partenariato Pubblico-Privato per la realizzazione di opere pubbliche: impatto sulla contabilità nazionale e sul debito pubblico*, UTFP, Roma.
- VECCHI V. (2004), «Investimenti pubblici: project finance o finanza tradizionale?», *Economia & Management*, 5.
- VECCHI V. (2008a), *Il project finance per gli investimenti pubblici, profili di convenienza e sostenibilità e applicazioni al settore sanitario*, Egea, Milano.
- VECCHI V. (2008b), «Il Project finance e gli impatti sul profilo di rischio generale dell'azienda sanitaria», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 65.
- VECCHI V. (2008c), «Project finance e investimenti sanitari: chi guadagna?», *Economia & Management*, 5.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Livelli essenziali di informazione per i Piani di rientro: un programma strategico per la Regione Abruzzo

F. CARINCI, S. MARTINES, V. DI CANDIA, C. ODIO, T. DI CORCIA, T.E. PERSICO, A. MENNA, L. MANZOLI, M. ALESSANDRINI, D. TRIGLIOZZI, F. D'ATRI, A. MURGANÒ

Governance of the highly decentralised Italian Health System is based upon the provision of «Essential Levels of Care» to all citizens. Regions must organize own services preserving at the same time efficiency and equity, but the planning capacity is heterogeneously distributed across the country, as well as the ability to achieve «Essential Levels of Information» for routine monitoring. Regione Abruzzo, currently involved in a special program for cost containment, has established an interinstitutional group to build a targeted health information system. Results include an agreed specification of common priorities, privacy-protective rules for data harmonisation, information exchange and statistical analysis, and a roadmap for action by policy makers. The approach can be usefully applied to overcome organizational barriers typical of decentralisation.

Keywords: Health Information Systems, regional health policy, decentralisation

Parole chiave: Sistemi informativi sanitari, politiche sanitarie regionali, decentralizzazione

Note sugli autori

Fabrizio Carinci, Simona Martines, Vito Di Candia, Tiziana Di Corcia, Angelo Menna e Lamberto Manzoli, Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo
Camillo Odio, Tony Ernesto Persico, Mariapia Alessandrini, Demetrio Trigliozi, Francesco D'Atri e Adriano Murgano, Direzione Sanità Regione Abruzzo

1. Introduzione

Il raggiungimento dei parametri fondamentali per l'equilibrio dei sistemi sanitari regionali viene stabilito da un insieme di regole e garanzie per la salute determinato centralmente dalla fornitura dei cosiddetti «Livelli essenziali di assistenza» (LEA).

I target epidemiologici ed economici ad essi connessi possono essere adeguatamente controllati attraverso un sistema complesso di dati e flussi, debitamente organizzati e collegati in maniera sicura a strumenti analitici per il supporto alle decisioni programmatiche.

I Piani di rientro (PdR) introdotti nel settembre 2006 con la stipula del «Patto per la salute» Ministero della salute (2006), siglato da Ministero della salute, Ministero dell'economia, Regioni e Province autonome, hanno imposto alle Amministrazioni regionali di Abruzzo, Campania, Sicilia, Lazio, Liguria, e Molise una serie di adempimenti che implicano elevate capacità di monitoraggio e di rendicontazione delle prestazioni socio-sanitarie erogate su tutto il territorio.

Evidentemente, le Regioni impegnate nell'azzeramento del disavanzo storico sono anche quelle che necessitano di un maggiore sforzo di rinnovamento nel settore della programmazione sanitaria, che quindi si trovano a fronteggiare, proprio nell'occorrenza del PdR, una difficile azione di cambiamento strutturale gravata da compiti istituzionali incombenti e tecnicamente impegnativi.

A partire dalla Finanziaria 2007, l'azione degli Assessorati e degli enti tecnici correlati (in particolare delle Agenzie sanitarie ove attivate) è stata sottoposta costantemente al vaglio dei tecnici del Ministero della salute

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Obiettivi
3. Materiali e metodi
4. Risultati
5. Discussione
6. Conclusioni

e dell'economia. L'oggetto della valutazione nella maggior parte dei casi è consistito nella verifica dei parametri amministrativi, economici, ed organizzativi deliberati dagli atti di programmazione opportunamente predisposti.

Tra i vari aspetti infrastrutturali oggetto di specifica attenzione nei PdR, figura l'organizzazione dei flussi informativi, il cui livello di qualità e grado di completezza sono strettamente associati alla capacità degli apparati regionali di programmare e monitorare adeguatamente gli obiettivi prefissati.

In questo contesto, uno degli aspetti più controversi consiste nell'assenza di precise linee guida atte a garantire la operatività di un sistema di monitoraggio uniforme nelle varie regioni. La definizione dei cosiddetti «Livelli essenziali di informazione» (Ministero della salute, 2005) (LEI) introdotti dal Progetto Mattoni non ha prodotto una chiara e realistica strategia di implementazione per lo sviluppo rapido della qualità dei sistemi informativi, sempre più necessari ovunque, ma soprattutto nelle Regioni italiane sottoposte al risanamento del deficit.

Quali sono i criteri minimi per il collegamento dei dati e la loro analisi incrociata? Di quali strumenti si devono dotare le regioni per garantire uno standard tecnico uniforme nella costruzione dei rapporti e degli atti programmatici? Quali sono i prodotti minimi necessari (*set* di indicatori, schema di rapporti, ecc.) richiesti dal Ministero per valutare l'effettiva convergenza tra programmazione ed implementazione delle norme deliberate?

La capacità di produrre evidenza circa un obiettivo rientro nei parametri prefissati non può chiaramente esulare dalla definizione dei LEI in maniera puntuale e mirata a realizzare valutazioni di qualità e di esito in maniera standardizzata su tutto il territorio.

Risulta evidente che i LEI debbano configurarsi quale riferimento di alto livello, complesso e multidimensionale, per rappresentare davvero quelle fondamenta stabili in grado di supportare la *governance* dei sistemi sanitari decentrati.

Nel tentativo di dare una risposta collegiale a tali interrogativi, onde avviare la costruzione di un sistema informativo sanitario maggiormente coerente, la Regione Abruzzo, rappresentata dal personale interessato ai flussi informativi della Direzione sanità e

dell'Agenzia sanitaria regionale, ha costituito nel 2007 il «Gruppo di lavoro per l'armonizzazione dei *database*» (G.L.A.D.).

Nell'intraprendere questa iniziativa, si è scelto il termine «armonizzazione» per sottolineare l'esigenza della definizione di un sistema di controlli complessi, tali da consentire di seguire il cittadino nei vari passaggi che segnano l'incontro tra un bisogno di salute ed il servizio offerto dal sistema sanitario regionale.

Il Gruppo ha convenuto che la «armonizzazione» rappresentasse un aspetto fondamentale per l'attivazione di un meccanismo virtuoso di lungo termine, ben oltre le necessarie e stringenti contingenze economiche previste dal PdR.

In questo articolo si descrive l'esperienza del G.L.A.D., a partire dalla definizione degli obiettivi, presentando quindi i risultati ottenuti e le raccomandazioni finali emerse dall'attività annuale.

2. Obiettivi

La costituzione del G.L.A.D. è stata ispirata dalla necessità di raggiungere come obiettivo primario l'allestimento di un database unico di riferimento quale infrastruttura necessaria per la realizzazione di una reportistica sanitaria e socio-sanitaria regionale.

Tale *database*, o *data-warehouse minimo per la programmazione sanitaria regionale* (inclusivo di funzionalità epidemiologiche ed economiche), si intende caratterizzato dalle seguenti proprietà:

- sistema unico e relazionale;
- in grado di assicurare un'uniforme ed elevata qualità dei dati;
- condiviso da tutti i livelli operativi;
- accessibile ed utilizzabile nel più breve tempo possibile.

Al fine di realizzare tale obiettivo generale, i tecnici della Direzione sanità e della Agenzia sanitaria regionale hanno identificato una serie di obiettivi specifici, da realizzare attraverso metodi opportuni con un minimo costo operativo:

1) *censimento dei flussi informativi e delle basi di dati*, rappresentabile tramite diagramma di flusso con relativa scheda informativa

comprendente sorgenti, gestori, manutentori ed acquirenti dei dati, nonché relativo formato disponibile e tracciato per singolo flusso informatizzato;

2) individuazione dell'*insieme minimo necessario* di campi e forme relazionali (*minimum data-warehouse*) necessari a costituire un database condiviso, con ulteriore specificazione di tutte le procedure di *data linkage* necessarie e delle specifiche delle analisi statistiche correlate;

3) identificazione e sperimentazione di *approcci di best practice* nell'uso dei dati regionali, in particolare nei controlli di qualità e di coerenza dei flussi (singoli/incrociati);

4) identificazione e sperimentazione di meccanismi efficienti per la *tutela della privacy* (deidentificazione, pseudoanonimizzazione), in un contesto di ampia condivisione dei dati a livello di istituzioni regionali;

5) definizione dell'architettura per l'*accesso concomitante* al *data-warehouse*;

6) definizione ed applicazione di tutte le *procedure di controllo e di coerenza* da effettuarsi per il controllo di qualità dei singoli flussi e dell'intero *data-warehouse*;

7) realizzazione del *dizionario dei dati* del *data-warehouse*, comprendente tutti i forma-

ti di codifica alla base dei *dataset* incrociati, le variabili derivate e gli indicatori obiettivo impiegati nelle reportistiche collegate.

Al fine di supportare la propria azione, si è convenuto di dover perseguire in maniera sistematica la disseminazione delle conoscenze, programmando opportune attività ed incontri tematici attraverso:

a) seminari formativi interdipartimentali per la condivisione delle conoscenze;

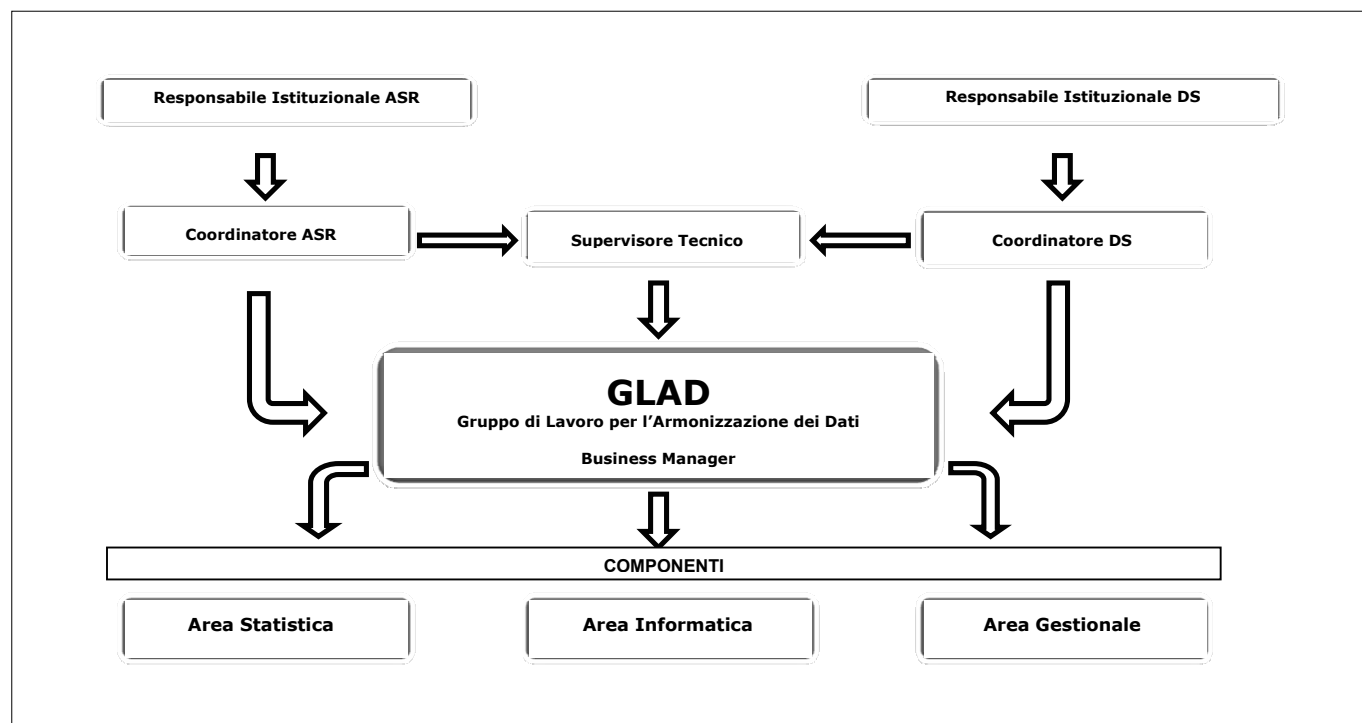
b) incontri con gruppi professionali regionali deputati alla raccolta, al controllo, ed all'utilizzo dei dati relativi ai singoli flussi.

3. Materiali e metodi

Il Gruppo si è costituito come Gruppo di lavoro tra referenti tecnici interessati della Direzione sanità e dell'Agenzia sanitaria regionale, nel novembre 2007.

Il G.L.A.D. ha formalizzato obiettivi e contenuti dell'attività tramite apposito atto deliberativo, riportante l'organigramma G.L.A.D. (**figura 1**), successivamente emendato ed emanato con apposita determina dalla Direzione sanità in data 14 marzo 2008.

Figura 1
Organigramma del GLAD



Come mostrato nel diagramma, il Gruppo è stato coordinato da un supervisore esperto indipendente che ha il compito di operare al centro di un *Management Board* così formato:

– *Responsabili istituzionali* dei due enti Direzione sanità ed Agenzia sanitaria regionale, incaricati di concordare e proporre le direzioni principali, controllando il corretto svolgimento del lavoro ed indicando eventuali azioni correttive;

– *Coordinatori*, rappresentati da referenti del Servizio controllo mobilità e flussi della Direzione sanità e del Controllo di gestione dell'Agenzia sanitaria regionale, che si occupano di verificare l'effettiva rispondenza degli ordini del giorno e delle procedure alle effettive esigenze degli enti stessi, informando in maniera sintetica i Responsabili istituzionali (con un rapporto semestrale);

– *Supervisore tecnico*, avente il compito di fissare le procedure ed assicurare il corretto svolgimento delle operazioni, stabilendo le riunioni periodiche e straordinarie con relativo ordine del giorno (concordato con i Coordinatori) ed opportuna verbalizzazione;

– *Business manager*, con il compito di supportare il Gruppo in tutte le operazioni, inclusa la organizzazione dei *meeting* e relativa verbalizzazione, nonché la raccolta e la sintesi di tutti i materiali prodotti.

Il G.L.A.D. è formato quindi da una quindicina di *componenti*, afferenti ai due enti sopra citati, con *background* tecnico specializzato nell'analisi di dati e nei sistemi informativi. Per una maggiore efficienza di relazioni, i componenti sono stati suddivisi nelle aree di statistica, informatica, e gestionale.

L'attività del Gruppo è stata orientata fin dal primo momento alla creazione di un sistema condiviso e sostenibile, tale da consentire di estrarre velocemente risultati certi e riproducibili da parte di una rete di istituzioni regionali messe in collegamento permanente.

Nel corso del periodo 2007-2008, i componenti del G.L.A.D. hanno concertato il lavoro del Gruppo attraverso riunioni fissate mediamente ogni tre settimane, inclusive di incontri di approfondimento su temi specifici.

4. Risultati

Nel periodo novembre 2007-settembre 2008, il G.L.A.D. ha organizzato un totale di 15 riunioni, con una presenza media di circa 10 partecipanti, provenienti da entrambe le Direzioni interessate. All'interno delle riunioni sono stati ospitati 2 seminari sui *database* sanitari (farmaceutica e specialistica) ai quali è seguita una discussione sull'argomento trattato, ed una riunione con un esperto del sistema SOGEI-TS. Al fine di avviare un rapporto di confronto e collaborazione con realtà di eccellenza nel settore dei sistemi informativi, sono state inoltre organizzate due trasferte a Perugia e Terni (Convegno C.A.R.D.), per incontrare esperti della Regione Umbria nel campo del Controllo di gestione e di Qualità dei flussi, e dell'Analisi degli esiti di salute.

Relativamente ai risultati ottenuti, il G.L.A.D. ha messo a punto i seguenti prodotti:

– Atti:

1) Determina di costituzione del GLAD (14 marzo 2008),

2) Proposta di convenzione con l'Umbria per lo scambio di buone pratiche nell'uso dei dati sanitari, inviata all'Assessore alla sanità dell'Umbria (23 aprile 2008);

– Piano strategico GLAD 2008;

– Censimento GLAD dei flussi sanitari 2008;

– Questionario per la verifica dello stato dell'arte dei flussi *file D* in Abruzzo;

– Programma indicativo Convegno nazionale GLAD 2009, con annesso questionario per indagine conoscitiva su gestione flussi nelle regioni italiane;

– Revisione delle procedure di controllo di qualità dei dati sanitari regionali, con particolare riferimento agli archivi farmaceutica e specialistica;

– Proposta GLAD di riordino gestione flussi;

– Progetto *data repository* congiunto Agenzia-Direzione sanità;

– Progettazione *web homepage* G.L.A.D.

Ognuno di questi prodotti è stato realizzato al fine di rispondere agli obiettivi specifici precedentemente identificati, per fornire gli elementi essenziali per la realizzazione di

strumenti ed azioni finalizzate ad un pieno utilizzo delle basi informative.

5. Discussione

Compito primario del Ministero della salute e delle Regioni italiane, secondo quanto specificato nel «Patto per la Salute», è garantire un'adeguata copertura dei LEA.

Attraverso di essi, il Sistema sanitario nazionale nel suo insieme si impegna ad offrire una programmazione e una composizione dei servizi tale da consentire il pieno soddisfacimento dei bisogni di salute per tutta la cittadinanza, rispondendo quindi in maniera mirata alle principali priorità del territorio servito.

Tali obiettivi naturalmente dovrebbero essere raggiunti garantendo un livello di qualità del servizio elevato e uniforme a livello nazionale, verificando la rispondenza e la sicurezza dei processi e degli esiti finali.

L'assolvimento dei compiti sopra descritti, ribadita organizzativamente dal Ministero della salute attraverso la costituzione del SIVEAS (Ministero della Salute, 2008), richiede la sussistenza di tre condizioni tecniche fondamentali dalle quali non si può prescindere per una corretta programmazione:

- preparazione di linee guida su metodi e procedure per il monitoraggio;
- disponibilità di capacità analitiche di alto livello in campo statistico ed epidemiologico;
- organizzazione di dati comparabili e di qualità accertata.

Il «Patto per la Salute» e i PdR ad esso collegati appaiono essere strutturalmente deboli proprio a causa dell'assenza di direttive precise in merito ai tre punti di cui sopra. Tale carenza si associa ad una predominanza della componente economica su quella clinica, che pure è alla base di importanti principi quali la *clinical governance*, evocata come modello organizzativo sia dal Ministero della salute che dalle Regioni considerate «virtuose» (DVSS, 2007).

Indiscutibilmente, in molti casi, per le Regioni italiane si riscontrano differenze di efficienza macroscopiche, ma è proprio in questa fase di ristrutturazione verso un si-

stema economicamente più robusto che l'acquisizione di strumenti oggettivi per un monitoraggio più fine degli interventi assume maggior significato.

La ricerca sui servizi sanitari (Donabedian, 1966) ha reso evidente ai *policy maker* che solo attraverso una sistematica rappresentazione del profilo clinico-demografico, e quindi del carico economico relativo a categorie specifiche di soggetti con una comune condizione di salute, è possibile individuare e ridurre le eventuali aree di sub-ottimalità, che si traducono poi in esiti mediamente insoddisfacenti, sia in termini di salute che economici.

Sulla base di questi principi, ogni Servizio sanitario regionale dovrebbe essere organizzato in maniera bilanciata, ovvero in maniera tale da garantire l'uso dei dati in senso analitico, essendo questi organizzati per valutare il grado di soddisfacimento dei bisogni e la qualità dei servizi.

Nell'organizzare i dati sanitari non ci si può pertanto limitare ad elaborare le semplici somme dei servizi prestati – procedura spesso alla base di molti rapporti finanziari – ma occorre tenere conto dei denominatori di popolazione, della loro composizione, e delle possibili distorsioni indotte da interpretazioni «certe» in condizioni di incertezza.

Per questo motivo, le analisi valutative si basano su molte variabili di contesto (*case-mix* individuale, di struttura, di area geografica), il cui peso va giustamente considerato nella stima degli intervalli di confidenza (AHRQ, 2007; U.S. Department of Health and Human Services, 2005).

La gestione dei flussi informativi per il monitoraggio del Sistema sanitario regionale implica, quindi, l'adozione di principi avanzati di carattere multidimensionale: non è il semplice archivio individuale ad essere oggetto di attenzione, bensì la sua validità a livello di molti archivi simultaneamente.

I flussi sanitari, per essere qualitativamente in linea con le necessità analitiche previste dai PdR (e quindi capaci di orientare scelte corrette), devono garantire (Martens *et al.*, 2008; Finlayson *et al.*, 2007):

- a) validità a livello del singolo individuo (identificativo valido collegato all'anagrafe assistiti e al profilo del paziente) (Kelman, Bass, Holman, 2002);

b) capacità di tracciare, per lo stesso individuo, la massima parte di servizi forniti e di esiti di salute riscontrati (collegamento tra più archivi, qualità della cura e sicurezza) (Hall, Holman *et al.*, 2005);

c) copertura e qualità costante nel tempo (analisi longitudinale) (Roos *et al.*, 2001).

Come si potrà facilmente intuire, si tratta di condizioni estremamente difficili da riscontrare in un momento di difficoltà delle Regioni, in una fase di transizione generale verso una organizzazione marcatamente decentrata che impone livelli minimi di carattere infrastrutturale.

Paradossalmente, la situazione rischia di essere ulteriormente appesantita dalle crescenti potenzialità delle tecnologie informatiche. A partire dal progetto Mattoni (Ministero della Salute, 2004) recentemente conclusosi, infatti, si è aperta una fase nazionale in cui i flussi sanitari richiesti si sono progressivamente moltiplicati, a fronte di una riduzione degli investimenti nel campo delle nuove risorse, soprattutto umane, da dedicare a tali sviluppi. Tutto ciò rischia di incidere sulla effettiva qualità dei dati e sul grado di completezza delle informazioni.

Il caso della Regione Abruzzo (Regione Abruzzo, 2008a) riassume molte delle criticità di cui sopra.

Sul piano organizzativo, si aggiunge a tutto questo l'ulteriore sfida sul piano delle competenze istituzionali.

Secondo quanto stabilito dal Piano sanitario regionale della Regione Abruzzo 2008-2010 recentemente approvato (Regione Abruzzo, 2008b), infatti (come in altre Regioni italiane) le competenze sui flussi risultano assegnate, a seconda dei casi, al Servizio gestione flussi informativi della Direzione sanità, e alla Agenzia sanitaria regionale, che con tale atto assume anche le funzioni di Osservatorio epidemiologico.

Ne discende, quindi, la possibilità che, a seconda degli archivi attivati, tali enti possano essere a volte gestori, a volte acquisitori di dati, senza che sia prevista una procedura automatica di scambio delle informazioni, tale da evitare il rischio di confusioni ed eterogeneità nella disponibilità dei dati stessi.

La discrasia che ne consegue non è un fenomeno sorprendente se guardiamo ad una tematica ben nota a livello nazionale del rap-

porto Agenzie-Assessorati. L'istituzione di Agenzie sanitarie in molte Regioni ha dato luogo in molti casi a processi di contrapposizione e a contrasti di interesse (Lega, Perri, 2002) che inevitabilmente si sono tradotti più volte in uno scambio condizionato delle conoscenze.

La scarsità di studi in materia, anche sul piano qualitativo, non ci illumina però sul possibile impatto di questa divisione di competenze sulla qualità e sull'uso efficiente dei dati sanitari.

Nel caso della Regione Abruzzo, l'Agenzia sanitaria regionale (Asr) riveste una molteplicità di funzioni di carattere tecnico-analitico e un ruolo di forte propulsione e indirizzo tecnico alla programmazione sanitaria regionale. La Direzione sanità mantiene invece un forte controllo sui flussi informativi istituzionali, oltre che naturalmente un ruolo politico-decisionale.

In questo quadro quanto mai impegnativo, nel contesto di una forte consapevolezza riguardo alle difficoltà da affrontare, si è realizzata l'esigenza comune di ottimizzare l'impiego delle risorse esistenti, garantendo la massima sinergia tra gli enti regionali coinvolti nell'azione di piano e deputati all'utilizzo di fonti condivise e certificabili.

Il G.L.A.D. è apparso uno strumento utile, atto ad operare in maniera efficace sul rinnovamento delle basi informative, predisposto per la ricerca di soluzioni comuni tra tutte le professionalità disponibili, e in grado di operare in una condizione di libera trasmissione di conoscenze.

Nel corso di un anno il G.L.A.D. ha avuto il merito di raccogliere attorno ad un tavolo di discussione permanente – caso forse unico a livello nazionale – esperti e tecnici statistico-informatici della Direzione sanità e dell'Agenzia sanitaria regionale per l'armonizzazione dei dati nel Piano di rientro.

Nella sua attività il G.L.A.D. ha preso in esame ognuno dei singoli obiettivi specifici, analizzandone le criticità e proponendo soluzioni *ad hoc* per il futuro assetto regionale.

Ecco le considerazioni emerse, punto per punto.

Obiettivo 1. *Censimento delle fonti*

Il G.L.A.D. ha predisposto un censimento dei dati amministrativi (da completare ed

aggiornare in maniera continuativa). Da tale quadro emergono elementi di criticità per alcuni archivi, attualmente ancora scarsamente condivisi, relativamente ad aspetti di completezza (specialistica). La gestione di tali dati appare discontinua, priva di una analisi strutturata e regolarmente documentata (numero di record con errori e/o dati mancanti, ecc.).

La discussione su alcuni *dataset* ha mostrato notevoli difficoltà nella relazione con i fornitori di dati, in particolare riguardo al rapporto eterogeneo con le Asl difficile da spiegare considerate le dimensioni contenute e la popolazione scarsamente densa della regione.

Il G.L.A.D. propone quindi la realizzazione di un «SOS informatico» che includa i contributi di quanti coinvolti nella gestione dei flussi. Tale area deve essere orientata ad incentivare l'interazione con tutti i fornitori di dati (Asl, ecc.).

Obiettivo 2. Definizione del database

Il Piano di rientro prevede per la Regione Abruzzo l'affiancamento da parte della Regione Friuli-Venezia Giulia, che ha una esperienza consolidata nell'uso dei dati. Il G.L.A.D. ha analizzato anche le potenzialità della Regione Umbria, con la quale esistono già esperienze di collaborazione, sulla base delle quali è stata redatta una proposta di collaborazione finalizzata allo scambio di materiali e strumenti.

In una prima fase si è quindi indicata la possibile convergenza verso un modello unico di valutazione quale quello proposto dal DVSS, che tra l'altro ha consentito con il progetto SVE di costruire strumenti *software* originali a sorgente aperto che potrebbero essere immediatamente applicati alla Regione Abruzzo.

A tale scopo, la Direzione sanità ha guidato la delegazione G.L.A.D. in visita a Perugia presso il Sistema informativo regionale nel mese di marzo 2008, realizzando gli estremi per una concreta possibilità di collaborazione immediata. Il G.L.A.D. ha quindi presentato una proposta di Convenzione che ha carattere strategico per l'acquisizione dei protocolli di monitoraggio della qualità della cura e degli esiti. Tale collaborazione consentirebbe la costruzione di un sistema di in-

dicatori comune e di un nucleo di procedure standardizzate, possibile esempio cooperativo interregionale.

Al fine di condividere le esperienze e di acquisire buone pratiche anche da altre Regioni, il G.L.A.D. ha proposto un Convegno nazionale sul tema dell'Armonizzazione dei *database*. Il programma, ancora in versione preliminare, ne prevede la realizzazione nei primi mesi del 2009.

Per raggiungere un successo di partecipazione, il G.L.A.D. ha ritenuto necessario identificare referenti e temi per l'incontro. A tal fine si è quindi pensato ad un questionario da inviare alle Direzioni e alle Agenzie sanitarie regionali a livello nazionale.

Una prima versione *draft* è stata realizzata e si intende discuterne i contenuti con gli enti centrali. Il questionario è mirato a reperire informazioni sullo stato di fatto nel campo della gestione dei flussi (eventualmente anche come studio di contesto) e ad identificare temi e referenti ideali per la realizzazione del Convegno.

Il G.L.A.D. ha avviato la costituzione di un *team* dell'Agenzia sanitaria incaricato di coordinare la compilazione del questionario e la preparazione del Convegno nazionale.

Obiettivo 3. Controlli di qualità

Il G.L.A.D. ha elaborato una ricerca *online* sulle procedure pubblicate da altre Regioni, riscontrando esperienze di interesse nel Lazio (ASP Lazio, 2008), Umbria (Alesandrini, Taddei, 2006) ed Emilia-Romagna (Regione Emilia-Romagna, 2005).

Sono stati identificati *software* commerciali standardizzati (3M, APRDRG) che consentirebbero una immediata operatività su dati essenziali quali quelli ospedalieri. L'acquisizione di tali strumenti consentirebbe un più rapido controllo ed un allineamento con le altre Regioni pressoché immediato.

Relativamente alla costituzione di un adeguato *know-how* nella produzione di *software* originale, il G.L.A.D. ritiene necessario predisporre adeguati percorsi di sviluppo professionale che prevedano aggiornamento su strumenti e metodi *software*. A tal fine, si è ritenuto necessario definire un percorso di eccellenza che includa corsi, visite presso altri enti, Regioni, ed eventualmente periodi di soggiorno presso centri stranieri.

Il coordinamento con il Sistema informativo regionale, da considerarsi fondamentale, va inoltre accresciuto.

Uno degli aspetti maggiormente problematici, che però va opportunamente risolto, è quello del tasso elevato di contratti professionali a breve termine, difficilmente compatibili con sostanziali investimenti formativi, e spesso collegati ad un *turn over* eccessivo che nella maggior parte dei casi influenza negativamente lo svolgimento regolare dei progetti.

Tale fattore conferma quanto già riscontrato in altre situazioni, ovvero che la crescita delle «reti cognitive» rappresenta una delle più concrete opportunità finora perdute dal nostro sistema per la costituzione di una «intelligence» in campo sanitario (Romagnoli, Carinci, Stracci, 2008).

Un ulteriore fattore critico è quello della sensibilità dei dati e delle procedure, che richiede ancora una volta la presenza di personale stabile e altamente specializzato. Nella emergenza contingente, sarebbe quanto meno necessario stabilire l'ambito professionale, i compiti e le procedure precise per ogni risorsa umana a disposizione.

Obiettivo 4. *Tutela della privacy*

Il G.L.A.D. ha rilevato che la Regione attualmente non osserva particolari regole formali per il trattamento e la fornitura di dati ottenuti tramite *data-linkage*. Tali dati, sia pure anonimizzati, come dimostrato dalle buone pratiche internazionali, possono indurre rischi per la privacy che devono essere tenuti opportunamente sotto controllo in modo semi-automatico.

Il G.L.A.D. ha proposto un regolamento regionale che possa prevedere i seguenti punti:

- a) istituzione di un Centro per il *data-linkage* inaccessibile a ricercatori ed enti esterni, con relativo responsabile;
- b) formalizzazione delle procedure per la richiesta dei dati, delle condizioni possibili, e degli enti accreditati;
- c) istituzione di un comitato etico multidisciplinare con il compito di vagliare e approvare studi che propongono l'uso del *data-linkage* di dati amministrativi.

Un sistema di questo tipo comprenderebbe due livelli, ovvero l'area istituzionale, che interessa le modalità di raccolta dei flussi da parte della Direzione sanità, la loro iniziale manutenzione mediante controlli di coerenza logico-formale di base, e l'invio alla Agenzia.

L'Agenzia, tramite il supporto del G.L.A.D., opera dei controlli incrociati complessi e aggiorna le tabelle per formare il *data-warehouse* sanitario regionale, che viene quindi condiviso tra Direzione e Agenzia per soddisfare le varie esigenze di programmazione e politica sanitaria regionale.

L'accesso al *data-warehouse* regionale in questo modo sarebbe permesso in maniera regolata per enti esterni accreditati (enti strumentali, operatori della salute, enti di ricerca, associazioni scientifiche, ecc.), reso possibile dall'istituzione di un «Centro di Riferimento *data-linkage* regionale (CRDR)».

Il CRDR sarebbe un ufficio regionale dedicato in maniera specifica alla fornitura di dati a supporto di studi e ricerche in campo sanitario basate sull'uso di dati amministrativi.

Il CRDR potrebbe essere coordinato da un referente istituzionale, nominato «Custode dei dati», istituzionalmente responsabile della gestione e della fornitura dei dati derivanti da procedure di *data-linkage*.

Secondo il diagramma presentato, la fornitura di dati amministrativi avviene nel seguente modo:

- a) per richiedere dati amministrativi relativi a soggetti o prestazioni individuali registrate nei flussi sanitari, ogni ente interessato (ente strumentale, gruppo di operatori della salute e/o professionisti, associazione scientifica, ecc.) deve essere accreditato (strutture regionali escluse). L'accreditamento viene assegnato dalla Regione previo esame delle procedure messe in atto per il trattamento dei dati;
- b) per sottoporre una richiesta di dati al CRDR, l'ente accreditato deve inviare al CRDR un progetto di studio/ricerca, seguendo uno schema prefissato che prevede indicazione di razionale, popolazione, materiali e metodi, e analisi statistica dello studio.

La domanda verrebbe sottoposta per approvazione a tre livelli successivi di valutazione:

1) Comitato scientifico, di carattere indipendente e livello nazionale (Ministero, Assr), che valuta la rilevanza della proposta per la salute della popolazione e ne approva il contenuto tecnico;

2) Comitato etico, che esamina la eticità della proposta, con particolare riferimento alle implicazioni collegate alla cessione ed all'utilizzo dei dati richiesti; e

3) G.L.A.D., che valuta le modalità (tracciato, archivi da collegare, ecc.) attraverso le quali i dati approvati vengono trasmessi all'ente che ha fatto domanda, nonché la fattibilità della fornitura dei dati.

I risultati dei tre livelli di valutazione verrebbero raccolti nell'apposito «Rapporto di Valutazione CRDR». Per le proposte approvate, il CRDR fornirebbe di volta in volta agli enti accreditati le relative estrazioni dagli archivi sanitari, secondo le modalità indicate dal Rapporto. Qualora previsto, gli archivi possono contenere un identificativo personale, che però sarebbe unicamente fittizio, derivato da quello realmente registrato nell'archivio regionale.

Il collegamento con il dato originale sarebbe successivamente distrutto dal CRDR in modo da non essere riconducibile all'identificativo personale conservato dalla Regione, evitando una eventuale progressiva ricostruzione degli archivi da parte di enti responsabili di più studi. I dati pseudo-anonimizzati forniti non hanno bisogno del consenso informato e possono essere mantenuti permanentemente dagli enti responsabili della ricerca.

Rispetto alla realizzazione di un codice identificativo unico, il G.L.A.D. propone che, coerentemente con la convenzione con l'Umbria, vengano adottati gli stessi criteri di salvataggio dei dati in formato criptato, prevedendo l'applicazione di un codice unico, definito Codice identificativo unico criptato abruzzese (C.I.U.C.A.).

La soluzione umbra potrebbe costituire una soluzione semplice da implementare, attraverso gli algoritmi utilizzati per il DVSS.

Obiettivo 5. *Accesso ai dati condiviso*

Il G.L.A.D. ha elaborato uno schema di lavoro semplice e lineare per l'accoglienza e lo scambio di dati tra uffici ed enti collegati. I *file* inviati dalle Asl possono essere «accolti» presso la Direzione sanità ed inviati al *server* gestito dall'Agenzia successivamente ad una validazione di coerenza logico-formale, per la quale l'Agenzia e la Regione Umbria possono fornire il loro supporto tecnico.

I *file* possono essere quindi scaricati sul *server* in formato TXT, da dove verranno tradotti in DBMS su formato SQL (*file master*), previa anonimizzazione standard e distruzione delle anagrafiche che restano unicamente in carico alla Direzione sanità. Da tale standard si potrà estrarre dati con *Access*, *Excel*, e/o processare con *SAS/Stata*. L'applicazione di nuove procedure consentirà la produzione di *dataset* derivati corretti. Tutti i *dataset* derivati saranno riproducibili, sulla base dei codici sorgente di riferimento a partire dal *master*, e verranno mantenuti memorizzati su disco condiviso.

Il G.L.A.D. ha proposto l'elaborazione di un protocollo dettagliato di condivisione dati su *server* sicuro, al tempo stesso automatizzando la creazione del Codice identificativo unico criptato abruzzese (C.I.U.C.A.), salvando in *backup* il dato originale, e caricandolo in un *database* direttamente accessibile da più referenti con diversi tipi di applicazione (*Access*, *Excel*, *SAS*, *SPSS*, *Stata*, ecc.).

Obiettivo 6. *Sistema informativo e procedure*

Il sistema regionale informatico si fonda, ad oggi, su una rete con caratteristiche di condivisione molto stringenti. Benché questo aspetto tecnologico sia dovuto all'esigenza di rispettare la normativa inerente la trasmissione e l'accesso ai dati, va rappresentato che, per le finalità di analisi e sviluppo programmate dal G.L.A.D., la rete e i relativi servizi implementati non consentono la piena funzionalità e la totale adesione ai principi di condivisione e di omogeneità delle risorse e dei componenti di calcolo.

In tal senso, il G.L.A.D. intende realizzare un sistema autonomo e multiplatforma basato su tecnologia *web services* e non *client-server* (in coerenza con il progetto di

innovazione tecnologica dell'osservatorio epidemiologico della Regione Abruzzo). La scelta di occuparsi della gestione dei servizi di rete tramite strumenti SW e apparati HW *on line* è strategica sia alle attese della Direzione sanità sia alle esigenze (più volte evidenziate) dell'Asr. Infatti, grazie a tali soluzioni, l'accesso ai DB, ai *repository* e ai *business intelligence* di gestione diventa praticabile da parte di qualsiasi utente (purché opportunamente autorizzato) e da qualsiasi luogo.

L'area internet, che fornisce l'accesso ai sistemi partecipati di reportistica e documentazione condivise, sarebbe preferibile essere di pertinenza esclusiva del G.L.A.D. e collegata a tutti i siti istituzionali della Regione Abruzzo: così i lavori ultimati sono divulgati e certificati.

In conformità alle direttive del CNIPA, e alle indicazioni del NSIS del Ministero della salute, tale sistema utilizzerà protocolli per la cooperazione applicativa strutturandosi sulla rete MPLS regionale.

La criticità rilevata nei contesti applicativi e gestionali ha condotto tutti i componenti del G.L.A.D. a prediligere, in linea di massima e compatibilmente con le possibilità di esercizio, programmi e *software open source*.

L'aspetto di «codice sorgente aperto» va inteso sia in termini di condivisione delle procedure logiche (o analitiche) sia in termini di mercato. La possibilità di acquisire soluzioni facilmente modificabili e senza il vincolo della proprietà intellettuale determina l'applicazione di personalizzazioni e di migliorie specifiche e di rapida realizzazione, oltre che consentire risparmio di risorse economiche dovute per i diritti.

Inoltre, nella valutazione delle conclusioni di specifiche statistiche epidemiologiche, è essenziale poter ripercorrere la procedura che le ha prodotte partendo dal «dato grezzo» fino a raggiungere e stimare i termini nelle varie fasi di realizzazione del *report* e, così, garantire proiezioni indubitabili e comprovate. Da ciò deriva la necessità di esprimere in maniera trasparente il codice di procedura e i relativi algoritmi logici, operazione che nella maggior parte dei casi si traduce in maniera più realistica, veloce ed efficiente, nella diretta condivisione della sorgente di tutto il *software* realizzato tra i componenti di ogni gruppo di lavoro. Tale

percorso deve essere assolutamente spiegato e aperto.

Il G.L.A.D. opera con questa finalità la scelta di applicativi aperti e multiplatforma considerati come base di esecuzione del Progetto di innovazione tecnologica dell'Osservatorio epidemiologico della Regione Abruzzo.

Obiettivo 7. *Dizionario dei dati*

Il G.L.A.D. ha predisposto lo schema per la realizzazione di un sito *web* dedicato all'interno dell'Area portale sanità regionale. Il Censimento dei dati include delle schede collegate a tracciati *record* che possono essere utilizzate per lo scopo immediatamente.

Non esistono, allo stato attuale, descrizioni approfondite circa prodotti e metodi da utilizzarsi per la produzione dei rapporti. L'Osservatorio epidemiologico non dispone di un piano strategico e operativo che consenta di intraprendere tale iniziativa, inclusa l'applicazione di metodi di *risk adjustment* e di trattamento dell'incertezza. Tale criticità va assolutamente superata per approntare una analisi dei dati orientata al soddisfacimento dei bisogni di popolazione e alla analisi della qualità della cura.

La parte economica pare, al momento, meglio orientata e strutturata rispetto a quella epidemiologica, grazie soprattutto al progetto *Balanced Scorecard*. A tal riguardo, sarebbe interessante e necessario pubblicare su pagina *web* tutti i criteri utilizzati nel dettaglio, mettendoli a disposizione del pubblico.

Al fine di raggiungere gli obiettivi previsti per il primo anno di attività, il G.L.A.D. ha considerato attentamente tutte le necessità informative, elaborando una serie di prodotti e di proposte atte a rispondere ai singoli obiettivi, secondo quanto debitamente documentato nel presente rapporto e nei materiali allegati alla consegna del lavoro.

L'attività del G.L.A.D. può quindi essere adeguatamente sintetizzata attraverso una serie di raccomandazioni, una per ogni obiettivo, equivalenti ad altrettante azioni da intraprendersi per realizzare l'armonizzazione della base informativa oggetto di studio (figura 2).

Le azioni previste possono essere così riassunte:

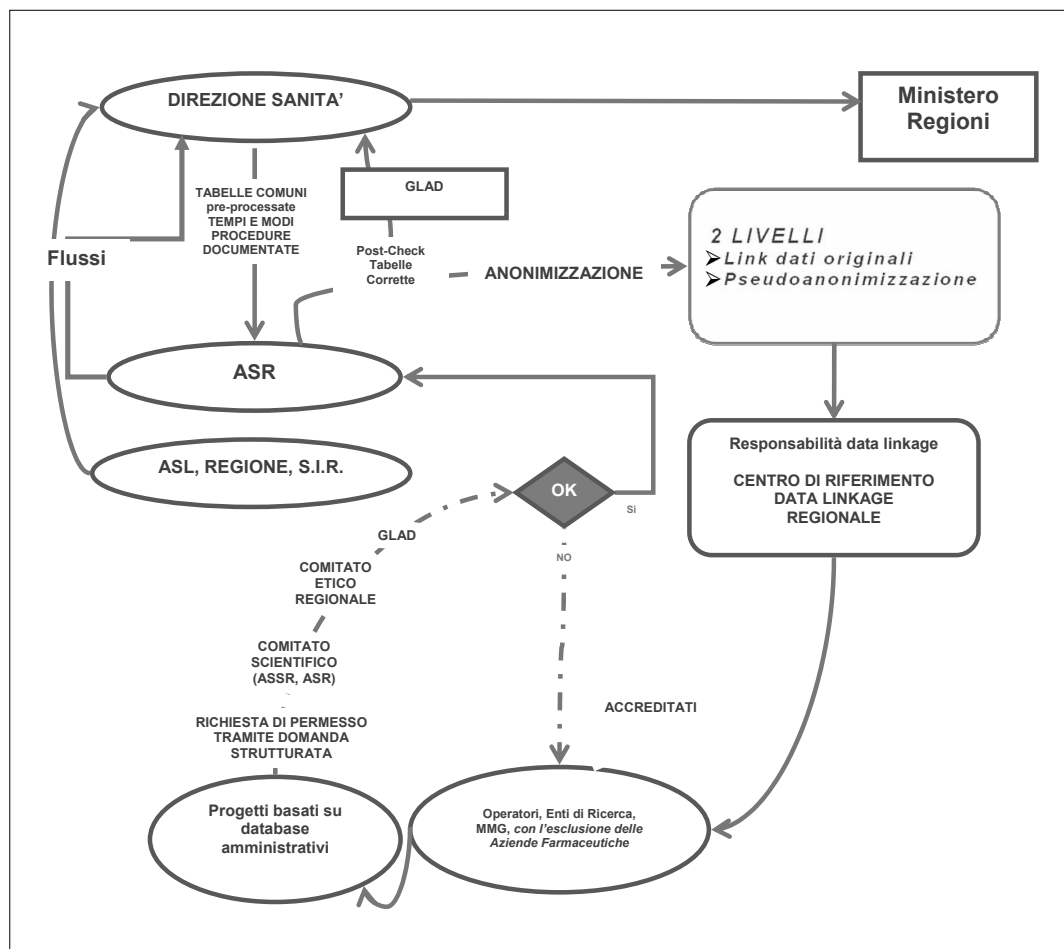


Figura 2
Proposta GLAD di Riordino
Gestione Flussi

Azione 1. Assicurare completezza ai dati amministrativi

Verifica, aggiornamento e controllo dello stato di fatto e della effettiva rispondenza dei dettagli riportati nel censimento G.L.A.D. delle fonti di dati amministrative. Pubblicazione delle tabelle, della tempistica e dei relativi tracciati su sito *web* G.L.A.D. consultabile sia da parte del pubblico che, in maniera mirata, per tecnici e ricercatori interessati, nonché per il personale amministrativo (area riservata). Pubblicazione elettronica di tutti i materiali (manuali, questionari) atti a facilitare la corretta fornitura dei dati da parte degli operatori.

Azione 2. Attivare partnership regionali di eccellenza

Attivazione del rapporto di convenzione con la Regione Umbria per lo scambio di buone pratiche nel campo del trattamento

dei dati sanitari. Adozione dell'architettura DVSS/SVE e dei relativi *software* statistici destinati a realizzare il sistema di analisi statistica sui dati collegati. Organizzazione di un Convegno nazionale G.L.A.D. per la disseminazione dei risultati e lo scambio di conoscenze.

Azione 3. Potenziare in maniera efficiente le risorse di intelligence

Acquisizione degli algoritmi di controllo della qualità dalla Regione Umbria e da altre regioni italiane (Lazio, Emilia-Romagna). Acquisto di *software* commerciale specialistico per i controlli di coerenza logico-formale e la costruzione di score di severità da dati amministrativi (Drg, APRDRG). Redazione di un piano di sviluppo e qualificazione professionale delle risorse interne basato sull'uso di metodi avanzati e raggiungimento di risultati a medio termine.

Azione 4. Regolare l'accesso interno ed esterno ai dati

Adozione di un Regolamento regionale per l'uso dei dati sanitari a fini di Programmazione, analisi e ricerca che preveda l'istituzione di un Centro regionale per il *data linkage* e l'accesso ai dati da parte di enti accreditati, previa valutazione di apposito Comitato etico e procedure definite dal G.L.A.D. Realizzazione da parte del Centro di riferimento regionale per il *data linkage* del Codice identificativo unico criptato per la condivisione automatica e trasparente dei dati amministrativi tra istituzioni regionali.

Azione 5. Automatizzare l'uso condiviso dei dati

Realizzazione di una semplice piattaforma ad architettura aperta, dotata di opportune protezioni, che consenta l'immediato scaricamento e la condivisione automatica di tutti i dati amministrativi in formato anonimizzato costantemente controllato, sia in forma originale che rielaborato, tra Direzione sanità e Agenzia sanitaria regionale.

Azione 6. Condividere e documentare tutte le procedure software

Documentazione di tutte le procedure *software* utilizzate dalla Regione Abruzzo per l'accoglienza, il trattamento e l'esportazione dei dati sanitari; divulgazione interna di rapporti tecnici corredati da codice di programmazione a sorgente aperto. Condivisione delle procedure per il controllo di qualità e l'analisi dei dati sanitari su sistema informatico.

Azione 7. Pubblicare i metodi utilizzati per i rapporti regionali

Realizzazione della *homepage* G.L.A.D.. Pubblicazione del dizionario dei dati del *data-warehouse*, comprendente tutti i formati di codifica alla base dei *dataset* incrociati e delle variabili derivate. Pubblicazione dei metodi utilizzati per la produzione dei principali rapporti e degli indicatori prodotti dalla Regione Abruzzo.

6. Conclusioni

Pur costituendo delle linee progettuali in attesa di una reale implementazione, la descrizione delle azioni proposte dal G.L.A.D.

contiene indicazioni precise che, in assenza di un terreno di confronto comune quale quello costituito dal Gruppo, sarebbero probabilmente venute meno.

Per garantire la consistenza delle misure previste, è necessario ottenere un forte e continuativo supporto anche da parte dei vertici politici, particolarmente rispetto all'acquisizione di risorse umane qualificate (lavoratori cognitivi) che risultano oggi insufficienti per poter rispondere alle sfide poste da un settore in continua evoluzione.

La realizzazione degli obiettivi può senza dubbio giovare dalla continuazione dei lavori del G.L.A.D., specificando tempi e modalità delle diverse fasi necessarie, a partire dalle collaborazioni di eccellenza con le altre realtà italiane.

Le azioni raccomandate dal Gruppo possono essere utilmente intraprese all'interno di una agenda di lavoro contraddistinta da una serie di passaggi interconnessi, che possono essere schematizzati tramite il diagramma Pert presentato in **figura 3**.

Secondo questo schema, il primo passaggio (*Azione 1*) prevede la realizzazione del censimento di tutti i tracciati esistenti, e delle relative guide necessarie a garantire una uniforme raccolta dati su tutto il territorio regionale, da pubblicarsi opportunamente nell'ambito dell'*Azione 7*. In fase preliminare, tenendo adeguatamente conto delle limitazioni di fattibilità poste dai tracciati esistenti, occorre definire i prodotti che gli enti regionali intendono garantire per ogni ciclo (rapporti), unitamente alla metodologia più idonea per realizzarli (*prima parte dell'Azione 7*). La scelta sui metodi informerà la produzione e/o l'acquisizione di opportune conoscenze e procedure *software* (*Azione 6*).

In un secondo momento, vengono attivate le *partnership* regionali di eccellenza ed organizzati i *meeting* nazionali che consentiranno di accedere ad una rete di riferimento che possa dare supporto costante (*Azione 2*). L'inserimento in un contesto di alto profilo andrà associato ad un piano di sviluppo professionale tale da facilitare una formazione mirata del personale, assicurando «sul campo» la continuità delle conoscenze e la memoria storica dei fenomeni (*prima parte Azione 3*).

Il piano di sviluppo deve essere orientato a lavorare in un sistema di protezione della

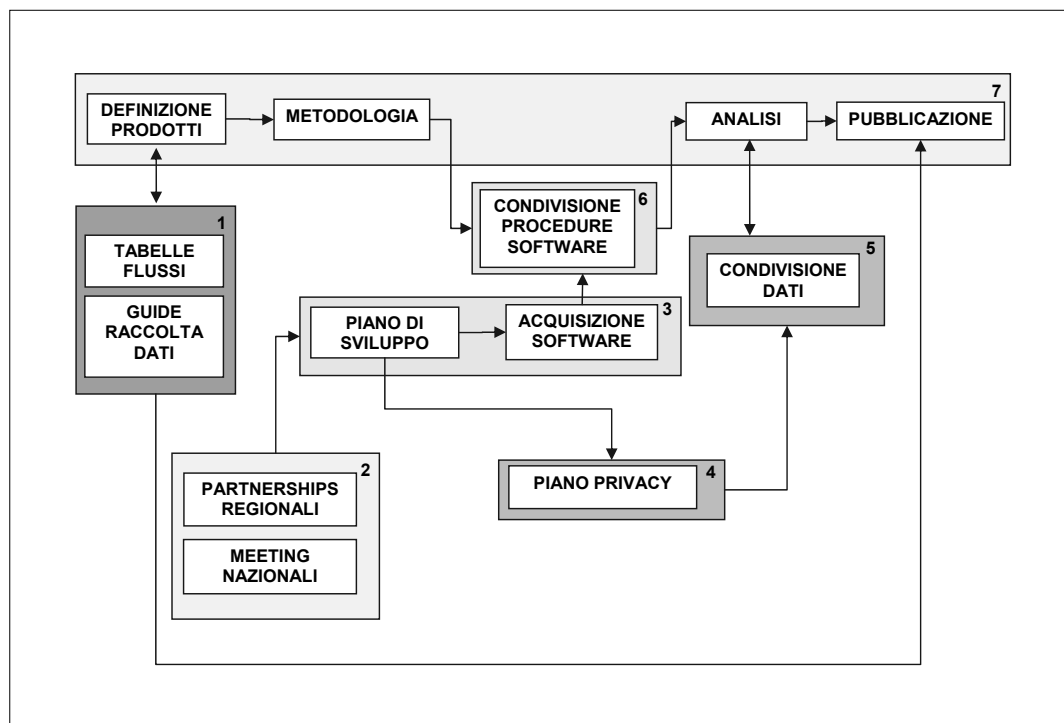


Figura 3
Diagramma Pert
per l'implementazione
delle raccomandazioni
GLAD

privacy debitamente regolato sul piano legale, organizzativo ed informatico (*Azione 4*), in modo tale da consentire un'agile condivisione dei dati (*Azione 5*) e la veloce acquisizione di tutto il *software* necessario (*seconda parte Azione 3*).

Gli strumenti *software* più essenziali dovranno essere opportunamente condivisi (*Azione 6*) adottando una visione moderna di strumenti e linguaggi informatici. Le procedure consentiranno l'analisi dei dati (*seconda parte Azione 7*) accedendo direttamente a database condivisi in maniera sicura, quindi consentendo agli enti istituzionali la pubblicazione rapida e trasparente di tutti i prodotti realizzati (*terza parte Azione 7*).

Lo schema prefigurato, interamente realizzabile in un ciclo programmatico di durata triennale, rappresenta un prodotto tangibile per il raggiungimento dei LEI seguendo un percorso coerente, basato sull'evidenza, compatibile con le esigenze del PdR.

In conclusione, il G.L.A.D. rappresenta una iniziativa innovativa nel panorama regionale, potenziale modello per una interazione dinamica tra livello amministrativo e tecnostutture di supporto, capace di garantire una migliore convergenza tra obiettivi di

programmazione e monitoraggio dei servizi sanitari regionali.

I processi di sviluppo dei piani economici potranno avere sempre più bisogno di queste esperienze per basare l'allocazione delle risorse su dati certi ed ampiamente condivisi. Per questo motivo lo schema di lavoro di Gruppo può costituire un potenziale strumento di valore generale, riproducibile anche in altre situazioni e località geografiche.

Si auspica che il G.L.A.D. possa rappresentare per tutti un esempio di risposta positiva alla trasformazione in atto, proponendo un migliore stile collaborativo, basato sulla condivisione delle responsabilità a tutti i livelli, sul coinvolgimento diretto degli operatori sanitari, e sulla comunicazione diretta delle esperienze al cittadino.

Ringraziamenti

Il G.L.A.D. non avrebbe operato così sinergicamente, né prodotto le raccomandazioni incluse nel presente articolo, senza il valido contributo dei principali referenti istituzionali, Prof. Francesco Di Stanislao, Dr. Bernardo Mazzoza e Dr. Giuliano Lalli; dei funzionari Dr. Mario Ricci e Dott.ssa Stefania Melena; e dei tecnici Dr. Leonardino Mammarella, Dott.ssa Carla Sorrentino, e Dott.ssa Marianna Fiore. A tutti vanno i sinceri ringraziamenti degli Autori per il lavoro svolto e la collaborazione offerta per la produzione dei materiali del Gruppo.

B I B L I O G R A F I A

- AHRQ (2007), «Quality Indicators, Guide to Inpatient Quality Indicators, Quality of Care in Hospitals - Volume, Mortality, and Utilization, Department of Health and Human Services», Agency for Healthcare Research and Quality, Version 3.1, disponibile online: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_guide_v31.pdf.
- ALESSANDRINI G., TADDEI M. (2006), «La Scheda di Dimissione Ospedaliera: completezza ed accuratezza. Analisi della completezza e qualità della rilevazione dei ricoveri ospedalieri (SDO) nei Presidi della Regione Umbria. Rapporto 1997-2000-2003», Collana *I Quaderni, Studi e Ricerche Regione Umbria*, n. 4, disponibile online: http://sanita.regione.umbria.it/resources/Risorse/DimissOsped_06.pdf.
- ASP LAZIO (2008), *Sistema Regionale dei Controlli esterni, Eventi oggetto di controllo e modalità tecniche di effettuazione dei controlli analitici*, disponibile online: http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/files/files_valutazione_esterna/controlli/documento_eventi.pdf.
- DONABEDIAN A. (1966), «Evaluating the quality of medical care», *Milbank Mem Fund Q.*, 44(3), Suppl, pp. 166-203, disponibile online: <http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>.
- DVSS (2007), «Valutazione degli esiti dell'assistenza socio-sanitaria in Umbria», Collana: I Volumi. Documento di Valutazione dei Determinanti di Salute e sulle Strategie del SSR, Volume B, disponibile online: http://sanita.regione.umbria.it/Resources/Risorse/Volume_B.pdf.
- FINLAYSON G.S. et al. (2007), *Allocating Funds for Healthcare in Manitoba Regional Health Authorities: A First Step-Population-Based Funding*, Manitoba Centre for Health Policy, disponibile online: http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/pop_fdg.pdf.
- HALL S.E., HOLMAN C.D. et al. (2005), «Improving the evidence base for promoting quality and equity of surgical care using population-based linkage of administrative health records», *Int J Qual Health Care*, 17(5), pp. 415-20.
- KELMAN C.W., BASS A.J., HOLMAN C.D. (2002), «Research use of linked health data-a best practice protocol», *Aust N Z J Public Health*, 26(3), pp. 251-5.
- LEGA F., PERRI E. (2002), «Assessorati Regionali alla Sanità ed Agenzie Sanitarie Regionali: un rapporto da costruire e gestire», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2002. L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, CERGAS, Egea, Milano, disponibile online: http://portale.unibocconi.it/wps/alligatiCTP/Capitolo7_OASI2002_1.pdf.
- MARTENS et al. (2008), *What Works? A First Look at Evaluating Manitoba's Regional Health Programs and Policies at the Population Level*, Manitoba Centre for Health Policy, disponibile online: <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/fullwvreport.pdf>.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2004), *Progetto «Mattoni del SSN»*, Ministero della Salute, Roma, disponibile online: <http://www.mattoni.ministerosalute.it>.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2005), *Tavolo Permanente Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome, Una politica per la Sanità Elettronica, Ministro per l'Innovazione e le Tecnologie*, disponibile online: http://www.sanitaelettronica.gov.it/xoops/modules/docmanager/get_file.php?curent_file=134&curent_dir=39.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), *Protocollo di intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la Salute su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e finanze condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano*, disponibile online: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_843_allegato.pdf.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2008), Greco D. and the CCM Project Management Group, Palumbo F., Arcangeli L., Di Martino M.P., La Falce M., Carinci F., Romagnoli C. and the DVSS Collaborators (2008), «Stewardship and governance in decentralized health systems: an Italian Case Study».
- REGIONE ABRUZZO (2008a), *Piano di risanamento Sistema Sanitario Regionale 2008-2010*, disponibile online: <http://www.asrabruzzo.it/docs/PianodiRisanamentoDGR224-Accordo.pdf>.
- REGIONE ABRUZZO (2008b), Legge regionale n. 5 del 10 marzo 2008, *Un sistema di garanzie per la salute, Piano sanitario regionale 2008-2010*, disponibile online: [http://www.asrabruzzo.it/docs/DGR869-C27-08-2007PSR2008-2010\(P\).zip](http://www.asrabruzzo.it/docs/DGR869-C27-08-2007PSR2008-2010(P).zip).
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2005), Circolare n. 7, Protocollo N. ASS/DIR/05/12626 - 25.03.2005, *Norme per la gestione della Scheda di Dimissione Ospedaliera*, Regione Emilia-Romagna, disponibile online: http://www.ausl.fe.it/staff-servizi-centrali/sistema-informativo-e-committenza/report/circ_sdo_n7_2005.pdf.
- ROMAGNOLI C., CARINCI F., STRACCI F. (2008), «Valutazione degli esiti e governo della condivisione», *Monitor, Quaderni di Monitor*, (1), pp. 131-146, disponibile online: http://www.assr.it/agenas_pdf/Quaderno_Monitor.pdf.
- ROOS N.P. et al. (2001), *Changes in Health and Health Care Use of Manitobans: 1985-1998*, Manitoba Centre for Health Policy, disponibile online: <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/14year.pdf>.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2005), «National Healthcare Quality Report», *Agency for Healthcare Research and Quality*, AHRQ Publication No. 06-0018, disponibile online: <http://www.ahrq.gov/qual/Nhqr05/nhqr05.pdf>.

RECENSIONI

Creazione del valore e organizzazione in sanità

Mara Bergamaschi

Ed. McGraw-Hill - Milano, 2008 - Pagg. 282

(a cura di Angelo Renoldi)

I cambiamenti avvenuti nel sistema sanitario negli ultimi vent'anni hanno comportato rilevanti effetti in termini di aumento della competizione all'interno del settore, portando ad un rinnovato interesse verso le tematiche di management e di governo dei servizi sanitari, nonché verso la gestione dei processi di sviluppo e apprendimento organizzativo e ai risultati che gli stessi processi producono in termini di valore e di perseguimento delle finalità di ogni singola azienda, sia essa pubblica o privata, e di sistema nel complesso.

Partendo dall'ipotesi che la creazione del valore, intesa come comunione di interessi molteplici che attendono un'opportuna soddisfazione e come generazione e mantenimento del consenso nel tempo, rappresenta il fine aziendale e condiziona le scelte del soggetto economico e del management, il libro di Mara Bergamaschi si propone di rivisitare le scelte relative agli assetti istituzionali e di corporate *governance*, ai processi di gestione strategica, di misurazione delle performance e di sviluppo organizzativo in sanità.

Il tema del valore viene, quindi, inteso dall'autrice come principio guida condivisibile di una moderna gestione aziendale, in un processo di valorizzazione delle risorse e delle competenze, che richiede nuove scelte strategiche e organizzative, in linea con l'evoluzione del settore e con i nuovi assetti istituzionali e di *governance*, con l'obiettivo di ricercare una sintesi tra le esigenze di focalizzazione sulle singole aziende e la necessità di riservare un adeguato peso alle relazioni di sistema nel nuovo contesto competitivo.

In questa prospettiva, Mara Bergamaschi non si limita allo studio, per quanto accuratamente sviluppato, sulla gestione strategica, sul controllo e sull'organizzazione delle aziende sanitarie, ma mette in evidenza le relazioni tra le scelte a livello di sistema e le scelte a livello aziendale, cercando – con successo – di ricondurre la materia nell'alveo delle impostazioni più evolute – e, per certi versi, di frontiera – della Direzione aziendale e perciò della *governance* e della performance in termini di valore.

I fattori strategici e organizzativi dell'azienda sanitaria si saldano, quindi, con temi nuovi, di non agevole indagine quali il ruolo e le modalità di accrescimento del valore, l'attenzione e gli interventi a supporto degli intangibili, cioè delle risorse di notorietà associate a quelle di fiducia che, in una struttura con forte valenza etica, sono essenziali

Note sull'autrice

Mara Bergamaschi è ricercatore di Economia e Gestione delle Imprese presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Bergamo. Vice-direttore Area Managers & Professional del CeRGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, dell'Università L. Bocconi di Milano, dove è anche Responsabile dell'Area Programmazione e Controllo. Docente Senior della Faculty SDA (Scuola di Direzione Aziendale) dell'Università L. Bocconi di Milano. Ha svolto numerose ricerche e sperimentazioni ed è autore di svariate pubblicazioni sul tema della gestione manageriale delle aziende di servizi pubblici, con particolare riferimento ai servizi sanitari

complementi per una efficace e efficiente gestione ed una trasparente affermazione reputazionale della stessa.

Il libro parte dalla descrizione e dall'analisi delle diverse radici dell'evoluzione in atto e indica alcuni possibili percorsi e strumenti di risposta al nuovo quadro competitivo e normativo, ricostruendo un *framework* di riferimento organico e sistematico di estrema utilità sia per gli studiosi che per chi opera nel settore.

Di fronte a quella che sembra essere una tendenza strutturale legata al processo di federalismo in atto e alla maggiore responsabilizzazione delle Regioni nelle scelte di assetto e nei risultati economico finanziari, Mara Bergamaschi si propone di dare un contributo a supporto sia dei *policy maker* che del management aziendale, individuando possibili soluzioni alle problematiche di governo, in un contesto che vede sempre più la ricerca di sinergie e razionalità sia a livello di sistema, che di azienda.

Inquadrato il concetto della «creazione o generazione di valore» con ampi riferimenti alla letteratura in materia, nella prima parte del libro Mara Bergamaschi declina questo concetto tenendo conto della specificità delle aziende sanitarie e mettendo in evidenza i fattori che sono destinati a influenzare in maniera rilevante le scelte di assetto istituzionale, di governance, nonché quelle strategiche e organizzative delle singole aziende sanitarie. In particolare, l'autrice interpreta tali scelte attraverso lo schema struttura – condotta – performance, al fine di individuare le relazioni tra la struttura del settore e il comportamento delle aziende che vi operano e tra questo e le performance di azienda e di sistema.

Attraverso tale strumento l'autrice offre importanti spunti di riflessione utili a indagare le opportunità e le minacce che si aprono per le aziende sanitarie di fronte alle scelte di modifica dell'assetto istituzionale di riferimento e le sfide che attendono la sanità sia a livello di singola azienda, cui è richiesto di sviluppare, oltre a capacità innovative di ricerca di condizioni di equilibrio interne, capacità di gestione delle relazioni con l'ambiente, sia a livello regionale, cui è richiesto di contribuire a costruire un ambiente nel quale si realizzino condizioni di equilibrio economico complessivo di sistema.

Non si tratta certo di cambiamenti di poco conto e, in parte, i percorsi non sono ancora del tutto chiari e prevedibili, ma quella indicata da Mara Bergamaschi pare una strada obbligata se le aziende sanitarie vogliono assolvere un ruolo di soggetti attivi nell'orientamento del sistema piuttosto che adattarsi alle dinamiche che esso esprime.

Nel secondo capitolo si affronta quindi una doverosa riflessione sugli assetti di governo e sulle condizioni e sulle forze a livello di sistema che nelle aziende sanitarie possono assicurare il perseguimento dei fini istituzionali. Tale riflessione risulta di fondamentale importanza per esplicitare il problematico rapporto tra finalità definite dalla struttura istituzionale poste a base dell'azione dell'azienda sanitaria e funzioni di governo della stessa. Gli assetti istituzionali e la struttura di *governance*, approfonditi in maniera sistematica in questa parte del libro, condizionano, infatti, in maniera rilevante lo svolgimento delle attività e la presa di decisioni nelle aziende, definendo, i primi, il fine complessivo e assicurando l'operare coordinato dell'intero sistema pubblico, garantendo, la seconda, che l'attività di governo venga svolta nell'interesse dei principali *stakeholder*.

È a questo livello che si pone dunque il concetto di creazione del valore, nell'accezione sopra specificata, e si genera un necessario processo di riorientamento delle scelte del management a livello aziendale. La creazione di valore richiede, infatti, adozione di scelte di governo e pratiche gestionali e organizzative che consentano di conseguire risultati positivi, nell'ambito di un processo di mitigazioni o eliminazione di influenze negative e di ricomposizione a unità delle diverse e, in non pochi casi, contrapposte, pressioni e aspettative che provengono dai sovra-sistemi aziendali.

Nella parte centrale del libro Mara Bergamaschi sviluppa con ampia conoscenza della dottrina, da un lato, e della concreta realtà, dall'altro, tre temi centrali degli studi di Economia aziendale: il collegamento del valore alla strategia, la misurazione del valore e l'organizzazione come strumento per il governo della complessità. Evidenzia come tali concetti possano essere regolarizzati in un sistema nel quale la competitività (tipico stimolo del mercato) deve

essere contemperata con la collaborazione (tipicamente frutto di «regole» che le imprese, e in generale le aziende, devono rispettare nei loro comportamenti reali).

Management strategico e *performance management* sono quindi i concetti fondamentali sviluppati nel terzo capitolo, dove l'autrice sottolinea l'approccio richiesto alle aziende sanitarie che non devono focalizzarsi, come spesso accade, solo sulla fase di pianificazione, ma anche su aspetti implementativi e di controllo, configurando quindi un sistematico ciclo di gestione strategica, con evidente attenzione anche ai problemi legati alla misurazione delle performance (*performance management*) in ottica multidimensionale.

Ampio risalto è dato alla necessità di governare complessivamente strategie deliberate ed emergenti, secondo un approccio che vede nell'apprendimento organizzativo e nello sviluppo di competenze, le principali determinanti del vantaggio competitivo, riconoscendo in questo un ruolo fondamentale alle variabili organizzative e alle capacità interpretative e comportamentali degli individui.

Coerentemente con tale impostazione, l'obiettivo del quarto e del quinto capitolo è quello di focalizzare l'attenzione sui processi di sviluppo organizzativo e sulle differenti soluzioni adottabili in ambiti di attività caratterizzati da competenze differenziate (servizi ospedalieri, territoriali e di supporto non sanitari).

L'autrice ricostruisce un quadro sistematico delle principali innovazioni organizzative che stanno emergendo con tutta forza nel settore sanitario, spaziando dai modelli dipartimentali a quelli per intensità di cura, alla creazione di reti ospedaliere e con il territorio, nonché allo sviluppo di forme innovative delle cure primarie, senza peraltro tralasciare i percorsi di cambiamento richiesti ai servizi amministrativi e agli staff aziendali.

La parte finale dello scritto si incentra sul tema dell'innovazione come condizione primaria per creare/generare valore e, quindi, affrontare al meglio il problema dei bisogni sempre crescenti anche a seguito del progresso scientifico e delle risorse disponibili, e sviluppa un tema spesso poco trattato, quello della gestione del cambiamento in un contesto che, non solo è di tipo «professionale», ma è caratterizzato da elevato contenuto di conoscenze e di valori relazionali.

Con questo libro, ricco di esempi concreti a sostegno delle tesi e dei modelli discussi, Mara Bergamaschi offre un contributo rilevante al processo di cambiamento in atto mostrando un'indubbia capacità di dare organicità alle conoscenze, attraverso un felice connubio tra ricerca e riflessione scientifica, da una parte, ed esperienza sul campo, dall'altra.

Annuario Sanità Italia 2009

Un peccato non averlo,
un privilegio possederlo!



20^a
edizione

L' Annuario Sanità Italia 2009 da ben 20 anni è:

- + il miglior partner di chi investe nella ricerca, nell'aggiornamento e nel progresso medico-scientifico
- + lo strumento di lavoro al servizio della professione medica
- + la soluzione completa e conveniente ad ogni esigenza dei professionisti della Sanità

Indispensabile e prezioso per

- + effettuare ricerche e consultazioni
- + svolgere analisi di mercato mirate e specifiche
- + realizzare operazioni di direct marketing
- + essere aggiornato sul quadro normativo di settore

Periodicità: Annuale

Uscita: Marzo

Tiratura media: 10.000 copie

Formato: mm 170 x 240

Composizione opera: due volumi

Prezzo di copertina: € 100,00

CD ROM: € 180,00*

CD ROM + cartaceo: € 100,00* + 100,00

*L'importo è da considerarsi IVA esclusa

www.annuariosanita.it

Tel +39 06.69380070

**EDITORIALE
PUBLIACI**

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Marco Biocca, Roberto Grilli, Benedetta Riboldi

LA GOVERNANCE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

FRANCO ANGELI, MILANO, 2008, PP. 240, € 22,00

La governance nelle aziende sanitarie è la capacità di integrare le azioni cliniche, tecniche e amministrative in un insieme di strategie. Ma è anche la capacità di dare forma agli interessi locali, alle organizzazioni, ai gruppi sociali, alle relazioni con gli altri attori della società. Il percorso della governance non è tracciato. È un esperimento sociale per il quale si stanno sviluppando nuovi strumenti come: la concertazione locale, la diffusione di modelli organizzativi e di relazioni basati sulle reti, i processi di contrattualizzazione delle politiche pubbliche, la collaborazione tra il pubblico e il privato. E anche nuovi strumenti programmatici, di bilancio, per i controlli interni ed esterni, per la rendicontazione e la comunicazione finalizzati a migliorare il processo decisionale e operativo. Questo volume, che è curato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, raccoglie gli interventi presentati sui temi della governance in sanità al Convegno internazionale «Scienze sociali e salute nel XXI secolo: nuove tendenze, vecchi dilemmi?» tenutosi a Forlì nell'aprile del 2007. È composto in parte da contributi metodologici, mentre altri descrivono esperienze concrete, producendo originali confronti e provando a delineare possibili prossime convergenze.

INDICE INTRODUZIONE, DI MARCO BIOCCHA, ROBERTO GRILLI - CAPITOLO 1. IL RUOLO DEL CAPITALE INTELLETTUALE NEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE, DI EMIDIA VAGNONI - 1.1. INTRODUZIONE - 1.2. L'EVOLUZIONE DEGLI STUDI SUL CAPITALE INTELLETTUALE 1.3. LA RAPPRESENTAZIONE DEL CI IN SANITÀ: L'ANALISI EMPIRICA 1.4. ALCUNE CONSIDERAZIONI - CAPITOLO 2. IL BILANCIO DI MISSIONE DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA, DI MARCO TIEGHI - 2.1. LA «RENDICONTAZIONE SOCIALE» IN AMBITO SANITARIO PUBBLICO: BREVI CENNI SUL FENOMENO - 2.2. LE FINALITÀ E GLI STRUMENTI DELLA RENDICONTAZIONE SOCIALE - 2.3. IL PROGETTO «BILANCIO DI MISSIONE» DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA: OBIETTIVI E PECULIARITÀ - 2.4. LO STATO DI AVANZAMENTO DEL PROGETTO ED I RISULTATI CONSEGUITI - 2.5. GLI ELEMENTI DI CRITICITÀ EMERGENTI - 2.6. IPOTESI DI SVILUPPO FUTURO - CAPITOLO 3. L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ED IL GOVERNO CLINICO: UN PROGETTO DI MONITORAGGIO IN EMILIA-ROMAGNA, DI GUIDO GIARELLI, STEFANIA FLORINDI - 3.1. GOVERNO CLINICO E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA - 3.2. IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DELL'EMILIA-ROMAGNA E IL GOVERNO CLINICO 3.3. IL PROGETTO DI MONITORAGGIO DELLE MODALITÀ DI IMPLEMENTAZIONE AZIENDALE DEL GOVERNO CLINICO - 3.4. CONCLUSIONI - CAPITOLO 4. ORGANIZZARE LE RETI IN SANITÀ: TEORIA, METODI E STRUMENTI DI SOCIAL NETWORK ANALYSIS, DI AMERICO CICCHETTI, DANIELE MASCIA - 4.1. INTRODUZIONE; COMPLESSITÀ ED ESIGENZE DI COORDINAMENTO NELLA MEDICINA MODERNA - 4.2. IL FABBISOGNO DI COORDINAMENTO E LA METAFORA DELLA RETE - 4.2. MODELLO «A RETE» E APPROCCIO RELAZIONALE - 4.4. SOCIAL NETWORK ANALYSIS IN SANITÀ: AMBITI E LIVELLI DI APPLICAZIONE - 4.5. L'ANALISI DELLE RETI SOCIALI: CONCETTI E METODI - 4.6. DISCUSSIONE - CAPITOLO 5. UN NUOVO MODELLO DI MANAGEMENT E LA MISURA DELLA PERFORMANCE NELLE AZIENDE SANITARIE: LA BALANCED SCORECARD, DI GIULIA SALLUSTIO, VITO RICCI - 5.1. INTRODUZIONE - 5.2. UN NUOVO MODELLO PER IL GOVERNO E IL CONTROLLO STRATEGICO DELL'AZIENDA: LA BALANCED SCORECARD - 5.3. LA BALANCED SCORECARD IN SANITÀ - 5.4. ANALISI DELLE PROSPETTIVE, DELLE AREE STRATEGICHE E DEI KPIS IN SANITÀ - CAPITOLO 6. LE PROPOSTE PER UN OSSERVATORIO REGIONALE PER L'INNOVAZIONE IN EMILIA-ROMAGNA, DI ROBERTO GRILLI, MARCO BIOCCHA - 6.1. INTRODUZIONE; LE RAGIONI DI UN OSSERVATORIO REGIONALE PER LE INNOVAZIONI - 6.2. LE FUNZIONI DELL'ORI - 6.3. LE IMPLICAZIONI GENERALI - 6.4. IL CONTRIBUTO DELLE AZIENDE SANITARIE ALL'ORI - 6.5. SERVIZI DI SUPPORTO DELL'ORI - CAPITOLO 7. IL CENSIMENTO DELLA RICERCA NELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE, DI ALESSANDRO LIBERATI, ROSSANA DE PALMA, DONATO PAPINI - 7.1. INTRODUZIONE - 7.2. LA METODOLOGIA DEL CENSIMENTO - 7.3. RISULTATI - 7.4. DISCUSSIONE - 7.5. PROSPETTIVE E

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE - CAPITOLO 8. LO SVILUPPO DELLA FORMAZIONE PER LA GOVERNANCE NELLE AZIENDE SANITARIE: DAL PROFESSIONISTA ALL'AZIENDA CHE APPRENDE. ESPERIENZA ECM 2002-2006, DI SALVATORE DE FRANCO, ALESSIA SALSÌ - 8.1. INTRODUZIONE - 8.3. IL PROGRAMMA ECM - 8.4. LA FORMAZIONE (SUL CAMPO) NELLE AZIENDE SANITARIE - 8.5. LA FORMAZIONE PERMANENTE - 8.6. LA FORMAZIONE NELLA GOVERNANCE AZIENDALE - CAPITOLO 9. UN SOLO PIANO, TANTI PROTAGONISTI PER LA SALUTE. STRATEGIE A SOSTEGNO DELLE POLITICHE PER LA SALUTE E IL BENESSERE, DI BARBARA CURCIO RUBERTINI - 9.1. INTRODUZIONE: STABILIRE UNA POLITICA PUBBLICA SANA - 9.2. PRIMA STRATEGIA: UN PIANO INTERSETTORIALE PER LA SALUTE - 9.3. SECONDA STRATEGIA: UN PIANO FORTEMENTE ORIENTATO ALLA PREVENZIONE - 9.4. TERZA STRATEGIA: IMPEGNO IN PRIMA PERSONA DI TUTTE LE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE - 9.5. QUARTA STRATEGIA: UN PIANO CHE PRIVILEGIA INCLUSIONE E INTEGRAZIONE - 9.6. QUINTA STRATEGIA: UN PIANO FORTEMENTE ORIENTATO A CONTRASTARE LE DISUGUAGLIANZE - 9.10. SESTA STRATEGIA: SCELTE DI PRIORITÀ RAPPRESENTATIVE DEI TERRITORI - 9.11. SETTIMA STRATEGIA: UN PIANO FORTEMENTE ORIENTATO ALLA QUALITÀ DEI SERVIZI E, IN PARTICOLARE, A PROMUOVERE INTERVENTI DI PROVATA EFFICACIA - 9.12. OTTAVA STRATEGIA: IMPEGNO SULLA VALUTAZIONE DEI RISULTATI - 9.13. CONCLUSIONI: RENDERE LE CONQUISTE STABILI - CAPITOLO 10. LA SOPRAVVIVENZA PER PATOLOGIA TUMORALE E L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE: INFORMAZIONI PRODOTTE DAI REGISTRI TUMORI, UTILI AL GOVERNO CLINICO, DI LUCIA MANGONE, SILVIA CANDELA, ENZA DI FELICE - 10.1. INTRODUZIONE - 10.2. I REGISTRI TUMORI - 10.3. DISCUSSIONE - CAPITOLO 11. LA GOVERNANCE NEI SISTEMI SANITARI DI ALCUNE REGIONI EUROPEE: IL PROGETTO BENCHMARKING REGIONAL HEALTH MANAGEMENT II, DI BENEDETTA RIBOLDI, MARCO BIOCCHA - 11.1. INTRODUZIONE - 11.2. LE RAGIONI DEL PROGETTO - 11.3. LA METODOLOGIA UTILIZZATA - 11.4. I RISULTATI: LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E LE ALTRE REGIONI EUROPEE - 11.5. CONCLUSIONI - CAPITOLO 12. SICUREZZA SANITARIA E GOVERNANCE TRA CONTINUITÀ E CAMBIAMENTO: LE AGENZIE DEL FARMACO IN ITALIA, GRAN BRETAGNA E GERMANIA, DI PAOLO CRIVELLARI - 12.1. INTRODUZIONE, SICUREZZA SANITARIA, AGENZIE E GOVERNANCE - 12.2. LE AGENZIE DEL FARMACO - 12.3. L'AGENZIA BRITANNICA DEL FARMACO (MHRA) - 12.4. L'AGENZIA TEDESCA DEL FARMACO (BFARM) - 12.4. L'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA) - 12.5. CONCLUSIONE - CAPITOLO 13. L'IMPAZIENZA DEL PAZIENTE: LISTE D'ATTESA IN SANITÀ, DI ABDALLAH AMARA - 13.1. IL CONTRIBUTO SOCIOLOGICO - 13.2. MODERNITÀ E SALUTE - 13.3. L'INSECUREZZA SOCIALE MODERNA - 13.4. LE SFIDE DEI SISTEMI SANITARI - 13.5. IL PROBLEMA: LE LISTE D'ATTESA IN SANITÀ - 13.6. CONCLUSIONI, DEFINIZIONI OPERATIVE E PROPOSTE.

Laura Corradi

SALUTE E AMBIENTE. DIVERSITÀ E DISUGUAGLIANZE SOCIALI

CAROCCHI, ROMA, 2008, PP. 136, € 12,80 - ISBN 9788843045754

Questo volume ha per oggetto le differenze e le disuguaglianze nella salute. Non solo quelle relative al trattamento sanitario, spesso purtroppo alla ribalta delle cronache. L'interrogativo principale da cui muove riguarda il perché ci si ammala, ovvero i modi in cui viene messa in pericolo la nostra salute e come i fattori di rischio siano distribuiti in maniera disuguale. A fare da filo conduttore del libro un'idea-forza: la prevenzione delle cause ambientali di malattia è indispensabile, doverosa e possibile.

INDICE INTRODUZIONE. CHE DIFFERENZA C'È TRA DIVERSITÀ E DISUGUAGLIANZA? - STUDIARE I FONDAMENTI SOCIALI DELLA SALUTE E DELLA MALATTIA - NOTE SULLA STRUTTURA DEL VOLUME - 1. AMBIENTE E RISCHI PER LA SALUTE - 1.1. ESPOSIZIONE E STILI DI VITA - 1.2. ISTRUZIONE, POVERTÀ E SALUTE - 1.3. LA SALUTE IN CARCERE - 2. CLASSE, LAVORO E SALUTE - 2.1. PRECARIETÀ E SALUTE - 2.2. MIGRANTI E SALUTE - 2.3. LA SALUTE DELLE LAVORATRICI - 3. DIVERSITÀ E DISUGUAGLIANZE DI GENERE NELLA SALUTE - 3.1. DONNE, VIOLENZA E SALUTE MENTALE - 3.2. LA SALUTE DELLE IMMIGRATE - 3.3. GENERE E FARMACI - 4. LE DIFFERENZE DI ETÀ, RELIGIONE, SESSUALITÀ - 4.1. SALUTE E RELIGIONE - 4.2. SALUTE E ORIENTAMENTI SESSUALI - 4.3. LA SALUTE NELL'INFANZIA, NELL'ADOLESCENZA E NELL'INVECCHIAMENTO - 5. ETNIA, RAZZA E CULTURA - 5.1. IL RAZZISMO OCCUPAZIONALE E AMBIENTALE. 5.2. LA SALUTE NEL TERZO MONDO - 5.3. LE DIFFERENZE GEOGRAFICHE - 5.4. RURALE VERSUS URBANO - CONCLUSIONI - SUL NESSO TRA CORPO E AMBIENTE SOCIALE - BIBLIOGRAFIA - INDICE ANALITICO.

Angela Genova

LE DISUGUAGLIANZE NELLA SALUTE. POLITICHE E GOVERNANCE IN ITALIA E IN EUROPA

CAROCCHI, STUDI ECONOMICI E SOCIALI, ROMA, 2008, PP. 228, € 23,50 - ISBN 9788843043866

I contesti sociali e le politiche pubbliche modellano i corsi di vita degli individui delineando condizioni di salute disuguali e diverse capabilities. Cosa sono le disuguaglianze nella salute

e quali sono le principali politiche per contrastarle? Il volume propone una risposta a queste domande analizzando in prospettiva storica comparata le politiche per la tutela della salute in Europa e Italia. Si focalizza sulle disuguaglianze sociali e territoriali, delineandone il quadro teorico concettuale e analizzandone alcuni indicatori. Adotta una prospettiva di analisi attenta al contesto in cui le politiche e le disuguaglianze si modellano, proponendo una nuova categoria analitica: quella degli «health regime», caratterizzati da modelli di governance e processi di riorganizzazione territoriale (rescaling) diversi. Riconosce la necessità di una integrazione fra le politiche di welfare, ma evidenzia il rischio di una conseguente deresponsabilizzazione dei singoli attori nel contrastare le disuguaglianze.

INDICE INTRODUZIONE. SALUTE E MALATTIA: IL CONTESTO - 1. SALUTE E MALATTIA NELLE SOCIETÀ: UNO SGUARDO STORICO - 1.1. LE GRANDI RELIGIONI E LE REGOLE PER LA SALUTE - 1.2. LA GESTIONE DELLA MALATTIA NEL MONDO ANTICO - 1.3. SALUTE E DISUGUAGLIANZE NEL MEDIOEVO - 1.4. SALUTE E INTERESSI ECONOMICI E POLITICI: POLITICHE PER LA SALUTE FRA CINQUECENTO E SETTECENTO - 1.5. LA SCOPERTA DELLE DISUGUAGLIANZE E L'ETÀ D'ORO DELLA SALUTE PUBBLICA - 1.5. LO SGUARDO STORICO E LA LEZIONE APPRESA - 2. POLITICHE PER LA SALUTE E WELFARE STATE IN PROSPETTIVA STORICA - 2.1. LA STORIA DEL WELFARE STATE: FASI E DINAMICHE DI RIFORMA - 2.2. IL PERIODO DI ESPANSIONE DELLE POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE - 2.3. POLITICHE SANITARIE DALLA FINE DEGLI ANNI SETTANTA AI NOSTRI GIORNI: PRINCIPI E ATTORI - 3. I DETERMINANTI E LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE - 3.1. I DETERMINANTI DI SALUTE - 3.2. LA COSTRUZIONE SOCIALE DEI FATTORI DI RISCHIO - 3.3. IL CONTESTO SOCIOECONOMICO DELLA MALATTIA E LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE - 3.4. LE POLITICHE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DI WELFARE: UN'INTEGRAZIONE NECESSARIA - 4. HEALTH REGIME: CONVERGENZA E DIVERGENZA NEI SISTEMI SANITARI IN EUROPA - 4.1. ANALOGHI BISOGNI, ANALOGHI INTERESSI IN GIOCO MA DIVERSE POLITICHE: I PERCORSI ESPLICATIVI - 4.2. I SISTEMI DI SALUTE: FRA WELFARE REGIME E NUOVI BISOGNI ANALITICI - 4.3. GLI HEALTH REGIME COME STRUMENTI DI ANALISI - 4.5. GLI HEALTH REGIME IN EU: CONVERGENZA E DIVERGENZA - 5. LE POLITICHE PER LA SALUTE IN PROSPETTIVA COMPARATA NEGLI HEALTH REGIME - 5.1. LA DIVISIONE SOCIALE DEL LAVORO DI CURA - 5.2. LA SPESA NELLE POLITICHE PER LA SALUTE - 5.3. CONDIZIONI DI SALUTE E DISUGUAGLIANZE IN EUROPA - 5.4. LA PROTEZIONE DELLA SALUTE IN EUROPA: DISUGUAGLIANZE DI SALUTE FRA GRADIENTE SOCIALE E TERRITORIALE - 6. L'HEALTH REGIME ITALIANO: LIMITI E POTENZIALITÀ DI UN PROCESSO DI RIFORMA - 6.1. IL CASO STUDIO ITALIA - 6.2. LA CONTROVERSA ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - 6.3. LA SVOLTA DEGLI ANNI NOVANTA NELLE POLITICHE PER LA SALUTE: LA RIFORMA DELLA RIFORMA - 6.4. LA RIFORMA TER: CRITICITÀ E POTENZIALITÀ DEL NUOVO SISTEMA SANITARIO - 6.5. LE POLITICHE PER LA SALUTE DEGLI ANNI NOVANTA: CONTESTI ISTITUZIONALI IN TRASFORMAZIONE - 7. LE POLITICHE E LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE IN ITALIA OGGI: UNA PROSPETTIVA REGIONALE COMPARATA - 7.1. LA SALUTE DEGLI ITALIANI IN PROSPETTIVA REGIONALE COMPARATA - 7.2. L'ORGANIZZAZIONE E IL FINANZIAMENTO DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI: SFIDE E PROSPETTIVE - 7.3. PROGRAMMAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE: REGIONI A CONFRONTO - 8. CONCLUSIONI. LA TUTELA DELLA SALUTE: ATTORI, RESPONSABILITÀ E PROSPETTIVE DI ANALISI - 8.1. IL PERCORSO FATTO: IL FILO ROSSO DEL VOLUME - 8.2. RESPONSABILITÀ E LIMITI NELLE POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE IN EU - 8.3. LE CRITICITÀ NELLE NUOVE POLITICHE PER LA SALUTE IN ITALIA - 8.4. POLITICHE DI PREVENZIONE E MODELLI DI GOVERNANCE - 8.5. IL CONTESTO MESO DELLA MALATTIA: L'ANALISI DELLE POLITICHE ATTRAVERSO I MODELLI DI GOVERNANCE - RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Nicolaia Iaffaldano

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ NEI SERVIZI SANITARI

CACUCCI, BARI, 2007, PP. 144, € 15,00

Il tema della qualità correlato a quello della soddisfazione del paziente è tematica di interesse centrale per gli studi di service management e di economia delle imprese. Il punto di vista del cittadino è una guida estremamente valida per valutare se sia stato erogato il servizio sanitario più adeguato. Pertanto, una grande importanza deve essere data al trasferimento di informazioni e di potere ai pazienti per aiutarli a partecipare alle decisioni sul come i servizi vengono erogati e a meglio definirli, per arrivare ad assumere un comportamento più responsabile e partecipativo nel processo di erogazione. L'autore, dopo aver analizzato l'evoluzione delle tematiche sulla qualità, con il supporto di una robusta indagine regionale e avvalendosi di una rigorosa metodologia, evidenzia come la qualità di una prestazione o di un servizio sanitario sia la risultante dell'interazione di più variabili tra loro connesse. Ciò è emerso dalle stesse domande del questionario per i diversi aspetti della qualità che sono stati presi in considerazione – relativamente al ricovero, all'accesso fisico e temporale, ai

tempi d'attesa di una prestazione, agli aspetti connessi alla dimensione relazionale ed interpersonale e al comfort –. Un'indagine sulla patient satisfaction può esprimere interessanti potenzialità per sviluppare forme di dialogo e d'interazione tra rappresentanti dell'offerta e della domanda e può rilevare accuratamente la voce dei pazienti che così partecipano alla definizione e valutazione dei servizi. Perciò i risultati delle indagini hanno rilevanti implicazioni manageriali per la gestione dei reparti ospedalieri.

INDICE PRAFAZIONE - INTRODUZIONE - 1. WELFARE STATE E QUALITÀ DEI SERVIZI ALLA PERSONA - 1.1. WELFARE STATE E QUALITÀ DEI SERVIZI ALLA PERSONA: L'EMERGERE DELLA QUALITÀ NELL'EVOLUZIONE DEL WELFARE STATE - 1.2. IL MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA - 2. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SANITARIA - 2.1. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA - 2.2. I PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI - 2.3. DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA IN BASE AL DPCM 29 NOVEMBRE 2001 - 3. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ NEL SISTEMA SANITARIO - 3.1 GLI ATTRIBUTI DELLA QUALITÀ - 3.2. LA LEGITTIMAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA - 3.3. GLI UTENTI COME SOGGETTI DI PARTECIPAZIONE E VALUTAZIONE - 3.4. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ATTRAVERSO UN SISTEMA DI INDICATORI- 3.5. LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ RELAZIONALE - 3.6. STRUMENTI PER LA RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE - 4. UNA METODOLOGIA DI INDAGINE - 4.1. QUESTIONI METODOLOGICHE DELLA RICERCA VALUTATIVA IN SANITÀ- 4.2. DEFINIZIONE METODOLOGICA DI UN'INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE: IL MONITORAGGIO PER LA GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA - 4.3. RIFERIMENTI LEGISLATIVI - 4.4. I PROTAGONISTI DELL'INDAGINE - 4.5 STRUMENTI DI RILEVAZIONE: QUESTIONARI - 4.6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE - APPENDICE - BIBLIOGRAFIA

Marco Ingrosso (a cura di)

LA SALUTE COMUNICATA. RICERCHE E VALUTAZIONI NEI MEDIA E NEI SERVIZI SANITARI

FRANCO ANGELI, MILANO, 2008, PP. 304, € 24,00

Il volume analizza il campo della comunicazione della salute nell'Italia contemporanea sotto tre angolazioni: la sua diffusione e rilevanza nei nuovi e vecchi media, la sua articolazione e incidenza in ambito pubblico e sanitario, la sua produzione e valutazione in specifiche situazioni operative. L'informazione e comunicazione sanitaria, della salute e del benessere, come potremmo più estesamente definirla, sta assumendo un ruolo sempre più rilevante nel panorama contemporaneo principalmente in ragione della velocità del cambiamento sociale, compreso quello delle organizzazioni e dei servizi sanitari, che richiede un costante aggiornamento e apprendimento per i cittadini e gli operatori. Tale situazione sta facendo emergere una figura nuova: quella del cittadino e paziente attivo e competente che si propone come interlocutore attento e partecipe dei propri percorsi terapeutici e della promozione della salute. Accanto a questa figura incipiente, restano tuttavia ampie fasce di popolazione per le quali alla disuguaglianza economica e posizionale nell'accesso alle risorse sanitarie si aggiunge quella dovuta al digital divide e, ancor più, alla bassa e sempre più penalizzante health literacy (competenza sanitaria), che non permette di avere un utilizzo adeguato della comunicazione mediatica e di servizio, ma più in generale, delle opportunità di cura e prevenzione. I diritti e le esigenze dei cittadini competenti e di quelli svantaggiati pongono quindi un'importante questione di nuovo welfare e di formazione degli operatori in ambito sanitario su cui il ruolo della comunicazione pubblica dovrebbe essere rilevante.

INDICE INTRODUZIONE, DI MARCO INGROSSO - PARTE I. COMUNICARE LA SALUTE NEI MEDIA - 1.1. COMUNICARE LA SALUTE: ANALISI DELL'OFFERTA, DI CARLA COLLICELLI, CONCETTA MARIA VACCARO - 1.2. CONSULENTI E INTERNAUTI: UN'ANALISI DEI MESSAGGI IN ALCUNI SITI SALUTE, DI MARCO INGROSSO, EMANUELA SPAGGIARI, ENRICO MARCHETTI - 1.3. MEDICINA E BENESSERE NEL WEB: UN'INDAGINE SU DUECENTO SITI WEB ITALIANI, DI ENRICO MARCHETTI - 1.4. I PERIODICI DEL BENESSERE: UN'ANALISI DEI CONTENUTI E DEGLI SPAZI PUBBLICITARI, DI MARCO INGROSSO, MIRCO PICCENINI - 1.5. LO SPOT CHE SALVA LA VITA E LA VITA CHE SALVA LO SPOT: PUBBLICITÀ SOCIALI IN ITALIA, DI ADA CATTANEO - 1.6. DATO PER SCONTATO. LA RAPPRESENTAZIONE MEDIATICA DELLA NORMALIZZAZIONE DEL CONSUMO DI SOSTANZE, DI LUCA MORI - PARTE II. LA COMUNICAZIONE NEI SERVIZI: FRA DIRITTI E ORGANIZZAZIONE - 2.1. STATO DI SALUTE, COMUNICAZIONE SANITARIA E DISUGUAGLIANZE SOCIALI: UNA RICERCA A TORINO E IN PIEMONTE, DI SERGIO SCAMUZZI, DARIO PADOVAN, ALFREDO ALIETTI- 2.2. LA COMUNICAZIONE TRANSCULTURALE

NEI SERVIZI SANITARI, DI MARA TOGNETTI BORDOGNA - 2.3. LA SALUTE IN UN'ETICA DELLE DIFFERENZE, DI ANITA GRAMIGNA - 2.4. IL TUMORE COME MALATTIA CRONICA? UN'INDAGINE FRA I MALATI, DI VIRGINIA ROMANO - 2.5. GLI IMMIGRATI E L'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI: DISAMINA DI ALCUNE POSSIBILITÀ OPERATIVE, DI FULVIA SIGNANI - 2.6. IL RUOLO DELLA COMUNICAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE, DI VITO STORNIELLO - 2.7. LA CURA FRA IL DIRE E IL FARE: OSTACOLI E POTENZIALITÀ DI UN'ECOLOGIA DI CARING, DI MARCO INGROSSO - **PARTE III. VALUTAZIONI DI STRUMENTI E DI CASI** - 3.1. INFORMAZIONE SANITARIA E OPPORTUNITÀ DI SCELTA: UNA VALUTAZIONE DELL'INFORMAZIONE SCRITTA PER CITTADINI DIABETICI, DI VITTORIA STURLESE, TIZIANA MANCINI, MARIA AUGUSTA NICOLI - 3.2. LA COMUNICAZIONE PER L'ACCOGLIENZA OSPEDALIERA E LA MEDIAZIONE INTERCULTURALE: L'ESPERIENZA DI FERRARA, DI SANDRA BOMBARDI, MATIAS DE LA CALLE - 3.3. UNA MAPPA AL SERVIZIO DEL MALATO: IL CASO DEL VADEMECUM BERGAMASCO, DI AURORA MINETTI, MARIA GRAZIA AZZOLIN - 3.4. LA MOLTIPLICAZIONE DELLE PRATICHE DISCORSIVE PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE: L'ESPERIENZA DELL'APSS NELLA COMUNICAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI ADRIANO PASSERINI.

Francesco Nicosia

L'OSPEDALE SNELLO. PER UNA SANITÀ A FLUSSO CONTROLLATO E INTENSITÀ DI CURE

FRANCO ANGELI, MILANO, 2008, PP. 111, € 14,00

Sia il valore che il flusso sono entità poco visibili in sanità. Questo è il principale motivo per il quale può non apparire evidente e chiaro il sistema lean production della Toyota. Se poi aggiungiamo a queste due entità lo spreco, allora abbiamo completato il quadro, ma non abbiamo ancora centrato l'obiettivo di conoscere il sistema. Lo spreco bisogna imparare a vederlo, è sotto i nostri occhi, ma non lo vediamo. I clienti che aspettano gli operatori, i medici che aspettano i pazienti, operatori che aspettano altri operatori o il loro prodotto (le risposte di esami non ancora pronti, esami pronti ma non immediatamente guardati, le sale di attesa per pazienti in ambulatorio, gente che aspetta ovunque nei nostri ospedali), spreco di tempo e di spazio che, insieme ad altre categorie di sprechi, disegnano un quadro impressionante di sprechi non corretti perché non visti, o non percepiti come sprechi. Il Sistema Toyota è principalmente considerato un sistema di lotta agli sprechi costante e implacabile. Lo scopo è concentrare le energie aziendali per produrre il massimo valore per il cliente, attraverso un flusso di erogazione del servizio il più snello, efficiente ed economico possibile. Il volume offre un sistema di comprensione dei principi del sistema lean; la conoscenza delle tecniche; una visione del campo di azione in ambito sanitario ospedaliero; linee guida per agire senza perdite di tempo; quattro esempi di attività ospedaliera a flusso orizzontale; l'applicazione del modello ad intensità di cure. Le risposte che si trovano in questo volume fanno acquisire le tecniche organizzative applicate alla sanità; fanno vedere gli sprechi dove prima non si vedevano, per poterli eliminare; consentono di sperimentare assetti appropriati alla realtà del proprio ambiente di lavoro con esempi pratici e reali; sono la base per eliminare i conflitti interprofessionali; insegnano ad applicare tecniche di miglioramento bottom up; consentono miglioramenti inaspettati anche solo dopo 3 riunioni; aprono la visione dei processi per sostituire la logica degli stessi con quella dei flussi; favoriscono la sperimentazione di nuovi assetti. Anche se questo volume non è un manuale per la qualità o per l'accreditamento, dopo averlo letto, si tende a velocizzare il miglioramento della qualità operativa nella propria realtà.

INDICE INTRODUZIONE, DI ADRIANO LAGOSTENA - CAPITOLO 1. L'OSPEDALE DEL FUTURO - 1.1. LA STRUTTURA - 1.2. LA TECNOLOGIA - 1.3. LE FUNZIONI - 1.4. L'ORGANIZZAZIONE - 1.5. LA FORMAZIONE - 1.6. I PERCORSI ASSISTENZIALI - CAPITOLO 2. IL SISTEMA LEAN PER GLI OSPEDALI - 2.1. I PRINCIPI - 2.2. LE TECNICHE - 2.3. VEDERE GLI SPRECHI - 2.4. CAPIRE I VANTAGGI DELLA NATURA DEL SERVIZIO SANITARIO - 2.5. PER INIZIARE - 2.6. MOLTO DA FARE, PER CONTINUARE - 3. TECNICHE LEAN PER I PROFILI CHIRURGICI - 3.1. CHIRURGIA DEL COLON E UROLOGIA - 3.2. CHIRURGIA PROTETTESICA DI GINOCCHIO - 4. TECNICHE LEAN PER I PERCORSI - 4.1 PDTA FRATTURA FEMORE - 3.2. PERCORSI DEL DOLORE CRONICO. IL DOLORE LOMBARO - 5. ORIENTARE IL FLUSSO DEI PAZIENTI A INTENSITÀ DI CURE - 5.1. LIVELLI DI INTENSITÀ DI CURA - 5.2. FLUSSO DEI PAZIENTI E DEI MATERIALI - 5.3. MOBILITÀ DEGLI SPECIALISTI E NUOVI RUOLI FRA I LIVELLI DI CURA - 5.4. LA DAY SURGERY (L'ESEMPIO) - 5.5. UN PIANO D'AZIONE - 6. CONCLUSIONI - BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Fabio Pammolli, Nicola C. Salerno

LA SANITÀ IN ITALIA

AREL, IL MULINO, BOLOGNA, 2008, PP. 192, € 15,00

In tutti i Paesi ad economia e welfare sviluppati, la spesa sanitaria è tra le voci di spesa sociale, quella che nelle prossime decadi farà registrare la crescita più intensa in termini di Pil, e soprattutto più soggetta ad alea per la presenza di fattori il cui impatto è difficilmente quantificabile. La possibilità che, senza interventi di policy, l'incidenza sul Pil al 2050 arrivi a più che raddoppiarsi è segnalata dal differenziale positivo che, storicamente, i tassi di crescita della spesa hanno fatto registrare rispetto al tasso di crescita del Pil. A questo si aggiungono le difficoltà che stanno sperimentando tutti i Programmi di stabilità europei – in particolare quello italiano – registrando nel breve periodo incrementi inattesi di ordine di grandezza significativi rispetto agli incrementi proiettati a cinquant'anni. Di fronte a queste proiezioni di spesa, la stabilizzazione della spesa pubblica sul Pil ai livelli correnti implica riduzioni significative della copertura pubblica, con conseguente implicito affidamento della domanda al finanziamento privato: per l'Italia il coverage del Ssn è proiettato in riduzione dall'attuale 75% a meno del 50% nel 2050. In questo scenario si rende necessario e indispensabile definire una governance in grado di combinare, sulla base di scelte positive, l'obiettivo della stabilità finanziaria con quello dell'adeguatezza/equità delle prestazioni. Tre i grandi snodi di policy: la riorganizzazione federalista dello stato; il rinnovamento degli strumenti di regolazione lato offerta e lato domanda, parte del più generale coordinamento di policy tra Stato e Regioni; lo sviluppo dei pilastri privati complementari, come tassello di un sistema in grado di rispondere meglio ai due obiettivi di sostenibilità e adeguatezza-equità.

INDICE NOTA INTRODUTTIVA - PREFAZIONE - INTRODUZIONE - PARTE PRIMA. DINAMICHE DI SPESA, VINCOLI MACROECONOMICI, ISTITUZIONI - 1. LE DINAMICHE DI SPESA SANITARIA. L'ITALIA NEL CONTESTO INTERNAZIONALE - 2. LA GOVERNANTE DELLA SPESA SANITARIA NELLA FINANZA PUBBLICA FEDERALISTA - 3. I PILASTRI PRIVATI IN SANITÀ - PARTE SECONDA. ISTITUZIONI E VARIABILITÀ REGIONALE DELLA SPESA: UN ESEMPIO DELLA FARMACEUTICA - 1. CHE COSA SPIEGA LA VARIABILITÀ INTERREGIONALE? - 2. INDICAZIONI PER LA GOVERNANTE DELLA SPESA FARMACEUTICA - CONCLUSIONI - BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO - NOTIZIE SUGLI AUTORI - PUBBLICAZIONI AREL

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

BARRETTA A., RUGGIERO P.

Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian health-care sector: What the basis for this PPP?

Health Policy, 2008, 88(1), pp. 15-24

CAREY K., BURGESS J.F. JR, YOUNG G.J.

Specialty and Full-Service hospitals: a comparative cost analysis

Health Services Research, 2008, 43(5 pt 2), pp. 1869-87

FLORES G., KRISHNAKUMAR J., O'DONNELL O., VAN DOORSLAER E.

Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditure and poverty

Health Economics, 2008, 17(12), pp. 1393-1412

NICHOLSON S., PAULY M.V., WU A.Y.J., MURRAY J.F., TEUTSCH S.M., BERGER M.L.

Getting real performance out of pay-for-performance

Milbank Quarterly, 2008, 86(3), pp. 435-57

NYMAN J.

Health insurance theory: the case of the missing welfare gain

The European Journal of Health Economics, 2008, 9(4), pp. 369-80

VAN HOUTVEN G.

Methods for Meta-Analysis of Willingness-to-Pay Data

Pharmacoeconomics, 2008, 26(11), pp. 901-910

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

CARRERA P.M., SIEMENS K.K., BRIDGES J.F.P.

Health care financing reforms in Germany: the case for rethinking the evolutionary approach to reforms

Journal of Health Politics, Policy and Law, 2008, 33(5), pp. 979-1005

COYNE J.S., SINGH S.G.

The early indicators of financial failure: a study of bankrupt and solvent health systems

Journal of Healthcare Management, 2008, 53(5), pp. 333-45

DEVINE K., EALEY T., O'CLOCK P.

A framework for cost management and decision support across health care organizations of varying size and scope

Journal of Health Care Finance, 2008, 35(2), pp. 63-75

GRAVELLE H., SICILIANI L.

Ramsey waits: Allocating public health service resources when there is rationing by waiting

Journal of Health Economics, 2008, 27(5), pp. 1143-54

LOUIS D., TARONI F., MELOTTI R., RABINOWITZ C., VIZIOLI M., FIORINI M., GONNELLA J.

Increasing appropriateness of hospital admissions in the Emilia-Romagna Region of Italy

Journal of Health Services Research & Policy, 2008, 13(4), pp. 202-208

ECONOMIA DEL FARMACO

BAKER D.

The benefits and savings from publicly funded clinical trials of prescription drugs

International Journal of Health Services, 2008, 38(4), pp. 731-50

BEKKERING G.E., KLEIJNEN J.

Procedures and methods of benefit assessment for medicines in Germany

The European Journal of Health Economics, 2008, 9(S1), pp. s5-s29

CLEMENTE J., MARCUELLO C., MONTANES A.

Pharmaceutical expenditure, total health-care expenditure and GDP

Health Economics, 2008, 17(10), pp. 1187-1206

COOPER R., ANDERSON C., AVERY T., BISSELL P., GUILLAUME L., HUTCHINSON A., LYMN J., MURPHY E., RATCLIFFE J., WARD P.

Stakeholders' views of UK nurse and pharmacist supplementary prescribing

Journal of Health Services Research & Policy, 2008, 13(4), pp. 215-21

MASSIMINO F.

Brevi osservazioni in materia di regolamentazioni regionali e giurisprudenza sul prezzo di riferimento dei farmaci

Sanità pubblica e privata, 2008, 6, pp. 24-36

ZARIC G.S.

Optimal drug pricing, limited use conditions and stratified net benefits for Markov models of disease progression

Health Economics, 2008, 17(11), pp. 1277-94

WAGNER T.H., HEISLER M., PIETTE J.D.

Prescription drug co-payments and cost-related medication underuse

Health Economics, Policy and Law, 2008, 3(1), pp. 51-67

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

BOERNER S., DÜTSCHKE E.

The impact of charismatic leadership on followers' initiative-oriented behavior: a study in German hospitals

Health care management review, 2008, 33(4), pp. 332-40

HEIJINK R., NOETHEN M., RENAUD T., KOOPMANSCHAP M., POLDER J.

Cost of illness: an international comparison Australia, Canada, France, Germany and The Netherlands

Health Policy, 2008, 88(1), pp. 49-61

IVERSEN T.

An exploratory study of associations between social capital and self-assessed health in Norway

Health Economics, Policy and Law, 2008, 3(pt 4), pp. 349-64

LEGA F.

Lights and shades in the managerialization of the Italian National Health Services

Health Services Management Research, 2008, 21(4), pp. 248-261

OBERMANN K., JOWETT M.R., TALEON J.D., MERCADO M.C.

Lessons for health care reform from the less developed world: the case of the Philippines

The European Journal of Health Economics, 2008, 9(4), pp. 343-49

PALMIERI A., MASCIA D.

Un'analisi organizzativa dei modelli istituzionali per l'integrazione sociosanitaria

Politiche sanitarie, 2008, 9(2), pp. 61-77

VRANGBÆK K.

Public-Private Partnership in the health sector: the Danish experience

Health Economics, Policy and Law, 2008, 3(2), pp. 141-163

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

BENEDETTO M.

La valutazione delle dirigenze nelle aziende sanitarie locali: un framework di riferimento

Sanità Pubblica e Privata, 2008, (5), pp. 53-64

LANTZ P.

Gender and leadership in healthcare administration: 21st century progress and challenges

Journal of Healthcare Management, 2008, 53(5), pp. 291-301

NOORDEGRAAF M., VAN DER MEULEN M.

Professional power play: organizing management in health care

Public Administration, 2008, 86(4), pp. 1055-69

TUCKER A.L., SINGER S.J., HAYES J.E., FALWELL A.

Front-Line staff perspectives on opportunities for improving the safety and efficiency of hospital work system

Health Services Research, 2008, 43(5 pt 2), pp. 1807-29

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

FOGLIA E., PORAZZI E., RESTELLI U., RUFFINI R.

Rapporto tra costi amministrativi e sanitari: proposta di un indicatore di performance per Aziende ospedaliere e sanitarie locali

Sanità pubblica e privata, 2008, 6, pp. 46-54

KRALEWSKI J.E., DOWD B.E., COLE-ADENIYI T., GANS D., MALAKAR L., ELSON B.

Factors influencing physician use of clinical electronic information technologies after adoption by their medical group practices

Health care management review, 2008, 33(4), pp. 361-7

MANTOVANI L.G., OLIVIERI D., PATARNELLO F., BAMFI F., FRIZZO V., PITRELLI A., SCUDELLARI F.

Mappatura dei database amministrativi e sanitari italiani: il Progetto AIDA (Atlante Italiano Database Amministrativi)

Tendenze Nuove, 2008, (4), pp. 449-480

MASINI M., OTTOLINI C., FOGLIA E., CRUGNOLA R.

Balanced Scorecard: un'esperienza applicativa vincente

Sanità Pubblica e Privata, 2008, (5), pp. 71-80

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

FREEMANTLE N.

Biostatistical aspects for the use of evidence based medicine in health technology assessment

The European Journal of Health Economics, 2008, 9(s1), pp. s31-s43

GRUTTERS J.P.C., JOORE M.A., VAN DER HORST F., STOKROOS R.J., ANTEUNIS L.J.C.

Decision-analytic modelling to assist decision making in organizational innovation: the case of shared care in hearing aid provision

Health Services Research, 2008, 43(5 pt 1), pp. 1662-73

HARTZ S., JOHN J.

Contribution of economic evaluation to decision making in early phases of product development: a methodological and empirical review

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2008, 24(4), pp. 465-472

JENA A.B., PHILIPSON T.J.

Cost-effectiveness analysis and innovation

Journal of Health Economics, 2008, 27(5), pp. 1224-36

VALUTAZIONI ECONOMICHE

BLEICHRODT H., FILKO M.

New tests of QALYs when health varies over time

Journal of Health Economics, 2008, 27(5), pp. 1237-49

DRUMMOND M.F.

Challenges in the economic evaluation of orphan drug
Eurohealth, 2008, 14(2), pp. 16-17

HUBER H.

Decomposing the causes of inequalities in health care use: a micro-simulation approach
Journal of Health Economics, 2008, 27(6), pp. 1608-1613

SUN X., FAUNCE T.

Decision-analytical modelling in health-care evaluations
The European Journal of Health Economics, 2008, 9(4), pp. 313-23

VAN DEN BERG B., AL M., VAN EXECEL J., KOOPMANSCHAP M.,
BROUWER W.

Economic evaluation of informal care: conjoint analysis applied in a heterogeneous population of informal caregivers
Value in Health, 2008, 11(7), pp. 1041-50

Costo dell'abbonamento per l'anno 2009: € 300,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (Intesa San Paolo, ag. n. 59 Roma, IBAN: IT37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2009 è fissato in:

€ 300,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del	3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del	5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del	10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del	15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2009 per l'estero è fissato come segue: € 300,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 400,00, per il resto del mondo (più spese postali).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556)	€ 280,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 280,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 280,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 280,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 280,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 280,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 280,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 280,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 280,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 280,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 300,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 300,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 300,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 300,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 300,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 300,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688)	€ 300,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 4.165,00, anziché € 4.900,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.