

L'AZIENDALIZZAZIONE DELLA SANITÀ IN ITALIA: RAPPORTO OASI 2008

A cura di Eugenio Anessi Pessina, Elena Cantù, Clara Carbone, Francesca Lecci

EXECUTIVE SUMMARY

1. Introduzione

Il rinnovamento dei sistemi sanitari continua a essere un importante oggetto di dibattito politico e scientifico, a livello nazionale e internazionale. Continua, infatti, la ricerca di soluzioni che soddisfino finalità almeno in parte contraddittorie: efficacia e qualità, efficienza e contenimento dei costi, equità, libertà di scelta. Con l'istituzione, nel 1998, dell'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI), il CERGAS dell'Università Bocconi ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nella sanità italiana, prendendo spunto da due presupposti:

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

Rispetto al primo presupposto, il Rapporto OASI 2008 (che rappresenta il nono Rapporto Annuale di OASI) si caratterizza per un particolare sforzo di utilizzo delle banche dati nazionali esistenti (per esempio il database SDO e il Conto Annuale del Personale della Ragioneria Generale dello Stato). Si tratta di banche dati molto ricche e articolate, ma spesso sottoutilizzate. Il loro impiego, tra l'altro, può contribuire significativamente al miglioramento della loro completezza e attendibilità: più i dati saranno usati per analisi e comparazioni, più aumenterà l'attenzione verso le fasi di progettazione e rilevazione e, in ultima analisi, migliore sarà la loro qualità. Nel Rapporto, le analisi sulle banche dati nazionali si integrano con gli altri strumenti di ricerca solitamente utilizzati da OASI (analisi documentale, studi di casi singoli e comparati, interviste e *survey* a diversi profili regionali e aziendali). Quanto al secondo presupposto, va segnalato il nuovo sito del CERGAS (www.cergas.unibocconi.it), completamente rinnovato nell'estate 2007 e arricchito, tra l'altro, da una sezione che presenta i principali dati del SSN e che permette di accedere ai file di tutti i Rapporti OASI, organizzati sia per anno che per temi.

Come impostazione metodologica di fondo, OASI indaga il sistema sanitario secondo l'approccio economico-aziendale. Pare quindi opportuno richiamare alcuni elementi distintivi di tale approccio.

- La pubblica amministrazione (o qualunque suo sottosistema, compreso quello sanitario, che peraltro è composto da aziende sia pubbliche che private) è definita non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia. Dal punto di vista interpretativo, la funzionalità complessiva del sistema dipende quindi dai livelli di funzionalità di ciascuna azienda e dall'interazione tra le diverse aziende. Dal punto di vista normativo, analogamente, la funzionalità complessiva del sistema si può migliorare modificando le modalità di funzionamento delle singole aziende e mettendole in grado di migliorare i propri risultati, nel rispetto delle proprie specificità organizzative, gestionali e di ambiente. Anche nella definizione delle politiche pubbliche non bisogna imporre comportamenti uniformi: bisogna invece creare le condizioni e fornire gli incentivi perché le singole aziende migliorino le proprie modalità di funzionamento.
- L'aziendalizzazione non va intesa come negazione dell'autonomia professionale o della centralità del paziente, né come minimizzazione dei costi, né tanto meno come massimizzazione dei «profitti». È invece un approccio logico che richiede a ogni istituto, quindi anche alle aziende sanitarie, di perseguire le proprie finalità e di soddisfare le aspettative dei propri portatori di interessi (*stakeholder*) utilizzando al meglio le risorse disponibili, quindi di: (i) ricercare continuamente modalità alternative di acquisizione e

di impiego delle risorse per non dover ridurre i bisogni soddisfatti e, anzi, per poterli ampliare; e di (ii) verificare continuamente che i bisogni a cui vengono destinate le risorse siano quelli più rilevanti.

- La teoria aziendale si fonda su alcune proposizioni generali che valgono per tutte le classi di aziende, ma che vanno poi declinate in concetti e strumenti propri delle singole classi. Logiche e metodi sviluppati nel tradizionale contesto d'impresa non possono quindi essere acriticamente trasferiti alle aziende sanitarie.

Fatte queste premesse, il § 2 sintetizza metodi e contenuti dei singoli capitoli del Rapporto OASI 2008. I due successivi paragrafi presentano invece le principali caratteristiche del SSN e dei SSR: in particolare il § 3 illustra gli assetti di sistema, mentre il § 4 riassume risorse strutturali, servizi erogati, livelli di finanziamento e di spesa. Il § 5, infine, offre una lettura interpretativa delle tendenze in atto.

2. Metodi e contenuti

Come è ormai tradizione, il Rapporto OASI 2008 si articola in cinque parti: il quadro di riferimento, i sistemi sanitari regionali, l'assetto istituzionale e le combinazioni economiche, l'organizzazione, la rilevazione. La Tabella 1 presenta sinteticamente autori, metodi e contenuti dei singoli capitoli.

Tabella 1. Autori, metodi e contenuti del Rapporto OASI 2008

Cap.	Titolo	Autori	Contenuto	Metodi	Oggetto di analisi
	Prefazione	Borgonovi e Longo			
I. Il quadro di riferimento					
1	Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati	Anessi Pesina e Cantù			
2	La struttura del Servizio Sanitario Nazionale	Carbone, Lecci e Liotta	Risorse utilizzate (es. personale, posti letto), output prodotti (es. numero di prestazioni) e outcome conseguiti (es. grado di soddisfazione dei pazienti) dalle aziende sanitarie	Elaborazione di dati ministeriali e dati raccolti con schede inviate a tutte le regioni	Tutte le regioni e aziende
3	La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione	Jommi e Lecci	Spesa sanitaria pubblica e privata a livello internazionale, nazionale, regionale. Disavanzi a livello nazionale e regionale, con relative misure regionali di copertura. Piani di Rientro	Elaborazioni su database OCSE, Relazione generale sulla situazione economica del paese, dati Ministero della salute	Tutte le regioni. Confronto con paesi UE e principali paesi extra-UE
4	Lo sviluppo dell'Health Technology Assessment in Italia: contenuti, approcci e riferimenti internazionali	Cavallo, Fattore e Tarricone	Definizione, contenuti, criticità dell'HTA. Assetti istituzionali e funzioni svolte in alcuni sistemi sanitari europei	Analisi documentale	Italia, Francia, Germania, Regno Unito
II. I sistemi sanitari regionali					
5	Le reti ospedaliere dei SSR: un'analisi comparativa	Bensa, Carbone e Lega	Descrizione delle reti ospedaliere regionali in termini di dimensioni delle strutture di ricovero, prestazioni erogate, concentrazione dell'offerta per discipline	Elaborazione dati SDO 2005	Tutte le regioni
6	Processi di accentrimento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto	Brusoni, Cappellaro e Marsilio	Proposta di un sistema di valutazione dei processi di centralizzazione di acquisti e altre funzioni tecnico-amministrative che includa indicatori sia economico-finanziari, sia organizzativi e strategici. Applicazione a due casi	Analisi letteratura internazionale e studio di casi	2 casi regionali: - AVEN (Associazione Area Vasta Emilia Nord) - CSC (Centro Servizi Condivisi) del Friuli Venezia Giulia

7	Composizione e retribuzioni del personale SSN nel 2006	De Pietro e Filannino	Composizione professionale e organizzativa dell'organismo personale e retribuzioni medie delle diverse figure professionali operanti all'interno dei SSR	Elaborazioni su dati del Conto Annuale del Personale della RGS, 2006	Tutte le regioni tranne Mol e Cal
8	I nuovi accordi integrativi regionali con la Medicina Generale	Galli e Vendramini	Coerenza tra obiettivi degli Accordi Integrativi Regionali (AIR), grado di rilevanza degli stessi e strumenti previsti per perseguirli	Analisi degli AIR siglati fra marzo 2007 e marzo 2008	7 Regioni: Lom, Tn, Mar, Pug, Bas, Sic, Sar
III. Assetti istituzionali e combinazioni economiche					
9	La mobilità delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie	Carbone	Analisi del turn-over dei direttori generali delle aziende sanitarie. Analisi preliminare del turn-over dei direttori amministrativi e sanitari	Elaborazioni su database OASI dei DG, DA e DS	Tutte le regioni e le aziende
10	Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari	De Pietro e Prenestini	Ruolo e funzionamento dei Collegi di direzione e dei Consigli dei sanitari	Analisi di casi aziendali attraverso materiale documentale e interviste semi-strutturate (un componente della direzione strategica, un componente del Consiglio dei sanitari, il responsabile di una funzione amministrativa o di staff coinvolta nella gestione amministrativa degli incontri di tali organismi)	3 Aziende: AO Pordenone, ASL Alessandria, ASL Empoli
11	La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento	Bensa, Prenestini e Villa	Proposta di un approccio di analisi innovativo per affrontare i problemi della logistica del paziente in ospedale	Presentazione di un percorso di analisi e dei relativi strumenti, con esemplificazione tramite dati aziendali	Aziende che partecipano al «Laboratorio sulla Logistica del Paziente»
12	Traiettorie di cambiamento nelle RSA: analisi di cinque casi lombardi	Fosti, Sicilia e Tanzi	Analisi delle scelte di riposizionamento delle aziende che gestiscono le RSA per anziani e delle modalità con cui tali aziende hanno adottato le logiche e gli strumenti manageriali	Analisi di casi multipli tramite materiale documentale (statuti, bilanci, regolamenti aziendali...) e interviste semi-strutturate al management delle RSA	5 RSA lombarde
IV. L'organizzazione					
13	Il processo di integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca nelle AOU: il caso dell'azienda e dell'università di Parma	Carbone, D'Este, Elefanti, Lega, Tozzi, Vendramini	Analisi delle problematiche degli «ospedali di insegnamento», con particolare riferimento all'integrazione delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca tramite l'introduzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata	Analisi di un caso	Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma
14	Soluzioni aziendali e competenze emergenti per la gestione del rischio e della sicurezza	Brunsoni e Trincherò	Analisi di esperienze aziendali innovative per la gestione del rischio e della sicurezza in ambito ospedaliero, al fine di individuare trend emergenti in termini sia di modelli organizzativi, sia di competenze	Interviste al direttore sanitario e al referente aziendale della gestione del rischio e della sicurezza	Tutte le AO di Pie, Lom, Ven, FVG, Lig, EmR Tos; presidio ospedaliero di TN
V. La rilevazione					
15	La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in Sanità	Bergamaschi e Lecci	Caratteristiche del sistema degli indicatori adottato dalle aziende sanitarie a supporto dei sistemi di programmazione e controllo e fabbisogni informativi a cui tali indicatori danno risposta, con focus su specifici centri di responsabilità	Questionario postale inviato nell'aprile 2008 a tutti i responsabili del Controllo di Gestione delle aziende sanitarie pubbliche	Tasso di risposta: 18% (AO 18,9%, ASL 17,2%)
16	Il project finance: quali lezioni dalle esperienze internazionali?	Amatucci, Hellowell e Vecchi	Mappatura delle operazioni di PF in sanità in Italia. Approfondimento di alcuni casi aziendali. Analisi critica di esperienze internazionali	Mappatura nazionale e analisi internazionale tramite materiale documentale. Approfondimento tramite analisi di casi multipli	7 ASL e AO 4 esperienze internazionali (Regno Unito, Francia, Spagna, Portogallo)

3. I principali risultati: assetti di sistema

In un sistema sanitario sempre più regionalizzato, gli assetti di sistema si possono descrivere a partire dai principali strumenti di governo di cui le regioni dispongono in quanto «capogruppo» del SSR. Più specificamente, le regioni devono:

- Stabilire la struttura del gruppo in termini di combinazioni economiche con autonomia giuridica ed economica (le aziende del gruppo). Rispetto a questo tema, va innanzi tutto sottolineato come l'ormai riaffermata attenzione verso le iniziative di «ingegneria istituzionale» renda meno significativo descrivere l'assetto dei SSR in termini delle loro «classiche» aziende pubbliche (ASL e AO), equiparate, private accreditate. La Tabella 2 sintetizza comunque l'evoluzione di ASL e AO dai primi anni Novanta ad oggi, nonché le principali caratteristiche dimensionali di ASL e AO nelle diverse regioni, evidenziando in particolare: (i) la riduzione nel numero delle ASL, che sono attualmente 154 e sempre più spesso hanno un ambito di riferimento provinciale, se non addirittura regionale – le ASL sub-provinciali restano la norma anche al di fuori delle grandi aree metropolitane soltanto nel Veneto e in Campania tra le regioni grandi, in Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Abruzzo tra le più piccole; (ii) l'eterogeneità interregionale per numero e dimensione media delle ASL stesse; (iii) l'eterogeneità interregionale per numero e dimensione media delle AO, che condiziona tra l'altro il numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e quindi l'estensione dei meccanismi di «quasi mercato». La Tabella 3 sintetizza invece tutte le principali innovazioni istituzionali, includendo non solo l'accorpamento e scorporo di ASL e AO, ma anche la creazione di nuovi soggetti giuridici e gli interventi sui meccanismi che legano le diverse aziende (programmazione, contrattazione, coordinamento a livello di «area vasta»).
- Ridisegnare il proprio apparato amministrativo, anche attraverso l'eventuale istituzione di un'Agenzia Sanitaria Regionale.
- Tracciare le politiche e le regole complessive del sistema attraverso la definizione dei PSR, dei sistemi di programmazione e controllo di gruppo, dei sistemi di finanziamento della spesa corrente e degli investimenti, dei sistemi di accreditamento istituzionale.
- Tracciare le politiche di governo in specifici ambiti di attività (medicina generale, assistenza farmaceutica ecc.).
- Definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi ecc.). Qui si confermano, con particolare riferimento alla figura del direttore generale (DG), le difficoltà legate alla breve durata effettiva del mandato (nel periodo 1996-2008 la media nazionale è stata di 3 anni e 7 mesi: Tabella 4) e all'occasionalità della nomina (il 50% delle persone che hanno ricoperto l'incarico di DG sono rimaste in carica, in una o più aziende, per un massimo di 3 anni: Figura 1), seppur con qualche miglioramento rispetto al passato (nel 2003 i valori erano rispettivamente 3,2 anni e 55%).
- Progettare norme generali per l'organizzazione, il funzionamento e la contabilità delle aziende.

Tabella 2. Evoluzione nel numero di ASL e AO e loro dimensioni medie (2008)

	ASL						AO				
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/08	Popolazione media 2008	N. medio presidi a gest. diretta* 2008	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta* 2006	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/08	N. medio stabilimenti AO** 2008	PL utilizzati medi per AO 2006	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2006
Piemonte	63	22	13	334.833	3,5	145	7	8	2,0	592	296
Val d'Aosta	1	1	1	124.812	1,0	427	-	0			-
Lombardia	84	44	15	636.363	0,1	210	16	29	3,3	737	220
Bolzano	4	4	1	487.673	7,0	243	-	0			-
Trento	11	1	1	507.030	11,0	145	-	0			-
Veneto	36	22	21	227.312	2,7	183	2	2	1,5	1.487	991
Friuli V. G.	12	6	6	202.100	1,3	106	3	3	2,0	763	382
Liguria	20	5	5	321.576	2,0	284	3	3	1,0	747	747
Emilia R.	41	13	11	383.933	3,5	234	5	5	1,0	1.030	1.030
Toscana	40	12	12	303.184	2,2	222	4	4	1,0	876	876
Umbria	12	5	4	218.242	2,3	132	2	2	1,5	597	398
Marche	24	13	1	1.536.098	31,0	104	3	2	2,0	592	296
Lazio	51	12	12	457.776	4,6	135	3	4	1,8	831	475
Abruzzo	15	6	6	218.300	3,8	188					-
Molise	7	4	1	320.074	6,0	188					-
Campania	61	13	13	445.399	3,0	128	7	8	1,1	508	451
Puglia	55	12	6	678.312	4,5	295	4	2	1,0	1.079	1.079
Basilicata	7	5	2	295.669	6,5	92	1	1	2,0	758	379
Calabria	31	11	6	333.009	5,0	90	4	4	2,3	426	189
Sicilia	62	9	9	557.429	5,6	86	16	17	1,5	349	237
Sardegna	22	8	8	207.430	3,6	167	1	1	1,0	524	524
ITALIA	659	228	154	383.969	3,4	160	81	95	2,1	664	322

* Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Dlgs 502/92). ** Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti.

Fonte: OASI e elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 3. Accorpamenti e scorpori di ASL e AO, nuovi soggetti giuridici, meccanismi che legano le diverse aziende (2002-2008)

Regione	Accorpamenti e scorpori di ASL e AO	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Piemonte	Fusione in 7 ASL di 16 delle 22 ASL esistenti: ASL TO1 per accorpamento di 2 ASL, ASL TO2 per accorpamento di 2 ASL, ASL 3 per accorpamento di 2 ASL, ASL 4 per accorpamento di 2 ASL, ASL 5 per accorpamento di 2 ASL, ASL 10 per accorpamento di 3 ASL, ASL 13 per accorpamento di 3 ASL (2006) Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (2004)	Trasformazione dell'AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette), dell'AO di Novara e dell'AO San Luigi di Orbassano in AO integrate con l'Università	Istituzione di un'area di coordinamento metropolitana (art. 10 c.3 LR 18/2007) Istituzione di aree di coordinamento sovrazonale (art. 23 LR 18/2007) per approvvigionamento di beni e servizi, gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative, organizzazione dei centri di prenotazione, funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area
Lombardia	Costituzione di due AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (2002) Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (2003)	Trasformazione in fondazione dei seguenti IRCCS: Policlinico (Milano), San Matteo (Pavia), Istituto Nazionale dei Tumori (Milano), Besta (Milano) Trasformazione delle AO Spedali civili di Brescia, Fondazione Macchi, San Paolo, Sacco e San Gerardo di Monza in AO integrate con l'Università	Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio
Bolzano	Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige (2007)	Creazione di 4 Comprensori Sanitari (in luogo delle 4 ASL) dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria e soggetti a rendicontazione analitica	
Trento		Istituzione della Centrale Acquisti Mercurio per il negozio elettronico	
Veneto		Trasformazione dell'AO di Padova e dell'AO di Verona in AO integrate con l'Università	Istituzione di 5 «Aree Vaste» con funzione di accentramento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi
Friuli-Venezia Giulia		Trasformazione dell'AO Ospedali Riuniti di Trieste in AO integrata con l'Università Creazione di un Ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi (Centro Servizi Condivisi - CSC) con LR 20/2004 modificata da LR 1/2007 Accorpamento della AO Udine e del Policlinico a gestione diretta di Udine e contestuale trasformazione della nuova azienda in AO integrata con l'Università di Udine	Istituzione di 3 «Conferenze di area vasta» quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle Aziende territoriali, alle Aziende ospedaliere pubbliche e private, all'Istituto Scientifico e al Policlinico universitario che insistono nella stessa area (DGR 3479/2000)
Liguria		Trasformazione dell'AO San Martino in AO integrata con l'Università	Istituzione di 3 «aree ottimali» con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici
Emilia-Romagna	Accorpamento di tre ASL nell'Azienda USL di Bologna (2003)	Trasformazione delle AO Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara, Policlinico di Modena e Ospedali Riuniti di Parma in AO integrate con l'Università	Individuazione di tre «Aree Vaste», le cui aziende dovranno coordinare strategie e processi di acquisto, nonché valutare l'opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale
Toscana		Istituzione di tre «Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta» (ESTAV) - Area Vasta Nord-Ovest, Area Vasta Centro e Area Vasta Sud-Est (artt. 100 ss. LR 40/2005) Avvio di 18 Società della Salute (art. 60 LR 40/2005, in corso di modifica per l'istituzione delle Società della Salute in via definitiva) Trasformazione delle AO Careggi,	Creazione di tre «Comitati di Area Vasta» con funzione di programmazione sanitaria e consolidamento dei bilanci (art. 9 LR 40/2005)

		Pisana, Senese e Meyer in AO integrate con l'Università Trasformazione dell'IRCCS «Stella Maris» Calambrone Pisa in Fondazione	
Marche	Creazione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (2003) Fusione per incorporazione nell'AO Umberto I di altre due AO (2003)		Creazione di cinque Aree Vaste per l'accentrimento dei servizi logistici e amministrativi
Umbria		Istituzione dell'Agenzia «Umbria Sanità» per la gestione integrata delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie e della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali (LR 17/2005 come modificata dalla LR 16/2007)	
Lazio		Trasformazione dell'AO S. Andrea di Roma in AO integrata con l'Università Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I e dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Tor Vergata in AO universitarie integrate con il SSN Trasformazione dell'IRCCS «S. Lucia» in Fondazione	
Molise	Creazione dell'Azienda Sanitaria Regionale Molisana (2005)		
Campania		Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN Trasformazione dell'IRCCS Pascale in Fondazione Trasformazione dell'AO San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona in AO integrata con l'Università Trasformazione dell'IRCCS «Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza » in Fondazione	
Puglia	Soppressione di 4 AO con riaccorpamento dei relativi presidi nelle ASL (2002) Cambiamento di denominazione dell'ASL BA/1 che diviene ASL BAT/1 (Barletta-Andria-Trani) (2006) Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 12 ASL esistenti: ASL BA per accorpamento delle ASL BA/2, BA/3, BA/4, BA/5; ASL FG per accorpamento delle ASL FG/1, FG/2 e FG/3; ASL LE per accorpamento delle ASL LE/1 e LE/2 (2006)	Trasformazione delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari in AO integrate con l'Università Trasformazione degli IRCCS «Oncologico» di Bari e «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte (BA) in Fondazioni	
Calabria	Riassetto del SSR: fusione in 3 ASL di 9 delle 11 ASL esistenti: ASL di Cosenza per accorpamento delle ASL Paola, Castrovillari, Rossano e Cosenza; ASL di Catanzaro per accorpamento delle ASL Lamezia Terme e Catanzaro; ASL di Reggio Calabria per accorpamento delle ASL Locri, Palmi e Reggio Calabria	Trasformazione dell'AO Mater Domini in AO integrata con l'Università	

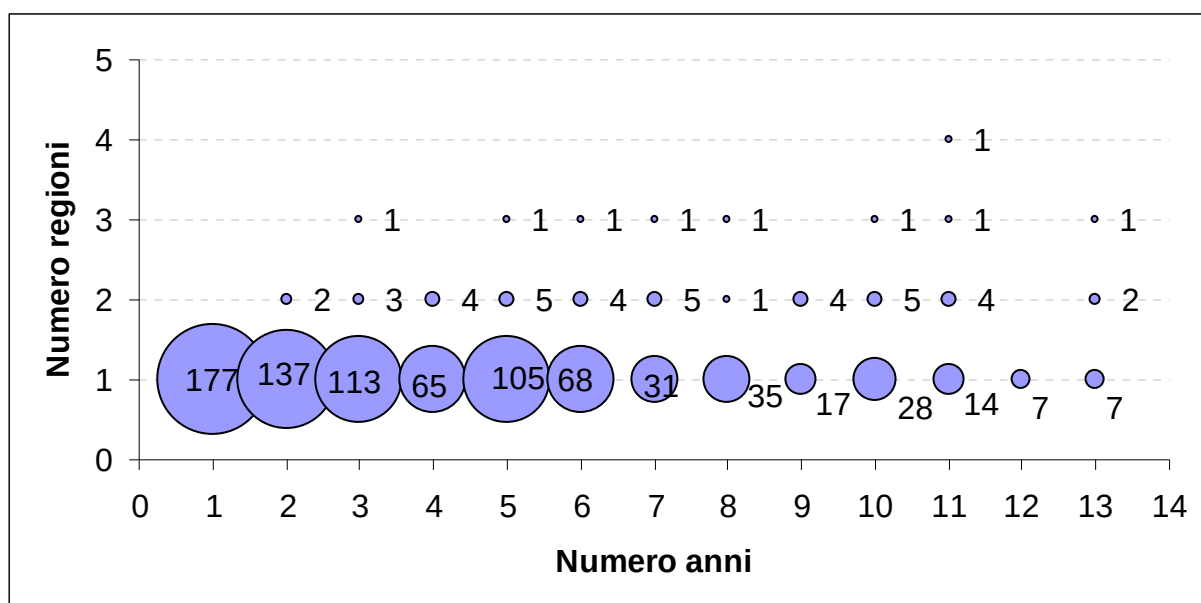
	(2007)		
Basilicata	Riassetto del SSR: creazione di due ASL provinciali (LR 12/2008)		
Sicilia		Trasformazione dei tre Policlinici Universitari a gestione diretta (PA, ME, CT) in AO universitarie integrate con il SSN Trasformazione Azienda Ospedaliero Universitaria Vittorio Emanuele in AO integrata con l'Università	
Sardegna		Trasformazione dei due Policlinici Universitari a gestione diretta (CA e SS) in AO universitarie integrate con il SSN	

Tabella 4. Durata media in carica dei DG in una data azienda, per regione, 1996-2008 (anni)

Regione	AO	ASL	Totale
Abruzzo		3,8	3,8
Alto Adige (Bolzano)		8,8	8,8
Basilicata	3,3	3,8	3,7
Calabria	2,2	1,5	1,7
Campania	4,4	3,3	3,7
Emilia Romagna	4,8	3,7	4,0
Friuli Venezia Giulia	3,5	4,2	3,9
Lazio	2,9	2,7	2,7
Liguria	5,4	3,1	4,0
Lombardia	3,9	3,8	3,9
Marche	3,3	3,0	3,1
Molise		4,2	4,2
Piemonte	3,1	3,4	3,3
Puglia	4,1	2,7	3,1
Sardegna	4,3	2,9	3,0
Sicilia	3,8	3,0	3,5
Toscana	3,6	3,9	3,8
Trento		4,3	4,3
Umbria	3,3	2,4	2,7
Valle D'Aosta		3,3	3,3
Veneto	4,3	4,2	4,2
Totale complessivo*	3,8	3,4	3,6

* Valore calcolato come media aritmetica di tutte le durate medie aziendali.

Figura 1. Distribuzione dei DG per numero di anni (asse x) e di regioni (asse y) in cui hanno ricoperto la carica (n=852)



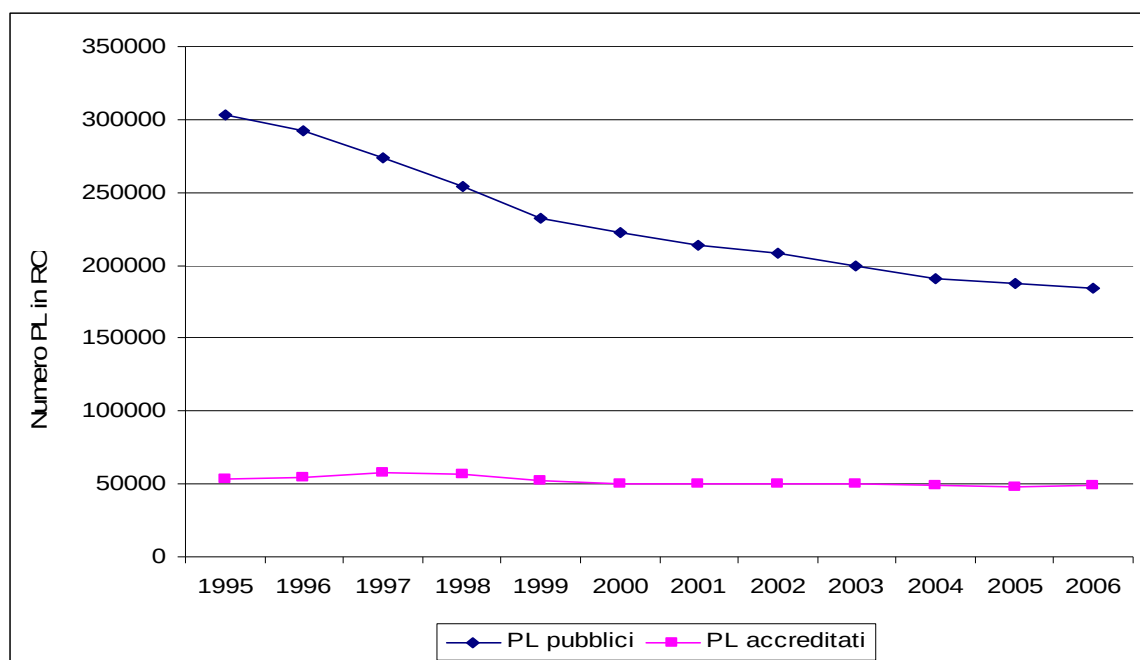
4. I principali risultati: risorse strutturali, servizi erogati, livelli di spesa

L'analisi delle **STRUTTURE OSPEDALIERE** del SSN ha evidenziato i seguenti aspetti.

Il numero di strutture di ricovero pubbliche (AO, presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali) ed equiparate (IRCCS, policlinici universitari a gestione diretta, ospedali classificati o assimilati, istituti qualificati presidio dell'ASL, enti di ricerca) si è, rispetto agli anni Novanta, fortemente e costantemente ridotto: da 1068 nel 1995 a 654 nel 2006.¹ Il numero delle strutture private accreditate è rimasto invece sostanzialmente invariato nel periodo 1997-2005 (circa 550) per poi registrare un lieve aumento nell'ultimo anno disponibile (563 nel 2006).

Anche i posti letto per degenza ordinaria (pubblici e privati accreditati, per acuti e non, Figura 2) si sono significativamente ridotti, passando da circa 357.000 nel 1995 a poco più di 233.000 nel 2006. Il decremento è stato costante nelle strutture pubbliche ed equiparate, mentre i posti letto privati accreditati, pur ridottisi complessivamente del 9% nel periodo 1995-2006, mostrano nel corso degli anni un andamento altalenante (crescente fino al 1997, nel periodo 2000-03 e di nuovo – nella misura dell'1,6% – tra il 2005 e il 2006; decrescente nel triennio 1998-2000 e nel biennio 2004-05). E' invece cresciuto il numero di posti letto in Day Hospital, passato da poco più di 15.000 nel 1995 a circa 30.000 nel 2006.

Figura 2. Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2006)



Disaggregando per tipologia di struttura, la contrazione dei posti letto è stata particolarmente significativa (- 30.000 nel periodo 1997-2006) nei presidi a gestione diretta ASL, che si sono ridotti sia nel numero che nella dimensione media: nel 2006 tali presidi disponevano mediamente di 160 posti letto, contro i 664 delle AO (Tabella 2). Disaggregando invece per regione, le contrazioni più elevate (nell'ordine del 30% nel periodo 1997-2006) si sono registrate in Abruzzo e Liguria (che avevano una dotazione per 1000 abitanti superiore alla media nazionale), ma anche in Friuli Venezia Giulia e Puglia (che già si collocavano al di sotto di tale media).

¹ Va peraltro segnalato come tale riduzione non corrisponda interamente al numero di strutture dismesse o convertite in strutture extraospedaliere, perché riflette anche l'accorpamento funzionale di più stabilimenti in un unico presidio, così come la trasformazione o aggregazione di presidi a gestione diretta in AO, soprattutto in Lombardia.

Per effetto dei trend sopra descritti, nel 2006 la dotazione media nazionale di posti letto – in regime di degenza sia ordinaria che diurna – era pari a 3,9 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per i non acuti. Ciò ha consentito di raggiungere il nuovo standard di 4,5 posti letto complessivi, pur non rispettando la ripartizione dello standard tra acuti (3,5) e non acuti (1). Quest'ultima situazione sembra imputabile alla mancanza di idonee azioni di riconversione dei posti letto per acuti in posti letto per riabilitazione e lungodegenza. A livello regionale, la dotazione di posti letto è abbastanza differenziata, con otto regioni al di sopra dello standard complessivo (Bolzano, Trento, Liguria, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Molise e Sardegna). Con riferimento alla ripartizione tra tipologie di ricovero, solo due regioni (Campania e Piemonte) presentano una dotazione di posti letto per acuti conforme o inferiore allo standard di 3,5 posti letto, mentre ben cinque hanno una dotazione ancora eccessivamente superiore (Molise 4,9; Sardegna 4,7; Lazio 4,6; Abruzzo 4,6; Liguria 4,2). Per quanto riguarda i posti letto per non acuti, invece, tutte le Regioni presentano un'offerta ancora sottodimensionata, ad eccezione di Trento e Lazio.

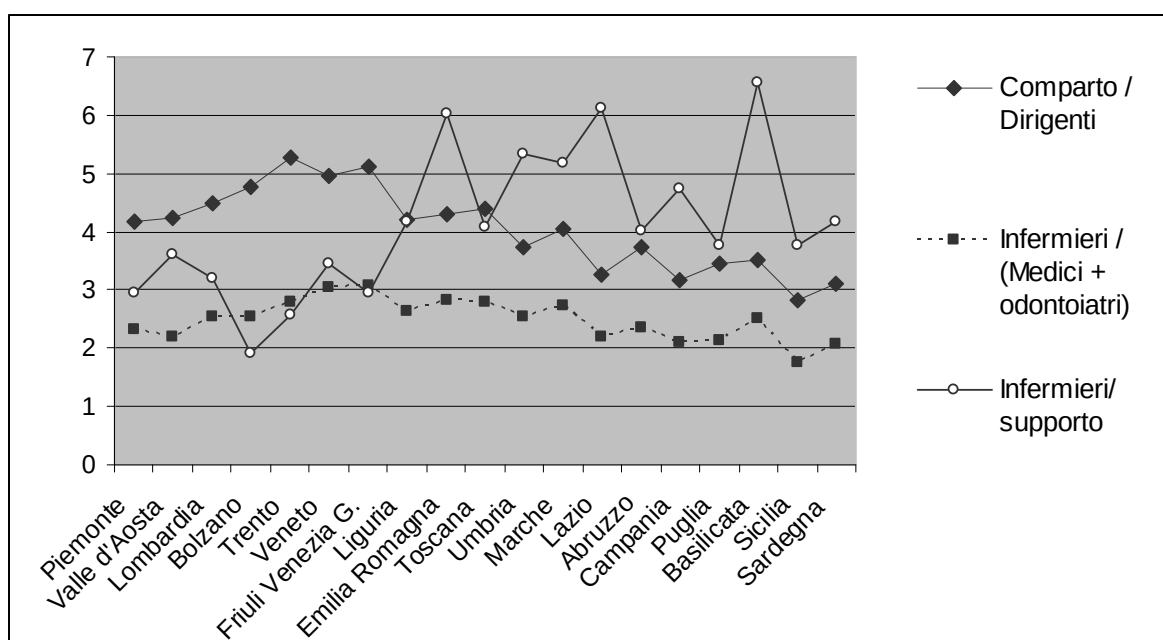
Sempre nel 2006, infine, la percentuale di posti letto in strutture private accreditate, mediamente pari al 19,8% a livello nazionale, era inferiore al 10% in 5 regioni (Valle d'Aosta, Liguria, Basilicata, Veneto e Umbria), mentre risultava particolarmente elevata in Calabria (36,8%), Campania (30,3%) e Lazio (29,5%).

Per ciò che riguarda l'**ASSISTENZA TERRITORIALE**, a livello nazionale, il periodo 1997-2006 si contraddistingue per l'incremento delle strutture territoriali (+28%) e per il sempre maggiore apporto del privato accreditato (passato dal 38% nel 1997 al 50% nel 2006). Entrambi i fenomeni sono particolarmente spiccati per le strutture semiresidenziali (incremento del 163% nel periodo 1997-2006; peso delle strutture private accreditate pari al 57% nel 2006) e residenziali (153%, 73%). Nello specifico dell'offerta semiresidenziale e residenziale per categorie di assistenza, emerge una netta prevalenza dei servizi per gli anziani, erogati soprattutto attraverso strutture residenziali. L'offerta di servizi ambulatoriali e di laboratorio è invece distribuita abbastanza uniformemente tra pubblico e privato – pur con una certa prevalenza di quest'ultimo (59%) – mentre la categoria «Altre Strutture Territoriali» è costituita per il 90% da strutture pubbliche. Ancora una volta esistono peraltro forti differenze interregionali.

Il **PERSONALE DIPENDENTE** è complessivamente aumentato dell'1% nel periodo 1998-2006, per effetto di una flessione del 3,6% nel biennio 1998-99 (in seguito al blocco delle assunzioni) e di una successiva crescita, abbastanza sostenuta (5%) tra il 1999 e il 2003, più contenuta a partire dall'anno successivo. L'aumento della spesa per il personale è comunque risultato inferiore rispetto all'aumento complessivo della spesa sanitaria corrente, tanto che l'incidenza percentuale della prima sulla seconda è passata dal 43,3% del 1997 al 33,1% del 2007. Anche in termini di dimensione e composizione dell'organismo personale si rilevano peraltro forti differenze tra le regioni, come evidenziato per esempio dai rapporti «comparto / dirigenti», «infermieri / (medici+odontoiatri)» e «infermieri / supporto» (Figura 3). I primi due rapporti, in particolare, evidenziano un *continuum* che va dalle regioni del Nord-Est a quelle del Sud; il terzo mostra una variabilità interregionale ancora più accentuata.

Relativamente alla **MEDICINA GENERALE**, infine, nel periodo 1997-2006 il numero dei MMG a livello nazionale è rimasto sostanzialmente stabile, mentre si è registrato un significativo incremento dei PLS (+11,5%), a parziale soluzione della forte carenza di pediatri in convenzione con il SSN in tutte le regioni. Nel 2006, il carico potenziale (basato sulla popolazione assistibile) ed effettivo (basato sul numero di scelte) dei MMG era rispettivamente pari a 1.098 e 1.119 persone. Il divario era invece molto più significativo per i PLS (1023 assistibili contro 820 scelte), a indicare che per molti bambini viene scelto un MMG anziché un PLS.

Figura 3. Composizione professionale dell'organismo personale nelle aziende sanitarie pubbliche, FTE, per regione 2006



Nota: i dati di Molise e Calabria non sono disponibili

Passando dall'esame delle risorse strutturali a quello dei servizi erogati, le prestazioni di **RICOVERO** rilevate dal Ministero evidenziano:

- Un aumento dei casi trattati fino al 2002² (ad eccezione del 2000, in cui i ricoveri si sono ridotti circa dello 0,4%), una sostanziale stabilità nel periodo 2003-06 (con variazioni comprese tra -1 e +1,5%) e una forte riduzione nel 2007 (- 4,2%). Analizzando più dettagliatamente la variazione dei ricoveri tra il 2006 e il 2007, si rileva per gli acuti una riduzione sia dei ricoveri in regime ordinario (239.175 casi in meno) sia di quelli in DH (273.086 casi in meno). Inoltre, si è registrata una lieve riduzione anche per i ricoveri della riabilitazione (-3.616) e della lungodegenza (-2.480).
- Nel 2007, 12.319.301 dimissioni complessive (in strutture pubbliche, equiparate, private accreditate e non; in regime ordinario e in DH; per acuti, riabilitazione e lungodegenza).
- Sempre nel 2007, un tasso di ospedalizzazione per acuti medio nazionale pari a 200,76 per mille abitanti (136,25 in ricovero ordinario; 64,51 in day hospital), quindi ancora nettamente superiore, anche senza considerare riabilitazione e lungodegenza, al nuovo standard obiettivo di 180 per mille (art. 4, comma 1, lettera b dell'Accordo Stato-regioni del 23 marzo 2005).
- Una degenza media per acuti in regime ordinario che si è progressivamente ridotta fino al 2002 (da 7,1 del 1998 a 6,7 nel 2002), per poi stabilizzarsi a 6,7 nel periodo 2003-07. Mediamente le strutture private hanno una degenza media inferiore alle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,2 rispetto a 7 giorni), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (26,6 rispetto a 25,6) e maggiori per la lungodegenza (38,3 rispetto a 27).
- Di conseguenza, una riduzione delle giornate di degenza, piuttosto rapida (2-4% l'anno) nel periodo 1998-2000, più contenuta (1-2%) a partire dal 2001. Nel 2007 sono state rilevate 76.569.034 giornate di degenza, con un decremento dell'1,8% rispetto al 2006.
- Un aumento dell'incidenza del privato (accreditato e non) nei ricoveri per acuti, dal 10,8% nel 1998 al 14,6% nel 2005 a livello nazionale. Rispetto alla distribuzione regionale, le percentuali più elevate si registrano in Campania (22%), Abruzzo e Calabria (20%), Lombardia (19%) e Lazio (18%). Il peso del privato è molto più significativo nei ricoveri per riabilitazione (45,3%) e lungodegenza (43,1%).

² Si noti peraltro che tale aumento è parzialmente condizionato dalla progressiva estensione della copertura della rilevazione degli istituti esistenti, che nel 2007 risulta quasi del 93%..

- Un costante incremento del peso medio dei ricoveri fino al 2005 (da 1,05 nel 1998 a 1,26 nel 2005), che resta molto più elevato al Nord (tranne Bolzano) e al Centro rispetto al Sud, e una riduzione fino a 1,11 nel 2007, principalmente dovuta al cambiamento del sistema di classificazione dei DRG (dal 2006 è stata adottata la versione 19.0).
- Un miglioramento dell'appropriatezza, per quanto espresso dai seguenti indicatori: percentuale di dimissioni di pazienti con DRG medico da parte di reparti chirurgici (dal 45% del 1998 al 36% del 2007); tasso di ospedalizzazione per diabete (da 151 per 100.000 abitanti del 1998 a 92 del 2007); percentuale di ricoveri per acuti in regime ordinario con durata di degenza oltre soglia (da 1,8% del 1998 a 1,2% del 2005). Va però segnalato l'andamento sfavorevole di altri due indicatori: la percentuale di parti cesarei (dal 31% del 1998 al 39% del 2007) e la percentuale di ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario (da 12,8% del 1998 a 14% del 2005).

Con riferimento all'attività di **ASSISTENZA TERRITORIALE**, va innanzi tutto ricordato che si dispone di dati sistematici solo a partire dal 2004. A questo è necessario aggiungere una forte disomogeneità nella definizione e classificazione dei dati e delle informazioni, che dovrebbe essere superata con lo sviluppo del nuovo SIS e il relativo potenziamento dei flussi informativi, anche attraverso un lavoro di omogeneizzazione e condivisione delle classificazioni dei dati. Le rilevazioni più complete riguardano le prestazioni di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica per immagini e strumentale, che vengono erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate. Nel 2006 sono state erogate oltre un miliardo di prestazioni appartenenti a questa categoria, con una media regionale per abitante che va dalle 16 prestazioni dell'Umbria alle quasi 25 di Veneto e Liguria e una media nazionale prossima a 22. Un'altra tipologia di attività erogata a livello territoriale è l'assistenza domiciliare integrata. Nel 2006 sono stati mediamente trattati in ADI 774 pazienti ogni 100.000 abitanti, ma la differenziazione interregionale (anche a causa della già citata scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di: (i) numero di casi trattati, con un intervallo compreso tra i 53 casi per 100.000 abitanti della Valle D'Aosta ai 2095 del Molise e i 2163 del Friuli-Venezia Giulia; (ii) tipologia di pazienti trattati, anziani nel 94,5% dei casi in Liguria e solo nel 57% dei casi in Molise; (iii) intensità di assistenza erogata, che varia dalle 183 ore per caso trattato della Valle d'Aosta alle 8 del Molise.

Le valutazioni relative ai **BISOGNI** e al loro **GRADO DI SODDISFACIMENTO** sono chiaramente più complesse. Rispetto ai confronti internazionali la popolazione italiana gode di buona salute:

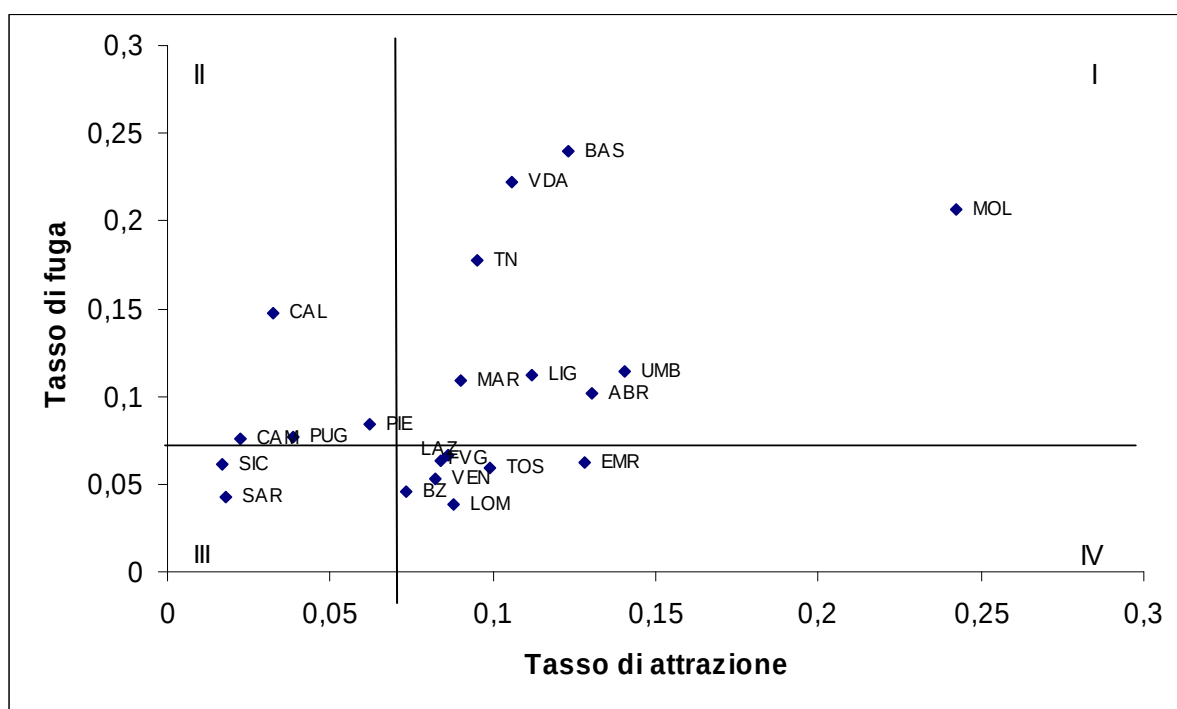
- L'Italia ha una speranza di vita alla nascita tra le più elevate al mondo e sicuramente la più elevata in Europa, secondo i dati OCSE 2006 (in media 80,9 anni).
- Si sta allungando la speranza di vita libera da disabilità: nel 2003 tale indicatore era pari a 11,9 anni per gli uomini di 65 anni, a 14,4 per le donne della medesima età (anche qui, per entrambi i casi, il valore più elevato d'Europa).

Parte delle sostanziali modifiche osservate nella salute degli italiani è legata alle migliorate condizioni economiche e socio-culturali, ma un ruolo importante è stato anche svolto dal SSN, in termini di campagne di vaccinazione contro le malattie infettive, offerta di servizi di emergenza e urgenza, attività di prevenzione per ridurre l'incidenza dei tumori.

Il buon livello di salute trova almeno parzialmente riscontro nel grado di soddisfazione dei cittadini, che in quota maggioritaria, circa 2/3, esprime un giudizio positivo sul. Si segnalano, tuttavia, delle differenze significative tra le diverse aree del Paese: le regioni del Nord fanno registrare una percentuale di soddisfatti del 74%, mentre nelle regioni del Sud la maggioranza dei cittadini (56%) si dichiara insoddisfatta.

Questi diversi livelli di soddisfazione aiutano anche a comprendere i flussi interregionali di mobilità dei pazienti. La relazione tra mobilità e qualità percepita è confermata anche dalle rilevazioni ISTAT, da cui emerge che, nel 2005, il 59,5% dei ricoveri fuori regione è stato effettuato proprio in virtù della maggiore fiducia nella competenza dei medici della struttura scelta. Al riguardo, la Figura 4 classifica le regioni in funzione dei loro tassi di fuga (ricoveri dei residenti in strutture fuori regione sul totale dei ricoveri dei residenti della regione) e di attrazione (ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della regione).

Figura 4. Posizionamento delle regioni in base agli indici di attrazione e di fuga, ricoveri ordinari per acuti (2005)



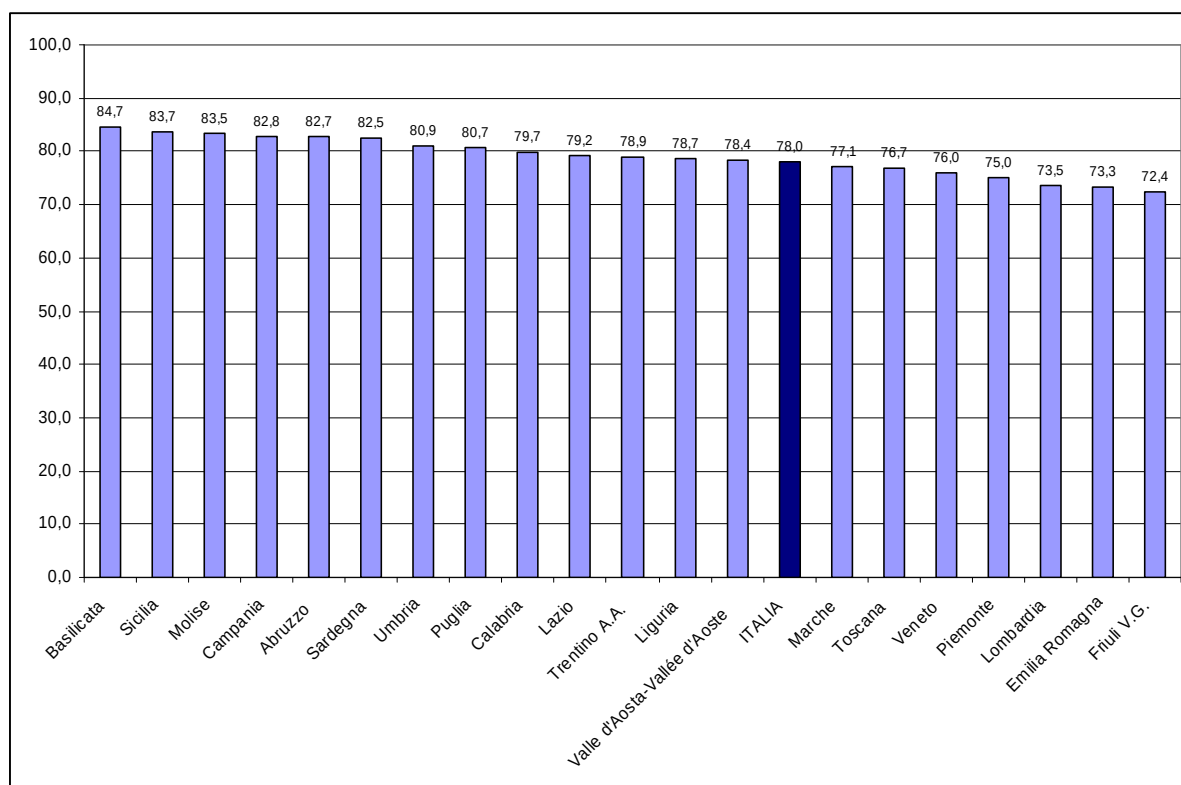
Un ultimo tema di particolare rilevanza è quello della **SPESA**. Secondo i confronti internazionali, la spesa sanitaria italiana risulta inferiore di circa il 10% al dato medio UE 15, come risultato di un tasso di crescita di 1,1 punti percentuali minore rispetto alla media dei quindici Paesi tra il 2005 e il 2006. Questo vale sia per la spesa pro-capite, totale (2.614 \$PPA³ contro 2.913 nel 2006) e pubblica (1.938 \$PPA contro 2.083 nel 2005), sia per l'incidenza sul PIL della spesa stessa, totale (9% contro 9,5% nel 2006) e pubblica (6,8% contro 7,1% nel 2005). Anche la copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia è inferiore al valore UE-15, ma soprattutto a quella di alcuni Paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN), quali Regno Unito e Paesi Scandinavi.

Nel 2007, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN è cresciuta del 2,9%, confermando il basso andamento del trend di crescita del 2006. Più in generale, a partire dal 2001 (anno di approvazione della legge 405/01, che ha responsabilizzato le regioni sulla copertura dei propri disavanzi), il tasso medio annuo di crescita della spesa pubblica è stato del 4,7%, a fronte di un 8,1% nel periodo 1995-2001. A differenza di quanto si ritiene generalmente, il contenimento della spesa pubblica non ha comportato un corrispondente incremento di quella privata. Al contrario, la spesa sanitaria privata è aumentata dal 1995 di circa 2 punti percentuali in meno (come media annuale) rispetto a quella pubblica. Conseguentemente, la copertura pubblica è aumentata dal 74% del 1995 al 78% del 2005, avvicinandosi ai dati dei principali partner europei, anche se rimane ancora inferiore al valore registrato in paesi caratterizzati da un sistema sanitario di tipo SSN (ovvero Regno Unito e Paesi Scandinavi).

A livello regionale, i tassi di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente presentano comunque un'ampia variabilità, con variazioni percentuali tra il 2006 e il 2007 che vanno dal +9,3% del Friuli Venezia Giulia al -2,7% della Sicilia. E' interessante osservare come i tassi di crescita risultino mediamente più bassi nelle regioni che hanno stipulato un Piano di Rientro con la pubblica amministrazione centrale, sebbene tali piani siano stati sottoscritti in genere a marzo 2007 (e, quindi, con effetti solo parziali sul 2007). Quanto al grado di copertura pubblica, il suo valore 2005 (Figura 5) oscilla tra l'84,7% e il 79,7% nelle regioni del Sud, tra il 80,9% e il 72,4% in quelle del Centro-Nord.

³ Parità di Potere d'Acquisto.

Figura 5. Copertura pubblica della spesa sanitaria, per regione (2005)



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT

Nel 2007, la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite è stata pari a € 1.731 (48 euro in più rispetto al 2006). La sua incidenza sul PIL è cresciuta nel tempo per attestarsi al 6,68%. Anche il finanziamento corrente (incluse le integrazioni regionali) ha subito una crescita superiore all'economia nel suo complesso: l'incidenza sul PIL ha raggiunto il 6,47%.

Più in particolare, il finanziamento complessivo del SSN è stato fissato dalla Legge Finanziaria per il 2007 (L. 296/06) in 99.351 milioni di euro, con un incremento del 4,4% rispetto al 2006. L'aumento delle risorse è stato superiore a quello della spesa, con una conseguente contrazione del disavanzo da 4,5 a 3,2 miliardi di euro. Tale disavanzo, a meno di nuovi provvedimenti di copertura da parte dello Stato, dovrebbe essere integralmente a carico delle regioni, ai sensi della L. 405/01. Se a tale disavanzo si aggiungono quelli degli anni pregressi, il debito accumulato dalle regioni nel periodo 2001-06, al lordo delle assegnazioni di copertura già stanziate, è di circa 29,4 miliardi di euro. La quota effettiva a carico delle regioni dovrebbe però essere di 20,8 miliardi di euro, considerando che: (i) la Finanziaria per il 2005 (L. 311/04) ha previsto un'assegnazione di 2 miliardi di euro a titolo di copertura dei disavanzi (di cui però solo 1,4 miliardi ripartiti tra le regioni); (ii) la Finanziaria per il 2006 (L. 266/05) ha previsto ulteriori 2 miliardi di euro a copertura dei disavanzi 2001-03 (di cui 50 milioni integralmente stanziati a favore della Regione Lazio a ripiano dei disavanzi per il 2003 e derivanti dal finanziamento dell'Ospedale Bambin Gesù); (iii) la Finanziaria 2007 (L. 296/06) ha stanziato 1 miliardo di euro per le regioni «in affiancamento» – Liguria, Sicilia, Abruzzo, Molise, Campania e Lazio; (iv) la L. 64/07 ha previsto ulteriori 3 miliardi di euro a copertura dei disavanzi 2001-05.

Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo pari al 43% di quello complessivo a livello nazionale (Tabella 5). Tale percentuale è poi aumentata quasi costantemente nel corso degli anni, arrivando ad attestarsi al 62% nel 2005, per ridursi leggermente nel 2006. Nel 2007 le due regioni, per quanto siano riuscite a contenere, in valore assoluto, i propri deficit sanitari, continuano a rappresentare il 66% del disavanzo annuo (il 54,6% di quello cumulato 2001-07). Ed è sempre il Lazio la regione che fa registrare il dato di disavanzo cumulato procapite (2001-07) più elevato, seguita dal Molise e dalla Campania.

Le regioni che nel 2007 sono arrivate a una situazione di equilibrio economico-finanziario sono Lombardia, Bolzano, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche, mentre Trento, Valle D'Aosta e Basilicata hanno fatto registrare livelli di disavanzo minimi.

Tabella 5. Disavanzi sanitari per regione, totali (milioni di €, 2001-07) e procapite (€, cumulati 2001-07)

	Al lordo delle assegnazioni previste da LF 2005, LF 2006, LF 2007 e L. 64/07									Disavanzo residuo
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001-2007 pro-capite	2001-2007 non pro-capite	
Piemonte	210	40	100	671	-2	7	96	269	1.123	994
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	585	105	106
Lombardia	281	323	-64	-2	14	4	-9	45	546	57
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-17	8	297	301
Trento	-4	-1	5	9	3	14	2	32	28	12
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-2	156	689	543
Friuli VG	18	-34	-19	-9	-27	-18	-24	-104	-113	-108
Liguria	77	44	48	329	253	100	141	622	992	853
Emilia R	16	50	40	392	19	38	-13	139	544	419
Toscana	88	44	-20	231	20	121	-95	96	388	207
Umbria	7	10	46	53	6	41	-13	176	149	116
Marche	125	98	71	155	23	39	-24	313	488	415
Lazio	987	574	711	2.048	1.926	1.971	1.407	1.611	9.622	5.634
Abruzzo	76	136	216	109	224	140	117	784	1.019	730
Molise	37	19	73	44	139	59	62	1.366	434	187
Campania	629	638	556	1.200	1.788	751	697	1.062	6.259	4.801
Puglia	166	4	-109	44	326	170	200	214	801	630
Basilicata	28	1	19	32	43	22	13	254	159	120
Calabria	226	148	57	136	80	35	24	364	706	584
Sicilia	415	342	267	748	699	976	524	752	3.971	3.158
Sardegna	106	175	143	252	327	133	68	695	1.205	1.043
Totale	4.122	2.891	2.323	6.423	5.962	4.519	3.169	473	29.410	20.803

Per le regioni, i disavanzi sanitari hanno una straordinaria rilevanza, non solo perché devono essere coperti, ma anche perché l'accesso a finanziamenti integrativi rispetto a quanto previsto dall'Accordo Stato-regioni (da cui è nata la L. 405/01) è stato subordinato all'adozione di iniziative di copertura dei disavanzi stessi (L. 112/02). Le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee.

Un primo gruppo di misure fa riferimento alla leva fiscale (addizionale IRPEF, addizionale IRAP, bollo auto). Le addizionali regionali IRPEF sono state introdotte da 14 regioni (nell'ultimo anno si è infatti di nuovo aggiunta la Puglia, a seguito del disavanzo sanitario fatto registrare nel 2007). Le regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria e Marche) e la Puglia hanno optato per un'aliquota progressiva, mentre quelle meridionali (Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia) insieme al Lazio per un'aliquota proporzionale. Quanto all'IRAP, Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se, contemporaneamente e come nel resto delle regioni italiane, sono state previste delle agevolazioni a favore di particolari categorie di soggetti.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi fa riferimento alle compartecipazioni alla spesa sanitaria. Oltre al ticket sul pronto soccorso, che la L. 296/06 ha previsto per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero classificate con codice "bianco" (ovvero non urgenti), le politiche di compartecipazione si sono focalizzate sui farmaci. Più in generale, l'assistenza far-

maceutica convenzionata è stata uno dei target preferenziali per le azioni di copertura dei disavanzi, sia perché due misure esplicitamente previste dalla L. 405/01 vi fanno riferimento (compartecipazioni alla spesa e interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci), sia perché esiste un esplicito tetto di spesa sull'assistenza farmaceutica.

Il Lazio, infine, è stata l'unica regione a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere, creando nel 2000 una società ad hoc, la Gepra, che ha acquistato l'intero patrimonio immobiliare delle ASL (56 ospedali).

5. I principali risultati: caratteristiche e tendenze di fondo

Il Rapporto 2008 conferma i principali elementi interpretativi emersi negli anni precedenti.

Continua, come evidenziato nel § 4, la ristrutturazione del sistema d'offerta, che nell'ultimo decennio si è tradotta in una radicale riduzione dei posti letto per ricoveri ordinari, nel raddoppio dei posti letto in *day hospital*, nel significativo incremento delle strutture territoriali.

Continuano inoltre, come evidenziato nel § 3, le iniziative di ingegneria istituzionale, prevalentemente nella forma degli accorpamenti di ASL su base regionale o, nelle regioni più grandi, provinciali.

Continua la regionalizzazione, nella duplice accezione di differenziazione interregionale e di accentramento in capo alla regione di decisioni strategiche e funzioni amministrative, anche sotto la spinta della ribadita responsabilizzazione finanziaria delle regioni e, in alcuni casi, dei Piani di rientro. La differenziazione interregionale è ormai evidente sotto qualsiasi profilo di analisi ed è già stata anch'essa ampiamente evidenziata nei §§ 3 e 4. A ulteriore esemplificazione si possono comunque segnalare le caratteristiche dell'organismo personale delle aziende sanitarie pubbliche nelle diverse regioni in termini di composizione per figure professionali e di livelli retributivi, che la Figura 6 rappresenta rispettivamente come «effetto composizione» (conseguenze economiche della composizione professionale del personale di un certo SSR rispetto alla composizione media SSN) e come «effetto retribuzioni» (conseguenze economiche delle retribuzioni medie delle varie figure professionali in un certo SSR rispetto alle retribuzioni medie del SSN). In prospettiva, la differenziazione interregionale impone la ricerca di soluzioni per aiutare e stimolare le regioni più deboli a ristrutturare i propri sistemi amministrativi, organizzativi e gestionali, nonché ad adeguare alle sfide poste dal federalismo la cultura di politici, manager, medici e altri professionisti, cittadini. Quanto all'accentramento regionale, la sua pressione è così forte che persino un sistema a valenza fortemente aziendale come il controllo direzionale finisce per incorporare obiettivi, misurazioni e rendicontazioni proprie della relazione tra azienda e regione più che tra azienda e CdR, quindi per impiegare indicatori tesi a soddisfare fabbisogni informativi esterni anziché interni (Tabella 6). In prospettiva, qui la sfida è quella di dover realizzare nelle regioni un processo di «aziendalizzazione» di portata e complessità ancora superiore a quello che finora ha interessato soprattutto le aziende.

A quest'ultimo riguardo, persistono anche i tradizionali punti di forza e debolezza nell'adozione degli strumenti manageriali da parte delle aziende sanitarie. Da un lato, restano sostenuti l'adozione e l'affinamento degli strumenti: nel Rapporto si evidenzia per esempio l'adozione di una prospettiva multidimensionale nella definizione degli obiettivi di budget, in modo da considerare sia l'efficienza gestionale, sia la qualità / appropriatezza degli interventi e il miglioramento organizzativo. D'altra parte, restano però le difficoltà di efficace selezione e utilizzazione degli strumenti stessi: un esempio è l'incoerenza tra gli obiettivi dichiarati dagli Accordi Integrativi Regionali per la medicina generale e gli strumenti previsti per il loro conseguimento; un altro esempio è l'assenza di una funzione aziendale che governi i rischi a 360°, evidenziandosi invece la più ampia distribuzione delle funzioni di governo tra i diversi ambiti «sanitari» e «tecnici». Inoltre, si conferma la tentazione a «rilanciare» verso strumenti nuovi anziché dare una seconda *chance* a strumenti inizialmente applicati in modo subottimale. Per esempio, il Rapporto 2008 evidenzia l'attuale tendenza di passaggio dal *project finance* al *leasing*. Il primo strumento è infatti considerato oneroso, complesso e soggetto a frequenti fallimenti (Figura 7). In realtà l'inefficacia o il fallimento delle iniziative di PF non è interamente attribuibile alla natura dello strumento, quanto piuttosto al modo in cui è stato utilizzato. Si preferisce però optare per un'altra soluzione invece di analizzare la reale essenza dei due strumenti e i problemi strutturali che, dopo aver indebolito il PF, molto probabilmente indeboliranno anche il leasing.

Figura 6. Posizionamento delle regioni rispetto alla composizione e alle retribuzioni dell'organismo personale delle aziende sanitarie pubbliche, 2006

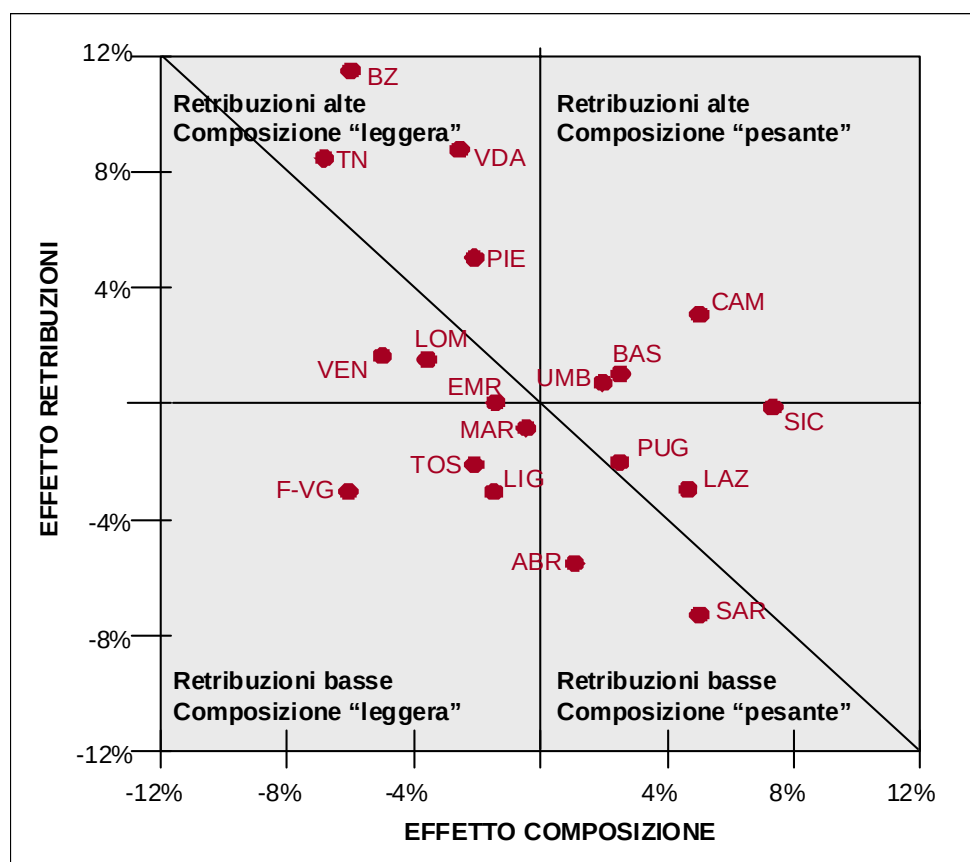
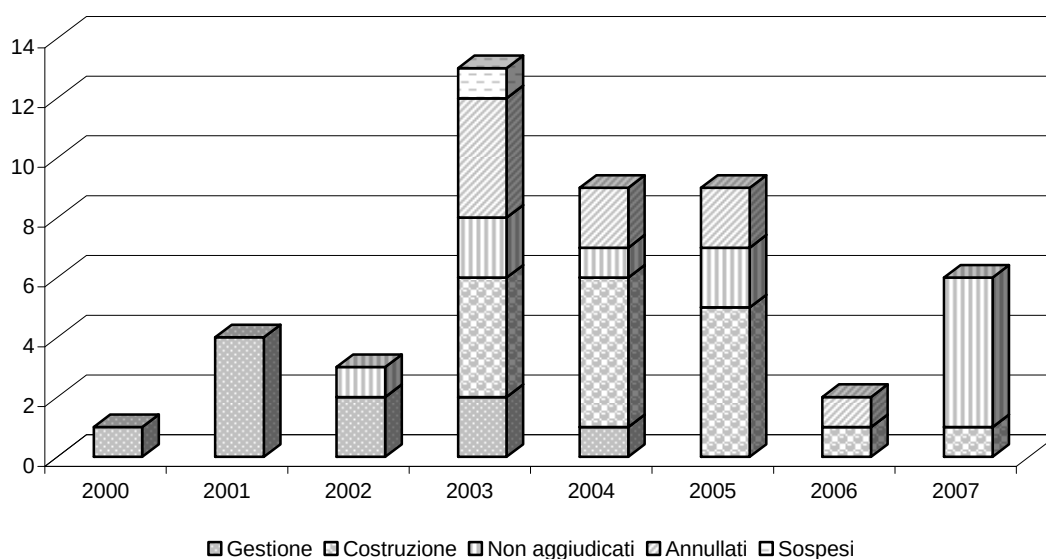


Tabella 6. Rilevanza dei fabbisogni informativi interni nella scelta degli indicatori a supporto dei sistemi di programmazione e controllo, per tipologia di indicatore e di CdR

Obj	Tipologia di indicatori	AO / ASL	CdR			
			Chirurgia	Distretto	Radiologia / Diagnostica per immagini	Personale
Efficienza gestionale	produttività e valorizzazione della produzione	AO	78,3%			100,0%
		ASL	51,2%	64,9%		44,1%
	governo dei costi fissi e variabili	AO	28,0%			41,2%
		ASL	66,7%	44,7%		24,3%
	rapporto costi-produzione	AO	75,7%			
		ASL	38,5%	88,9%		100,0%
qualità/ appropriatezza	rapporto proventi-costi	AO	33,3%			33,3%
		ASL	66,7%	100,0%		100,0%
	riorientamento mix produzione	AO	52,4%			
		ASL	41,5%	66,7%	9,1%	
	percorsi diagnostico terapeutici	AO	26,1%			100,0%
		ASL	40,9%	51,6%		
governo domanda	eccellenza dei processi	AO	60,0%		33,3%	
		ASL	50,0%	75,0%	20,0%	100,0%
	gestione del rischio	AO	20,0%		31,3%	
		ASL	40,0%		50,0%	
	liste attesa	AO	7,7%			100,0%
		ASL	20,0%	43,2%	3,4%	
miglioramento organizzativo	tassi di fuga	AO				
		ASL	60,0%	50,0%		
	capacità di rispondere alle aspettative degli utenti	AO	66,7%			33,3%
		ASL	57,1%	50,0%		50,0%
	azioni di riorganizzazione	AO	36,8%		15,6%	30,6%
		ASL	57,1%	56,1%	4,3%	62,8%
altro	clima organizzativo	AO	100,0%			100,0%
		ASL	75,0%	100,0%		60,0%
	sviluppo know how nel personale	AO	50,0%			60,0%
		ASL	66,7%	37,5%		40,0%
		AO				50,0%
		ASL	33,3%	16,7%		31,3%

Figura 7. Distribuzione delle operazioni di PF in sanità, per anno di avvio e stato di avanzamento



Prende inoltre forma l'aziendalizzazione di soggetti inizialmente rimasti immuni, quali le Aziende Ospedaliere Universitarie e le RSA, spesso però ripercorrendo la strada già battuta da ASL e AO, senza far sufficientemente tesoro della loro esperienza e dei loro errori: le RSA, per esempio, sembrano

caratterizzarsi per lo sviluppo di sistemi gestionali (soprattutto di sistemi di controllo direzionale) affinati dal punto di vista tecnico, ma spesso non utilizzati a fini di responsabilizzazione.

Infine, si riafferma con forza l'unicità e l'autonomia aziendale, anche su tematiche fortemente regolamentate o apparentemente appannaggio dei livelli istituzionali sovraordinati. Per esempio, la variabilità nella composizione dell'organismo personale, precedentemente evidenziata nella Figura 3 e nella Figura 6, lascia supporre che persone con qualifiche professionali uguali siano impiegate in mansioni diverse nelle diverse regioni e aziende, quindi che la fungibilità tra professioni sia molto più elevata di quella ipotizzata dalla regolamentazione del sistema professionale. Allo stesso modo, il Rapporto mostra un'eterogeneità interaziendale nelle strutture di *governance* (es. ruolo del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari) che discende dalle indicazioni regionali e nazionali, ma anche dalla cultura aziendale, dalla disponibilità e dalle competenze dei professionisti sanitari, dal supporto offerto dalla direzione aziendale, dalla legittimazione organizzativa interna ecc. Ancora, nel capitolo dedicato alle Aziende Ospedaliere Universitarie si rileva l'impossibilità di adottare acriticamente le soluzioni sviluppate nell'ambito delle AO non universitarie. Naturalmente, peraltro, la variabilità interaziendale non è sempre giustificata e la sua componente «non fisiologica» andrebbe governata, consentendo notevoli recuperi di efficacia ed efficienza. Di qui l'importanza di iniziative di *benchmarking* o comunque di confronto sistematico tra le regioni e tra le aziende.

Il tema dominante del Rapporto 2008, però, è un altro: lo spostamento di attenzione dai tradizionali oggetti di innovazione manageriale (struttura organizzativa e meccanismi operativi) verso le combinazioni economiche (*operations*) da un lato, le relazioni interaziendali dall'altro.

Nelle sue fasi iniziali, il processo di aziendalizzazione si è focalizzato sui sistemi di programmazione e controllo, nella speranza che le unità organizzative, opportunamente stimolate, procedessero autonomamente alla revisione delle proprie modalità di funzionamento per meglio contribuire al perseguimento delle finalità aziendali. Ai sistemi di programmazione e controllo sono state inoltre collegate alcune politiche di gestione del personale, soprattutto in materia di incentivazione. A un certo punto, anzi, i sistemi di programmazione e controllo sono stati in qualche modo «sovraccaricati» di finalità; in corrispondenza, i *controller* hanno svolto un ruolo per certi versi sovradimensionato all'interno delle aziende. In una seconda fase è stata ridisegnata l'architettura stessa delle unità organizzative (distretti, dipartimenti), per renderla più coerente con le accresciute dimensioni aziendali, nonché con le finalità e le caratteristiche delle singole aziende. Più recentemente, l'attenzione si è spostata sugli assetti istituzionali in termini di ridefinizione delle aziende, delle loro relazioni con gli *stakeholder* (anche attraverso strumenti quali la pianificazione strategica e il bilancio sociale), dei loro organi di governo (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, ruolo «istituzionale» del distretto).

Le tre fasi sopra descritte hanno tutte cercato di incidere sul «cuore» dell'azienda (le combinazioni economiche) intervenendo per via indiretta sugli elementi «sovraordinati» o «di contorno» (l'assetto istituzionale, la struttura organizzativa, i sistemi operativi). Ultimamente stanno invece emergendo alcune iniziative di intervento diretto sui processi assistenziali, per esempio attraverso la ridefinizione degli spazi ospedalieri in base al criterio dell'intensità assistenziale, l'applicazione delle metodologie di logistica del paziente (si veda per esempio la Figura 8), la definizione di PDTA con finalità di governo clinico e di controllo dei rischi, l'audit clinico, il Business Process Re-engineering, le attività di *Health Technology Assessment*, la ridefinizione delle reti ospedaliere. Anche nella centralizzazione degli acquisti a livello regionale o sovra-aziendale si può leggere una rinnovata attenzione alle combinazioni economiche, in parte perché i processi di acquisto sono di per sé una componente importante del sistema di operazioni aziendali, ma soprattutto perché la revisione delle modalità di approvvigionamento finisce per incidere sui comportamenti professionali, visto che la scelta dei beni e servizi strettamente connessi agli atti clinici è sempre stata terreno di esercizio dell'autonomia professionale.

Lo spostamento d'attenzione verso i processi aziendali ha almeno due implicazioni fondamentali. In primo luogo, può contribuire significativamente al coinvolgimento dei professionisti, anche al di sotto dei livelli apicali. Una criticità fondamentale dell'aziendalizzazione, infatti, è stata l'incapacità di «conquistare» i medici e gli altri operatori sanitari. L'analisi delle operazioni aziendali attraverso la chiave di lettura dei processi mostra invece come la dimensione clinica e quella manageriale siano due facce inscindibili della stessa medaglia. In secondo luogo, non può che evidenziare ancora una volta le incompressibili specificità aziendali. Più si va a fondo nell'analisi dei processi interni alle aziende, più

ci si rende conto di quanto sia velleitaria una logica di standardizzazione e di quanto invece la qualità delle soluzioni adottate dipenda dalla loro rispondenza ai fabbisogni di ciascuna azienda.

Figura 8. Il percorso del paziente chirurgico riletto nella prospettiva dell'*operations management*



Oltre alla spinta «verso l'interno», ossia verso le combinazioni economiche, dal Rapporto emerge con grande evidenza la spinta «verso l'esterno», ossia verso le relazioni interaziendali. Della centralità della relazione con la regione si è già detto, ma il quadro delle relazioni interaziendali è ben più ampio e complesso. L'assetto delle AO resta pressoché immutato, ma IRCCS e Policlinici universitari pubblici stanno diventando sempre più parte integrante dei SSR. I meccanismi istituzionali e gestionali di coordinamento all'interno di «aree vaste» (variamente denominate) sono sempre più diffusi (Tabella 3). Il peso relativo degli erogatori privati di assistenza ospedaliera è sistematicamente cresciuto nel tempo; ancora più marcata è la presenza del privato nelle strutture territoriali dedicate ai bisogni emergenti di cronicità e domiciliarità, dove forte è anche il ruolo degli enti locali; in merito si rileva inoltre che le RSA stanno posizionandosi come erogatori integrati di servizi rispetto alla tendenziale specializzazione che le ha caratterizzate fino ad anni recenti, ampliando l'intensità e la gamma delle proprie interazioni con le ASL. Si moltiplicano i tentativi di governare la medicina generale, superando i limiti di un modello di servizio sanitario che da un lato vorrebbe i MMG come protagonisti assoluti del sistema, dall'altro ha mantenuto il loro ruolo di professionisti indipendenti. L'accentramento degli acquisti crea significative relazioni con altre aziende sanitarie pubbliche, ma suggerisce anche una migliore gestione delle relazioni con i fornitori, con un monitoraggio centralizzato e omogeneo sull'intera *supply chain*. Per gli investimenti si confermano cruciali le *partnership* pubblico-privato: le risorse pubbliche in conto capitale attualmente disponibili sono di per sé insufficienti a fronteggiare i fabbisogni di investimento, ma la loro oculata allocazione potrebbe contenere l'onerosità delle operazioni di PF.

L'azienda sanitaria pubblica è così sempre più nodo di reti, di cui talvolta è regista, talvolta nodo paritetico, talvolta ancora nodo subordinato. Con ciò non si vuole naturalmente negare la rilevanza di assetti istituzionali, strutture organizzative e meccanismi operativi. Il Rapporto continua infatti a dedicare capitoli ai direttori generali, ai collegi di direzione, ai dipartimenti, ai sistemi di programmazione e controllo. Si vuole però affermare che in passato le innovazioni istituzionali e organizzative sono spesso state vissute come fini a se stesse, mentre adesso si inizia correttamente a riaffermarne la natu-

ra di mezzi per orientare lo svolgimento delle combinazioni economiche al perseguimento delle finalità istituzionali. Così, per esempio, l'introduzione delle aree vaste ha spesso anche la funzione di supportare la riorganizzazione delle reti ospedaliere; il rafforzamento del collegio di direzione (e in misura minore del consiglio dei sanitari) consente di cooptare la *line* professionale di più alto livello nelle decisioni dell'azienda, anche per legittimare l'intervento più incisivo del management sui processi aziendali, consentendo d'altra parte sia un controllo sociale e informato sulle singole unità organizzative, sia un controllo sull'azione della direzione aziendale e sulle conseguenze di una sua eccessiva politicizzazione; l'introduzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata persegue economie di scala sul fronte assistenziale e l'integrazione tra processi di assistenza, didattica e ricerca; i sistemi informativi, di programmazione e controllo vanno ripensati per focalizzarsi non solo sulla produzione interna dell'azienda, ma anche sul monitoraggio e sul governo delle relazioni interistituzionali; il dibattito sulla struttura e le responsabilità dei livelli organizzativi «intermedi» (presidi, dipartimenti, distretti) si orienta alla ricerca dell'assetto che meglio garantisce la riprogettazione e la gestione delle *operations*.

Più in generale, se in passato gli strumenti manageriali erano stati pensati per governare «un po' da lontano» la produzione interna di servizi, adesso se ne richiede un radicale riorientamento che sia coerente con l'esigenza da un lato di incidere più direttamente sui processi interni, dall'altro di governare (o per lo meno garantire il coordinamento con) il comportamento di altri soggetti.

Indice

Prefazione

di Elio Borgonovi e Francesco Longo

XIII

PARTE PRIMA

IL QUADRO DI RIFERIMENTO

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

di Eugenio Anessi Pessina ed Elena Cantù

3

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

3

1.2 Il modello di analisi

5

1.3 La struttura del Rapporto

9

1.4 I principali risultati

12

Bibliografia

15

2 La struttura del SSN

di Clara Carbone, Francesca Lecci e Angela Liotta

17

2.1 Premessa

17

2.2 Analisi delle fonti informative

18

2.3 Gli assetti istituzionali dei SSR

19

2.3.1 Le aziende del «gruppo sanitario
pubblico regionale»

21

2.3.2 L'apparato amministrativo regionale e i PSR

32

2.4 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

34

2.4.1 Capacità di offerta delle strutture ospedaliere

35

2.4.2 Capacità di offerta delle strutture territoriali

45

2.5 Le attività del SSN

56

VI Indice

2.5.1	Le attività di ricovero	56
2.5.2	Le attività territoriali	69
2.6	Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti	76
	Appendice. Principali norme regionali (aggiornamento: giugno 2008)	89
	Bibliografia	93
3	La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione	
	<i>di Claudio Jommi e Francesca Lecci</i>	95
3.1	Premessa	95
3.2	I confronti internazionali	95
3.3	I dati nazionali e regionali sulla spesa sanitaria a carico del SSN e dei pazienti	104
3.4	I dati di spesa regionali	118
3.5	I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura	130
	Allegato	146
	Bibliografia	149
4	Lo sviluppo dell'Health Technology Assessment in Italia: contenuti, approcci e riferimenti internazionali	
	<i>di Giovanni Fattore, Maria Caterina Cavallo e Rosanna Tarricone</i>	151
4.1	Introduzione	151
4.2	Perché l'Health Technology Assessment	152
4.3	Contenuto e confini del Health Technology Assessment	154
4.3.1	Gli elementi di una definizione	154
4.3.2	Le criticità di una definizione di HTA	156
4.4	L'Health Technology Assessment in concreto	159
4.4.1	Le fasi dell'HTA	159
4.4.2	L'HTA nelle aziende sanitarie	162
4.4.3	Quali strumenti per l'HTA?	163
4.5	Alcune esperienze internazionali di HTA	165
4.5.1	L'Inghilterra e il National Institute for Health and Clinical Excellence	165
4.5.2	La Germania	167
4.5.3	La Francia e la Haute Autorité de la Santé (HAS)	170
4.6	Alcune riflessioni sulla situazione italiana	171
	Bibliografia	176

PARTE SECONDA**I SISTEMI SANITARI REGIONALI**

5	Le reti ospedaliere dei SSR: un'analisi comparativa	
	<i>di Giuliana Bensa, Clara Carbone e Federico Lega</i>	181
5.1	Introduzione	181
5.2	Metodologia e dati della ricerca	183
5.3	Le reti ospedaliere dei SSR: risultati dell'analisi comparativa	185
5.3.1	Dimensioni e vocazione delle reti ospedaliere nei SSR	186
5.3.2	I livelli di Concentrazione/dispersione dell'offerta ospedaliera nei SSR	193
5.4	Conclusioni e spunti di ricerca futuri	198
	Bibliografia	202
6	Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto	
	<i>di Manuela Brusoni, Giulia Cappellaro e Marta Marsilio</i>	203
6.1	Introduzione	203
6.2	La letteratura in tema di consorzi di acquisto	204
6.2.1	I benefici attesi dall'accentramento	205
6.2.2	Gli ambiti di criticità	209
6.3	Metodologia di analisi: lo studio di due casi	211
6.4	Caso studio AVEN – Area Vasta Emilia Nord	214
6.4.1	Inquadramento	214
6.4.2	Analisi di impatto	216
6.5	Caso studio CSC – Centro Servizi Condivisi	223
6.5.1	Inquadramento	223
6.5.2	Analisi di impatto	225
6.6	Conclusioni	231
	Bibliografia	233
7	Composizione e retribuzioni del personale SSN nel 2006	
	<i>di Carlo De Pietro e Cristina Filannino</i>	235
7.1	Oggetto e obiettivi dell'analisi	235
7.1.1	Il mandato del Ministero della Salute	235
7.1.2	Gli obiettivi specifici dell'analisi	236
7.2	I dati utilizzati	239
7.3	Risultati	242
7.3.1	La composizione professionale	242
7.3.2	La composizione organizzativa	245

VIII Indice

7.3.3	Le retribuzioni SSN: livello e composizione	246
7.3.4	Le retribuzioni a livello regionale	249
7.3.5	L'analisi di posizionamento	250
7.4	Possibili approfondimenti	253
7.4.1	Contrattazione integrativa	254
7.4.2	Composizione professionale delle strutture di ricovero	257
7.4.3	Turn over e assenze del personale	259
7.5	Conclusioni	259
	Bibliografia	262
8	I nuovi accordi integrativi regionali con la Medicina Generale	
	<i>di Davide Galli ed Emanuele Vendramini</i>	265
8.1	Introduzione	265
8.2	Il percorso di indagine	266
8.3	Gli obiettivi dichiarati negli AIR	269
8.3.1	Risparmio finanziario	270
8.3.2	Risparmio economico	270
8.3.3	Appropriatezza	270
8.3.4	Qualità percepita	271
8.3.5	Crescita professionale	271
8.3.6	Gatekeeping	271
8.3.7	Integrazione dei percorsi	272
8.4	Gli strumenti attivati dagli AIR	272
8.4.1	L'associazionismo medico	273
8.4.2	La riprogettazione di compiti e funzioni	274
8.4.3	La definizione di percorsi per patologia	275
8.4.4	L'introduzione di un sistema di programmazione e controllo dei risultati	276
8.4.5	Lo sviluppo del sistema informativo	277
8.5	La coerenza fra obiettivi dichiarati e strumenti implementati negli AIR	278
8.6	Considerazioni conclusive	282
	Bibliografia	284
PARTE TERZA		
ASSETTI ISTITUZIONALI E COMBINAZIONI ECONOMICHE		
9	La mobilità delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie	
	<i>di Clara Carbone</i>	287
9.1	Premessa ed obiettivi	287

9.2	Dati e metodologia	288
9.3	Risultati dell'analisi	290
9.3.1	La mobilità dei direttori generali	290
9.3.2	La mobilità dei direttori sanitari e amministrativi	295
9.3.3	La squadra di direzione	298
9.4	Conclusioni e prospettive di ricerca future	299
	Bibliografia	300
10	Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari	
	<i>di Carlo De Pietro e Anna Prenestini</i>	301
10.1	Oggetto e obiettivi dell'analisi	301
10.2	Struttura del capitolo e metodi di ricerca	302
10.3	Inquadramento teorico e rilevanza nel dibattito sul SSN	303
10.3.1	Managerialismo e professionalismo nelle aziende sanitarie	303
10.3.2	La normativa italiana	307
10.3.3	Il dibattito sui mezzi di comunicazione di massa	309
10.4	Il caso dell'Azienda Ospedaliera di Pordenone	310
10.5	Il caso dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Alessandria	313
10.5.1	Il Collegio di direzione	315
10.5.2	Il Consiglio dei sanitari	316
10.6	Il caso dell'Azienda Usl di Empoli	317
10.6.1	Il Collegio di direzione	320
10.6.2	Il Consiglio dei sanitari	322
10.7	Discussione e conclusioni	323
	Bibliografia	325
11	La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento	
	<i>di Giuliana Bensa, Anna Prenestini, Stefano Villa</i>	327
11.1	Introduzione	327
11.2	Operations management in sanità	329
11.3	La logistica del paziente (patient flow logistics)	331
11.3.1	Oggetto ed obiettivi dello studio	331
11.3.2	La definizione dei percorsi: le «pipeline produttive»	333

X Indice

11.3.3	La mappatura del percorso	335
11.3.4	La variabilità dei flussi di attività	340
11.4	Conclusioni	361
	Bibliografia	362

12 Traiettorie di cambiamento nelle RSA:**analisi di cinque casi lombardi**

	<i>di Giovanni Fosti, Mariafrancesca Sicilia, Emilio Tanzi</i>	365
12.1	Introduzione	365
12.1.1	Obiettivo e metodologia della ricerca	366
12.2	L'Azienda Speciale «Cremona Solidale»	368
12.2.1	Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta	368
12.2.2	Alcuni dati di attività del servizio RSA	370
12.2.3	Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità	371
12.3	La Fondazione Mazzali di Mantova	374
12.3.1	Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta	374
12.3.2	Alcuni dati di attività del servizio RSA	375
12.3.3	Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità	376
12.4	Villa Serena SPA	379
12.4.1	Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta	379
12.4.2	Alcuni dati di attività del servizio RSA	381
12.4.3	Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità	381
12.5	La RSA «Baita Serena» e la Cooperativa Sociale «Ardesia»	383
12.5.1	Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta	383
12.5.2	Alcuni dati di attività del servizio RSA	384
12.5.3	Il processo di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità	385
12.6	La Residenza Sant'Andrea del Gruppo Segesta	388
12.6.1	Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta	388
12.6.2	Alcuni dati di attività del servizio RSA	389
12.6.3	Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità	390
12.7	Analisi e comparazione dei casi	392
12.7.1	Il modello di relazioni con l'ambiente	394
12.7.2	Gli strumenti gestionali	395
	Bibliografia	397

PARTE QUARTA

L'ORGANIZZAZIONE

13 Il processo di integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca nelle AOU: il caso dell'azienda e dell'università di Parma	
<i>di Clara Carbone, Carlotta D'Este, Marco Elefanti, Federico Lega, Valeria Tozzi, Emanuele Vendramini</i>	401
13.1 Oggetto ed inquadramento	401
13.2 Obiettivi della ricerca	404
13.3 Metodologia della ricerca	405
13.4 L'AOU di Parma	407
13.5 I risultati delle interviste	411
13.5.1 Interviste con i soli direttori di DAI	411
13.5.2 Interviste con i direttori di dipartimento e i responsabili di UOC	413
13.6 Lezioni apprese e traiettorie di sviluppo per osservazioni future	416
13.7 Considerazioni conclusive	417
Bibliografia	420
 14 Soluzioni aziendali e competenze emergenti per la gestione del rischio e della sicurezza	
<i>di Manuela Brusoni, Elisabetta Trincherò</i>	421
14.1 Introduzione e obiettivi della ricerca	421
14.2 Metodologia di indagine	422
14.3 Soluzioni aziendali emergenti della funzione di gestione del rischio e della sicurezza	425
14.4 Analisi delle competenze ad oggi presenti/dominanti nei team aziendali di gestione del rischio e della sicurezza	428
14.5 Hospital Risk Manager / Safety Manager: quale offerta formativa a livello nazionale ed internazionale	429
14.6 Conclusioni	433
Allegato 1 – Aziende sanitarie contattate	434
Allegato 2 – Questionario Direttore Sanitario	
Questionario rischio e sicurezza	436
Allegato 3 – Questionario referente aziendale	
gestione del rischio e della sicurezza	
Questionario rischio e sicurezza	438
Bibliografia	440

XII Indice

**PARTE QUINTA
LA RILEVAZIONE**

15 La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in Sanità	
<i>di Mara Bergamaschi e Francesca Lecci</i>	443
15.1 Introduzione	443
15.2 Sistemi di programmazione e controllo e di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie: un inquadramento concettuale	446
15.3 Definizione dell'oggetto di indagine e della metodologia della ricerca	449
15.4 I risultati dell'indagine	451
15.4.1 Il sistema di P&C	451
15.4.2 Gli indicatori utilizzati	453
15.4.3 I fabbisogni informativi	461
15.5 Conclusioni	467
Bibliografia	471
16 Il project finance: quali lezioni dalle esperienze internazionali?	
<i>di Fabio Amatucci, Mark Hellowell e Veronica Vecchi</i>	475
16.1 Introduzione	475
16.2 Italia	477
16.2.1 Il mercato italiano del Project Finance	477
16.2.2 Gli effetti sull'equilibrio economico delle aziende sanitarie	480
16.3 Regno Unito	483
16.3.1 Il mercato inglese del PFI	483
16.3.2 Gli effetti sull'equilibrio economico dei Trust	485
16.4 Francia	489
16.4.1 Il mercato francese del PF	489
16.4.2 Gli effetti sull'equilibrio economico degli EPS	491
16.5 Spagna e Portogallo	493
16.5.1 Il mercato del PF in Spagna	493
16.5.2 Il mercato del PF in Portogallo	496
16.6 Conclusioni	498
Bibliografia	501
Gli Autori	503

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

di Eugenio Anessi Pessina ed Elena Cantù

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

Questa è la nona edizione del Rapporto OASI. Anche quest'anno, seppur più sinteticamente che in passato, il cap. 1 presenta gli obiettivi dell'Osservatorio e le premesse metodologiche che lo caratterizzano, per poi passare all'illustrazione specifica della struttura del Rapporto e dei principali risultati.

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

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

Rispetto al primo presupposto, il Rapporto di quest'anno si caratterizza per un particolare sforzo di utilizzo delle banche dati nazionali esistenti (per esempio il database SDO e il Conto Annuale del Personale della RGS). Si tratta di banche dati molto ricche e articolate, ma spesso sottoutilizzate. Il loro impiego, tra l'altro,

può contribuire significativamente al miglioramento della loro completezza e attendibilità: più i dati saranno usati per analisi e comparazioni, più aumenterà l'attenzione posta nelle fasi di progettazione e rilevazione e, in ultima analisi, maggiore sarà la loro qualità. Quanto al secondo presupposto, va segnalato il nuovo sito del CERGAS (www.cergas.unibocconi.it), completamente rinnovato nell'estate 2007 e arricchito, tra l'altro, da una sezione che presenta i principali dati del SSN e permette di accedere ai file di tutti i Rapporti OASI, organizzati sia per anno che per temi.

Come premessa metodologica di fondo, OASI indaga il sistema sanitario secondo l'approccio economico-aziendale. Si tratta di una precisazione doverosa perché il sistema sanitario può essere indagato secondo diversi approcci: clinico, giuridico, politico, sociologico, economico generale, economico aziendale ecc. Pur nel pieno rigore metodologico, ogni approccio applica al sistema sanitario i propri «schemi concettuali» e le proprie «chiavi di lettura», il che «porta ad analisi e interpretazioni della realtà che danno rilievo a differenti elementi che la caratterizzano» (Borgonovi 1984, p. 6).

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

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

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

Le seconde sono invece più indicate (Yin 1994, pp. 3-9) per analisi approfondite, per cogliere i dettagli e comprendere le relazioni di causa-effetto tra le diverse variabili interne ed esterne all'azienda, per rispondere a domande del tipo: perché? (per esempio, perché l'azienda non predispone ancora il budget?); come? (per esempio, come ha fatto l'azienda a introdurre e portare a regime il sistema di budget?).

Queste considerazioni acquistano particolare significato nel sistema sanitario pubblico, dove frequenti sono i comportamenti «isomorfici» (Powell e Di Maggio 1983), di adesione solo formale a prescrizioni normative o a principi e soluzioni che riscuotono il consenso del contesto di riferimento (per esempio, l'ado-

zione dell'atto aziendale, la redazione del piano strategico, la dipartimentalizzazione delle strutture organizzative) e dove quindi è molto rischioso fermarsi alle apparenze dichiarate nei documenti, nei questionari, nelle interviste strutturate.

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

1.2 Il modello di analisi

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

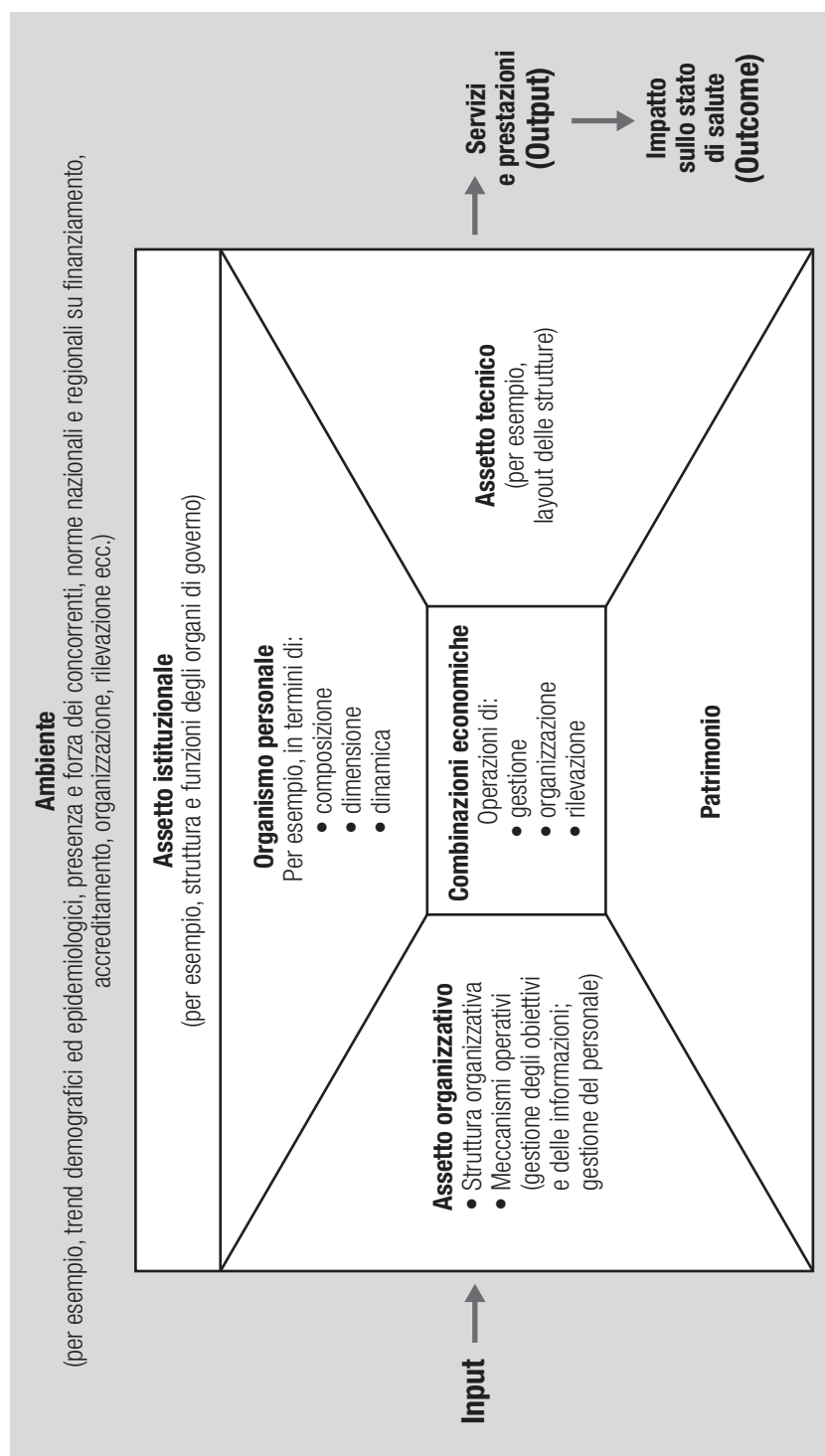
- ▶ dal punto di vista interpretativo, la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità raggiunti da ciascuna azienda e dall'interazione tra le aziende stesse;
- ▶ dal punto di vista normativo, la funzionalità complessiva del sistema si può migliorare modificando le modalità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

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

Di seguito si presentano brevemente i diversi elementi.

L'*assetto istituzionale* identifica i soggetti primari e le regole del gioco fondamentali dell'azienda ed è definito come la configurazione dei soggetti nell'interesse dei quali l'azienda nasce e opera (i cosiddetti *portatori di interessi istituzionali*);

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



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

dei contributi che tali soggetti forniscono all'azienda; delle correlate aspettative nei confronti dell'azienda stessa; delle modalità di partecipazione dei diversi soggetti al governo dell'azienda; delle strutture e dei meccanismi che regolano tale partecipazione. Nell'impostazione qui accolta, per le aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono le persone che compongono la collettività di riferimento e le persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La collettività di riferimento, in particolare, contribuisce all'attività dell'azienda prevalentemente attraverso il prelievo tributario. Le sue aspettative riguardano in primo luogo la disponibilità di adeguati servizi sanitari, ma non di rado si estendono ad altri aspetti (per esempio la tutela dei livelli occupazionali). La sua partecipazione al governo dell'azienda si esplica tipicamente attraverso la rappresentanza politica: prevalentemente a livello di comune nell'architettura originale del SSN, essenzialmente a livello di regione dopo il D.lgs. 502/1992. Infine, nell'architettura originale del SSN, le principali strutture di governo erano rappresentate dall'assemblea generale e dal comitato di gestione, poi sostituite (attraverso varie fasi) dall'organo monocratico di direzione generale e oggi nuovamente in fase di revisione. Regole particolari (anch'esse in forte evoluzione) disciplinano l'assetto istituzionale delle strutture «equiparate», tra cui i Policlinici e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Il riferimento a regioni e comuni richiama il tema delle *relazioni di natura istituzionale* con altre aziende. Queste relazioni caratterizzano in modo significativo l'assetto istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche. Le riforme introdotte dal D.lgs. 502/1992, in particolare, hanno ridefinito i Servizi Sanitari Regionali (SSR) come gruppi di aziende (sanitarie locali e ospedaliere) guidate dalla regione: di qui il frequente riferimento alla regione come «capogruppo» o «holding». In realtà, sia il ruolo effettivamente svolto dalla regione, sia quello che la regione stessa si propone di assumere non sono sempre coerenti con la figura della «holding» in senso stretto, ossia di soggetto che governa il SSR attraverso gli strumenti diretti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà».

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

Una caratteristica fondamentale delle combinazioni economiche è la loro estensione, ossia la loro dimensione, numerosità ed eterogeneità. Al riguardo si può osservare come in origine le Unità Sanitarie Locali (USL) si caratterizzassero per l'elevata estensione, al fine di perseguire i vantaggi connessi all'integrazione sia orizzontale (convergenza di tutti i servizi e attività attinenti alla salute in un'unica azienda), sia verticale (scarsa diffusione dell'esternalizzazione); come gli anni Novanta del secolo scorso siano stati invece caratterizzati da generali fenomeni di deintegrazione sia istituzionale (per esempio, scorporo delle aziende ospedaliere), sia gestionale-organizzativa (per esempio, specializzazione delle aziende in risposta alle convenienze generate dal sistema di finanziamento; diffusione dell'*outsourcing* anche per attività precedentemente considerate *core*), quindi da aziende sanitarie pubbliche con combinazioni economiche meno estese; come infine dal 2000 sia di nuovo iniziata la ricerca di integrazione, seppure a livello di SSR nel suo complesso più che di singola azienda.

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

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

L'*organismo personale* è l'insieme delle persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La teoria aziendale riconosce che il concetto di «organismo personale» può essere interpretato in modo più o meno ampio (Airoldi,

Brunetti e Coda 1994, p. 455). Nel SSN questa precisazione appare particolarmente rilevante per i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) che, seppure non legati da contratti di lavoro dipendente, rappresentano una risorsa strategica per le aziende.

L'*assetto tecnico*, infine, è dato dall'insieme di elementi che qualificano la configurazione fisico-tecnica dell'azienda, quindi dagli aspetti fisico-tecnici delle immobilizzazioni (fabbricati, impianti, attrezzature ecc.) e dei processi produttivi. In particolare, per le aziende sanitarie, l'assetto tecnico comprende il *layout* delle strutture (per esempio, la localizzazione dei posti letto, delle sale operatorie, dei magazzini o dei servizi diagnostici in relazione alle unità organizzative); l'organizzazione dei posti letto e delle aree di degenza; la localizzazione, l'allocazione organizzativa e le caratteristiche funzionali delle attrezzature sanitarie e delle altre risorse strumentali finalizzate a erogare assistenza; l'insieme e la distribuzione dei compiti affidati all'organismo personale in riferimento alle scelte di allocazione degli spazi e delle risorse strumentali; le modalità di programmazione dell'utilizzo della capacità produttiva rispetto a criteri legati alla tipologia di attività (si pensi ad attività programmabile o in urgenza o alle differenti specialità) e alla variabile tempo (distribuzione delle attività tra i vari giorni della settimana); la configurazione dei sistemi informativi, con particolare riferimento agli strumenti di supporto alle operazioni di gestione caratteristica, come i *software* per la refertazione in formato elettronico, per la gestione del parco letti, per la prenotazione automatica delle agende ambulatoriali, per la gestione dell'inventario e la programmazione delle manutenzioni, fino al modello dell'*hospital resource planning*. In sintesi, fanno parte dell'assetto tecnico tutti gli elementi, le condizioni e gli strumenti di supporto che permettono il funzionamento operativo della struttura determinando la configurazione dei processi di assistenza.

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

1.3 La struttura del Rapporto

La struttura del Rapporto riflette la Fig. 1.1.

La prima parte («Il quadro di riferimento») fornisce alcune informazioni di sintesi sulla struttura del SSN, dei SSR e delle singole aziende, con particolare ri-

ferimento all'assetto tecnico, all'organismo personale, alle principali caratteristiche della rete di strutture e professionisti pubblici e privati accreditati e convenzionati. Successivamente evidenzia i compiti fondamentali che spettano alla regione in quanto «capogruppo» del sistema regionale; sviluppa in particolare i temi del numero e delle caratteristiche delle aziende, che si modificano ogni anno a seguito degli interventi di «riordino» dei SSR; propone inoltre un quadro sintetico delle normative regionali che regolano l'assetto del SSR, l'eventuale istituzione di un'agenzia sanitaria regionale, il piano sanitario regionale in vigore o in corso di approvazione, l'organizzazione delle aziende, la loro contabilità. Infine analizza gli *input*, gli *output* e gli *outcome* delle aziende sanitarie in termini quantitativi (per esempio tipologie, volumi, indicatori di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate) e monetari (spesa, finanziamento, disavanzo). Nel quadro della progressiva (ma tuttora incompiuta) responsabilizzazione finanziaria delle regioni, particolare attenzione viene dedicata alle misure regionali di copertura dei disavanzi e ai «piani di rientro».

In questa parte viene collocato anche un capitolo (cap. 4) sull'*Health Technology Assessment* (HTA). Nel SSN si rileva infatti un rinnovato interesse per l'HTA, per il contributo che può offrire al controllo della spesa, ma anche al governo della diffusione delle tecnologie e dei comportamenti professionali secondo logiche di razionalità proprie dell'*evidence-based medicine*. Il tema era difficile da collocare univocamente nella struttura del Rapporto perché riguarda tutti i livelli istituzionali (governo centrale, regioni e aziende). Anzi, uno degli oggetti del dibattito è rappresentato proprio dal ruolo che i diversi soggetti devono ricoprire nei processi decisionali e applicativi relativi all'adozione e all'utilizzo delle tecnologie sanitarie.

La seconda parte («I sistemi sanitari regionali») si focalizza sui SSR, evidenziando sia la forte differenziazione interregionale, sia la tendenza verso un accentramento in capo alla regione di decisioni strategiche e funzioni amministrative. Tali fenomeni hanno acquisito ulteriore rilevanza con l'assunzione, da parte almeno di alcune regioni, dell'effettivo ruolo di «capogruppo». In particolare, il cap. 5 fornisce una descrizione delle reti ospedaliere regionali, evidenziando in particolare il grado di concentrazione delle diverse discipline. Tale variabile rappresenta una condizione fondamentale per raggiungere la *critical mass* necessaria a sostenere la qualità professionale e l'ammortamento economico degli investimenti. Il cap. 6 si focalizza sui processi di centralizzazione della funzione approvvigionamenti (e di altre funzioni tecnico-amministrative) a livello regionale o comunque sovra-aziendale. Tali processi, sempre più diffusi nei SSR, sono generalmente finalizzati alla riduzione della spesa per beni e servizi, ma producono impatti anche su altre dimensioni. Nel capitolo si propone dunque un sistema di valutazione dei processi di centralizzazione che non si limiti agli indicatori economico-finanziari, ma venga integrato con indicatori organizzativi e strategici. Il cap. 7 analizza l'estrema variabilità interregionale anche in un ambito fortemente

regolamentato come quello della gestione del personale. In particolare, l'attenzione si focalizza sulla composizione professionale e organizzativa dell'organismo personale e sulle retribuzioni medie. Il cap. 8, infine, completa la mappatura e la valutazione dei recenti accordi integrativi regionali con la medicina generale avviata nel Rapporto OASI dell'anno scorso.

Le successive tre parti sono dedicate più specificamente alle aziende. Nella terza parte («Assetti istituzionali, assetti tecnici e combinazioni economiche»), il cap. 9 presenta un aggiornamento dell'analisi del turn-over dei direttori generali pubblicata nei precedenti Rapporti OASI; propone inoltre alcune prime considerazioni sulla mobilità dei direttori amministrativi e sanitari, nonché sulla creazione di squadre «coese», prendendo in considerazione l'insieme delle tre figure che compongono la direzione strategica. Il cap. 10 indaga, invece, ruolo e funzionamento dei Collegi di direzione e dei Consigli dei sanitari, cioè dei due principali organismi previsti dalla normativa per coinvolgere in modo sistematico i professionisti nel governo delle aziende. Il cap. 11 si concentra sulle combinazioni economiche, proponendo un approccio di analisi innovativo per affrontare i problemi della logistica del paziente in ospedale (per esempio, ritardi e tempi lunghi di attesa, collocazione di pazienti in *setting* assistenziali non appropriati per l'indisponibilità di posti letto, ritmi di lavoro eccessivi, scarsa integrazione tra figure professionali diverse). Il capitolo 12, infine, sposta l'analisi sull'assistenza socio-sanitaria e indaga le scelte di riposizionamento percorse negli ultimi anni dalle aziende che gestiscono le RSA per anziani, nonché le modalità con cui tali aziende hanno iniziato ad adottare logiche e strumenti manageriali.

Nella quarta parte («L'organizzazione»), attraverso lo studio di un caso (cap. 13), si approfondiscono le problematiche degli «ospedali di insegnamento», con particolare riferimento all'integrazione delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca tramite l'introduzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata. Si propone inoltre un'analisi di alcune esperienze innovative in termini di modelli organizzativi e di competenze per la gestione del rischio e della sicurezza (cap. 14).

La quinta parte («La rilevazione»), infine, propone innanzi tutto un capitolo sulle caratteristiche del sistema degli indicatori adottato dalle aziende sanitarie nei sistemi di programmazione e controllo e sui fabbisogni informativi a cui tali indicatori danno risposta (cap. 15). Conclude il Rapporto un capitolo sul *project finance* (cap. 16), basato sul confronto tra alcune esperienze internazionali. Vale naturalmente, come sempre, la precisazione relativa all'accezione da attribuire al termine «rilevazione», che non vuole negare la forte valenza organizzativa né dei sistemi di pianificazione, programmazione e controllo, né dei sistemi informativi. Entrambi, infatti, sotto la denominazione comune di «sistemi operativi di gestione degli obiettivi e delle informazioni», rappresentano una fondamentale classe di sistemi operativi.

1.4 I principali risultati

Il Rapporto 2008 conferma i principali elementi interpretativi emersi negli anni precedenti. Continua la ristrutturazione del sistema d'offerta, che nell'ultimo decennio si è tradotta in una radicale riduzione dei posti letto per ricoveri ordinari, nel raddoppio dei posti letto in *day hospital*, nel significativo incremento delle strutture territoriali. Continuano le iniziative di ingegneria istituzionale, prevalentemente nella forma degli accorpamenti di ASL su base regionale o, nelle regioni più grandi, provinciale: il numero di ASL si è ormai ridotto a 154 e sono poche le regioni in cui le ASL sub-provinciali restano la norma anche al di fuori delle grandi aree metropolitane (Veneto e Campania tra le regioni grandi; Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Abruzzo tra le più piccole). Continua la regionalizzazione, nella duplice accezione di differenziazione interregionale e di accentramento in capo alla regione di decisioni strategiche e funzioni amministrative, anche sotto la spinta della ribadita responsabilizzazione finanziaria delle regioni e, in alcuni casi, dei Piani di rientro. La pressione regionale è anzi così forte che persino un sistema a valenza fortemente aziendale come il controllo direzionale finisce per incorporare obiettivi, misurazioni e rendicontazioni proprie della relazione tra azienda e regione più che tra azienda e CdR (cap. 15). Persistono inoltre i tradizionali punti di forza e di debolezza nell'adozione degli strumenti manageriali: restano sostenuti l'adozione e l'affinamento degli strumenti (per esempio, con l'adozione di una prospettiva multidimensionale nella definizione degli obiettivi di budget: cap. 15); è diffusa la consapevolezza di dover «dar gambe» alle innovazioni; persistono però le difficoltà di efficace selezione e utilizzazione degli strumenti stessi (per esempio, l'incoerenza tra gli obiettivi dichiarati dagli Accordi Integrativi Regionali per la medicina generale e gli strumenti previsti per il loro conseguimento: cap. 8), nonché la tentazione a «rilanciare» verso strumenti nuovi anziché dare una nuova *chance* a strumenti inizialmente applicati in modo subottimale (come nel passaggio dal *project finance* al *leasing*, cap. 16). Prende inoltre forma l'aziendalizzazione di soggetti inizialmente rimasti immuni, quali le Aziende Ospedaliere Universitarie (cap. 13) e le RSA (cap. 12), spesso però ripercorrendo la strada già battuta da ASL e AO e senza far sufficientemente tesoro della loro esperienza: le RSA, per esempio, sembrano caratterizzarsi per lo sviluppo di sistemi gestionali, soprattutto di sistemi di controllo direzionale, affinati dal punto di vista tecnico, ma spesso non utilizzati a fini di responsabilizzazione. Infine, si riafferma con forza l'unicità e l'autonomia aziendale, anche su tematiche fortemente regolamentate o apparentemente appannaggio dei livelli istituzionali sovraordinati. Per esempio il cap. 7, evidenziando significative variabilità nella composizione dell'organismo personale, lascia supporre che personale con qualifiche professionali uguali sia impiegato in mansioni diverse nelle diverse regioni e aziende, quindi una fungibilità tra professioni certamente più elevata di quella ipotizzata dalla regolamentazione del sistema professionale; il cap.

4 sottolinea la presenza di significative attività di HTA anche a livello aziendale; il cap. 10 mostra un'eterogeneità interaziendale nelle strutture di *governance* che discende dalle indicazioni regionali e nazionali, ma anche dalla cultura aziendale, dalla disponibilità e dalle competenze dei professionisti sanitari, dal supporto offerto dalla direzione aziendale, dalla legittimazione organizzativa interna, ecc; il cap. 13 giunge ad affermare l'impossibilità di trasferire acriticamente alle AOU persino le soluzioni sviluppate nell'ambito delle AO non universitarie. Naturalmente, peraltro, la variabilità interaziendale non è sempre giustificata e la sua componente «non fisiologica» andrebbe governata, consentendo notevoli recuperi di efficacia ed efficienza. Di qui l'importanza di iniziative di *benchmarking* o comunque di confronto sistematico tra le regioni e tra le aziende.

Il tema dominante del Rapporto 2008, però, è un altro: lo spostamento di attenzione dai tradizionali oggetti di innovazione manageriale (struttura organizzativa e meccanismi operativi) verso le combinazioni economiche da un lato, le relazioni interaziendali dall'altro.

Nelle sue fasi iniziali, il processo di aziendalizzazione si è focalizzato sui sistemi di programmazione e controllo, nella speranza che le unità organizzative, opportunamente stimulate, procedessero autonomamente alla revisione delle proprie modalità di funzionamento per meglio contribuire al perseguimento delle finalità aziendali. Ai sistemi di programmazione e controllo sono state inoltre collegate alcune politiche di gestione del personale, soprattutto in materia di incentivazione. A un certo punto, anzi, i sistemi di programmazione e controllo sono stati in qualche modo «sovraccaricati» di finalità; in corrispondenza, i *controller* hanno svolto un ruolo per certi versi sovradimensionato all'interno delle aziende. In una seconda fase è stata ridisegnata l'architettura stessa delle unità organizzative (distretti, dipartimenti), per renderla più coerente con le accresciute dimensioni aziendali, nonché con le finalità e le caratteristiche delle singole aziende. Più recentemente, l'attenzione si è spostata sugli assetti istituzionali in termini di ridefinizione delle aziende, delle loro relazioni con gli *stakeholder* (anche attraverso strumenti quali la pianificazione strategica e il bilancio sociale) e dei loro organi di governo (collegio di direzione, consiglio dei sanitari, ruolo «istituzionale» del distretto). Nei termini della Fig. 1.1, le tre fasi sopra descritte hanno tutte cercato di incidere sul «cuore» dell'azienda (le combinazioni economiche) intervenendo per via indiretta sugli elementi «sovraordinati» o «di contorno» (l'assetto istituzionale, la struttura organizzativa, i sistemi operativi). Ultimamente stanno invece emergendo alcune iniziative di intervento diretto sui processi assistenziali, per esempio attraverso la ridefinizione degli spazi ospedalieri in base al criterio dell'intensità assistenziale, gli interventi di logistica del paziente (cap. 11), la definizione di PDTA con finalità di governo clinico (cap. 8) e di controllo dei rischi, l'audit clinico, il Business Process Re-engineering, le attività di HTA (cap. 4), la ridefinizione delle reti ospedaliere (cap. 5). Anche nella centralizzazione degli acquisti (cap. 6) si può leggere una rinnovata attenzione alle combinazioni

economiche, in parte perché i processi di acquisto sono di per sé una componente importante del sistema di operazioni aziendali, ma soprattutto perché la revisione delle modalità di approvvigionamento finisce per incidere sui comportamenti professionali, visto che la scelta dei beni e servizi strettamente connessi agli atti clinici è sempre stata terreno di esercizio dell'autonomia professionale.

Un'implicazione fondamentale dell'attenzione ai processi è il contributo al coinvolgimento dei professionisti, anche al di sotto dei livelli apicali. Una criticità fondamentale del processo di aziendalizzazione, infatti, è stata l'incapacità di «conquistare» i medici e gli altri operatori sanitari. L'analisi delle operazioni aziendali attraverso la chiave di lettura dei processi mostra invece come la dimensione clinica e quella manageriale siano due facce inscindibili della stessa medaglia. Una seconda implicazione da segnalare è l'ulteriore evidenziazione delle incompressibili specificità aziendali. Più si va a fondo nell'analisi dei processi interni alle aziende, più ci si rende conto di quanto sia velleitaria una logica di standardizzazione e di quanto invece la qualità delle soluzioni adottate dipenda dalla loro rispondenza ai fabbisogni di ciascuna azienda.

Oltre alla spinta «verso l'interno», ossia verso le combinazioni economiche, dal Rapporto emerge con grande evidenza la spinta «verso l'esterno», ossia verso le relazioni interaziendali. Della centralità della relazione con la regione si è già detto, ma il quadro delle relazioni interaziendali è ben più ampio e complesso. L'assetto delle AO resta pressoché immutato, ma IRCCS e Policlinici universitari pubblici stanno diventando sempre più parte integrante dei SSR. I meccanismi istituzionali e gestionali di coordinamento all'interno di «aree vaste» (variamente denominate) sono sempre più diffusi (cap. 2). Il peso relativo degli erogatori privati di assistenza ospedaliera è sistematicamente cresciuto nel tempo (cap. 2). Ancora più marcata è la presenza del privato nelle strutture dedicate ai bisogni emergenti di cronicità e domiciliarità, dove forte è anche il ruolo degli enti locali (cap. 2 e cap. 12); in merito si rileva inoltre come le RSA stiano posizionandosi come erogatori integrati di servizi rispetto alla tendenziale specializzazione che li ha caratterizzati fino ad anni recenti, ampliando l'intensità e la gamma delle proprie interazioni con le ASL (cap. 12). Si moltiplicano i tentativi di governare la medicina generale, superando i limiti di un modello di servizio sanitario che da un lato vorrebbe i MMG come protagonisti assoluti del sistema, dall'altro ha mantenuto il loro ruolo di professionisti indipendenti (cap. 8). L'accentramento degli acquisti crea significative relazioni con altre aziende sanitarie pubbliche, ma suggerisce anche una migliore gestione delle relazioni con i fornitori, con un monitoraggio centralizzato e omogeneo sull'intera performance della *supply chain* (cap. 6). Per gli investimenti si confermano cruciali le *partnership* pubblico-privato (cap. 16). L'azienda sanitaria pubblica è così sempre più nodo di reti, di cui talvolta è regista, talvolta nodo paritetico, talvolta ancora nodo subordinato.

Con ciò non si vuole naturalmente negare la rilevanza di strutture istituzionali, strutture organizzative e meccanismi operativi. Il Rapporto continua infatti a

dedicare capitoli ai direttori generali, ai collegi di direzione, ai dipartimenti, ai sistemi di programmazione e controllo. Si vuole però affermare che in passato le innovazioni istituzionali e organizzative sono spesso state vissute come fini a se stesse, mentre adesso si inizia a riaffermarne la corretta natura di mezzi per orientare lo svolgimento delle combinazioni economiche al perseguimento delle finalità istituzionali. Così, per esempio, l'introduzione delle aree vaste ha spesso anche la funzione di supportare la riorganizzazione delle reti ospedaliere (cap. 5); il rafforzamento del collegio di direzione (e in misura minore del consiglio dei sanitari) consente di cooptare la *line* professionale di più alto livello nelle decisioni dell'azienda, anche per legittimare l'intervento più incisivo del management sui processi aziendali, consentendo d'altra parte sia un controllo sociale e informato sulle singole unità organizzative, sia un controllo sull'azione della direzione aziendale e sulle conseguenze di una sua eccessiva politicizzazione (cap. 10); l'introduzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata si propone l'ottenimento di economie di scala sul fronte assistenziale e l'integrazione tra processi di assistenza, didattica e ricerca (cap. 13). Più in generale, se in passato gli strumenti manageriali erano stati (o comunque avrebbero dovuto essere) pensati per governare «un po' da lontano» la produzione interna di beni e servizi, adesso se ne richiede un radicale riorientamento che sia coerente da un lato con l'esigenza di incidere più direttamente sui processi interni, dall'altro di governare (o per lo meno garantire il coordinamento con) il comportamento di altri soggetti.

Bibliografia

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

2 La struttura del SSN¹

di Clara Carbone, Francesca Lecci e Angela Liotta

2.1 Premessa

Il presente capitolo fornisce una visione d'insieme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, della sua organizzazione e delle sue attività, con un'attenzione particolare ai cambiamenti che ne hanno caratterizzato l'evoluzione negli ultimi anni.

Il modello di analisi adottato è quello economico aziendale (presentato nel capitolo 1) e, dopo un'analisi metodologica delle fonti informative utilizzate per la rilevazione dei dati (§ 2.2), gli elementi che vengono approfonditi sono i seguenti:

- ▶ assetti istituzionali dei singoli Servizi Sanitari Regionali (SSR), vale a dire numerosità e tipologia di aziende, politiche complessive e norme generali di contabilità e organizzazione, assetto dell'apparato amministrativo regionale (§ 2.3);
- ▶ scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale (in termini quali-quantitativi) (§ 2.4);
- ▶ dati di output in termini di tipologie, volumi e qualità delle prestazioni erogate (§ 2.5);
- ▶ bisogni sanitari e domanda espressa dagli utenti, che rappresentano, insieme ai prestatori di lavoro, i soggetti nell'interesse dei quali l'azienda opera (§ 2.6). Tale analisi dovrebbe rappresentare la base per la definizione delle scelte strategiche e organizzative di aziende e Regioni e la valutazione di quanto i servizi prodotti siano «soddisfacenti» per la collettività in relazione alle risorse utilizzate (valutazione dell'economicità).

¹ Questo capitolo aggiorna ed amplia il secondo capitolo del Rapporto OASI 2007. Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, il §§ 2.1, 2.2 e 2.3 sono da attribuirsi a Clara Carbone, il § 2.6 a Francesca Lecci e i §§ 2.4 e 2.5 ad Angela Liotta.

2.2 Analisi delle fonti informative

Le fonti informative utilizzate nel presente capitolo sono molteplici. Esse possono essere classificate in base agli argomenti affrontati nei diversi paragrafi.

- Rispetto al tema degli assetti istituzionali dei singoli SSR (§ 2.3), la base informativa è alimentata in larga parte dai dati raccolti attraverso una delle attività istituzionali di OASI che consiste nell'invio annuale a tutte le regioni di un questionario strutturato in materia di assetti istituzionali (quadro normativo, trasformazioni giuridiche, istituzione di nuovi soggetti istituzionali, numero di strutture di ricovero e nomina e revoca dei direttori generali delle aziende sanitarie). In alcuni casi, le informazioni riportate sintetizzano i risultati di indagini condotte da istituti pubblici (come ad esempio, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – Age.na.s) o da altri centri di ricerca;
- Riguardo alla struttura (configurazione fisico-tecnica delle aziende e organismo personale delle aziende) e alle attività del SSN (§§ 2.4 e 2.5), le elaborazioni dei dati vengono effettuate a partire dai flussi informativi ministeriali del SIS (Sistema Informativo Sanitario) aggiornati, generalmente, a due anni prima dell'anno in corso. I dati sono alimentati prevalentemente dalla rilevazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)² e dai dati risultanti dai flussi informativi attivati con il D.P.C.M. 17/05/1984, rinnovati ed ampliati con successivi Decreti Ministeriali (l'ultimo decreto di riferimento è quello del 5/12/2006 che recepisce le modifiche proposte dalla «Cabina di Regia»). I dati raccolti dal SIS sono poi organizzati e presentati in maniera organica in due pubblicazioni annuali del Ministero della Salute: «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» e «Attività di ricovero ospedaliero». Rispetto a quest'ultima pubblicazione si segnala che a partire dal 2005, il flusso ministeriale ha subito un rallentamento. Ad oggi, non è ancora stato pubblicato il rapporto SDO 2006. La direzione «Programmazione» ha però reso disponibili alcune elaborazioni relative agli anni 2006 e 2007.
- Per la parte relativa all'outcome (bisogni sanitari e domanda espressa dagli utenti) del SSN (§ 2.6), i dati analizzati fanno riferimento ai flussi di mobilità rilevati dal SIS, che possono essere interpretati come un'approssimazione del livello di gradimento dei vari SSR, e a fonti istituzionali individuate di volta in volta, in base alla significatività per l'oggetto di analisi e all'anno di aggiornamento (ad esempio, l'indagine multiscopo dell'ISTAT relativa a «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», analisi dell'ASSR sulle liste di attesa, indagini AIOP o del Ministero della salute sul livello di soddisfazione dei servizi sanitari da parte dei cittadini ecc.).

² Attraverso le SDO il Ministero rileva i dati di attività delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate alle pubbliche e degli istituti privati (case di cura accreditate e non).

A fronte di questa disamina delle principali fonti informative, è opportuno sottolineare alcune carenze di sistematicità nelle rilevazioni effettuate dal SIS (ad esempio, i flussi del SIS non hanno mai incluso le liste di attesa).

Il SIS, fino ad oggi prevalentemente centrato sulle strutture ospedaliere e sulla rendicontazione delle loro attività, è stato negli ultimi anni oggetto di revisione. Nel contesto di evoluzione del SSN la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha siglato il 22 febbraio 2001 l'Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS). Il protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e successivamente il «Patto per la Salute» del 28 Settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del SSN, evidenziando il conferimento dei dati al SIS «fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni».

La corretta progettazione e lo sviluppo del NSIS hanno richiesto la disponibilità di un linguaggio comune³ per consentire l'interscambio informativo con i SSR. A tal fine, si è reso quindi necessario avviare una progettualità parallela e complementare a quella del NSIS, finalizzata alla costruzione dei «Mattoni del SSN». Il progetto, approvato nella Conferenza Stato – Regioni del 10 dicembre 2003, avere individuato 15 gruppi di lavoro che prevedevano un forte coinvolgimento delle Regioni, nonché del Ministero della Salute, delle Agenzie sanitarie regionali, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e di esperti del mondo medico e scientifico. Le tematiche affrontate dai Mattoni SSN erano articolato in tre aree, che confluiscono tutte nella base dati NSIS: i Mattoni relativi a classificazioni e codifiche, quelli riferiti alle metodologie di analisi, e quelli che si interessano dei contenuti informativi. Ad oggi i 15 Mattoni risultano formalmente conclusi e, di conseguenza, anche l'avvio del NSIS⁴.

Infine è opportuno segnalare la nascita e lo sviluppo del progetto AIDA (Atlante Italiano Database Amministrativi ed Epidemiologici) con l'obiettivo di eseguire una mappatura informatica delle banche dati esistenti in Italia, a livello nazionale e regionale (Mantovani et al., 2008).

2.3 Gli assetti istituzionali dei SSR

Secondo la dottrina economico-aziendale, l'assetto istituzionale delle aziende può essere visto come l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e temperamento degli interessi che convergono sulle aziende

³ In particolare si è evidenziata la necessità di disporre di: (i) dati classificati e codificati in modo omogeneo; (ii) approcci omogenei per la creazione, a livello locale, dei dati resi poi disponibili al livello regionale e nazionale e (iii) metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra qualità e costi nel sistema sanitario.

⁴ Per maggiori informazioni sui risultati di ciascun dei 15 mattoni si rimanda al sito istituzionale: <http://www.mattoni.ministerosalute.it/mattoni/mattoni.jsp>.

stesse (Airoidi, Brunetti e Coda 1994). Nelle aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro. La collettività di riferimento partecipa al governo dell'azienda attraverso la rappresentanza politica. In particolare, a seguito del processo di regionalizzazione del SSN è possibile identificare prevalentemente nelle regioni i rappresentanti della popolazione. E sono le regioni che, in qualità di capogruppo⁵ del sistema regionale, devono:

1. ridisegnare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR;
2. stabilire la struttura del gruppo in termini di combinazioni economiche con autonomia giuridica ed economica (le aziende del gruppo);
3. definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende (nomina degli organi di direzione di massimo livello, costituzione di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi, ecc.);
4. delineare le politiche complessive del sistema;
5. progettare le norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo.

Rispetto a tali competenze, in appendice vengono elencate le principali normative regionali che regolano i diversi aspetti, aggiornate sulla base della scheda di raccolta dati inviata a tutte le regioni nella primavera 2008. Nel prosieguo:

- si analizzano le scelte regionali in tema di definizione della struttura del gruppo, cioè di individuazione delle aziende (§ 2.3.1);
- si riportano in sintesi le principali considerazioni rispetto al tema degli apparati amministrativi dei SSR e dei PSR (§ 2.3.2).

Si rimanda invece:

- al capitolo 5 per un'analisi delle scelte regionali riguardo alla configurazione delle reti ospedaliere;

⁵ Il termine «capogruppo» può essere inteso secondo un'accezione ristretta ed una più ampia. «Nel primo caso il riferimento è esclusivamente al ruolo di governo del SSR esercitato dalla Regione in qualità di proprietaria della rete pubblica, attraverso gli strumenti diretti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà». Secondo un'accezione più ampia (accolta in questo capitolo) il termine «capogruppo» si riferisce alla Regione in quanto soggetto che governa il sistema sanitario, indipendentemente dalle modalità di esercizio di tali prerogative. Le modalità possono essere infatti diverse: alcune regioni utilizzano ampiamente gli strumenti di indirizzo e controllo tipici della «proprietà», mentre altre tendono a stabilire regole che definiscono le convenienze dei diversi soggetti e li orientano verso gli obiettivi della Regione, pur valorizzandone l'autonomia. Nel secondo caso la Regione si configura principalmente come soggetto regolatore e controllore «terzo» del sistema, che limita il proprio coinvolgimento diretto nella funzione di gestione dei servizi» (Cantù 2002: 22).

- ▶ al capitolo 6 per una presentazione delle principali esperienze regionali di centralizzazione dei processi di acquisto;
- ▶ al capitolo 7 per una comparazione dei sistemi regionali in tema di composizione professionale del personale e di meccanismi di retributivi;
- ▶ al capitolo 8 per una disamina delle scelte dei SSR in tema di accordi integrativi per la medicina generale;
- ▶ al capitolo 5 del Rapporto Oasi 2007 per una disamina sullo stato dell'arte dei sistemi di accreditamento nei diversi SSR⁶;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto Oasi 2007 per l'analisi dei sistemi tariffari regionali per le prestazioni di ricovero e al capitolo 5 del Rapporto OASI 2004 per l'analisi dei sistemi regionali di finanziamento degli investimenti;
- ▶ al capitolo 8 del Rapporto Oasi 2007 per un'analisi delle modalità di governo dell'assistenza farmaceutica;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2005 per una presentazione delle indicazioni contenute nelle leggi regionali di organizzazione e nei PSR in merito all'assetto organizzativo delle aziende;
- ▶ al capitolo 6 del Rapporto OASI 2003 per una disamina dettagliata della normativa regionale in tema di gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende.

2.3.1 Le aziende del «gruppo sanitario pubblico regionale»

Tutte le regioni, in qualità di capogruppo, devono stabilire la struttura del gruppo, individuando le aziende sanitarie pubbliche di cui si compone. Specificamente esse devono (i) ridefinire l'articolazione del territorio regionale in ASL e (ii) eventualmente costituire in aziende autonome (Aziende Ospedaliere – AO) gli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione e, più in generale, quelli individuati dalla regione stessa.

Tale autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di (i) numero e dimensione media delle ASL e delle AO; (ii) numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e conseguente estensione dei meccanismi di «quasi mercato». La Tabella 2.1 presenta l'evoluzione del numero di aziende sanitarie territoriali (ASL) ed ospedaliere nelle diverse Regioni dal 1992 ad oggi e le loro dimensioni medie.

Rispetto all'anno scorso si evidenzia la scelta della Regione Basilicata che ha avviato una riorganizzazione delle ASL, in virtù della quale le cinque ASL attualmente presenti sul territorio regionale sono state accorpate in due ASL provinciali (LR 12/2008): l'ASP (Azienda Sanitaria Locale di Potenza), che aggrega

⁶ Rispetto a questo tema si rimanda anche ad un recente studio condotto dall'Agenas (ex ASSR) «Riconoscimento delle norme regionali sull'accreditamento istituzionale in riferimento alla legge n. 296/2006 (finanziaria 2007)» aggiornato a marzo del 2008.

le ASL di Venosa, di Potenza e di Lagonegro, e l'ASM (Azienda Sanitaria Locale di Matera) che aggrega le ASL di Matera e Montalbano Jonico. L'entrata in funzione delle nuove aziende è stata fissata a partire dal primo gennaio 2009. La suddetta legge regionale prevede, infatti, un periodo di transizione per le due nuove ASL nell'ambito del quale verrà avviata la liquidazione delle 5 vecchie ASL e verranno nominati i due nuovi direttori generali. Non sono state, invece, previste modifiche nel numero delle AO. Riguardo alle regioni che nel corso degli ultimi due anni hanno avviato dei processi di riorganizzazione del SSR (Calabria, Puglia, Piemonte e PA di Bolzano) si segnala:

- il ritardo della Regione Calabria nel portare a termine i processi di accorpamento delle ASL avviati lo scorso anno: rispetto alle 5 ASL provinciali previste (Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotone), ad oggi ne risultano attive 6 in quanto l'accorpamento delle ASL di Locri e di Reggio Calabria non è ancora stato avviato a causa di prolungati commissariamenti straordinari, in attesa dell'accordo con il Ministero dell'Interno;
- il completamento dei processi di riduzione del numero di ASL avviati in Puglia (da 12 a 6), Piemonte (da 22 a 13) e Bolzano (da 4 a 1).

Da un punto di vista dimensionale (Tabella 2.1), si evidenzia una popolazione media per ASL intorno ai 384.000 abitanti (un dato superiore a quello del 2007, dovuto ai processi di accorpamento e fusione appena presentati), con un massimo rappresentato dall'ASUR marchigiana (quasi 1.536.098 abitanti) seguito dalle ASL pugliesi e lombarde (più di 600.000 abitanti) ed un minimo da quella della Valle D'Aosta (poco più di 120.000). La medesima tabella mostra:

- una media di circa 3,4 presidi a gestione diretta delle ASL con una dimensione media di circa 160 posti letto⁷; rispetto a questo ultimo indicatore si segnala peraltro un'elevata variabilità interregionale e le variazioni più significative in Lombardia (da 156 a 210) a causa di un aumento dei PL dei due presidi a gestione diretta delle ASL (da 311 a 420) e in Umbria (da 254 a 132) dove, invece, si registra una riduzione dei PL dei presidi di ASL (da 1.270 a 1.186);
- una maggiore dimensione media delle AO dell'Italia del Nord (con un numero di posti letto superiori alla media nazionale, tranne in Piemonte) insieme a Toscana e Lazio⁸, rispetto a quelle del Centro-Sud (solo la Puglia e la Basilicata hanno dimensioni superiori alla media);

⁷ L'indicatore PL utilizzati medi per presidio ospedaliero è calcolato come rapporto tra i dati di PL utilizzati aggiornati al 2006 e pubblicati dal Ministero della Salute sul rapporto annuale «Attività economiche e gestionali delle ASL e AO» e il numero dei presidi ospedalieri a gestione diretta aggiornati al 2006 rilevato dall'attività istituzionale di OASI.

⁸ Si segnala che la dotazione media dei PL delle AO della Regione Lazio è passata da 745 a 831 per un aumento del 10% dei PL dal 2005 al 2006.

Tabella 2.1 Numero di ASL e AO e dimensioni medie

	ASL				AO						
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/08	Popolazione media 2008	N. medio presidi a gest. diretta* 2008	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta* 2006	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/08	N. medio stabilimenti AO** 2008	PL utilizzati medi per AO 2006	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2006
Piemonte	63	22	13	334.833	3,5	145	7	8	2,0	592	296
Val d'Aosta	1	1	1	124.812	1,0	427	-	0	-	-	-
Lombardia	84	44	15	636.363	0,1	210	16	29	3,3	737	220
Bolzano	4	4	1	487.673	7,0	243	-	0	-	-	-
Trento	11	1	1	507.030	11,0	145	-	0	-	-	-
Veneto	36	22	21	227.312	2,7	183	2	2	1,5	1.487	991
Friuli Venezia Giulia	12	6	6	202.100	1,3	106	3	3	2,0	763	382
Liguria	20	5	5	321.576	2,0	284	3	3	1,0	747	747
Emilia Romagna	41	13	11	383.933	3,5	234	5	5	1,0	1.030	1.030
Toscana	40	12	12	303.184	2,2	222	4	4	1,0	876	876
Umbria	12	5	4	218.242	2,3	132	2	2	1,5	597	398
Marche	24	13	1	1.536.098	31,0	104	3	2	2,0	592	296
Lazio	51	12	12	457.776	4,6	135	3	4	1,8	831	475
Abruzzo	15	6	6	218.300	3,8	188	-	-	-	-	-
Molise	7	4	1	320.074	6,0	188	-	-	-	-	-

Tabella 2.1 (segue)

	ASL				AO						
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/95	Numero al 30/06/08	Popolazione media 2008	N. medio presidi a gest. diretta* 2008	PL utilizzati medi per presidio a gest. diretta* 2006	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/08	N. medio stabilimenti AO** 2008	PL utilizzati medi per AO 2006	PL utilizzati medi per stabilimento AO** 2006
Campania	61	13	13	445.399	3,0	128	7	8	1,1	508	451
Puglia	55	12°	6	678.312	4,5	295	4	2	1,0	1.079	1.079
Basilicata	7	5	2°	295.669	6,5	92	1	1	2,0	758	379
Calabria	31	11	6	333.009	5,0	90	4	4	2,3	426	189
Sicilia	62	9	9	557.429	5,6	86	16	17	1,5	349	237
Sardegna	22	8	8	207.430	3,6	167	1	1	1,0	524	524
ITALIA	659	228	154	383.969	3,4	160	81	95	2,1	664	322

* Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Digs 502/92).
** Per stabilimenti di AO si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti.
° Ai sensi della LR 12/2008, le due ASL provinciali della Basilicata saranno attive dal 1° gennaio del 2009.

Fonte: OASI e elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

- ▶ l'elevato numero medio di posti letto degli stabilimenti gestiti dalle AO venete, emiliane, toscane, pugliesi in seguito alla scelta regionale di costituire in AO solo gli ospedali di maggiori dimensioni, soprattutto quelli in cui l'attività ospedaliera è svolta congiuntamente con l'Università;
- ▶ la peculiarità della scelta lombarda, evidenziata sia dal numero medio di strutture di ricovero per azienda (0,1 presidi a gestione diretta per ASL e 3,3 stabilimenti per AO, rispetto ad una media nazionale rispettivamente di 3,4 e 2,1⁹), sia dalla limitata dimensione media degli stabilimenti delle AO in quanto sono stati costituiti in AO anche ospedali di dimensioni ridotte, accorpandoli tra loro (220 PL utilizzati medi per stabilimento di AO rispetto ad una media nazionale di 322);
- ▶ il numero medio di presidi a gestione diretta è rimasto sostanzialmente invariato. Tuttavia si segnalano delle variazioni in alcune regioni (riduzione del numero medio di presidi a gestione diretta in Calabria, Campania e Piemonte per una diminuzione del numero di presidi ed un aumento in Lazio per una migliore accuratezza nella rilevazione dei dati dei presidi nell'ultimo anno);
- ▶ la rinnovata omogeneità di assetti nelle due province autonome che fino al 2006, pur presentando una popolazione di ampiezza simile (intorno ai 500.000 abitanti), avevano assetti difforni: Trento aveva costituito un'unica ASL che gestiva direttamente 11 presidi di dimensioni limitate, Bolzano aveva quattro ASL (dal 2007 una sola) che gestivano ciascuna circa 2 presidi di dimensioni medie maggiori.

Il Box 2.1 riporta le principali modifiche nel numero di ASL e AO avvenute dal 1996 fino al 30/06/2008. Nel biennio 1994-95 la maggior parte delle regioni aveva provveduto al riassetto del proprio SSR in attuazione del Dlgs 502/92. Dal 1996, le revisioni erano state rare, con l'unica eccezione della Lombardia. Dal 2002 sembra aver preso avvio una nuova stagione di revisione degli assetti di sistema, in cui gli interventi di «ingegneria istituzionale», già avviati o comunque proposti¹⁰, si sono moltiplicati.

Innanzitutto molte regioni hanno provveduto alla ridefinizione di ASL e AO: i recenti riordini dei SSR pugliese¹¹, calabrese, piemontese, lucano e di quello delle PA di Bolzano; il completamento del riassetto del SSR lombardo con la tra-

⁹ Si segnala peraltro che, in generale, i dati medi nazionali riferiti alle AO risultano fortemente influenzati dai dati lombardi, dato che le AO lombarde rappresentano circa un terzo del totale nazionale.

¹⁰ Ad esempio, in Abruzzo è stata presentata una proposta per la riduzione delle ASL a 4 e la creazione di 2 AO (Chieti e L'Aquila) e in Sicilia sono stati ipotizzati diversi scenari di accorpamento e riduzione di AO del SSR.

¹¹ Il riordino del SSR pugliese si è articolato in due fasi: nel 2002 con la soppressione di 4 AO e nel 2006 con l'accorpamento delle ASL sub provinciali in aziende più grandi coincidenti con il territorio provinciale.

sformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna; l'accorpamento di tre aziende sanitarie nell'ASL di Bologna; la creazione dell'ASREM in Molise; la fusione per incorporazione di tre aziende nell'AO «Umberto I» e creazione dell'ASUR nelle Marche. Si rimanda al capitolo 9 del Rapporto OASI 2005 per un'analisi di quest'ultimo caso (la creazione dell'ASUR delle Marche), evidenziando in particolare le criticità, gli obiettivi e le modalità di gestione del cambiamento (Alesani e Villa, 2005).

Le modifiche di ASL e AO sono state affiancate da ulteriori interventi che, peraltro, si caratterizzano per rilevanti elementi di innovazione rispetto all'«ortodossia del SSN». Le regioni, forti del «federalismo fiscale e sanitario», stanno infatti procedendo in modo autonomo:

- ▶ introducendo nuovi soggetti istituzionali;
- ▶ prevedendo nuovi meccanismi che legano tra loro le diverse aziende, in particolare attraverso la creazione di livelli di coordinamento intermedi tra la regione e le aziende stesse, non necessariamente dotati di personalità giuridica;
- ▶ accentrando a livello regionale alcune decisioni strategiche e funzioni amministrative.

La finalità principale dei cambiamenti degli assetti istituzionali sembra essere la ricerca di soluzioni che permettano la riconnessione e messa in rete delle aziende (autonome ma che condividono risorse, ambienti di azione e, in parte, obiettivi e finalità), per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni¹². Al tal proposito si segnala che uno dei principali aspetti su cui le regioni hanno investito sono stati i processi di centralizzazione degli acquisti (cfr. capitolo 6). A ciò si aggiunge, in alcuni casi, l'esigenza di restituire influenza a stakeholder diversi dalla regione come, ad esempio, gli enti locali. Riguardo al coinvolgimento degli EE.LL., ne rappresenta un esempio la costituzione in Toscana delle Società della salute (SdS)

¹² La tendenza delle regioni a modificare i propri assetti istituzionali per rispondere all'aumento delle difficoltà di gestione del SSR (derivanti dalla crescita dei bisogni e della domanda, dalla scarsità delle risorse e dalle responsabilità derivanti dai nuovi assetti federalistici) potrebbe essere determinata da una sorta di riflesso condizionato che spinge a vedere le riforme di sistema come la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento. A questo è necessario aggiungere, però, che negli anni '90 il SSN è stato caratterizzato da generali fenomeni di deintegrazione, al fine di conseguire una specializzazione sia istituzionale (es. scorporo delle aziende ospedaliere) sia gestionale-organizzativa (diffusione dell'outsourcing anche per attività precedentemente considerate *core*). Attualmente è invece pressante la necessità, da una parte, di evitare ridondanze e duplicazioni e, dall'altra, di fare emergere e catturare le sinergie potenzialmente disponibili in sistemi popolati da attori caratterizzati da missioni diverse. Si sta cioè aprendo una fase «segnata dai problemi relativi al coordinamento di reti complesse e dalla ricerca delle migliori condizioni che rendono possibile il perseguimento di una razionalità di sistema senza che ciò implichi necessariamente l'esistenza di poche aziende fortemente integrate» (Del Vecchio 2003: 291).

che come affermava il PSR 2002-2004 e come conferma il Piano 2005-2007 «ha come fine istituzionale la salute e il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni e ha come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi socio-sanitari dei cittadini che, attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative, ne fanno parte». Si tratta, quindi, di consorzi pubblici i cui soci sono i Comuni che afferiscono a una zona-distretto e l'AUSL di riferimento. Nel territorio regionale sono previste complessivamente 34 SdS, al momento ne sono state attivate 18¹³. Gli organi della SdS sono la Giunta, composta da Sindaci o Assessori delegati dei Comuni e il Direttore Generale dell'AUSL, il Presidente, individuato tra i rappresentanti dei Comuni presenti nella Giunta, il Collegio dei Revisori e il Direttore.

Box 2.1 Modifiche nel numero di ASL e AO dal 31/12/95 al 30/06/08

Piemonte

2004 Istituzione dell'ASO Ordine Mauriziano di Torino (LR 39/04)

2006 Riassetto del SSR: fusione in 7 nuove ASL di 16 ASL delle 22 esistenti : ASL T01 per accorpamento di 2 ASL, ASL T02 per accorpamento di 2 ASL, ASL 3 per accorpamento di 2 ASL, ASL 4 per accorpamento di 2 ASL, ASL 5 per accorpamento di 2 ASL, ASL 10 per accorpamento di 3 ASL, ASL 13 per accorpamento di 3 ASL.

Lombardia

1997 Definizione dei nuovi ambiti territoriali delle ASL (LR 31/97), che sono passate da 44 a 14.

1997 Costituzione di 11 nuove AO (Del CR 742/97)

1998 Costituzione dell'ASL di Vallecmonica-Sebino (LR 15/98)

2002 Costituzione di 2 nuove AO: Provincia di Lodi e Provincia di Pavia (Del CR 401/02)

2003 Trasformazione dell'AO Morelli di Sondalo nell'AO di Valtellina e Valchiavenna, con acquisizione dei presidi a gestione diretta dell'ASL di Sondrio (Del CR 747/03). Attualmente solo l'ASL della Valcamonica continua a gestire direttamente due ospedali (Edolo ed Esine)

¹³ Con LR 40/2005 la regione Toscana ha previsto l'istituzione dell'organo attraverso il quale gli EE,LL e le aziende sanitarie partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale (denominata conferenza regionale delle società della salute). La conferenza regionale delle società della salute è copresieduta dagli assessori regionali competenti per materia ed è composta da: (i) i presidenti delle società della salute; (ii) laddove non costituite le società della salute, i presidenti delle conferenze zonali dei sindaci. La conferenza regionale delle società della salute: a) esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale; b) esprime parere sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale; c) esprime parere sugli indirizzi emanati dalla Giunta regionale relativamente alla programmazione sanitaria e sociale integrata di livello locale, con riferimento ai piani integrati di salute; d) individua i criteri per la determinazione del fabbisogno complessivo di risorse; e) individua i criteri per il riparto tra le zone-distretto delle risorse finanziarie; f) individua, d'intesa con la Giunta regionale, il numero e la composizione delle zone-distretto delle aziende unità sanitarie locali.

Bolzano

2007 Accorpamento delle ASL di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico nell'Azienda Sanitaria Provinciale dell'Alto Adige (LP 9/2009).

Veneto

1996 Accorpamento delle ULSS 11 Venezia e 12 Mestre (Del GR 6368/96)

Emilia Romagna

2003 Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna (LR 21/03) che accorpa le tre ASL della provincia di Bologna (ASL Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord), con esclusione della ASL di Imola

Marche

1996 Costituzione dell'AO Umberto I Torrette di Ancona (Del GR 3959/96)

2003 Riorganizzazione del SSR (LR 13/03) con: (i) la costituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale in cui sono state accorpate le precedenti 13 ASL; (ii) la fusione per incorporazione nell'Azienda Ospedaliera «Umberto I» delle Aziende ospedaliere «G.M. Lancisi» e «G. Salesi» (queste ultime hanno assunto, con la fusione, la natura di presidi di alta specializzazione nell'ambito della nuova azienda ospedaliera)

Umbria

1998 Incorporazione dell'ASL di Orvieto nell'ASL di Terni (LR 3/98)

Lazio

1999 Costituzione dell'AO Universitaria S. Andrea (DPCM 22 luglio 1999), che ha inizialmente svolto solo attività ambulatoriale, mentre dal 2002 eroga anche prestazioni di ricovero

Molise

2005 Riorganizzazione del SSR (LR 9/05) con la costituzione dell'Azienda sanitaria regionale Molisana (ASREM) in cui sono state accorpate le precedenti 4 ASL.

Campania

1997 Costituzione dell'AO «Cotugno» tramite scorporo dall'AO «Monaldi Cotugno» di Napoli (Del GR 8048/97 e 22782/97)

Puglia

1996 Costituzione dell'AO SS. Annunziata di Taranto (Decreto Pres GR 53/96)

1997 Costituzione dell'AO Ospedali Riuniti di Foggia (Decreto Pres GR 44/97)

2002 Soppressione di 4 AO (su 6 restano solo AO Ospedali Riuniti di Foggia e AO Policlinico di Bari), con riaccorpamento dei relativi presidi nelle ASL in cui sono ubicati (Del GR 1429/02).

2006 Riassetto del SSR: fusione per incorporazione in 3 nuove ASL di 9 ASL: ASL BA per accorpamento delle ASL BA/2, BA/3, BA/4, BA/5; ASL FG per accorpamento delle ASL FG/1, FG/2 e FG/3; ASL LE per accorpamento delle ASL LE/1 e LE/2 (LR 39/2006).

Calabria

2007 Riassetto del SSR: fusione per incorporazione in 3 ASL di 9 ASL delle 11 ASL esistenti : ASL di Cosenza per accorpamento delle ASL Paola, Castrovillari, Rossano e Cosenza; ASL di Catanzaro per accorpamento delle ASL Lamezia Terme e Catanzaro; ASL di Reggio Calabria per accorpamento delle ASL Locri, Palmi e Reggio Calabria.

Basilicata

2008 Riassetto del SSR: creazione di due nuove ASL provinciali (ASL di Potenza a ASL di Matera) e soppressione delle 5 esistenti (LR12/2008).

Infine, sempre nell'ambito dei cambiamenti istituzionali sono da considerare le modifiche della normativa a livello nazionale per gli IRCCS pubblici (Dlgs 288/03) e le aziende ospedaliero-universitarie¹⁴ (Dlgs 517/99) che hanno comportato dei fenomeni di trasformazioni giuridiche¹⁵. La spinta al recepimento di queste normative da parte delle regioni è contenuta nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005: all'art. 9 veniva sottolineato che governo e regioni, entro il 31 luglio 2005, si dovevano impegnare, attraverso l'adozione di specifici provvedimenti, a completare sia il processo di aziendalizzazione degli eventuali policlinici universitari sia l'insediamento dei nuovi organi degli IRCCS sulla base della normativa vigente.

La Tabella 2.2 sintetizza le principali innovazioni introdotte nelle diverse regioni relativamente ai temi sopra elencati. Le principali variazioni rispetto alla precedente indagine (Lecci e Maestri 2007) sono: (i) in Piemonte la creazione di un'area di coordinamento metropolitano per garantire una programmazione concertata tra le strutture metropolitane e di aree di coordinamento sovra-zonale con funzioni prevalentemente tecnico-amministrative (approvvigionamento di beni e servizi, gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative organizzazione dei centri di prenotazione ecc.); (ii) in Umbria l'istituzione dell'Agenzia «Umbria Sanità» per la gestione integrata delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie e della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali e (iii) in Sardegna la trasformazione dei due policlinici a gestione diretta dell'Università (Policlinico di Cagliari e di Sassari) in aziende ospedaliere integrate con il SSN.

¹⁴ Per un approfondimento sul tema del processo di integrazione delle funzioni di ricerca, didattica e assistenza delle AOU si rimanda al capitolo 13 del presente rapporto.

¹⁵ Per un maggior approfondimento sulle principali indicazioni delle due normative definite a livello nazionale (Dlgs 288/03 e D.lgs 517/99) si rimanda a Cantù e Carbone 2004.

Tabella 2.2 **Le innovazioni introdotte negli assetti istituzionali dei SSR**

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex Dlgs517/99 e Dlgs288/03)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
Piemonte	Trasformazione dell'AO San Giovanni Battista di Torino (Molinette), dell'AO di Novara e dell'AO San Luigi di Orbassano in AO integrate con l'università.	Istituzione di un'area di coordinamento metropolitana (art. 10. c.3 l.r. n. 18/2007) con funzione di coordinamento delle strutture operanti nell'area metropolitana. Istituzione di aree di coordinamento sovrazonale (art. 23 l.r. n. 18/2007) per l'approvvigionamento di beni e servizi, gestione dei magazzini, logistica, gestione delle reti informative organizzazione dei centri di prenotazione, funzioni sanitarie da espletarsi a livello di area.
Lombardia	Trasformazione in fondazione dei seguenti IRCCS: Fondazione Policlinico (Milano), IRCCS San Matteo (Pavia), Istituto Nazionale dei Tumori (Milano), IRCCS Besta (Milano). Trasformazione delle AO ospedali civili di Brescia, la fondazione Macchi, San Paolo, Sacco e San Gerardo di Monza in AO integrate con l'Università.	Contratti interaziendali per corresponsabilizzare ASL, AO e aziende private accreditate operanti nello stesso territorio.
Bolzano	Presenza di 4 comprensori sanitari dotati di autonomia tecnica gestionale ed economico finanziaria.	
Trento	Istituzione della Centrale Acquisti Mercurio per il negozio elettronico	
Veneto	*Trasformazione dell'AO di Padova e dell'AO di Verona in AO integrate con l'università.	Istituzione di 5 «Aree Vaste» con funzione di accentrimento di alcuni processi gestionali e servizi tecnico-amministrativi.
Friuli Venezia Giulia	Trasformazione dell'AO Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste in AO integrata con l'Università dal 6-3-2004. Creazione di un Ente regionale per la gestione centralizzata degli acquisti e dei servizi amministrativi (Centro Servizi Condivisi – CSC) con LR 20/2004 modificata da LR 1/2007. Accorpamento della AOU Udine e del Policlinico a gestione diretta di Udine e contestuale trasformazione della nuova azienda nell'AO Universitaria integrata con l'Università di Udine.	Istituzione di 3 «Conferenze di area vasta» quali sedi di concertazione delle strategie comuni alle Aziende territoriali, alle Aziende ospedaliere pubbliche e private, all'Istituto Scientifico e al Policlinico universitario che insistono nella stessa area. (D.G.R. n. 3479 del 10-11-2000 «Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'anno 2001»).
Liguria	Trasformazione dell'AO San Martino in AO integrata con l'Università.	Istituzione di 3 «aree ottimali» con compiti di programmazione interaziendale e proposta di atti in materia di servizi amministrativi, di personale e di aggiornamenti tecnologici.
Emilia Romagna	Trasformazione delle AO Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, Arcispedale S. Anna di Ferrara, Policlinico di Modena e Ospedali Riuniti di Parma in AO integrate con l'Università.	Individuazione di tre «Aree Vaste», le cui aziende devono coordinare strategie e processi di acquisto, nonché valutare l'opportunità di unificare la gestione del trattamento economico e delle procedure concorsuali per il personale.
Toscana	Istituzione di tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di «Area Vasta» (ESTAV) – Area Vasta Nord-Ovest, Area Vasta Centro e Area Vasta Sud-Est (artt. 100 e seguenti della LR 40/2005).	Creazione di tre «Comitati di Area Vasta» con funzione di programmazione sanitaria e consolidamento dei bilanci (art. 9 LR 40/2005).

Tabella 2.2 (segue)

Regione	Nuovi soggetti istituzionali o trasformazioni giuridiche (ex Dlgs517/99 e Dlgs288/03)	Iniziative sul piano dei meccanismi che legano le diverse aziende
(segue Toscana)	Avvio di 18 Società della Salute (art. 60 LR 40/2005, in corso di approvazione la modifica della LR 40/05 con l'istituzione delle Società della Salute in via definitiva). Trasformazione delle AO Careggi, AO Pisana, AO Senese e AO Meyer in AO integrate con l'Università. Trasformazione IRCCS «Stella Maris» Calambrone Pisa in Fondazione.	
Marche		Creazione di cinque Aree Vaste per l'accentramento dei servizi logistici e amministrativi.
Umbria	Istituzione dell'Agenzia «Umbria Sanità» per la gestione integrata delle funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie e della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali (LR 17/2005 come modificata dalla LR 16/2007)	
Lazio	Trasformazione dell'AO S. Andrea di Roma in AO integrata con l'Università. Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico «Umberto I» e dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Tor Vergata in Aziende universitarie integrate con il SSN. Trasformazione dell'IRCCS «S. Lucia» in Fondazione.	
Campania	Trasformazione dell'Azienda Universitaria Policlinico e del Policlinico Federico II di Napoli in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN. Trasformazione dell'IRCCS Pascale in Fondazione Trasformazione dell'AO San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona in AO integrata con l'Università. Trasformazione dell'IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza in Fondazione.	
Puglia	Trasformazione delle AO Ospedali Riuniti di Foggia e Policlinico di Bari in AO integrate con l'università. *Trasformazione degli IRCCS di diritto pubblico «Oncologico» di Bari e «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte (BA) in Fondazioni.	
Calabria	Trasformazione dell'AO Mater Domini in AO integrata con l'Università.	
Sicilia	Trasformazione dei tre Policlinici (Azienda Policlinico di Palermo, Azienda Policlinico di Messina, Azienda Policlinico di Catania) Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN. Trasformazione Azienda Ospedaliera Universitaria Vittorio Emanuele in AO integrato con l'Università.	
Sardegna	Trasformazione dei due Policlinici Universitari a gestione diretta in Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN (Azienda Policlinico di Cagliari e Azienda Policlinico di Sassari)	

*Iniziativa prevista ma non ancora realizzata

2.3.2 L'apparato amministrativo regionale e i PSR

Per governare il «gruppo sanitario pubblico» e il complessivo SSR, 12 regioni (Tabella 2.3) hanno istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale¹⁶ (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia e Sardegna). Inoltre, ipotesi di costituzione di un'Agenzia sono state avanzate in Molise.

La prima Regione a far fronte all'esigenza di supportare sotto il profilo tecnico l'attività dell'Assessorato alla Sanità è stata l'Emilia Romagna che ha istituito l'Agenzia sanitaria regionale con LR 50/94. L'ultima Regione, in ordine di tempo, ad istituire l'Agenzia sanitaria è stata la Sardegna (LR 10/2006) e tale Agenzia non è tuttora attiva.

L'istituzione di un'Agenzia pone due problemi fondamentali: in generale, la definizione della sua struttura e delle sue funzioni, in coerenza con il ruolo che la regione intende svolgere nel sistema sanitario e con le competenze dell'Assessorato; più in particolare, l'assetto delle sue relazioni con gli altri soggetti del sistema (Assessorato ma anche Giunta, Consiglio, aziende). Le scelte regionali, a questo riguardo, appaiono molto differenziate. Si rimanda al capitolo 7 del Rapporto OASI 2002 (Lega e Perri 2002) in cui veniva presentata un'analisi della configurazione delle Agenzie Sanitarie Regionali in termini di ruolo (consulente delle aziende, centro studi indipendente con compiti di Osservatorio del SSR, tecnostruttura a servizio dell'Assessorato, della Giunta o del Consiglio) e attività (operativa o di ricerca e studio).

Più recentemente, uno studio dell'Age.na.s (ex ASSR), aggiornato ad aprile del 2007, ha confrontato le competenze attribuite alle diverse ASR. Dall'analisi emerge la seguente classificazione delle funzioni tipicamente svolte da tali soggetti regionali:

- ▶ analisi epidemiologica dei bisogni di salute e dell'offerta relativi ai servizi sanitari necessari (ad eccezione delle agenzie delle Regioni Campania e Veneto);
- ▶ attività di supporto tecnico alla pianificazione delle attività di vigilanza e controllo delle ASL e degli Enti del SSR per la valutazione dei risultati conseguiti;
- ▶ assistenza alle ASL e agli IRCCS per lo sviluppo degli strumenti e delle metodologie di controllo di gestione e riscontro dei relativi risultati (ad eccezione delle agenzie delle Regioni Lazio, Toscana e Piemonte);

¹⁶ È utile sottolineare che le Agenzie Sanitarie Regionali sono enti indipendenti dall'Age.na.s (ex ASSR), la quale è un ente nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico, sottoposto a vigilanza del Ministero della Salute. L'Age.na.s ha principalmente un ruolo di collaborazione con le regioni e Province Autonome relativamente alla materia sanitaria e di supporto alle loro iniziative di auto coordinamento, nonché compiti di rilevazione, analisi, valutazione, proposta in materia di organizzazione dei servizi, di innovazione e sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di qualità e costi dell'assistenza.

Tabella 2.3 Leggi Regionali di istituzione e disciplina delle Agenzie Sanitarie Regionali

Piemonte	AReSS: LR 10/98
Veneto	ARSS: LR 32/01
Friuli Venezia Giulia	ARS: LR 37/95
Liguria	ASR: L.R. 41/2006, Titolo VII, artt. 62-71
Emilia Romagna	ASR LR 19/94 modificata da LR 50/94 e LR.4/2008 (DG.R. 788/2006)
Toscana	ARS: LR 71/98; LR 22/00 e LR 40/2005
Marche	ARS: LR 26/96 modificata da LR 32/2005
Lazio	ASP: LR 16/99 modificata da art. 135 LR 4/2006
Abruzzo	ASR: LR 37/99 e Del GR 2311/99
Campania	ARSan: LR 25/96
Puglia	AReS: LR 24/01
Sardegna	ARS: LR 10/2006

Fonte: aggiornamento OASI 2008

- ▶ elaborazione di proposte per definire i parametri di finanziamento delle ASL e degli IRCCS ed aggiornamento circa i livelli dei costi e delle entrate di ciascuna azienda (ad eccezione dell'agenzia della Toscana);
- ▶ supporto all'amministrazione regionale per ciò che riguarda l'elaborazione di criteri e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie della Regione;
- ▶ promozione e coordinamento di modelli organizzativi e gestionali, anche su base sperimentale, orientati all'efficienza, alla competitività e all'efficacia (ad eccezione dell'agenzia delle Marche);
- ▶ raccolta e archivio della documentazione in relazione al monitoraggio del processo di attuazione del PSR;
- ▶ gestione centrale, per conto delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, di segmenti di attività (educazione sanitaria, prevenzione, formazione del personale), previa delega da parte dei direttori generali delle aziende.

Con riferimento ai PSR, la Tabella 2.4 riporta l'elenco dei PSR attualmente in vigore o in corso di approvazione. Si rimanda al capitolo 5 del Rapporto OASI 2005 (Fattore e Lecci, 2005) per un'analisi dei contenuti dei PSR. Rispetto allo scorso anno sono stati approvati i PSSR 2008-2010 dell'Emilia Romagna, della Toscana e dell'Abruzzo, il PSR 2007-2009 della regione Marche e il PSR 2007-2010 del Piemonte.

Tabella 2.4 **I Piani Sanitari Regionali attualmente in vigore (2008)**

Piemonte	PSR 2007-2010 (Del CR 137-40212/2007)
Valle d'Aosta	PSSR 06-08 (LR 13/06)
Lombardia	PSSR 07-09 (Del CR VIII/0257/2006)
Bolzano	PSP 00-02 (Del GP 3028/99)
Trento	PSP 2000-02 (Del GP del 2/6/00). Progetto di piano provinciale della salute dei cittadini – D.d.L. approvato con delibera GP n.2737/2007
Veneto	PSR 96-98 (LR 5/96)
Friuli Venezia Giulia	PSR 06-08 (Del GR 2843/06)
Liguria	PSR 03-05 (Del CR 03/04)
Emilia Romagna	PSSR 08-10 (Del CR 175/2008)
Toscana	PSR 08-10 (Del CR 53/2008)
Umbria	PSR 03-05 (Del GR 314/03)
Marche	PSR 07-09 (Del CR 62/07)
Lazio	PSR 02-04 (Del CR 114/02)
Abruzzo	PSR 2008-2010 (LR 5/2008)
Molise	PSR 97-99 (Del CR 505/96)
Campania	PSR 02-04 (LR 10/02) L.R. 24/2006 – Piano Regionale Ospedaliero
Puglia	PSR 02-04 (Del GR 2087/01) E Piano Riordino Rete Ospedaliera (Del GR 1097/02 e Del GR 1929/02 approvato con LR 1/04)
Basilicata	PSR 97-99 (Del CR 478/96)
Calabria	PSR 04-06 (LR 11/04) PSR 07-09 in fase di discussione.
Sicilia	PSR 00-02 (Decreto Presidenziale 11/05/00)
Sardegna	PSR 2006-2008 approvato in Consiglio regionale il 19/01/2007 e pubblicato nel Supplemento Straordinario al BURAS n. 4 del 08/02/2007

Fonte: OASI 2008

2.4 Le risorse strutturali delle aziende sanitarie

Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione dei SSR hanno comportato una progressiva e costante azione di razionalizzazione dell'offerta: ciò si è riflettuto tanto sul piano ospedaliero, quanto su quello territoriale.

Il seguente paragrafo, pertanto, propone un'analisi dell'evoluzione della capacità di offerta di tali livelli di assistenza, distinguendo e confrontando le dinamiche caratterizzanti l'offerta pubblica e privata accreditata.

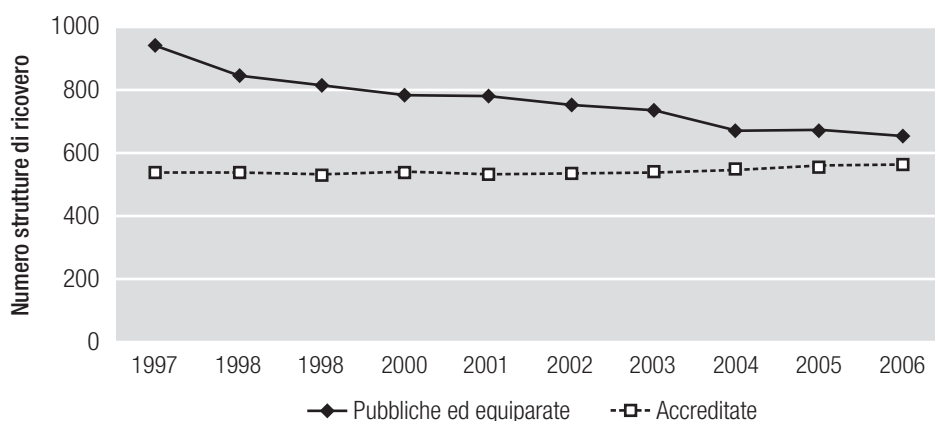
2.4.1 Capacità di offerta delle strutture ospedaliere

Con l'avvio dei processi di riforma degli anni Novanta, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera, che hanno inciso in primis sugli assetti istituzionali delle aziende; si è trattato di accorpamenti, riconversioni funzionali o dismissioni che hanno riguardato strutture di limitate dimensioni in termini di dotazione ed attività¹⁷.

Ciò ha comportato una progressiva riduzione nella numerosità delle strutture equiparate e pubbliche, con un decremento più evidente per queste ultime, che nell'ultimo decennio sono diminuite in media del 29 per cento, pur essendosi assestato l'andamento nel corso dell'anno 2006.

Tale tendenza viene ripresa dal PSN 2006-2008, che tra gli obiettivi prioritari individua la riorganizzazione della rete ospedaliera, attraverso la dismissione degli istituti minori, a favore di una maggiore offerta di assistenza territoriale e di Centri di Eccellenza. Quest'ultima caratteristica, inoltre, spiega la maggiore presenza di strutture di ricovero in Lombardia, dove si registra la più alta concentrazione di Centri di Rilievo Nazionale (Carbone e Lecci, 2005). Anche i recenti piani di rientro delle sette regioni in «affiancamento» (cfr. capitolo 3) hanno posto l'attenzione sul tema del riordino della rete ospedaliera, affiancando ai tradizionali obiettivi di razionalizzazione delle attività e di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, indirizzi e linee guida vincolanti per la razio-

Figura 2.1 **Numero di strutture di ricovero pubbliche (e equiparate) e private accreditate (1997-2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

¹⁷ Ci si riferisce agli standard minimi di utilizzo medio annuo dei posti letto (75 per cento) e di dotazione dei posti letto (120), così come previsto dalla normativa e ribadito in sede di Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

nalizzazione e riduzione dei posti-letto, la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni in strutture territoriali¹⁸ e il potenziamento delle strutture operative del sistema di emergenza-urgenza regionale.

Le strutture private accreditate, invece, registrano un andamento più costante, con un lievissimo aumento a partire dall'anno 2002, pur con le dovute eccezioni: la PA di Bolzano e le regioni Marche, Veneto, Campania e Lazio, hanno registrato dal 2002 dei decrementi rispettivamente pari a -17%, -7%, -6%, -5% e -1%.

La distribuzione geografica delle strutture di ricovero nel 2008 è riportata in Tabella 2.5.

Le principali modifiche, rispetto al 2007, riguardano:

- le strutture di ricovero pubbliche, che sono state caratterizzate da una riduzione di 10 presidi a gestione diretta (+3 in Lazio, -8 in Campania, -2 in Piemonte, -3 in Calabria) e da una diminuzione di tre stabilimenti di AO; rimane invariato il numero di Aziende Ospedaliere ;
- le strutture equiparate, rispetto alle quali si segnala, a seguito della creazione o rilevazione più accurata delle sedi distaccate: (i) un aumento degli IRCCS di diritto privato che passano da 32 a 47 (+6 in Lombardia; +4 in Lazio; +2 in Veneto e in Friuli Venezia Giulia; +1 in Campania e Puglia; - 1 in Sardegna), e (ii) aumento di 3 IRCCS di diritto pubblico (+1 in Lombardia; +1 in Veneto; +1 in Campania) e (iii) un aumento di una unità per gli ospedali classificati;
- le case di cura accreditate, che sono aumentate di 7 passando da 536 a 543 (+11 in Lombardia; +3 Emilia Romagna; +1 Toscana; -1 Piemonte; -7 Puglia) mentre le case di cura non accreditate diminuiscono passando da 80 a 64 (-2 in Lombardia; -3 in Emilia Romagna e -11 in Puglia).

Dal punto di vista delle dimensioni, le tipologie di struttura possono essere classificate in tre macro-categorie: AO e Policlinici presentano la maggiore dotazione di posti letto utilizzati, con una media di 650 e 629 posti; Ospedali a gestione diretta, IRCCS e Ospedali classificati si collocano ad un livello dimensionale intermedio con circa 200 posti letto; le Case di cura private, infine, non raggiungono mediamente i 100 posti letto accreditati¹⁹. La Tabella 2.6 evidenzia come, oltre che nel numero di strutture, si sia registrata negli anni una riduzione anche nelle dimensioni delle stesse: in particolare, questo si è verificato per AO (-22,1 per cento), Policlinici (-26,5 per cento) e Case di cura accreditate (-13,5 per cento).

¹⁸ Per ospedali di piccole dimensioni si intendono le strutture di ricovero con una dotazione inferiore a 121 PL. Per un maggior approfondimento sulle caratteristiche delle configurazioni delle reti ospedaliere si rimanda al capitolo 5.

¹⁹ Questo dato si riferisce al numero di posti letto per le attività per conto del SSN e non riflette necessariamente le dimensioni reali delle Case di Cura private, poiché queste possono includere nella dotazione strutturale anche posti letto non accreditati.

Tabella 2.5 **Numero di strutture di ricovero per tipologia (2008)**

	Presidi a gestione diretta ASL (1)	Istituti psichiatrici residuali	Aziende Osped.	Stabilimenti di Az. Osp. (2)	Tot. strutture di ricovero pubbliche (3)	IRCCS dir. priv. (4)	IRCCS dir. pubbl. (4)	Policlinici Univers. (5)	Ospedali classificati (6)	Presidi privati qual. pres. ASL (7)	Enti di ricerca	Totale strutture equiparate (8)	Case di Cura private accreditate	Case di Cura private non accreditate	Totale CC private
Piemonte	46		8	16	54	2				5		7	39	4	43
Valle d'Aosta	1				1										
Lombardia	2		29	97	31	21	6		5			32	72	11	83
Bolzano	7				7				7			7	4	2	6
Trento	11				11				2			2	5		5
Veneto	57		2	3	59	3	1		6	4		14	16	3	19
Friuli Venezia Giulia	8		3	6	11	3	2					5	5		5
Liguria	10		3	3	13	1	2		2			5	3	7	10
Emilia Romagna	38		5	5	43		1					1	45		45
Toscana	26		4	4	30	2				3	1	6	28	3	31
Umbria	9		2	3	11								5	1	6
Marche	31		2	4	33		3					3	12		12
Lazio	55	1	4	7	60	8	3	4	8	3		26	79	29	108
Abruzzo*	23				23				2			2	13		13
Molise*	6				6	1					1	2	2		2
Campania	39		8	9	47	2	2	2	4	1		11	71	4	75
Puglia	27		2	2	29	3	2		3			8	30		30
Basilicata	13	1	1	2	15		1				1	2	1		1
Calabria	30		4	9	34		1					1	38		38
Sicilia	50		17	25	67	1		3	1			5	62		62
Sardegna	29		1	1	30		1	2	1			4	13		13
Italia	518	2	95	196	615	47	25	11	41	16	3	143	543	64	607

(1) Si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 Dlgs 502/92). (2) Per stabilimenti ospedalieri si intendono tutte le sedi fisiche ubicate ad indirizzi differenti. (3) Sommatoria di presidi a gestione diretta ASL, istituti psichiatrici residuali e AO. (4) Si conteggiano sia le sedi centrali che le sedi distaccate, perché spesso queste ultime sono localizzate in Regioni diverse dalla sede centrale. (5) In generale, nel capitolo, con il termine «policlinici» ci si riferisce ai «Policlinici a gestione diretta dell'Università» e a quelli eventualmente trasformati in «Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il SSN», secondo quanto stabilito dal D.Lgs. 517/99. Non sono invece incluse in questa categoria le «Aziende Ospedaliere integrate con l'Università», cioè le AO in cui insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e Chirurgia (che sono incluse nella categoria delle Aziende Ospedaliere). (6) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78. (7) Ex art. 43 comma 2 L. 833/78 e DPCM 20/10/88. (8) Sommatoria di IRCCS di diritto pubblico e privato, Policlinici universitari a gestione diretta, Ospedali classificati, Presidi qualificati ed Enti di ricerca. * dati 2005.

Fonte: aggiornamento OASI sulla base delle schede inviate alle Regioni (2008)

Tabella 2.6 **Dimensione media (n. posti letto utilizzati) per tipologia di struttura di ricovero (1997-2006)**

Anno	AO	Presidi a gestione diretta ASL	Policlinici universitari a gest. diretta	IRCCS	Ospedali classificati (1)	Case di cura accreditate (2)
1997	834	199	856	243	234	98
1998	877	189	818	244	236	98
1999	800	186	868	240	224	94
2000	774	184	832	247	223	89
2001	736	183	733	242	221	91
2002	709	178	658	237	214	91
2003	673	182	540	220	188	89
2004	672	191	551	221	192	87
2005	660	193	620	224	211	85
2006	650	197	629	226	220	85

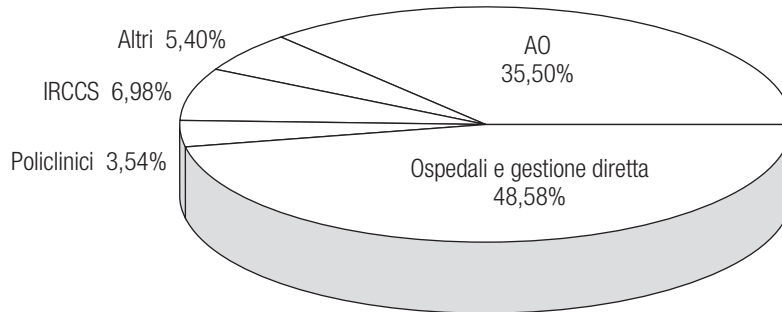
(1) Ex art. 1 ultimo comma L. 132/68 e art. 41 L. 833/78

(2) Numero medio dei posti letto accreditati

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Con riferimento ai posti letto pubblici utilizzati, l'analisi della loro distribuzione per tipologia di struttura, evidenzia un maggior ricorso alle strutture pubbliche in senso stretto, ossia Aziende Ospedaliere e Ospedali a gestione diretta, che insieme costituiscono l'84 per cento dell'offerta (Figura 2.2). Nel corso del 2006, la distribuzione di posti letto è sostanzialmente rimasta invariata rispetto all'anno precedente. Dal confronto con il 1997, invece, è mutato il contributo delle Aziende ospedaliere (+7 per cento) a sfavore degli Ospedali a gestione diretta (-7 per cento).

Se si considera, invece, il numero assoluto di posti letto pubblici utilizzati, confrontando tra loro gli anni 1997 e 2006, si evidenzia una diminuzione nazionale del 29 per cento, dovuta al decremento tanto dei posti letto, quanto dell'attività che ha interessato sia le strutture pubbliche sia alcune tipologie di quelle equiparate: AO (-11 per cento), Ospedali a gestione diretta (-39 per cento), Policlinici (-27 per cento) e Altri (-48 per cento che include le variazioni del numero di ospedali classificati, presidi qualificati di ASL e enti di ricerca). Sempre dettagliando l'analisi per tipologia di struttura, ma raffrontando ora i dati con quelli dell'anno precedente, si nota come, nel corso del 2006, i Policlinici universitari siano stati interessati da un decremento dei posti letto utilizzati (-8 per cento) mentre gli IRCCS da un lieve incremento (+1%). Tuttavia, la dimensione media

Figura 2.2 **Distribuzione posti letto pubblici per tipologia di struttura (2006)**

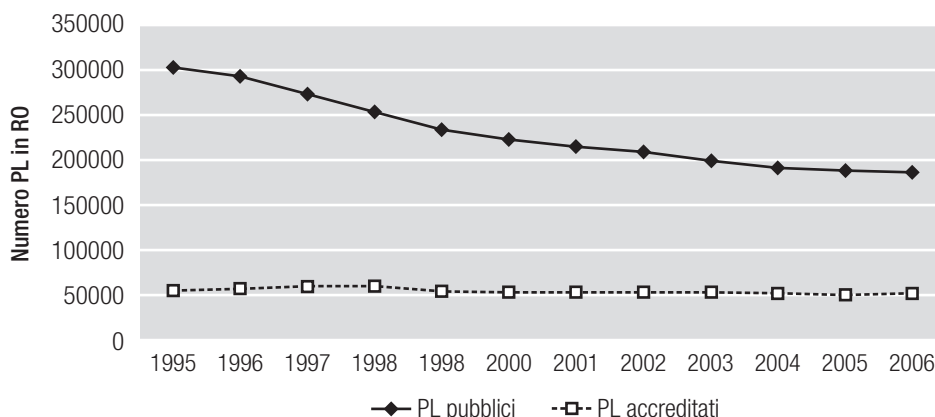
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

dei policlinici è aumentata (da 620 a 629 PL) in quanto nel 2006 il Policlinico a gestione diretta di Udine è stato accorpato all'AO della stessa città trasformandosi nella nuova azienda AOU integrata con l'Università di Udine e ciò ha determinato la riduzione del numero di Policlinici e gestione diretta dell'Università. Nel caso degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico l'aumento può essere giustificato dall'aumento, a livello italiano, del numero delle strutture.

Per quanto attiene al regime di ricovero in degenza ordinaria (Figura 2.3), si è registrata una forte diminuzione dei posti letto pubblici, ridottisi dal 1995 ad oggi del 37%. Un simile andamento si è verificato anche per i posti letto accreditati: il decremento maggiore è imputabile, infatti, al primo quinquennio (-7 per cento), ma con un impatto totale molto più contenuto negli anni, essendo i posti letto complessivi diminuiti solo del 9 per cento. Nel corso dell'ultimo anno, sia nelle strutture pubbliche, che in quelle private accreditate si è assistito ad una riduzione di posti letto per regime ordinario pari a soli 2 punti percentuali, indicatore del raggiungimento di una situazione stabile dopo la robusta realizzazione di interventi avvenuta in precedenza.

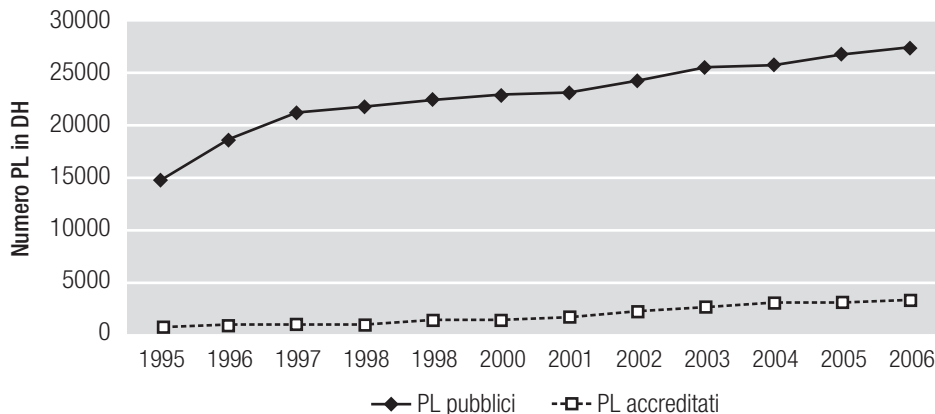
Per quanto riguarda i ricoveri in regime diurno (Figura 2.4), la dotazione ha visto un incremento esponenziale dei posti letto, aumentati del 94 per cento nell'ultimo decennio, passando da 15.390 a 30.751 posti letto; questo cambiamento è avvenuto in modo più evidente negli anni 1996-1997, in corrispondenza delle riforme sanitarie, e negli anni 2002-2003, quale conseguenza delle esigenze di contenimento della spesa e di appropriatezza del regime di ricovero, sollevate a livello nazionale. Relativamente ai posti letto pubblici, essi hanno registrato un aumento pari all'86 per cento (da 14.799 a 27.462 posti letto per day hospital), di cui l'incremento più evidente è stato realizzato negli anni 1996-1997, nel corso dei quali la dotazione iniziale è accresciuta del 26 e del 18 per cento. Un'evoluzione interessante è quella che ha caratterizzato i posti letto accreditati: nell'ul-

Figura 2.3 **Numero di posti letto previsti per degenza ordinaria (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.4 **Numero di posti letto previsti in Day Hospital (acuti e non), pubblici e privati accreditati (1995-2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

timo decennio, sono più che quintuplicati (da 591 a 3.289 posti letto), con un aumento medio annuo negli anni 2001-2004 del 71 per cento. Nel corso del 2006, invece, tale trend si è ridotto, con un aumento del 10 per cento rispetto al 2005.

Rispetto ai posti letto ospedalieri ed accreditati, la normativa ha definito l'obbligo di adeguare la dotazione ad uno standard medio, perseguendo le finalità di razionalizzazione della rete di offerta, di contenimento della spesa sanitaria e di appropriatezza del ricovero. In particolare:

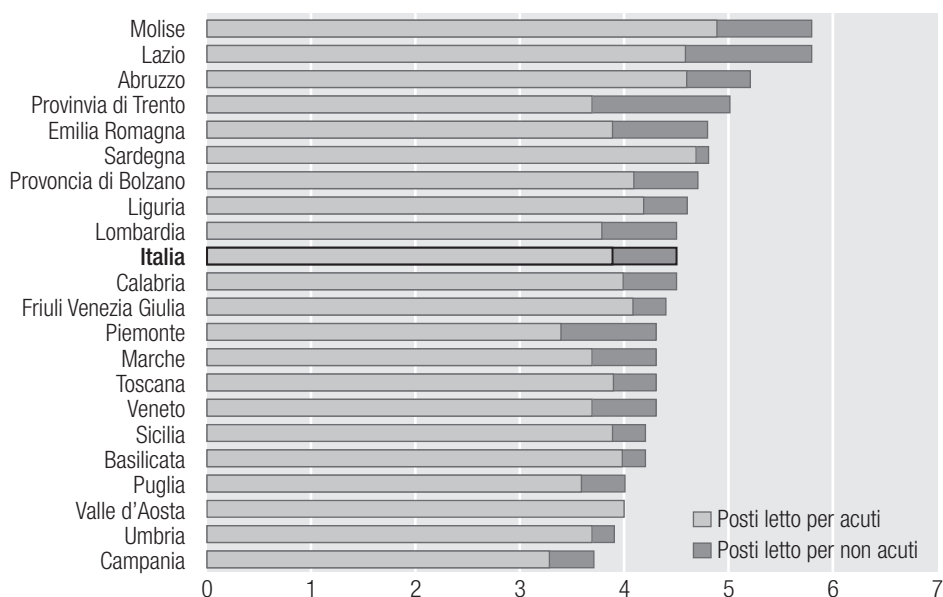
- la L. 405/2001, art. 3, comma 4, ha imposto l'obbligo di adottare lo standard di dotazione media di 5 posti letto ospedalieri per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato a riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, stabilendo che il personale in esubero venisse riassorbito dalle strutture riconvertite e per il potenziamento delle cure domiciliari.
- l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, con l'art. 4, comma 1, ha introdotto l'obbligo di adeguare, entro l'anno 2007, la dotazione di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR ad uno standard non superiore ai 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, adattando, di conseguenza, le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Per facilitare il raggiungimento dell'obiettivo, è stata ammessa la possibilità di prevedere variazioni rispetto allo standard, tuttavia non superiori al 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche regionali, con la definizione di obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006.

Il rispetto o meno di questo adempimento è fatto oggetto di verifica annuale da parte del Comitato LEA, istituito presso il Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute, che accerta lo stato di avanzamento tanto dal punto di vista dell'adeguamento della dotazione di posti letto allo standard, quanto dell'adozione dei provvedimenti regionali volti alla programmazione di interventi di modulazione dell'offerta ospedaliera.

Nel 2006 la dotazione media nazionale di posti letto – sia in regime di degenza ordinaria che diurna – era pari a 3,9 per mille abitanti per gli acuti e a 0,6 per quelli non acuti (Figura 2.5); rispetto all'anno 2005 si è avuta una lieve diminuzione dei posti per acuti, mentre i non acuti sono rimasti invariati. Ciò ha consentito di adeguarsi al nuovo standard di 4,5 posti letto complessivi, pur non rispettando la ripartizione tra acuti e non acuti. In particolare, questa situazione sembra imputabile alla mancanza di idonee azioni di riconversione dei posti letto per acuti in posti letto per riabilitazione e lungodegenza.

A livello regionale, la distribuzione dei posti letto appare abbastanza differenziata, con otto Regioni al di sopra dello standard complessivo (Liguria, Bolzano, Sardegna, Emilia Romagna, Trento, Abruzzo, Lazio e Molise). Con riferimento alla ripartizione tra tipologie di ricovero, solo due Regioni presentano una dotazione di posti letto per acuti (Campania e Piemonte) conforme o inferiore al limite imposto (3,5 posti letto), mentre ben cinque hanno una dotazione ancora eccessivamente superiore a quanto consentito (Liguria: 4,2; Sardegna: 4,7; Abruzzo: 4,6; Molise: 4,9; Lazio: 4,6). Per quanto riguarda i posti letto per non acuti, invece, tutte le Regioni – ad eccezione di Trento e del Lazio, caratterizzate da una dotazione superiore allo standard – presentano un'offerta

Figura 2.5 **Posti letto previsti per acuti e non acuti (deg. ord. e DH) / 000 abitanti (2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

di posti letto ancora sottodimensionata. Rispetto all'anno 2005, emergono i seguenti cambiamenti:

- con riferimento allo standard totale, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Liguria e Provincia di Trento hanno avuto una riduzione rispettivamente di 0,2 posti letto per mille abitanti, imputabile ad un contenimento dei posti per acuti;
- in relazione ai posti dedicati alle discipline per acuti, si ha una situazione invariata per Calabria, Veneto, Abruzzo Lazio, Molise, Basilicata e Campania, un netto miglioramento per Friuli Venezia Giulia (−0.3), Liguria (−0.3) e Lombardia (−0.2), un peggioramento per Puglia (+0.1) e Valle d'Aosta (+0.2) rispetto allo standard obiettivo; tutte le altre Regioni hanno registrato un decremento compreso tra 0,1 e 0,2 posti letto.
- per quanto riguarda i posti letto per non acuti Marche, Campania, Sicilia, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Molise e Liguria hanno aumentato l'offerta di 0,1 posti, avvicinandosi allo standard, la provincia di Trento ha diminuito di 0.1. Per le altre Regioni non si è verificata alcuna modifica.

La dotazione complessiva dei posti letto nelle Regioni, con distinzione per tipologia di struttura e per regime di ricovero (oltre all'indicazione dei posti letto a pagamento nelle strutture pubbliche), è presentata nella Tabella 2.7.

Tabella 2.7 Posti letto previsti ad inizio anno nelle Regioni, per tipo di struttura e regime idi ricovero (2006), e variazione posti letto 1998-2006

Regioni	Posti letto pubblici			Posti letto accreditati		Totale 2006	Variazione totale 1998/2006	Variazione posti letto degenza ordinaria* 1998/2006	Variazione posti letto hospital day 1998/2006
	Deg. Ord.	DH	A pagamento	Deg. Ord.	DH				
Piemonte	13.129	2.098		3.664	156	19.047	-19%	-21%	13%
Val d'Aosta	433	55	2	0	0	490	-12%	-15%	22%
Lombardia	30.432	3.790	650	8.624	592	44.088	-20%	-23%	26%
Bolzano	1.734	183	28	317		2.262	-9%	-15%	4475%
Trento	1.781	258		471	6	2.516	-26%	-24%	10%
Veneto	16.522	2.179	412	1.168	99	20.380	-22%	-24%	-3%
Friuli Venezia Giulia	3.950	538	206	560	42	5.296	-28%	-32%	3%
Liguria	6.141	1.067	58	176	8	7.450	-28%	-34%	30%
Emilia Romagna	14.335	1.863	160	3.619	184	20.161	-14%	-15%	-10%
Toscana	11.298	1.712	264	1.836	273	15.383	-20%	-25%	42%
Umbria	2.576	534	8	228	33	3.379	-22%	-27%	13%
Marche	4.842	609	20	953	56	6.480	-28%	-32%	43%
Lazio	17.792	3.201	79	8.437	704	30.213	-20%	-26%	81%
Abruzzo	4.642	588	106	1.326	25	6.687	-30%	-33%	15%
Molise	1.449	179		226	9	1.863	4%	-5%	840%
Campania	12.906	2.129	56	5.902	400	21.393	-26%	-32%	101%
Puglia	12.457	1.275	120	2.529	74	16.455	-29%	-31%	3%
Basilicata	1.923	346	17	60		2.346	-23%	-31%	170%
Calabria	4.784	964	11	3.296	52	9.107	-16%	-20%	53%
Sicilia	13.043	3.300	103	3.981	523	20.950	-12%	-22%	105%
Sardegna	5.751	594	43	1.521	53	7.962	-19%	-20%	3%
ITALIA	181.920	27.462	2.343	48.894	3.289	263.908	-21%	-25%	36%

* inclusi i posti letto a pagamento
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

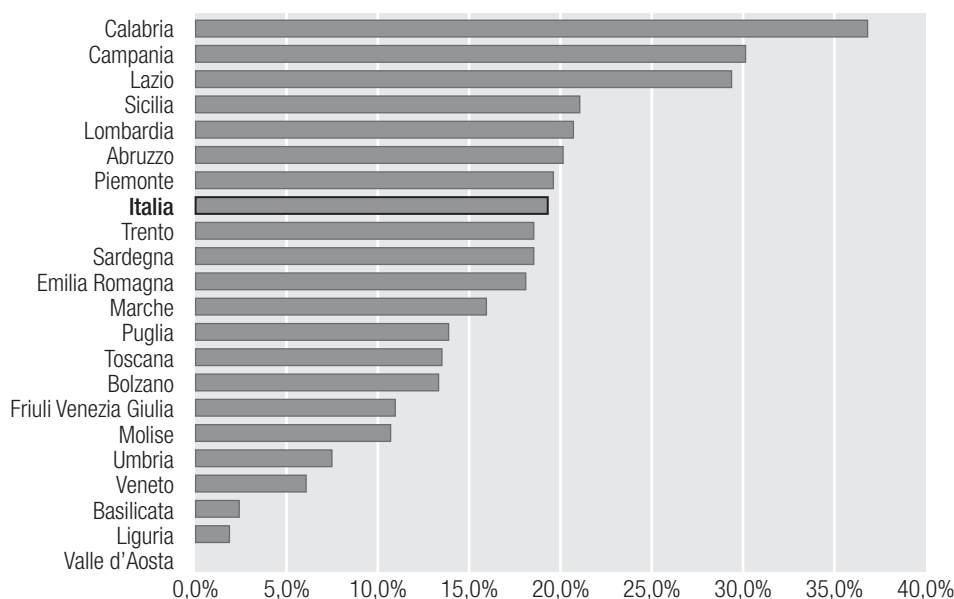
Si segnalano, pur con le dovute differenziazioni regionali:

- ▶ l'incremento nel numero di posti letto per DH nel periodo 1998-2006 (+36 per cento), che nel 2006 costituivano il 12,9 per cento dei posti letto pubblici e quasi il 6,3 per cento di quelli privati accreditati;
- ▶ la minor rilevanza dei posti letto pubblici a pagamento rispetto al passato. Dal confronto con il 2005, emerge una diminuzione pari al 9 per cento dei posti a pagamento sul totale dei posti pubblici, diminuzione che nasconde decisioni regionali abbastanza differenziate, L'incidenza nazionale dell'offerta di posti letto pubblici a pagamento rimane, comunque, molto contenuta (1,1 per cento), anche se più elevata rispetto alla media in Friuli (4,4 per cento), Veneto (2,2 per cento) e Abruzzo (2 per cento);
- ▶ la riduzione nel numero di posti letto per degenza ordinaria (-25 per cento) ed, in generale, nel numero complessivo di posti letto (-21 per cento). Ciò non stupisce se si considerano le singole realtà regionali: le diminuzioni più consistenti si sono realizzate laddove la dotazione di posti letto per 1.000 abitanti nel 1998 era mediamente più elevata della media nazionale (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo). Nonostante un rapporto di posti letto per abitanti inferiore alla media nazionale, però, anche Regioni quali Campania, Puglia e Basilicata hanno avviato una consistente riduzione di posti letto.

La Figura 2.6 approfondisce invece le differenze regionali in termini di rilevanza del privato accreditato. In tutte le Regioni, l'offerta è prevalentemente pubblica e pari, in media, all'80,2 per cento a livello nazionale; a livello regionale, invece, il privato accreditato costituisce una quota significativa dell'offerta totale in Calabria (36,8 per cento), Campania (30,3 per cento) e Lazio (29,5 per cento); e al contrario, è molto bassa in Regioni quali Liguria (2,5 per cento), Basilicata (2,6 per cento), Veneto (6,2 per cento) e Umbria (7,7 per cento); è addirittura assente in Valle D'Aosta. Nel periodo che va dal 1998 al 2006, la rilevanza dei posti letto accreditati è generalmente aumentata, in media, di circa il 2,4 per cento; gli scostamenti più significativi rispetto alla media si sono avuti in Piemonte, Bolzano, Molise, Calabria e Sicilia; Emilia Romagna, Lazio e Abruzzo, invece, hanno registrato un decremento nell'offerta di posti letto accreditati. Inoltre, se nel 1998 l'offerta era maggiormente concentrata nel Nord Italia (36 per cento contro 32 per cento Centro e Sud), nel 2006 la situazione risulta variata, con una presenza del privato accreditato di circa il 38 per cento al Nord e al Sud e del 24% nelle regioni del centro Italia.

Da ultimo, per quanto riguarda i servizi per le emergenze, si evidenzia come nel 2006 la maggioranza delle strutture pubbliche disponesse di un pronto soccorso (82,6 per cento), di un dipartimento di emergenza (49,4 per cento), di un centro servizi di rianimazione (56,1 per cento), trasfusionale (54,8 per cento) e

Figura 2.6 **Percentuale di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto previsti per acuti e non acuti (deg. ord. e DH) nel 2006**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

per dialisi (59,8 per cento) rispetto alle strutture private accreditate, dove la presenza di tali servizi è molto più contenuta (rispettivamente pari a: 8; 3,7; 8,5; 0,6 e 7,3 per cento)²⁰.

2.4.2 Capacità di offerta delle strutture territoriali

La tendenza degli ultimi anni, tanto negli indirizzi programmatici quanto nella pratica, è stata quella di porre sempre maggiore attenzione alla necessità di rafforzare il ruolo dell'assistenza extraospedaliera, spostando sia risorse che servizi dal livello ospedaliero a quello territoriale. Ciò è enfatizzato anche dal PSN 2006-2008 che pone, tra gli obiettivi delle strategie per lo sviluppo, la necessità di riorganizzare l'offerta ospedaliera a favore di un potenziamento di quella territoriale, anche mediante la costituzione di reti sanitarie d'integrazione e collaborazione.

Ciò si è tradotto principalmente nel consolidamento del ruolo dei distretti; questi, infatti, sono deputati all'organizzazione dei servizi di assistenza primaria,

²⁰ Si segnala, tuttavia, che il dato utilizzato risulta poco significativo. Per una migliore rappresentazione delle caratteristiche strutturali della rete di emergenza-urgenza, il numero dei PS/dipartimento di emergenza dovrebbe essere calcolato esclusivamente in rapporto al numero di posti letto per acuti.

ambulatoriale e domiciliare, alla gestione delle attività socio-sanitarie delegate dai Comuni ed in coordinamento con l'assistenza ospedaliera, nonché a fornire supporto alle famiglie ed a soggetti in difficoltà (anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenti, malati terminali, ecc.). La Tabella 2.8 espone la numerosità dei distretti attivati fino all'anno 2006 e la loro dimensione media.

Si segnala che, rispetto al 2005, il numero dei distretti a livello nazionale è passato da 742 a 731. A livello regionale, le riduzioni più evidenti hanno interessato

Tabella 2.8 **Distretti attivati all'interno delle ASL e loro dimensione media (2006)**

Regioni	Distretti Attivati 2006	N. medio distretti per ASL	Popolazione media per distretto 2006
Piemonte	62	2,8	70.028
Val d'Aosta	4	4,0	30.995
Lombardia	93	6,2	101.884
Bolzano	20	5,0	24.133
Trento	11	11,0	45.680
Veneto	50	2,4	94.766
Friuli Venezia Giulia	18	3,0	67.127
Liguria	16	3,2	100.633
Emilia Romagna	39	3,5	107.373
Toscana	34	2,8	106.467
Umbria	12	3,0	72.323
Marche	24	24,0	63.700
Lazio	22	1,8	241.126
Abruzzo	42	7,0	31.079
Molise	13	13,0	24.685
Campania	103	7,9	56.223
Puglia	49	4,1	83.092
Basilicata	11	2,2	54.008
Calabria	26	2,4	77.093
Sicilia	62	6,9	80.923
Sardegna	20	2,5	82.784
ITALIA	731	4,1	80.372

* Si segnala che il numero medio di distretti per ASL non tiene conto della riduzione delle ASL piemontesi (da 22 a 13) e di quelli pugliesi (da 12 a 6) avvenuta nel 2006.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Toscana (-19 distretti) e Lazio (-14 distretti), meno evidenti le riduzioni di Calabria (-6), Campania (-2) e Marche (-2), mentre Abruzzo (+11), Lombardia (+7), Molise (+5), Bolzano (+3) e Veneto (+1) sono state caratterizzate da un aumento. Guardando nuovamente alla prospettiva nazionale, è rimasto invariato il numero medio di distretti per ASL, pari a 4,1, con un lieve aumento della popolazione media per distretto passata da 78.790 a 80.372.

Per l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti si avvalgono di una pluralità di strutture, classificabili come segue:

- ▶ strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- ▶ strutture territoriali come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno infantili e i centri distrettuali;
- ▶ strutture semiresidenziali come ad esempio i centri diurni psichiatrici;
- ▶ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e le case protette.

La Tabella 2.9 presenta la distribuzione delle strutture sopra elencate nelle diverse Regioni italiane. A livello nazionale, il periodo 1997-2006 si contraddistingue per l'incremento delle strutture territoriali (+28 per cento) e, tra queste, per il sempre maggiore apporto dal privato accreditato, passato dal 38 per cento nel 1997 al 50 per cento nel 2006. Ciò è soprattutto imputabile al contributo delle strutture semiresidenziali e residenziali, cresciute rispettivamente del 163 e 153 per cento, nello stesso arco temporale. L'offerta di servizi territoriali è gestita prevalentemente dal privato ad eccezione delle «Altre strutture territoriali». In particolare si evidenzia l'offerta delle strutture residenziali che passa dal 5 % del 1997 al 73% del 2006.

Analizzando, invece, il dettaglio regionale, la situazione appare più diversificata:

- ▶ Nel caso di «Ambulatori e Laboratori», Valle d'Aosta, Lombardia, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia si caratterizzano per un più elevato contributo del privato rispetto alla media, compreso tra il 60 per cento di Lombardia e l'82 per cento della Sicilia. Solamente Veneto, Puglia e Calabria si assestano a valori leggermente inferiori alla media nazionale; tutte le altre Regioni, al contrario, risultano nettamente sotto con i valori minimi rappresentati da Piemonte e Bolzano (19 per cento e 17 per cento).
- ▶ Con riferimento alle «Strutture Semiresidenziali e Residenziali», le Regioni del Nord Italia presentano le percentuali più elevate del privato, a cui si aggiunge il Molise che si caratterizza per una totalità dell'offerta privata. Nelle Regioni del Centro più dei due terzi dell'offerta è gestita dal settore pubblico (soprattutto con riferimento alle strutture residenziali).

- Per quanto riguarda le altre strutture territoriali il contributo del privato accreditato è molto limitato e pari in media al 10 per cento. Fanno eccezione Trento, Veneto, Molise e Campania che si caratterizzano per un'offerta del privato accreditato maggiore del 20 per cento.

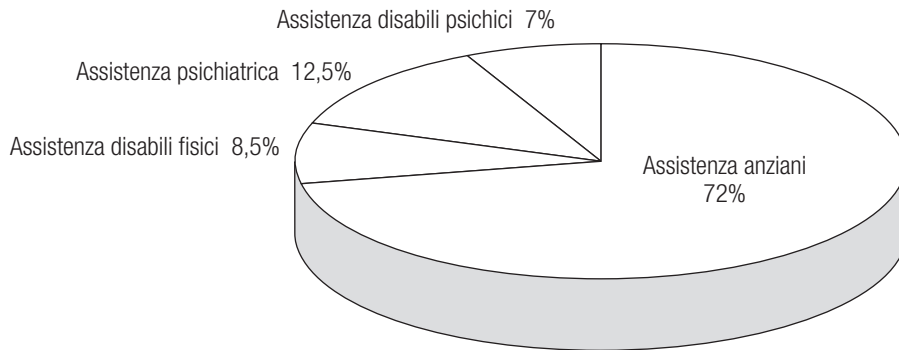
Tabella 2.9 **Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate nelle Regioni (2006)**

	Ambulatori e laboratori		Altre strutture territoriali*		Strutture semiresidenz.		Strutture residenziali	
	di cui privati accreditati		di cui privati accreditati		di cui privati accreditati		di cui privati accreditati	
Piemonte	441	19%	334	2%	157	58%	659	71%
Valle d'Aosta	3	67%	25	4%	1	100%	5	80%
Lombardia	824	60%	757	10%	607	69%	1.115	84%
Bolzano	176	17%	44	2%	5	0%	23	65%
Trento	35	31%	32	22%	7	0%	64	86%
Veneto	460	57%	552	23%	377	60%	628	78%
Friuli Venezia Giulia	131	31%	79	6%	48	29%	151	59%
Liguria	369	32%	162	3%	37	35%	137	72%
Emilia Romagna	456	41%	423	5%	455	80%	660	80%
Toscana	900	39%	502	10%	233	34%	479	60%
Umbria	102	23%	86	2%	54	31%	81	48%
Marche	202	51%	102	10%	30	17%	80	38%
Lazio	906	67%	397	6%	54	6%	142	64%
Abruzzo	155	70%	114	5%	10	20%	69	84%
Molise	48	67%	18	28%	6	100%	6	100%
Campania	1.462	79%	384	27%	71	20%	145	44%
Puglia	675	56%	317	2%	31	55%	105	85%
Basilicata	112	42%	59	8%	3	33%	28	64%
Calabria	455	55%	120	8%	18	44%	61	66%
Sicilia	1.713	82%	478	12%	34	9%	100	54%
Sardegna	346	51%	143	3%	17	41%	55	62%
Italia 2006	9.971	59%	5.128	10%	2.255	57%	4.793	73%
Italia 1997	9.335	54%	4.009	5%	842	8%	1.820	5%

*Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno-infantili, centri distrettuali e in generale strutture che svolgono attività di tipo territoriale.

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.7 **Distribuzione percentuale dei posti in strutture residenziali e semiresidenziali per tipo di assistenza erogata (Anno 2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

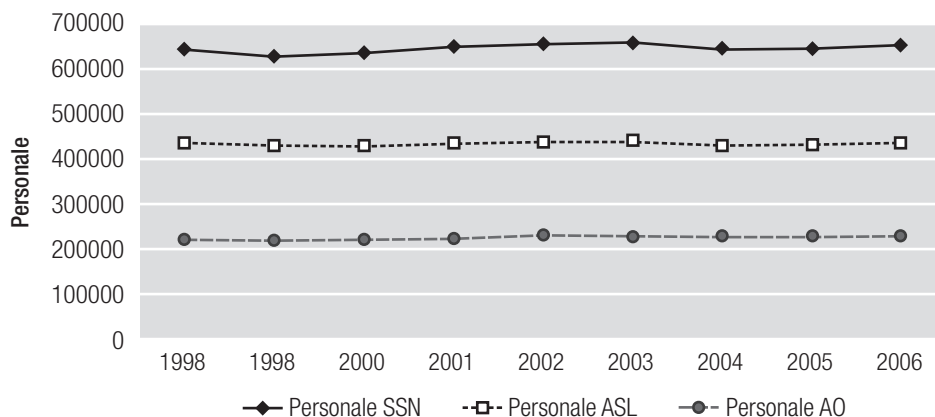
Volendo approfondire ulteriormente le dinamiche dell'offerta semiresidenziale e residenziale per categorie di assistenza, emerge una netta prevalenza dei servizi per gli anziani (Figura 2.7), erogati soprattutto attraverso strutture residenziali. Queste ultime, infatti, indipendentemente dalla tipologia assistenziale, costituiscono il 72 per cento dell'offerta.

Elemento qualificante del SSN e rilevante ai fini di una esauriente comprensione della dimensione strutturale delle aziende sanitarie è l'organismo personale, in quanto risorsa critica: sia perché da questa dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario.

La Figura 2.8 evidenzia l'andamento della numerosità sia del personale dipendente del SSN, sia del personale complessivamente operante nelle ASL e nelle AO (comprensivo, dunque, anche del personale dipendente dalle Università). Relativamente al personale SSN, si evidenzia: una lieve inflessione negativa dal 1998 al 1999 (-3,6 per cento), determinata dal blocco delle assunzioni; a partire dal 1999 e fino a tutto il 2003, si è avuta una graduale crescita (+5 per cento), poi rallentatasi a partire dall'anno successivo. Rispetto all'intero intervallo temporale considerato (1998-2006), però, si è avuto un incremento dell'1 per cento.

Al contrario, il personale operante nelle ASL e nelle Aziende Ospedaliere è stato interessato da un andamento molto più costante, caratterizzato da un tasso di crescita medio annuo che oscilla tra il -1 ed il +2 per cento, determinando una diminuzione totale dell'1 per cento del personale delle ASL ed un aumento del 4 per cento di quello delle AO tra il 1998 ed il 2006.

Con riferimento esclusivo al personale dipendente del SSN, di seguito si presentano alcuni dati essenziali sulla relativa entità e composizione nelle diverse Regioni. È innanzi tutto importante segnalare che il SSN fornisce un considere-

Figura 2.8 **Trend unità di personale dipendente SSN, ASL e AO (1999-2006)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

vole contribuito all'occupazione nazionale (a cui bisognerebbe aggiungere l'indotto generato): i dipendenti SSN rappresentano infatti l'1,1 per cento della popolazione nazionale. Tale contributo si differenzia nelle diverse Regioni (Tabella 2.10) e risulta compreso tra l'1,7 di Bolzano da un lato e lo 0,9 per cento di Puglia e Lazio dall'altro. Tali differenze risentono:

- ▶ della diversa rilevanza delle strutture private accreditate all'interno dei SSR;
- ▶ della presenza di strutture equiparate alle pubbliche, il cui personale non è compreso nel personale dipendente SSN;
- ▶ del saldo di mobilità ospedaliera, che contribuisce a spiegare la maggiore presenza di dipendenti SSN nelle Regioni del Centro-Nord, caratterizzate negli ultimi anni da «saldi migratori» positivi.

Da un confronto prospettico tra gli anni dal 1998 al 2006, si può notare un aumento di personale per quasi tutti i profili (sanitario +6 per cento; professionale +6 per cento; amministrativo +9 per cento), tranne per quello tecnico (-25 per cento); la composizione di conseguenza è mutata: si è avuta una riduzione di 4 punti percentuali nel ruolo tecnico, soprattutto a favore di quello sanitario (+3 per cento), mentre i ruoli professionale ed amministrativo sono rimasti sostanzialmente invariati. La Tabella 2.10 presenta la composizione per ruolo del personale nelle diverse Regioni. Nel 2006, non emergono disuguaglianze territoriali particolarmente significative, pur rilevandosi alcuni scostamenti regionali rispetto alla media, attinenti al ruolo sanitario e tecnico; le Regioni del Nord, ad eccezione di Emilia Romagna e Liguria, mostrano una percentuale di sanitari inferiore al valore medio nazionale, a favore di una più alta presenza di personale tecnico (in particolare nelle Province di Trento e Bolzano) o di personale amministrativo (in particolare

Valle D'Aosta). Rispetto alle Regioni del Centro, invece, peculiare risulta la situazione laziale, scostante rispetto alla media, sia per il profilo sanitario (+5 per cento), che per quello tecnico (-6 per cento). Il ruolo professionale riveste in tutte le Regioni una quota molto esigua del personale totale (0,2 per cento in media), mentre relativamente a quello amministrativo la situazione appare più scostante e compresa tra il 9 per cento di Molise e Umbria ed il 15 per cento di Valle D'Aosta e Calabria.

Tabella 2.10 **Entità e composizione del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (2006)**

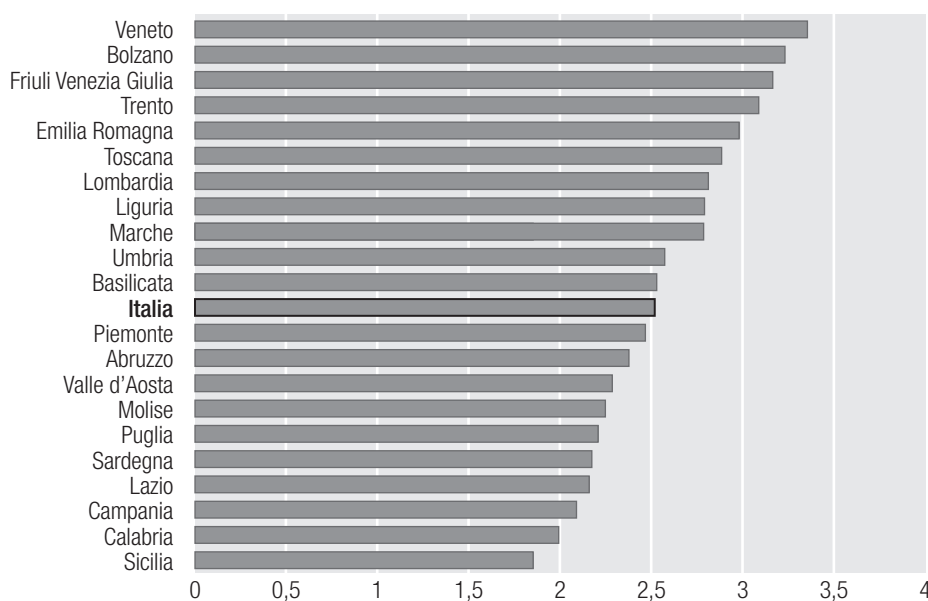
Regioni	Totale Personale SSN	Ruolo sanitario	Ruolo professionale	Ruolo tecnico	Ruolo amministrativo*	Percentuale personale SSN su popolazione
Piemonte	56.291	65%	0,2%	20%	14%	1,3%
Val d'Aosta	2.004	64%	0,2%	21%	15%	1,6%
Lombardia	91.495	66%	0,2%	21%	12%	1,0%
Bolzano	8.051	61%	0,3%	24%	14%	1,7%
Trento	7.063	63%	0,2%	25%	12%	1,4%
Veneto	57.777	69%	0,2%	20%	11%	1,2%
Friuli Venezia Giulia	17.330	68%	0,2%	22%	10%	1,4%
Liguria	21.703	71%	0,2%	18%	11%	1,3%
Emilia Romagna	55.588	72%	0,3%	17%	11%	1,3%
Toscana	49.344	71%	0,3%	18%	10%	1,4%
Umbria	10.759	74%	0,3%	16%	9%	1,2%
Marche	18.006	73%	0,1%	17%	10%	1,2%
Lazio	48.368	74%	0,3%	13%	13%	0,9%
Abruzzo	15.725	71%	0,2%	18%	11%	1,2%
Molise	4.025	72%	0,1%	19%	9%	1,3%
Campania	55.560	70%	0,3%	18%	12%	1,0%
Puglia	35.440	70%	0,2%	18%	12%	0,9%
Basilicata	6.579	72%	0,2%	18%	10%	1,1%
Calabria	22.996	67%	0,3%	17%	15%	1,1%
Sicilia	47.831	69%	0,2%	19%	12%	1,0%
Sardegna	20.652	72%	0,2%	18%	10%	1,2%
ITALIA	652.587	69%	0,2%	19%	12%	1,1%

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Indagando più nel dettaglio il livello sanitario ed, in particolare, osservando il rapporto tra infermieri e medici/odontoiatri (Figura 2.9), le Regioni del Sud presentano una minore disponibilità media di infermieri per medico, pari a 2 contro i quasi 3 del Nord, spiegata dalla presenza di un numero più elevato di medici nelle Regioni meridionali, rispetto al resto d'Italia.

Un'altra tipica dimensione di analisi considera il personale ospedaliero operante nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate²¹, che ammonta a poco meno di 550 mila unità. Il personale ospedaliero dei presidi a gestione diretta delle ASL costituisce il 45 per cento del personale ospedaliero totale, quello delle AO il 40 per cento ed, infine, il restante 15 per cento è imputabile al personale delle strutture equiparate. Confrontando l'andamento negli anni 1998-2006, si nota come le dimensioni del personale siano rimaste sostanzialmente invariate (-1 per cento, con una riduzione di poco superiore alle 3000 unità), nonostante la forte contrazione del numero di posti letto.

Figura 2.9 **Numero di infermieri per medico e odontoiatra nelle Regioni italiane (2006)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

²¹ Nel computo del personale attivo nelle strutture di ricovero pubbliche sono inclusi sia i dipendenti SSN ospedalieri, sia i dipendenti universitari che operano presso i presidi di ASL e le AO; relativamente alle strutture equiparate, invece, viene considerato tutto il personale impiegato presso tali istituti, sia dipendente, che non.

Volendo esaminare l'organismo personale nella sua accezione più ampia²², non limitandosi alla considerazione dei soli dipendenti del SSN, è necessario considerare anche i medici convenzionati, ossia i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, che costituiscono una risorsa strategica per il ruolo di governo ed indirizzo che esercitano sulla domanda.

La Tabella 2.11 riporta il numero totale di MMG e PLS per Regione nel 2006, evidenziandone l'evoluzione negli ultimi anni. Su scala nazionale, il numero di MMG si è ridotto del 2,2% rispetto all'intervallo temporale considerato, mentre a livello regionale l'andamento è stato più variabile, in particolare per Bolzano (+15,6 per cento), Trento (-8,1 per cento), Lombardia (-10,1 per cento) e Calabria (-12,1 per cento). Il numero di PLS, invece, ha registrato, nello stesso periodo e con l'eccezione della Liguria, un incremento generalizzato, molto più evidente nelle Regioni del Centro-Nord.

Le Figura 2.10 e Figura 2.11 illustrano la popolazione assistibile ed il numero medio di scelte per singolo medico e per Regione, permettendo di valutare il carico assistenziale potenziale ed effettivo di MMG e PLS e la sua adeguatezza rispetto alla domanda.

Il rapporto tra popolazione assistibile e numero di MMG è abbastanza omogeneo nelle diverse Regioni e compreso tra 1000 e 1200, fatta eccezione per Bolzano, che si caratterizza per un numero di residenti per medico pari a 1.624 e superiore alla media nazionale del 49 per cento²³ e la Liguria con un numero di residenti per medico di 1.400, superiore alla media nazionale del 28 per cento. Ciò non è altrettanto valido per i PLS, per i quali la situazione si presenta molto più differenziata. Innanzitutto, in tutte le Regioni il numero di bambini assistibili per pediatra eccede il massimale di 800 pazienti stabilito dal contratto di convenzione, con le Regioni del Centro Italia che, insieme a Valle d'Aosta, Trento, Emilia Romagna, Abruzzo, Sicilia e Sardegna, sono le più vicine al rispetto di tale standard. Esistono, peraltro, delle realtà che evidenziano uno scostamento maggiore rispetto al valore medio nazionale, ovvero in Piemonte (+8 per cento), Campania (+11 per cento) e Bolzano (+20 per cento).

Relativamente al numero di scelte per medico convenzionato, espressivo del carico assistenziale effettivo, tale indicatore è, in tutte le Regioni e con riferimento alla popolazione assistibile, superiore per i MMG ed inferiore per i PLS. Se si

²² Il concetto di organismo personale può essere definito in modo più o meno ampio: «nelle aziende composte pubbliche formano l'organismo personale i prestatori di lavoro in senso stretto ed i membri degli organi deliberanti, di governo economico e di sindacato (inclusi dli organi di rappresentanza politica costituiti mediante elezioni); in una visione molto ampia, anche tutte le persone membri della comunità politica di cui l'azienda è ordine economic» (Airoldi G, Brunetti G, Coda V., 1994: 455)

²³ Si consideri però che nella Provincia di Bolzano il contratto di convenzione dei medici di base stabiliva quale massimale 2.500 scelte per MMG, che solo recentemente è stato ridotto a 2.000, rispetto al contratto vigente in tutte le altre Regioni che fissa il massimale a 1.500 pazienti adulti.

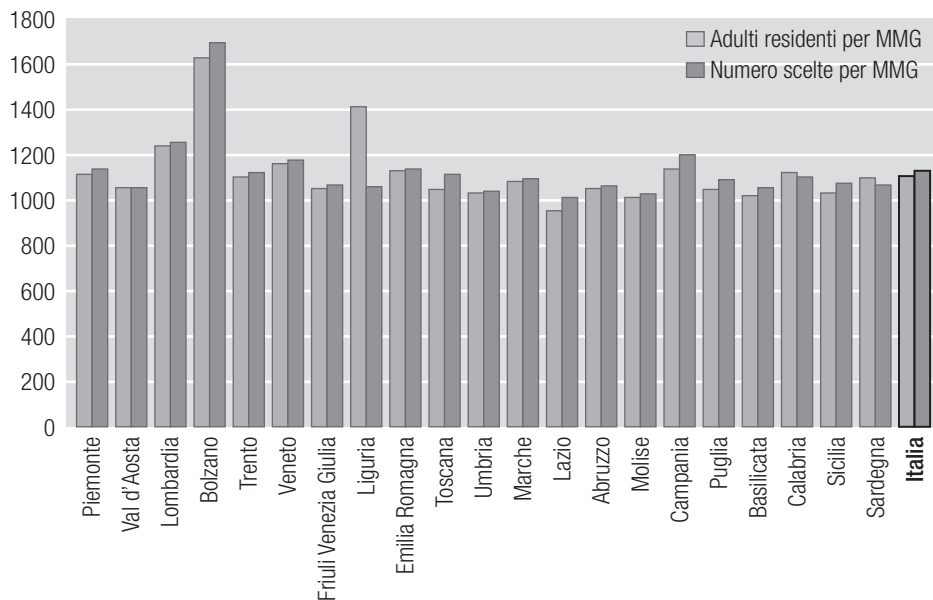
Tabella 2.11 **Numero di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, 2006 e variazione 1997-2006**

	Numero MMG 2006	Variazione 1997/2006	Numero PLS 2006	Variazione 1997/2006
Piemonte	3479	-4,0%	421	1,9%
Val d'Aosta	104	4,8%	18	27,8%
Lombardia	6717	-10,9%	1098	22,1%
Bolzano	250	15,6%	51	35,3%
Trento	394	-8,1%	81	11,1%
Veneto	3570	0,6%	559	11,8%
Friuli Venezia Giulia	1030	-1,1%	123	24,4%
Liguria	1032	-41,7%	155	-16,8%
Emilia Romagna	3302	0,5%	555	18,2%
Toscana	3101	-0,3%	426	9,6%
Umbria	751	5,6%	108	10,2%
Marche	1253	3,8%	178	6,7%
Lazio	4887	0,6%	761	6,3%
Abruzzo	1096	5,2%	186	18,8%
Molise	282	2,1%	36	2,8%
Campania	4306	-3,6%	773	24,2%
Puglia	3351	5,9%	596	6,7%
Basilicata	509	-2,9%	69	0,0%
Calabria	1548	-12,1%	279	0,7%
Sicilia	4175	5,6%	829	2,2%
Sardegna	1341	0,4%	224	5,8%
ITALIA	46478	-2,2%	7526	11,5%

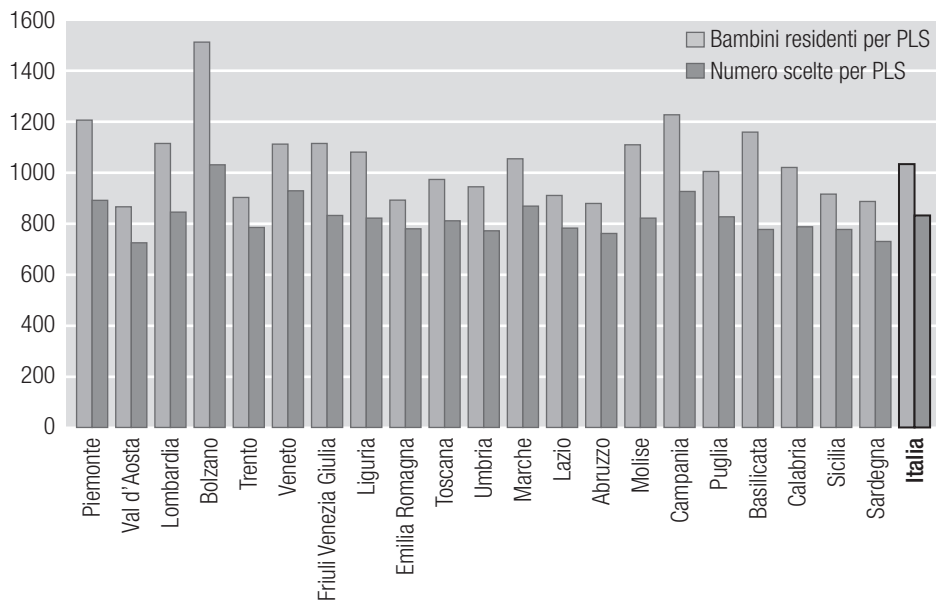
Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

confrontano tra loro carico potenziale e carico effettivo di assistenza, senza distinzione tra MMG e PLS, il numero di scelte per medico risulta inferiore alla popolazione assistibile per tutte le Regioni. Tutto ciò sta a significare:

- una carenza di PLS rispetto alla domanda di assistenza pediatrica, con il conseguente ricorso all'assistenza da MMG per alcuni bambini;
- un carico di lavoro per MMG leggermente superiore a quello potenziale;
- un «grado di copertura», globalmente considerato, inferiore al bisogno potenziale della popolazione residente totale.

Figura 2.10 **Popolazione assistibile per MMG e numero scelte per MMG, 2006**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Figura 2.11 **Popolazione assistibile per PLS e numero scelte per PLS, 2006**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

Un'ultima considerazione riguarda il servizio di guardia medica, che garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, assicurando inoltre interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne, festive e prefestive.

L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale, in modo da rispondere quanto più adeguatamente possibile alle esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche locali. Nel 2006, sono stati rilevati 3019 punti di guardia medica, in lieve aumento rispetto al 2005 (2996 punti), con 13.304 medici titolari, ovvero 23 medici ogni 100.000 abitanti. La situazione è molto diversificata a livello territoriale in termini sia di densità dei punti di guardia medica, sia del numero di medici titolari rispetto alla popolazione, anche in funzione della diversa presenza di servizi di pronto soccorso e di strutture ospedaliere. Nelle Regioni meridionali, in particolare, si rileva una maggiore presenza di punti di guardia medica e un rapporto più elevato fra medici addetti e popolazione, nonché un maggiore ricorso a tale servizio, sia dal punto di vista delle visite effettuate, che da quello dei ricoveri prescritti. Peculiare risulta anche la situazione di Trento, dove – rispetto alla media delle Regioni del Nord – si registrano elevati tassi di visite e ricoveri tramite servizio di guardia medica.

2.5 Le attività del SSN

Come già evidenziato nei precedenti Rapporti OASI, la rilevazione dei livelli di attività del SSN è risultata piuttosto difficile. In passato tale difficoltà era legata alla mancanza di un reale collegamento tra i livelli di attività svolta ed i finanziamenti ottenuti dalle aziende. Con l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento a tariffa per prestazione è aumentata la completezza delle rilevazioni disponibili nel SIS in termini di ricoveri ospedalieri e, anche se con ritardo, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Negli ultimi anni è anche aumentata il grado di accuratezza delle informazioni sulle attività territoriali svolte a livello ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Tuttavia, sempre negli ultimi anni, si è riscontrato un ritardo nella diffusione dei dati a causa di un rallentamento nei processi di aggiornamento dei flussi informativi inviati al Ministero ed alle Regioni soprattutto con riferimento alle attività ospedaliere. Lo sviluppo del nuovo SIS, accompagnato dal progetto «Mattoni», come richiamato nel § 2.2, dovrebbe potenziare i flussi informativi, anche attraverso un lavoro di omogeneizzazione e condivisione delle classificazioni dei dati.

2.5.1 Le attività di ricovero

Il presente paragrafo aggiorna ed approfondisce quanto già presentato nell'edizione precedente in merito alle attività di ricovero rilevate dal Ministero attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera, con riferimento all'anno 2005

e limitatamente ad alcuni dati ed indicatori anche agli anni 2006 e 2007. Dalla valutazione dei dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (Tabella 2.12), si possono trarre alcune considerazioni:

- ▶ si evidenzia, nell'arco temporale considerato (1998-2007) una riduzione nel numero delle dimissioni pari a circa il 2 per cento, con un andamento annuo variabile contenuto tra il -4,2 ed il +2 per cento; si segnala che nel 2007 si è registrata una riduzione dei ricoveri del -4,2% rispetto al 2006;
- ▶ sempre nello stesso periodo, si registra una diminuzione delle giornate di ricovero totali (-13 per cento), caratterizzata da un tasso di variazione annuale instabile, in particolare tra il 1998/2003 si registra una diminuzione delle giornate di degenza pari al 12 per cento, mentre tra il 2003/2005 si registra un aumento delle giornate di degenza pari a 1 per cento, tra il 2005 e il 2007 si registra una lieve diminuzione del 3,2 per cento.
- ▶ sono aumentate progressivamente le prestazioni totali erogate in regime di DH (+50 per cento dal 1998; +3 per cento dal 2006) e leggermente diminuite quelle in regime ordinario, con un rapporto quasi doppio tra giornate in DH e RO nel 2007 rispetto al 1998;
- ▶ si ha una stabilizzazione negli ultimi tre anni della degenza media pari a 6,7, ridotta rispetto al 1998 pari a 7,1.

La Figura 2.12 illustra la distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale. Gli oltre 12,5 milioni di ricoveri ospedalieri²⁴ realizzati nel 2005 si compongono per quasi il 98 per cento di ricoveri per acuti, la stragrande maggioranza dei quali viene erogata dagli istituti pubblici, attraverso Ospedali a gestione diretta (40,4 per cento) e Aziende ospedaliere (31,6 per cento). I ricoveri per riabilitazione, invece, si suddividono equamente tra strutture pubbliche ed equiparare da un lato (54,7 per cento) e case di cura private, accreditate e non, dall'altro (45,3 per cento). La lungodegenza, infine, viene erogata soprattutto dal privato (43,1 per cento) e da Ospedali a gestione diretta (47,3 per cento); l'elevato tasso di attività di queste ultime strutture è probabilmente giustificato dalla carenza di un'adeguata offerta di servizi territoriali pubblici a favore delle patologie cronico-degenerative.

Nel 2007 i ricoveri complessivamente erogati per acuti risultano pari a 11.451.831, di cui il 69 per cento erogato in regime di degenza ordinaria ed il restante 31 per cento in regime diurno. Rispetto all'anno 2006, i ricoveri per acuti hanno registrato una significativa diminuzione (-4,3 per cento), con una riduzione di quelli erogati in regime di day hospital, pari al 7 per cento.

²⁴ Tale dato non coincide con quello riportato nella tabella 2.12 – riferito al numero totale dei ricoveri – in quanto dai ricoveri ospedalieri sono esclusi i ricoveri per neonati sani (poco più di 400.000 casi).

Tabella 2.12 Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (1998-2007)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dati di attività										
Numero di Dimissioni (1)	12.577.826	12.727.449	12.671.564	12.939.571	12.948.710	12.818.905	12.991.102	12.966.874	12.857.813	12.319.301
Giorrate di ricovero (1)	88.009.005	85.811.850	82.484.479	81.425.592	80.393.353	78.450.940	78.750.718	79.070.702	78.008.561	76.569.034
Rapporto tra giornate in DH e in RO (percentuale)	9,3	10,2	11,8	13,4	15,1	17,0	18,4	19,1	19,1	17,4
Degenza media (2)	7,1	7	6,9	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7
Completezza della rilevazione										
N. Regioni e Prov. Aut.	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
N. istituti (3)	1.386	1.388	1.322	1.329	1.397	1.398	1.332	1.337	1.323	1.471
% schede errate	16	5	5	5	5,9	5,7	9,2	9,0		

Note:

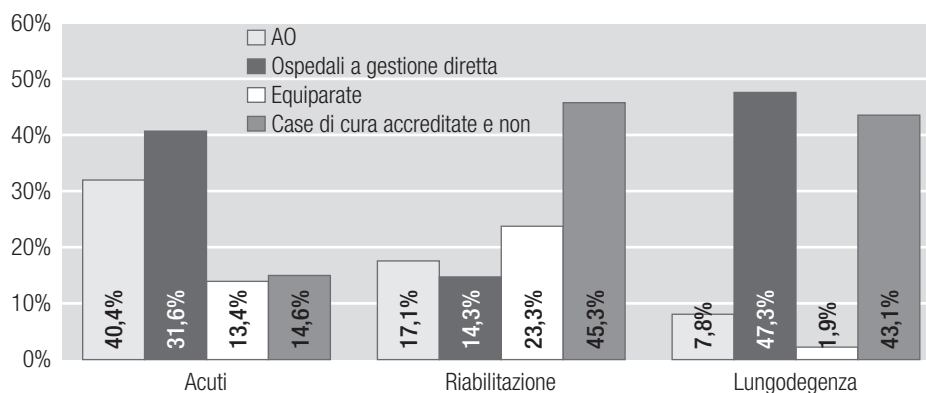
(1) Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in regime ordinario che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario

(3) La riduzione nel numero di istituti compresi nella rilevazione nel periodo 1998-2000 (ad eccezione di un piccolo incremento di 2 unità nel 1999) è prevalentemente attribuibile alla riduzione degli istituti esistenti (in seguito al loro accorpamento), mentre il successivo aumento del periodo 2000-2003 (più consistente nel biennio 2001-2002) è da attribuire all'incremento del numero di istituti di cui sono pervenute le schede SDO, nell'ultimi anni si riscontra una diminuzione a seguito degli accorpamenti soprattutto evidenziata tra il 2005 e il 2006. Ad oggi la copertura della rilevazione è pari al 99% degli istituti esistenti (solo in una regione la percentualr di copertura della rilevazione si attesta a quasi 96%).

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, dati 2007 provvisori

Figura 2.12 **Distribuzione dei dimessi per tipo di struttura e attività sul territorio nazionale (2005)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

La Tabella 2.13 presenta più nel dettaglio la composizione dell'attività, per Regione e regime di ricovero.

Con il solo riferimento agli acuti erogati in regime diurno, la situazione regionale si dimostra abbastanza differenziata (Figura 2.13); in particolare, rispetto ad un contributo medio dei ricoveri in DH sul totale dei ricoveri di poco superiore al 30 per cento, ben dodici Regioni evidenziano una percentuale inferiore e, tra queste, quattro si discostano dalla media di più di 6 punti percentuali (Emilia Romagna 24,9 per cento, Friuli Venezia Giulia 21,6 per cento, Puglia 24,3 per cento e Molise 23,4%). Al contrario, le Regioni che più hanno potenziato l'attività di DH sono Sicilia e Liguria, rispettivamente con una quota di ricoveri diurni per acuti pari al 43,4 e al 42 per cento dei ricoveri per acuti totali.

Per quanto concerne i ricoveri per la riabilitazione, nel 2007 costituiscono il 3 per cento dei ricoveri totali, sostanzialmente invariati rispetto al 2006. Questi sono prevalentemente erogati in regime ordinario (82 per cento in media) da tutte le Regioni, pur riscontrandosi delle situazioni in cui la percentuale di day hospital è molto elevata; è questo il caso di Lazio (36 per cento), Sardegna (32 per cento) e Sicilia (circa 39 per cento).

I ricoveri per lungodegenza, infine, costituiscono una quota molto esigua dei ricoveri totali, rimasta invariata rispetto al 2006; rappresentano, a livello nazionale, meno dell'1 per cento dei ricoveri ospedalieri, anche se il dettaglio regionale evidenzia alcune situazioni particolari, per cui la percentuale di lungodegenza è più elevata della media; ciò si verifica in maniera più evidente per Emilia Romagna e Trento, dove la percentuale raggiunge il 3,6 ed il 3,2 per cento, con un ammontare di giornate di ricovero totali per lungodegenza anch'esso più elevato rispetto alle altre Regioni.

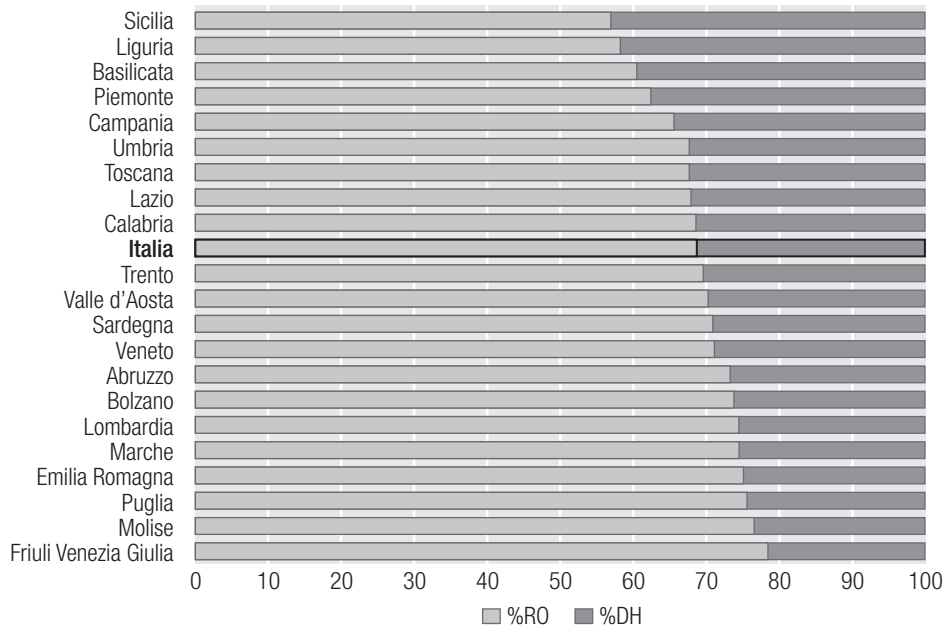
Tabella 2.13 Composizione dell'attività ospedaliera per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività (2007)

Regione	Ricoveri per acuti		Ricoveri per riabilitazione		Ricoveri per lungodegenza		Giorni di degenza per acuti		Giorni di degenza per riabilitazione		Giorni di degenza per lungodegenza
	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	
Piemonte	467.919	281.419	31.964	3.124	10.048	3.768.667	625.851	938.293	40.490	379.495	
Val d'Aosta	14.807	6.295	-	-	-	119.774	21.368	-	-	-	
Lombardia	1.320.404	454.242	98.343	15.229	4.352	8.691.191	1.029.438	2.242.304	171.481	127.270	
Bolzano	77.512	27.370	2.484	109	2.215	511.787	54.686	60.120	1.735	57.735	
Trento	55.538	24.120	6.314	951	2.829	438.419	36.956	117.603	12.222	96.824	
Veneto	557.599	226.067	22.644	7.070	11.455	4.449.740	641.925	528.089	99.806	312.326	
Friuli Venezia Giulia	157.032	43.336	2.613	365	1.197	1.152.604	102.451	78.161	1.502	29.533	
Liguria	207.678	149.175	9.825	1.846	-	1.625.694	480.236	194.301	14.414	0	
Emilia Romagna	600.094	199.085	17.946	4.604	30.518	3.969.640	873.805	528.717	59.767	1.004.594	
Toscana	429.700	205.568	10.904	1.861	2.559	3.137.483	580.288	229.736	23.575	91.481	
Umbria	113.186	54.576	2.751	973	235	729.076	131.742	58.229	12.792	4.585	
Marche	196.342	67.390	3.248	158	4.821	1.353.085	94.121	102.778	1.682	133.937	
Lazio	804.146	380.656	32.727	18.308	5.446	5.846.919	1.217.478	1.415.466	365.392	477.143	
Abruzzo	212.201	77.013	12.495	582	1.402	1.323.219	215.617	204.341	4.959	26.562	
Molise	61.008	18.724	2.028	64	204	419.380	35.858	71.685	1.477	6.774	
Campania	791.963	414.044	12.309	3.356	10.783	4.315.798	1.130.775	431.671	62.044	446.340	
Puglia	622.170	200.650	15.456	1.087	6.648	3.856.468	407.704	377.082	8.412	131.409	
Basilicata	63.266	41.314	1.229	333	354	435.496	112.257	43.648	5.918	10.523	
Calabria	254.135	116.465	4.465	1.033	1.990	1.614.600	324.573	157.957	10.975	106.548	
Sicilia	655.925	493.350	8.858	5.561	2.385	3.948.682	1.326.308	267.069	57.586	121.248	
Sardegna	218.730	89.617	663	314	1.183	1.485.635	207.095	21.303	5.348	39.449	
Italia	7.881.355	3.570.476	299.266	66.928	100.624	53.193.357	9.650.532	8.068.553	961.577	3.603.776	

Nota: La somma complessiva dei ricoveri e delle giornate di degenza è inferiore al dato riportato in tabella 2.12 poiché sono esclusi i ricoveri dei neonati sani poco più di 400.000.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute, dati provvisori

Figura 2.13 **Distribuzione dei casi per acuti trattati in regime ordinario (RO) e in Day Hospital (DH) per Regione (2007)**

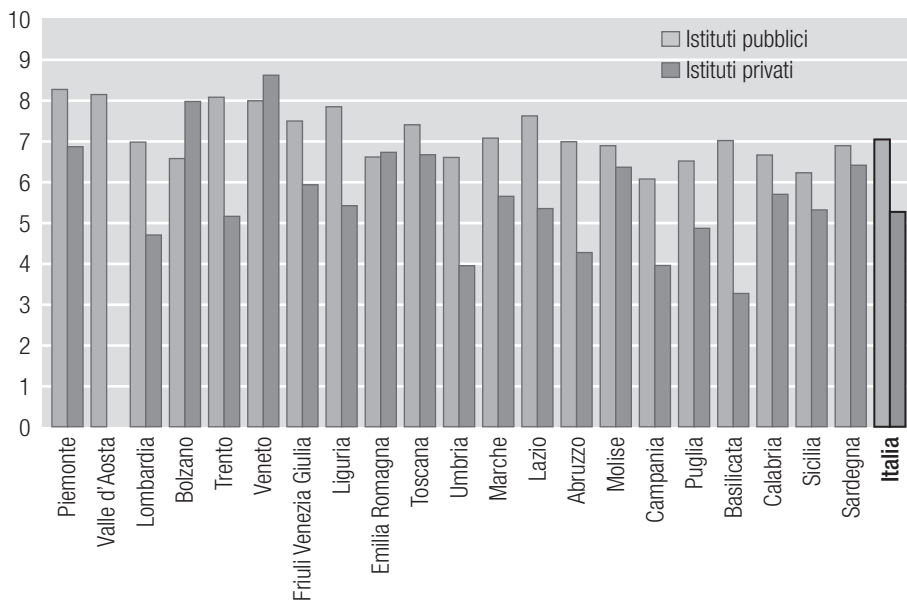


Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, dati provvisori

Di seguito si riportano dati e commenti rispetto a due indicatori tradizionali di analisi dell'attività ospedaliera: degenza media e tasso di ospedalizzazione.

Il primo indicatore consente di operare una primaria valutazione sull'efficienza operativa²⁵. Negli ultimi anni la degenza media per acuti a livello nazionale si è ridotta, passando dal 7,1 del 1998 al 6,7 nel 2007; mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche per i ricoveri per acuti (5,2 rispetto a 7 giorni nel 2007), mentre presentano degenze medie simili per la riabilitazione (26,6 rispetto a 25,6) e maggiori per la lungodegenza (38,3 rispetto a 27,03). Si osservano, però, considerevoli differenze tra Regioni: relativamente ai ricoveri per acuti (Figura 2.14), le strutture del Sud presentano generalmente degenze medie più brevi, soprattutto nelle strutture private; per

²⁵ In realtà, per valutare l'efficienza operativa in modo appropriato, sarebbe necessario utilizzare la degenza media standardizzata per case mix, cioè riportando tutte le Regioni ad un'unica distribuzione dei ricoveri per DRG, quella media italiana, così da depurare il risultato dall'incidenza della casistica trattata. Si consideri, inoltre, che una degenza media bassa non è necessariamente un indicatore positivo, perché potrebbe essere ottenuta attraverso dimissioni premature o omissioni di terapie (e riducendo quindi l'efficacia del trattamento).

Figura 2.14 **Degenza media per acuti per Regione e per tipo di struttura (2007)**

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute, dati provvisori

riabilitazione e lungodegenza i valori rilevati sono estremamente eterogenei, con una varianza particolarmente elevata per la riabilitazione negli istituti pubblici e la lungodegenza in quelli privati.

Il tasso di ospedalizzazione rappresenta un ulteriore indicatore di analisi dell'attività ospedaliera, che esprime la frequenza con la quale la popolazione residente si ricovera nelle strutture ospedaliere, pubbliche o private, sia dentro che fuori Regione. Tale indicatore (eventualmente standardizzato per classi di età della popolazione) permette di valutare i miglioramenti di efficienza conseguibili attraverso l'appropriatezza dell'ambito di cura²⁶. Negli ultimi anni, infatti, è stato dato grande impulso allo sviluppo di forme alternative al ricovero in regime ordinario, in particolare a Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare e all'erogazione di prestazioni di riabilitazione e lungodegenza in strutture territoriali extraospedaliere. La normativa (legge 662/96, art. 1) fissa quale valore ottimale 160 ricoveri annui in regime ordinario e day hospital (per acuti e non) per 1.000 abitanti²⁷. Il

²⁶ Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato, incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione.

²⁷ Si tratta di un tasso di ospedalizzazione grezzo, che non considera la standardizzazione per classi di età.

dato effettivo nazionale al 2006 risulta pari a circa 136 ricoveri ordinari per acuti ogni 1.000 abitanti e 64,51 ricoveri per acuti in day hospital ogni 1.000 abitanti, per un totale di circa 201 ricoveri per acuti (Tabella 2.14). Tale valore si è ridotto nel corso degli ultimi anni ma è comunque nettamente superiore allo standard obiettivo.

Con riferimento specifico ai tassi di ospedalizzazione per acuti, a livello nazionale si è rilevata nel 2006 una riduzione di quelli per ricovero ordinario (circa 1,5 per 1.000 in meno rispetto all'anno precedente) e anche di quelli in day hospital (1,6 in meno rispetto all'anno precedente). La riduzione del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario e in day hospital interessa maggiormente i ricoveri avvenuti entro Regione rispetto a quelli fuori Regione.

Ancora una volta, però, è necessario prestare attenzione alla forte differenziazione regionale.

La Tabella 2.14 evidenzia chiaramente la variabilità dei tassi di ospedalizzazione totale, con le regioni del Sud, la Liguria e il Lazio che registrano i tassi più elevati rispetto al dato nazionale (con un massimo di 250,52 per 1.000 in Abruzzo) e con le regioni del Centro e del Nord che evidenziano valori inferiori alla media nazionale. Ne consegue che, rispetto al valore ottimale di 160 ricoveri annui per 1000 abitanti, l'unica Regione che si avvicina allo standard obiettivo è il Friuli Venezia Giulia, con 160,52 ricoveri per 1.000 abitanti.

Se si considerano i soli tassi di ospedalizzazione in regime ordinario, sono Abruzzo, Molise a presentare i valori più elevati (rispettivamente circa 182 e 172 ricoveri per 1000 abitanti); con riferimento ai tassi in regime diurno, invece, ciò avviene per Sicilia e Liguria (rispettivamente circa 104 e 92 ricoveri per 1.000 abitanti).

Risulta, infine, particolarmente interessante il confronto interregionale riferito ai tassi di ospedalizzazione standardizzati per i ricoveri acuti in regime ordinario. La procedura di standardizzazione consente di depurare il dato grezzo dall'effetto della diversa composizione per età presente nelle diverse Regioni. In questo caso, rispetto al valore medio nazionale di ricoveri ordinari per acuti (133,70 per 1.000), i valori massimi si registrano nelle Regioni del Sud, a cui si aggiungono Bolzano, Lazio, tutte con valori superiori alla media; i valori più bassi, invece, si osservano in Piemonte (102), Toscana (103), Friuli Venezia Giulia (quasi 112), Trento e Veneto (113).

Rispetto a questo tema, l'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (comma 1, lettera b) ha stabilito che le regioni, entro il 2007, devono garantire il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari e in regime diurno entro il 180 per 1.000 abitanti residenti, di cui quelli in day hospital pari al 20 per cento, precisando anche gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006. Ciò al fine di conseguire, a partire da settembre 2005, una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata attraverso il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero. Con ri-

Tabella 2.14 **Tasso di ospedalizzazione per regime di ricovero ed ubicazione della struttura (2006)**

	Tasso di ospedalizzazione RO intraregionale	Tasso di ospedalizzazione RO fuori Regione	Tasso di ospedalizzazione DH intraregionale	Tasso di ospedalizzazione DH fuori Regione	Totale tasso di ospedalizzazione	Tasso di ospedalizzazione RO	Tasso di ospedalizzazione DH	Tasso di ospedalizzazione standardizzato
Piemonte	100,57	9,02	60,21	4,16	173,96	109,59	64,37	102,12
Val d'Aosta	98,27	28,73	44,65	12,57	184,22	127,00	57,22	122,96
Lombardia	127,97	5,11	57,13	2,07	192,28	133,08	59,20	130,46
Bolzano	140,01	6,41	49,50	2,47	198,39	146,42	51,97	147,78
Trento	93,25	19,41	45,09	8,83	166,58	112,66	53,92	113,72
Veneto	109,27	6,34	47,92	3,00	166,53	115,61	50,92	113,65
Friuli Venezia Giulia	114,90	7,81	33,10	4,71	160,52	122,71	37,81	111,91
Liguria	117,42	14,97	84,66	7,81	224,86	132,39	92,47	117,03
Emilia Romagna	122,32	8,28	41,03	3,76	175,39	130,60	44,79	120,04
Toscana	106,57	7,06	49,39	3,27	166,29	113,63	52,66	103,05
Umbria	109,96	14,67	52,01	7,44	184,08	124,63	59,45	115,48
Marche	118,79	15,04	42,50	5,66	181,99	133,83	48,16	125,46
Lazio	141,72	9,60	75,99	3,58	230,89	151,32	79,57	144,62
Abruzzo	162,81	19,81	59,83	8,07	250,52	182,62	67,90	176,60
Molise	137,14	35,14	49,86	14,11	236,25	172,28	63,97	165,89
Campania	136,05	11,31	69,77	4,32	221,45	147,36	74,09	157,61
Puglia	148,12	12,31	44,66	4,43	209,52	160,43	49,09	165,56
Basilicata	100,59	30,79	59,36	11,72	202,46	131,38	71,08	131,02
Calabria	131,39	22,83	56,45	10,21	220,88	154,22	66,66	158,55
Sicilia	133,21	8,93	101,68	2,92	246,74	142,14	104,60	149,87
Sardegna	138,72	7,15	52,24	2,47	200,58	145,87	54,71	148,73
Italia	126,24	10,01	60,37	4,14	200,76	136,25	64,51	133,70

Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute

ferimento all'anno 2006, nessuna Regione è in linea con questo duplice vincolo; rispetto al solo limite posto sul tasso di ospedalizzazione totale, però, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Trento ed Emilia Romagna risulterebbero già adempienti.

Agli indicatori tradizionali di misurazione dell'attività di ricovero, il Ministero affianca due ulteriori classi di indicatori:

- ▶ indicatori di complessità, che analizzano l'indice di case-mix trattato, il peso medio, la percentuale dei casi complicati e il peso medio dei ricoveri degli anziani (65 anni e oltre);
- ▶ indicatori di efficacia e appropriatezza, che verificano che le prestazioni siano erogate a quei pazienti che realmente ne possono beneficiare, al livello di assistenza più adatto e con la tempestività necessaria a garantirne l'utilità.

La Tabella 2.15 mostra tre indici di complessità per Regione. In particolare:

- ▶ il peso medio (PM) dei ricoveri per acuti in RO è cresciuto nel periodo 1998-2005 (da 1,05 a 1,26), mentre si è ridotto a partire dal 2006 attestandosi a 1,11 nel 2007 causa del fatto che tra il 2005 e il 2006 si rileva una discontinuità della serie storica perché è cambiato il sistema di classificazione dei DRG che si basa sulla versione 19.0;
- ▶ l'indice di case mix (ICM) è superiore ad 1 – indicando, quindi, un peso della casistica trattata maggiore della media italiana – in tutte le Regioni settentrionali (tranne Bolzano e Trento) e centrali (tranne il Lazio), i cui valori massimi si registrano in Piemonte (1,13) e Liguria e Toscana (1,10). Tutte le Regioni meridionali presentano, al contrario, un indice inferiore all'unità (ad eccezione della Basilicata);
- ▶ il rapporto tra casi complicati e totale dei casi afferenti a famiglie di DRG omologhi ha un valore medio nazionale pari a 29,48 per cento (in aumento rispetto al 29,30 per cento del 2006), con un'elevata variabilità interregionale che evidenzia un massimo in Valle D'Aosta (39,79 per cento) ed un minimo in Campania (23,30 per cento).

Si consideri che la complessità dei casi trattati incide fortemente sia su alcuni indicatori di efficienza (es. degenza media e turnover dei posti letto), sia sui costi. La maggiore complessità dei casi trattati può, quindi, almeno in parte giustificare la maggiore spesa sanitaria pro-capite (cfr. capitolo 3), nonché la maggiore degenza media di alcune regioni.

Una seconda categoria è composta dagli indicatori di appropriatezza, che si riferiscono alle caratteristiche del ricovero e delle terapie e interventi eseguiti nel corso del ricovero stesso. Anche in questo caso, esistono forti differenziazioni tra le Regioni centro-settentrionali e quelle meridionali.

La Tabella 2.16 presenta alcuni indicatori, operando un confronto tra gli anni 1998 e 2007 per i primi tre indicatori e tra il 1998 e il 2005 per gli ultimi due. I primi tre indicatori sono utilizzati dal Ministero della Salute mentre gli ultimi due (ricoveri di 1 giorno e ricoveri oltre il valore soglia) non sono inclusi tra gli indicatori di

Tabella 2.15 **Indicatori di complessità dei ricoveri per acuti in regime ordinario per Regione (2007)**

Regione	Peso medio ricoveri acuti RO*	Indice di Case Mix	Percentuale casi complicati
Piemonte	1,25	1,13	35,50
Val d'Aosta	1,14	1,03	39,79
Lombardia	1,18	1,07	28,49
Bolzano	0,99	0,89	27,43
Trento	1,03	0,93	32,63
Veneto	1,15	1,04	25,25
Friuli Venezia Giulia	1,17	1,06	32,79
Liguria	1,21	1,10	39,00
Emilia Romagna	1,19	1,07	33,73
Toscana	1,22	1,10	34,25
Umbria	1,12	1,01	31,70
Marche	1,11	1,01	31,12
Lazio	1,07	0,97	26,45
Abruzzo	1,05	0,94	30,84
Molise	1,06	0,95	33,27
Campania	0,99	0,89	23,30
Puglia	1,03	0,93	29,14
Basilicata	1,13	1,02	35,43
Calabria	0,96	0,87	28,99
Sicilia	1,03	0,93	30,31
Sardegna	0,98	0,89	29,19
Italia	1,11	1,00	29,48

*Valori determinati utilizzando i pesi ex D.M. 14/12/94 e D.M. 30/06/97

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute, dati provvisori

appropriatezza definiti dal Ministero, ma vengono qui considerati in quanto i ricoveri di 1 giorno in RO (per acuti) potrebbero, in molti casi, essere effettuati in DH o con forme alternative di assistenza sanitaria (ad esempio in regime ambulatoriale); i ricoveri prolungati in reparti per acuti, allo stesso modo, potrebbero essere in-

dicatori di inefficienza. Non si vuole ovviamente sostenere che tutti i casi ricompresi in queste categorie siano necessariamente relativi a ricoveri impropri; per una corretta valutazione dell'effettiva possibilità di trattamento alternativo sarebbe, infatti, necessario un approfondimento sulle patologie e le procedure terapeutiche.

A livello nazionale, si evidenzia come gli indicatori «Percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medico», «Ricoveri per diabete» e «Percentuale ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario» siano migliorati, mentre la percentuale di parti cesarei (che risultava già ampiamente superiore al parametro di riferimento del 15-20% individuato nel DM 12/12/01) e quella dei ricoveri di un giorno per acuti in regime ordinario sono peggiorate. Guardando alle singole situazioni regionali, si evidenziano le seguenti dinamiche:

- ▶ la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DGR medici è notevolmente migliorata, soprattutto per le Regioni, Marche (-33 per cento) e Basilicata (-34 per cento). È da notare, che il valore medio di tale indicatore per le Regioni del Sud riferito all'anno 2007 è pari circa al valore medio assunto dalle Regioni del Centro-Nord nel 1998;
- ▶ relativamente ai parti cesarei, si osserva nel tempo un peggioramento diffuso su tutto il territorio. Rispetto a quanto avvenuto a livello nazionale (+ 8 punti percentuali), le Regioni più virtuose si rivelano ancora quelle del Centro e Nord Italia, con un peggioramento dell'indice comunque più contenuto rispetto a quello delle regioni meridionali (con il Lazio);
- ▶ i ricoveri per diabete, invece, sono diminuiti in media del 39 per cento, passando da quasi 151 a poco più di 90 ricoveri ogni 100 mila abitanti. La Regione Basilicata, è quella che meglio si è allineata rispetto al valore nazionale, mentre la Regione Sicilia è l'unica a presentare un trend inverso rispetto all'andamento nazionale, essendo aumentati i ricoveri afferenti alla patologia del diabete del 9 per cento, rispetto al 1998;
- ▶ la percentuale di ricoveri di 1 giorno per acuti in regime ordinario, su scala nazionale, è peggiorata solo lievemente (+1 per cento); su scala regionale, però, si evidenziano scostamenti molto variabili e differenziati. L'andamento è piuttosto peculiare: per questo indicatore, sono soprattutto le Regioni del Sud ad avere registrato un miglioramento dell'incidenza di ricoveri di 1 giorno sul totale dei ricoveri – in particolare, Basilicata (-6,2 per cento) e Sicilia (-5,3 per cento) – mentre in Lombardia e Marche l'incidenza è aumentata rispettivamente del 7,1 e 8,4 per cento;
- ▶ altrettanto variabile risulta essere l'andamento regionale del tasso di ricoveri oltre valore soglia per ricoveri acuti in regime ordinario: rispetto al 1998 l'indice è migliorato per quasi tutte le Regioni, eccezion fatta per Trento, che ha visto un, seppur esiguo, aumento dei ricoveri oltre valore soglia. Il valore massimo, invece, è quello della Regione Molise, che ha visto diminuire dal 1998 al 2005 tali ricoveri da 2,3 a 1,1. Guardando al solo 2005, però, a fronte di una media

Tabella 2.16 **Indicatori di appropriatezza delle prestazioni di ricovero per acuti per regione (1998-2005 e 1998-2007)**

Regione	Percentuale dimessi da reparti chirurgici con DRG medico		Percentuale parti cesarei sul totale dei parti		Ricoveri per diabete per 100.000 abitanti*		Percentuale ricoveri di 1 giorno per acuti in RO		Percentuale ricoveri oltre valore soglia per acuti in RO	
	1998	2007	1998	2007	1998	2007	1998	2005	1998	2005
Piemonte	38,55	29,03	26,86	32,23	124,43	48,52	9,1	9,8	2,5	1,8
Val d'Aosta	50,7	37,37	21,5	33,71	68,56	26,44	14	13,8	2,9	2,1
Lombardia	38,35	29,80	23,33	28,23	125,79	102,45	11,3	18,4	1,5	1,1
Bolzano	44,31	44,19	17,29	24,17	139,06	118,11	16,3	13,7	2,3	1,3
Trento	42,07	38,94	22,45	28,19	138,36	88,75	11,1	8,3	1,4	1,6
Veneto	41,86	32,95	24,49	28,75	133,2	67,92	8,3	10,2	2	1,6
Friuli Venezia Giulia	36,1	28,16	19,04	24,35	117,59	74,55	11	15,8	1,9	1,4
Liguria	40,45	35,40	28,48	33,92	151,54	62,19	12,9	10,4	2,1	1,3
Emilia Romagna	34,49	26,06	29,27	29,56	128,12	89,39	15,7	16,4	1,3	1,0
Toscana	41,53	35,13	22,54	26,66	106,94	47,03	10,5	8,0	1,7	1,4
Umbria	47,25	38,46	25,45	31,26	156,54	51,89	18,1	14,1	1,4	0,9
Marche	40,24	27,04	33,23	35,43	127,78	50,78	8,2	16,4	1,4	1,0
Lazio	43,4	35,59	35,46	44,11	159,36	93,02	13,8	12,2	2,4	1,7
Abruzzo	51,12	37,78	33,49	45,27	150,31	76,96	9,9	13,7	1,9	1,1
Molise	48,92	41,20	33,45	52,00	165,81	125,60	8,9	8,2	2,3	1,3
Campania	53,35	45,20	48,03	61,80	153,55	84,78	19,9	21,3	1,7	1,0
Puglia	52,9	40,73	35,07	50,60	227,48	143,98	12,7	13,2	1,5	1,0
Basilicata	64,36	42,75	41,76	48,19	430,75	91,66	16	9,8	1,9	1,1
Calabria	56,42	46,74	34,24	46,60	188,12	104,85	13	15,1	1,5	1,1
Sicilia	54,41	44,39	36,56	52,91	175	159,34	14,5	9,2	1,4	0,8
Sardegna	50,11	43,47	25,98	38,62	143,85	91,24	12,5	13,1	2,2	1,6
Italia	44,91	36,01	31,38	39,27	150,63	91,74	12,8	14,0	1,8	1,2

*Diagnosi principale corrispondente al codice ICD9CM 250.xx

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute, dati 2007 provvisori

nazionale dell'1,2 per cento, tutte le Regioni del Nord presentano un valore superiore, ad eccezione di Lombardia ed Emilia Romagna, con punte massime del 2,1 per cento in Valle D'Aosta e dell'1,8 in Piemonte.

2.5.2 Le attività territoriali

Il presente paragrafo presenta i dati relativi all'assistenza territoriale, ovvero alle forme di assistenza differenti da quelle di ricovero.

Nello specifico i dati presentati fanno riferimento alla rilevazione annuale del Ministero della Salute che confluisce nel documento «Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO» (che si è arricchita, proprio nel corso dell'ultimo triennio) dei dati relativi alle prestazioni non di ricovero erogate dal SSN».

Con riferimento alle informazioni rilevate dal Ministero, una delle attività a cui viene dedicato particolare interesse, se non altro per il livello di coordinamento organizzativo richiesto, è quella di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che si configura come una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, che comportino una condizione di non autosufficienza a cui si associa la necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale ad interventi socio-sanitari. L'obiettivo dell'ADI è quello di erogare il servizio di assistenza lasciando al proprio domicilio l'ammalato, consentendogli di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente di vita domestico e diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri.

Nel 2006 mediamente sono stati trattati in ADI 774 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 2.17), ma la differenziazione a livello regionale (anche a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di:

- ▶ Numero di casi trattati, che si collocano su un intervallo che va dai 53 casi per 100.000 abitanti della Valle D'Aosta e 213 della Sicilia ai 2.163 del Friuli Venezia Giulia;
- ▶ Tipologia di pazienti trattati, anziani nel 94,5 per cento dei casi in Liguria e nel 57 per cento dei casi in Molise;
- ▶ Nell'intensità di assistenza erogata, ovvero 183 ore per caso trattato in Valle d'Aosta, 15 ore per caso trattato a Bolzano e Veneto e 12 ore per caso trattato in Molise.

Un altro importante segmento di attività territoriale riguarda le prestazioni di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica per immagini e strumentale (Tabella 2.18), che vengono erogate in assistenza territoriale dalle strutture pubbliche e private accreditate.

Tabella 2.17 Attività di Assistenza Domiciliare Integrata (2006)

Regione	Casi trattati			Ore di assistenza erogata per caso trattato				
	Numero x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori	Totale	
Piemonte	19.890	458	75,1	15,3	2	17	6	25
Valle d'Aosta	66	53	75,8	2	8	32	144	183
Lombardia	76.641	809	84,5	35,2	4	11	3	18
Prov. auton. Bolzano	357	74	90,2	4		15		15
Prov. auton. Trento	1.572	313	79,6	13,3		22		22
Veneto	54.556	1.151	85,6	51,4	1	12	2	15
Friuli Venezia Giulia	26.133	2.163	79	75,8	2	12	2	17
Liguria	13.858	861	94,5	30,7	5	16	4	25
Emilia Romagna	59.093	1.411	90	55,9	0	20	2	23
Toscana	20.092	555	89,1	21,3	2	17	7	25
Umbria	9.881	1.139	83	40,6	1	13	3	17
Marche	14.595	955	86,6	36,6	5	21	2	28
Lazio	41.719	786	85,8	35,3	5	14	2	21
Abruzzo	11.314	867	84,8	34,5	10	22	1	33
Molise	6.723	2.095	57	54,4	3	8	1	12
Campania	11.785	204	87,3	11,6	13	43	3	59
Puglia	13.556	333	84,5	16,3	20	31	1	52
Basilicata	5.873	989	87,4	43,5	14	26	3	44
Calabria	11.252	561	81,1	24,9	5	12	0	17
Sicilia	10.701	213	81,3	9,6	10	24	3	37
Sardegna	4.496	272	83,5	12,9	14	56	1	71
Italia	414.153	774	84,8	30,3	4	17	3	24

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Nel 2006 in Italia sono state erogate oltre un miliardo di prestazioni appartenenti a questa categoria, con una media per abitante che va dalle 16 prestazioni della regione Umbria alle quasi 25 del Veneto e Liguria e una media nazionale prossima a 22.

Inoltre, se si va a guardare la composizione di questa attività (Tabella 2.19), emerge l'assoluta predominanza dell'attività di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche (76 per cento del totale, con punte dell'81 per cento in Friuli Venezia Giulia), seguita da quella riabilitativa (poco più del 6 per cento massimo di oltre il 14 per cento in Basilicata) e dalla diagnostica strumentale e per immagini (4,5 per cento).

Tutte le altre prestazioni, prevalentemente visite specialistiche, rappresentano una percentuale del 12,1 per cento a livello nazionale, con forti differenziazioni a livello regionale.

Per quanto riguarda le strutture extraospedaliere, esse possono configurarsi come strutture residenziali, semiresidenziali o di altro tipo (come centri di salute mentale, consultori, stabilimenti idrotermali). Con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali il 72 per cento dei posti censiti (cfr. *supra*) sono stati dedicati all'assistenza agli anziani, il 12,5 per cento all'assistenza psichiatrica, il 15,5% all'assistenza ai disabili psichici e fisici (probabilmente questi dati sono sottostimati poiché in alcuni casi c'è una sovrapposizione dei vari tipi di assistenza).

Nello specifico, tra le varie forme di assistenza a prevalere nelle strutture residenziali è quella agli anziani, con oltre 212.975 utenti a livello nazionale e una media di 228 giorni di assistenza per caso (fortemente differenziate a livello regionale dalle 80 giornate della Sicilia alle 363 di Trento); mentre nelle strutture semiresidenziali prevale l'assistenza psichiatrica, che richiede mediamente 64 giornate per caso trattato (con un range che va da 347 nel Molise a 14 in Calabria) (Tabella 2.20).

Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche terapeutico riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare. Nel 2006 sono state rilevate 889 strutture riabilitative con 15.520 posti per l'attività di tipo residenziale e 13.856 per l'attività di tipo semiresidenziale in complesso 50 ogni 100.000 abitanti. Il numero di utenti totali assistiti in regime residenziale è superiore agli utenti assistiti in regime semiresidenziale (rispettivamente 54.764 e 26.889 utenti), anche se tale rapporto cambia a seconda della tipologia di attività riabilitativa (Tabella 2.21).

Nel 2006 le strutture riabilitative hanno impiegato 41.639 unità di personale di cui il 13% costituito da medici ed il 55 da terapisti e logopedisti. Sono proprio i terapisti a prestare il maggior numero di ore di assistenza (55,5 per ogni caso trattato per quella residenziale, 82,6 per ogni caso trattato per quella semiresidenzia-

Tabella 2.18 **Attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2006)**

Regione	Totale prestazioni	Numero per abitante
Piemonte	91.390.157	21,05
Valle d'Aosta	2.778.603	22,41
Lombardia	216.820.538	22,88
Prov. auton. Bolzano	9.547.273	19,78
Prov. auton. Trento	11.453.685	22,79
Veneto	116.915.398	24,67
Friuli Venezia Giulia	23.553.979	19,49
Liguria	39.881.559	24,77
Emilia Romagna	90.355.228	21,58
Toscana	86.142.355	23,80
Umbria	13.836.146	15,94
Marche	30.920.935	20,23
Lazio	126.596.485	23,86
Abruzzo	26.724.906	20,47
Molise	7.147.916	22,27
Campania	116.264.330	20,08
Puglia	86.742.431	21,30
Basilicata	11.934.242	20,09
Calabria	41.786.454	20,85
Sicilia	94.530.366	18,84
Sardegna	33.188.063	20,05
Italia	1.278.511.049	21,76

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 2.19 Incidenza percentuale della tipologia di attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e strumentale delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (2006)

Regione	Lab. Analisi chimico-cliniche e microbiologiche ecc	Medicina fisica e riabilitativa – Recupero e riabilitazione	Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica	Altro
Piemonte	75,49%	7,33%	4,79%	12,39%
Valle d'aosta	76,63%	4,57%	4,71%	14,10%
Lombardia	77,29%	6,01%	4,52%	12,18%
Prov. auton. Bolzano	64,46%	6,64%	4,35%	24,55%
Prov. auton. Trento	79,72%	3,80%	4,35%	12,13%
Veneto	75,87%	7,38%	4,48%	12,28%
Friuli venezia giulia	81,17%	3,17%	3,69%	11,97%
Liguria	72,67%	7,66%	4,34%	15,33%
Emilia Romagna	79,52%	1,89%	4,51%	14,09%
Toscana	80,28%	1,36%	4,74%	13,62%
Umbria	77,85%	1,49%	5,57%	15,09%
Marche	77,83%	4,55%	4,43%	13,19%
Lazio	74,51%	11,43%	4,20%	9,86%
Abruzzo	76,94%	3,29%	4,13%	15,65%
Molise	76,23%	4,54%	4,46%	14,77%
Campania	75,92%	9,79%	5,31%	8,98%
Puglia	79,21%	6,88%	4,45%	9,46%
Basilicata	72,38%	14,39%	3,83%	9,40%
Calabria	76,63%	6,28%	3,70%	13,39%
Sicilia	80,09%	4,44%	4,08%	11,39%
Sardegna	72,07%	9,61%	4,33%	13,99%
Italia	76,98%	6,46%	4,49%	12,07%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 2.20 Dati di attività per le varie tipologia di assistenza (2006)

Regione	Assistenza psichiatrica				Assistenza ai disabili psichici				Assistenza agli anziani				Assistenza ai disabili fisici			
	Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali	
	Utenti	Gornate per utente	Utenti	Gornate per utente	Utenti	Gornate per utente	Utenti	Gornate per utente	Utenti	Gornate per utente	Utenti	Gornate per utente	Utenti	Gornate per utente	Utenti	Gornate per utente
Piemonte	3.648	63	1.679	269	1.294	172	942	306	375	102	17.845	228	453	173	408	309
Valle d'Aosta			43	279	15	135	13	249			124	40			42	34
Lombardia	6.466	64	5.262	206	86	194	280	302	7.044	113	73.977	250	4.928	201	3.514	310
Prov. auton. Bolzano	257	34	199	179			195	55			2.121	323				
Prov. auton. Trento	267	34	139	260			22	350			4.522	363				
Veneto	3.733	73	1.970	228	4.233	186	2.807	287	1.412	114	33.232	250	1.060	194	1.226	171
Friuli Venezia Giulia	1.852	38	1045	93	104	128	155	141	61	133	14.369	146	49	5	756	40
Liguria	939	76	816	306	84	121	55	91	177	123	6.000	126	14	182	196	96
Emilia romagna	2.184	95	2.311	133			5	290	4.549	139	28.027	209	2.724	207	1.524	301
Toscana	1.608	74	922	248	174	141	514	296	1.122	116	12.567	228	331	164	404	132
Umbria	237	125	404	255	345	129	64	137	77	183	2.271	207	296	129	21	328
Marche	389	117	507	242	139	165	131	297	77	119	3.223	120	8	168	44	365
Lazio	1.986	66	665	278	155	73	584	172	318	210	6.678	215	323	28	1.946	63
Abruzzo	217	90	910	165			187	312			2.553	170			167	324
Molise	18	347	60	357												
Campania	2.867	42	947	285	203	143	340	282	25	105	470	222			362	355
Puglia	387	162	754	284	319	158	768	329			675	190			240	351
Basilicata	51	125	279	323			86	126			304	183				
Calabria	959	14	364	370	148	324	205	342			1.198	248			424	69
Sicilia	1.735	43	1.613	254	30	162	284	261			2.126	80	12	87	433	86
Sardegna	554	42	242	220	54	126	289	252	78	22	693	199	49	187	307	125
Italia	30.354	64	21.131	223	7.383	175	7.926	273	15.315	126	212.975	228	10.247	191	12.014	209

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Tabella 2.21 **Attività di assistenza riabilitativa (2006)**

Regione	Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza Ambulator.
	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Accessi
Piemonte	1.051	58	45	195	87.347
Lombardia	21.077	70	4.270	73	693.010
Prov. auton. Bolzano	2.413	16	56	15	
Prov. auton. Trento	100	245	8	131	16.411
Veneto	415	62	2.382	35	349.082
Friuli Venezia Giulia	48	276	367	172	92.196
Liguria	1082	103	391	162	65.173
Emilia Romagna	969	39	84	16	7.009
Toscana	7.799	43	3.103	71	573.690
Umbria	286	153	160	137	3.688
Marche	1.979	115	307	91	274.977
Lazio	3.541	181	3.908	118	1.630.184
Abruzzo	4.712	58	1.005	127	413.280
Molise	709	31	23	228	56.581
Campania	1.993	199	4.578	183	2.954.651
Puglia	3.281	88	850	161	659.113
Basilicata	485	342	136	242	117.658
Calabria	1.177	50	2.678	14	156.664
Sicilia	795	315	1.848	224	872.522
Sardegna	849	147	690	184	447.666
Italia	54.761	84	26.889	111	9.470.902

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

le e 0,8 per ogni accesso per quella ambulatoriale), ma emergono forti differenziazioni regionali (Tabella 2.22).

Si rileva, infine la presenza di un quadro di forte disomogeneità a livello inter-regionale e il dubbio che i dati raccolti facciano riferimento ad attività differenti a seconda del contesto in cui sono stati rilevati.

Tabella 2.22 **Ore di lavoro prestato per tipo di assistenza e figura professionale (2006)**

Regione	Ore lavorate x utente						Ore lavorate x accesso		
	Assistenza residenziale			Assistenza semiresidenziale			Assistenza ambulatoriale		
	Medici	Tera- pisti	Logo- pedisti	Medici	Tera- pisti	Logo- pedisti	Medici	Tera- pisti	Logo- pedisti
Piemonte	38,6	138,4	4,6	20,6	132,8	16,7	0,2	1,3	0,4
Lombardia	18,5	37,9	0,8	14	56	10,3	0,1	0,7	0,2
Prov. auton. Bolzano	2,3	5,1		3,5	4,4				
Prov. auton. Trento	28,3	21,5		7,3	4,6		0,1	0,8	0,1
Veneto	21,7	24,8	7,9	5,6	20,4	4,1	0,1	0,4	0,1
Friuli Venezia Giulia	25,3	158	18,7	27	91,6	35,7	0,1	0,4	0,1
Liguria	21,4	66,8	0,8	15,1	145,1	3,4	0,1	0,4	0,1
Emilia Romagna	9,6	35	3	4,8	17,3	2,4	0,4	3,7	0,7
Toscana	7,6	30,3	2,7	11	44,5	15,1	0,1	0,8	0,3
Umbria	29,4	56,5	20,4	29,5	68,1	22,3	0,3	1,1	0,4
Marche	32,7	77,2	5,7	12,3	40,4	3,6	0,1	1,1	0,2
Lazio	26,1	58,4	5,5	30,5	81	25	0,1	0,4	0,2
Abruzzo	16,7	42	1,8	18,3	80,5	4,2	0,1	0,9	0,2
Molise	18,8	53,8		21,7	81,4		0,4	1,7	0,3
Campania	37,3	122,4	14,5	21,6	145,6	17,9	0,2	0,8	0,4
Puglia	24,1	91,5	6,9	13,8	79	14,1	0,2	1,2	0,2
Basilicata	82	128,6	9,5	38,8	303,7	42,6	0,2	0,9	0,4
Calabria	20,6	93,5	1,4	2,2	8,1	2	0,1	1	0,4
Sicilia	26,9	237,5	31,9	30,5	193	40,6	0,1	0,9	0,4
Sardegna	51,5	240	6,5	25,4	174,7	4	0,2	1,1	0,2
Italia	19,7	55,5	3,4	17,4	82,6	15,1	0,1	0,8	0,3

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

2.6 Le caratteristiche dei bisogni e della domanda espressa dagli utenti

Il processo di aziendalizzazione della sanità italiana richiede alle aziende (e alle Regioni in qualità di capogruppo dei SSR) di conseguire l'economicità, cioè la «capacità mantenuta nel lungo periodo di soddisfare i bisogni considerati di pubblico interesse dalla comunità facendo affidamento su un flusso di ricchezza fisiologico ossia considerato economicamente sopportabile e socialmente accettabile dalla comunità stessa» (Borgonovi 2000: 103). Per questo motivo Regioni ed

aziende debbono sviluppare capacità strategiche e organizzative per: (i) analizzare le caratteristiche del bisogno di salute della propria popolazione di riferimento, della domanda sanitaria e del comportamento degli utenti, individuando eventuali cambiamenti in atto o probabili in futuro; (ii) verificare il proprio livello di efficacia attuale e (iii) innovare e gestire in modo sempre efficiente ed efficace i propri servizi.

L'analisi delle caratteristiche dei bisogni e della domanda richiede la considerazione di una pluralità di variabili (demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche), la cui incidenza varia tra le Regioni e all'interno delle stesse. Un'analisi approfondita che permetta l'individuazione di tutte le variabili che incidono sul bisogno e la domanda di salute e delle possibili fonti di dati e informazioni esula dagli obiettivi del presente capitolo. Si rimanda al Rapporto Osservasalute per una trattazione sistematica delle determinanti socioeconomiche che caratterizzano le diverse realtà regionali. Qui di seguito si presentano solo alcuni indicatori (tabella 2.23), per delineare gli aspetti principali del quadro demografico di riferimento, che costituisce uno dei fattori più rilevanti per la determinazione delle propensioni al consumo sanitario (Cutler e Sheiner 1998; Herwartz e Theilen 2003; Spillman e Lubitz 2000).

Al 31 dicembre 2007 la popolazione italiana risultava pari a 59.619.290 unità. Rispetto al 2006 si è registrato un incremento della popolazione residente di 488.003 unità, pari allo 0,8 per cento, dovuto completamente alle migrazioni dall'estero. Complessivamente, infatti, la variazione di popolazione è stata determinata dalla somma delle seguenti voci: il saldo del movimento naturale pari a -6.868 unità, il saldo del movimento migratorio con l'estero pari a +492.823, un incremento dovuto al movimento per altri motivi e al saldo pari a +2.048 unità. La crescita della popolazione non è uniforme sul territorio nazionale in conseguenza di bilanci naturali e migratori notevolmente diversificati. Si conferma anche per il 2007 un movimento migratorio, sia interno sia dall'estero, indirizzato prevalentemente verso le regioni del Nord e del Centro, e un saldo naturale che risulta positivo solo nelle regioni del Sud e nelle Isole. La distribuzione della popolazione residente per ripartizione geografica assegna ai comuni delle regioni del Nord-ovest il 26,5 per cento del totale, a quelli del Nord-est il 19,0 per cento, al Centro il 19,6 per cento, al Sud il 23,7 per cento e alle Isole l'11,2 per cento. Tali percentuali risultano pressoché invariate rispetto all'anno precedente: si rileva solo un lieve incremento della quota di popolazione del Nord e Centro a scapito di quella del Sud.

Sul fronte dell'invecchiamento della popolazione l'Italia è una delle nazioni più longeve nel panorama europeo. Possiede infatti, insieme alla Germania, il primato di ultra65enni sul totale dei residenti (20 per cento contro il 17 per cento della media dei Paesi Ue27) e quello, in negativo, di bambini fino a 14 anni di età, insieme a Germania e Grecia (14 per cento contro il 16 per cento della media Ue27). Anche il peso degli over 65 sulla popolazione in età attiva è da record, pari al 30 per cento (era il 24 per cento nel 1997) contro una media europea del 25 per cento.

Conseguentemente il rapporto tra anziani e giovani (indice di vecchiaia) ha mostrato anch'esso un costante aumento negli anni attestandosi al 142 per cento nel 2007 e lo stesso vale per l'indice di dipendenza strutturale, ossia il rapporto tra popolazione in età attiva e non attiva, che ha toccato al 1° gennaio 2007 un valore pari al 52 per cento. A livello territoriale (Tabella 2.23) l'invecchiamento della popolazione è un processo demografico allargato a tutte le aree del Paese. Il progressivo invecchiamento della popolazione è caratteristica comune a tutto il territorio nazionale, pur in presenza di una discreta variabilità. La regione dove risiede il maggior numero di anziani ultra65enni in rapporto al totale è la Liguria, con il 27 per cento, quella dove risiede il maggior numero di minorenni è la Campania con il 21 per cento.

Oltre ai fattori demografici, altri fattori rilevanti nell'analisi dei bisogni sono quelli economici, sociali ed epidemiologici. Proprio le differenze territoriali rispetto a queste variabili possono spiegare il differente ricorso ai servizi socio-sanitari. Regioni ed aziende devono quindi sviluppare tecniche e modalità operative per l'analisi dei bisogni che sappiano integrare dati demografici, epidemiologici, sociali ed economici e permettano l'individuazione dei migliori servizi da offrire alla popolazione. A tal fine, un primo passaggio rilevante è valutare l'attuale capacità di risposta ai bisogni, individuando adeguati indicatori dei livelli di efficacia raggiunti (rapporto output / outcome). Nel Box 2.2 sono riportati i principali indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie, come elencati nel Rapporto OASI 2001.

Box 2.2 Indicatori di efficacia gestionale per le aziende sanitarie (Cantù 2002: 69)

Alcuni possibili indicatori gestionali di efficacia delle aziende sanitarie (oltre a quelli più diretti di efficacia sanitaria, la cui valutazione è di competenza del personale medico o di studi epidemiologici e si basa sull'esistenza di dati scientifici validi attestanti la capacità di una prestazione sanitaria di migliorare in modo misurabile quantità o qualità della vita dei pazienti) possono essere (Borgonovi e Zangrandi 1996):

- ▶ dimensione dei flussi di mobilità in uscita ed entrata di pazienti (ASL) e provenienza dei pazienti (AO), che sono indicatori di soddisfazione / insoddisfazione dei pazienti;
- ▶ tempi di attesa per tipologie di servizi e di prestazioni. Elevati tempi di attesa possono essere legati ad una domanda particolarmente elevata di servizi (determinata dall'assenza di «filtri» alla domanda o da una carenza dell'attività di prevenzione o dalla creazione di domanda impropria), o a un elevato tasso di attrazione di pazienti (in questo caso tempi di attesa particolarmente elevati sono sintomo di efficacia);
- ▶ grado di soddisfazione del cittadino-paziente così come rilevabile attraverso periodiche indagini;
- ▶ tasso di ricovero o numero di prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione rispetto alla popolazione (solo per ASL), che può essere indicatore di maggiore efficacia o di eccesso di prestazioni;
- ▶ livello delle prestazioni di prevenzione. Tanto maggiore il numero di prestazioni, tanto maggiore può essere considerata l'efficacia, a meno che non sia rilevabile un uso distorto delle strutture;
- ▶ frequenza di «eventi» che segnalano situazioni di disfunzioni (es. denunce di disfunzioni e carenze assistenziali o mancata risposta alla richiesta di prestazioni, azioni legali e reclami), che può però essere correlata alla presenza o assenza di movimenti di difesa del cittadino-paziente.

Molti degli indicatori sopra elencati presentano un limite: spesso la loro interpretazione non può essere univoca.

Tabella 2.23 Indicatori di struttura demografica, per Regione (2003-2007)

	2003				2004				2005			
	Perc. 65 anni e oltre	Vec- chiaia (1)	Dipen- denza (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vec- chiaia (1)	Dipen- denza (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vec- chiaia (1)	Dipen- denza (2)	Età media
Piemonte	21,3	176,6	50,0	44,4	21,6	177,2	50,9	44,5	21,9	178,1	51,9	44,6
Valle d'Aosta	19,5	151,3	48,0	43,3	19,7	151,2	48,5	43,4	19,9	152,3	49,3	43,5
Lombardia	18,2	138,1	45,8	42,5	18,5	138,9	46,7	42,7	18,8	139,9	47,6	42,8
Bolzano	15,8	92,4	49,1	39,6	16,0	93,7	49,5	39,8	16,3	95,4	49,9	40,0
Trento	18,4	122,9	50,2	41,9	18,6	123,0	50,7	42,0	18,7	123,5	51,1	42,1
Veneto	18,3	135,6	46,5	42,3	18,5	135,9	47,2	42,5	18,7	136,7	48,0	42,6
Friuli Venezia Giulia	21,6	188,8	49,2	45,0	21,7	187,9	49,9	45,1	22,0	188,2	50,8	45,2
Liguria	25,4	240,3	56,1	47,0	25,6	239,8	57,0	47,1	25,9	239,9	57,9	47,1
Emilia Romagna	22,3	192,1	51,4	44,9	22,4	188,9	52,3	45,0	22,6	186,8	53,2	45,0
Toscana	22,3	190,3	51,6	44,9	22,5	189,9	52,4	45,0	22,8	190,2	53,2	45,1
Umbria	22,6	184,6	53,6	44,6	22,8	184,8	54,1	44,7	22,9	185,5	54,5	44,7
Marche	21,8	169,7	53,2	43,9	22,0	170,6	53,8	44,0	22,2	171,3	54,3	44,1
Lazio	17,7	125,2	46,8	41,8	18,0	127,3	47,4	42,0	18,3	129,2	48,0	42,1
Abruzzo	20,5	147,1	52,5	42,6	20,7	149,5	52,6	42,8	20,8	152,0	52,6	43,0
Molise	21,4	151,5	55,2	42,8	21,6	155,3	55,2	43,0	21,8	158,4	55,0	43,2
Campania	14,2	76,0	49,2	37,7	14,4	78,1	49,1	38,0	14,6	80,2	49,0	38,2
Puglia	15,8	94,0	48,2	39,2	16,1	97,3	48,4	39,5	16,4	100,6	48,5	39,8
Basilicata	18,7	119,3	52,2	40,7	19,0	123,6	52,4	41,0	19,3	127,5	52,5	41,3
Calabria	17,2	102,9	51,1	39,7	17,4	107,0	50,9	40,0	17,7	111,1	50,6	40,3
Sicilia	16,8	96,4	51,8	39,5	16,9	98,7	51,7	39,7	17,1	101,0	51,5	39,9
Sardegna	16,1	115,8	42,9	40,7	16,4	119,9	42,9	41,0	16,7	124,2	43,1	41,4
Italia	18,7	130,3	49,1	42,0	18,9	132,1	49,6	42,1	19,1	134,1	50,1	42,3

Tabella 2.23 (segue)

	2006				2007			
	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutturale (2)	Età media	Perc. 65 anni e oltre	Vecchiaia (1)	Dipendenza strutturale (2)	Età media
Piemonte	22,4	180,7	53,5	44,8	22,7	181	54	45
Valle d'Aosta	20,2	152,5	50,2	43,6	20,4	153	51	43,7
Lombardia	19,4	142,5	49,4	42,9	19,7	143	50	43,1
Bolzano	16,6	97,5	50,6	40,2	16,9	100	51	40,4
Trento	18,7	122,2	51,6	42,2	18,9	123	52	42,3
Veneto	19,2	138,2	49,4	42,8	19,4	139	50	42,9
Friuli Venezia Giulia	22,6	187,7	52,8	45,3	22,9	189	54	45,4
Liguria	26,5	239,7	60,2	47,3	26,7	239	61	47,4
Emilia Romagna	22,7	182,2	54,3	44,9	22,8	180	55	44,9
Toscana	23,2	191,4	54,7	45,2	23,3	191	55	45,3
Umbria	23,3	186,7	55,6	44,9	23,4	186	56	45
Marche	22,6	172,7	55,4	44,2	22,6	172	56	44,3
Lazio	19,1	137,6	49,3	42,5	19,4	140	50	42,8
Abruzzo	21,3	158,8	53,1	43,3	21,4	161	53	43,6
Molise	22,0	164,5	54,6	43,5	22	168	54	43,7
Campania	15,3	87,4	48,9	38,8	15,5	90	49	39,1
Puglia	17,3	109,7	49,3	40,5	17,6	113	49	40,9
Basilicata	19,9	137,1	52,3	41,9	20	141	52	42,2
Calabria	18,3	119,8	50,5	40,9	18,5	123	50	41,2
Sicilia	18,0	111,1	51,9	40,6	18,2	114	52	40,9
Sardegna	17,6	137,0	43,8	42,1	18	142	44	42,5
Italia	19,7	139,9	51,1	42,6	19,9	142	52	42,8

(1) Calcolato come rapporto tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e quella infantile (fino a 14 anni), moltiplicato per 100.
(2) Calcolato come rapporto tra la sommatoria della popolazione anziana e infantile al numeratore, la popolazione adulta (15-64 anni) al denominatore, moltiplicato per 100.
Fonte: elaborazioni OASI su dati ISTAT

Il SSN, inoltre, pone tra i principi alla base della sua istituzione la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio (art. 1 L. 833/78). Il raggiungimento di un adeguato livello di equità è quindi una delle finalità istituzionali del SSN e delle aziende che vi operano. La misurazione del grado di equità raggiunto dal sistema rappresenta un ulteriore indicatore di efficacia dell'attività.

Tra gli indicatori di efficacia gestionale assumono particolare rilevanza quelli relativi a:

- ▶ flussi di mobilità;
- ▶ tempi di attesa;
- ▶ grado di soddisfazione dei cittadini.

Di seguito verranno presentati alcuni dati relativamente ai tre indicatori.

La migrazione sanitaria, ossia il ricovero in una struttura ospedaliera localizzata in un'altra Regione rispetto a quella di residenza, può essere motivata da ragioni sanitarie oggettive (centri di alta specialità, malattie rare), da esigenze geografiche, viarie o familiari, da un'inadeguata distribuzione dei servizi diagnostico-terapeutici, da disinformazione, oppure da differenze reali o percepite rispetto alla qualità delle cure offerte dalle strutture regionali ed extraregionali. Quest'ultima motivazione è confermata dall'analisi dell'ISTAT (ISTAT 2007), da cui emerge che il 59,5% dei ricoveri è stato effettuato fuori della regione di residenza per maggiore fiducia nella competenza dei medici della struttura scelta e il 13,9 % delle persone ricoverate migra perché non ha fiducia nelle strutture della propria regione (infine il 21,5% dei ricoveri avviene fuori della regione di residenza perché la struttura era più comoda da raggiungere o più vicina ai parenti). Nel Sud e nelle Isole è più elevata la percentuale di chi non ha fiducia nelle strutture della regione di residenza (20,7%) e di chi ha più fiducia nella competenza dei medici di altre regioni.

L'analisi dei flussi di mobilità può essere quindi utilizzata per valutare la qualità dei servizi sanitari offerti dalle diverse strutture o Regioni, considerando le scelte di mobilità dei pazienti come una *proxy* della reputazione delle stesse.

Nel prosieguo si presentano alcune analisi sui flussi di mobilità interregionale.

La Figura 2.15 sintetizza le informazioni di mobilità per il 2005 relative ai ricoveri ordinari per acuti, utilizzando come coordinate per il posizionamento di ciascuna Regione due variabili:

- ▶ tasso di fuga: ricoveri dei residenti in strutture fuori Regione sul totale dei ricoveri dei residenti della Regione;
- ▶ tasso di attrazione: ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni sul totale dei ricoveri effettuati dalle strutture della Regione.

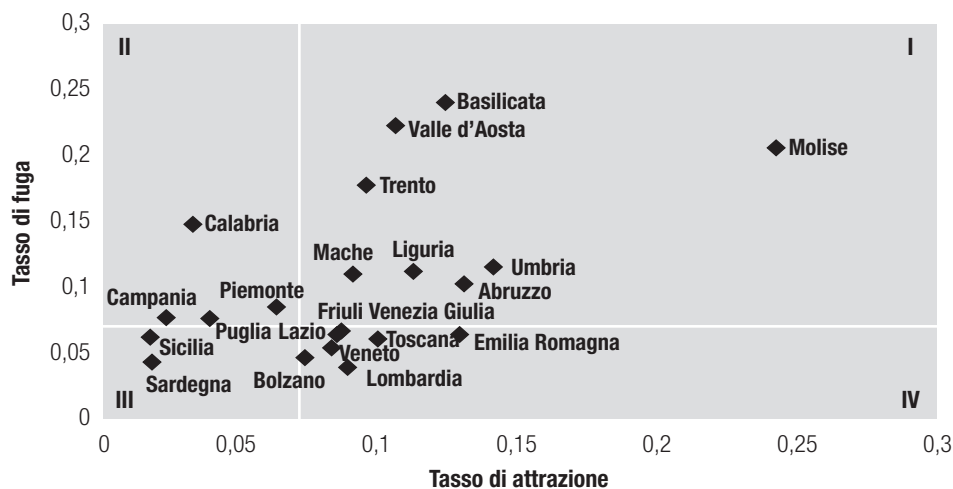
In questo modo è possibile evidenziare quattro quadranti (separati dalla media nazionale) e classificare le Regioni come indicato nel Box 2.3.

Box 2.3 Classificazione delle Regioni in funzione del posizionamento all'interno della matrice attrazione-fuga (Cantù 2002: 74)

- ▶ Regioni «ATTRATTIVE» (quadrante II) con elevata mobilità in entrata e più limitata mobilità in uscita (dove tendenzialmente si collocano le Regioni i cui servizi sanitari sono percepiti di elevata qualità).
- ▶ Regioni «IN DEFICIT» (quadrante IV) con una pesante mobilità in uscita e ridotta mobilità in entrata (dove tendenzialmente si collocano le Regioni i cui livelli di offerta sono inferiori rispetto alla domanda o sono percepiti di bassa qualità).
- ▶ Regioni «SPECIALIZZATE» (quadrante I) con forte mobilità in uscita e in entrata (dove si collocano prevalentemente le Regioni di piccole dimensioni, in cui la mobilità è generata dalla prossimità geografica delle Regioni confinanti o dalla necessità di trovare fuori Regione le specialità che le strutture regionali non offrono, ma che nello stesso tempo riescono ad attrarre pazienti dalle Regioni confinanti per alcune specialità).
- ▶ Regioni «AUTOSUFFICIENTI» (quadrante III) con bassa mobilità in entrata ed in uscita.

Rispetto al 2004, la mobilità fuori Regione è leggermente aumentata e si attesta al 7,3% (era pari al 7,2% dei ricoveri complessivi di pazienti italiani nel 2004 e 7,1% sia nel 2003 che nel 2002). A livello regionale, solo la Basilicata è riuscita a ridurre

Figura 2.15 Posizionamento delle Regioni in base all'indice di attrazione* e di fuga (2005)**



* Vengono inclusi solo i ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni italiane, mentre non si considerano quelli di pazienti esteri e quelli di pazienti di provenienza sconosciuta a causa della incompletezza nella compilazione delle corrispondenti SDO.

** Si considerano solo i ricoveri in altre Regioni e non quelli di pazienti italiani all'estero, poiché quest'ultimo dato non è presente nei flussi informativi ministeriali.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

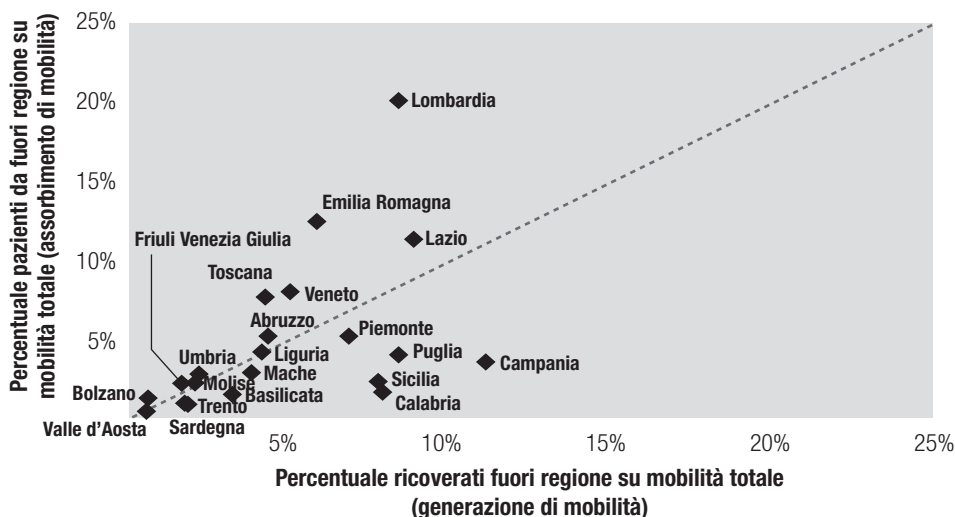
il proprio tasso di fuga (passato da 25% a 24%), mentre a Bolzano (da 4,3% a 4,6%) e in Emilia Romagna, Abruzzo, Umbria e Sardegna sono state registrate variazioni in aumento. Per ciò che riguarda l'attrazione, bisogna registrare l'ottimo risultato di Trento, della Basilicata e della Valle d'Aosta, che aumentano il proprio tasso di attrazione, mentre la Puglia e l'Umbria fanno registrare un calo.

In generale, si segnala il continuo incremento dell'accuratezza delle rilevazioni: nel 1999 per più dell'8% dei casi di mobilità non era possibile definire la Regione di provenienza del paziente, a causa della incompletezza della compilazione delle corrispondenti SDO; nel 2005 tale indicatore si è ridotto allo 0,02% (a fronte dello 0,03% del 2004). Si rileva inoltre il continuo aumento dell'incidenza dei ricoveri di pazienti stranieri non residenti in Italia sul totale dei ricoveri nazionali (dallo 0,6% nel 1999 allo 0,9% nel 2005, con un'incidenza sulla mobilità complessiva che è passata dal 7% nel 1999 al 10,8% nel 2005).

In Figura 2.16 i dati di mobilità sono stati elaborati calcolando altre due variabili:

- Assorbimento della mobilità: rapporto tra la mobilità attiva di una Regione (numero di pazienti provenienti da fuori Regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le Regioni²⁸;
- Generazione della mobilità: rapporto tra la mobilità passiva di una Regione (numero di pazienti ricoverati fuori Regione) e la mobilità totale a livello nazionale tra le Regioni.

Figura 2.16 **Assorbimento e generazione della mobilità nelle Regioni (2005)**



Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

²⁸ Escludendo sia i ricoveri di pazienti provenienti dall'estero che con provenienza sconosciuta.

Gli indicatori utilizzati nella Figura 2.16 non scontano le dimensioni relative delle diverse Regioni. Sono quindi meno adatti a rappresentare la maggiore o minore capacità di attrazione e di contenimento della fuga delle singole Regioni. Nello stesso tempo, però, danno una rappresentazione più immediata del volume di mobilità generato e assorbito da ogni Regione. Le Regioni che si collocano sopra la bisettrice hanno saldo positivo, le altre negativo. In particolare:

- La Lombardia è la Regione che attrae oltre il 20% della mobilità complessiva fuori Regione, seguita da Emilia (12,5%), Lazio (11,3%), Veneto (8 %) e Toscana (7,6%). Come già evidenziato, questi valori sono in parte determinati dalla disponibilità di specifiche specialità, oltre che da una molteplicità di fattori (come ad esempio i flussi turistici, i flussi di emigrazione e immigrazione, i fattori culturali, l'accessibilità / comodità delle Regioni confinanti), ma sono anche in parte legati alla reputazione delle strutture di queste Regioni.
- Se si considera la provenienza dei pazienti ricoverati fuori Regione rispetto alla mobilità complessiva, è la Campania a presentare la percentuale più elevata (11,1%), seguita da Lazio (8,8%), Lombardia e Puglia (8,4%), Calabria (7,9%) e Sicilia (7,7%). Si consideri che la popolazione residente in Campania rappresenta il 10% della popolazione italiana. Le percentuali per le altre Regioni citate sono: 9% (Lazio), 15,9% (Lombardia), 7% (Puglia), 3,5% (Calabria) e 8,7% (Sicilia).

Come già evidenziato in passato, benché il controllo della mobilità fuori Regione possa rappresentare un aspetto critico per il contenimento della spesa sanitaria²⁹, non sembra rilevabile una correlazione diretta tra saldo della mobilità e ammontare dei disavanzi (Carbone e Lecci, 2005).

Rispetto ai tempi di attesa, negli ultimi anni, è stata dedicata forte attenzione al problema delle liste di attesa, come dimostrano i numerosi richiami e provvedimenti normativi per la riduzione e gestione delle stesse. Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2007 per una ricostruzione sistematica dei principali riferimenti normativi in materia fino al 2006.

Tra le novità dell'ultimo anno bisogna segnalare la L. 120/2007, che all'articolo 4 prescrive l'obbligo per le aziende di:

- monitorare i tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi fissati da specifici provvedimenti;

²⁹ Una forte mobilità passiva determina infatti una possibile dipendenza da strutture sanitarie non controllate (anzi, incentivate ad attrarre mobilità da fuori Regione, dato che il sempre più diffuso utilizzo di tetti e target di volume o spesa nelle Regioni tende a disincentivare l'incremento delle attività verso i residenti della Regione). Questo potrebbe ostacolare il raggiungimento di un equilibrio economico a livello di SSR.

- ▶ attivare meccanismi di riduzione dei medesimi tempi medi;
- ▶ garantire che, nell'ambito dell'attività istituzionale, le prestazioni aventi carattere di urgenza differibile vengano erogate entro 72 ore dalla richiesta.

La medesima legge stabilisce che le aziende pongano in essere tutte le misure necessarie a garantire un progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

Nel programma del nuovo governo, insediatosi in primavera, il dibattito si è concentrato sulle malattie cardiovascolari e quelle oncologiche, che rappresentano le prime 2 cause di morte in Italia. Per entrambe si prevedono 4 livelli di priorità:

- ▶ entro 72 ore prestazioni urgenti;
- ▶ entro 10 giorni prestazioni differibili;
- ▶ entro 30 giorni prestazioni il cui rinvio non interferisce con le necessità diagnostiche terapeutiche;
- ▶ entro 60 giorni le altre tipologie di prestazioni variabili.

Sono in via di definizione, inoltre, le sottoclassi specifiche di priorità per le procedure diagnostiche e terapeutiche in campo oncologico, sia per la chemioterapia e radioterapia, sia per la terapia in caso di recidiva tumorale.

Si rimanda al Capitolo 2 del Rapporto OASI 2007 per la presentazione dei risultati del monitoraggio dei Piani regionali di contenimento dei tempi di attesa per prestazioni sanitarie erogate sia in regime ambulatoriale che di ricovero e dell'indagine nazionale sull'utilizzo dei siti Web da parte di Regioni, P.A. e di strutture sanitarie, quale strumento informativo su tempi e liste d'attesa.

Nell'analizzare, infine, il livello di soddisfazione dei cittadini³⁰, si fa riferimento al sondaggio condotto dalla SWG su un campione di persone (1.000) che ha avuto un'esperienza di tipo sanitario diretta o nell'ambito familiare nel corso dei primi nove mesi dell'anno 2007 e al quinto rapporto annuale «Ospedali&Salute», che presenta i risultati di un questionario curato da Ermeneia per AIOP, somministrato a un campione di 4.160 persone adulte, distribuite all'interno di 2.000 famiglie italiane.

Dall'analisi SWG emerge che una quota maggioritaria di intervistati, attorno ai 2/3, trae dall'esperienza sanitaria un parere di tipo positivo (Tabella 2.24).

³⁰ Si rimanda a Lecci e Maestri (2007) per le considerazioni sull'indagine periodica dell'ISTAT «Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari».

Tabella 2.24 **Il livello di soddisfazione rispetto alle prestazioni del SSN (%)**

Soddisfazione	Italia	Nord	Centro	Sud
Soddisfatto	62	74	67	43
Insoddisfatto	37	25	32	56
Non sa	1	1	1	1

Fonte: Sondaggio SWG sul Servizio sanitario nazionale, 2007

Emergono, tuttavia, delle differenze significative tra le diverse aree del Paese: le regioni del Nord fanno registrare una percentuale di soddisfatti del 74%, mentre nelle regioni del Sud la maggioranza degli intervistati (56%) si dichiara insoddisfatta del servizio.

Dalla stessa indagine emergono delle differenze statisticamente significative tra le differenti prestazioni sanitarie indagate (Tabella 2.25): come evidenziato in altre indagini (cfr Lecci e Maestri, 2007) il medico di medicina generale raccoglie il livello più elevato di consensi e non si registrano sostanziali differenze a livello territoriale.

Il quadro si modifica in relazione ai ricoveri ospedalieri e alle prestazioni specialistiche, dove, ancora una volta, le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud presentano risultato alquanto divergenti.

L'indagine presentata in «Ospedali&Salute» è focalizzata proprio sulle prestazioni ospedaliere, rispetto alle quali è stato chiesto agli intervistati di esprimere

Tabella 2.25 **Il livello di soddisfazione rispetto alle differenti tipologie di prestazioni del SSN (%)**

Prestazioni	Soddisfazione	Italia	Nord	Centro	Sud
Medico di base	Soddisfatto	75	78	76	70
	Insoddisfatto	24	20	23	29
	Non sa	1	2	1	1
Ricoveri ospedalieri	Soddisfatto	61	68	66	44
	Insoddisfatto	35	25	30	54
	Non sa	4	7	4	2
Visite specialistiche	Soddisfatto	64	71	62	50
	Insoddisfatto	34	27	35	49
	Non sa	2	2	3	1

Fonte: Sondaggio SWG sul Servizio sanitario nazionale, 2007

Tabella 2.26 **Soddisfazione delle prestazioni rispetto alle diverse strutture ospedaliere**

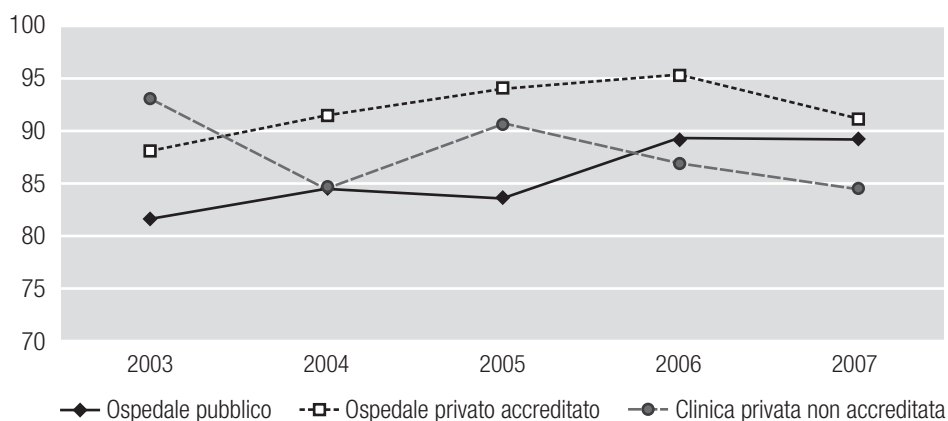
	Opedale pubblico	Ospedale privato accreditato	Clinica privata non accreditata
Molto soddisfatto	23,5	37,3	30,3
Abbastanza soddisfatto	65,6	53,8	54,2
Poco soddisfatto	8,5	4,9	12,2
Per niente soddisfatto	2	4	1,22
Non saprei esprimere un giudizio	0,4		2,1

Fonte: elaborazione su dati Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2007

un giudizio sulla qualità percepita rispetto ai servizi di cui hanno usufruito nei 12 mesi precedenti l'intervista.

La Tabella 2.26 evidenzia i livelli di soddisfazione per tipologia di struttura ospedaliera: gli ospedali privati accreditati fanno registrare la percentuale più elevata di «molto soddisfatto», seguiti dalle cliniche private non accreditate e dagli ospedali pubblici. Se si considerano congiuntamente i giudizi positivi («molto soddisfatto» + «abbastanza soddisfatto»), gli ospedali privati accreditati continuano a presentare la percentuale più elevata (91,1%), seguiti dai pubblici (89,1%) e dalle cliniche private non accreditate (84,5%).

Molto interessante risulta l'andamento temporale (Figura 2.17) dei giudizi positivi («molto soddisfatto» + «abbastanza soddisfatto»): gli ospedali pubblici hanno visto costantemente aumentare il livello di soddisfazione nel corso degli anni (ad eccezione di una lieve flessione nel 2005), mentre ospedali privati accreditati

Figura 2.17 **Trend dei giudizi positivi («molto soddisfatto» + «abbastanza soddisfatto») per le diverse tipologie di ospedali (2003-2007)**

Fonte: elaborazione su dati Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2007

Tabella 2.27 **Aspetti specifici di soddisfazione rispetto alla prestazione dei diversi ospedali (%)**

	Molto soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto	Non saprei
Opedale pubblico					
Competenza/professionalità degli operatori	30,0	60,7	7,1	0,9	1,3
Cortesia/gentilezza del personale	27,9	54,1	13,2	2,5	2,3
Pulizia degli ambienti	25,0	53,3	16,8	2,8	2,1
Qualità delle attrezzature tecnologiche	24,9	57,2	10,0	1,6	6,3
Risosta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	21,3	64,4	9,5	2,5	2,3
Tempi di attesa	20,5	46,9	22,4	9,0	1,2
Qualità della struttura e degli spazi	19,3	54,8	18,7	4,7	2,5
Cibo	7,9	27,7	13,2	4,4	46,8
Servizi amministrativi	9,7	49,2	14,4	2,6	24,1
Altro	3,1	10,4	3,4	1,4	81,7
Opedale privato accreditato					
Competenza/professionalità degli operatori	38,0	54,0	4,1	3,8	0,1
Cortesia/gentilezza del personale	45,4	46,7	4,3	3,5	0,1
Pulizia degli ambienti	42,5	53,5	3,1	0,0	0,9
Qualità delle attrezzature tecnologiche	36,2	51,2	3,6	0,0	9,0
Risosta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	26,7	64,0	5,7	0,5	3,1
Tempi di attesa	38,8	48,7	10,9	1,2	0,4
Qualità della struttura e degli spazi	38,8	53,6	4,9	1,4	1,3
Cibo	10,3	27,0	6,4	0,4	55,9
Servizi amministrativi	16,7	57,4	3,4	1,5	21,0
Altro	4,8	7,2	3,5	0,4	84,1
Clinica privata non accreditata					
Competenza/professionalità degli operatori	30,5	60,5	8,3	0,0	0,7
Cortesia/gentilezza del personale	52,4	37,5	8,6	0,8	0,7
Pulizia degli ambienti	37,8	48,6	10,6	1,2	1,8
Qualità delle attrezzature tecnologiche	29,9	42,9	18,2	1,2	7,8
Risosta efficace della prestazione rispetto ai bisogni del paziente	28,9	53,3	11,3	3,7	2,8
Tempi di attesa	46,2	39,6	12,7	0,8	0,7
Qualità della struttura e degli spazi	29,4	50,7	10,5	6,6	2,8
Cibo	6,3	30,2	10,2	5,4	47,9
Servizi amministrativi	23,7	46,7	8,7	0,9	20,0
Altro	9,8	25,3	0,8	0,0	64,1

Fonte: Ermeneia per «Ospedali&Salute», 2007

e cliniche private non accreditate, seppur con andamenti leggermente differenti, hanno visto diminuire l'apprezzamento dei propri pazienti, in maniera significativa proprio nel corso dell'ultimo anno.

Quanto agli aspetti specifici di soddisfazione rispetto alla prestazione ricevuta dagli ospedali emerge come la competenza e la professionalità degli operatori siano aspetti molto apprezzati (tendenzialmente in misura analoga) nelle tre tipologie di ospedali e lo stesso vale per la cortesia e la gentilezza del personale (che si configura come primo fattore di soddisfazione nelle strutture private e secondo nelle pubbliche).

Si evidenziano, invece, delle differenze piuttosto rilevanti in termini di valutazione sulla gestione dei tempi di attesa e sulla qualità della struttura e degli spazi, fattori rispetto ai quali, negli ospedali pubblici, si rileva un livello di insoddisfazione più elevato che nelle strutture private (accreditate e non).

Appendice. Principali norme regionali (aggiornamento: giugno 2008)

Piemonte

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – R. 6 agosto 2007, n. 18 – D.C.R. 24 ottobre 2007 n. 136 – D.G.R. 17 dicembre 2007 n. 55-7819
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 80-1700/2000
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 10/1995 modificata da LR 64/1995, LR 61/1997 e dalla L.R. 6 agosto 2007, n. 18.
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 8/1995 modificata da LR 64/1995, LR 94/1995 e 69/1996 LR 14/2005

Valle d'Aosta

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 5/2000 modificata dalle LR 1/2001, 18/2001, 25/2002, 13/2003, 21/2003, 1/2005, 15/2006, 21/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 5/2000 modificata dalle LR 1/2001, 18/2001, 25/2002, 13/2003, 21/2003, 1/2005, 15/2006, 21/2006
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 5/2000 LR 1/2001, 18/2001, 25/2002, 13/2003, 21/2003, 1/2005, 15/2006, 21/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 19/1996 modificata da LR 5/2000 e 18/2001

Lombardia

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 31/1997 modificata da LR 15/1998, 15/1999, 1/2000, 2/2000, 18/2000, 3/2001, 6/2001, 17/2001, 26/2001, 28/2001; Del CR 401/2002 e Del CR 747/2003
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 14049/2003 «Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale...»
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 31/1997 modificata da LR 15/1998, 3/2001, 6/2001, 17/2001, 26/2001 e 28/2001
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 31/1997 modificata da LR 15/1998, 2/1999, 15/1999, 1/2000, 2/2000, 18/2000, 3/2001, 6/2001 e 17/2001

Provincia di Bolzano

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 7/2001
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GP 3576/2002
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 7/2001; LP 22/1993 e Del GP 3028/1999
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 14/2001

Provincia di Trento

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LP 10/1993 modificata da LP 10/1995
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Non definite
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LP 10/1993 modificata da LP 10/1995
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LP 10/1993 modificata da LP 13/1993, 10/1995 e 3/1998

Veneto

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 56/1994
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* – LR 56/1994, Del GR 3223/2002; Del GR 1015/2004; Del GR 1718/2004; Del GR 2058/2004; Del GR 2497/2004; Del GR 751/2005 e 1697/2007
- ▶ *Legge di contabilità delle aziende sanitarie* – LR 55/1994 modificata da LR 5/1996, 6/1996, 14/1998 e 46/1999
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 3415/2002

Friuli Venezia Giulia

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 41/1993; LR 12/1994; LR 13/1995; LR 08/2001, LR 23/2004, LR 21/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 834/2005
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 12/1994, LR 14/06
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 49/1996 modificata da LR 32/1997, 3/1998, 13/1998

Liguria

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 42/1994 modificata da LR 30/1998 e 25/2000, LR 41/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 1528/2000
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 42/1994 modificata da LR 2/1997, 30/1998 e 25/2000 (quest'ultima indicata come totalmente sostitutiva della 42/1994); LR n°1/2005; LR 41/2006 (Titolo II)
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 10/1995 modificata da LR 53/1995, 26/1996, 2/1997 e 25/2000

Emilia Romagna

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 19/1994 modificata da LR 11/2000; LR 44/1995 modificata da LR 3/1999 e da LR 18/1999, istitutiva dell'ARPA, LR 29/2004
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 29/2004; delibera G.R. n.86/2006 e delibera G.R. 2011/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 19/1994 modificata da LR 11/2000, LR 29/2004
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 50/1994 modificata da LR 11/2000

Toscana

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005 e LR 72/2005
- ▶ È in corso di approvazione da parte del CR una nuova modifica della LR 40/2005, già adottata dalla Giunta regionale in data 11/04/2008
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005 e LR 72/2005
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005 e LR 72/2005
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 40/2005, modificata da LR 67/2005 e LR 72/2005

Umbria

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 3/1998 e le sue integrazioni: LR 29/2000- L.R. 28/12/2004 n.35 L.R. 23/02/2005 n. 15 –L.R. 23/02/2005 n. 16
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – L.R. 27/03/2000 n. 29
- ▶ Allegato 2 del Piano Regionale (Del GR 314/2003)
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 3/1998 integrata da LR 29/2000, L.R. 28/12/2004 n.35 e LR 15-16-17/2005.
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 51/1995 integrata da LR 7/2004

Marche

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 22/1994 modificata da LR 31/1995, 9/1996 e 26/1996; LR 13/2003
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 1117/2004
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 26/1996
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 47/1996

Lazio

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 18/1994 modificata da LR 14/1995, 8/1996, 40/1997, 37/1998 24/2000, 10/2001, 12/2001, , 8/2002, 11/2004, 15/2007
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 139/2007
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* –LR 18/1994 modificata da LR 14/1995, 8/1996, 40/1997, 37/1998, 24/2000, 10/2001, 12/2001, 24/2001, 8/2002, 11/2004, 15/2007
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 45/1996 modificata da LR 27/2006

Abruzzo

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 37/1999 (PSR 99-01)
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 176/2001
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 37/1999 (PSR 99-01) integrata da LR 93/2000
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 146/1996 modificata da LR 123/1999

Molise

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 11/1997 – LR 9/2005
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 153/2001
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1997
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 11/1997 e 12/1997

Campania

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997 e 12/1998; R LR 3/2006
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 1346/2001; DGRC 1758/2002
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997 e 12/1998; LR 26/03 LR 24/2006
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 32/1994 modificata da LR 13/1997, 2/1998, 12/1998 e 1 8/2000;
- ▶ LR 10/2002; LR 28/2003

Puglia

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 36/1994 modificata in attuazione del Dlgs. 229/1999 e del Dlgs. 617/1999; Del GR 1429/2002 (Piano di riordino rete ospedaliera)
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 830/2002
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 36/1994 integrata da Del GR 229/1996
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 38/1994 modificata da LR 19/1995, 16/1997, 14/1998 e 20/2002

Basilicata

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 50/1994 e LR 39/2001 e LR 34/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – Del GR 2489/2000
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 39/2001 e LR 12/2008
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 34/1995 modificata da LR 6/1996

Calabria

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 26/1994 e LR 2/1996 modificata da LR 11/1996
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DGR 316/2006
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 2/1996 modificata da LR 11/1996
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – LR 43/1996 e LR 29/2002

Sicilia

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 30/1993
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – DA 34120/2001
- ▶ *Legge di organizzazione aziende sanitarie* – LR 30/1993
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* – DA 24469/1998 e LR 8/2000 modificata da LR 26/2000, 2/2002, 4/2003 e da circolare 7/2005

Sardegna

- ▶ *Legge di riordino del SSR* – LR 28 luglio 2006, n. 10
- ▶ *Legge di organizzazione delle aziende sanitarie* LR 28 luglio 2006, n. 10
- ▶ *Linee guida regionali per l'atto aziendale* – iberazione GR 30/38 del 2007 per le ASL e Deliberazione GR 27/14 del 2008 per l'Azienda Ospedaliera e le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Cagliari e Sassari
- ▶ *Legge di contabilità aziende sanitarie* –LR 28 luglio 2006, n. 10 che modifica e abroga parzialmente la LR 10/1997

Bibliografia

- Alesani D. e Villa S. (2005), «Il rinnovamento degli assetti istituzionali del Servizio Sanitario marchigiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Airolidi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- 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.
- ASSR (2005), «Le connessioni con gli obiettivi strategici del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)», *Monitor*, n. 13, maggio-giugno.
- Borgonovi, E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- Borgonovi E., Zangrandi A., (1996). «Valutazione dei costi e dell'efficienza nei servizi sanitari» in Migione L. (a cura di) *Limiti e responsabilità nella destinazione delle risorse sanitarie*, Edizioni Orizzonte Medico.
- Cantù E. (2002), «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Cantù E. e Carbone C. (2004), «Gli assetti istituzionali dei SSR», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, EGEA.
- Carbone C. (2003) «La mobilità dei direttori generali: aggiornamenti e integrazioni», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- Carbone C. e Lecci F. (2005) «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Carbone C. e Lecci F. (2006) «La struttura del SSN italiano», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2006*, Milano, EGEA.
- Cutler D., Sheiner L., (1998) «Demographics and the Demand for Medical Spending: Standard and Non-Standard Effects», in A. Auerbach and R. Lee (a cura di), *Demographic Change and Fiscal Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Del Vecchio M. e Carbone C. (2002), «Stabilità aziendale e mobilità dei Direttori Generali nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.

- Herwartz H., Theilen B. (2003), «The Determinants of Health Care Expenditure: Testing Pooling Restrictions in Small Samples», *Health Economics*, 12, S. 113-124.
- ISTAT (2007), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, Roma.
- Lecci F. e Mestri B. (2007) «La struttura del SSN italiano» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2007*, Milano, EGEA.
- 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), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Mantovani L.G., Olivieri D., Patarnello F., Bonfi F., Frizzo V., Pitrelli A. e Scudellari F. (2008), «Mappatura dei database amministrativi e sanitari italiani: il Progetto AIDA (Atlante Italiano Database Amministrativi)», *Tendenze nuove*, 4/2008 (luglio-agosto): 449-80.
- Marsilio M., Vecchi V. (2004), «Il finanziamento degli investimenti in sanità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, EGEA.
- Spillman B. C., Lubitz J. (2000), «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care», *New England Journal of Medicine*, 342 (19): 1409-15.

3 La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione

*di Claudio Jommi e Francesca Lecci**

3.1 Premessa

Il presente capitolo rappresenta un aggiornamento dell'analisi effettuata nel precedente Rapporto OASI (Cavalli et al., 2007) ed illustra i dati relativi alla spesa sanitaria nazionale e regionale, i dati dei disavanzi regionali e le misure decise dalle regioni a parziale copertura di tali disavanzi. I dati nazionali sono confrontati con quelli degli altri Paesi UE (Unione Europea), inclusi i Paesi che hanno fatto il loro ingresso nell'Unione nel Maggio 2004, di altri Paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extra-europei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone). Nell'Allegato viene inoltre fornito un quadro completo delle relazioni tra i diversi dati di spesa sanitaria: spesa sanitaria pubblica e privata; spesa corrente e per investimenti. Si rimanda a tale paragrafo per un'analisi dettagliata delle fonti sulla spesa sanitaria. Per questo capitolo, i dati di spesa sanitaria pubblica sono tratti dal Rapporto Sanità della RGSEP (Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese) nell'attuale versione disponibile sul sito del Ministero dell'Economia e delle Finanze (ultimo aggiornamento 15 luglio 2008).

3.2 I confronti internazionali

Il Database OCSE 2008 copre, per la maggior parte dei Paesi, il periodo compreso tra il 1960 ed il 2006, mentre sono presenti i dati 2007 solo per alcuni Paesi.

Ai fini di una lettura più consapevole e critica dei dati di comparazione internazionale qui di seguito presentati, si osserva che:

► nelle tabelle (dalla Tabella 3.1 alla Tabella 3.6) vengono riportati, per il 1990,

* Per quanto il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i paragrafi 3.1, 3.3 e 3.4 sono stati curati da Claudio Jommi, i paragrafi 3.2 e 3.5 da Francesca Lecci.

- il 1995 ed il periodo 2000-2006, i dati dei Paesi UE, di altri Paesi europei (Norvegia e Svizzera) ed extra-europei (USA, Canada, Australia e Giappone);
- ▶ le grandezze monetarie sono state convertite in \$ PPA (Parità dei Poteri di Acquisto¹), con riferimento al PIL. A tale proposito, si osserva che esistono PPA specifiche per la spesa sanitaria (ed anche per alcune classi di spesa sanitaria, quali la spesa farmaceutica), ma tali PPA non vengono aggiornate annualmente;
 - ▶ i valori per l'UE sono stati ottenuti come media ponderata dei valori di ciascun Paese (o più semplicemente come valore complessivo dell'UE stessa), con riferimento ai 15 Paesi (UE-15). Ad esempio, la spesa media sanitaria pro-capite UE è stata calcolata rapportando la spesa di tutti i quindici Paesi UE (convertita in \$ PPA) alla popolazione complessiva dell'UE-15. Non sono stati inseriti nella media i nuovi Paesi entrati nel Maggio 2004, in quanto le relative serie storiche risultano meno complete. Si è comunque ritenuto opportuno confrontare i dati di tali Paesi con quelli dei quindici già presenti;
 - ▶ per spesa sanitaria «pubblica» si intende la spesa finanziata attraverso fondi pubblici (ossia tributi prelevati dagli enti pubblici territoriali e contributi di schemi assicurativi sociali), mentre la spesa privata include schemi assicurativi privati (ovvero volontari), compartecipazioni alla spesa, pagamenti diretti da parte del paziente. Per l'Italia nella spesa sanitaria pubblica è compresa tutta la spesa delle aziende sanitarie e la spesa per la sanità sostenuta da altri enti pubblici, inclusa la spesa del Ministero della Salute;
 - ▶ mentre i dati di spesa pubblica derivano in genere dal consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie (o delle assicurazioni sociali), integrati da stime relative alla spesa sanitaria sostenuta da altri enti pubblici, quelli di spesa privata provengono da analisi campionarie dei consumi delle famiglie, con una conseguente minore attendibilità, rispetto a quelli di spesa pubblica. La voce più importante di spesa privata per servizi sanitari in Italia è rappresentata dai prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico;
 - ▶ la spesa pubblica e quella privata comprendono le spese correnti e le spese per investimenti. Si sottolinea come la quota della spesa per investimenti risulti molto variabile da Paese a Paese: ad esempio, nel 2006 l'incidenza della spesa per investimenti sulla spesa sanitaria nell'UE-15 è compresa, con riferimento alla spesa totale (pubblica + privata), tra il 4,5% dell'Irlanda e il 3,4% della Spagna², e con riferimento alla spesa pubblica, tra il 7% del Portogallo e il 2,4% dell'Italia³. L'analisi dei dati nazionali contenuta nel presente capitolo si riferisce alla sola spesa corrente;

¹ Le PPA sono strumenti di conversione di dati, espressi in valuta nazionale, che incorporano i differenziali di potere d'acquisto delle valute stesse.

² I dati 2006 sono incompleti.

³ Anche in questo caso, il dato 2006 è incompleto.

- i dati di alcuni Paesi non sono completi. Lo split della spesa sanitaria complessiva tra componente pubblica e privata non è disponibile per il 2006 in alcuni Paesi (Belgio, Danimarca, Olanda, Repubblica Slovacca, Australia, Giappone). Per la Repubblica Slovacca la serie storica della spesa sanitaria complessiva parte dal 2000. Il mix pubblico/privato della spesa sanitaria complessiva non è disponibile, oltre che per i Paesi e gli anni sopra citati, per il Belgio nel periodo 1990-1994;
- per l'Italia i dati OCSE non coincidono con quelli riportati nelle tabelle nazionali;
- il tasso di crescita medio annuale è stato calcolato come CAGR (Compound annual growth rate), ovvero come tasso di crescita annuale composto. Ad esempio, per un periodo triennale il CAGR è pari a: $(\text{Valore ultimo anno} / \text{Valore primo anno})^{1/3} - 1$.

La spesa sanitaria totale procapite in Italia (Tabella 3.1) risulta del 10% circa inferiore al dato complessivo UE, come risultato di un tasso di crescita 0,9 punti percentuali minore rispetto alla media dei quindici Paesi. Il valore UE è a sua volta più basso sia rispetto agli altri Paesi europei a più alto reddito, sia a gran parte dei principali Paesi extra-europei, con la rilevante eccezione del Giappone. In particolare, gli Stati Uniti mostrano di gran lunga il più elevato dato di spesa sanitaria procapite. Nei nuovi Paesi UE, invece, la spesa procapite è decisamente più bassa. Tale fenomeno è da ascrivere, almeno in parte, alle minori disponibilità economiche.

Se si considera l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL (Tabella 3.2) il differenziale tra nuovi e vecchi Paesi UE si abbassa sensibilmente, in quanto, si rapporta la spesa sanitaria alle disponibilità economiche della popolazione. Peraltro, rimangono differenze consistenti, legate all'elevata elasticità della domanda di prestazioni sanitarie al reddito: i Paesi proporzionalmente più ricchi tendono a spendere una quota di reddito maggiore per prestazioni sanitarie rispetto ai Paesi più poveri e l'aumento della spesa sanitaria è nel tempo più che proporzionale rispetto a quello del reddito.

Anche con riferimento alla spesa procapite pubblica l'Italia presenta un dato inferiore al valore UE, per effetto di un tasso di crescita più basso nella prima metà degli anni '90 e nel quadriennio 2001-2005. Dal 1996 al 2001, anni di espansione della spesa sanitaria pubblica, il tasso di crescita medio in Italia è stato superiore a quello UE (8,2% rispetto al 4,7%) (Tabella 3.3). L'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL è in Italia (6,9% nel 2006) inferiore al valore UE (7,1% nel 2005). Tuttavia, la notevole espansione della spesa sanitaria pubblica nella seconda metà degli anni '90 (ed in particolare nel biennio 2000-2001) e la contestuale inferiore crescita del PIL ha generato una sensibile riduzione della distanza dal valore UE (Tabella 3.4).

La copertura pubblica della spesa sanitaria (Tabella 3.5) dipende ovvia-

Tabella 3.1 Spesa sanitaria totale procapite – \$ PPA (1990; 1995; 2000-2006)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	2000	2005	2006	Variazione % media (1990-2006)	Variazione % media (1990-1995)	Variazione % media (1995-2001)	Variazione % media (2001-2006)
UE (15)													
Austria	1.328	1.408	1.541	1.647	1.718	2.229	2.825	3.507	3.606	6,4%	10,9%	5,4%	4,5%
Belgio	1.341	1.470	1.557	1.597	1.634	1.828	2.301	3.421	3.488	6,2%	6,4%	6,0%	7,3%
Danimarca	1.522	1.568	1.641	1.746	1.830	1.844	2.381	3.169	3.349	5,1%	3,9%	6,8%	5,5%
Finlandia	1.419	1.560	1.552	1.426	1.400	1.430	1.717	2.523	2.668	4,0%	0,2%	5,4%	7,5%
Francia	1.532	1.647	1.752	1.858	1.920	2.028	2.487	3.306	3.449	5,2%	5,8%	5,5%	5,4%
Germania	1.738	nd	1.961	1.977	2.111	2.271	2.634	3.251	3.371	4,2%	5,5%	3,9%	4,1%
Grecia	844	864	963	1.074	1.214	1.250	1.950	2.283	2.483	7,0%	8,2%	11,7%	2,7%
Irlanda	794	891	1.007	1.042	1.123	1.216	1.822	3.126	3.082	8,8%	8,9%	12,1%	7,5%
Italia	1.387	1.500	1.550	1.536	1.537	1.534	2.078	2.496	2.614	4,0%	2,0%	7,4%	3,6%
Lussemburgo	1.533	1.631	1.758	1.871	1.905	2.033	2.984	4.153	4.303	6,7%	5,8%	10,0%	5,6%
Olanda	1.435	1.542	1.632	1.697	1.740	1.822	2.258	3.192	3.391	5,5%	4,9%	6,7%	6,1%
Portogallo	674	798	852	892	924	1.096	1.625	2.029	2.120	7,4%	10,2%	9,0%	4,7%
Spagna	873	953	1.030	1.086	1.114	1.193	1.520	2.260	2.458	6,7%	6,4%	6,3%	8,7%
Svezia	1.589	1.572	1.604	1.649	1.654	1.734	2.272	3.012	3.202	4,5%	1,8%	6,8%	5,9%
Regno Unito	987	1.077	1.181	1.240	1.332	1.385	1.859	2.580	2.760	6,6%	7,0%	8,0%	6,3%
Totale UE (15)	1.316	1.030	1.524	1.569	1.637	1.734	2.191	2.785	2.913	5,1%	5,7%	6,1%	4,5%

Tabella 3.1 (segue)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	2000	2005	2006	Variazione % media (1990-2006)	Variazione % media (1990-1995)	Variazione % media (1995-2001)	Variazione % media (2001-2006)
UE (nuovi Paesi)													
Rep. Ceca	561	542	570	770	820	902	971	1.447	1.490	6,3%	10,0%	3,2%	7,1%
Ungheria	594	594	633	647	730	685	857	1.440	1.504	6,0%	2,9%	7,4%	9,0%
Polonia	300	358	378	384	387	423	590	843	910	7,2%	7,1%	8,9%	7,1%
Rep. Slovacca							595	1.130	nd	nd	nd	nd	nd
Altri paesi europei													
Norvegia	1.393	1.548	1.647	1.691	1.780	1.893	3.082	4.328	4.520	7,6%	6,3%	11,7%	6,5%
Svizzera	2.029	2.217	2.345	2.395	2.470	2.573	3.181	4.069	4.311	4,8%	4,9%	5,6%	5,0%
Altri paesi non europei													
Australia	1.306	1.382	1.462	1.540	1.634	1.741	2.397	2.999	nd	nd	5,9%	7,9%	nd
Canada	1.737	1.876	1.970	2.015	2.054	2.055	2.509	3.460	3.678	4,8%	3,4%	5,8%	6,2%
Giappone	1.116	1.194	1.282	1.368	1.466	1.541	1.967	2.474	nd	nd	6,7%	6,2%	nd
Stati Uniti	2.752	2.970	3.180	3.375	3.514	3.670	4.569	6347	6714	5,7%	5,9%	6,0%	6,4%

Nota: Il valore UE – 15 per il 2005 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per due Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

Tabella 3.2 **Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL (1990; 1995; 2000-2006)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
UE (15)									
Austria	7,0	9,7	10,0	10,0	10,1	10,2	10,3	10,3	10,1
Belgio	7,2	8,2	8,6	8,7	9,0	10,1	10,2	10,7	10,4
Danimarca	8,3	8,1	8,3	8,6	8,8	9,1	9,2	9,4	9,5
Finlandia	7,8	7,4	6,6	6,7	7,0	7,3	7,4	8,3	8,2
Francia	8,4	9,4	9,6	9,7	10,0	10,9	11,0	11,2	11,1
Germania	8,5	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,6
Grecia	7,4	9,6	9,3	9,8	9,7	10,0	9,6	9,0	9,1
Irlanda	6,1	6,7	6,3	7,0	7,2	7,3	7,5	8,2	7,5
Italia	7,7	7,1	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0
Olanda	7,7	8,1	8,0	8,3	8,9	9,1	9,2	9,2	9,3
Portogallo	6,2	8,2	8,8	8,8	9,0	9,7	9,8	10,2	10,2
Spagna	6,5	7,4	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1	8,3	8,4
Svezia	8,3	8,1	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,2	9,2
Regno Unito	6,0	7,0	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,2	8,4
Totale UE (15)	7,6	8,5	8,7	8,8	9,0	9,4	9,4	9,5	9,5
UE (nuovi Paesi)									
Rep. Ceca	4,7	7,0	6,5	6,7	7,1	7,4	7,3	7,1	6,8
Ungheria	nd	7,4	6,9	7,2	7,6	8,3	8,1	8,5	8,3
Polonia	4,9	5,6	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2
Rep. Slovacca	nd	nd	5,5	5,5	5,6	5,9	7,2	7,1	nd
Altri paesi europei									
Norvegia	7,7	7,9	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1	8,7
Svizzera	8,3	9,7	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,4	11,3
Altri paesi non europei									
Australia	7,5	8,0	8,8	8,9	9,1	9,2	9,5	8,8	nd
Canada	9,0	9,2	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,9	10,0
Giappone	5,9	6,8	7,7	7,9	8,0	8,1	8,0	8,2	nd
Stati Uniti	11,9	13,3	13,2	13,9	14,7	15,2	15,2	15,2	15,3

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

Tabella 3.3 Spesa sanitaria pubblica procapite – \$ PPA (1990; 1995; 2000-2006)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Variazione % media (1990-2006)	Variazione % media (1990-1995)	Variazione % media (1995-2001)	Variazione % media (2001-2006)
UE (15)													
Austria	976	1.544	2.144	2.195	2.276	2.438	2.582	2.665	2748	6,7%	9,6%	7,3%	4,6%
Belgio		1.434	1.750	1.878	1.979	2.205	2.404	2.451	nd	nd	nd	5,5%	nd
Danimarca	1.259	1.522	1.963	2.117	2.203	2.353	2.506	2.614	nd	nd	3,9%	6,8%	nd
Finlandia	1.148	1.080	1.290	1.412	1.536	1.558	1.700	1.813	2027	3,6%	-1,2%	5,5%	7,5%
Francia	1.174	1.548	1.948	2.075	2.197	2.389	2.534	2.693	2750	5,5%	5,7%	6,0%	5,8%
Germania	1.325	1.829	2.098	2.184	2.286	2.462	2.437	2.527	2591	4,3%	6,7%	3,6%	3,5%
Grecia	453	651	862	1.032	1.111	1.214	1.190	1.277	1529	7,9%	7,5%	9,7%	8,2%
Irlanda	571	870	1.329	1.584	1.791	1.945	2.143	2.281	2413	9,4%	8,8%	12,7%	8,8%
Italia	1.097	1.103	1.507	1.633	1.697	1.703	1.847	1.938	2018	3,9%	0,1%	8,2%	4,3%
Lussemburgo	1.427	1.879	2.665	2.874	3.367	4.281	4.851	3744	3910	6,5%	5,7%	8,9%	6,4%
Olanda	962	1.294	1.424	1.586	1.733	1.832	1.894	1920	nd	nd	6,1%	4,2%	nd
Portogallo	441	686	1.179	1.205	1.288	1.344	1.358	1.478	1495	7,9%	9,2%	11,9%	4,4%
Spagna	687	861	1.089	1.151	1.228	1.373	1.487	1.609	1751	6,0%	4,6%	6,0%	8,8%
Svezia	1.428	1.503	1.929	2.045	2.207	2.357	2.391	2.469	2615	3,9%	1,0%	6,4%	5,0%
Regno Unito	825	1.161	1.503	1.687	1.857	1.993	2.209	2.371	2408	6,9%	7,1%	7,8%	7,4%
Totale UE (15)	955	1.332	1.639	1.755	1.892	1.981	2.081	2.083	nd	nd	4,9%	4,7%	nd

Tabella 3.3 (segue)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Variazione % media (1990-2006)	Variazione % media (1990-1995)	Variazione % media (1995-2001)	Variazione % media (2001-2006)
UE (nuovi Paesi)													
Rep. Ceca	547	820	877	947	1.085	1.215	1.259	1.310	1309	5,6%	8,4%	2,9%	6,7%
Ungheria	nd	576	606	674	783	921	942	1.021	1066	nd	nd	3,2%	9,6%
Polonia	275	308	413	465	522	527	558	601	636	5,4%	2,3%	8,6%	6,5%
Rep. Slovacca	nd	nd	532	574	638	705	782	846	nd	nd	nd	nd	nd
Altri paesi europei													
Norvegia	1.153	1.594	2.542	2.752	3.019	3.241	3.428	3.647	3780	7,7%	6,7%	11,5%	6,6%
Svizzera	1.063	1.383	1.769	1.926	2.113	2.258	2.367	2.493	2597	5,7%	5,4%	6,8%	6,2%
Altri paesi non europei													
Australia	876	1.161	1.640	1.715	1.839	1.952	2.110	2.011	nd	nd	5,8%	8,1%	nd
Canada	1.295	1.466	1.766	1.909	1.994	2.110	2.220	2.337	2591	4,4%	2,5%	5,4%	6,3%
Giappone	866	1.279	1.599	1.699	1.742	1.828	1.927	2.046	nd	nd	8,1%	5,8%	nd
Stati Uniti	1.093	1.664	1.995	2.191	2.372	2.528	2.698	2.884	3074	6,7%	8,8%	5,7%	7,0%

Nota: Il valore UE – 15 per il 2006 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

Tabella 3.4 **Incidenza della spesa pubblica sul PIL (1990; 1995; 2000-2006)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
UE (15)									
Austria	5,1	6,7	7,6	7,6	7,6	7,7	7,8	7,7	7,7
Belgio	nd	6,4	6,6	6,7	6,7	7,2	7,5	7,4	nd
Danimarca	6,9	6,7	6,8	7,1	7,3	7,7	7,8	7,7	nd
Finlandia	6,3	5,6	4,9	5,1	5,4	5,6	5,7	5,9	6,2
Francia	6,4	7,2	7,5	7,6	7,9	8,6	8,7	8,9	8,9
Germania	6,5	8,3	8,2	8,3	8,4	8,5	8,1	8,2	8,1
Grecia	4,0	5,0	4,1	4,7	4,6	4,7	4,3	4,3	5,6
Irlanda	4,4	4,8	4,6	5,1	5,4	5,6	5,8	5,8	5,9
Italia	6,1	5,1	5,8	6,1	6,2	6,2	6,6	6,8	6,9
Lussemburgo	5,0	5,1	5,2	5,6	6,1	7,0	7,5	7	6,6
Olanda	5,2	5,7	5,0	5,2	5,5	5,8	5,7	nd	nd
Portogallo	4,1	5,1	6,4	6,3	6,5	7,1	7	7,4	7,2
Spagna	5,1	5,4	5,2	5,2	5,2	5,5	5,7	5,9	6
Svezia	7,5	7,0	7,1	7,4	7,8	7,9	7,7	7,7	7,5
Regno Unito	5,0	5,8	5,9	6,2	6,4	6,7	6,9	7,2	7,3
Totale UE (15)	5,9%	6,8%	6,6%	6,8%	6,9%	7,2%	7,0%	7,1%	nd
UE (nuovi Paesi)									
Rep. Ceca	4,6	6,4	5,9	6	6,4	6,7	6,5	6,4	5,9
Ungheria	nd	6,2	4,9	4,9	5,3	5,9	5,7	6	5,9
Polonia	4,5	4,1	3,9	4,2	4,5	4,4	4,3	4,3	4,3
Rep. Slovacca	nd	nd	4,9	4,9	5	5,2	5,3	5,3	nd
Altri paesi europei									
Norvegia	6,4	6,7	6,9	7,4	8,2	8,4	8,1	7,6	7,3
Svizzera	4,3	5,2	5,8	6,2	6,5	6,7	6,8	6,9	6,8
Altri paesi non europei									
Australia	5,1	5,3	6	6	6,2	6,2	6,4	5,9	nd
Canada	6,7	6,5	6,2	6,5	6,7	6,8	6,8	6,9	7
Giappone	4,6	5,7	6,2	6,5	6,5	6,6	6,6	6,7	nd
Stati Uniti	4,7	6	5,8	6,2	6,6	6,7	6,8	6,9	7

Nota: Il dato UE – 15 per il 2006 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

te dalle scelte sui modelli di servizio sanitario, dal livello di garanzia sostanziale delle prestazioni da parte dei sistemi pubblici (ad esempio, rilevanti tempi di attesa possono generare il ricorso a prestazioni a carico del paziente) e dalle politiche di contenimento della spesa (esclusione di prestazioni sanitarie dagli schemi assicurativi pubblici, aumento delle compartecipazioni alla spesa). Tale copertura risulta più bassa negli USA, dove i programmi pubblici di assistenza coprono una parte limitata della popolazione, nei sistemi misti pubblico-privato (è il caso di Svizzera e Olanda) ed in quelli dove, pur esistendo un sistema pubblico, la componente privata è rilevante per effetto di una forte commistione pubblico-privato sul lato dell'offerta (ad esempio, Grecia). Si può notare come in quasi tutti i Paesi UE il contenimento della spesa pubblica abbia generato una riduzione, più o meno sensibile, della copertura pubblica della spesa sanitaria. Tale riduzione è stata più marcata nei nuovi Paesi UE, per effetto dell'aumento marcato della spesa privata, soprattutto nella prima metà degli anni '90. In generale, comunque, tali misure non hanno, al momento, intaccato la natura «solidaristica» della maggior parte dei sistemi sanitari. La copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia risulta inferiore al valore UE, ma soprattutto a quella di alcuni Paesi caratterizzati da un sistema sanitario simile a quello italiano (sistema a SSN – Servizio Sanitario Nazionale), quali Regno Unito e Paesi Scandinavi.

Per quanto il comparto sanitario abbia rappresentato uno dei target preferiti per il contenimento della spesa pubblica, l'incidenza della spesa sanitaria su quest'ultima è aumentata in quasi tutti i Paesi (Tabella 3.6): nei quindici Paesi dell'UE tale incidenza è cresciuta dall'11,8% del 1990 al 15,2% del 2005. L'Italia mostra un valore inferiore alla media UE su tale indicatore, segno di un minore investimento di risorse pubblico sul SSN (cfr. anche la composizione della spesa per prestazioni di protezione sociale – Tabella 3.8). Peraltro la crescita dell'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa pubblica complessiva è stata piuttosto modesta se confrontata con altri Paesi UE.

3.3 I dati nazionali e regionali sulla spesa sanitaria a carico del SSN e dei pazienti

Secondo i dati di bilancio delle aziende sanitarie e considerando le rettifiche concordate con le Regioni nell'ambito del Tavolo di monitoraggio sulla spesa sanitaria, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN ha subito nel 2007 una crescita modesta, pari al 2,9% rispetto al 2006, confermando il deciso rallentamento del trend di crescita del 2006 (+ 2,6% rispetto al 2005) (Tabella 3.7). Dal 2002 al 2007 il tasso di crescita medio annuo della spesa pubblica è stato del 4,7%, a fronte di un 8,1% nel 1996-2001. La spesa sanitaria privata corrente continua a mantenere tassi di crescita bassi. Il suo trend, tendenzialmente speculare a quello della spesa

Tabella 3.5 **Copertura pubblica della spesa sanitaria (%) (1990; 1995; 2000-2006)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
UE (15)									
Austria	73,5	69,3	75,9	75,7	75,4	75,3	75,6	75,7	76,20
Belgio	nd	78,5	76,0	76,6	75,2	71,6	73,1	72,3	nd
Danimarca	82,7	82,5	82,4	82,7	82,9	84,2	84,3	84,1	nd
Finlandia	80,9	75,6	75,1	75,9	76,3	76,2	77,2	77,8	76,0
Francia	76,6	76,3	78,3	78,3	78,6	79,4	79,4	79,8	79,7
Germania	76,2	80,5	79,7	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9	76,9
Grecia	53,7	52,0	44,2	47,4	47,0	46,4	44,6	42,8	61,6
Irlanda	71,9	71,6	72,9	73,6	75,6	76,7	78,2	78,0	78,3
Italia	79,1	71,9	72,5	74,6	74,5	74,7	75,8	76,6	77,2
Olanda	67,1	71,0	63,1	62,8	62,5	63,0	62,3	nd	nd
Portogallo	65,5	62,6	72,5	71,5	72,2	73,4	71,6	72,7	70,6
Spagna	78,7	72,2	71,6	71,2	71,3	70,3	70,9	71,4	71,2
Svezia	89,9	86,6	84,9	84,9	85,1	85,4	84,6	84,6	81,7
Regno Unito	83,6	83,9	80,9	83,0	83,4	85,6	86,3	87,1	87,3
Totale UE (15)	78,3	77,2	75,9	76,5	76,5	76,5	76,70	76,70	nd
UE (nuovi Paesi)									
Rep. Ceca	97,4	90,9	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	88,6	87,9
Ungheria	nd	84,0	70,7	69,0	70,2	71,3	70,5	70,9	70,9
Polonia	91,7	72,9	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3	69,9
Rep. Slovacca	nd	nd	89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4	nd
Altri paesi europei									
Norvegia	82,8	84,2	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,6	83,6
Svizzera	52,4	53,8	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	59,7	60,3
Altri paesi non europei									
Australia	67,1	66,7	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5	67,0	nd
Canada	74,5	71,4	70,4	70,0	69,6	70,2	70,2	70,3	70,4
Giappone	77,6	83,0	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7	82,7	nd
Stati Uniti	39,7	45,3	43,7	44,6	44,7	44,5	44,7	45,1	45,8

Nota: il valore UE – 15 per il 1991 è stato calcolato escludendo la Germania. Il dato UE – 15 per il 2006 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

Tabella 3.6 **Incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa pubblica complessiva (1990; 1995; 2000-2006)**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
UE (15)									
Austria	9,9	12,0	14,7	14,9	15,0	15,0	15,4	15,5	15,6
Belgio	nd	12,4	13,4	13,6	13,5	14,1	15,2	14,9	nd
Danimarca	12,3	11,2	12,6	12,9	13,2	13,8	14,1	14,4	nd
Finlandia	13,1	9,5	10,2	10,7	11,0	11,1	11,3	11,6	12,7
Francia	12,9	13,2	14,6	14,8	14,9	16,2	16,4	16,5	16,6
Germania	14,6	15,1	18,2	17,4	17,5	17,5	17,3	17,6	17,9
Grecia	7,9	9,8	10,1	11,8	11,7	11,9	10,9	11,5	13,3
Irlanda	10,2	11,7	14,5	15,4	16,1	16,8	17,2	17,0	17,3
Italia	11,6	9,8	12,7	12,8	13,1	12,9	13,8	14,1	13,9
Olanda	9,8	10,6	11,4	11,5	12,0	12,2	12,3	nd	nd
Portogallo	9,6	11,4	14,9	14,2	14,7	15,6	15,1	15,6	15,5
Spagna	nd	12,2	13,2	13,4	13,4	14,4	14,7	15,4	15,5
Svezia	nd	10,4	12,4	13,1	13,4	13,6	13,5	13,6	13,8
Regno Unito	11,9	13,0	14,8	15,3	15,3	15,4	16,0	16,2	16,4
Totale UE (15)	11,8	12,7	14,3	14,4	14,6	15,0	15,10	15,20	nd
UE (nuovi Paesi)									
Rep. Ceca	nd	11,7	14,1	13,5	13,8	14,1	14,6	14,4	13,6
Ungheria	nd	nd	10,6	10,5	10,4	12,0	11,7	12,0	11,2
Polonia	nd	8,4	9,4	9,6	10,2	9,8	10,0	9,9	9,9
Rep. Slovacca	nd	nd	9,5	11,3	11,5	12,9	14,1	13,9	nd
Altri paesi europei									
Norvegia	11,9	13,0	16,4	16,7	17,4	17,4	17,8	17,9	18,0
Svizzera	14,5	15,1	17,1	17,9	18,1	18,3	18,6	nd	nd
Altri paesi non europei									
Australia	14,1	14,3	16,6	16,9	17,7	17,8	18,2	17,1	nd
Canada	13,6	13,3	15,1	15,5	16,2	16,6	17,1	17,7	17,9
Giappone	14,5	15,9	16,0	16,8	16,7	17,1	17,7	17,7	nd
Stati Uniti	12,8	16,3	16,9	17,6	18,1	18,4	18,7	18,7	19,1

Nota: Il valore UE – 15 per il 2006 non è stato calcolato non essendo disponibili i dati per tre Paesi.

Fonte: elaborazioni su dati OCSE (OECD Health Data, 2008)

pubblica fino al 2001 (con aumenti più elevati nei momenti di contrazione della crescita della spesa pubblica), mostra invece dal 2003 al 2007 un aumento contenuto e sistematicamente inferiore alla spesa pubblica. Complessivamente la spesa sanitaria corrente (pubblica + privata) ha raggiunto nel 2007 i 131 miliardi di Euro (pari all'8,5% del PIL), con un incremento del 2,7% rispetto al 2006 ed una crescita media del 4,4 % negli ultimi cinque anni.

Il finanziamento complessivo del SSN è stato fissato dalla Legge Finanziaria per il 2007 (L. 296/06) in 96.040 milioni di Euro, cui si aggiungono le integrazioni previste dalla Legge 64/06 (0,5 miliardi di Euro circa derivanti dall'abolizione delle compartecipazioni alla spesa in quota fissa per ricetta per le prestazioni specialistiche) e le ulteriori somme messe in campo dalle regioni, per un totale di 99,3 miliardi di Euro circa, con un incremento del 4,4% rispetto al 2006.

Si osserva che la stessa Legge Finanziaria per il 2007 ha previsto l'istituzione di un "fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009, da ripartirsi tra le regioni interessate da elevati disavanzi (...) il cui accesso è subordinato alla sottoscrizione di apposito accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, comprensivo di un piano di rientro dai disavanzi". I piani di rientro, oltre alle misure di riequilibrio dei profili erogativi dei LEA, devono anche prevedere misure necessarie all'azzeramento del disavanzo per il 2010. Il successivo DL 23/2007 convertito in Legge 64/2007 ha previsto ulteriori tre miliardi di Euro a titolo di ripiano selettivo dei disavanzi per il quinquennio 2001-2005. Il Prospetto 3.1 riassume le misure di copertura dei disavanzi regionali da parte dello stato dalla loro reintroduzione ad oggi. Si rimanda al § 3.5 per la presentazione delle modalità di ripartizione di tali ulteriori assegnazioni.

Anche nel 2007 l'aumento delle risorse è stato superiore a quello della spesa, con una conseguente ulteriore contrazione del disavanzo da 4,5 a 3,2 miliardi di Euro. Se a tale disavanzo si aggiungono quelli degli anni pregressi, il debito cumulato dalle regioni dal 2001, ovvero dall'anno in cui è stata prevista la piena responsabilità regionale sulla copertura dei disavanzi è di circa 29 miliardi di Euro (Tabella 3.16). La quota di disavanzo a carico delle regioni (ovvero il disavanzo complessivo al netto delle assegnazioni dello stato a parziale copertura dello stesso) dovrebbe però essere di circa 20,8 miliardi di Euro (Tabella 3.17), considerando le assegnazioni previste dalle Leggi Finanziarie del 2005, 2006 e 2007.

Il PIL nominale nel 2007 è cresciuto a tassi simili al 2006 (+3,8% nel 2007 rispetto al 2006; +3,6% nel 2006 rispetto al 2005), anche se la crescita in valori reali (+1,5%) è stata inferiore al 2006 (+1,8%) per effetto del maggiore aumento dei prezzi. Se in media il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica è stato superiore a quello del PIL, negli ultimi due anni si è assistito ad un trend opposto, con conseguente lieve calo dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (Fi-

Tabella 3.7 Spesa SSN per la gestione corrente e relativo finanziamento; spesa sanitaria privata corrente; spesa totale corrente; disavanzo; PIL (1990; 1995; 2000-2007) (milioni di Euro)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/2007	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1996/2001	Tasso crescita medio 2002/2007
Spesa sanitaria pubblica corrente	41.466	48.752	70.173	77.686	79.549	82.290	91.222	97.163	99.648	102.519	5,5%	3,3%	8,1%	4,7%
<i>Variazione percentuale</i>	-	-0,6%	11,1%	10,7%	2,4%	3,4%	10,9%	6,5%	2,6%	2,9%				
<i>Perc. sulla spesa sanitaria corrente totale</i>	82,6%	73,8%	74,2%	76,7%	76,0%	76,0%	77,4%	78,1%	78,1%	78,2%				
<i>Percentuale sul PIL</i>	6,1%	5,3%	6,0%	6,2%	6,1%	6,2%	6,6%	6,8%	6,7%	6,7%				
Finanziamento sanitario pubblico corrente	34.737	47.773	66.945	73.908	76.658	79.967	84.800	91.201	95.129	99.351	6,4%	6,6%	7,5%	5,1%
<i>Variazione percentuale</i>	-	5,7%	12,7%	10,4%	3,7%	4,3%	6,0%	7,5%	4,3%	4,4%				
<i>Avanzo/disavanzo</i>	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-2.891	-2.323	-6.422	-5.962	-4.519	-3.168				
<i>Perc. sul finanziamento</i>	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-3,8%	-2,9%	-7,6%	-6,5%	-4,8%	-3,2%				
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	24.373	23.622	25.155	25.981	26.613	27.269	27.982	28.608	7,2%	14,7%	5,3%	3,2%
<i>Variazione percentuale</i>	-	13,0%	2,7%	-3,1%	6,5%	3,3%	2,4%	2,5%	2,6%	2,2%				
<i>Perc. sulla spesa sanitaria corrente totale</i>	17,4%	26,2%	25,8%	23,3%	24,0%	24,0%	22,6%	21,9%	21,9%	21,8%				
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	94.546	101.308	104.704	108.271	117.835	124.432	127.630	131.127	5,8%	5,7%	7,4%	4,4%
<i>Variazione percentuale</i>	-	2,7%	8,8%	7,2%	3,4%	3,4%	8,8%	5,6%	2,6%	2,7%				
<i>Percentuale sul PIL</i>	7,4%	7,2%	8,1%	8,1%	8,1%	8,1%	8,5%	8,7%	8,6%	8,5%				
<i>PIL</i>	682.153	923.052	1.166.548	1.248.648	1.295.226	1.335.354	1.391.530	1.428.375	1.479.981	1.535.540	4,9%	6,2%	5,2%	3,5%
<i>Variazione percentuale</i>	-	8,1%	5,3%	7,0%	3,7%	3,1%	4,2%	2,6%	3,6%	3,8%				

Note: I dati relativi alla spesa per la gestione corrente sono desunti dai CE (Conti Economici) delle aziende sanitarie e, prima dell'introduzione della contabilità economico-patrimoniale, dai flussi RND (Rendiconti Finanziari) per il 1990 ed il 1991 i dati di spesa, riportati dalle precedenti RGSEP, desunti da verifiche di spesa effettuate in contraddittorio tra Stato e Regioni, sono leggermente diversi dal dato consolidato degli RND). Dal 2002 tutte le Regioni inviano i CE al Ministero della Salute. Sono state inoltre incluse le rettifiche concordate tra Stato e Regioni nell'ambito del tavolo di monitoraggio della spesa sanitaria. Tali rettifiche rappresentano una quota poco rilevante della spesa complessiva (0,4% nel 2006) e non sono state ancora concordate (e, quindi, riportate) per il 2007.

La spesa per il SSN include i costi di produzione delle funzioni assistenziali, il saldo della gestione straordinaria (costi straordinari al netto dei ricavi straordinari, costi stimati per accantonamenti non tipici, variazioni delle ri-manenze), il saldo (ovvero costi al netto dei ricavi) relativo all'attività intra-moenia e la mobilità passiva verso l'Ospedale Bambin Gesù ed il Sovrano Militare Ordine di Malta. Non è invece compreso il saldo derivante dalla mobilità interregionale (ovvero la spesa per prestazioni di residenti effettuate in altre regioni al netto di ricavi per prestazioni effettuate a non residenti nelle strutture regionali). Nel saldo delle voci economiche non è incluso il dato degli ammortamenti e la svalutazione di crediti e di attività finanziarie. Il dato di spesa per la gestione corrente comprende i finanziamenti (pari alla spesa) del SSN per gli Enti (Croce Rossa Italiana, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, Università per borse di studio specializzandi, ecc.), che rappresentano una quota limitata delle spese correnti del SSN (0,5% nel 2007).

Il dato di finanziamento (ricavi) include le diverse integrazioni «in itinere» o «ex post» rispetto alle assegnazioni iniziali. In particolare, sono comprese le integrazioni alle partecipazioni delle Regioni a statuto speciale, ai fini di copertura delle maggiori spese rispetto ai finanziamenti erogati (a norma della Legge 724/94 e 662/96 le Regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia e le PA di Trento e Bolzano provvedono alla copertura dei propri disavanzi con quote interamente a carico dei bilanci regionali). Vengono inoltre incluse le risorse aggiuntive stanziolate dalle regioni a titolo di ripiano dei disavanzi (o di copertura di prestazioni extra-LEA). Tale dato non include i ricavi straordinari, quelli per l'esercizio dell'attività libero-professionale (dato che viene evidenziato il saldo tra costi e ricavi per tali attività), la sterilizzazione degli ammortamenti e le rivalutazioni finanziarie. I dati relativi alla spesa sanitaria privata corrente e del PIL sono di fonte Istat (cfr. infra).

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

Prospetto 3.1 **Le misure di copertura dei disavanzi regionali a livello nazionale**

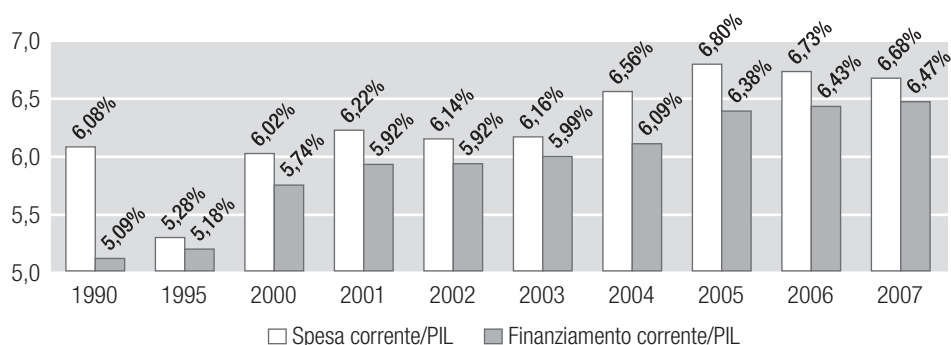
Norma	Entità (milioni di euro)	Periodo
Legge 311/04	1.400	2001-2003
Legge 266/05	2.000	2002-2004
Legge 64/07	3.000	2001-2005
Legge 296/06	1.000	2007
	850	2008
	700	2009

gura 3.1). Lo stesso calo si è avuto nel rapporto tra spesa sanitaria complessiva e PIL, che si è attestato all'8,5%. In un contesto, quindi, di modesta crescita economica, la sanità ha ridotto il suo peso sull'economia nel complesso.

Nell'ambito della spesa di protezione sociale («Welfare State»), il comparto della sanità presenta una quota di spesa del 24% circa, mentre è decisamente superiore il peso della previdenza (sistema pensionistico) (67,6%). Il rallentamento della spesa per la previdenza negli ultimi anni ha però fatto sì che la spesa pubblica per la sanità sia cresciuta di più rispetto alla media della spesa per le prestazioni di protezione sociale. Ancora maggiore è stato l'aumento della spesa per l'assistenza (ammortizzatori sociali) (Tabella 3.8)⁴.

L'analisi delle diverse voci di spesa sanitaria utilizza la tradizionale classifica-

Figura 3.1 **Incidenza della spesa SSN per la gestione corrente e del finanziamento corrente sul PIL (1990; 1995; 2000-2007)**



Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

⁴ Per maggiori dettagli sulla relazione tra i diversi dati di spesa sanitaria pubblica (e sulla differenza tra i dati inclusi nella Tabella 3.8 e Tabella 3.7), si rimanda al § 3.6.

Tabella 3.8 Spesa per le prestazioni di protezione sociale (1990; 1995; 2000; 2005-2007)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/2007	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1996/2001	Tasso crescita medio 2002/2007
Sanità										
Spesa (milioni Euro)	38.174	43.815	63.141	89.606	94.218	94.678	5,5%	2,8%	8,1%	5,2%
Percentuale sul totale	26,2%	21,6%	22,3%	24,7%	24,8%	23,9%				
Variazione percentuale	-	-1,8%	12,6%	6,6%	5,1%	0,5%				
Previdenza										
Spesa (milioni Euro)	96.891	143.531	201.209	243.382	253.674	267.223	6,1%	8,2%	6,4%	4,2%
Percentuale sul totale	66,4%	70,9%	71,0%	67,1%	66,8%	67,6%				
Variazione percentuale	-	6,1%	3,0%	3,1%	4,2%	5,3%				
Assistenza										
Spesa (milioni Euro)	10.870	15.085	19.018	29.804	32.126	33.615	6,9%	6,8%	5,6%	8,2%
Percentuale sul totale	7,4%	7,5%	6,7%	8,2%	8,5%	8,5%				
Variazione percentuale	-	4,8%	4,8%	2,8%	7,8%	4,6%				
Totale	145.936	202.431	283.368	362.792	380.018	395.516	6,0%	6,8%	6,7%	4,8%
Variazione percentuale	-	4,1%	5,1%	3,9%	4,7%	4,1%				

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

zione «economica», ovvero per tipologia di fattori, e non quella «funzionale», ovvero per funzioni di spesa. Ciò comporta delle difficoltà nella rilevazione di alcuni dati, quali la spesa per assistenza in regime di degenza nelle strutture pubbliche che, unitamente alla spesa ospedaliera privata accreditata, fornirebbe un quadro complessivo della spesa ospedaliera in Italia (cfr. *infra*).

Si osserva inoltre che l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale rende complessa la lettura del trend storico (e dei dati regionali). Come specificato in nota alla Tabella 3.7, a partire dal 2000 vengono aggiunte voci precedentemente non previste, quali accantonamenti, variazioni delle rimanenze, minusvalenze, sopravvenienze passive (tra cui gli oneri per arretrati nei contratti e nelle convenzioni), insussistenze dell'attivo.

Tra tali voci, gli accantonamenti rappresentano la quota più rilevante. Gli accantonamenti, come noto, rappresentano l'imputazione a bilancio di poste che certamente (per i fondi spese future) o probabilmente (per i fondi rischi) avranno la loro manifestazione finanziaria in esercizi successivi, ma che sono di competenza economica dell'esercizio in corso. Nel 2007 gli accantonamenti «tipici» sono stati pari a 1,9 miliardi, rispetto agli 0,9 miliardi nel 2006. Tali accantonamenti hanno riguardato negli ultimi anni soprattutto i rinnovi del contratto dei dipendenti e della convenzione per la medicina generale. Come noto, i contratti per il personale dipendente (dirigenza medica, dirigenza non medica e comparto) hanno una durata di quattro anni per la parte normativa e di due anni per la parte economica. Esiste un sostanziale ritardo nel rinnovo dei contratti con conseguente impatto sul trend di spesa (cfr. *infra*). Il DL 203/2005, all'articolo 9, ha sottolineato come «al fine di garantire nel settore sanitario la corretta e ordinata gestione delle risorse programmate nell'ambito del livello di finanziamento cui concorre lo Stato (...) a decorrere dal biennio economico 2006-2007, per le regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato (...) la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN, nell'ambito del proprio territorio». Nella RGSEP gli accantonamenti «tipici» (per rischi, trattamento di fine rapporto, premio di operosità SUMAI – Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana – ed altri accantonamenti, essenzialmente per rinnovo contratti) sono aggregati alla voce «Servizi», anche se in realtà si riferiscono a costi in parte del personale dipendente ed in parte di professionisti convenzionati con il SSN.

Si osserva anche che dal 2005, in attuazione di quanto richiesto nell'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005, le Regioni hanno riclassificato i costi degli IRCCS di diritto pubblico e delle AO universitarie integrate con il SSN dalla voce «Ospedaliera accreditata» alle voci «Personale» e «Beni e servizi».

Nella Tabella 3.9 i fattori produttivi sono stati classificati in fattori interni ed

esterni alle aziende sanitarie. I beni e servizi sono fattori erogati da soggetti non dipendenti dal SSN, ma rappresentano una componente di prestazioni erogate internamente alle aziende sanitarie (si pensi ai farmaci utilizzati per pazienti ricoverati) e sono quindi classificati come fattori interni. Al contrario, le prestazioni convenzionate / accreditate sono interamente gestite da soggetti non dipendenti dal SSN (MMG, Specialisti, Case di cura, Farmacie convenzionate, ecc.) e per questo sono definiti «fattori esterni». Il saldo delle voci economiche è stato escluso, mentre gli accantonamenti sono stati accorpati, in linea con la RGSEP, ai «Beni e servizi» e, quindi, ai fattori interni, anche se in parte si riferiscono a specialisti convenzionati con il SSN (Ambulatoriali convenzionati e MMG).

In generale si osserva come il trend dei costi complessivi rifletta quello dei costi di produzione esterni alle aziende sanitarie: in periodi di contenimento della spesa (1990-1995 e 2002-2007) il tasso di crescita dei costi dei fattori esterni alla produzione è inferiore a quello degli interni; in periodi di espansione della spesa (1995-2001) i fattori esterni aumentano ad un tasso più sostenuto. Il contenimento della spesa si è quindi focalizzato su tali fattori (in particolare sulla spesa farmaceutica convenzionata).

Venendo ad una sintetica analisi del costo dei fattori della produzione, quello più importante sotto il profilo economico è il personale dipendente, che rappresenta il 32,9% della spesa complessiva nel 2007. Dopo tre anni di crescita sostenuta del costo del personale, il 2007 ha evidenziato una sensibile contrazione del trend di crescita (attestatosi all'1%). L'aumento negli anni precedenti al 2007 è da ascrivere, almeno in parte, alla riclassificazione della spesa che le regioni sostengono per gli IRCCS pubblici e le AO universitarie integrate con il SSN (cfr. supra) ed in parte agli effetti del rinnovo dei contratti del comparto (prima) e della dirigenza (poi). Il contratto del comparto è stato infatti rinnovato il 19 Aprile 2004 per il quadriennio 2002-2005 (parte normativa) e per il biennio 2002-2003 (parte economica). Il 5 Giugno 2006 è stato raggiunto l'accordo anche per la parte economica riferita al biennio 2004-2005. Il 10 Aprile 2008 è stato poi rinnovato il contratto 2006-2009 (parte normativa) e 2006-2007 (biennio economico). Il contratto per la dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e medico-veterinaria è stato rinnovato il 3 Novembre 2005 per il quadriennio 2002-2005 (parte normativa) e per il biennio 2002-2003 (parte economica). Il 5 Luglio 2006 è stato raggiunto l'accordo anche per la parte economica riferita al biennio 2004-2005.

La seconda voce di spesa è rappresentata dall'acquisto di beni e servizi (28,8% sul totale dei costi del SSN nel 2006). Si tratta della voce di costo a crescita più sostenuta negli ultimi anni. Dopo la battuta di arresto nel 2006 legata essenzialmente alla riclassificazione nel 2005 della spesa sostenuta per IRCCS pubblici e AO universitarie integrate con l'Università, la spesa per beni e servizi ha ripreso a salire (+9,7% rispetto al 2006). La sottovoce più rilevante è rappresentata dall'acquisto di beni (40%), che ha subito un aumento del 7,6%. Un ruolo importan-

Tabella 3.9 Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente secondo la classificazione economica (1990; 1995; 2000-2007)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/2007	Tasso crescita medio 1995/1995	Tasso crescita medio 1995/2001	Tasso crescita medio 2001/2007
Valori assoluti (milioni Euro)										
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	31.759	33.402	33.746	4,4%	4,8%	4,7%	3,9%
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	26.611	26.902	29.507	8,5%	4,8%	10,5%	9,8%
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	5.691	5.932	5.996	5,3%	2,8%	7,9%	4,9%
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.894	12.383	11.579	2,8%	-6,7%	14,6%	-0,1%
Ospedialiera accreditata	4.051	5.530	8.019	8.147	8.488	8.814	4,7%	6,4%	6,6%	1,4%
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	3.231	3.502	3.617	4,0%	-7,7%	12,3%	6,5%
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	7.939	8.449	8.647	9,6%	11,7%	11,4%	6,2%
Altri costi (c)	375	471	578	1.433	106	97				
Enti non regionali (d)	74	637	509	459	485	517				
Totale	41.466	48.752	70.173	97.164	99.649	102.520	5,5%	3,3%	8,1%	4,7%
Totale al netto di (c) e (d): (e)	41.017	47.644	69.085	95.272	99.058	101.906	5,5%	3,0%	8,2%	4,9%
<i>Fattori interni (a+b)</i>	23.530	29.724	41.445	58.370	60.304	63.253	6,0%	4,8%	6,7%	6,3%
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	17.487	17.920	27.640	36.902	38.754	38.653	4,8%	0,5%	10,6%	2,8%
Variazione percentuale										
Personale (a)	-	1,4%	9,2%	7,6%	5,2%	1,0%				
Beni e servizi (b)	-	-3,6%	11,3%	18,2%	1,1%	9,7%				
Medicina gen. conv.	-	-0,1%	11,6%	13,5%	4,2%	1,1%				
Farmaceutica conv.	-	-9,6%	14,8%	-1,7%	4,1%	-6,5%				
Ospedialiera accreditata	-	2,0%	10,5%	-10,8%	4,2%	3,8%				
Spec. conv.	-	-3,1%	10,3%	4,5%	8,4%	3,3%				

Tabella 3.9 (segue)

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/2007	Tasso crescita medio 1995/2001	Tasso crescita medio 2001/2007
Altra ass. conv.	-	3,5%	8,8%	7,2%	6,4%	2,3%			
Totale	-	-0,6%	11,1%	6,5%	2,6%	2,9%			
Totale al netto di (c) e (d): (e)	-	-0,9%	10,7%	7,3%	4,0%	2,9%			
<i>Fattori interni (a+b)</i>	-	-0,2%	10,0%	12,2%	3,3%	4,9%			
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	-	-2,0%	11,7%	0,4%	5,0%	-0,3%			
Incidenza % su totale									
Personale (a)	39,1%	41,9%	36,5%	32,7%	33,5%	32,9%			
Beni e servizi (b)	17,7%	19,0%	22,6%	27,4%	27,0%	28,8%			
Medicina gen. conv.	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%	6,0%	5,8%			
Farmaceutica conv.	17,6%	10,6%	12,5%	12,2%	12,4%	11,3%			
Ospedaliera accreditata	9,8%	11,3%	11,4%	8,4%	8,5%	8,6%			
Spec. conv.	4,5%	2,5%	3,2%	3,3%	3,5%	3,5%			
Altra ass. conv.	4,4%	6,5%	6,3%	8,2%	8,5%	8,4%			
Altri costi (c)	0,9%	1,0%	0,8%	1,5%	0,1%	0,1%			
Enti non regionali (d)	0,2%	1,3%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%			
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			
Totale al netto di (c) e (d): (e)	98,9%	97,7%	98,4%	98,1%	99,4%	99,4%			
<i>Fattori interni (a+b)</i>	56,7%	61,0%	59,1%	60,1%	60,5%	61,7%			
<i>Fattori esterni: (e) - Fattori interni</i>	42,2%	36,8%	39,4%	38,0%	38,9%	37,7%			

Nota: Gli accantonamenti tipici vengono inseriti nella voce "Servizi". Cfr. anche note a Tabella 3.7.

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

te è stato giocato negli ultimi anni dalla spesa per farmaci, sia per l'attivazione di forme alternative di distribuzione degli stessi (distribuzione diretta o accordi di distribuzione da parte delle farmacie in nome e per conto delle aziende sanitarie), sia in quanto gran parte dei nuovi farmaci vengono prevalentemente venduti sul canale ospedaliero. La spesa per farmaci acquistati dalle aziende sanitarie ha subito dal 2001 al 2006 un aumento medio annuale di quasi il 16%.

Tra le altre sottovoci, quelle che hanno subito il maggiore incremento nel 2007 sono:

- ▶ gli accantonamenti tipici (6,3% della spesa per beni e servizi, con un incremento del 74,3% rispetto al 2006, per effetto dell'applicazione del DL 203/2005 – cfr. supra);
- ▶ l'acquisto di servizi non sanitari appaltati (15,4% della spesa per beni e servizi; +9,6% rispetto al 2006). Tale aumento è da collegare al sempre più frequente ricorso alle esternalizzazioni;
- ▶ interessi passivi ed oneri finanziari (1,7% della spesa per beni e servizi; +15% nel 2006), aumento da collegare al ritardo nel pagamento di fornitori di beni e servizi, pur in presenza di iniziative straordinarie di cartolarizzazione dei crediti.

Le voci «personale» e «beni e servizi» rappresentano la spesa per strutture gestite dalle aziende sanitarie pubbliche (fattori interni alla produzione). Gran parte di tale valore è rappresentato dalla spesa ospedaliera, di cui però non si conosce esattamente l'ammontare. L'Istat ha ipotizzato che l'ospedale assorba il 72% della spesa per il personale ed il 70% della spesa per beni e servizi. Secondo tale stima la spesa ospedaliera in strutture pubbliche sarebbe pari a 44,8 miliardi di Euro, pari al 43,8% dei costi complessivi a carico del SSN, che aggiunti all'8,6% della spesa ospedaliera in strutture private accreditate, farebbe salire al 52,4% l'incidenza complessiva della spesa per prestazioni ospedaliere. Ad un risultato superiore si arriva dai dati contenuti nel Conto delle prestazioni di protezione sociale (cfr. allegato): la spesa per prestazioni ospedaliere sarebbe pari al 55,9%, di cui il 46,2% per prestazioni rese da operatori «non market» (pubblici) e il 9,7% per prestazioni rese da produttori «market» (privati). Sia utilizzando i dati di bilancio delle aziende sanitarie, che ricorrendo ai dati pubblicati nel Conto della protezione sociale, si assisterebbe ad un leggero incremento della incidenza della spesa ospedaliera sul totale della spesa sanitaria, sia perché i fattori interni crescono di più (+4,9% rispetto a un -0,3%), sia in quanto tra i fattori esterni l'ospedaliera accreditata subisce la crescita più consistente.

La spesa per la medicina generale convenzionata (5,8% della spesa sanitaria pubblica corrente) ha evidenziato un aumento contenuto (+1,1%),

La spesa farmaceutica convenzionata, ovvero la spesa per farmaci dispensati dalle farmacie aperte al pubblico su ricetta SSN, ha subito un sensibile calo, pari al 6,5%, in linea con quanto previsto dall'Osservatorio Farmaci del CERGAS

(Osservatorio Farmaci, 2008), per effetto delle misure di taglio prezzi attuate nel corso del 2007, della scadenza dei brevetti di importanti principi attivi e delle iniziative regionali di contenimento della spesa (reintroduzione dei ticket in Campania e Abruzzo; inasprimento degli stessi in Sicilia; attivazione di prezzi di riferimento per categorie di farmaci in Liguria, Lazio, Molise, Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna; attivazione di forme alternative di distribuzione nel Lazio, Puglia e Sicilia ed ulteriore rafforzamento di altre iniziative regionali). L'incidenza di tale spesa sul finanziamento pubblico complessivo per il SSN è stata inferiore al tetto del 13%⁵, come previsto dall'Osservatorio Farmaci (Osservatorio Farmaci, 2008).

La spesa sostenuta dal SSN per ricoveri in strutture ospedaliere private accreditate ha subito un aumento del 3,8%, confermando il dato di ripresa del 2006, a fronte del calo vistoso del 2005, generato però in gran parte dalla riclassificazione della spesa per IRCCS e AO integrate con il SSN in altre voci di spesa (cfr. *supra*)⁶. L'andamento di tale spesa è leggermente superiore a quello della spesa complessiva sanitaria, segno che si è stabilizzato l'effetto dell'introduzione a livello regionale di tetti/target di finanziamento delle prestazioni tariffate per il privato accreditato (tetti/target applicati in alcune regioni anche alle aziende sanitarie pubbliche finanziate in modo prevalente a tariffa per prestazione), con meccanismi di disincentivo al superamento di tali tetti/target (ad esempio, l'abbattimento delle tariffe in caso di superamento del target o di avvicinamento al tetto).

Più sensibile è invece l'effetto delle azioni di controllo regionale sulla spesa a carico del SSN per prestazioni ambulatoriali erogate da strutture accreditate/convenzionate, il cui tasso di crescita (+3,3%) risulta decisamente inferiore agli anni precedenti.

Anche la spesa per altre prestazioni erogate da strutture convenzionate con il

⁵ Il sistema dei tetti si è modificato con la Legge 222/2007 (art. 5), secondo cui «A decorrere dall'anno 2008, l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta di medicinali collocati in classe A ai fini della rimborsabilità, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera, non può superare a livello nazionale ed in ogni singola regione il tetto del 14 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle aziende sanitarie (...). A decorrere dall'anno 2008 la spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta come definita al comma 1, non può superare a livello di ogni singola regione la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie».

⁶ La spesa ospedaliera per strutture accreditate comprende quindi dal 2005 solo la spesa per prestazioni acquistate dalle case di cura private accreditate, dagli ospedali classificati e dagli IRCCS di diritto privato.

Tabella 3.10 **Spesa sanitaria privata corrente (2000 – 2007), Milioni di euro**

Spesa sanitaria delle famiglie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Valori assoluti (milioni di Euro)								
Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	11.714	10.655	11.801	12.362	12.726	12.959	13.268	13.431
Servizi ambulatoriali	8.467	8.669	8.896	9.143	9.534	9.711	10.022	10.365
Servizi ospedalieri	4.192	4.299	4.458	4.477	4.352	4.599	4.691	4.812
Totale	24.373	23.622	25.155	25.981	26.613	27.269	27.982	28.608
Percentuale su totale								
Medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico	48,1%	45,1%	46,9%	47,6%	47,8%	47,5%	47,4%	46,9%
Servizi ambulatoriali	34,7%	36,7%	35,4%	35,2%	35,8%	35,6%	35,8%	36,2%
Servizi ospedalieri	17,2%	18,2%	17,7%	17,2%	16,4%	16,9%	16,8%	16,8%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Incidenza spesa sanitaria su totale spesa famiglie</i>	<i>3,4%</i>	<i>3,1%</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,2%</i>	<i>3,2%</i>	<i>3,2%</i>	<i>3,1%</i>

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

SSN (assistenza riabilitativa, assistenza agli anziani, assistenza a disabili psichici e psichiatrici, assistenza protesica, assistenza integrativa, assistenza termale) ha subito un sensibile ridimensionamento del tasso di crescita (+2,3%) soprattutto per effetto di una contrazione della spesa riabilitativa accreditata (-2,5%), mentre l'aumento della spesa protesica e integrativa e delle altre prestazioni convenzionate a carico del SSN è ancora superiore a quello della spesa sanitaria complessiva.

La spesa sanitaria corrente privata, come sopra evidenziato (Tabella 3.7), ha subito dal 2003 un aumento sistematicamente inferiore a quello della spesa pubblica, con conseguente incremento del grado di copertura della spesa sanitaria da parte del SSN (dal 76% nel 2003 al 78,2% nel 2007). La quota della spesa che i cittadini sostengono privatamente per prestazioni sanitarie rappresenta solo il 3,1% della spesa complessiva in beni di consumo da parte delle famiglie (Tabella 3.10). La spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico (pari a 13,4 miliardi di Euro nel 2007) rappresenta la componente più rilevante (47% circa della spesa complessiva), mentre quella per prestazioni ambulatoriali e di ricovero incidono rispettivamente per il 36,2% ed il 16,8%⁷.

⁷ Per maggiori dettagli sulle fonti informative della spesa sanitaria privata, si rimanda a Cavalli et al., 2007.

3.4 I dati di spesa regionali

Nel 2007 il tasso di crescita a livello regionale della spesa sanitaria pubblica corrente (Tabella 3.11) presenta notevoli differenze tra regione e regione, con variazioni percentuali rispetto al 2006 che vanno dal +9,3% in Regione Friuli Venezia Giulia al -2,7% della Regione Sicilia. È interessante osservare come il tasso di crescita della spesa risulti mediamente più basso nelle regioni che hanno stipulato un Piano di Rientro (PdR) con la pubblica amministrazione centrale (cfr. nota a Tabella 3.11), anche se tali piani sono stati sottoscritti in genere a Marzo 2007 (e, quindi, con effetti solo parziali sul 2007).

Nelle Regioni del Centro-Nord la spesa sanitaria pubblica procapite è più elevata della media nazionale (Tabella 3.12), con la sola eccezione di Lombardia, Veneto, Marche ed Umbria; al Sud, fatta eccezione per Abruzzo e Molise, la spesa è invece inferiore alla media nazionale. I tassi di crescita medi annui per area geografica sono molto simili: se si guarda all'intero arco temporale dal 1990 al 2007, si osserva un aumento leggermente più contenuto nelle Regioni del Centro, mentre dal 1995 sono le Regioni del Nord ad evidenziare tassi di crescita più modesti (e quelle del Sud aumenti più significativi). Conseguentemente, la variabilità interregionale si è ridotta negli ultimi due anni di un punto percentuale⁸.

La variabilità interregionale si riduce, anche se in misura molto modesta, se si prende in considerazione la spesa al netto della mobilità, ossia il dato di spesa sanitaria riferito alla popolazione residente (Tabella 3.13)⁹. Il motivo è che il saldo della mobilità interregionale è positivo in gran parte delle Regioni del Centro-Nord (ad eccezione di Piemonte, Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria e Marche) e negativo (con un conseguente aumento della spesa procapite) in tutte le Regioni del Sud (esclusi l'Abruzzo e il Molise).

È interessante osservare (Figura 3.2) come la valutazione al netto del saldo finanziario collegato alla mobilità dei pazienti, pur non alterando in modo significativo la variabilità interregionale, modifichi l'ordinamento della spesa per regioni: al netto della mobilità è la Regione Lombardia a presentare il dato più basso di spesa sanitaria pubblica corrente.

Analizzando la composizione regionale della spesa per fattori della produzione, interni ed esterni alle aziende sanitarie vengono confermate le sostanziali differenze a livello regionale. La Tabella 3.14 illustra l'evoluzione del dato aggregato 1990-2007. La Tabella 3.15 riporta il dato analitico relativo ai singoli fattori produttivi).

⁸ Tale variabilità è misurata attraverso il Coefficiente di Variazione, ovvero dal rapporto tra deviazione standard e media.

⁹ L'ultimo dato disponibile si riferisce ancora al 2006.

Tabella 3.11 Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000; 1995; 2000; 2005-2007)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2007/2006	Tasso crescita medio 1990/2007	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1995/2001	Tasso crescita medio 2001/2007
Piemonte	2.974	3.560	5.572	7.193	7.457	7.755	4,0%	5,8%	3,7%	9,0%	4,5%
Valle d'Aosta	87	104	167	225	245	247	0,9%	6,4%	3,7%	9,8%	5,3%
Lombardia	6.268	7.738	10.746	14.777	15.351	16.120	5,0%	5,7%	4,3%	7,7%	4,9%
Bolzano	314	445	735	982	1.021	1.068	4,6%	7,5%	7,2%	9,7%	5,5%
Trento	328	418	624	857	900	941	4,5%	6,4%	5,0%	9,7%	4,4%
Veneto	3.257	3.806	5.637	7.561	7.872	8.158	3,6%	5,5%	3,2%	8,3%	4,8%
Friuli Venezia Giulia	876	1.034	1.462	1.988	1.983	2.167	9,3%	5,5%	3,4%	7,6%	5,1%
Liguria	1.424	1.592	2.182	2.925	2.956	3.067	3,8%	4,6%	2,3%	6,9%	4,3%
Emilia Romagna	3.340	3.824	5.105	7.053	7.312	7.616	4,2%	5,0%	2,7%	6,9%	4,9%
Toscana	2.784	3.143	4.384	5.927	6.199	6.315	1,9%	4,9%	2,5%	7,8%	4,2%
Umbria	620	712	1.045	1.399	1.465	1.493	1,9%	5,3%	2,8%	8,1%	4,7%
Marche	1.186	1.277	1.808	2.345	2.449	2.535	3,5%	4,6%	1,5%	7,7%	4,1%
Lazio	4.030	4.625	6.752	10.107	10.703	10.425	-2,6%	5,8%	2,8%	8,4%	5,7%
Abruzzo	900	964	1.638	2.246	2.211	2.271	2,7%	5,6%	1,4%	10,4%	4,5%
Molise	224	258	376	654	590	615	4,2%	6,1%	2,8%	9,6%	5,5%
Campania	3.883	4.267	6.650	9.664	9.208	9.577	4,0%	5,5%	1,9%	9,7%	4,3%

Tabella 3.11 (segue)

Valori assoluti (milioni Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2007/2006	Tasso crescita medio 1990/2007	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1995/2001	Tasso crescita medio 2001/2007
Puglia	2.692	3.192	4.531	6.161	6.256	6.620	5,8%	5,4%	3,5%	7,5%	5,1%
Basilicata	368	432	649	898	914	963	5,4%	5,8%	3,2%	8,6%	5,2%
Calabria	1.219	1.498	2.317	2.858	2.986	3.164	6,0%	5,8%	4,2%	9,2%	3,8%
Sicilia	3.480	3.799	5.361	7.815	8.448	8.224	-2,7%	5,2%	1,8%	8,6%	4,7%
Sardegna	1.138	1.427	1.922	2.692	2.636	2.660	0,9%	5,1%	4,6%	6,7%	4,0%
Totale	41.392	48.115	69.663	96.327	99.164	102.002	2,9%	5,4%	3,1%	8,2%	4,7%
<i>Nord</i>	18.868	22.522	32.231	43.560	45.097	47.140	4,5%	5,5%	3,6%	7,9%	4,8%
<i>Centro</i>	8.620	9.756	13.989	19.779	20.816	20.768	-0,2%	5,3%	2,5%	8,1%	4,9%
<i>Sud e isole</i>	13.904	15.837	23.444	32.988	33.250	34.094	2,5%	5,4%	2,6%	8,7%	4,5%
<i>Regioni soggette a piani di rientro</i>	13.941	15.505	22.958	33.411	34.117	34.179	0,2%				

Nota: Le Regioni soggette a Piano di Rientro sono Liguria (accordo stipulato il 6/2/07) Lazio (28/2/07), Abruzzo (13/3/07), Campania (13/3/07), Molise (27/3/07) e Sicilia (31/7/07). Alla Sardegna è stato richiesto un piano meno impegnativo, finalizzato al recupero del finanziamento statale non erogato a seguito dell'inadempienza per il 2001.

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

Tabella 3.12 Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente (1990; 1995; 2000; 2005-2007)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1995/2001	Tasso crescita medio 2001/2007
Piemonte	688	828	1.300	1.661	1.718	1.784	5,8%	3,8%	9,0%	4,2%
Valle d'Aosta	756	875	1.392	1.829	1.978	1.989	5,9%	3,0%	9,5%	4,8%
Lombardia	709	868	1.185	1.573	1.620	1.695	5,3%	4,1%	7,3%	4,2%
Bolzano	722	995	1.589	2.059	2.114	2.202	6,8%	6,6%	9,0%	4,7%
Trento	731	907	1.318	1.722	1.792	1.864	5,7%	4,4%	9,0%	3,4%
Veneto	746	861	1.249	1.609	1.661	1.715	5,0%	2,9%	7,9%	4,0%
Friuli Venezia Giulia	730	868	1.234	1.650	1.642	1.791	5,4%	3,5%	7,7%	4,8%
Liguria	841	957	1.342	1.837	1.836	1.906	4,9%	2,6%	7,4%	4,5%
Emilia Romagna	856	975	1.282	1.699	1.746	1.811	4,5%	2,6%	6,5%	4,1%
Toscana	788	891	1.240	1.647	1.713	1.740	4,8%	2,5%	7,7%	3,8%
Umbria	766	865	1.251	1.629	1.688	1.715	4,9%	2,5%	7,7%	4,1%
Marche	834	886	1.237	1.544	1.602	1.654	4,1%	1,2%	7,4%	3,4%
Lazio	788	891	1.283	1.918	2.018	1.931	5,4%	2,5%	8,0%	5,3%
Abruzzo	724	761	1.281	1.729	1.694	1.737	5,3%	1,0%	10,2%	4,1%
Molise	678	776	1.145	2.033	1.838	1.918	6,3%	2,7%	9,8%	5,9%
Campania	692	743	1.150	1.669	1.590	1.654	5,3%	1,4%	9,5%	4,3%

Tabella 3.12 (segue)

Valori assoluti (Euro)	1990	1995	2000	2005	2006	2007	Tasso crescita medio 1990/1907	Tasso crescita medio 1990/1995	Tasso crescita medio 1995/2001	Tasso crescita medio 2001/2007
Puglia	671	783	1.109	1.514	1.537	1.626	5,3%	3,1%	7,4%	5,1%
Basilicata	603	707	1.071	1.505	1.539	1.625	6,0%	3,3%	8,8%	5,6%
Calabria	586	721	1.130	1.423	1.490	1.581	6,0%	4,3%	9,4%	4,1%
Sicilia	700	747	1.054	1.559	1.684	1.639	5,1%	1,3%	8,7%	4,9%
Sardegna	695	860	1.163	1.632	1.592	1.605	5,0%	4,4%	6,8%	3,9%
Totale	730	840	1.208	1.648	1.688	1.731	5,2%	2,8%	8,0%	4,4%
Nord	745	885	1.253	1.646	1.691	1.762	5,2%	3,5%	7,7%	4,2%
Centro	792	888	1.261	1.759	1.839	1.817	5,0%	2,3%	7,8%	4,5%
Sud e isole	678	760	1.123	1.590	1.602	1.642	5,3%	2,3%	8,7%	4,6%
Coefficiente Variazione	9,6%	9,7%	9,7%	9,9%	9,5%	8,7%				
Differenza max/min	46,2%	40,7%	50,8%	44,8%	41,9%	39,3%				

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007) ed Istat (2008)

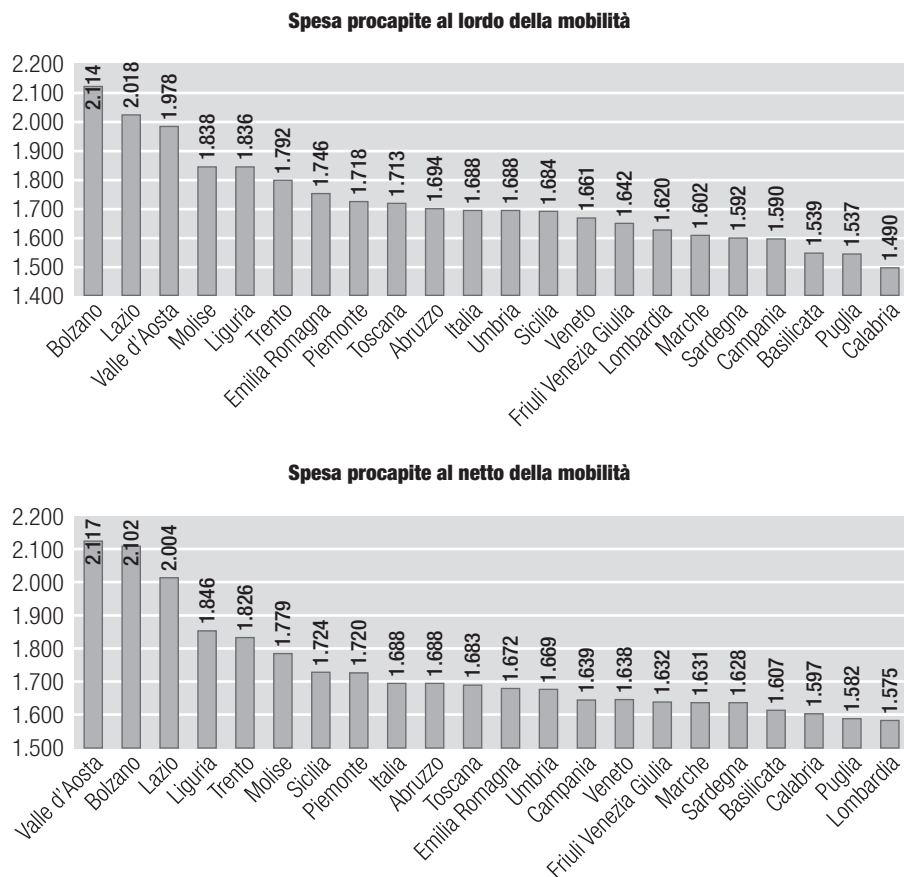
Tabella 3.13 Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2006)

	Spesa procapite (lordo mobilità)		Spesa procapite (netto mobilità)		Saldo procapite mobilità
	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)	n.i.	v.a. (Euro)
Piemonte	1.718	101,8	1.720	101,9	-2,7
Valle d'Aosta	1.978	117,2	2.117	125,4	-139,3
Lombardia	1.620	96,0	1.575	93,3	45,5
Bolzano	2.114	125,3	2.102	124,6	12,1
Trento	1.792	106,2	1.826	108,2	-34,2
Veneto	1.661	98,4	1.638	97,0	23,5
Friuli Venezia Giulia	1.642	97,3	1.632	96,7	10,0
Liguria	1.836	108,8	1.846	109,4	-10,3
Emilia Romagna	1.746	103,4	1.672	99,1	73,6
Toscana	1.713	101,5	1.683	99,7	29,4
Umbria	1.688	100,0	1.669	98,9	18,3
Marche	1.602	94,9	1.631	96,6	-28,7
Lazio	2.018	119,5	2.004	118,8	13,2
Abruzzo	1.694	100,4	1.688	100,0	6,4
Molise	1.838	108,9	1.779	105,4	59,7
Campania	1.590	94,2	1.639	97,1	-48,9
Puglia	1.537	91,0	1.582	93,7	-45,2
Basilicata	1.539	91,2	1.607	95,2	-68,6
Calabria	1.490	88,3	1.597	94,6	-106,8
Sicilia	1.684	99,8	1.724	102,1	-40,0
Sardegna	1.592	94,3	1.628	96,4	-35,8
Totale	1.688	100,0	1.688	100,0	0,0
<i>Nord</i>	<i>1.691</i>	<i>100,2</i>	<i>1.661</i>	<i>98,4</i>	<i>30,2</i>
<i>Centro</i>	<i>1.839</i>	<i>108,9</i>	<i>1.826</i>	<i>108,2</i>	<i>13,1</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.602</i>	<i>94,9</i>	<i>1.648</i>	<i>97,6</i>	<i>-46,0</i>
Coeff. Var.	9,9%	—	9,4%	—	—
Diff max/min	44,8%	—	34,5%	—	—

Nota: il dato della mobilità 2007 non è ancora disponibile

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

Figura 3.2 **Spesa sanitaria procapite nei SSR per la gestione corrente al lordo (riferimento alle aziende del SSR) ed al netto (riferimento alla spesa sostenuta per i pazienti residenti) della mobilità (2006)**



Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

Tali differenze sono da ricondurre in primo luogo al diverso assetto dei SSR, con riferimento, in particolare al differente mix pubblico/privato nelle strutture di offerta: ad esempio, Lombardia, Lazio Campania e Sicilia presentano dati di incidenza della spesa per fattori della produzione interni alle aziende sanitarie inferiori alla media nazionale, data la rilevante presenza di strutture private accreditate (ospedaliere ed ambulatoriali). È interessante osservare come, con riferimento in modo specifico al personale dipendente, Lombardia e Lazio presentano quote decisamente inferiori alla media nazionale, mentre Campania, Calabria e Sicilia, pur avendo una presenza importante di strutture private accreditate, evidenziano valori più elevati della media nazionale per il personale dipendente.

Tabella 3.14 **Spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente per fattori interni (personale e beni e servizi) ed esterni (altri fattori della produzione) regione per regione (1990; 1995; 2000; 2007)**

Regioni	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2007	1990	1995	2000	2007
Piemonte	1.871,4	2.306,8	3.583,3	5.016,5	1.088,6	1.213,4	1.911,2	2.738,5
Valle d'Aosta	60,5	80,4	127,0	183,5	23,7	22,9	42,3	63,9
Lombardia	3.537,2	4.561,2	6.403,1	9.067,0	2.690,2	3.147,4	4.334,0	7.053,2
Bolzano	222,7	327,2	552,0	770,6	90,0	111,6	178,5	297,4
Trento	213,9	285,3	407,4	608,0	112,7	130,9	217,7	333,1
Veneto	2.191,0	2.618,4	3.749,4	5.252,7	1.024,7	1.167,5	1.869,8	2.905,3
Friuli Venezia Giulia	602,9	700,0	934,2	1.589,2	261,2	322,4	487,0	578,2
Liguria	827,8	1.003,1	1.314,1	2.040,9	575,0	583,1	859,5	1.026,3
Emilia Romagna	2.195,4	2.684,4	3.506,2	5.155,2	1.121,9	1.106,9	1.591,6	2.460,8
Toscana	1.763,4	2.230,9	2.987,4	4.601,1	1.001,3	882,1	1.372,8	1.713,9
Umbria	420,0	526,8	728,0	1.075,5	193,2	182,7	306,0	417,4
Marche	777,2	912,2	1.241,1	1.755,7	374,0	345,1	546,3	779,2
Lazio	1.757,5	2.215,8	3.077,1	5.783,3	2.237,4	2.392,7	3.659,7	4.642,0
Abruzzo	526,7	623,9	968,1	1.392,8	365,8	334,8	631,9	878,0
Molise	138,7	179,2	259,6	370,4	82,6	74,8	119,6	244,4
Campania	1.801,1	2.410,9	3.290,1	5.585,4	2.054,6	1.850,9	3.329,5	3.991,6
Puglia	1.323,2	1.655,1	2.503,5	3.786,0	1.340,6	1.364,6	1.928,4	2.833,6
Basilicata	217,7	283,0	422,7	645,3	149,8	147,0	216,4	317,8
Calabria	721,1	932,3	1.344,3	1.909,5	492,3	558,7	910,5	1.254,9
Sicilia	1.697,2	2.260,2	2.797,3	4.880,7	1.749,3	1.513,8	2.509,9	3.343,5
Sardegna	663,7	926,8	1.249,3	1.783,8	457,6	466,9	617,2	876,5
Totale	23.530,5	29.724,0	41.445,2	63.253,0	17.486,6	17.920,1	27.640,0	38.749,2
<i>Nord</i>	<i>11.722,8</i>	<i>14.566,8</i>	<i>20.576,7</i>	<i>24.528,4</i>	<i>6.988,0</i>	<i>7.806,0</i>	<i>11.491,5</i>	<i>22.600,2</i>
<i>Centro</i>	<i>4.718,2</i>	<i>5.885,7</i>	<i>8.033,7</i>	<i>12.587,5</i>	<i>3.806,0</i>	<i>3.802,5</i>	<i>5.884,9</i>	<i>8.174,7</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>7.089,4</i>	<i>9.271,5</i>	<i>12.834,9</i>	<i>26.137,1</i>	<i>6.692,6</i>	<i>6.311,5</i>	<i>10.263,6</i>	<i>7.946,7</i>

Tabella 3.14 (segue)

Regioni	Fattori interni				Fattori esterni			
	1990	1995	2000	2007	1990	1995	2000	2007
Incidenza								
Piemonte	63,2%	65,5%	65,2%	64,7%	36,8%	34,5%	34,8%	35,3%
Valle d'Aosta	71,9%	77,8%	75,0%	74,2%	28,1%	22,2%	25,0%	25,8%
Lombardia	56,8%	59,2%	59,6%	56,2%	43,2%	40,8%	40,4%	43,8%
Bolzano	71,2%	74,6%	75,6%	72,2%	28,8%	25,4%	24,4%	27,8%
Trento	65,5%	68,5%	65,2%	64,6%	34,5%	31,5%	34,8%	35,4%
Veneto	68,1%	69,2%	66,7%	64,4%	31,9%	30,8%	33,3%	35,6%
Friuli Venezia Giulia	69,8%	68,5%	65,7%	73,3%	30,2%	31,5%	34,3%	26,7%
Liguria	59,0%	63,2%	60,5%	66,5%	41,0%	36,8%	39,5%	33,5%
Emilia Romagna	66,2%	70,8%	68,8%	67,7%	33,8%	29,2%	31,2%	32,3%
Toscana	63,8%	71,7%	68,5%	72,9%	36,2%	28,3%	31,5%	27,1%
Umbria	68,5%	74,2%	70,4%	72,0%	31,5%	25,8%	29,6%	28,0%
Marche	67,5%	72,6%	69,4%	69,3%	32,5%	27,4%	30,6%	30,7%
Lazio	44,0%	48,1%	45,7%	55,5%	56,0%	51,9%	54,3%	44,5%
Abruzzo	59,0%	65,1%	60,5%	61,3%	41,0%	34,9%	39,5%	38,7%
Molise	62,7%	70,5%	68,5%	60,2%	37,3%	29,5%	31,5%	39,8%
Campania	46,7%	56,6%	49,7%	58,3%	53,3%	43,4%	50,3%	41,7%
Puglia	49,7%	54,8%	56,5%	57,2%	50,3%	45,2%	43,5%	42,8%
Basilicata	59,2%	65,8%	66,1%	67,0%	40,8%	34,2%	33,9%	33,0%
Calabria	59,4%	62,5%	59,6%	60,3%	40,6%	37,5%	40,4%	39,7%
Sicilia	49,2%	59,9%	52,7%	59,3%	50,8%	40,1%	47,3%	40,7%
Sardegna	59,2%	66,5%	66,9%	67,1%	40,8%	33,5%	33,1%	32,9%
Totale	57,4%	62,4%	60,0%	62,0%	42,6%	37,6%	40,0%	38,0%
<i>Nord</i>	<i>62,7%</i>	<i>65,1%</i>	<i>64,2%</i>	<i>52,0%</i>	<i>37,3%</i>	<i>34,9%</i>	<i>35,8%</i>	<i>47,9%</i>
<i>Centro</i>	<i>55,4%</i>	<i>60,8%</i>	<i>57,7%</i>	<i>60,6%</i>	<i>44,6%</i>	<i>39,2%</i>	<i>42,3%</i>	<i>39,4%</i>
<i>Sud e isole</i>	<i>51,4%</i>	<i>59,5%</i>	<i>55,6%</i>	<i>76,7%</i>	<i>48,6%</i>	<i>40,5%</i>	<i>44,4%</i>	<i>23,3%</i>

Nota: Dal dato sono esclusi gli altri costi, rappresentati in prevalenza dal saldo delle voci economiche. Sono invece inclusi gli accantonamenti tipici, che (cfr. supra) vengono accorpati ai servizi, anche se in parte si riferiscono al rinnovo delle convenzioni di fattori esterni alla produzione (MMG e specialisti).

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

Tabella 3.15 **Incidenza delle voci di spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente regionale, secondo la classificazione economica (2000; 2007)**

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Anno 2007								
Piemonte	34,9%	29,5%	5,6%	10,2%	6,6%	2,8%	10,4%	100,0%
Valle d'Aosta	41,4%	32,9%	4,9%	9,3%	3,3%	2,5%	5,8%	100,0%
Lombardia	28,7%	27,6%	5,4%	10,2%	13,4%	3,8%	11,0%	100,0%
Bolzano	45,3%	26,9%	4,2%	5,7%	2,0%	0,5%	15,4%	100,0%
Trento	36,5%	28,1%	5,4%	8,5%	5,5%	1,4%	14,8%	100,0%
Veneto	31,0%	32,8%	5,7%	9,6%	6,6%	3,8%	10,5%	100,0%
Friuli Venezia Giulia	39,8%	33,4%	5,5%	10,8%	2,1%	1,6%	6,8%	100,0%
Liguria	35,1%	31,6%	4,7%	11,4%	7,0%	1,9%	8,3%	100,0%
Emilia Romagna	35,0%	32,3%	5,4%	10,1%	7,3%	2,0%	8,0%	100,0%
Toscana	36,7%	35,5%	6,0%	10,3%	3,5%	1,9%	6,1%	100,0%
Umbria	37,3%	34,8%	5,5%	11,1%	2,6%	0,8%	7,7%	100,0%
Marche	37,4%	31,8%	6,3%	12,0%	3,6%	1,5%	7,5%	100,0%
Lazio	28,0%	27,2%	5,2%	12,5%	15,2%	4,3%	7,5%	100,0%
Abruzzo	32,4%	29,1%	6,6%	11,9%	8,3%	2,0%	9,7%	100,0%
Molise	34,1%	27,0%	7,4%	10,5%	10,1%	3,6%	7,4%	100,0%
Campania	33,7%	25,9%	7,0%	12,0%	7,7%	6,6%	7,3%	100,0%
Puglia	30,6%	27,3%	6,1%	12,8%	12,2%	3,3%	7,7%	100,0%
Basilicata	36,8%	30,6%	8,4%	11,7%	0,5%	1,7%	10,3%	100,0%
Calabria	38,2%	23,1%	7,0%	16,0%	6,1%	3,0%	6,5%	100,0%
Sicilia	35,0%	24,5%	6,6%	13,9%	8,4%	5,9%	5,7%	100,0%
Sardegna	38,4%	28,9%	6,7%	12,8%	3,7%	3,3%	6,1%	100,0%
Totale	33,1%	29,0%	5,9%	11,4%	8,6%	3,5%	8,5%	100,0%
<i>Nord</i>	<i>32,7%</i>	<i>30,1%</i>	<i>5,4%</i>	<i>10,0%</i>	<i>8,7%</i>	<i>3,0%</i>	<i>10,1%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>32,4%</i>	<i>30,9%</i>	<i>5,6%</i>	<i>11,7%</i>	<i>9,3%</i>	<i>3,0%</i>	<i>7,1%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>34,2%</i>	<i>26,2%</i>	<i>6,7%</i>	<i>13,0%</i>	<i>8,2%</i>	<i>4,7%</i>	<i>7,1%</i>	<i>100,0%</i>

Tabella 3.15 (segue)

	Personale	Beni e servizi	Medicina generale convenzionata	Farmacaceutica convenzionata	Ospedaliera accreditata	Specialistica convenzionata e accreditata	Altra assistenza convenzionata e accreditata	Totale
Anno 2000								
Piemonte	38,5%	26,7%	5,3%	11,5%	8,1%	1,5%	8,3%	100,0%
Valle d'Aosta	45,2%	29,8%	5,8%	9,4%	0,1%	3,5%	6,1%	100,0%
Lombardia	33,2%	26,5%	5,7%	11,6%	16,0%	3,8%	3,3%	100,0%
Bolzano	46,0%	29,5%	4,6%	7,4%	5,1%	0,7%	6,7%	100,0%
Trento	41,5%	23,7%	5,7%	8,4%	5,9%	1,1%	13,7%	100,0%
Veneto	38,1%	28,6%	6,1%	10,5%	5,7%	2,5%	8,5%	100,0%
Friuli Venezia Giulia	40,7%	25,0%	6,7%	11,0%	6,1%	5,7%	4,9%	100,0%
Liguria	36,6%	23,9%	4,0%	13,0%	12,7%	1,8%	8,1%	100,0%
Emilia Romagna	39,7%	29,1%	5,7%	10,6%	7,2%	1,4%	6,3%	100,0%
Toscana	42,6%	25,9%	6,8%	11,5%	4,9%	1,7%	6,5%	100,0%
Umbria	43,7%	26,7%	5,8%	13,1%	3,1%	1,1%	6,5%	100,0%
Marche	42,8%	26,7%	7,3%	12,3%	4,3%	2,9%	3,8%	100,0%
Lazio	29,7%	15,9%	5,9%	13,6%	25,6%	4,5%	4,8%	100,0%
Abruzzo	37,0%	23,5%	5,5%	13,3%	11,6%	1,4%	7,6%	100,0%
Molise	43,7%	24,7%	4,2%	12,8%	4,9%	2,6%	7,0%	100,0%
Campania	34,3%	15,4%	5,9%	14,9%	13,3%	6,0%	10,3%	100,0%
Puglia	35,4%	21,1%	5,9%	14,5%	13,4%	3,3%	6,5%	100,0%
Basilicata	39,4%	26,8%	7,4%	14,5%	0,9%	3,0%	8,2%	100,0%
Calabria	43,3%	16,3%	9,7%	14,4%	7,6%	3,8%	4,9%	100,0%
Sicilia	38,0%	14,7%	6,9%	16,3%	13,9%	4,7%	5,6%	100,0%
Sardegna	43,3%	23,6%	5,4%	13,0%	5,1%	3,2%	6,4%	100,0%
Totale	37,1%	22,9%	6,0%	12,7%	11,6%	3,3%	6,4%	100,0%
<i>Nord</i>	<i>37,1%</i>	<i>27,1%</i>	<i>5,6%</i>	<i>11,1%</i>	<i>10,2%</i>	<i>2,6%</i>	<i>6,2%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Centro</i>	<i>36,5%</i>	<i>21,2%</i>	<i>6,3%</i>	<i>12,8%</i>	<i>14,7%</i>	<i>3,2%</i>	<i>5,3%</i>	<i>100,0%</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>37,5%</i>	<i>18,1%</i>	<i>6,4%</i>	<i>14,8%</i>	<i>11,6%</i>	<i>4,3%</i>	<i>7,3%</i>	<i>100,0%</i>

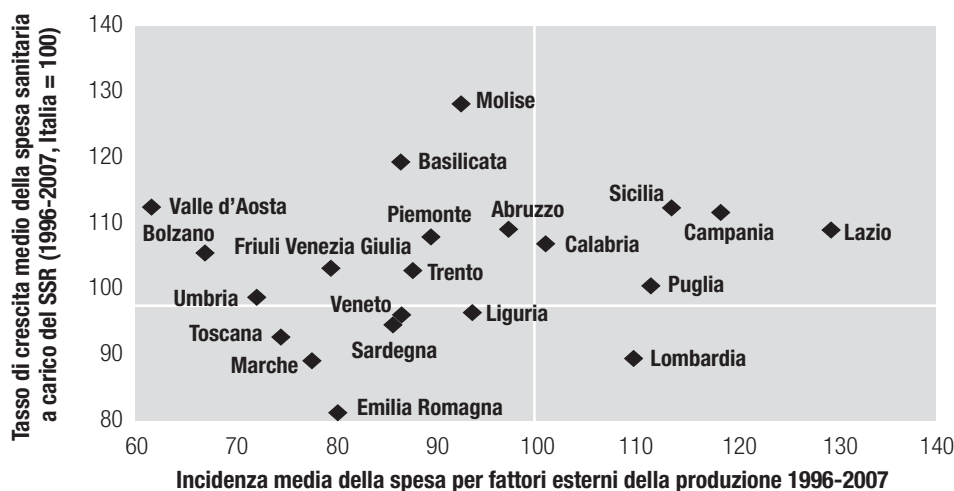
Cfr. Nota Tabella 3.14

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

Un altro importante fenomeno, già riscontrato nei precedenti Rapporti OASI, è l'ulteriore accentuazione delle differenziazioni regionali, dovuta anche alle diverse politiche di contenimento della spesa. Ad esempio, alcune regioni hanno adottato forme di distribuzione dei farmaci alternative a quella tradizionale, ovvero per tramite di farmacia aperta al pubblico, su ricettari SSN e con margini alla distribuzione previsti dalla normativa. Alcune hanno privilegiato la distribuzione diretta (Toscana, Emilia Romagna e Umbria), altre accordi con le farmacie aperte al pubblico per distribuzione in nome e per conto delle aziende sanitarie (tra le altre regioni, Valle d'Aosta e Basilicata). Tali regioni evidenziano un'incidenza della spesa per beni e servizi superiore alla media nazionale.

Uno dei fattori che maggiormente determinano la variabilità interregionale è rappresentato, come sopra si è osservato, dal diverso mix di erogatori pubblici / privati. È interessante osservare se tale mix sia correlato o meno con la capacità di controllo della spesa a carico del SSR. Nel precedente Rapporto OASI (Cavalli et al, 2007) si era riscontrata una debole e non significativa correlazione positiva tra il differenziale (rispetto al dato italiano) nel tasso di crescita della spesa sanitaria dal 1996 (anno di introduzione a regime del meccanismo tariffario in molte regioni) al 2006 e il differenziale (sempre rispetto al dato italiano) dell'incidenza della spesa per fattori esterni della produzione (incidenza media tra il 1996 ed il 2006). La Figura 3.3 illustra la mappatura delle regioni rispetto ai due indicatori aggiornati al 2007; i nuovi dati confermano una relazio-

Figura 3.3 Posizionamento delle regioni rispetto al tasso di crescita medio annuale della spesa sanitaria per la gestione corrente ed incidenza media della spesa per fattori esterni della produzione (differenziale rispetto alla media nazionale; 1996-2007)



Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2007)

ne debolmente positiva¹⁰. I dati non sembrano avvalorare quindi (i) né l'ipotesi che i sistemi che contano maggiormente sulle strutture pubbliche abbiano una maggiore potenzialità di controllo della spesa, mentre la presenza di rilevanti strutture private genererebbe una minore possibilità di controllo, né (ii) l'ipotesi opposta che le azioni di contenimento sui fattori esterni della produzione possano essere più semplici, in quanto l'impatto di tali azioni riguarda aziende «fuori» dal settore pubblico.

3.5 I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura

Con la Legge 405/01 alle Regioni è stato attribuito l'onere di coprire i disavanzi sanitari¹¹ e, con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2004, sono state definite le iniziative considerate idonee per la copertura degli stessi (Jommi e Lecci, 2005). Il principio di piena responsabilità delle Regioni sulla copertura dei disavanzi è stato poi in parte derogato dalle ultime tre Leggi Finanziarie (cfr. *supra* e *infra*).

Le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee. Un primo elemento che avrebbe dovuto influenzare i comportamenti regionali è l'entità effettiva dei disavanzi. È ovviamente importante usare molta cautela nell'interpretare i dati di disavanzo: come sopra specificato, esiste una forte variabilità nei sistemi di rilevazione delle voci introdotte a seguito dell'adozione della contabilità economico-patrimoniale (Anessi Pessina E., 2005). Esistono comunque sostanziali divergenze nei livelli di disavanzo, che vengono solo in parte influenzate da aspetti di natura contabile. Nel 2001 Lazio e Campania, insieme, presentavano un disavanzo pari al 43% di quello complessivo a livello nazionale (Tabella 3.16). La situazione è peggiorata nel tempo: l'incidenza delle due Regioni sul disavanzo annuale complessivo nazionale è aumentata quasi costantemente nel corso degli anni, arrivando ad attestarsi al 62% nel 2005, per ridursi leggermente nel 2006. Nel 2007 le due Regioni, per quanto siano riuscite a far scendere, in valore assoluto, i loro deficit sanitari, continuano a rappresentare il 66% del disavanzo annuo e il 54,6% di quello cumulato (2001-2007). Ed è sempre la regione Lazio quella che fa registrare il dato di disavanzo cumulato procapite (2001-2007) più elevato, seguita dal Molise e dalla Campania (Figura 3.4).

¹⁰ Il coefficiente di correlazione tra le due serie storiche è pari a 0,04.

¹¹ In particolare l'art. 4 stabilisce che «gli eventuali disavanzi di gestione accertati o stimati (...) sono coperti dalle regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria (...); variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci».

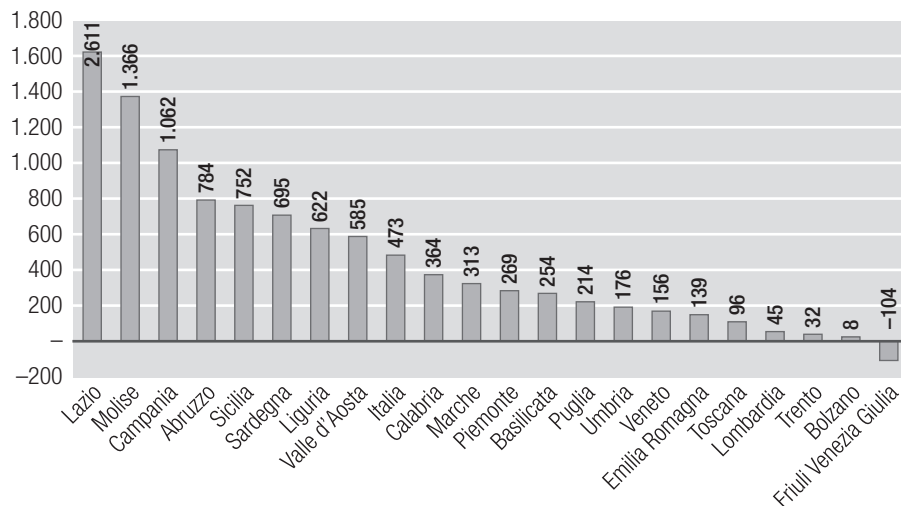
Tabella 3.16 **Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro (2001-2007)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2001-2007
Piemonte	210	40	100	671	-2	7	96	1.123
Valle d'Aosta	33	7	10	13	14	14	14	105
Lombardia	281	323	-64	-2	14	4	-9	546
Bolzano	297	71	25	-25	-28	-25	-17	297
Trento	-4	-1	5	9	3	14	2	28
Veneto	304	204	145	-6	114	-71	-2	689
Friuli Venezia Giulia	18	-34	-19	-9	-27	-18	-24	-113
Liguria	77	44	48	329	253	100	141	992
Emilia Romagna	16	50	40	392	19	38	-13	544
Toscana	88	44	-20	231	20	121	-95	388
Umbria	7	10	46	53	6	41	-13	149
Marche	125	98	71	155	23	39	-24	488
Lazio	987	574	711	2.048	1.926	1.971	1.407	9.622
Abruzzo	76	136	216	109	224	140	117	1.019
Molise	37	19	73	44	139	59	62	434
Campania	629	638	556	1.200	1.788	751	697	6.259
Puglia	166	4	-109	44	326	170	200	801
Basilicata	28	1	19	32	43	22	13	159
Calabria	226	148	57	136	80	35	24	706
Sicilia	415	342	267	748	699	976	524	3.971
Sardegna	106	175	143	252	327	133	68	1.205
Totale	4.122	2.891	2.323	6.423	5.962	4.519	3.169	29.410
<i>Nord</i>	<i>1.232</i>	<i>704</i>	<i>292</i>	<i>1.371</i>	<i>360</i>	<i>62</i>	<i>188</i>	<i>4.210</i>
<i>Centro</i>	<i>1.207</i>	<i>726</i>	<i>808</i>	<i>2.487</i>	<i>1.975</i>	<i>2.171</i>	<i>1.274</i>	<i>10.647</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>1.683</i>	<i>1.461</i>	<i>1.224</i>	<i>2.564</i>	<i>3.628</i>	<i>2.286</i>	<i>1.707</i>	<i>14.553</i>

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

I dati appena presentati non tengono conto delle assegnazioni di copertura stanziata dal livello centrale nel corso dell'ultimo triennio e consentono di apprezzare quanto le Regioni siano in grado, autonomamente, di gestire in equilibrio il proprio sistema sanitario.

Figura 3.4 **Disavanzo sanitario procapite cumulado (2001-2007)**

Nota: Valore al lordo della copertura parziale dei disavanzi sanitari

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007) e Istat (2008)

Le Regioni che nel 2007 sono arrivate a una situazione di equilibrio economico-finanziario sono la Lombardia, la PA di Bolzano, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria e le Marche, mentre la PA di Trento, la Valle D'Aosta e la Basilicata hanno fatto registrare livelli di disavanzo minimi (Tabella 3.16).

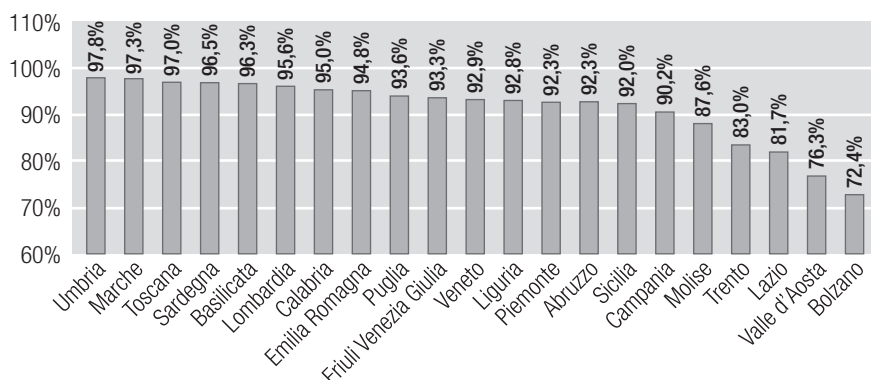
La Figura 3.5 illustra l'incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente per i residenti. Si osserva come Valle d'Aosta e PA di Trento e Bolzano (Regioni a statuto speciale) presentino il minor livello di copertura della spesa per i LEA da parte delle relative assegnazioni. Diversa è la situazione delle Regioni a statuto ordinario in condizioni di avanzo o di equilibrio: per tali Regioni le assegnazioni per i LEA vanno quasi integralmente a coprire la spesa sanitaria corrente¹².

Come anticipato nel § 3.3, le leggi finanziarie dal 2005 al 2007, in deroga a quanto stabilito dalla L. 405/2001, hanno previsto ulteriori assegnazioni a copertura dei disavanzi sanitari regionali. Nello specifico:

- La Legge Finanziaria per il 2005 aveva previsto una copertura parziale da parte dello stato centrale dei disavanzi per il triennio 2001-2003 per complessivi 2 miliardi di Euro, di cui 50 milioni di Euro sono stati assegnati all'Ospedale Bam-

¹² Da notare anche il valore relativamente basso del Lazio e del Molise, che hanno chiuso il bilancio 2007 con un consistente deficit sanitario procapite.

Figura 3.5 **Incidenza del finanziamento per i LEA sulla spesa sanitaria corrente riferita alla popolazione residente (2007)**



Nota: La spesa sanitaria corrente è stata corretta sulla base del saldo della mobilità riferita al 2006.

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

bin Gesù di Roma, 550 milioni sono stati ripartiti successivamente a copertura dei disavanzi degli IRCCS e dei policlinici universitari e 1,4 miliardi sono stati assegnati alle Regioni. Il riparto non si è basato esclusivamente sul disavanzo pregresso, perché ciò avrebbe penalizzato le Regioni che hanno migliorato la propria posizione sotto il profilo dell'equilibrio economico-finanziario.

- La Legge Finanziaria per il 2006, pur prevedendo anch'essa un'assegnazione ulteriore di 2 miliardi di Euro, ha destinato l'intero ammontare alle Regioni. Il riparto tra le stesse, anche in questo caso, non si è basato esclusivamente sul disavanzo pregresso, ma ha interessato tutte le regioni.
- La Legge finanziaria per il 2007 ha previsto per il triennio 2007-2009 un fondo transitorio di 1 miliardo di euro per il 2007, 850 milioni di euro per il 2008 e 700 milioni di euro per il 2009. Il fondo è stato concepito come uno strumento per consentire alle Regioni in difficoltà di sostenere i maggiori costi medi associati alla loro struttura d'offerta sanitaria e a programmare un recupero dell'inefficienza differenziale rispetto alle altre aree del paese. La possibilità di accesso al fondo e le condizioni del suo utilizzo sono state dettagliatamente definite nella Finanziaria per il 2007. Il fondo è destinato a quelle Regioni che abbiano registrato un disavanzo pari o superiore al 7% del finanziamento loro erogato e che abbiano già attivato, al livello massimo previsto dalla legislazione, l'aliquota addizionale Irpef e la maggiorazione Irap. Le Regioni devono sottoscrivere un apposito accordo con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con la presentazione di un Piano di rientro dal disavanzo. Per le Regioni che non rispettano gli obiettivi programmati sono previsti la sospensione dell'erogazione degli ulteriori finanziamenti (2008 e 2009), nonché l'incremento delle aliquote oltre il massimo previsto dalla legi-

slazione vigente e fino a concorrenza dei mancati obiettivi. Inoltre, in accordo con il D.Lgs. 159/2007, è prevista la possibilità di procedere al commissariamento della regione inadempiente. Nel caso inverso, di un miglioramento dell'andamento della spesa rispetto agli obiettivi intermedi prefissati, la Regione potrà disporre una riduzione di tali imposte per l'anno di imposta dell'esercizio successivo.

Alle risorse aggiuntive stanziolate dalle tre leggi finanziarie, si sono aggiunte quelle della L. 64/2007, che ha previsto, sempre e solo per le regioni con disavanzi più elevati, ulteriori 3 miliardi per il rientro dei deficit sanitari 2001-2005.

Dall'analisi del grado di copertura dei disavanzi pregressi da parte delle ulteriori assegnazioni e del disavanzo residuo cumulato (Tabella 3.17), si nota come il livello complessivo del deficit sanitario da coprire si mantenga ancora molto elevato, nonostante i numerosi richiami al rigore e sebbene già le L.311/2004 e 266/2005 (Legge Finanziaria per il 2005 ed il 2006) abbiano istituito una procedura di diffida per le Regioni che, dai dati del monitoraggio del quarto trimestre, abbiano fatto registrare nel settore sanitario un disavanzo di gestione a fronte del quale non siano stati adottati i necessari provvedimenti di copertura (o tali provvedimenti non siano stati sufficienti).

La procedura prevede che: (i) il Presidente del Consiglio diffida le Regioni ad adottare delle misure di copertura entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, (ii) il Presidente della Regione agisce da Commissario ad acta se la Regione non interviene entro la fine di maggio e (iii) si procede con l'applicazione automatica delle maggiorazioni delle aliquote fiscali se il Presidente della Regione non interviene. Questo ha portato nel maggio 2006 all'individuazione delle 6 Regioni¹³ (Liguria, Sicilia, Abruzzo, Molise, Campania e Lazio), definite "in affiancamento" e chiamate a sottoscrivere i piani di rientro dal disavanzo sanitario (cfr. *supra* e *infra*).

I PdR sono articolati sul triennio 2007-2009 e sono finalizzati a coprire il disavanzo pregresso, portando entro il 2010 le Regioni all'equilibrio di bilancio e ad individuare e definire le misure di intervento per governare le cause che, in maniera strutturale, sono intervenute a determinare, nel corso degli anni, gli elevati livelli di disavanzo sanitario, in modo da consentire un'efficace gestione del sistema.

¹³ La Regione Sardegna ha firmato, il primo Agosto 2007, un accordo con il Governo per la definizione della situazione debitoria della Sardegna relativa all'anno 2001. L'obiettivo di tale accordo è quello di consentire alla Sardegna il recupero dell'assegnazione di circa 72 milioni di euro a valere sul finanziamento del 2001, mai erogati per inadempienze legate alla tardiva copertura del disavanzo sanitario dell'esercizio 2001. Con tale accordo la Regione Sardegna si impegna a proseguire il percorso di riorganizzazione e ammodernamento del Servizio Sanitario Regionale nel quadro del Piano sanitario regionale approvato nel gennaio 2007.

Pur nelle loro specificità, i punti essenziali di ciascun Piano riguardano:

- ▶ L'adozione di misure in grado di riequilibrare il sistema di erogazione dei LEA. Nello specifico viene richiesto il rigoroso rispetto (i) del tetto sulla spesa farmaceutica e sull'acquisto di prestazioni da privati; (ii) dello standard di posti letto (4,5 per 1.000 abitanti) e (iii) del tasso standard di ospedalizzazione (180 ricoveri ogni 1.000 abitanti). Le Regioni sono inoltre chiamate ad individuare le azioni in grado di garantire il contenimento di ogni fattore di spesa critico e di esplicitarne il correlato impatto finanziario;
- ▶ In via automatica, l'innalzamento, fino al livello massimo consentito dalla legge, delle aliquote fiscali (addizionali e maggiorazioni) gestite a livello regionale;
- ▶ L'obbligo di procedere alla ristrutturazione dei debiti sanitari contratti sui mercati finanziari (ove presenti);
- ▶ Il supporto di un *advisor* contabile (per potenziare i procedimenti amministrativi e contabili e certificare i debiti pregressi) e di un *advisor* finanziario.

Questo „nuovo approccio alla gestione dei disavanzi prevede, di fatto, due grandi novità:

- ▶ Lo Stato si impegna a ridefinire il sistema di finanziamento in modo da dare certezza circa le risorse destinate al Servizio Sanitario su un arco pluriennale ragionevole (inizialmente triennio 2007-2009). Il nuovo sistema di finanziamento si compone di una parte “ordinaria”, che assicura risorse adeguate ai costi dei LEA nelle Regioni con performance migliori, e di una parte, scorporata dalla prima, che viene esplicitamente finalizzata al finanziamento delle inefficienze differenziali delle Regioni meno virtuose.
- ▶ Le Regioni vengono richiamate ad un'assunzione forte di autonomia e inderogabile responsabilità di bilancio: se una Regione ottiene guadagni di efficienza maggiori di quelli programmati, può utilizzare a sua discrezione le risorse così liberate; se non li ottiene, deve finanziare le spese eccedenti con risorse proprie.

Con riferimento alle forme di copertura previste dalla L. 405/2001 e dall'Accordo tra Stato e Regioni del 16 dicembre 2004, un primo provvedimento è rappresentato dalle misure fiscali. Nello specifico, le addizionali regionali IRPEF sono state introdotte da 14 Regioni (nell'ultimo anno si è infatti aggiunta la Puglia, a seguito del disavanzo sanitario fatto registrare nel 2007) (Tabella 3.18).

Le Regioni del Centro-Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Umbria e Marche) e la Puglia hanno optato per un'aliquota progressiva, mentre quelle meridionali (Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia) insie-

Tabella 3.17 Disavanzo sanitario cumulato al netto dei provvedimenti di copertura (L.F. 2005, L.F. 2006, L.F. 2007 e L. 64/07) e disavanzo ancora a carico delle Regioni

	Disavanzo cumulato 2001-2007 al netto delle assegnazioni della LF 2005 e LF 2006	Ulteriori integrazioni per ripiano disavanzi 2001-2005 (L. 64/07)	Ulteriori assegnazioni per regioni in accompagnamento (L. 296/06) Fondo transitorio	Disavanzo residuo
Piemonte	994			994
Valle d'Aosta	106			106
Lombardia	57			57
Bolzano	301			301
Trento	12			12
Veneto	543			543
Friuli Venezia Giulia	-108			-108
Liguria	903		50	853
Emilia Romagna	419			419
Toscana	207			207
Umbria	116			116
Marche	415			415
Lazio	8.091	2.079	378	5.634
Abruzzo	921	144	47	730
Molise	418	202	29	187
Campania	5.519	363	355	4.801
Puglia	630			630
Basilicata	120			120
Calabria	584			584
Sicilia	3.511	212	141	3.158
Sardegna	1.043			1.043
Italia	24.803	3.000	1.000	20.803
<i>Nord</i>	<i>3.227</i>	<i>0</i>	<i>50</i>	<i>3.177</i>
<i>Centro</i>	<i>8.829</i>	<i>2.079</i>	<i>378</i>	<i>6.372</i>
<i>Sud e Isole</i>	<i>12.747</i>	<i>921</i>	<i>572</i>	<i>11.254</i>

Fonte: elaborazioni su dati RGSEP (2007)

Tabella 3.18 Le addizionali IRPEF nelle diverse Regioni

	Anno 2002			Anno 2003			Anno 2004			Anno 2005		
	Scaglioni di reddito	Aliquota		Scaglioni di reddito	Aliquota		Scaglioni di reddito	Aliquota		Scaglioni di reddito	Aliquota	
Piemonte	fino a 10.329,14	0,9		fino a 10.329,14	0,9		fino a 10.504,74	0,9		fino a 10.672,82	0,9	
	oltre	1,4		oltre	1,4		oltre	1,4		oltre	1,4	
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Lombardia	fino a 15.493,71	1,2		fino a 15.493,71	1,2		fino a 15.493,71	1,2		fino a 15.493,71	1,2	
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3		da 15.493,72 a 30.987,41	1,3		da 15.493,72 a 30.987,41	1,3		da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	
	oltre	1,4		oltre	1,4		oltre	1,4		oltre	1,4	
Bolzano	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Trento	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Veneto	fino a 10.329,14	1,2		fino a 10.400,00	0,9		fino a 10.400,00	0,9				
	da 10.329,15 a 15.493,71	1,3		da 10.400,01 a 15.000,00	1,2		da 10.400,01 a 15.000,00	1,2				
	da 15.493,72 a 69.721,68	1,4		da 15.000,01 a 29.000,00	1,3		da 15.000,01 a 29.000,00	1,3		fino a 29.000,00	0,9	
	oltre	1,9		oltre	1,4		oltre	1,4		oltre	1,4	
Friuli Venezia Giulia	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Liguria	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Emilia Romagna	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	

Tabella 3.18 (segue)

	Anno 2002			Anno 2003			Anno 2004			Anno 2005		
	Scagioni di reddito	Aliquota		Scagioni di reddito	Aliquota		Scagioni di reddito	Aliquota		Scagioni di reddito	Aliquota	
Toscana	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Umbria	fino a 10.329,14	0,9		fino a 15.000,00	0,9		fino a 15.000,00	0,9		fino a 15.000,00	0,9	
	oltre	1,1		oltre	1,1		oltre	1,1		oltre	1,1	
Marche	fino a 15.493,71	0,9		fino a 15.493,71	0,9		fino a 15.493,71	0,9		fino a 15.500,00	0,9	
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,91		da 15.493,72 a 30.987,41	1,91		da 15.493,72 a 30.987,41	1,4		da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	
	da 30.987,42 a 69.721,68	3,6		da 30.987,42 a 69.721,68	3,6		30.987,42 a 69.721,68	3,6		oltre 31.000,01	1,4	
	oltre	4		oltre	4		oltre	4				
Lazio	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Abruzzo	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Molise	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	1,2	
Campania	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Puglia	per tutti i redditi	1,4		per tutti i redditi	1,2		per tutti i redditi	1,1		per tutti i redditi	1,1	
Basilicata	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Calabria	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	1,4		per tutti i redditi	1,4		per tutti i redditi	1,4	
Sicilia	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	
Sardegna	per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9		per tutti i redditi	0,9	

Tabella 3.18 (segue)

	Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Piemonte	fino a 10.854,26	0,9	fino a 11.071,35	0,9	fino a 15.000 euro	0,9
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
Valle d'Aosta	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Lombardia	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2	fino a 15.493,71	1,2
	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3	da 15.493,72 a 30.987,41	1,3
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre	1,4
Bolzano	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Trento	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Veneto	fino a 29.000,00 (e nelle situazioni previste dalla LR 19/2005)	0,9	fino a 28.000,00 (e nelle situazioni previste dalla LR 27/2006)	0,9	fino a 29.500,00 euro	0,9
	oltre	1,4	oltre	1,4	oltre 29.500,00 euro	1,4
Friuli Venezia Giulia	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Liguria	fino a 13.000 euro	0,9	fino a 13.000 euro	0,9	fino a 20.000 euro	0,9
	oltre 13.000 euro e fino a 20.000 euro	1,25	oltre 13.000 euro e fino a 20.000 euro	1,25	oltre 20.000 euro	1,4
	oltre 20.000 euro	1,4	oltre 20.000 euro	1,4		
	per tutti i redditi	0,9	fino a 15.000,00	1,1	fino a 15.000,00	1,1
Emilia Romagna			tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2	tra 15.001,00 e 20.000,00	1,2
			tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3	tra 20.001,00 e 25.000,00	1,3
			superiori a 25.000,00	1,4	superiori a 25.000,00	1,4

Tabella 3.18 (segue)

	Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008	
	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota	Scaglioni di reddito	Aliquota
Toscana	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Umbria	fino a 26.000,00	0,9	fino a 26.000,00	0,9	fino a 15.000,00 euro	0,9
	oltre 26.000 euro	1,1	oltre 26.000 euro	1,1	oltre 15.000 euro	1,1
Marche	fino a 15.500,00	0,9	fino a 15.500,00	0,9	fino a 15.500,00	0,9
	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2	da 15.500,01 a 31.000,00	1,2
	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4	oltre 31.000,01	1,4
Lazio	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Abruzzo	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Molise	per tutti i redditi	1,2	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Campania	fino ad euro 12.500,00 (eccetto esenzioni di legge a cui si applica l'aliquota dello 0,9)	1,1	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
	da euro 12.501,00 ad euro 15.000,00	1,2				
Puglia	oltre euro 15.000,00	1,4				
	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	fino a 28.000,00 euro	0,9
					oltre 28.000,00 euro	1,4
Basilicata	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9
Calabria	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Sicilia	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	1,4	per tutti i redditi	1,4
Sardegna	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9	per tutti i redditi	0,9

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2008)

me al Lazio per un'aliquota proporzionale. Rispetto all'entità delle addizionali bisogna rilevare come le Marche siano la Regione dove le stesse hanno toccato la punta più elevata (il 4% per i redditi superiori a 69.721,68 € nel 2004), registrando un valore quasi triplo rispetto alla più alta tra le aliquote adottate dalle altre Regioni (1,4%). Tra le novità del 2008 si segnalano:

- L'introduzione dell'addizionale regionale IRPEF in Puglia, con aliquota progressiva su due scaglioni di reddito;
- L'aumento dell'addizionale (su base proporzionale) nella regione Molise (da 1,2 a 1,4);
- La variazione del reddito imponibile di riferimento per l'applicazione delle addizionali in Piemonte, Veneto, Liguria (rivisto in aumento) e Umbria (rivisto in diminuzione).

Passando all'IRAP, l'imposta è determinata applicando al valore della produzione netta l'aliquota massima del 4,25 per cento, ma viene conferita in capo alle Regioni la facoltà di variare l'aliquota fino ad un massimo di 1,5 punti percentuali. Nell'ambito di quest'autonomia (Tabella 3.19), Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia hanno deliberato, nel corso degli anni, diversi aumenti di aliquota per alcuni soggetti giuridici (tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi) anche se, contemporaneamente e come nel resto delle Regioni italiane, sono state previste delle agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti. Tra le novità del 2008 bisogna segnalare la riduzione della maggiorazione in Umbria e Marche e il passaggio dell'aliquota IRAP al 5,25 per cento per le sei Regioni interessate dai piani di rientro.

Infine, le Regioni possono ricorrere ad aumenti sul bollo auto per coprire i disavanzi sanitari. La Legge Finanziaria 2007 ha stabilito che gli aumenti regionali (fissati nella misura massima del 10 per cento della tariffa base), intervenuti nel corso degli ultimi anni rispetto alla tariffa base per autovetture (varata con il decreto interministeriale del 27 dicembre 1997), vadano ricalcolati nuovamente prendendo a base, per conteggiare la maggiorazione, i nuovi importi approvati con la stessa Finanziaria 2007. Analoga misura è stata in un secondo momento stabilita per la tariffa relativa ai motocicli, approvata con la legge 286/06. Da ciò discende che, con riguardo a vetture e motocicli (oltre che per il rimanente parco veicoli), continuano a esistere differenze tariffarie su base regionale. In particolare le Regioni si possono classificare in quattro gruppi:

- il primo, costituito dalle Regioni nelle quali si applica la tariffa base, così come prevista dalla Finanziaria 2007, ovvero Basilicata, Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria, Valle d'Aosta;

Tabella 3.19 Le addizionali IRAP nelle diverse Regioni

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Piemonte						Banche, Assicurazioni e società finanziarie 5,25	
Lombardia	5,75		Banche, enti finanziari, imprese di assicurazione 5,25				
Veneto	4,75		Banche, altri enti, società finanziarie ed imprese di Assicurazione 5,25				
Liguria	Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni 4,75				Banche, società finanziarie e compagnie di assicurazioni 5,25		Tutti i soggetti 5,25
Emilia Romagna						Imprese rientranti nei settori di attività secondo la classificazione ATECOFIN dell'Agenzia delle Entrate 5,25	
Toscana			Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione 4,4			Banche altri enti e società finanziarie e imprese di assicurazione 5,25	
						Raffinerie petrolifere, autostrade, telecomunicazioni ed attività di intermediazione immobiliare 5,25	
Umbria			Banche, società finanziarie e imprese di assicurazione 4,75				
Marche			Per tutte le categorie e salvo le eccezioni previste 5,15				Tutti i soggetti 4,5
			Banche e enti assicurativi 5,75				
Lazio			Estrazione di minerali energetici e non energetici, fabbricazione di coke, raffineria di petrolio, trattamento di combustibili nucleari, produzione e distribuzione di energia elettrica, di gas, di vapore ed acqua calda, commercio manutenzione e riparazione di autoveicoli e motocicli, vendita al dettaglio di carburante per autotrazione, commercio all'ingrosso, esclusi intermediari del commercio, autoveicoli e motocicli, trasporti aerei. 5				Tutti i soggetti 5,25

Tabella 3.19 (segue)

	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Lazio	Fabbricazione di prodotti chimici e di fibre sintetiche ed artificiali, poste e telecomunicazioni, attività ausiliarie della intermediazione finanziaria, attività immobiliari, e noleggio di macchinari e attrezzature senza operatore e di beni per uso personale e domestico, attività radiotelevisive, attività delle agenzie di stampa 5,25						
Abruzzo	Intermediazione monetaria e finanziaria, escluse le assicurazione e i fondi pensione 5,25						Tutti i soggetti 5,25
Molise				Banche 5,75			Tutti i soggetti
Campania			Imprese appartenenti alla rete della grande distribuzione regionale 5,75				5,25
					Tutti i soggetti 4,55		Tutti i soggetti
					Banche ed enti finanziari 4,75		5,25
Calabria	Banche e altri enti finanziari, imprese di assicurazione 4,75						
Sicilia		Banche, società finanziarie, imprese di assicurazione 5,25				Tutti i soggetti	
		Imprese di raffinazione di prodotti petroliferi 5,25				5,25	

Fonte: elaborazioni su dati Ministero dell'Economia, Dipartimento per le Politiche Fiscali (2008)

- il secondo, composto dalle Regioni in cui si applica la maggiorazione del 10 per cento, ovvero Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria, Toscana e Veneto;
- il terzo, che comprende la sola regione Marche, che applica una maggiorazione del 7,98 per cento;
- il quarto, che riguarda il Molise, con un incremento pari al 7 per cento.

Va evidenziato che a decorrere dal 2007 due nuove Regioni (Liguria e Toscana) si sono avvalse della facoltà di aumento del 10 per cento.

Un secondo insieme di misure di copertura dei disavanzi è rappresentato dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria, ovvero ticket sul pronto soccorso e compartecipazioni alla spesa farmaceutica.

Rispetto al ticket sul pronto soccorso, la legge 296/2006 (Legge Finanziaria 2007) ha previsto, per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero¹⁴, che gli assistiti non esenti siano tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro, in tutto il territorio nazionale. Tale quota fissa non è, comunque, dovuta dagli assistiti di età inferiore a 14 anni. Sono fatte salve le disposizioni eventualmente assunte dalle Regioni che, per l'accesso al pronto soccorso ospedaliero, possono porre a carico degli assistiti oneri più elevati.

Rispetto all'assistenza farmaceutica convenzionata, si rileva come la stessa sia uno dei target preferenziali per le azioni di copertura dei disavanzi (Tabella 3.20), vuoi perché due misure esplicitamente previste dalla L. 405/01 vi fanno riferimento (compartecipazioni alla spesa ed interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci), vuoi perché esiste un esplicito tetto di spesa sull'assistenza farmaceutica convenzionata, pari al 14% delle assegnazioni complessive da parte dello stato centrale (inclusiva dei farmaci dispensati sul territorio per canali alternativi a quello delle farmacie aperte al pubblico e dei farmaci per pazienti ricoverati).

Una terza misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dall'Accordo del 16/12/2004, è rappresentata dalla dismissione del patrimonio e dalla relativa cartolarizzazione. La Regione Lazio è stata la prima a puntare sull'alienazione delle strutture ospedaliere. Non sono invece riconosciute come forme di copertura dei disavanzi:

- le cartolarizzazioni dei crediti, finalizzate a recuperare liquidità: con queste operazioni le aziende sanitarie cedono i crediti che vantano nei confronti di altri enti pubblici¹⁵, ad esempio la regione, con lo scopo non di ridurre il disavan-

¹⁴ La cui condizione è stata codificata come codice bianco (ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti).

¹⁵ La differenza con le operazioni di factoring risiede nel fatto che in quest'ultima vengono ceduti crediti commerciali, quindi di solvibilità meno certa rispetto ai crediti vantati nei confronti di enti pubblici.

Tabella 3.20 Le compartecipazioni alla spesa farmaceutica e l'adozione di particolari modalità distributive dei farmaci nelle diverse Regioni

Regione	Compartecipazioni alla spesa su farmaci		Farmaci in PHT	
	Compartecipazioni alla spesa / spesa farmaceutica convenzionata lorda		Incidenza su spesa per farmaci acquistati da aziende sanitarie	Spesa procapite (Euro)
	2007	2006	Anno 2006	
Piemonte	6,8%	6,9%	6,3%	15,1
Valle d'Aosta	1,1%	0,7%	6,4%	15,9
Lombardia	7,6%	7,1%	4,1%	10,1
Bolzano	6,8%	6,1%	8,2%	17,9
Trento	1,0%	0,7%	6,1%	14,2
Veneto	7,1%	6,5%	7,0%	19,1
Friuli Venezia Giulia	1,0%	0,7%	5,2%	13,2
Liguria	3,6%	2,1%	7,6%	19,4
Emilia Romagna	1,3%	0,9%	8,5%	20,9
Toscana	1,4%	0,9%	8,9%	21,5
Umbria	1,2%	0,9%	8,1%	20,4
Marche	1,3%	0,9%	5,5%	14,3
Lazio	1,5%	0,7%	3,3%	11,8
Abruzzo	3,1%	0,9%	7,4%	20,9
Molise	5,6%	4,8%	4,5%	12,0
Campania	3,9%	1,1%	8,1%	25,0
Puglia	3,6%	2,8%	5,5%	17,5
Basilicata	1,2%	0,9%	6,8%	18,7
Calabria	1,5%	0,8%	1,7%	5,7
Sicilia	7,1%	3,6%	3,6%	12,5
Sardegna	1,8%	0,7%	5,6%	16,9
Italia	4,2%	3,1%	5,7%	16,1

Nota: L'entità dei ticket sui farmaci è calcolata come incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda, che è pari al valore dei farmaci dispensati dalle farmacie convenzionate in prezzi al pubblico. I ticket sono rappresentati da quote fisse per ricetta o confezione dispensata a carico del SSN, dall'eventuale differenza tra prezzo della prescrizione e prezzo di riferimento applicato ai principi attivi per i quali sia disponibile almeno un generico nel normale ciclo distributivo regionale, prezzo di riferimento applicato in tutte le Regioni, oltre che alla eventuale applicazione di prezzi di riferimento per le categorie terapeutiche omogenee (Cavalli e Otto, 2007). Per la distribuzione diretta, l'Osservatorio sull'impiego dei medicinali dell'AIFA ha pubblicato nel 2007 la spesa per farmaci in PHT acquistati dalle aziende sanitarie e distribuiti sul territorio. Tale dato non è stato aggiornato nel 2008.

Fonte: elaborazioni su dati Osservatorio Farmaci (2008) e Ossmed (2007)

zo, ma di generare uno *stock* di liquidità in grado di allentare le tensioni di cassa. Un'esperienza di questo tipo è stata avviata in Regione Lazio, dove nel 2003 sono stati cartolarizzati i crediti vantati da SAN.IM (delegata dalle ASL a pagare i canoni di leasing) nei confronti della Regione;

- le operazioni di cessione dei crediti, finalizzate a rilevare i debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori. Esperienze di questo tipo sono state condotte dalla regione Campania, che nel 2004 ha visto partire la cessione dei crediti (fino a 430 milioni di euro) vantati dagli associati AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) nei confronti delle ASL, accumulati nel corso del 2004, e dalla regione Abruzzo (per 337 milioni di euro), dove è stata portata a termine una complessa manovra di finanza strutturata a doppio veicolo, che ha avuto come protagonisti le Asl, Dexia Crediop e Merrill Lynch, un pool di banche e F.I.R.A., la finanziaria regionale.

La Tabella 3.21 riassume le principali operazioni di ripiano dei disavanzi attivate da tutte le Regioni¹⁶.

Allegato

Come già in parte evidenziato nel § 3.1, esistono diversi dati di spesa sanitaria (con riferimento, in particolare, a quella pubblica). In estrema sintesi, l'Istat elabora dati provenienti da diverse fonti, la principale delle quali è rappresentata dal Ministero della Salute. Tali rielaborazioni portano a diversi dati di spesa sanitaria, pubblicati in differenti conti nazionali. Alcuni di questi dati vengono trasmessi all'OCSE, ai fini di comparazione internazionale.

Nel prosieguo vengono identificati, per ogni categoria di spesa (spesa sanitaria pubblica e privata, corrente e per investimenti), le fonti e le modalità di elaborazione dei dati trasmessi all'OCSE.

Spesa sanitaria pubblica corrente

Il punto di partenza è rappresentato dai dati provenienti dai flussi informativi del Ministero della Salute. Tali dati vengono forniti dalla «Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici

¹⁶ Non vengono prese in considerazione, in questa sede, le altre misure di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni, la razionalizzazione dell'organico, l'utilizzo del budget per i medici di medicina generale, l'adesione alle convenzioni Consip, la centralizzazione degli acquisti, la riduzione delle tariffe, l'introduzione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica, la fissazione di tetti per l'assistenza protesica e l'abbattimento delle tariffe per l'assistenza riabilitativa, in quanto previste in quasi tutte le regioni, e l'applicazione puntuale del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA, in quanto rappresenta, in realtà, un obbligo delle regioni. Non viene preso in considerazione, infine, l'utilizzo di fondi regionali provenienti da altri settori (misura generata dall'abolizione, a partire dal 2004, del vincolo di destinazione sulle assegnazioni per l'assistenza sanitaria).

Tabella 3.21 Quadro riassuntivo sulle principali misure di ripiano dei disavanzi adottate dalle Regioni sul versante delle entrate

Regione	Maggiorazione addizionale IRPEF	Maggiorazione IRAP	Maggiorazione bollo auto	Cartolarizzazione
Piemonte	✓	✓		
Valle d'Aosta				
Lombardia	✓	✓		
Bolzano				
Trento				
Veneto	✓	✓	✓	
Friuli Venezia Giulia				
Liguria	✓	✓	✓	
Emilia Romagna	✓	✓		
Toscana		✓	✓	
Umbria	✓	✓		
Marche	✓	✓	✓	
Lazio	✓	✓		Immobiliare *
Abruzzo	✓	✓	✓	*
Molise	✓	✓	✓	
Campania	✓	✓	✓	*
Puglia	✓			
Basilicata				
Calabria	✓	✓	✓	
Sicilia	✓	✓		*
Sardegna				

*Si segnala che la regione Lazio ha effettuato sia cartolarizzazioni immobiliari che dei crediti, mentre Abruzzo, Campania e Sicilia hanno effettuato solo cartolarizzazioni dei crediti, quindi misure non ammesse come strumenti di copertura dei disavanzi.

di sistema» del Ministero della Salute e rilevati tramite i modelli CE, nell'ambito del SIS (Sistema Informativo Sanitario). I dati derivanti dal SIS, pubblicati nella Sezione Sanità del Volume Secondo e Terzo della RGSEP (Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese), sono in linea di massima quelli utilizzati nel presente capitolo per le serie storiche nazionali sulla spesa sanitaria corrente pubblica (ovvero dalla Tabella 3.7 in poi, esclusa la Tabella 3.8 – cfr. *infra*).

Tali dati vengono rielaborati, ottenendo il Conto Economico Consolidato del-

le ASL e delle Aziende Ospedaliere (Tabella CN34 del Volume Primo della RGSEP) (dato non utilizzato nel presente capitolo). Le principali elaborazioni sono rappresentate dalla: (i) valutazione delle uscite al netto delle entrate proprie delle aziende sanitarie; (ii) rielaborazione dei dati secondo il sistema SEC95; (iii) stima dei dati di ammortamento (stime derivanti dai dati di contabilità nazionale¹⁷) e del risultato netto di gestione; (iv) «spalmatura» di alcune voci (quali sopravvenienze ed insussistenze) sulle relative voci di spesa secondo le indicazioni fornite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (il totale di tali voci rimane comunque identico a quello dei dati originari di bilancio).

Successivamente viene elaborato il Conto Economico Consolidato della Sanità (Tabella CN38 del Volume Primo della RGSEP) (dato non utilizzato nel presente capitolo), che di fatto rileva tutta la spesa sanitaria pubblica corrente riferita al complesso della Pubblica Amministrazione, esclusa la spesa sostenuta dal Ministero della Salute. Le principali elaborazioni sono rappresentate: (i) dall'aggiunta dei costi sostenuti da altri enti pubblici (comuni, province, stato) per servizi sanitari (quali, ad esempio, costi per la profilassi di malattie infettive); (ii) dall'aggiunta del costo della Croce Rossa Italiana (i costi di altri enti, quali l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, vengono inclusi nell'ambito della ricerca e non della sanità). Le uscite in Tabella CN38 vengono classificate in quattro voci: «prestazioni», ovvero uscite per l'erogazione di prestazioni sanitarie (92,5% del totale delle uscite); «contribuzioni diverse» degli enti pubblici, rappresentate dai finanziamenti ad enti quali Croce Rossa Italiana, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, Università per borse di studio specializzandi, ecc.) (cfr. Nota a Tabella 3.7) (1,2% del totale); «servizi amministrativi» (5,1% del totale), ovvero le spese per servizi amministrativi delle aziende sanitarie, ottenute sommando la spesa per il personale appartenente al ruolo amministrativo, una quota della spesa del personale appartenente al ruolo professionale ed una quota della spesa per beni e servizi; «altre uscite», rappresentate in gran parte da interessi passivi (1,2% del totale). La voce «prestazioni» confluisce nel Conto Prestazioni di Protezione Sociale (Tabella TS3, contenuta nel Volume Secondo della RGSEP), elaborato secondo il sistema SESPROS96 (Sistema delle statistiche integrate della protezione sociale) (dato utilizzato nella Tabella 3.8 del presente capitolo, in cui si sono confrontate le diverse voci di spesa pubblica per prestazioni legate al sistema di *welfare*).

Aggiungendo al dato delle uscite della Tabella CN38 la stima Istat della spesa del Ministero della Salute, si arriva al dato trasmesso all'OCSE come «spesa sanitaria pubblica corrente».

¹⁷ Il dato degli ammortamenti non è infatti preso in considerazione dal Ministero della Salute. Ciò è motivato dalla disomogeneità (maggiore rispetto ad altre voci) delle informazioni provenienti dai bilanci delle aziende sanitarie, dovuta alle differenti strategie in materia di sterilizzazione degli stessi ed alla differente valutazione del patrimonio iniziale (cfr. anche Note alla Tabella 3.7).

Spesa sanitaria pubblica per investimenti

Fino al 1996 il dato di spesa sanitaria pubblica in conto capitale veniva desunto dagli RND delle aziende sanitarie. Dal 1996, non essendo tale dato più disponibile, viene elaborata una stima a partire dal Conto consolidato di cassa della sanità (dati Ministero dell'Economia e delle Finanze) (Tabella ES3, Volume Secondo della RGSEP, voce «Pagamenti di capitali»). Tale voce ammonta nel 2007 a 2.372 milioni di Euro (+3,2% rispetto al 2006), pari al 2,3% della spesa sanitaria pubblica totale. Il dato non viene riportato nel presente capitolo, se non per il fatto che è incluso nella spesa sanitaria complessiva del Database OCSE.

Spesa sanitaria privata corrente

I dati sono desunti da rilevazioni campionarie dei consumi delle famiglie, integrati da informazioni «ad hoc» su alcune prestazioni sanitarie (quali l'acquisto di farmaci). Tali dati sono contenuti nella Tabella CN23 del Volume Primo della RGSEP. La spesa privata per prestazioni sanitarie si distingue in «spesa per prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico», «spesa per servizi ambulatoriali» e «spesa per servizi ospedalieri» (17,3% del totale). Il dato complessivo della spesa sanitaria privata è usato in Tabella 3.7, sotto la voce «spesa sanitaria privata corrente». Viene anche riportato il dettaglio per voce di spesa nella Tabella 3.10). Per maggiori dettagli sulle fonti informative della spesa sanitaria si rimanda a Cavalli et al. (2007).

Spesa sanitaria privata per investimenti

Tale spesa viene stimata a partire dalla voce di contabilità nazionale «investimenti fissi lordi», riferita alla «sanità e servizi sociali». Da tale voce vengono sottratte le spese per investimenti pubblici (cfr. *supra*): la restante quota viene divisa tra sanità e servizi sociali, sulla base di stime dell'Istat.

Bibliografia

- Anessi Pessina E. (2005), «L'equilibrio economico dei SSR e delle loro aziende nel biennio 2001-2002», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Cavalli L., Jommi C., Lecci F. (2007), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Cavalli L., Otto M. (2007), «Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica: un quadro delle iniziative adottate», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.

Istat (2008), *Statistiche demografiche* (<http://demo.istat.it/pop2007/index.html>) (ultimo accesso, 14 Luglio 2008).

Jommi C. Lecci F. (2005), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.

Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*.

OECD (2006), *OECD Health Data 2006*, OECD.

Ossmed (2007), *L'uso de farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006*.

Osservatorio Farmaci, CERGAS (2008), *Report 21. Report annuale per il 2007*.

Osservatorio Farmaci, CERGAS, Aprile 2008.

4 Lo sviluppo dell'Health Technology Assessment in Italia: contenuti, approcci e riferimenti internazionali

di Giovanni Fattore, Maria Caterina Cavallo e Rosanna Tarricone¹

4.1 Introduzione

Negli ultimi anni, il termine *Health Technology Assessment* (HTA) è entrato nel dibattito di politica sanitaria e sta attraendo sempre più l'attenzione del Servizio sanitario nazionale (SSN) e di alcune regioni. Se da un lato l'interesse per l'HTA è una novità sul piano della *policy*, dall'altro è importante riconoscere che riflessioni sulla valutazione delle tecnologie sono state proposte da tempo dalla comunità scientifica italiana come testimoniano, tra l'altro, un articolo di Del Vecchio (1992) sul primo numero di *Mecosan* e la presenza di diversi italiani nel dibattito internazionale (Liberati al., 1997; France, 2000; Sassi 2003; Grilli e Taroni, 2006). Inoltre, se il termine HTA è rimasto nell'oblio per diversi anni, forse anche perché sostanzialmente dimenticato dalle riforme sanitarie del 1992-93 e del 1999, l'approccio e gli strumenti operativi che lo caratterizzano sono abbastanza diffusi nel lavoro dei diversi livelli del SSN e fanno parte del patrimonio culturale di diversi operatori del sistema sanitario e delle aziende fornitrici.

Se i temi dell'HTA non sono una novità sul piano dei contenuti, lo sono invece in termini di ruoli istituzionali e funzioni apertamente attribuitegli dal SSN. Il dibattito attuale è investito da questioni come «l'HTA deve essere maggiormente istituzionalizzato nel SSN?», «Se sì, quali assetti istituzionali ed organizzativi si possono immaginare?», «Con quali rapporti tra stato e regioni?». E, più in generale «Quale mandato dovrebbero avere le attività di HTA? Con quale ruolo per le dimensioni di valutazione di natura maggiormente sociale, come quella organizzativa ed economica?». Il presente capitolo tiene come riferimento queste domande, con l'intento di fornire materiale per la discussione e di promuovere un dibattito informato sulle potenzialità dell'HTA in Italia.

¹ Questo capitolo è tratto da un *Working Paper* commissionato da Farminindustria, che si ringrazia. Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, il § 4.5.2 è da attribuirsi a Maria Caterina Cavallo, il § 4.5.3 a Rosanna Tarricone, i restanti paragrafi a Giovanni Fattore.

L'obiettivo del capitolo non è pertanto dare risposte alle domande di *policy*, che inevitabilmente devono scaturire dal confronto politico-istituzionale, ma di contribuire alla discussione, creando un ponte tra comunità scientifica e decisioni di politica sanitaria.

Il capitolo è organizzato in cinque paragrafi, oltre all'introduzione. Nel § 4.2 si propone una serie di motivazioni che stanno alla base del rinnovato interesse per l'HTA, illustrando come esse siano riconducibili ai temi del controllo della spesa, ma anche del governo della diffusione delle tecnologie e dei comportamenti professionali secondo logiche di razionalità caratteristiche dei principi di *evidence-based medicine*. Il § 4.3 propone una riflessione sulla definizione e i contenuti dell'HTA, mettendo in risalto alcune criticità caratteristiche del tentativo di creare un ponte tra conoscenza e pratica. Nel successivo § 4.4 si approfondisce il contenuto di alcune pratiche di HTA da un punto di vista maggiormente concreto, per permettere al lettore di farsi un'idea più precisa dei suoi contenuti operativi e delle competenze che coinvolge. Per diversi aspetti, il § 4.5 approfondisce il precedente perché propone tre esperienze concrete di HTA istituzionalizzato, quelle del Regno Unito, della Germania e della Francia.² Conclude il capitolo un paragrafo di riflessioni, che non intendono porsi come conclusioni, ma semplicemente come temi su cui richiamare l'importanza di un dibattito più specifico e approfondito, con il pieno contributo anche dei diversi portatori d'interesse dell'ampio mondo delle tecnologie sanitarie.

4.2 Perché l'Health Technology Assessment

Perché l'*Health Technology Assessment* attrae tanta attenzione in questo momento? Perché valutare le tecnologie è così importante? Si può ritenere che l'interesse per l'HTA abbia tre motivazioni fondamentali, tutte rilevanti e coerenti con i problemi caratteristici dei sistemi sanitari dei paesi europei.

La prima motivazione è legata alla maturazione, e per diversi aspetti all'allargamento dello spazio della *Evidence-Based Medicine* (EBM). Pratiche professionali fondate sulle prove di efficacia richiedono informazioni e dati sugli strumenti professionali: farmaci, dispositivi ed altre tecnologie sanitarie. In altre parole, l'EBM si sovrappone in larga misura all'HTA, proponendo criteri e strumenti per la valutazione delle dimensioni di sicurezza ed efficacia. Per certi aspetti, addirittura, l'HTA risponde alla necessità di andare oltre i paradigmi che cercano prove di efficacia per orientare i comportamenti professionali, per seguire una prospettiva più ampia, in grado di cogliere la molteplicità delle dimensioni di valutazione delle scelte in sanità. In sostanza, per concludere sulla prima motivazio-

² Per una presentazione più ampia della panoramica internazionale si veda (Gazzaniga e Mazzei, 2003)

ne, l'HTA attrae interesse perché è la generale ricerca della razionalità su basi empiriche promossa dall'EBM che suggerisce l'utilità del lavoro di valutazione delle tecnologie sanitarie.

La seconda motivazione per cui l'HTA è nell'agenda politico-scientifica in Europa riguarda la dimensione macro-economica dei sistemi sanitari. I sistemi europei, in cui rimane forte la volontà di mantenere un accesso universale e garanzie relativamente ampie, intravedono nell'HTA lo strumento per filtrare la diffusione delle nuove tecnologie in modo da contenere la spesa e aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'offerta dei servizi (Fattore 2004). In questo senso l'HTA è principalmente concepito come strumento di governo dei sistemi e delle aziende, con una forte enfasi alla solidità e robustezza delle evidenze di efficacia e di costo-efficacia per limitare e rendere più appropriato l'utilizzo delle risorse. Su questo aspetto è utile ricordare che è il mercato americano il luogo dove molte tecnologie nascono e si affermano, in base agli incentivi e alle convenienze che esso crea a produttori, operatori e utilizzatori. Il mercato americano, nettamente più ricco e non votato all'universalismo, crea un ambiente tendenzialmente più favorevole alla diffusione delle tecnologie. L'Europa, d'altronde, di fronte ad un'offerta tecnologica oltre oceano più ampia (anche se magari solo per un segmento della popolazione), appare costretta a nuove forme di razionalità che giustifichino limitazioni, prezzi più contenuti e comunque politiche di governo maggiormente attive. In questo senso l'HTA in Europa è concepito come strumento per governare la compatibilità macroeconomica dei sistemi sanitari, mentre negli Stati Uniti esso mantiene un profilo meno economico, perché viene data fiducia ai meccanismi di autoregolazione del mercato.

Un terzo motivo per cui l'HTA è nell'agenda politica e scientifica riguarda l'affermazione del management sanitario e di paradigmi gestionali ed organizzativi specifici per il settore dei servizi di tutela della salute. Le organizzazioni sanitarie sono state definite burocrazie professionali ad elevata complessità (Mintzberg 1996), che non riescono ad essere gestite con strumenti tradizionali, caratteristici di altre imprese di servizi. In particolare, l'autonomia professionale dei medici e la loro responsabilità nei confronti dei pazienti ancor prima che delle aziende a cui appartengono pone il problema di come mantenerli *accountable* verso le organizzazioni per cui lavorano e con quali strumenti orientarne e misurarne l'operato. EBM e HTA sono particolarmente utili proprio per affrontare questo problema. I risultati del lavoro di ricerca scientifica possono diventare il parametro su cui sviluppare i sistemi di gestione nelle aziende sanitarie. Il rispetto delle linee-guida, valori di utilizzo coerenti con dati di appropriatezza, protocolli frutto di evidenze scientifiche condivise dalla comunità scientifica diventano la metrica con cui misurare i comportamenti professionali. Negli anni '90 l'introduzione dei DRG, oltre a consentire un nuovo sistema di finanziamento, ha messo a disposizione un sistema di misurazione economica dell'output dell'attività ospedaliera che ha rivoluzionato i sistemi di gestione: gli amministratori degli

ospedali hanno potuto misurare, sebbene in modo relativamente grezzo, la produttività dei propri «impianti produttivi» (i reparti) costruendo indicatori di sintesi in cui input (risorse) ed output sono espressi in termini monetari. Con l'HTA e l'EBM viene fornito al management un ulteriore strumento di gestione in grado, anche se in modo parziale, di misurare l'efficacia e la razionalità economica delle scelte. Infatti, solo le credenziali di evidenze scientifiche, cioè il lavoro di ricerca sottostante, possono permettere al management di confrontarsi con il lavoro professionale. Ad esempio, quando il management contesta una bassa aderenza alle indicazioni di una linea guida, utilizza l'autorità di chi l'ha prodotta per raggiungere uno scopo che, nei fatti, riguarda l'esercizio della funzione di direzione. Per semplificare, l'HTA è anche un potenziale elemento a supporto della gestione, in quanto permette di creare strumenti con cui misurare e valutare l'operato professionale in modo razionale e credibile.

4.3 Contenuto e confini del Health Technology Assessment

4.3.1 Gli elementi di una definizione

Proporre una definizione di HTA e discuterne i contenuti e le implicazioni può aiutare a chiarire l'oggetto di questo contributo e a proporre una serie di riflessioni utili alla discussione che si sta sviluppando in Italia. Prendendo spunto da diverse definizioni proposte in letteratura (Henshall et al. 1997, Goodman 1998, Velasco-Garrido e Busse 2005) si propone la seguente definizione di HTA: «un'attività di ricerca finalizzata a supportare le decisioni e la loro attuazione in relazione all'adozione e all'utilizzo delle tecnologie sanitarie». Si tratta di una definizione relativamente concisa, che può essere ulteriormente articolata come mostrato nelle prossime pagine.

Il primo elemento della definizione è il riferimento all'attività di ricerca. L'HTA è un'attività di ricerca che, in quanto tale, deve seguire le logiche e gli strumenti del metodo scientifico. Questo richiamo serve a sottolineare il ruolo delle conoscenze come punto di riferimento di decisioni razionali. L'HTA richiama apertamente il movimento della *Evidence-Based Medicine* (EBM) e in generale un movimento internazionale e interdisciplinare che sottolinea l'importanza delle evidenze scientifiche nella formulazione di raccomandazioni e proposizioni normative. Chiaramente, il concreto significato attribuito al lavoro di ricerca e al valore di determinati disegni di ricerca rispetto ad altri, dipende da una serie di presupposti epistemologici e metodologici ed è un tema che merita particolare attenzione. In ogni caso, è importante sottolineare che accostare l'HTA al movimento dell'EBM significa proporre un paradigma «forte» della conoscenza, che richiama «provate» relazioni causa-effetto e la fiducia nella diffusione di pratiche ispirate a evidenze generalizzabili. Malgrado ciò, ri-

mane spazio per un'interpretazione delle evidenze che tenga conto delle specificità delle tecnologie, dei tempi decisionali (*infra*) e dei diversi orientamenti metodologici delle discipline scientifiche interessate all'HTA. Quello che, in ogni caso, caratterizza il lavoro di ricerca è la volontà di conoscere tramite la raccolta e l'analisi di dati empirici e il rifiuto di impostazioni aprioristiche ed ideologiche.

Il secondo elemento della definizione caratterizza l'HTA come lavoro di ricerca *action-oriented*. Cosa ricercare, con quali obiettivi e tempi e, per diversi aspetti, anche con quali metodi dipende dal problema decisionale. Anzi, l'HTA fa dipendere il lavoro di ricerca dal problema decisionale, piuttosto che dal bisogno di «sapere» o dall'interesse strettamente scientifico. In questo senso il lavoro di ricerca dell'HTA, che è al servizio di una necessità concreta, si sostanzia in generazione di ipotesi e loro verifica empirica con vari strumenti ed è rivolto a produrre *actionable research*, ossia a generare conoscenze in grado di orientare decisioni specifiche e rilevanti. A prima vista, il richiedere che la ricerca si orienti a prodotti utili appare banale. In realtà, sottoporre il lavoro di ricerca alle problematiche del «fare» crea una serie di difficoltà al ricercatore sul piano del metodo scientifico. I tempi delle decisioni sono spesso diversi da quelli della ricerca e soprattutto da quelli necessari per generare evidenze forti rispetto ai paradigmi delle comunità scientifiche. Inoltre il metodo scientifico, almeno secondo i paradigmi più tradizionali, presuppone un atteggiamento di neutralità del ricercatore, che appare ben diverso dai meccanismi che governano le decisioni di adozione delle tecnologie. In sostanza, i criteri decisionali presuppongono logiche profondamente diverse da quelle fatte proprie dalla comunità scientifica e creano così una tensione tra ricerca e decisioni che è una delle caratteristiche principali dell'HTA.

Il terzo elemento della definizione è «tecnologie sanitarie». Il termine è sufficientemente ampio (e forse vago) per poter essere adattato a esigenze diverse. Ad esempio, una visione «ristretta» di tecnologie potrebbe includere soltanto prodotti «tecnologici» di natura materiale e che durano nel tempo (il tomografo o il *pace-maker*). D'altra parte, per tecnologia si può intendere anche un farmaco (che è comunque un prodotto materiale che incorpora sofisticate conoscenze) o un programma di prevenzione che fa leva su strumenti volti a cambiare i comportamenti individuali. Difficilmente si potrebbe sostenere che l'HTA non riguardi tomografi e *pace-maker*, ma l'inclusione di farmaci, vaccini e campagne di prevenzione (basate su una varietà di strumenti) può avere implicazioni rilevanti perché allarga il campo di interesse e ne aumenta l'eterogeneità. Come approfondito più avanti, la definizione del territorio dell'HTA sul piano dell'oggetto d'indagine non riguarda il mondo della ricerca, ma quello delle decisioni che, proprio per la natura *action-oriented* dell'HTA, è chiamato a porsi il problema di quali decisioni vuole sottoporre al lavoro di *assessment*.

4.3.2 Le criticità di una definizione di HTA

Il tema del rapporto tra ricerca e decisioni è caratteristico dell'HTA e pone quattro criticità.

La prima criticità, di ordine generale, riguarda i paradigmi sottostanti il lavoro di ricerca e i sistemi decisionali nella sanità. La ricerca si legittima nel metodo e tramite un lavoro di controllo di comunità scientifiche autonome, con regole, procedure e meccanismi di socializzazione. Tipicamente, il mondo della ricerca lavora per specializzazioni disciplinari (di conoscenze settoriali o rispetto ai metodi e paradigmi d'indagine), lasciando sullo sfondo la complessità dei problemi reali e, ancora oggi, dando spazio molto limitato all'interdisciplinarietà. Il mondo delle decisioni in sanità è invece un mondo operativo con meccanismi di fertilizzazione professionale, organizzativa e sociale sempre più rilevanti. Tipicamente, esso è organizzato in sistemi complessi sia a livello micro (la centralità del paziente con una molteplicità di bisogni assistenziali da coordinare), sia a livello macro (decisioni di politica sanitaria che coinvolgono e portano a sintesi una varietà di interessi). Questi due mondi dialogano da tempo, ma con grandi difficoltà, che riflettono modelli cognitivi, forme di razionalità e strumenti di lavoro diversi. La complessità del rapporto tra ricerca e decisioni è visibile nei nostri sistemi sanitari in varie manifestazioni. Un primo esempio è la difficoltà di combinare assistenza e ricerca nelle strutture universitarie o di ricerca. La complessità dei modelli di *governance* ed organizzativi e il conflitto tra componente di ricerca e componente di assistenza evidenzia la distanza tra i due mondi e le difficoltà di trovare un equilibrio. Un altro esempio è la difficoltà dell'HTA di incidere sui comportamenti professionali e in generale sulle decisioni concrete. Anche nelle realtà più avanzate, dove l'HTA è istituzionalizzato da tempo e il clima culturale appare particolarmente favorevole, si riscontra un basso livello di traduzione delle raccomandazioni del mondo della ricerca in azioni concrete. Nei fatti, spesso, l'HTA non riesce a fare l'ultimo miglio, quello cioè che concretizza la raccomandazione in una decisione concreta ad essa coerente (House of Commons 2007).

La seconda criticità riguarda la multidisciplinarietà. Tipicamente, quando si propone una definizione più articolata di HTA, si fa riferimento a valutazioni di affidabilità tecnica e sicurezza; di efficacia (con la differenziazione inglese tra *efficacy* ed *effectiveness*); di natura economica (analisi costi-efficacia, costi-utilità, costi-benefici), finanziaria (impatto sui «budget» di spesa), organizzativa e gestionale; di carattere etico; di equità. Si tratta di un elenco non esaustivo, ma che comunque individua numerose discipline scientifiche, anche distanti tra loro, che dovrebbero contribuire a produrre conoscenza: dalle specifiche branche cliniche d'interesse della tecnologia all'ingegneria (che nei fatti è una disciplina applicata molto eterogenea), dall'epidemiologia all'analisi delle decisioni, dall'economia alle discipline organizzative (che oltre all'economia sono legate ai saperi sociologici e psicologici), dalla contabilità (necessaria per fare credibili analisi dei costi)

alla filosofia della politica (per approfondire il significato di equità). Questa criticità è quindi interna al mondo scientifico, che è organizzato per discipline (omogeneità nei paradigmi e nei metodi di ricerca) e ha difficoltà a lavorare in modo trasversale tra le discipline stesse. D'altra parte, non è pensabile che i decisori parcellizzino i processi decisionali: nella pratica concreta dei sistemi sanitari si decide non per discipline, ma su problemi concreti, mettendo assieme gli input provenienti da saperi diversi e, possibilmente, da contributi interdisciplinari.

La terza criticità concerne i livelli decisionali coinvolti. La definizione di HTA proposta utilizza il termine «decisione» per far sì che vengano inclusi livelli di azione diversi. Spesso, nella letteratura, si fa riferimento a tre livelli variamente denominati. Le espressioni più frequenti sono macro, meso e micro, che lasciano chiaramente ampi margini di incertezza ed ambiguità, oppure livello di *policy*, organizzativo (manageriale o aziendale) e professionale (Fattore e Torbica 2006). Riteniamo quest'ultima classificazione più utile perché più precisa e maggiormente in grado di delineare diversi ambiti concreti in cui vengono prese decisioni rilevanti. Per esemplificare i tre livelli si può fare riferimento alla Fertilizzazione in Vitro con Embryo Transfer (FIVET). Il livello di *policy* riguarda l'ammissibilità e la copertura della tecnica, eventualmente con specificazioni e limitazioni di vario tipo, e la produzione di linee-guida ed altre raccomandazioni. Evidentemente supportare le decisioni di *policy* in questo caso significa indagare la sicurezza e l'efficacia della tecnica (con studi adeguati), il suo costo e profilo economico (in termini di costo-efficacia e costo-benefici), il suo profilo etico e di giustizia sociale. Può fare riferimento a questo livello di intervento un lavoro di ricerca a supporto della programmazione sanitaria e su temi quali le dimensioni minime di attività, i requisiti rispetto a volumi e tipologie di servizi, i meccanismi di coordinamento tra le strutture. Il livello decisionale di *policy* è chiaramente distinto da quello organizzativo, dove le politiche vengono declinate rispetto ad una missione aziendale e a un contesto specifico di riferimento. Il profilo etico assume un diverso valore, in quanto identifica una consapevolezza della problematica, ma non dovrebbe produrre decisioni fortemente autonome, che spettano alle politiche; l'analisi finanziaria ed organizzativa assume maggiore rilevanza, perché l'azienda o l'unità organizzativa deve garantire un proprio equilibrio; inoltre, diventa centrale il momento dell'*effectiveness*, della misurazione cioè del beneficio sanitario in condizioni di «normalità» e non – come avviene per l'*efficacy* – in condizioni di ottimalità teorica registrata in studi clinici sperimentali. Infine, è importante riconoscere un livello professionale: il professionista opera con un certo margine di autonomia sia rispetto alle politiche che alle decisioni aziendali. Anche in presenza di protocolli, raccomandazioni, *routine* e pratiche consolidate rimane comunque uno spazio in cui il professionista decide su aspetti rilevanti; questo spazio di autonomia può essere esercitato in modo più o meno informato rispetto alle evidenze scientifiche di varia natura. Richiamare questi tre livelli è importante perché ognuno riflette specifici problemi decisionali. Il livello di *poli-*

cy è tipicamente chiamato a gestire una dimensione di comunità, garantendo con la razionalità di alcune regole generali (la registrazione del prodotto, la copertura da parte del sistema pubblico, i meccanismi di finanziamento) e di altri strumenti (linee-guida e raccomandazioni) che la comunità di riferimento possa accedere in modo equo a servizi con determinate caratteristiche (ad esempio di sicurezza ed efficacia). Ma tipicamente le decisioni a livello di *policy* non sono immediatamente operative; esse sono realizzate o «implementate» da un sistema di aziende e dai professionisti che in esse lavorano. Una volta definito un quadro regolatorio e un sistema di linee-guida, l'effettiva erogazione dei servizi dipende da una serie di decisioni a livello aziendale, che possono includere le risorse (finanziarie e di personale) allocate al servizio, i protocolli di lavoro, la costruzione di un prontuario, l'acquisto della tecnologia, la promozione del servizio nella comunità. È evidente, anche se spesso trascurato, che persino la migliore delle politiche sanitarie lascia ampio spazio a decisioni rilevanti a livello aziendale che possono beneficiare del contributo dell'HTA. Infine, sarebbe comunque miope non riconoscere che rimane un ampio spazio di autonomia professionale a livello operativo che può essere utilizzata per decisioni più o meno razionali. L'adozione di un determinato protocollo specifico, la decisione sul singolo paziente, lo stesso orientamento rispetto all'innovazione sono anche il frutto di decisioni e azioni a livello del singolo professionista, sebbene costrette e guidate in spazi organizzativi e di *policy*. In questo senso è importante riconoscere anche il singolo professionista come possibile destinatario delle attività di HTA.

La quarta criticità, infine, concerne l'implementazione. La definizione proposta ricorda che la decisione per se stessa non produce risultati, perché deve passare attraverso una fase attuativa. Non basta che si decida quale terapia sia adeguata in una certa circostanza; essa deve essere prescritta e somministrata ai pazienti nelle quantità e nei modi previsti. Non si tratta di un tema da poco: l'effettivo impatto dell'HTA dipende anche da come (e se) le decisioni «informate» vengono concretamente attuate. Alcuni esempi possono aiutare a comprendere l'importanza di quest'aspetto. A livello di politiche, l'HTA si può concretizzare in decisioni per cui l'attuazione è automatica o quasi (ad esempio l'esclusione o l'inclusione nel prontuario), oppure che richiedono un grande sforzo attuativo (ad esempio l'emanazione di linee-guida). L'effettiva applicazione di linee-guida richiede un lavoro di disseminazione, contestualizzazione, spiegazione, raccolta di dati e valutazione dell'aderenza che può essere ben più impegnativo di quello della semplice redazione delle stesse. Le stesse note AIFA, che in realtà sono provvedimenti specifici e relativamente facili da accertare, sono disattese in alcune regioni perché non sono disponibili adeguati mezzi per controllarne il rispetto. Passando ai livelli più bassi, il problema rimane: decidere di fare non corrisponde a fare perché spesso la decisione di cambiamento non viene sufficientemente riconosciuta e trova resistenze ed ostacoli. Si è deciso di sottolineare questo aspetto dell'HTA perché particolarmente associa-

to all'importanza del management sanitario. La complessità delle organizzazioni sanitarie e l'autonomia professionale rendono problematico il rapporto tra decisione ed azione, richiedendo specifici interventi sul lato della formazione, della misurazione, della rendicontazione, della motivazione e di altre tematiche specificamente manageriali.

4.4 L'Health Technology Assessment in concreto

Questo paragrafo esamina in concreto il lavoro di HTA, facendo riferimento ai livelli di *policy* e organizzativo. Per entrambi i livelli si sono consolidati modelli di HTA intesi come attività istituzionali in cui viene svolto un lavoro di valutazione strutturato e sistematico.

4.4.1 Le fasi dell'HTA

Selezione dell'oggetto della valutazione (fase 1)

La prima fase riguarda la selezione del tema oggetto della valutazione e la sua specificazione. Le tecnologie valutabili sono decine di migliaia e, dato il costo ed i tempi del lavoro di valutazione, è fondamentale selezionare l'oggetto della valutazione con attenzione. La decisione di «cosa» valutare è importante e può essere assunta con il supporto di criteri e procedure strutturate. Ciò nondimeno, è spesso anche di natura politica e quindi può vedere protagonista l'istituzione a cui sono rivolte le future indicazioni o raccomandazioni. È importante anche chiarire che la decisione su cosa valutare può essere orientata da una varietà di criteri: dalla rilevanza economica a quella epidemiologica, dalla percezione di un elevato rischio di inappropriatezza alla volontà di supportare interventi di razionalizzazione nell'offerta dei servizi. In ogni caso, questa prima fase è particolarmente critica perché fa attrarre l'attenzione su una specifica tecnologia, spesso sulla base di informazioni, seppure incerte e parziali, che suggeriscono quali risultati potrebbero emergere dal lavoro di ricerca.

Selezione e organizzazione del gruppo di lavoro (fase 2)

Una volta definito l'oggetto d'indagine, la valutazione viene affidata ad uno o più soggetti che lavorano secondo schemi generalmente strutturati e codificati. Tipicamente questi esperti hanno il mandato di produrre alcuni documenti, eventualmente anche tramite processi di consultazione, di sintetizzare le evidenze disponibili e il loro valore, di indicare il lavoro di ricerca che andrebbe sviluppato per migliorare il livello delle conoscenze e di formulare raccomandazioni rispetto all'utilizzo della tecnologia.

Questa fase presenta due criticità importanti. In primo luogo, richiede un'elevata professionalità tecnico-specialistica ed è quindi essenziale la qualità del pro-

cesso di reclutamento e gestione degli esperti che partecipano alla valutazione. La seconda criticità riguarda la necessità di gestire il tema del conflitto d'interessi. La selezione in base alle competenze e la gestione dei potenziali conflitti d'interesse sono elementi da considerare con particolare attenzione e secondo procedure codificate.

Raccolta e sintesi delle evidenze (fase 3)

La terza fase riguarda la raccolta delle evidenze rispetto alla tecnologia. Esse riguardano innanzitutto le evidenze sulla sicurezza, l'efficacia e l'impatto economico ed organizzativo, ma possono includere anche analisi dei bisogni della popolazione, delle modalità tecniche di utilizzo della tecnologia stessa, dei percorsi diagnostico-terapeutici collegati. In questa fase i valutatori raccolgono tutte le evidenze disponibili, le analizzano e valutano, le classificano e le sintetizzano in modo da ottenere giudizi utili per dare indicazioni pratiche. È anche possibile che in questa fase si organizzi la raccolta di nuovi dati primari, ma non è una prassi frequente, date le evidenti implicazioni in termini di tempo necessario per condurre nuovi studi. Tipicamente, l'HTA si configura come un lavoro di ricerca «secondario» finalizzato a sintetizzare un lavoro di ricerca primaria fatto da altri, eventualmente identificando la necessità di nuovi dati. In sostanza, l'HTA raccoglie, analizza, valuta, sintetizza le evidenze disponibili, piuttosto che generarne di nuove.

Raccomandazioni (fase 4)

La quarta fase riguarda il lato normativo delle attività di HTA: la produzione di raccomandazioni per il sistema di istituzioni per cui il lavoro è stato svolto. È questa la fase in cui si raccomanda l'utilizzo o il non utilizzo di una determinata tecnologia, per determinati pazienti, all'interno di determinati percorsi diagnostico-terapeutici, in determinati ambiti organizzativi. Queste raccomandazioni sono generalmente corredate da valutazioni di sintesi sulla solidità delle evidenze disponibili, da indicazioni su dove concentrare un ulteriore sforzo di ricerca, da raccomandazioni sui sistemi di monitoraggio e da stime sull'impatto finanziario.

La terza e la quarta fase sono di natura tecnica e sono gestite da esperti, tipicamente chiamati a lavorare sul progetto con un supporto operativo, che è generalmente di natura tecnico-amministrativa e metodologica (di supporto alla raccolta dei dati e con esperienza specifica nei processi dell'HTA). Frequentemente, comunque, il lavoro degli esperti riceve input direttamente dalla molteplicità degli *stakeholder* interessati all'esito della valutazione o comunque di portatori di interessi rilevanti. Pertanto, sempre di più i modelli di HTA prevedono consultazioni con società scientifiche e di rappresentanza dei pazienti e richiedono un confronto esplicito tra i valutatori e chi vende o promuove la tecnologia. Gran parte delle evidenze, infatti, è sottoposta alla valutazione dall'azienda che produ-

ce la tecnologia interessata e in diversi paesi è previsto un confronto tra *stakeholder* e valutatori sia nella fase di raccolta delle evidenze, sia in quella di formulazione delle raccomandazioni prima della loro stesura finale.

Comunicazione (fase 5)

La quinta fase riguarda la comunicazione dei risultati della valutazione. Proprio perché l'HTA è orientata a produrre *actionable knowledge*, è importante che il lavoro di valutazione venga tradotto in messaggi comprensibili per i diversi soggetti interessati. Anche questo è un aspetto critico, perché la natura scientifica dell'HTA richiede che la comunicazione rimanga scientificamente corretta, ma l'audience professionale ed operativa richiede messaggi semplificati e concisi, utilizzando un linguaggio non eccessivamente tecnico. Per questo motivo il lavoro di valutazione deve generalmente condurre a documenti diversi, coerenti tra loro, che permettano ai differenti utilizzatori di trovare il livello di approfondimento adeguato. Tipicamente, pertanto, il lavoro di disseminazione parte dalla predisposizione di un rapporto completo, in cui gli aspetti più tecnici sono riportati nell'appendice, e di diverse sintesi (*summary*) che devono essere scritte e pensate per destinatari diversi (ad esempio distinguendo tra la comunità scientifica in senso stretto e gli operatori) (Velasco-Garrido et al., 2002). Alla predisposizione dei documenti finali contenenti le raccomandazioni deve fare poi seguito un lavoro di disseminazione in termini di concreta diffusione delle stesse, che è una delle leve principali per garantire l'utilità concreta del lavoro di valutazione.

La concretizzazione delle raccomandazioni (fase 6)

Come richiamato precedentemente, è solo la concreta traduzione di raccomandazioni e indicazioni che rende utile l'HTA. Senza impatto sulle decisioni, l'HTA rimane un'attività inutile sul piano strettamente assistenziale. È quindi importante concentrare l'attenzione sulla fase «terminale» del lavoro di HTA, che traduce le raccomandazioni derivanti dalla valutazione in cambiamenti nella pratica clinica ed organizzativa. Per quanto possano essere specifiche, chiare e condivise le raccomandazioni e le linee-guida prodotte da un soggetto che svolge attività di HTA, si tratta comunque di interventi esterni che possono essere distanti dalle pratiche reali. La semplice disseminazione non è pertanto di per sé sufficiente ad attivare il cambiamento. Il concreto utilizzo delle raccomandazioni e delle linee-guida dipende dal sistema degli incentivi, dai processi di socializzazione e dai meccanismi di programmazione e controllo presenti a livello di sistema e di azienda sanitaria. È quindi improbabile che questa funzione di implementazione dei risultati dell'HTA possa essere gestita da soggetti esterni al lavoro operativo di assistenza. Appare più ragionevole concepire il lavoro di HTA come limitato alla produzione e disseminazione di raccomandazioni e linee-guida, riconoscendo che la loro concreta realizzazione deve essere oggetto dell'azione da parte di altre istituzioni, per il livello di *policy* e soprattutto per quelli aziendale e professionale.

4.4.2 L'HTA nelle aziende sanitarie

In questo sotto-paragrafo si presentano le attività concrete di HTA a livello delle aziende sanitarie. Parte di queste attività riguardano l'utilizzo del lavoro di HTA, per inserire le linee-guida e le raccomandazioni nelle pratiche professionali e organizzative. In altre parole, le indicazioni di HTA dovrebbero entrare nella formulazione degli obiettivi, nei sistemi di monitoraggio e misurazione delle attività. Esse dovrebbero essere alla base del funzionamento dei meccanismi operativi di governo e direzione delle aziende. Inoltre, le aziende prendono regolarmente decisioni che riguardano le tecnologie in senso lato e che trarrebbero beneficio da basi razionali più forti. La definizione di un prontuario ospedaliero, la scelta di lanciare uno screening specifico, l'acquisto di una nuova attrezzatura, l'orientamento rispetto all'utilizzo di dispositivi impiantabili sono tutti esempi di aree decisionali in cui le aziende possono sviluppare modelli di HTA a supporto delle decisioni operative. A questo livello, l'HTA consiste nel concretizzare operativamente raccomandazioni e indicazioni e, nei limiti di risorse e tempi dati, nel fare riferimento a modelli razionali di analisi per decidere.

In questo senso l'HTA a livello aziendale è composto da una varietà di attività di supporto alla gestione e al lavoro clinico, configurandosi sia come area di competenze diffuse, sia come nucleo organizzativo in grado di facilitare l'inclusione dei risultati dell'HTA nel lavoro quotidiano dell'azienda. Pertanto lo sviluppo dell'HTA a livello aziendale riguarda interventi sulle risorse, organizzativi e gestionali.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il tema è quello di professionalità adeguate ed ha una duplice natura: da un lato si tratta di immettere nelle aziende professionalità in grado di «contagiare» la cultura aziendale e le competenze dei singoli; dall'altro un serio investimento sull'HTA a livello aziendale richiede anche iniziative trasversali di sensibilizzazione e formazione che diffondano i fondamentali dell'approccio.

Da un punto di vista organizzativo, lo sviluppo dell'HTA a livello aziendale va presieduto da unità stabili e/o da gruppi di progetto che siano punto di riferimento per le attività aziendali. La promozione di una cultura diffusa a livello aziendale richiede un momento organizzativo di riferimento che sia di supporto, facilitazione e stimolo per la diffusione dell'HTA. È importante ribadire che le aziende possiedono già competenze nell'area dell'HTA e spesso hanno già nuclei organizzativi che svolgono, almeno a livello embrionale, una serie di attività attinenti all'HTA. In diverse unità organizzative come farmacie ospedaliere, direzioni sanitarie, staff alle direzioni, servizi epidemiologici e di ingegneria clinica, sono presenti professionalità rilevanti e vengono svolte attività di HTA (Cosmi 2002, Buccoliero e Marsilio 2003, Barbieri et al. 2005). Gli interventi organizzativi sono quindi spesso un rafforzamento ed un riconoscimento dell'HTA come funzione aziendale rilevante.

Infine, l'HTA a livello aziendale consiste nel trasferire i saperi che è in grado di

generare in input utili per i sistemi operativi. Linee-guida e raccomandazioni in generale, per poter diventare concrete, necessitano di entrare nei sistemi di gestione che orientano e motivano il lavoro all'interno delle aziende. In questi termini l'HTA, per essere efficace a livello aziendale, richiede di entrare nei sistemi di gestione, per diventare elemento su cui costruire misure, obiettivi e *routine* organizzative. Ancora oggi, gran parte del dibattito sull'HTA è centrato sul ruolo che potrebbero svolgere agenzie tecniche. Spesso, semplificando la complessità dei sistemi organizzativi che caratterizzano la sanità, si presuppone che la semplice disseminazione di informazioni e raccomandazioni sarebbe sufficiente per orientare i comportamenti verso scelte razionali e supportate dall'evidenza empirica. Spesso inoltre, come conseguenza di questa semplicistica rappresentazione dei sistemi sanitari, si trascura il momento dell'implementazione, che poi non è altro che la fase in cui le conoscenze si traducono nei sistemi di gestione e nei comportamenti professionali. Tra l'altro, alcune esperienze rilevanti anche del nostro Paese mostrano che l'HTA ha una dimensione «locale» e uno spazio importante nei sistemi di management (Favaretti et al. 1998, Cicchetti 2006, Francesconi 2007).

4.4.3 Quali strumenti per l'HTA?

Il presente scritto non intende essere esaustivo rispetto ai possibili strumenti utili al lavoro di HTA. Tuttavia, un breve richiamo alle tipologie di studi e approcci può servire a chiarire i suoi confini disciplinari e a evidenziare che molti strumenti di HTA sono già patrimonio del lavoro di strutture e istituzioni del settore sanitario.

La base dell'HTA è senza dubbio la valutazione di efficacia e il paradigma di riferimento è la *evidence-based medicine*, con le sue indicazioni sul valore dei disegni di ricerca e i criteri di valutazione di qualità degli studi. Tipicamente, i disegni più validi sono gli studi clinici randomizzati e, a seguire, gli studi di coorte e gli studi caso-controllo. Tuttavia, la gerarchia delle evidenze deve essere contestualizzata alle specificità delle tecnologie da valutare e alla fattibilità ed eticità della conduzione di determinati disegni di studio (Velasco-Garrido e Busse 2005).

La gerarchia dell'EBM propone uno schema di valutazione della validità interna degli studi, che in sostanza consiste nella capacità dello studio di portare evidenze a favore della tesi che si voleva dimostrare. Ma la natura *action-oriented* dell'HTA richiede un complesso lavoro che vada oltre la valutazione della validità interna degli studi e comprenda una serie di altri strumenti e criteri.

In primo luogo, la singola tecnologia è generalmente oggetto di studi diversi, pubblicati e a volte non pubblicati, con disegni di vario tipo. Una fase fondamentale dell'HTA è pertanto la raccolta sistematica delle evidenze e la costruzione di sintesi. I principali strumenti a supporto di questo lavoro sono le revisioni sistematiche e le meta-analisi. Il primo strumento consiste nella raccolta pianificata e strutturata degli studi disponibili su uno specifico oggetto al fine di avere un quadro il più esaustivo possibile delle evidenze disponibili e presentarne una sintesi;

il secondo è invece uno strumento di analisi quantitativa che cerca di aggregare e sintetizzare le evidenze di più studi sufficientemente omogenei tra loro (Heneghan e Badenoch 2006).

In secondo luogo, si chiede sempre più di estendere la valutazione di *efficacy* a quella di *effectiveness*, cioè di verificare che i risultati ottenuti in condizioni sperimentali siano replicati in condizioni di normalità di funzionamento delle strutture sanitarie. Per questo motivo, si fa sempre più riferimento a studi pragmatici di popolazione, in cui si cerca di limitare la manipolazione tipica dell'esperimento e si evita il più possibile di selezionare i pazienti all'arruolamento. Sempre per questo motivo si cerca di confermare i risultati sperimentali tramite l'analisi di registri e di ampie banche-dati create anche per scopi diversi dalla ricerca clinico-epidemiologica (ad esempio per finalità di rimborso delle strutture).

Inoltre, sempre più la valutazione di efficacia viene affiancata a quella economica, introducendo la dimensione dei costi e associandola a misure di sintesi del beneficio clinico e dell'utilità. È questo il terreno della valutazione economica dei programmi sanitari (Tarricone 2004, Drummond et al. 2005), con la sua strumentazione (analisi dei costi, costi-efficacia, costi-utilità e costi-benefici) e un insieme di questioni sia di natura metodologica (l'economia è una scienza sociale con paradigmi scientifici distintivi e diversi dall'epidemiologia), sia relative al suo impiego in sanità (ad esempio in relazione ai suoi presupposti etici). È utile chiarire che l'HTA non è semplicemente la valutazione economica, perché include conoscenze e strumenti che non sono propri dell'economia; d'altra parte, la valutazione economica è una componente fondamentale dell'HTA, che richiede competenze distintive spesso non presenti nei nuclei da cui tradizionalmente si sviluppano i centri di HTA.

La strumentazione dell'HTA include anche altri «arnesi» importanti, tra cui (i) l'analisi di impatto finanziario, spesso fondamentale per comprendere l'accettabilità di alcune tecnologie in situazioni caratterizzate da sempre più stringenti vincoli sulla spesa; (ii) le analisi di impatto organizzativo, che servono a comprendere e governare gli effetti delle tecnologie sull'organizzazione del lavoro e i sistemi operativi; (iii) una serie di strumenti di analisi maggiormente tecnici che sono spesso dati per scontati, ma che in realtà sono necessari per valorizzare ed ottimizzare l'utilità delle tecnologie. Questi strumenti, tendenzialmente meno codificati e più contingenti rispetto alle tematiche specifiche, sono un elemento importante soprattutto per l'HTA a livello aziendale (Francesconi 2007, Mauskopf et al. 2007).³

È infine importante menzionare gli strumenti normativi, ossia i risultati del la-

³ In realtà questi autori utilizzano il termine *hospital-based HTA*. Si preferisce non utilizzare questa specificazione per l'HTA a livello aziendale, malgrado la sua diffusione in letteratura, perché il richiamo all'ospedale appare limitativo, mentre è necessario concepire la valutazione delle tecnologie a un livello «micro» anche in contesti tipicamente non ospedalieri come l'assistenza sul territorio, la prevenzione, l'educazione sanitaria e la riabilitazione.

voro dell'HTA intesi come servizi offerti per migliorare la qualità delle decisioni rispetto all'utilizzo delle tecnologie. Si sta facendo riferimento alle raccomandazioni (che possono essere classificate in vario modo), alle linee-guida (che tipicamente dettagliano le condizioni specifiche per l'impiego delle tecnologie), ad altri prodotti con indicazioni più o meno stringenti per i diversi attori del sistema su come comportarsi nell'utilizzo, ma anche nell'acquisizione delle tecnologie (comprese ad esempio le raccomandazioni sulla distribuzione territoriale delle tecnologie e sui volumi di attività).

4.5 Alcune esperienze internazionali di HTA

4.5.1 L'Inghilterra e il National Institute for Health and Clinical Excellence

L'Inghilterra ha sempre avuto una particolare sensibilità per i temi di HTA, che si è accentuata negli anni '90 coerentemente con una strategia complessiva di promozione della Ricerca e Sviluppo nel *National Health Service* (NHS) (Fattore 1999, Wolf e Henshall 2000). Alla base di questa strategia vi è stato sin dalla prima metà degli anni '90 un richiamo alla creazione e diffusione di conoscenze a supporto delle attività assistenziali e al recepimento del paradigma dell'*evidence-based medicine*. Concretamente, inoltre, i NHS di Inghilterra, Galles e Scozia hanno sviluppato in quegli anni sistemi di definizione di priorità nelle attività di valutazione e hanno messo a punto una serie di iniziative di HTA da parte del *National Co-ordinating Centre for Health Technology Assessment*, dello *UK Cochrane Centre* e del *NHS Centre for Reviews and Dissemination*.

Sulla base di questa tradizione, il primo *White Paper* dell'amministrazione Blair (1997) istituì nuove responsabilità, anche di natura istituzionale, lanciando il NICE, attualmente acronimo di *National Institute for Health and Clinical Excellence*. Operativamente il NICE fu costituito nel 1999 come *Special Health Authority* e completò il primo documento di valutazione nel 2000 (Cairns 2006). Ad oggi esso ha effettuato circa 200 valutazioni di varia natura e la sua capacità produttiva appare in crescita.

Il NICE si occupa di tecnologie in senso lato. Il lavoro che svolge, di raccolta e sistematizzazione delle evidenze e di conseguente produzione di raccomandazioni ed indicazioni operative, riguarda tre aree principali: a) utilizzo di nuovi e vecchi farmaci ed interventi sanitari per l'Inghilterra e il Galles; b) definizione di linee guida per la gestione ed il trattamento di specifiche patologie e condizioni cliniche; c) valutazioni sulla sicurezza e l'utilità di procedure diagnostiche e di trattamento (procedure interventistiche) nella pratica del NHS. Nel lavoro di valutazione, il NICE è chiamato ad utilizzare diversi criteri tra cui efficacia, razionalità economica e impatto finanziario per il NHS.

Le valutazioni del NICE confluiscono in due classi di *guidance*: raccomandato

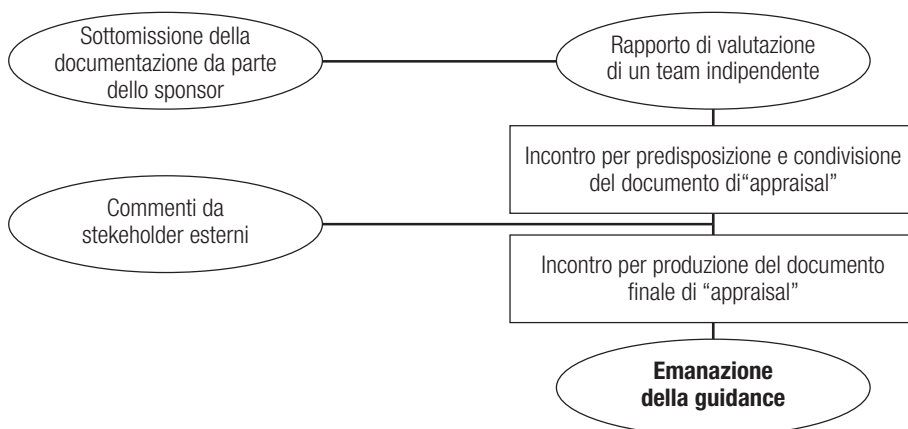
(con indicazioni di cosa, per chi, quando, in quali situazioni e contesti ecc.) e non raccomandato. Agli operatori del NHS è richiesto di utilizzare pienamente le raccomandazioni del NICE nel lavoro clinico e il NHS deve rendere disponibili risorse adeguate affinché le raccomandazioni possano essere attuate. Talvolta, tuttavia, viene apertamente previsto di dare maggior tempo al NHS per fornire le risorse necessarie a garantire l'aderenza alle raccomandazioni.

Il processo di valutazione del NICE combina l'invio di materiale da parte dell'azienda produttrice o sponsor a una valutazione delle evidenze da parte di un gruppo di esperti indipendenti (Figura 4.1). Il confronto tra il lavoro del gruppo indipendente e gli input provenienti dall'azienda produttrice intende garantire, da un lato l'autonomia di giudizio e di valutazione, dall'altro la collaborazione del depositario principale di informazioni che è tipicamente l'azienda produttrice. Il processo, oltre ad essere strutturato e caratterizzato da documenti che maturano tramite il confronto, include la prospettiva dei pazienti e prevede procedure di appello contro le *guidance* approvate dal NICE. Nel processo di HTA vengono consultate associazioni di rappresentanza dei pazienti e dei *caregiver*.

Il NICE è anche chiamato a valutare la razionalità economica delle tecnologie, facendo riferimento all'analisi costi-efficacia e costi-utilità. Tuttavia, fino ad ora, non ha proposto ufficialmente valori soglia di riferimento che guidino le decisioni sull'accettabilità di nuove tecnologie che impegnano risorse aggiuntive.

Il NICE occupa un ruolo importante nella politica sanitaria del Regno Unito ed è sotto osservazione da diversi Paesi europei. Sotto il profilo istituzionale, rappresenta una soluzione in cui il governo politico del NHS delega spazi di potere ad un'agenzia tecnica, nei fatti intervenendo ex-ante nella definizione degli oggetti di valutazione, ma attribuendo al NICE anche un ruolo in parte regolatorio. Sotto il profilo organizzativo, il NICE rappresenta un'innovazione per come ge-

Figura 4.1 **Illustrazione semplificata del processo di HTA del NICE (Cairns 2006)**



stisce gli *assessment*, perché opera come una segreteria tecnico-scientifica che presidia il processo di valutazione e dà garanzie sulla sua qualità. Caratteristica del modello del NICE è che questa segreteria attiva competenze esterne in una logica di progetto. Il lavoro del NICE, tra l'altro, è un interessante esempio di organizzazione pubblica «virtuale» che opera con strumenti di *project management*, facendo anche leva sulle potenzialità dell'*Information Technology*. Infine, è importante ricordare che il NICE ha pienamente riconosciuto il ruolo della valutazione economica nell'HTA, contribuendo alla sua istituzionalizzazione in un Paese importante come l'Inghilterra.

Recentemente, due criticità del lavoro svolto dal NICE stanno attirando particolare attenzione. La prima criticità riguarda la speciale attenzione prestata a tecnologie innovative e invece la scarsità di studi su tecnologie mature, ma ampiamente utilizzate nel NHS, con il rischio di penalizzare l'innovazione e allo stesso tempo consolidare pratiche inadeguate sotto il profilo dell'efficacia e della razionalità economica (House of Commons 2007). La seconda criticità riguarda la mancanza di un collegamento maggiormente diretto tra decisioni di adottare nuove tecnologie e messa a disposizione di risorse adeguate. Qui il problema deriva dal fatto che non esiste alcun meccanismo automatico per garantire che all'emanazione della raccomandazione segua un incremento adeguato delle risorse finanziarie per le aziende erogatrici dei servizi. Entrambi i rilievi appaiono importanti perché contestualizzano il lavoro del NICE nelle scelte di *policy* del NHS, evidenziando come l'HTA abbia effetti diffusi sul sistema sanitario.

4.5.2 La Germania

Sebbene con un certo ritardo rispetto ad altri Paesi del nord Europa, anche in Germania l'interesse nei confronti dell'HTA è notevolmente cresciuto negli ultimi anni. Storicamente, il governo delle tecnologie biomediche e il correlato utilizzo degli strumenti di HTA non hanno rivestito un ruolo di rilievo in Germania, nonostante le crescenti necessità di costruire processi decisionali basati sull'evidenza nelle decisioni di politica sanitaria (Perleth e Busse 2000). Tuttavia, la crescente consapevolezza della necessità di supportare il processo decisionale ai diversi livelli di governo con informazioni strutturate e sistematiche sull'impatto dell'introduzione di nuove tecnologie, accanto allo sviluppo delle esperienze europee di *networking* in tema di HTA, ha contribuito a rafforzare ed istituzionalizzare l'HTA, portando alla creazione di due agenzie: l'Agenzia Tedesca per l'HTA (DAHTA) e l'Istituto per la qualità e l'efficienza dell'assistenza sanitaria (IQWiG).

Gli organismi: DAHTA e IQWiG

In seguito alla Riforma del 2000, un segnale forte in direzione dell'unificazione e della standardizzazione delle esperienze di HTA diffuse nel Paese fu dato con l'istituzione, all'interno del DIMDI (*Deutscher Institut für Medizinische Do-*

kumentation und Information), dell'Agenzia Tedesca per l'HTA (DAHTA), che oggi si propone come uno dei due punti di riferimento in Germania sul tema.

Il DIMDI, organismo del Ministero federale della Sanità, fu fondato nel 1969, con l'obiettivo di realizzare e gestire un sistema informativo sull'assistenza sanitaria e le tecnologie utilizzate in tale ambito. Tale sistema informativo raccoglie materiale validato scientificamente e lo rende accessibile agli operatori pubblici e privati del settore, nonché ai cittadini.

L'istituzione della DAHTA come unità operativa del DIMDI non è casuale; essa si propone come ente governativo, dotato di finanziamenti pubblici, con i seguenti compiti istituzionali:

- ▶ ampliare il database reso disponibile dal DIMDI in tema di HTA;
- ▶ divulgare i risultati delle esperienze di HTA realizzate a livello internazionale tra i diversi portatori di interesse del sistema (politici, responsabili organizzativi, medici, pazienti);
- ▶ supportare le esperienze di HTA attraverso il finanziamento di progetti specifici e lo sviluppo di standard organizzativi di ricerca in collaborazione con i principali istituti scientifici;
- ▶ coordinare le diverse professionalità coinvolte nei processi di HTA in organismi indipendenti, in modo da facilitare lo scambio di informazioni e ridurre le difficoltà legate a linguaggi professionali differenti.

Le conclusioni emerse dagli studi di HTA, direttamente condotti o coordinati dalla DAHTA, si traducono in linee guida non vincolanti per il decisore ma largamente utilizzate a fini consultivi ai diversi livelli di governo del sistema.

L'altra Agenzia di HTA, l'IQWiG (Istituto per la qualità e l'efficienza dell'Assistenza Sanitaria) è stata voluta dalla riforma sanitaria del 2003 ed è governata da una fondazione, autonoma dalle istituzioni pubbliche, che è a sua volta governata da rappresentanti delle confederazioni regionali delle assicurazioni sociali e dei produttori di servizi sanitari (ospedali, medici e dentisti). In questo senso, essa è a tutti gli effetti un organismo del sistema corporativo tedesco, che ha proprio nella triangolazione tra diversi attori indipendenti il tratto distintivo. La Fondazione approva il bilancio dell'IQWiG e nomina cinque dei sei membri del suo consiglio di amministrazione; il sesto è nominato dal governo federale.

L'IQWiG è strutturato in 7 dipartimenti (oltre a quello amministrativo), che si occupano di farmaci, altri interventi sanitari (non farmaceutici), comunicazione esterna, informazione e promozione sanitaria, economia sanitaria, qualità dell'assistenza e valutazioni di efficacia; è finanziato con una percentuale su fondi delle assicurazioni sociali; svolge attività di valutazione sistematica di farmaci, procedure chirurgiche, test diagnostici, linee-guida cliniche e programmi di *disease management*, sulla base dei principi dell'EBM. In aggiunta, l'istituto pubblica materiale informativo per i pazienti e il pubblico in generale.

Il processo di HTA nelle due Agenzie

Nella DAHTA, la selezione dei temi e delle priorità è affidata a due diversi organismi (il *Consiglio di Amministrazione* e il *Comitato Scientifico*) che comprendono rappresentanti del Ministero federale della Sanità, nonché di altre istituzioni sanitarie nazionali.

Il *Consiglio di Amministrazione* si fa garante che l'identificazione delle tecnologie da sottoporre a valutazione sia il frutto di un processo dettagliato e trasparente e sia rappresentativa delle istanze di tutte le diverse componenti del sistema sanitario: le amministrazioni autonome, gli operatori, le associazioni di pazienti, l'industria. Alla base del processo di selezione vi è un questionario accessibile a qualsiasi professionista del settore che abbia intenzione di segnalare un tema di particolare interesse.

Dal 2001 l'Agenzia riserva grande attenzione allo sviluppo ed all'applicazione di metodi standardizzati al fine di garantire qualità e trasparenza nelle proprie attività di valutazione. La fase di formale svolgimento dei progetti di HTA è preceduta da un'analisi di fattibilità (successiva all'identificazione della tecnologia da valutare) finalizzata a determinare (i) se la letteratura scientifica disponibile è base sufficiente per una valutazione della tecnologia, (ii) se la valutazione può essere di supporto ad una problematica suggerita dall'agenda politica, (iii) se sono necessarie preliminari ricerche per specificarne alcuni aspetti, (iv) qual è il più appropriato disegno dello studio. Tali passaggi metodologici, formulati e standardizzati sulla base dell'esperienza statunitense, canadese e britannica, unitamente al *know how* specifico interno all'Agenzia, sono sviluppati mediante ricerche sistematiche della letteratura condotte sulle più rilevanti banche dati disponibili (EMBASE, MEDLINE).

A seconda dell'oggetto della valutazione e delle finalità per cui questa viene sviluppata, l'Agenzia identifica la formalizzazione più opportuna da dare al rapporto di HTA (*full report, method-focused report, brief, rapid review report*) e ne affida la responsabilità di realizzazione a personale interno all'Agenzia o, su commissione, a gruppi di ricerca esterni. In entrambi i casi la DAHTA utilizza, quale metodologia d'elezione per l'HTA, analisi sistematiche della letteratura e meta-analisi sviluppate secondo i criteri messi a punto dalla *Cochrane Collaboration* (CC).

La valutazione economica delle tecnologie – all'interno del più vasto impianto valutativo dell'HTA – prevede l'utilizzo, a seconda dell'oggetto d'analisi, di tutte le tecniche complete di valutazione economica (CMA, CEA, CUA, CBA). La prospettiva utilizzata negli studi condotti o coordinati dall'Agenzia è quella sociale: costi diretti e perdite di produttività sono pertanto considerati parte integrante delle analisi. È largamente accettato l'uso dei modelli, ma sono richieste rigorose e convincenti spiegazioni riguardo alla scelta delle variabili che li alimentano.

A partire dalla sua istituzione, l'Agenzia ha pubblicato quasi 200 rapporti di HTA. La divulgazione dei risultati successiva alla valutazione è garantita dalla pubblicazione dei rapporti di ricerca e dal loro inserimento nel data base del-

l'Agenzia liberamente accessibile al pubblico, oltre che da un programma di comunicazione che prevede la presenza sugli organi di stampa, l'invio di newsletter informative agli operatori del settore e convegni annualmente sponsorizzati dall'Agenzia stessa.

L'altra Agenzia, l'IQWiG, svolge principalmente studi di HTA su richiesta della commissione federale che definisce il pacchetto delle garanzie del sistema sanitario e direttamente del Ministero federale della Sanità. Dalla sua istituzione, l'IQWiG ha prodotto circa 100 rapporti di valutazione e ha sviluppato diversi documenti metodologici. Nel gennaio 2008 ha anche reso pubblico un documento che contiene un originale approccio alla valutazione economica dei programmi sanitari. Il documento fa riferimento alla frontiera di efficienza economica e sembra suggerire un coinvolgimento più diretto degli organi decisionali nella valutazione specifica della razionalità economica degli interventi sanitari. Anche l'IQWiG segue un approccio strutturato e trasparente nella produzione dei rapporti e delle raccomandazioni.

4.5.3 La Francia e la Haute Autorité de la Santé (HAS)

La pressione sui costi e la maggiore attenzione ai reali benefici dei servizi sanitari erogati alla popolazione sono state al centro dell'interesse e del dibattito della sanità francese negli ultimi decenni. A partire dagli anni '90, il governo francese ha istituito varie commissioni ed agenzie con l'obiettivo di misurare, valutare e informare le decisioni di politica sanitaria a livello nazionale. Tra queste agenzie vi è l'Agenzia nazionale per l'accreditamento e la valutazione dei servizi sanitari (ANAES), istituita nel 1997 per creare e disseminare linee guida cliniche, promuovere la formazione continua dei medici, accreditare gli ospedali pubblici e privati, sostenere il processo decisionale circa la rimborsabilità di farmaci e dispositivi medici.

Nel 2004 l'ANAES è stata sostituita dall'*Haute Autorité de la Santé* (HAS), un'agenzia indipendente con la missione di migliorare il sistema sanitario tramite interventi di regolazione della qualità validati scientificamente. Le valutazioni effettuate dall'HAS hanno l'obiettivo di misurare il beneficio atteso e il valore incrementale delle tecnologie (farmaci, dispositivi medici e procedure) per fornire raccomandazioni e supportare i processi di rimborsabilità della tecnologia e di negoziazione del prezzo. Essendo l'HAS un organo indipendente, le sue valutazioni possono essere richieste direttamente dal governo, dalle imprese produttrici, da associazioni di pazienti e di consumatori e da società scientifiche. Una volta avviato il processo valutativo, i risultati diventano pubblici e messi a disposizione di tutti gli attori rilevanti attraverso il sito internet dell'HAS, a prescindere da chi sia stato il richiedente. Per ciascuna nuova tecnologia, l'HAS esprime un parere circa l'inclusione o meno nella lista positiva.

Sono principalmente due i criteri su cui si basa il giudizio finale dell'HAS: il

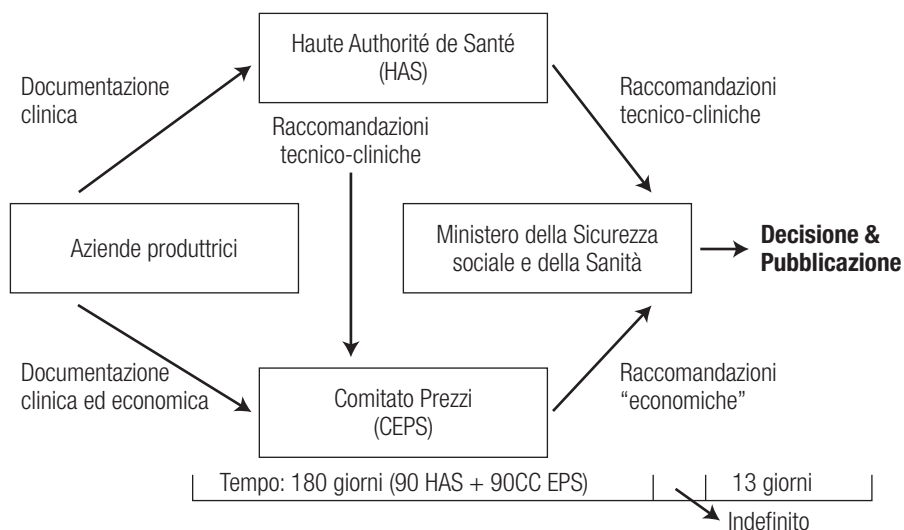
«beneficio atteso» della tecnologia innovativa e il «valore incrementale» rispetto alla corrente pratica clinica (o tecnologia attuale). Per beneficio atteso si intende il reale impatto della nuova tecnologia sulla salute della popolazione. Se oggetto della valutazione è un nuovo farmaco, il beneficio atteso viene giudicato come «significativo», «moderato», «lieve» o «insufficiente» per determinare la sua eventuale rimborsabilità. Se oggetto di analisi è invece un dispositivo medico, non esiste alcuna gradazione del giudizio: la valutazione è semplicemente dicotomica («sufficiente» o «insufficiente»). Per valore incrementale si intende il reale vantaggio della tecnologia rispetto alla(e) alternativa(e) già disponibili nel sistema sanitario. Il vantaggio incrementale viene misurato come: «maggiore», «significativo», «moderato», «minore» e «nessun progresso». In quest'ultimo caso, la tecnologia viene rimborsata solo se *cost-saving*. In tutti gli altri casi, la *gradazione* del valore incrementale influenza la negoziazione e determinazione del prezzo da parte del Comitato Prezzi (CEPS).

La Tabella 4.1 riporta i requisiti e i metodi di valutazione utilizzati per la produzione delle raccomandazioni da parte dell'HAS. Il processo di introduzione di una nuova tecnologia è invece schematicamente riportato in Figura 4.2.

Tabella 4.1 **HTA: Evidenze e metodi di valutazione in Francia**

Documentazione richiesta al produttore	Studi clinici
Analisi sistematica della letteratura	Sì
Evidenze cliniche preferite	Studi clinici randomizzati in doppio cieco
Evidenze economiche preferite	Qualsiasi tra: analisi di minimizzazione dei costi, analisi costo-efficacia, analisi costo-utilità, analisi costo-beneficio. La scelta della tipologia di analisi deve tuttavia essere giustificata
Disponibilità di linee-guida su come compilare la documentazione	Sì
Scelta della tecnologia alternativa	Il farmaco da comparare deve essere compreso, tra quelli approvati, nella stessa categoria farmaceutica. Il comparatore può essere il farmaco più frequentemente utilizzato sulla base del numero di giorni di trattamento, quello con il costo per trattamento più basso, oppure quello introdotto più recentemente nella lista positiva
Definizione dell'outcome clinico	Outcome finali: mortalità, morbidità o qualità della vita
Categorie di costo incluse nell'analisi	Tutti i costi rilevanti rispetto all'obiettivo della valutazione. I costi indiretti devono essere presentati separatamente
Analisi incrementale	Sì
Orizzonte temporale	Sufficiente da includere gli effetti a lungo termine
Procedura di sconto	Costi e benefici sono scontati (2,5-5%) ma i risultati devono essere presentati scontati e non scontati
Modelli	Sì, ma con sufficiente livello di dettaglio e chiara spiegazione delle ipotesi
Analisi di sensibilità	Sì, sulle variabili a maggiore incertezza
Valore soglia del rapporto incrementale costo-efficacia o della disponibilità a pagare	Non esiste un valore soglia

Figura 4.2 **Introduzione di una nuova tecnologia in Francia: il processo di valutazione**



4.6 Alcune riflessioni sulla situazione italiana

In conclusione del capitolo si propongono alcune riflessioni che stimolino la discussione in Italia.

Le competenze di HTA presenti in Italia

Pur senza un'agenzia esplicitamente dedicata, sono presenti in Italia rilevanti attività di HTA e sono operative istituzioni che le svolgono. L'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), l'ASSR (ribattezzata recentemente AGE.NA.S.), il Ministero della Sanità, la CUD (Commissione Unica per i Dispositivi Medici), l'ISS (Istituto Superiore di Sanità) e numerose regioni, direttamente o tramite agenzie regionali, svolgono attività che si potrebbero trovare in un'agenzia di HTA. D'altronde, l'HTA è ben conosciuto in Italia sin dagli anni '80 e numerosi strumenti presentati nei paragrafi precedenti sono patrimonio della comunità scientifica e dei professionisti del servizio sanitario, in ambito aziendale e regionale. È pertanto importante riconoscere l'esistenza di questo patrimonio di conoscenze e porre la sfida «politica» della sua piena valorizzazione.

Stato e Regioni

Negli ultimi mesi l'AGE.NA.S. e il Ministero della Salute hanno chiaramente manifestato l'interesse per presidiare e sviluppare il tema dell'HTA in un'ottica nazionale, anche per rafforzare il loro rispettivo ruolo nel governo del sistema

tramite i «livelli essenziali di assistenza». Per il settore farmaceutico, l'AIFA ha sviluppato un modello regolatorio che ingloba alcune funzioni che si troverebbero in un'agenzia di HTA e il Ministero ha messo a punto una serie di strumenti per potenziare il governo di alcune aree dei dispositivi medici. Infine, senza dubbio l'ISS e diversi centri di ricerca italiani di valenza nazionale ed internazionale hanno sviluppato competenze collegate all'HTA, almeno come inteso in questo scritto. In sintesi, il livello nazionale del nostro sistema sanitario ha interesse e, per diversi aspetti, competenze per contribuire allo sviluppo dell'HTA e per ridefinire un proprio ruolo in grado di supportare le politiche regionali nel quadro di un sistema nazionale. D'altra parte, alcune regioni italiane in questi anni hanno accumulato esperienze e competenze e, probabilmente, temono forme di accentramento che potrebbero assorbire competenze e risorse senza adeguati risultati. Più di 10 anni di decentramento del SSN hanno contribuito a sviluppare logiche regionali anche laddove, indubbiamente, appaiono utili approcci nazionali, se non altro in termini di coordinamento. Negli ultimi anni, stato e regioni hanno trovato un equilibrio su questi temi, lavorando fattivamente per sviluppare modelli istituzionali ed organizzativi che valorizzino la dimensione nazionale del sistema sanitario e d'altra parte riflettano anche la sua natura decentrata. La sfida per i prossimi anni è come individuare formule istituzionali in grado di proseguire su questa strada per favorire un'affermazione dell'HTA utile e coerente con la specifica fisionomia del SSN italiano. Tra l'altro, è anche importante ricordare che l'HTA si configura come un particolare bene che, a fronte di costi dati per produrre determinati risultati, crea tanti più benefici quanto più il sistema sanitario servito è ampio. In questo senso, il problema non è solo la collaborazione tra stato e regioni, ma anche lo sviluppo ulteriore di network istituzionali a livello internazionale e un lavoro di coordinamento orizzontale tra le regioni.

HTA e farmaci

Negli ultimi 15 anni il SSN ha sviluppato un modello di regolazione del settore farmaceutico che ha tratti distintivi unici nel panorama europeo e che ha segnato una svolta nel rapporto tra sistema politico e organi tecnici (Fattore e Jommi 1998; 2008). Lo sviluppo di competenze tecniche nel Ministero della Salute e la costituzione dell'AIFA rappresentano tappe di un percorso di crescita delle capacità istituzionali che ha avuto pochi eguali nel livello nazionale del sistema sanitario e in generale delle politiche sociali. Rispetto al tema di questo capitolo, è inoltre indubbio che alcune competenze sviluppate dal Ministero e dall'AIFA siano riconducibili all'HTA. Appare pertanto ragionevole sostenere che, in ambito farmaceutico, l'Italia ha specifiche competenze di HTA e ha costruito un rapporto tra livello tecnico e formulazione delle politiche originale e sicuramente interessante. Altrove sono presentati i punti di forza e le criticità di questo approccio (Fattore e Jommi 2008); in questa sede è importante fare presente che qual-

siasi sia lo sviluppo dell'HTA in Italia, esso deve confrontarsi con l'esperienza relativa ai farmaci, riconoscendo da un lato che questo settore è già particolarmente regolato su basi di razionalità tecnica e con una serie di strumenti messi a punto nel tempo, dall'altro che il governo delle altre tecnologie richiede approcci in grado di apprezzarne le caratteristiche distintive, evitando semplicistiche omologazioni al farmaco anche su aspetti che richiedono approcci specifici.

Assetto di governance per L'HTA

Il Piano sanitario 2006-08 e la finanziaria 2008 hanno previsto l'istituzionalizzazione dell'HTA, nell'idea che il SSN possa beneficiare da un assetto con punti di riferimento chiari, in grado di raccogliere e utilizzare in modo coordinato le risorse finanziarie e professionali già impegnate in questo campo. È importante approfondire il dibattito sull'istituzionalizzazione dell'HTA sotto due profili principali.

Il primo interrogativo riguarda il rapporto tra attività di HTA e di regolazione. Devono essere gestite unitariamente, sotto una responsabilità comune? Oppure è preferibile distinguere un momento tecnico di valutazione, lasciando poi che altre istituzioni, ai diversi livelli del SSN, individuino le modalità adeguate per mettere in pratica raccomandazioni e linee-guida? Si tratta di un tema importante perché riguarda in generale il rapporto tra livelli del SSN e può condizionare la concreta efficacia dell'istituzionalizzazione dell'HTA in Italia. Mantenere distinti il momento della valutazione da quello del suo impiego ha sicuramente meriti importanti: permette la specializzazione tecnico-professionale, isola maggiormente il momento di valutazione dai cicli politici e da prospettive di breve periodo, riconosce come le attività di valutazione abbiano molteplici «fruitori», soprattutto in un sistema sanitario regionalizzato come quello italiano. Questa soluzione è sostenuta dall'industria farmaceutica (EFPIA 2005) e trova una giustificazione generale nel rischio che la razionalità dei processi di valutazione venga schiacciata dalle ragioni della politica. D'altra parte, rendere completamente indipendenti le attività di valutazione da quelle di governo e regolazione rischia di rendere meno significativo il ruolo dell'HTA, favorendo forme varie di autoreferenzialità scientifica e quindi minandone le attività maggiormente rivolte alle esigenze concrete del sistema sanitario. Probabilmente, la soluzione su cui lavorare dovrebbe mantenere un certo grado di autonomia tecnica, organizzativa e gestionale dei soggetti che svolgono HTA, garantendo tuttavia che essi lavorino per conto dell'interesse pubblico, che nei Paesi democratici è principalmente rappresentato dagli organi politici di governo. Un'alternativa potrebbe anche essere lo sviluppo di un organo privato con funzioni di tutela dell'interesse pubblico, ma al di là dell'interesse per soluzioni spiccatamente innovative, gli spazi di concretizzazione appaiono limitati per diverse ragioni, comprese quelle di ordine normativo.

Il secondo interrogativo riguarda il modello organizzativo. Le strutture di

HTA dovrebbero essere costituite da «apparati» di professionisti dedicati, con un forte nucleo tecnico di professionisti dell'HTA? O dovrebbero essere organizzazioni snelle che operano con segreterie tecnico-scientifiche in grado di attivare risorse dall'esterno? Dalla scelta del modello derivano conseguenze su aspetti quali le risorse messe a disposizione, i sistemi di controllo, la gestione dei conflitti di interesse.

HTA e governo della spesa

Nella prima parte di questo scritto si è fatto presente che l'HTA si sta sviluppando anche come risposta alla crescente necessità di strumenti di governo della spesa pubblica e in particolare di quella per l'innovazione tecnologica. Senza dubbio questo tema è al centro del dibattito politico di molti paesi europei e giustifica parte degli investimenti richiesti dallo sviluppo dell'HTA. Tuttavia, sarebbe limitativo concepire l'HTA principalmente come strumento di governo della spesa; esso presenta anche interessanti potenzialità per migliorare l'assistenza, ad esempio promuovendo l'appropriatezza. Inoltre, è importante ricordare che il lavoro di valutazione può suggerire incrementi di spesa per determinate tecnologie e servizi. Dovesse affermarsi una concezione restrittiva e troppo orientata al «risparmio» delle attività di HTA, si rischierebbe di farne uno strumento inadeguato e probabilmente a lungo termine debole nel dare un sostanziale contributo al miglioramento del SSN. In questo senso è importante ricordare i limiti di approcci settoriali al governo della spesa che spesso impediscono il dispiegarsi di una piena logica di razionalizzazione economica. Tetti su specifiche tipologie di risorse e funzioni assistenziali rischiano di togliere spazi d'azione all'allocazione razionale delle risorse, promuovendo una visione frammentata del governo economico e clinico dell'assistenza.

HTA e management

Forse proprio la mancanza di un assetto istituzionale ha favorito in Italia il fiorire di esperienze aziendali di HTA e lo sviluppo di competenze diffuse. Come più volte ribadito, l'HTA non è una novità per il SSN, se si tiene conto del lavoro di aziende, regioni, istituti di ricerca e del contributo che hanno dato ai processi di razionalizzazione nell'utilizzo delle tecnologie. Questo lavoro a livello aziendale deve essere ulteriormente sostenuto, anzi dovrebbe essere maggiormente valorizzato dall'eventuale creazione di strutture deputate all'HTA. Due ragioni principali consigliano di andare in questa direzione. La prima è che esistono alcune attività di HTA che sono proprie del livello aziendale. Il governo delle scelte tecnologiche è un tema che ha una dimensione aziendale e che non può essere completamente demandato a regolazioni esterne. La seconda richiama un annoso problema per l'HTA, quello dello scarso utilizzo a livello operativo. Come approfondito precedentemente, non è sufficiente raccogliere e sintetizzare le evidenze scientifiche per promuovere cambiamenti sul piano professionale ed orga-

nizzativo. E non è neanche sufficiente disseminare i risultati del lavoro dell'HTA. Il rapporto tra evidenze e cambiamento è essenzialmente un problema di management e deve essere apprezzato nella sua complessità, sfruttando i saperi che questa disciplina mette a disposizione. Per questo motivo ci sembra auspicabile che il futuro dell'HTA in Italia presti maggiore attenzione al suo rapporto con le logiche e gli strumenti del management sanitario.

Bibliografia

- Barbieri M., Filannino C., Longo F., Tozzi V. (2005), «Alla ricerca del governo clinico: esperienze a confronto», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea, pp. 371-393.
- Buccoliero L., Marsilio M. (2003), «Lo stato delle dotazioni informatiche e delle strategie ICT», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea, pp. 509-523.
- Cairns J. (2006), «Providing guidance to the NHS: The Scottish Medicines Consortium and the National Institute for Clinical Excellence compared», *Health Policy* 76(2): 134-43.
- Cicchetti A., Fontana F., Maccarini E.M. (2006), «Hospital based health technology assessment: analisi di 5 casi studio nel Network Italiano di Health Technology Assessment (NI-Hta), *Tendenze Nuove*, 1: 19-46.
- Cosmi L. (2002), «Sviluppo di una funzione innovativa nel SSN: il caso della funzione Ingegneria clinica», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea, pp. 429-449.
- Del Vecchio M. (1992), «La valutazione delle tecnologie biomediche e sanitarie: cosa è, a cosa può servire», *Mecosan* 1: 20-26.
- Drummond M.F., Schulpher M.J., Torrance G.W., O'Brien B., Stoddart G.L. (2005), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (3a ediz.), Oxford, Oxford University Press.
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) (2005), *The use of health technology assessment (HTA to evaluate medicines: Key principles)*, <http://212.3.246.100/Objects/2/Files/HTAprinciplesEFPIA-positionpaperFinal.pdf>
- Fattore G. (1999), «Cost-containment in the British National Health Service», in Mossialos E. e Le Grand J. (a cura di), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot, Ashgate, pp. 733-781.
- Fattore G. (2004), «Universalismo e sviluppo tecnologico: i sistemi sanitari della Germania, del Regno Unito e degli Stati Uniti», *Rivista delle Politiche Sociali* 4: 55-72.

- Fattore G., Jommi C. (1998), «The New Pharmaceutical Policy in Italy», *Health Policy*, 46 (1): 21-41.
- Fattore G., Jommi C. (2008), «The last decade of Italian pharmaceutical policy: instability or consolidation?» *Pharmacoeconomics*, 26(1): 5-15.
- Fattore G., Torbica A. (2006), «Economic evaluation in health care: the point of view of informed physicians», *Value in Health*, 9(3): 157-167.
- Favaretti C., Liberati A., De Pieri P., Montesanti F., Pilati G. (1998), «Dalla medicina all'assistenza sanitaria basata sulle prove di efficacia; la sfida dell'azienalizzazione del servizio sanitario italiano», in Liberati A. (a cura di), *La medicina delle prove di efficacia*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- France G. (2000), «Health technology assessment in Italy», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(2): 459-74.
- Francesconi A. (2007), *Innovazione organizzativa e tecnologica in sanità. Il ruolo dell'health technology assessment*, Milano, Franco Angeli.
- Gazzaniga P., Mazzei L. (2003), «Health Technology Assessment in Europa». Temi di discussione n. 9, Giugno, Centro Studi di Economia Sanitaria «Ernesto Veronesi», Milano, Assobiomedica.
- Grilli L., Taroni F. (2006), «Managing the introduction of expensive medical procedures: use of a registry», *Journal of Health Service Research Policy*, 11(2): 89-93.
- Heneghan C., Badenoch D. (2006), *Medicine toolkit* (2a ediz.), Londra, Blackwell Publishing.
- Henshall C., Oortwijn W., Stevens A., Granados A., Banta D. (1997), «Priority setting for health technology assessment. Theoretical considerations and practical approaches». Priority setting Subgroup of the EUR-ASSESS Project, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 13(2): 144-85.
- House of Commons (Health Committee) (2007). *National Institute for Clinical Excellence. First Report of Session 2007/08*, Londra, Stationery Office.
- Liberati A., Sheldon T.A., Banta H.D. (1997), «EUR-ASSESS Project Subgroup report on Methodology. Methodological guidance for the conduct of health technology assessment», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 13(2): 186-219.
- Mauskopf J.A., Sullivan S.D., Annemans L. et al. (2007), «Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR task force on good research practices – budget impact analysis», *Value in Health* 5: 336-347.
- Mintzberg H. (1996), «The professional context», in Mintzberg H. e Quinn J.B., *The strategy process*, Prentice Hall.
- Perleth M., Busse R. (2000), «Health Technology Assessment in Germany», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16: 412-428.
- Sassi F. (2003), «Setting priorities for the evaluation of health interventions: when theory does not meet practice», *Health Policy* 63(2): 141-54.

- Tarricone R. (2004), *Valutazioni economiche e management in sanità*, Milano, McGraw Hill.
- Velasco-Garrido M., Busse R. (2005), *Health Technology Assessment. An introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe*, Bruxelles, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Velasco-Garrido M., Perleth M., Drummond M. et al. (2002), «Best practice in undertaking and reporting health technology assessments». Working group 4 report. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(2): 361-422.
- Wolf S.H., Henshall C. (2000), «Health technology assessment in the United Kingdom», *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(2): 591-625.

5 Le reti ospedaliere dei SSR: un'analisi comparativa¹

di Giuliana Bensa, Clara Carbone e Federico Lega²

5.1 Introduzione

La moderna assistenza ospedaliera non può prescindere da logiche di rete. Per rendersene conto basti ricordare due aspetti. In primo luogo, il progresso scientifico e la crescente specializzazione nel trattamento di casi complessi e rari, che richiedono una maggiore concentrazione della casistica per raggiungere la *critical mass* necessaria a sostenere la qualità professionale e l'ammortamento economico dell'investimento. Da ciò consegue la necessità di programmare la distribuzione dell'offerta per garantire:

- ▶ la concentrazione delle attività in relazione alle competenze diffuse nella rete ed alle necessità del loro ulteriore sviluppo legato alla curva di esperienza;
- ▶ l'equità di accesso per tutta la popolazione gravitante sulla rete ospedaliera oggetto di intervento;
- ▶ un migliore coordinamento delle scelte di investimento in coerenza con la programmazione e gli sviluppi delle competenze specialistiche nei vari poli delle reti.

In secondo luogo, il ritmo sempre più serrato dell'innovazione tecnologica, che rende velocemente obsoleta la strumentazione e si caratterizza per costi sempre crescenti. Ciò rende impossibile dotare ogni singolo ospedale di una tecnologia adeguata su tutte le branche specialistiche e richiede, invece, scelte selettive, investimenti concentrati e quindi concertati a livello di rete ospedaliera.

¹ Il capitolo trae spunto dai risultati di una ricerca finanziata dal Ministero della Salute nell'ambito del progetto SIVEAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria). Al progetto hanno prestato attiva e generosa collaborazione Filippo Palumbo, Lucia Lispi, Stefania Garrassino, Mariella La Falce, Laura Arcangeli, Federica Medici e Angela Liotta del Ministero della Salute, ai quali va il nostro sentito ringraziamento.

² Benché il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i §§ 5.1 e 5.4 sono attribuiti a Federico Lega, i §§ 5.2 e 5.3.2 a Giuliana Bensa, i §§ 5.3 e 5.3.1 a Clara Carbone.

Progettare ed attivare reti tra ospedali e tra professionisti risponde dunque al bisogno di perseguire, al contempo, condizioni di maggiore equità e migliore presa in carico dell'utente, di efficacia clinica, di sicurezza per i pazienti e di efficienza economica complessiva.

Tuttavia, i processi di costruzione delle reti ospedaliere, per quanto ormai condivisi nelle motivazioni (tutte le regioni hanno inserito nella loro agenda il tema delle reti, spesso sotto la dimensione progettuale delle aree vaste) e supportati da schemi progettuali affermati (ad esempio i modelli *hub vs. spokes*, i modelli poli-antenne, le logiche del tipo «pendolo», ecc. – Lega, 2003), faticano a svilupparsi appieno nel contesto italiano per la carenza di elementi informativi a sostegno della progettazione e di attenzione specifica ai processi implementativi. La rilevanza politica, istituzionale, sociale e professionale delle scelte in materia di reti ospedaliere a livello locale e regionale definisce un quadro decisionale e gestionale ad alta complessità, come testimonia la storia degli ultimi quindici anni del SSN e dei singoli SSR. Pur riconoscendo che alcune esperienze hanno prodotto risultati eccellenti, molto rimane ancora da fare per migliorare l'efficacia dei processi di progettazione – alla ricerca di un sostenibile equilibrio tra interessi locali, professionali e di sistema – e di implementazione – richiedenti il consenso ed il forte coinvolgimento dei professionisti ed adeguati strumenti di controllo ed indirizzo dei comportamenti.

Questo capitolo si inserisce nella riflessione sulle modalità progettuali delle reti ospedaliere, concentrando l'attenzione sul tema delle informazioni che possono contribuire a sostenere e migliorare i processi decisionali di costruzione delle reti. Il collegamento con gli aspetti implementativi ed alcuni conseguenti stimoli ed ulteriori riflessioni sono, invece, rimandati alle conclusioni del lavoro. In particolare, l'oggetto del capitolo si collega al tema della *critical mass* e dell'equità di accesso rispetto alla formazione di reti ospedaliere intenzionalmente progettate. In questa prospettiva, tra le informazioni di cui necessita il decisore se ne segnalano almeno cinque fondamentali:

1. efficienza complessiva del sistema di offerta ospedaliera;
2. struttura di offerta ospedaliera e produzione per classi di ospedali;
3. dispersione/concentrazione delle specialità tra ospedali di dimensioni diverse;
4. soglie di riferimento per le specialità rispetto ai bacini di popolazione (tradizionalmente misurate dal parametro del posto letto specialistico per mille abitanti), eventualmente ponderate per livelli di complessità territoriale ed epidemiologica;
5. soglie di riferimento per specifici campi di attività, tali da garantire qualità e crescita professionale.

Passando dal primo al quinto punto aumentano significativamente la complessità e la carenza delle informazioni disponibili a livello di SSN ed SSR. Vi è, inoltre, una scarsa disponibilità di analisi che mettano in relazione tra di loro i diversi

punti, ad eccezione dei primi due, che sono indagati di frequente dagli economisti sanitari. L'analisi qui condotta verte in misura preponderante sui punti 2. e 3. e si sviluppa per valutare i seguenti aspetti:

- ▶ le dimensioni effettive delle strutture di ricovero (ovvero, quali sono le dimensioni delle strutture che compongono le reti ospedaliere, in termini di volumi di attività?);
- ▶ la vocazione delle strutture di ricovero, considerando le diverse tipologie di prestazioni ospedaliere offerte (ovvero, cosa erogano le strutture di ricovero?);
- ▶ la concentrazione/dispersione dell'offerta ospedaliera in ciascun SSR rispetto alle diverse classi di strutture di ricovero.

Pur sottolineando la parzialità di qualsiasi informazione discendente da dati complessivi di sistema, che possono nascondere alcuni fenomeni puntuali o indurre interpretazioni erranee, il contributo di questo capitolo è quello di fornire una rappresentazione comparativa dei diversi SSR che arricchisce di ulteriori evidenze il patrimonio informativo a disposizione dei decisori/progettisti delle reti. Inoltre, le informazioni in merito alla struttura di offerta, comparata con altri SSR e ponderata rispetto alla dispersione/concentrazione delle specialità, segnalano implicitamente il grado di «controllo» (non tanto la presenza, quanto l'efficacia) fin qui attuato dai diversi SSR nel governare gli sviluppi delle reti ospedaliere e quindi quanto ancora «resti da fare».

Alla luce di queste considerazioni, il paragrafo 5.2 descrive la metodologia della ricerca; il paragrafo 5.3 presenta i risultati dell'analisi comparativa delle reti ospedaliere regionali; il paragrafo 5.4 trae le considerazioni conclusive evidenziando alcune linee di sviluppo della ricerca.

5.2 Metodologia e dati della ricerca

Questo paragrafo descrive i due presupposti metodologici su cui si incentra l'analisi comparativa delle reti ospedaliere dei SSR: (i) la classificazione delle strutture di ricovero e (ii) il criterio di raggruppamento delle discipline ospedaliere.

L'intera analisi si basa sui flussi informativi delle SDO (Schede di dimissione ospedaliera) forniti dal Ministero della Salute e aggiornati all'anno 2005. L'analisi si concentra sui dati di attività per acuti delle strutture pubbliche e private accreditate; sono pertanto escluse dall'indagine le strutture che risultano essere dedicate esclusivamente alla post-acuzie ed alla psichiatria.

È importante sottolineare che la lettura dei risultati deve essere ricondotta al suddetto periodo temporale anno 2005, mentre una rappresentazione più attuale della composizione delle reti ospedaliere attraverso il modello di analisi proposto sarà possibile solo utilizzando dati più recenti.

Rispetto al primo presupposto metodologico, è stato adottato un sistema di classificazione delle strutture di ricovero basato sui volumi di attività effettivamente erogati da ciascuna struttura, espressi in termini di *posti letto equivalenti*³. Nella sostanza, i volumi di attività rilevati dal flusso delle SDO, espressi in giornate di degenza distinte in base al regime di ricovero, sono stati tradotti in una dotazione di posti letto teorica (equivalente), assumendo come valori di riferimento quelli riportati nella Tabella 5.1.⁴ Secondo tale prospettiva, le strutture di ricovero sono state classificate in 5 classi dimensionali (A, B, C, D ed E), riportate nella Tabella 5.2.

Tabella 5.1 **Valori di riferimento assunti nel calcolo dei posti letto equivalenti**

Regime	Ricovero ordinario	Ricovero diurno
Giornate	Degenza	Accessi DH/DS
Tasso di occupazione	80%	80%
Indice di rotazione	n.a.	1,5
Giorni lavorativi annui	365	270

Tabella 5.2 **Classificazione delle strutture in base ai PL equivalenti.**

Classe	Dimensioni (PL Equivalenti)
A	< 121
B	121-400
C	401-800
D	801-1500
E	>1500

Quanto al sistema di raggruppamento delle discipline, si è proposta una lettura dell'attività ospedaliera utilizzando la classificazione delle specialità in base al loro grado di diffusione nel territorio: specialità ad altissima, alta, media e rara

³ L'utilizzo dei posti letto equivalenti soddisfa due esigenze: consente da un lato di esprimere la dimensione effettiva delle strutture utilizzando il volume di attività realmente erogato, dall'altro di confrontare le strutture rispetto ad una dimensione di facile interpretazione, ovvero i posti letto (anziché il numero delle giornate di degenza o dei ricoveri). Il riferimento ai posti letto equivalenti permette, inoltre, di limitare l'analisi al flusso informativo delle SDO, senza dover ricorrere ad ulteriori fonti, come ad esempio i flussi HSP relativi ai posti letto effettivi, che sono più soggetti a variabilità interregionale.

⁴ Il tasso di occupazione utilizzato (80%) corrisponde a quello medio registrato a livello nazionale per l'area acuti (Carbone e Lecci 2005).

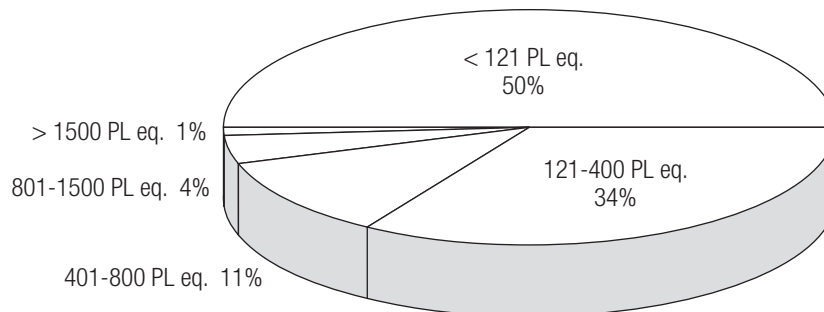
diffusione. Il concetto di diffusione territoriale si riferisce all'articolazione teorica delle discipline rispetto al bacino potenziale di utenza⁵. Secondo questa modalità di classificazione nell'ambito delle discipline ad altissima/alta diffusione vengono erogate prestazioni relative a patologie ad elevata incidenza (ovvero con tasso di ospedalizzazione atteso elevato) e che devono quindi essere facilmente accessibili alla popolazione (ad esempio, Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia generale, Medicina generale, Ortopedia e Traumatologia). Nell'ambito delle discipline a media/rara diffusione vengono invece erogate prestazioni relative a patologie a più bassa incidenza (ovvero con tasso di ospedalizzazione atteso basso), che richiedono una diffusione meno capillare e necessitano di una concentrazione in un numero ridotto di centri per trattare una casistica sufficientemente elevata da garantire l'efficacia delle cure erogate (ad esempio, Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Grandi Ustioni). Si riporta in appendice l'elenco completo delle discipline con l'indicazione del relativo grado di diffusione teorico.

5.3 Le reti ospedaliere dei SSR: risultati dell'analisi comparativa

La metodologia descritta nel paragrafo precedente consente di evidenziare alcune caratteristiche di fondo della rete ospedaliera del SSN.

In termini dimensionali, il 50% delle strutture di ricovero è rappresentato da ospedali di piccole dimensioni (<121 PL equivalenti); il 34% presenta una dotazione di 121-400 PL equivalenti e solo il 5% è rappresentato da strutture di grandi dimensioni (oltre 800 PL equivalenti), di cui solo l'1% oltre i 1.500 PL equivalenti (Figura 5.1).

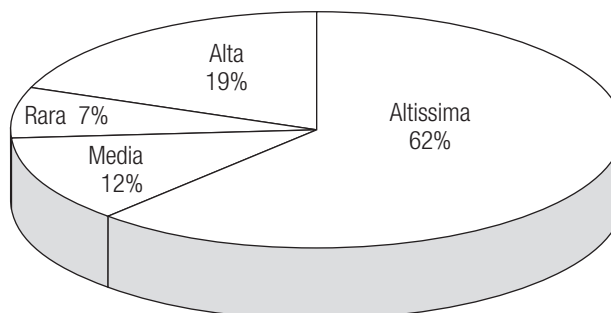
Figura 5.1 **Distribuzione delle strutture di ricovero per acuti per classe dimensionale**



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (2005)

⁵ La classificazione delle discipline in base alla distribuzione nel territorio è stata adottata nel Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari della Regione Sardegna deliberato nel 2005.

Figura 5.2 **Distribuzione dei ricoveri offerti dalle strutture di ricovero per acuti per grado di diffusione territoriale delle discipline**



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (2005)

Rispetto alle discipline in cui si concentra l'attività erogata, circa il 62% dei ricoveri è rappresentato da prestazioni afferenti a discipline di altissima diffusione, il 19% di alta, il 12% di media ed il restante 7% di rara diffusione (Figura 5.2).

Dopo questo quadro di sintesi sulla rete ospedaliera del SSN, il modello di analisi viene applicato ai diversi SSR per studiare e comparare le caratteristiche delle reti ospedaliere, sviluppando due diversi livelli di analisi:

- tipologie dimensionali e vocazione (rispetto all'attività prevalentemente erogata) delle strutture che compongono i SSR (§ 5.3.1);
- concentrazione/dispersione dell'offerta dei SSR (§ 5.3.2).

5.3.1 Dimensioni e vocazione delle reti ospedaliere nei SSR

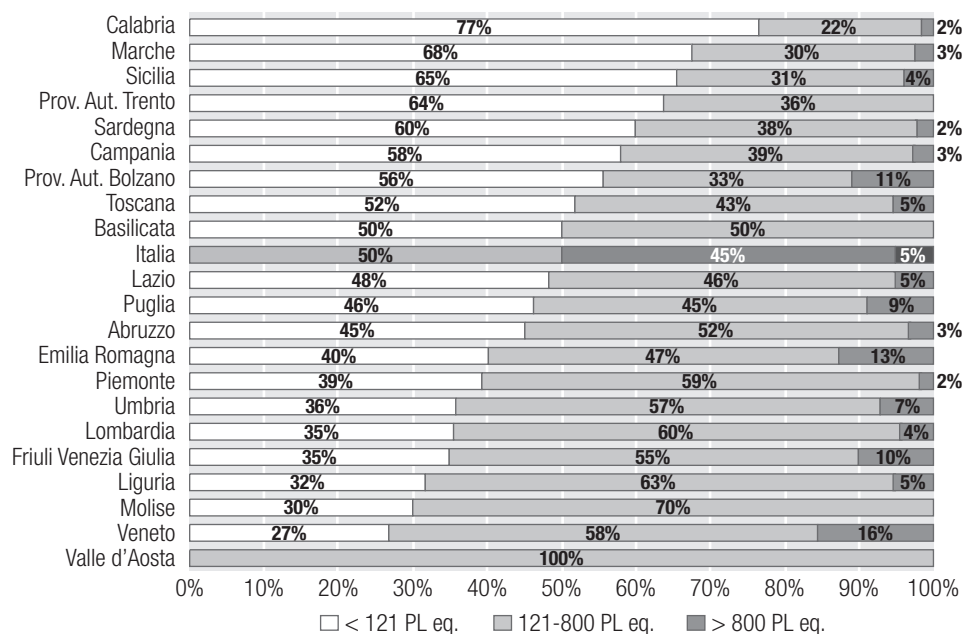
Il primo aspetto indagato all'interno dei SSR è la composizione della rete ospedaliera in relazione alle dimensioni effettive delle strutture, ovvero ai posti letto equivalenti. Per agevolare la lettura dei risultati si sono considerate tre classi dimensionali più aggregate: strutture con una dotazione di posti letto equivalenti inferiore a 121 (classe A della Tabella 5.2); strutture con una dotazione di posti letto equivalenti compresa fra 121 e 800 (classi B e C); strutture con una dotazione di posti letto equivalenti superiore a 800 (classi D ed E). La Figura 5.3 presenta le caratteristiche dimensionali delle strutture di ricovero per acuti di ciascun SSR. I dati evidenziano quanto segue:

- in 9 regioni (di cui 7 del Centro e Sud), gli ospedali di piccole dimensioni (< 121 PL equivalenti) rappresentano il 50% o più del totale delle strutture di offerta (la media nazionale equivale al 50%). La regione con la più alta concentrazione di strutture piccole è la Calabria (77%);

- nelle altre regioni le strutture di piccole dimensioni incidono per meno del 50%, ma con valori che variano da un minimo (escludendo la Valle d'Aosta⁶) del 27% del Veneto ad un massimo del 48% del Lazio. In particolare in 4 di queste regioni (Piemonte, Lombardia, Liguria e Molise) il complemento più rilevante alle strutture piccole è rappresentato da quelle di medie dimensioni, che incidono per valori compresi fra il 59 e 70%, mentre in altre 4 regioni (Puglia, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Veneto) si evidenzia un rilevante ruolo delle strutture di grandi dimensioni (9-16%).

Infine, è interessante sottolineare l'elevata eterogeneità interregionale rispetto alla dotazione media di PL all'interno delle singole classi dimensionali delle strutture di ricovero (Tabella 5.3): ad esempio, per la prima classe (<121 PL equivalenti) si passa da un minimo di 27 PL medi dell'Umbria a un massimo di 83 per il Veneto; per la terza classe (> 800 PL equivalenti) si passa dagli 828 PL medi di Bolzano ai 2.023 della Liguria.

Figura 5.3 **Caratteristiche dimensionali delle strutture di ricovero per acuti per SSR (incidenza sul totale delle strutture di ricovero)**



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (2005)

⁶ In Valle D'Aosta esiste una sola struttura di ricovero, di dimensione compresa tra 121 e 800 PL equivalenti.

Tabella 5.3 Caratteristiche dimensionali delle strutture di ricovero per acuti per SSR (numero di strutture per classe dimensionale e PL medi all'interno di ogni classe)

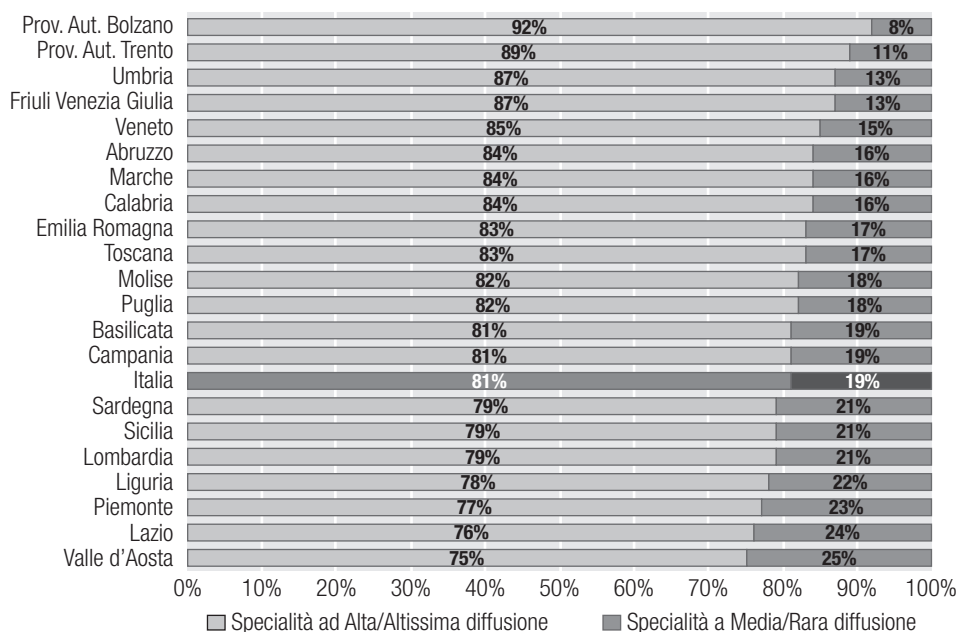
Regione	< 121 PL eq.		121-800 PL eq.		> 800 PL eq.	
	Numero strutture	PL Md Equivalenti	Numero strutture	PL Md Equivalenti	Numero strutture	PL Md Equivalenti
Piemonte	22	63	33	416	1	1.473
VdA			1	475		
Lombardia	56	74	95	283	7	1.156
Bolzano	5	61	3	293	1	828
Trento	7	53	4	345		
Veneto	12	83	26	398	7	1.321
FVG	7	62	11	210	2	922
Liguria	6	79	12	473	1	2.023
ER	22	68	26	358	7	1.275
Toscana	29	52	24	354	3	1.416
Umbria	5	28	8	272	1	945
Marche	27	55	12	274	1	1.055
Lazio	53	64	51	291	6	1.525
Abruzzo	14	82	16	306	1	897
Molise	3	59	7	232		
Campania	69	63	47	256	3	1.162
Puglia	31	50	30	260	6	1.072
Basilicata	5	60	5	353		
Calabria	49	53	14	269	1	899
Sicilia	83	56	39	273	5	1.002
Sardegna	27	60	17	241	1	948
Totale Italia	532	61	481	291	54	1.072

La seconda dimensione di analisi riguarda la vocazione delle strutture di ricovero, espressa in termini di distribuzione dell'attività erogata tra discipline caratterizzate da diversa diffusione territoriale. Anche in questo caso, anziché articolare l'attività nei quattro livelli di diffusione (altissimo, alto, medio e raro), si è scelto di utilizzare due soli raggruppamenti (alto/altissimo e medio/raro) per facilitare l'interpretazione dei risultati.

La Figura 5.4 presenta l'incidenza relativa delle due aree di attività in ciascun SSR. Il confronto fra le regioni consente di individuare due *cluster*:

- 14 SSR in cui le prestazioni afferenti alle discipline ad alta/altissima diffusione hanno un peso relativo superiore alla media nazionale (che è pari all'81 %);
- 7 SSR (le regioni del Nord Ovest, il Lazio e le isole) in cui sono invece le attività di media/rara diffusione ad eccedere la media nazionale, con varie presumibili motivazioni: (i) l'appartenenza a un territorio in cui insistono importanti centri metropolitani (Lazio e Lombardia); (ii) l'isolamento territoriale (Sicilia e Sardegna) e/o (iii) l'adesione a una programmazione interregionale dell'assistenza ospedaliera per cui la singola regione è polo per alcune specialità di media-rara diffusione ed antenna per altre discipline (Piemonte, Liguria, Valle D'Aosta).

Figura 5.4 **Distribuzione dell'attività erogata tra discipline caratterizzate da diversa diffusione territoriale**



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (2005)

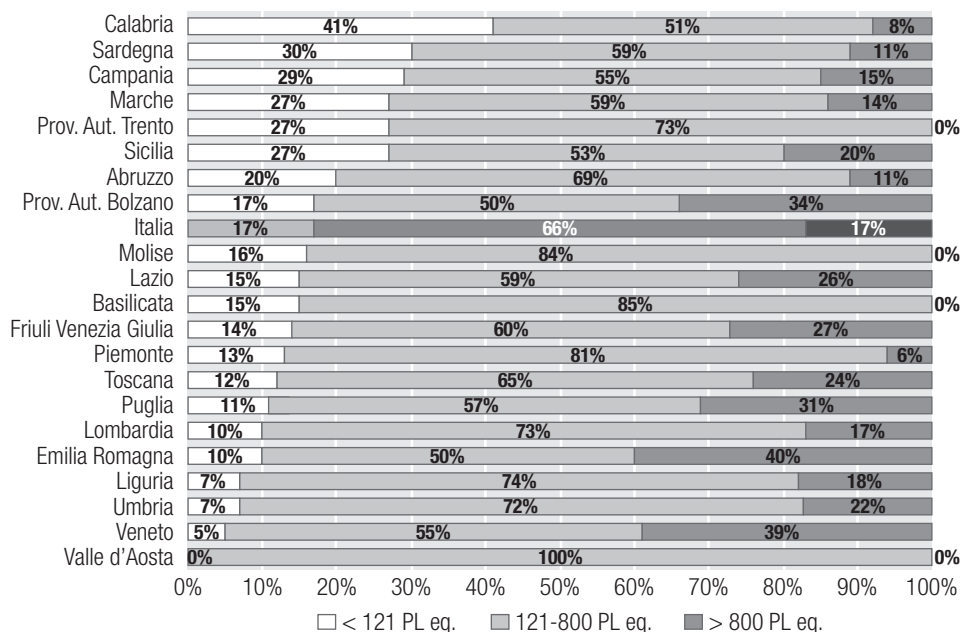
Le dimensioni precedentemente analizzate possono essere incrociate esaminando la vocazione delle singole strutture che compongono le reti ospedaliere dei SSR. La Figura 5.5 e la Figura 5.6 presentano i risultati di questa analisi. In particolare:

- la Figura 5.5 mostra che le prestazioni afferenti alle discipline ad alta/altissima diffusione sono svolte prevalentemente dalle strutture di medie dimensioni (121-800 PL), seguite dalle piccole (in tutte le regioni del Sud tranne la Puglia, due regioni del Nord – Piemonte e Trento – e una del Centro – Marche) oppure dalle grandi (nelle altre regioni del Nord e del Centro e in Puglia);
- la Figura 5.6 evidenzia che, in tutte le regioni, le prestazioni afferenti alle discipline a media/rara diffusione sono svolte prevalentemente dalle strutture di medie (121-800 PL) e grandi (> 800 PL) dimensioni.

Infine, i dati presentati in Figura 5.5 e Figura 5.6 possono essere tradotti in una mappatura sintetica dei SSR tramite l'incrocio di due variabili:

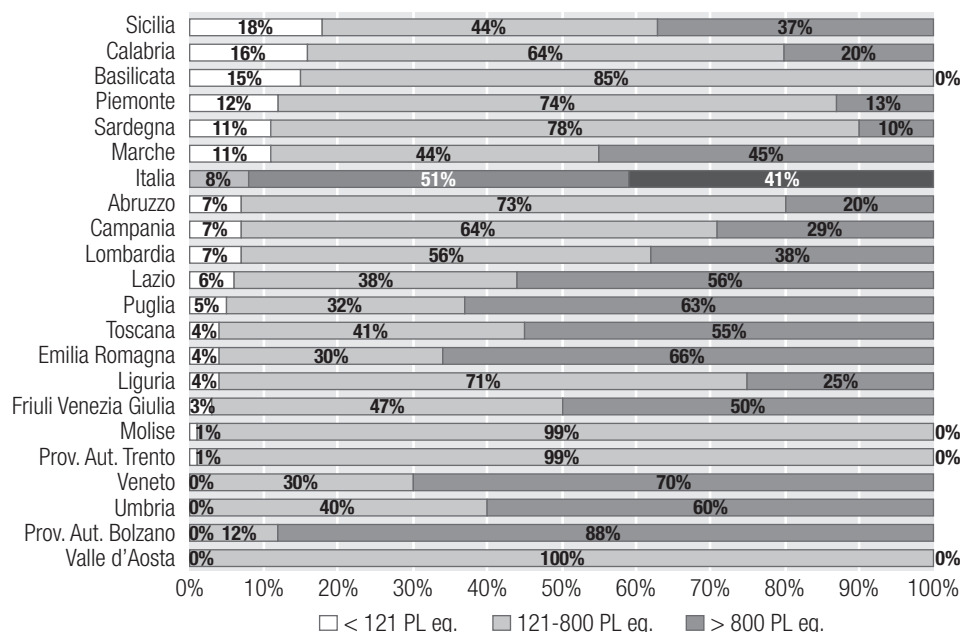
- la «quota di mercato» detenuta dalle strutture di medie-grandi dimensioni per l'area delle discipline ad alta/altissima diffusione, ovvero la percentuale dei ricoveri per acuti nell'area alta/altissima diffusione che sono erogati dalle strutture con dimensioni superiori ai 120 PL equivalenti;
- la «quota di mercato» detenuta dalle strutture di medie-grandi dimensioni per l'area delle discipline a media-rara diffusione, ovvero la percentuale dei ricove-

Figura 5.5 **Incidenza delle prestazioni afferenti alle discipline ad alta/altissima diffusione, per classe dimensionale delle strutture**



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (2005)

Figura 5.6 **Incidenza delle prestazioni afferenti alle discipline a rara/media diffusione, per classe dimensionale delle strutture**



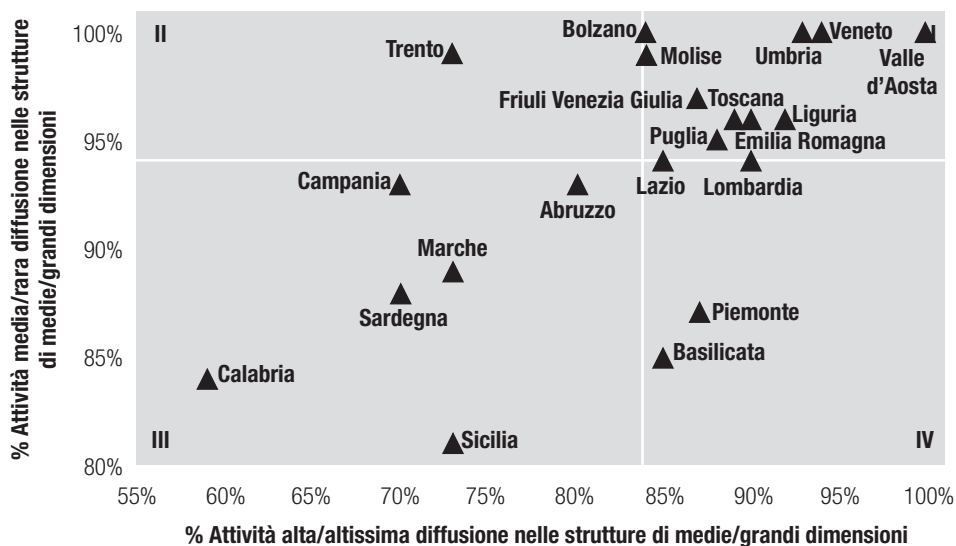
Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (2005)

ri per acuti nell'area media/rara diffusione che sono erogati dalle strutture con dimensioni superiori ai 120 PL equivalenti.

Queste variabili sintetizzano in modo efficace l'importanza relativa delle varie tipologie di strutture nell'ambito dei SSR, qualificandone contemporaneamente l'offerta. L'incrocio delle due variabili classifica i SSR in quattro quadranti, separati dai valori medi nazionali (84% per l'attività ad alta/altissima diffusione, 94% per quella a media/rara diffusione). In particolare, si distinguono i seguenti gruppi di SSR (Figura 5.7):

- *Regioni con una rete prevalentemente costituita da strutture di medie/grandi dimensioni (I quadrante)*, ovvero regioni in cui le strutture di medie/grandi dimensioni detengono un'elevata quota di mercato per entrambe le aree considerate (alta-altissima diffusione e media-rara diffusione). In questo quadrante si posizionano sia regioni con popolazione contenuta (Valle D'Aosta, Molise, Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Liguria), sia regioni con popolazioni di ampie dimensioni (Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Puglia).

Figura 5.7 **Posizionamento dei SSR in base alla percentuale di ricoveri in strutture di medie e grandi dimensioni per discipline ad alta-altissima diffusione (ascisse) e a media-rara diffusione (ordinate)**



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (2005)

- *Regioni con una rete prevalentemente costituita da strutture di piccole dimensioni (III quadrante)*, ovvero regioni in cui le strutture di medie-grandi dimensioni detengono quote di mercato più basse per entrambe le aree considerate (alta-altissima diffusione e media-rara diffusione). Questa configurazione della rete ospedaliera caratterizza 6 regioni del Centro-Sud (Calabria, Sicilia, Abruzzo, Marche, Sardegna e Campania).
- *Regioni con una rete differenziata rispetto alla tipologia di offerta prevalente (II e IV quadrante)*, ovvero regioni in cui strutture di medio/grandi dimensioni detengono una quota di mercato elevata in una sola delle due aree considerate. Da una parte (IV quadrante) troviamo i SSR in cui le strutture di medie/grandi dimensioni svolgono un ruolo prevalente nell'erogazione di attività ad alta/altissima diffusione (Piemonte, Basilicata, Lazio e Lombardia) mentre per l'attività a media/rara diffusione entrano in gioco anche le strutture di dimensioni più piccole (sebbene per Lazio e Lombardia il ruolo delle strutture di medie/grandi dimensioni per tale attività sia molto vicino alla media nazionale); dall'altra (II quadrante) troviamo solo Trento, che vede le strutture di medie/grandi dimensioni detenere la maggior quota di attività per la media/rara diffusione, mentre lascia un ruolo importante alle strutture di piccole dimensioni per la gestione delle attività ad alta/altissima diffusione.

5.3.2 I livelli di Concentrazione/dispersione dell'offerta ospedaliera nei SSR

Dopo aver caratterizzato le regioni in base alle dimensioni e alla vocazione delle strutture, la ricerca intende valutare il livello di concentrazione/dispersione delle reti ospedaliere nell'ambito di ciascun SSR. L'interesse per questo approfondimento nasce dall'esigenza di conoscere il livello di complessità dei SSR, espresso dal numero e dal tipo di attori che concorrono all'offerta di prestazioni ospedaliere. A tal fine l'analisi si è sviluppata in due momenti successivi:

- nella prima fase è stata effettuata una valutazione complessiva del livello di concentrazione delle reti ospedaliere;
- nella seconda fase si è cercato di approfondire la valutazione tenendo conto delle caratteristiche dimensionali delle strutture.

Di seguito vengono descritte nel dettaglio le due fasi dell'analisi.

Nella prima fase si è misurato il livello di concentrazione dell'offerta utilizzando l'indice di Herfindahl-Hirschman (HHI) (Boutsoli 2007). Questo indice viene tipicamente utilizzato per quantificare il grado di concorrenza presente in un determinato contesto ed è dato dalla somma dei quadrati delle quote di mercato (esprese in percentuale) di ciascun agente:

$$HHI = \sum_{i=0}^n (q_i * 100)^2$$

dove q_i è la quota di mercato dell'agente i -esimo.

HHI è sempre positivo e assume il valore massimo di 10.000 nel caso sia presente un solo agente. Un valore di HHI compreso fra 1.000 e 1.800 indica un mercato moderatamente concentrato, mentre valori superiori a 1.800 rivelano mercati altamente concentrati.

In base a questa classificazione, le regioni si posizionano su tre diversi livelli di concentrazione (Tabella 5.4):

- regioni con HHI basso, indicatore di un contesto con bassa concentrazione e, quindi, elevata presenza di strutture di offerta (in ordine crescente per il valore dell'indice: Lombardia, Sicilia, Campania, Lazio, Piemonte, Puglia, Emilia-Romagna, Veneto, Calabria, Sardegna, Toscana, Abruzzo e Marche);
- regioni con HHI medio, indicatore di un contesto con una moderata presenza di strutture di offerta (Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Molise, Umbria);
- regioni con HHI alto, indicatore di un contesto con alta concentrazione e quindi scarsa presenza di strutture di offerta (Basilicata, Bolzano, Trento e infine Valle d'Aosta, dove esiste un unico erogatore di prestazioni ospedaliere).

Tabella 5.4 **Indice di Herfindahl-Hirschman per SSR**

Regione	HHI	
Lombardia	133	} Bassa concentrazione del mercato
Sicilia	221	
Campania	223	
Lazio	287	
Piemonte	329	
Puglia	401	
Emilia Romagna	431	
Veneto	434	
Calabria	457	
Sardegna	509	
Toscana	527	
Abruzzo	592	
Marche	667	
Liguria	1.096	} Moderata concentrazione del mercato
Friuli Venezia Giulia	1.129	
Molise	1.572	
Umbria	1.582	
Basilicata	2.096	} Alta concentrazione del mercato
PA Bolzano	2.414	
PA Trento	2.553	
Valle d'Aosta	10.00	

Il posizionamento delle regioni evidenzia, inoltre, una relazione fra grado di concentrazione della rete di offerta e dimensioni regionali (regioni di dimensioni più grandi presentano un indice di concentrazione più basso e regioni di dimensioni più piccole presentano un indice di concentrazione più elevato, fino al caso estremo della Valle d'Aosta). Sebbene questa relazione appare piuttosto scontata, dal momento che all'aumentare della popolazione regionale ci si attende una rete di offerta più ricca per soddisfare il più ampio bacino di utenza, una lettura attenta dei valori assunti dall'HHI mostra anche una differenziazione importante fra regioni di dimensioni simili (ad esempio, confrontando le regioni con una popolazione compresa fra 1 e 2 milioni di abitanti l'HHI assume un valore minimo pari a 457 per la Calabria fino ad arrivare ad un valore quasi triplo – 1129 – per il Friuli-Venezia Giulia).

Nella seconda fase dell'analisi si è cercato, soprattutto per i sistemi caratterizzati da una presenza elevata di strutture di offerta, di approfondire le caratteristiche dimensionali di tali strutture (ovvero se l'offerta è articolata in tanti erogatori di dimensioni piccole, oppure in un numero più ridotto di strutture medie o grandi). A tal fine si è scelto di analizzare gli estremi della composizione potenziale della rete: le strutture di piccole dimensioni (PL < 121 PL equivalenti) e le strutture di grandi dimensioni (PL > 800 PL equivalenti).

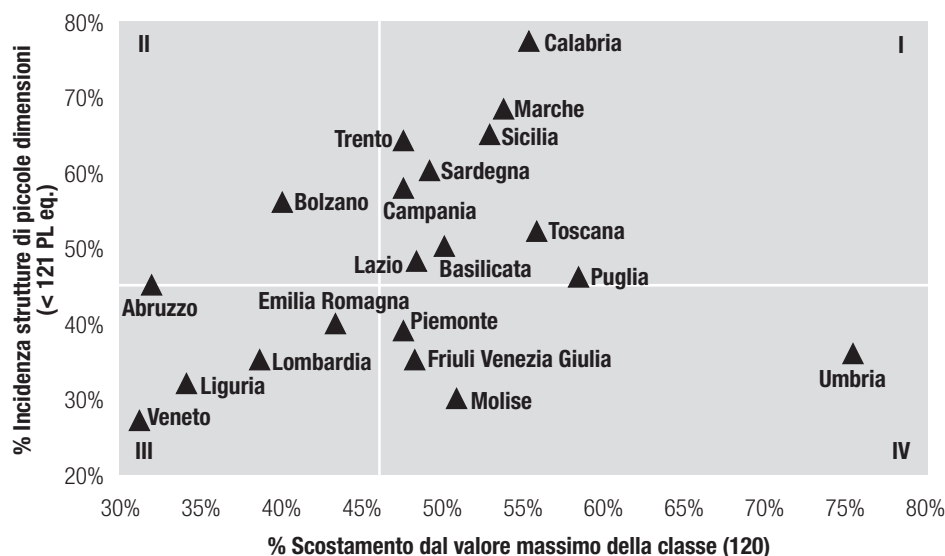
Per le strutture di piccole dimensioni sono state correlate due variabili (Figura 5.8):

- ▶ l'incidenza del numero di strutture di piccole dimensioni sul totale delle strutture presenti nel sistema;
- ▶ lo scostamento percentuale del valore medio dei posti letto delle strutture di piccole dimensioni dal valore massimo della classe di appartenenza (120).

Il posizionamento si traduce nei seguenti cluster:

- ▶ le regioni collocate nel primo quadrante risultano avere un numero molto elevato di strutture piccole. Questi ospedali, inoltre, risultano avere dimensioni particolarmente piccole dal momento che lo scostamento percentuale dei posti letto

Figura 5.8 Posizionamento delle regioni rispetto all'incidenza delle strutture di piccole dimensioni e allo scostamento del numero medio di PL di tali strutture dal valore massimo della classe di appartenenza (120).



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (2005)

- medi rispetto al valore massimo della classe è molto ampio (Calabria, Marche, Sicilia, Trento, Sardegna, Campania, Toscana, Basilicata, Lazio e Puglia);
- le regioni collocate nel terzo quadrante presentano strutture piccole in numero limitato e con dimensioni medie relative più elevate, come testimoniato dal basso scostamento percentuale dei posti letto medi rispetto al valore massimo della classe (Emilia-Romagna, Lombardia, Liguria, Veneto e Abruzzo);
 - le regioni collocate nel secondo e quarto quadrante, infine, risultano residuali rispetto alle altre. In particolare nel secondo quadrante si colloca solo Bolzano, che presenta un numero importante di strutture piccole, ma di dimensioni medie relativamente elevate. Nel quarto quadrante si collocano, invece, altre quattro regioni (Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Molise ed Umbria) dove le strutture piccole sono poche e di dimensioni particolarmente contenute.

Per determinare, il peso delle strutture di grandi dimensioni è stato calcolato il valore della quota complessiva di mercato (in termini di giornate di degenza) detenuta dalle prime cinque strutture (ordinate per volume decrescente di attività). Tale indicatore fornisce una misura della polarizzazione delle strutture verso le grandi dimensioni: più elevato è il suo valore, più il sistema di offerta è dominato dalle strutture di grandi dimensioni.

Come sintesi finale della valutazione, per ogni SSR si è messa in relazione la quota complessiva di mercato detenuta dalle prime cinque strutture con l'incidenza delle strutture di piccole dimensioni, pesata per lo scostamento dal valore massimo della classe di appartenenza⁷ (Tabella 5.5).

Lungo la dimensione orizzontale della Tabella 5.5 si distinguono le prime due colonne, dove si collocano i SSR nei quali la quota complessiva di mercato detenuta dalle prime cinque strutture è inferiore al 50%. Si noti, tra l'altro, che in queste due colonne si collocano le regioni caratterizzate da HHI basso, se si confronta il dato con i valori della Tabella 5.4. Nella terza colonna si collocano invece le regioni nelle quali la quota complessiva di mercato detenuta dalle prime cinque strutture è superiore al 50%; specularmente si tratta delle regioni con HHI medio-alto (cfr. Tabella 5.4).

In particolare, con riferimento alle prime due colonne è possibile leggere le seguenti configurazioni.

⁷ Il sistema di pesatura utilizzato consente di differenziare le strutture in base alla loro dimensione. Nella sostanza la pesatura esprime per ogni regione lo scostamento percentuale medio delle dimensioni espresse in termini di PL equivalenti, rispetto alla dimensione massima della classe di appartenenza (120 PL equivalenti). A parità di incidenza delle strutture di piccole dimensioni in due diverse realtà regionali, lo scostamento percentuale «pesa» di più le strutture di dimensioni più piccole (ovvero ne accentua l'incidenza relativa) rispetto a quelle di dimensioni più grandi. Così, ad esempio, se l'incidenza delle strutture di piccole dimensioni in due SSR, A e B, è pari al 30% ma la loro dimensione media è rispettivamente pari a 40 e 80 PL equivalenti, l'incidenza pesata corrisponderà al 20% per A ($30\% \cdot (120-40)/120$), mentre al 10% per B ($30\% \cdot (120-80)/120$).

- Nella prima riga si trovano le regioni con un'incidenza molto modesta delle strutture di piccole dimensioni. Nel caso di Piemonte e Lombardia il ruolo principale è svolto dalle strutture di medie dimensioni (data la bassa quota di mercato detenuta dalle prime cinque strutture), mentre nel caso di Veneto, Emilia-Romagna e Abruzzo le strutture di grandi dimensioni polarizzano il sistema verso l'alto.
- Nella seconda riga si posizionano i SSR che si appoggiano in modo più significativo alle strutture di piccole dimensioni, con differenze rilevanti nel coinvolgimento delle altre tipologie di strutture: Lazio e Campania sembrano concentrare la restante attività nelle strutture di medie dimensioni, mentre Puglia e Toscana si affidano maggiormente alle strutture di grandi dimensioni.
- Nell'ultima riga, infine, si collocano i SSR dove l'attività si concentra per una parte molto rilevante nelle strutture di ricovero di piccole dimensioni, con l'ulteriore differenziazione rispetto al ruolo giocato dalle altre tipologie di strutture (in Sardegna, Marche e Calabria è più rilevante l'attività svolta dalle strutture di grandi dimensioni; in Sicilia quella delle strutture di medie dimensioni).

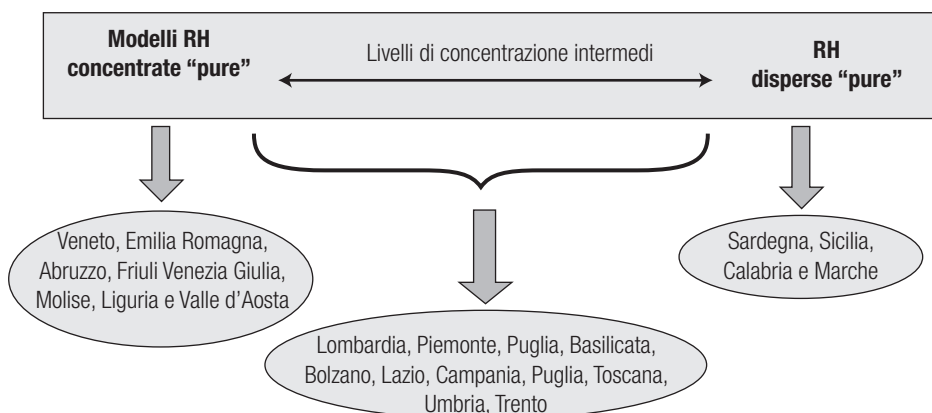
Dall'analisi sopra riportata emergono due cluster «puri» di SSR (evidenziati in Tabella 5.5 dalle ellissi), che possono essere considerati come i poli di un *continuum* all'interno del quale si pongono soluzioni intermedie/ibride. I due poli estremi sono rappresentati da (Tabella 5.5 e Figura 5.9):

Tabella 5.5 Posizionamento delle regioni rispetto alla quota di mercato detenuta dalle prime cinque strutture e all'incidenza pesata delle strutture di piccole dimensioni

		Incidenza volume di attività prime 5 strutture ordinate per quota di mercato decrescente		
		0-30%	30%-50%	> 50%
Incidenza pesata delle strutture <121 PL	0-20%	Piemonte, Lombardia	Veneto, Emilia Romagna, Abruzzo	Valle d'Aosta, Liguria, FVG, Molise
	20%-30%	Lazio, Campania	Puglia, Toscana	PA Bolzano, Basilicata
	> 30%	Sicilia	Sardegna, Marche, Calabria	PA Trento

Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (2005)

Figura 5.9 **Modelli di reti ospedaliere «concentrate pure» vs modelli di reti ospedaliere «disperse pure»**



- *modelli di reti ospedaliere «concentrate pure»*, ovvero un gruppo di 7 regioni (Veneto, Emilia-Romagna, Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Molise e Valle d'Aosta) in cui l'attività è concentrata nelle strutture di medie-grandi dimensioni, con un basso coinvolgimento effettivo delle strutture piccole (< 121 PL equivalenti);
- *modelli di reti ospedaliere «disperse pure»*, ovvero un gruppo di 4 regioni (Sardegna, Sicilia, Calabria e Marche,) in cui l'attività è dispersa tra tutte le classi di strutture di ricovero (piccole, medie e grandi).

5.4 Conclusioni e spunti di ricerca futuri

L'analisi ha messo in luce una situazione variegata, che però presenta interessanti uniformità da cui trarre alcuni spunti di riflessione conclusivi. Come ci si poteva aspettare, le regioni medio-piccole hanno tassi di concentrazione più elevati (ad esempio Liguria, Friuli Venezia Giulia, Molise e Valle d'Aosta). Le regioni medio-grandi hanno invece una concentrazione media, comprensibile se si osserva il numero di strutture mono-specialistiche di piccole e medie dimensioni presenti in queste realtà, dove esiste un'offerta spesso di altissima specializzazione (ad esempio, Piemonte e Lombardia). In entrambi i casi, esiste una coerenza di massima con gli obiettivi di garantire condizioni per uno sviluppo tecnologico sostenibile e di ricercare qualità da *critical mass*. Molto delicata appare, invece, la situazione di regioni con reti «disperse pure», dove il percorso di cambiamento atteso è particolarmente impegnativo (Sicilia, Calabria, Sardegna e Marche).

Certamente nel futuro prossimo, grazie al contributo delle tecnologie informative ed informatiche, sarà possibile un'accelerazione nella costruzione delle reti ed un'ulteriore concentrazione. In effetti è da attendersi che, nelle grandi regioni se i cambiamenti avverranno nel segno della continuità con le scelte politiche ed istituzionali fin qui declamate, si andrà a configurare una rete ospedaliera a *governance* unificata fondata su quattro livelli (Lega 2003):

- ▶ Hub di II livello (cosiddette *focused factories*, centri focalizzati): ospedali di *second referral* nei quali è trattata l'elezione ultra-complessa e differibile, i trapianti, le malattie rare, ecc. I pazienti sono sovente arruolati in studi clinici di alta specializzazione. Tali centri dovrebbero essere in larga parte mono-specialistici (Hub cardiovascolare, ortopedico, oftalmologico, ecc.) e spesso identificati come IRCCS o equivalenti;
- ▶ Hub di I livello: ospedali di alta specializzazione ma polispecialistici, con bacino di riferimento regionale e, per alcune specialità, anche nazionale;
- ▶ Ospedali portanti: sedi dei DEA, generalisti ma con specializzazione crescente su branche diffuse e collegati a distanza con i centri Hub di I e II livello;
- ▶ Ospedali di prossimità: punti di primo intervento, che eseguono una casistica generale di base e sono collegati a distanza con gli ospedali portanti.

Questo scenario, tuttavia, pone almeno due sfide chiave per i decisori e i *policy maker*.

In primo luogo, di pari passo con le scelte progettuali di rete è necessario verificare lo sviluppo dei meccanismi organizzativi che devono garantire l'equità di accesso alla rete. In particolare, la logistica e l'architettura organizzativa che permettono il funzionamento della rete così organizzata richiedono:

- ▶ condizioni e mezzi di trasporto rapidi per collegare gli ospedali in rete (soprattutto sull'urgenza);
- ▶ dipartimenti o strutture intermedie inter-stabilimento o inter-aziendali, per il coordinamento dei comportamenti dei professionisti;
- ▶ una struttura a pendolo, per cui le equipe mediche si spostano tra i vari nodi della rete per interventi e visite specialistiche;
- ▶ tecnologie che permettono alle strutture di diverso livello di comunicare ed effettuare, se necessario, diagnosi e refertazioni a distanza;
- ▶ sistemi di misurazione delle performance in grado di indirizzare i comportamenti del management e dei professionisti in relazione alle scelte progettuali di concentrazione delle casistiche e delle tecnologie.

Oltre al tema del governo clinico e quindi dei comportamenti professionali, si richiama qui la questione delle attese di efficienza e razionalizzazione della spesa

associate all'idea di rete. Razionalizzazione che, tuttavia, non è scontata. Secondo la prospettiva di Williamson (1991) l'organizzazione a rete costituisce la risposta ai problemi cosiddetti di *first order economizing*, cioè di scelta della forma organizzativa di governo delle attività produttive più razionale ed efficiente. I successivi interventi di progettazione e *re-engineering* dei meccanismi di funzionamento inter ed intraorganizzativi, cioè dei contenuti della rete e della singola struttura in essa inserita, affrontano, invece, i problemi di *second order economizing*, vale a dire i problemi relativi al miglior utilizzo della forma organizzativa adottata. Da qui l'importanza di investire sui meccanismi operativi necessari per un corretto funzionamento dello specifico modello organizzativo di rete. Investimento che genera inizialmente un costo aggiuntivo, ma che nel medio periodo (3-5 anni), come dimostrano alcuni studi (HCAB 1995), determina benefici economici in termini di risparmi conseguibili, talvolta stimati fino al 20% dei costi complessivi di una struttura ospedaliera. In questa sede emerge quindi tutta la complessità implementativa delle scelte progettuali di rete, come anticipato nell'introduzione.

In secondo luogo, occorre valutare se e come superare gli attuali confini istituzionali tra regioni (lavorando soprattutto sui meccanismi di finanziamento e su processi di *governance* congiunti per le decisioni strategiche – in particolare professionalità e tecnologie), laddove le reti ospedaliere delle regioni piccole presumibilmente dovranno relazionarsi con quelle delle regioni medio-grandi con cui confinano (creando reti miste), e laddove su scala nazionale serviranno solo alcuni ospedali di riferimento di secondo livello che dovranno essere messi in rete con logiche inter-regionali.

Infine, per quanto riguarda gli sviluppi sul fronte della ricerca, si propongono come prioritarie due direzioni:

- l'analisi delle capacità di governo delle reti ospedaliere da parte di ciascun SSR, attraverso una valutazione qualitativa del gap tra la programmazione dichiarata (nei vari documenti istituzionali) e quella attuata, e un'indagine sul ruolo del privato accreditato tra natura complementare o sovrapponibile a quella delle strutture pubbliche;
- approfondimento su alcune specifiche discipline critiche, al fine di misurare per ciascun SSR la distanza tra i livelli di attività minimi consigliati per determinate patologie (la *critical mass*, definita solitamente dalle società scientifiche e/o dalla letteratura internazionale) e i volumi di attività effettivamente erogati dalle singole strutture di ricovero, al fine di supportare le funzioni di programmazione sanitaria e di progettazione del livello assistenziale ospedaliero.

Appendice – Livello di diffusione delle discipline sul territorio

Codice	Descrizione disciplina	Diffusione sul territorio
01	Allergologia	rara
05	Angiologia	rara
06	Cardiochirurgia pediatrica	rara
07	Cardiochirurgia	rara
10	Chirurgia maxillo-facciale	rara
11	Chirurgia pediatrica	rara
12	Chirurgia plastica	rara
13	Chirurgia toracica	rara
19	Mal. endocrine, del ricambio e nutrizione, diabetologia	rara
25	Medicina del lavoro	rara
33	Neuropsichiatria infantile	rara
35	Odontoiatria e stomatologia	rara
46	Grandi ustioni pediatrica	rara
47	Grandi ustioni	rara
48	Nefrologia	rara
55	Farmacologia clinica	rara
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	rara
58	Gastroenterologia	rara
61	Medicina nucleare	rara
65	Oncoematologia pediatrica	rara
70	Radioterapia	rara
71	Reumatologia	rara
74	Radioterapia oncologica	rara
14	Chirurgia vascolare	media
18	Ematologia, immunoematologia	media
24	Malattie infettive e tropicali	media
30	Neurochirurgia	media
52	Dermatologia, dermosifilopatia	media
62	Patologia neonatale, neonatologia	media
64	Oncologia (compresa oncologia medica e generale)	media
68	Pneumologia, tisiologia, fisiopatologia respiratoria	media

202 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

Codice	Descrizione disciplina	Diffusione sul territorio
73	Terapia intensiva neonatale	media
29	Nefrologia	alta
31	Nido, neonati sani	alta
32	Neurologia	alta
34	Oculistica	alta
38	Otorinolaringoiatria, audiologia	alta
40	Psichiatria	alta
43	Urologia	alta
54	Emodialisi	alta
08	Cardiologia	altissima
09	Chirurgia generale	altissima
21	Geriatria	altissima
26	Medicina generale	altissima
36	Ortopedia e traumatologia	altissima
37	Ostetricia e ginecologia	altissima
39	Pediatria	altissima
49	Terapia intensiva, anestesia e rianimazione	altissima
50	Unità coronarica, unità intensiva cardiologica	altissima
51	Astanteria, accettazione e osservazione	altissima

Bibliografia

- Boutsoli Z. (2007), «Concentration in the Greek private hospital sector: a descriptive analysis», *Health policy*, 82, 212-225
- Carbone C. e Lecci F. (2005), «La struttura del SSN italiano», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA
- HCAB (1995), *Network Advantage*, Washington, D.C., The Advisory Board,
- Lega F. (2003), *Gruppi e reti aziendali in sanità. Strategia e gestione*, Milano, Egea.
- Williamson O. (1991), «Strategizing, economizing and economic organization», *Strategic Management Journal*, 12, 75-94.

6 Processi di accentramento degli approvvigionamenti in sanità: una prima analisi di impatto¹

di Manuela Brusoni, Giulia Cappellaro e Marta Marsilio²

6.1 Introduzione

Il processo di centralizzazione della funzione approvvigionamenti (e di altre funzioni tecnico-amministrative) si sta diffondendo in gran parte dei SSR, con una significativa eterogeneità negli assetti istituzionali ed organizzativi (Brusoni e Marsilio 2007). La spinta iniziale che ha motivato l'avvio della maggior parte delle esperienze di aggregazione degli acquisti, in particolare in quelle regioni che hanno sottoscritto Piani di Rientro, è la ricerca di riduzione della spesa per beni e servizi, sia in termini diretti (riduzione del prezzo dell'oggetto dell'acquisto, grazie ad un aumento del volume contrattato e del potere contrattuale della stazione appaltante) sia in termini indiretti negli oneri amministrativi collegati (riduzione della tempistica, aumento dell'efficienza nel processo, riduzione del personale dedicato, ecc.). Tuttavia ad oggi non sono ancora disponibili rapporti organici e sistematici di valutazione dei reali impatti di tali soluzioni; gli unici documenti disponibili riguardano le relazioni (annuali, semestrali o trimestrali) delle centrali di committenza o altri documenti interni, che presentano molti dati di attività (numero di gare, importi aggiudicati, ecc.), ma pochissime informazioni sulla misurazione dei benefici prodotti per il servizio sanitario regionale, per le aziende sanitarie e per il sistema di produzione ed offerta di beni e servizi.

Ciò che appare evidente è l'eterogeneità degli assetti istituzionali e organizzativi adottati: la variabilità del numero di aziende coinvolte e dell'ambito merceologico a cui sono estese le attività di aggregazione della domanda, l'esistenza o

¹ Il capitolo trae spunto dai risultati di una ricerca finanziata dal Ministero della Salute nell'ambito del progetto SIVEAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria). Si ringraziano Filippo Palumbo, Mariella La Falce, Stefania Garassino e Lucia Lispi per l'attiva e generosa collaborazione.

² Sebbene il capitolo sia il frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 6.1 e 6.6 sono da attribuire a Manuela Brusoni, i §§ 6.3, 6.4 e 6.5 sono da attribuire a Giulia Cappellaro, il 6.2 è da attribuire a Marta Marsilio.

meno di una parallela centralizzazione di altre attività comuni, tra cui ad esempio la logistica e i magazzini. Non sempre è possibile associare alle scelte di assetto effettuate un esplicito disegno strategico e coerenti indicatori di impatto misurabili, né, di conseguenza, comparare gli effetti prodotti nell'efficienza ed efficacia del processo di approvvigionamento o i punti di forza e debolezza delle soluzioni accentrate adottate. Tuttavia dalla precedente indagine (cfr. *supra*) è emersa una bipolarità significativa negli assetti istituzionali adottati, riconducibile a due tipologie sufficientemente differenziate:

- ▶ un approccio top-down, improntato ad una logica «normativa» e impostato sulla costituzione di un'entità specificamente dedicata alla gestione centralizzata di servizi comuni, tra cui gli acquisti;
- ▶ un approccio bottom-up, in cui le decisioni di costruire e/o partecipare a gare consortili è legato a considerazioni di opportunità da parte delle aziende sanitarie del territorio di riferimento e la gestione del processo avviene secondo un approccio collaborativo.

L'obiettivo del presente capitolo è l'individuazione, attraverso l'analisi della letteratura internazionale sul tema dei consorzi d'acquisto, di un insieme di criteri di valutazione dei benefici e delle criticità per il design e la gestione della funzione di approvvigionamento (§ 6.2), in base al quale proporre un possibile sistema di valutazione dei processi di centralizzazione in atto in Italia. Tale sistema integra alcuni indicatori economico-finanziari (andamento della spesa per beni e servizi rispetto ad alcuni parametri di attività) con aspetti di natura più «qualitativa» (§ 6.3). Esso viene poi applicato, utilizzando la tecnica del case study, a due iniziative significative per lo scopo dell'analisi e tra le più consolidate nel panorama delle esperienze regionali: il modello di Area Vasta Emilia Nord dell'Emilia Romagna (AVEN) (§ 6.4) e quello del Centro Servizi Condivisi del Friuli Venezia Giulia (CSC) (§ 6.5).

6.2 La letteratura in tema di consorzi di acquisto

Alcuni tentativi di sistematizzazione delle esperienze attivate hanno evidenziato come il settore pubblico rappresenti l'ambito nel quale i consorzi di acquisto³ sono più diffusi (Essig 2000; Stefan e Santiago 1989). In un contesto di risorse pubbliche decrescenti, forme di cooperazione interorganizzativa (come i consorzi) per la gestione di funzioni amministrative (in primo luogo degli approvvigionamenti) sono spesso considerati lo strumento più opportuno per perseguire conte-

³ Nel presente paragrafo il termine consorzio di acquisto è impiegato per indicare tutte le forme di «cooperative & consortium purchasing» adottate a livello internazionale.

nimento e razionalizzazione della spesa pubblica. La creazione di tali consorzi è spesso trainata dall'intervento degli enti regolatori e finanziatori del sistema; si può trattare di un intervento diretto, quando si sostanzia nella definizione di leggi e regolamenti istitutivi dei consorzi, o indiretto, attraverso la definizione di obiettivi di contenimento della spesa che spesso, si è detto, inducono la creazione di consorzi⁴.

Inoltre, nel settore pubblico sono presenti altri elementi indicati dalla letteratura (Schotanus e Telgen 2005) come i principali fattori in grado di promuovere la costituzione e lo sviluppo di consorzi di acquisto: si tratta della presenza di aziende (pubbliche) i) con un elevato grado di omogeneità nella struttura organizzativa, nei meccanismi di funzionamento, nel contesto istituzionale, ecc., ii) che operano in un contesto tipicamente non competitivo, iii) caratterizzato da un alto grado di «fiducia» reciproca.

Infatti, la prima iniziativa di acquisti centralizzati nel settore pubblico è l'americana E&I Cooperative Service, che include attualmente più di 200 enti pubblici (università, scuole superiori, ospedali). In particolare, tra i diversi settori pubblici, il sanitario costituisce quello con maggiori iniziative [negli USA si stima che circa il 70% degli acquisti sia effettuato attraverso forme di acquisto consortili/cooperative (Muse & Associates, 2000)].

I principali contributi della letteratura sul *cooperative purchasing* e *consortium purchasing* sono focalizzati su tre principali aree di indagine:

- ▶ L'individuazione delle motivazioni e i correlati benefici attesi dalla costituzione e partecipazione ai consorzi di acquisto;
- ▶ L'analisi dei diversi assetti organizzativi e modalità operative che i consorzi possono assumere a seconda dello stadio della loro evoluzione;
- ▶ I fattori critici di successo che possono contribuire all'esito positivo delle iniziative di centralizzazione.

6.2.1 I benefici attesi dall'accentrimento

I benefici che vengono ricondotti a forme di centralizzazione degli acquisti pubblici possono essere ricondotti a tre diversi ambiti, ciascuno caratterizzato da una peculiare prospettiva di analisi degli impatti prodotti (Johnson 1999):

- ▶ Impatti di carattere economico e finanziario, la cui valutazione si fonda sull'analisi quantitativa delle principali categorie di flussi emergenti e cessanti indotti dall'accentrimento;

⁴ In particolare, l'esperienza dei consorzi di acquisto nel settore sanitario statunitense e inglese sono riconducibili a questa seconda tipologia di intervento (Nollet e Beaulieu 2003).

- Impatti di carattere organizzativo, che vengono valutati rispetto agli effetti sull'assetto organizzativo e sull'efficienza nella gestione dei processi operativi;
- Impatti di natura strategica, valutati rispetto alla capacità delle aziende e del consorzio di raggiungere i propri fini istituzionali nel medio-lungo periodo, di incrementare l'efficacia della gestione dei rapporti con l'ambiente in cui esse operano e delle relazioni con i molteplici interlocutori aziendali e di migliorare l'efficienza e l'efficacia del processo decisionale nell'interpretare e declinare nel tempo e nello spazio i fini aziendali (Coda 1995).

Impatti economico-finanziari

Riduzione nel costo di acquisto di beni e servizi

In primo luogo, alle forme di cooperative/consortium purchasing si riconosce la capacità di generare significativi risparmi nei costi di approvvigionamento sfruttando economie di scala, attraverso la creazione di un potere di mercato superiore a quello dei singoli membri grazie all'aggregazione della domanda. Il beneficio economico è misurato paragonando il prezzo di aggiudicazione del consorzio con quello pagato in altri contratti dai singoli membri, oppure con quello offerto a listino dai fornitori o con l'ultimo pagato per quello stesso bene/servizio dai membri del consorzio (qualora tale bene o servizio sia oggetto esclusivamente di acquisti a livello accentrato); il differenziale così calcolato viene moltiplicato per il volume di beni/servizi acquistati. Alcuni studi effettuati nel settore sanitario hanno evidenziato risparmi nei primi anni di gestione tra il 5% e il 15% (Johnson 1999).

Riduzione dei costi di transazione (costi amministrativi)

Secondo la teoria dei costi di transazione, il consorzio di acquisto rappresenta una forma ibrida di coordinamento tra il «mercato» e la «gerarchia» che consente di ridurre i costi di transazione tra le aziende e i fornitori. Infatti se da un lato i membri del consorzio continuano ad operare come enti indipendenti e separati (in quanto mantengono autonomia gestionale rispetto alle funzioni di produzione, gestite con forme di coordinamento di «mercato»), dall'altro essi si uniscono per la gestione della funzione di approvvigionamento (definendo specifici strumenti di coordinamento gerarchico) riducendo i costi diretti di transazione con i fornitori. La valutazione di questi benefici è effettuata rispetto al differenziale dei costi «amministrativi» sostenuti per la gestione delle attività che vanno dalla selezione del fornitore alla predisposizione della documentazione di gara, fino alla gestione del contratto.

Impatti organizzativi

Riduzione del personale dedicato alla gestione della funzione

Un'altra variabile rispetto alla quale la gestione consorziata sembra in grado di produrre un impatto significativo è il personale incaricato della gestione delle attività correlate al ciclo degli approvvigionamenti. L'accentramento può coin-

volgere tutte le attività del ciclo degli acquisti (definizione del fabbisogno, predisposizione della documentazione di gara, espletamento delle procedure di gara, gestione del contratto, ricezione e stoccaggio della merce, pagamento delle fatture), ad eccezione della programmazione e dell'effettuazione dell'ordine, che rimangono generalmente prerogativa degli enti membri, in quando correlate direttamente all'attività di produzione (definizione degli input e tempistica di utilizzo degli stessi).

L'accentramento della funzione dovrebbe garantire una progressiva razionalizzazione delle unità di personale. Da un lato le strutture consorziate, che non sono più tenute a svolgere le attività centralizzate, possono effettuare interventi di razionalizzazione del personale aziendale o di riqualificazione di posizioni da destinare ad altre attività. Dall'altro in relazione alle attività del consorzio, gli studi sottolineano come per rispondere al fabbisogno correlato alle attività ad esso trasferite sia sufficiente una dotazione organica inferiore alla sommatoria delle unità impiegate presso le singole strutture, grazie alla standardizzazione dei processi e alla specializzazione (cfr infra). L'impatto generato può essere valutato in termini di differenziale di giorni/uomo (misurati in FTE) assorbiti complessivamente dalla gestione dell'attività amministrativa prima e dopo la creazione del consorzio⁵. Ovviamente, l'entità dell'impatto dipende in misura significativa dalle scelte effettuate nella definizione dell'assetto organizzativo del consorzio e delle evoluzioni in quello delle singole aziende che vi si associano.

Standardizzazione dei processi

La costituzione di una forma accentrata per la gestione degli acquisti richiede, come presupposto, l'analisi dei processi all'interno delle singole aziende associate e la codificazione di nuove procedure organizzative standardizzate e condivise. Tale standardizzazione è potenzialmente in grado di promuovere un recupero di efficienza in termini di riduzione del numero di attività e della tempistica dedicata alle stesse. Si prevede spesso la predisposizione di bandi e capitolati di gara «tipo», che vengono di volta in volta adattati, a seconda dei beni/servizi acquistati, degli importi a base d'asta e dei criteri di aggiudicazione.

Specializzazione dello staff amministrativo

La creazione di consorzi costituisce l'occasione per la costituzione di unità organizzative multi-specialistiche in grado di rispondere ai fabbisogni tradizionali ed «innovativi» dei membri. La costituzione di tali task force avviene generalmente attraverso due principali modalità: la mobilità di personale dagli enti

⁵ Ai fini dell'analisi, si sottolinea come, nell'ambito della valutazione economico-finanziaria, la modifica dell'assetto organizzativo può essere interpretata come un flusso economico emergente o cessante, attraverso la valorizzazione monetaria dell'aumento o riduzione delle risorse umane necessarie allo svolgimento dell'attività di approvvigionamento.

membri o l'assunzione di nuove professionalità. In ogni caso si evidenzia la necessità di prevedere adeguati percorsi formativi in grado di rispondere ai fabbisogni della nuova struttura organizzativa.

Impatti strategici

Standardizzazione di beni e servizi

La standardizzazione dei beni e servizi rappresenta spesso un presupposto per l'operatività dei consorzi, in quanto solo con l'aggregazione della domanda si riescono a garantire i volumi tali da assicurare un elevato potere di acquisto e, conseguentemente, la riduzione dei costi sia di acquisto, che amministrativi. In realtà, si sottolinea che la progressiva standardizzazione della domanda è un processo che richiede un attento e costoso sforzo di coordinamento tra i membri del consorzio, con il coinvolgimento dei professionisti rappresentanti degli stessi. Un indicatore del grado di standardizzazione raggiunto può essere valutato: a) con la definizione di prontuari/repertori condivisi dai membri che evidenziano lo sforzo per l'individuazione del portafoglio prodotti/servizi del consorzio; b) con l'analisi delle strategie di gara adottate dal consorzio rispetto alla numerosità di lotti inclusi nel bando. La suddivisione in lotti può infatti essere interpretata come il tentativo di ridurre l'impatto della centralizzazione.

Impatto sulla gestione dei rapporti con i fornitori

La centralizzazione crea l'opportunità per migliorare la gestione del portafoglio fornitori. Alcuni casi (Johnson 1999) hanno evidenziato una sostanziale riduzione del numero dei fornitori (anche superiore al 50%), con una relativa semplificazione e razionalizzazione delle attività amministrative (dall'emissione dell'ordine, alla gestione delle fatture e dei pagamenti) e conseguente impatto sui costi di gestione del processo. La riduzione del parco fornitori potrebbe inoltre rappresentare il presupposto per lo sviluppo di logiche innovative di partnership sul medio-lungo periodo. D'altra parte, la massa critica garantita dal consorzio consente di attrarre imprese che non erano interessate a rispondere ai fabbisogni dei singoli membri e di sviluppare progetti ed iniziative ad alto valore aggiunto per tutti i partecipanti.

Supporto ai membri/clienti

Il consorzio è potenzialmente in grado di offrire ai suoi membri due principali benefici: da un lato quello già più volte citato di usufruire di un accresciuto potere di acquisto, dall'altro di fornire una struttura amministrativa di supporto più efficiente ed efficace, grazie alla qualificazione del personale e all'utilizzo di procedure e sistemi informativi in grado di semplificare il processo di acquisto per i membri. Frequentemente il consorzio è in grado di promuovere investimenti che difficilmente potrebbero essere promossi e sostenuti singolarmente (si pensi ai sistemi per la gestione di Osservatori Prezzi o all'attivazione di piattaforme tecnologiche a supporto del processo di acquisto, cd e-procurement).

6.2.2 Gli ambiti di criticità

Oltre che i benefici attesi, in letteratura (Johnson 1999) vengono evidenziate anche le criticità correlate alla costituzione di consorzi di acquisto. Si tratta di aspetti che, se non governati, sono in grado di compromettere il successo dell'iniziativa mentre, se governati, possono costituirne fattori a supporto dello sviluppo e consolidamento.

Riduzione progressiva dei risparmi sui costi di approvvigionamento

La riduzione dei costi di approvvigionamento deriva dalla combinazione dei fattori su citati (economie di scala, specializzazione, razionalizzazione, standardizzazione, ecc.). Tuttavia, l'entità di tali risparmi tende ad essere rilevante nei primi anni di attività e a ridursi fisiologicamente nel corso del tempo. Ciò ha significative implicazioni sulle strategie di sviluppo del consorzio; se infatti inizialmente i consorzi nascono e giustificano la propria esistenza grazie al contenimento dei costi, nel medio-lungo periodo è necessario ripensarne l'orientamento, al fine di considerare quali siano i benefici che tali entità sono in grado di assicurare su un orizzonte temporale esteso. Purtroppo, troppo spesso nel settore pubblico prevale una logica di valutazione di breve periodo, trainata da esigenze contingenti di contenimento complessivo della spesa pubblica, che rischia di porre scarsa attenzione sugli effetti di tali decisioni nel medio-lungo periodo. Così, la previsione dell'obbligo (a livello nazionale o regionale) di partecipazione ad un consorzio di acquisto pubblico al fine di ridurre complessivamente i costi del sistema non dovrebbe essere guidato solo dalla ricerca di una riduzione del prezzo dei beni e servizi acquistati, ma essere oggetto di una valutazione più estesa rispetto alle altre categorie di benefici perseguibili.

Il costo del coordinamento

L'accentramento di alcune fasi del processo e la riduzione o eliminazione degli staff dedicati agli acquisti presso le aziende associate può indurre la generazione di altri costi al fine di garantire il coordinamento tra il consorzio e i suoi membri per la gestione delle attività propedeutiche (programmazione) e successive (gestione ordini, ecc.) alla stipula dei contratti. Quasi tutte le iniziative prevedono la costituzione di tavoli tecnico-amministrativi propedeutici all'individuazione dei beni e servizi da acquistare e alla definizione delle strategie di gara, la creazione di gruppi permanenti di lavoro, la costituzione di figure dedicate alla gestione dei rapporti con i singoli membri (*customer service coordinator*), ecc. Tali interventi, se da un lato sono finalizzati a garantire un adeguato grado di coordinamento ed elevati livelli di qualità di servizio ai membri, costituiscono un costo diretto o indiretto per l'iniziativa. Si tratta di costi che sono difficilmente stimabili (tempo/uomo dedicato a riunioni di coordinamento, per-

sonale dedicato alla gestione dei rapporti con le aziende, costi di spostamento, ecc.), ma che hanno, a seconda dell'assetto organizzativo e operativo dell'iniziativa, un impatto significativo.

Accountability

Frequentemente gli obiettivi e i benefici dichiarati dal consorzio non sono percepiti come rilevanti dal personale incaricato degli acquisti presso i singoli membri; si dubita infatti dell'ammontare di risparmi conseguiti, della qualità del lavoro svolto, dell'eccellenza dei beni e servizi acquisiti. Tale problema è spesso correlato alla difficoltà per i consorzi di misurare i risultati raggiunti e di comunicarli in modo trasparente ai membri. Per far fronte a tale criticità, è necessario predisporre metodologie di valutazione e coinvolgere nel processo di valutazione anche rappresentanti degli enti membri: il commitment dei membri è infatti riconosciuto come indispensabile al fine di garantire il successo dell'iniziativa (cfr infra).

Standardizzazione

Si è detto che la standardizzazione dei processi e del portafoglio dei beni e servizi rappresentano i presupposti per l'operatività e l'efficienza dell'azione dei consorzi.

La standardizzazione del processo richiede l'uniformazione delle tempistiche di programmazione e definizione del fabbisogno, attività che rimane in capo alle aziende associate. Si tratta di una fase fondamentale del processo, che dovrebbe costituire il presupposto per l'avvio delle altre fasi di gara. In realtà, tale attività riveste una criticità fondamentale, che cresce con il numero di soggetti coinvolti nell'iniziativa. Per questo motivo, ai membri viene generalmente garantita la possibilità (anche in caso di consorzi obbligatori) di gestire in autonomia alcuni acquisti, generalmente per importo ridotti (cd in economia). Tale norma, che dovrebbe rappresentare un'eccezione alla regola, rischia di diventare la modalità ordinaria di approvvigionamento per quei beni/servizi il cui fabbisogno non era definito al momento dell'indizione di gare centralizzate o per i quali le aziende ritengono strategico mantenere il controllo diretto di tutto il processo di approvvigionamento.

Per quanto riguarda la standardizzazione dei beni e servizi, anche in questo caso spesso i membri percepiscono il proprio fabbisogno come peculiare rispetto agli altri associati e quindi non facilmente uniformabile, soprattutto quando non si tratta di *commodities* (prodotti diretti al personale tecnico-amministrativo), ma di beni/servizi coinvolti direttamente nel processo di cura del paziente (e utilizzati quindi dal personale clinico). In questo caso risulta determinante la definizione di criteri di valutazione e selezione che coniughino criteri di efficacia della cura del paziente a criteri di efficienza nel contenimento dei costi complessivi dell'attività erogata. L'applicazione di tali modelli valutativi comporta d'altra parte uno sforzo di coordinamento molto elevato, attraverso la costituzione di tavoli di lavoro tecnici che coinvolgano tutti i soggetti interessati (cfr supra).

Assetti organizzativi e governance

Un aspetto rilevante riguarda i meccanismi di governance del consorzio, ovvero della modalità con cui i membri esercitano un potere di indirizzo e controllo, formale e sostanziale, sulle attività dello stesso. La criticità di tale aspetto è ancor più rilevante nel momento in cui il consorzio è un ente terzo, giuridicamente indipendente dai membri e promosso da un'autorità sovra-aziendale locale o nazionale. Molti contributi della letteratura (Cleverley e Nutt 1984) hanno evidenziato come la scarsa partecipazione dei soggetti coinvolti nell'associazione nel processo decisionale e di costituzione del consorzio di acquisto ne riduca potenzialmente i benefici attesi⁶.

Il rischio è quindi che l'assenza di assetti di governance in grado di coinvolgere direttamente e sostanzialmente i membri nella definizione delle attività e delle logiche operative del consorzio determini una percezione di scarsa utilità e di inefficienza dello stesso da parte dei partner, minando di conseguenza il requisito della fiducia e della partecipazione attiva, essenziale per il successo di iniziative di questo tipo.

6.3 Metodologia di analisi: lo studio di due casi

La presente ricerca si pone un obiettivo di natura valutativa, ovvero lo studio degli impatti dei processi di accentrimento degli approvvigionamenti in sanità sulla base delle dimensioni emerse dall'analisi della letteratura.

Quale metodologia di analisi empirica è stata impiegata la tecnica del case study (Yin 1994). Tale tecnica, già riconosciuta in letteratura come il metodo più coerente per studi economico-aziendali (Fattore 2005), risulta particolarmente adatta per la natura della presente ricerca, poiché consente di studiare i processi concreti sottostanti la realizzazione degli interventi oggetto di indagine (accentramento), individuando alcuni elementi di generalizzabilità delle esperienze, senza adottare tuttavia l'approccio puramente induttivo di altre tecniche di ricerca sociale.

Tra le strategie di campionamento proposte dalla letteratura si è optato per la selezione per casi tipici, rappresentativi di diverse soluzioni istituzionali ed organizzative di centralizzazione; in particolare, i criteri utilizzati per l'individuazione delle esperienze sono: (i) modalità di costituzione del consorzio (determinato da organi istituzionali sovraordinati/modalità di aggregazione spontanea); (ii) natura della partecipazione (obbligatoria/volontaria); (iii) grado di formalizzazione

⁶ Lo studio condotto su un campione di ospedali in USA ha analizzato l'impatto della struttura organizzativa adottata dal consorzio sui benefici economici (calcolati come riduzione del prezzo di acquisto) da questi generati. Uno dei fattori critici di successo è stato individuato nel «commitment» dei membri del consorzio. Non risultano determinanti invece l'ampiezza del consorzio (*leverage*) e le procedure adottate per la scelta dei fornitori (*purchasing strategy*).

del consorzio (formula istituzionale adottata, grado di autonomia giuridica); (iv) livello territoriale di intervento (regionale/area vasta).

I casi selezionati sono due: (i) AVEN – Associazione Area Vasta Emilia Nord in Emilia Romagna; (ii) CSC – Centro Servizi Condivisi in Friuli Venezia Giulia.

I principali impatti sono stati indagati a livello di sistema (sub-regionale nel caso emiliano, regionale nel caso friulano) e livello aziendale, attraverso la raccolta e l'analisi di documenti istituzionali e di dati di archivio, nonché con la conduzione di interviste semi-strutturate ai responsabili dei consorzi e ad alcuni referenti delle aziende associate.

L'analisi dei casi è così strutturata.

La prima sezione presenta il contesto di analisi, analizzando in particolare l'evoluzione degli assetti organizzativi consortili e la strutturazione del processo accentrato di acquisto. Nella seconda sezione sono discussi gli effetti derivanti dal processo di accentramento in relazione a tre prospettive (coerentemente alla classificazione dei contributi della letteratura del precedente paragrafo): economico-finanziaria, organizzativa e strategica.

Rispetto alla **dimensione economico-finanziaria**, la valutazione della riduzione complessiva dei costi di approvvigionamento è stata condotta rispetto a due principali componenti: i costi di acquisto di beni e servizi e i costi amministrativi di strutturazione delle gare. La quantificazione dei primi è stata effettuata attraverso: (i) analisi intratemporali, assumendo a confronto i prezzi medi correnti pagati sul mercato per il bene; (ii) analisi intertemporali, assumendo a confronto i prezzi di aggiudicazione sostenuti in precedenza dai singoli consorziati ovvero, data la possibile variabilità tra questi ultimi, il prezzo medio.

Gli impatti sui costi amministrativi di strutturazione e gestione della gara sono stati valutati combinando l'effetto derivante dalla riduzione del numero di procedure attivate grazie alla centralizzazione con i meccanismi attivati dai consorzi per la suddivisione dei costi amministrativi generali tra consorziati (compresi gli eventuali meccanismi di compensazione).

La **dimensione organizzativa** è stata valutata sotto tre distinti profili: (i) personale, in termini sia di impatto sulla dotazione organica complessiva (consortile e aziendale per le funzioni coinvolte), sia rispetto al grado di specializzazione dello stesso (con la rilevazione degli interventi di formazione ad hoc e sul campo del personale operante e con interviste ai responsabili aziendali); (ii) processi, tramite l'individuazione degli strumenti adottati per la standardizzazione delle fasi accentrate (presenza di codici procedura, capitolati standard) e l'analisi dell'impatto dell'accentramento sulle fasi rimaste di prerogativa aziendale (con interviste al personale aziendale); (iii) modalità di coordinamento e grado di accountability interna, valutata sulla base dell'analisi documentale dei meccanismi formali attivati di partecipazione (es. comitati tecnici e di indirizzo), integrata da interviste circa l'effettiva operatività e i costi connessi a tali strumenti.

La **dimensione strategica** ha incluso l'analisi dei fattori funzionali e strategici allo sviluppo e sostenibilità nel medio lungo periodo dell'esperienza. In particolare: i) la standardizzazione dei beni e servizi è stata valutata sia nella fase di progettazione generale delle attività del consorzio (es. analisi documentale delle logiche per la definizione ex ante del paniere di beni da sottoporre a procedure comuni) sia nella fase di definizione di singola gara (interviste sulla percezione degli operatori sull'incidenza delle strategie di gara multilotto); ii) la gestione dei rapporti con i soggetti esterni è stata analizzata sia in relazione alle controparti commerciali, tramite interviste agli operatori del consorzio sulle modifiche intercorse nel numero e qualità dei rapporti con i fornitori, sia in relazione agli altri soggetti istituzionali, tramite l'analisi degli indirizzi di programmazione regionale concernenti gli ambiti di collaborazione tra i diversi soggetti del sistema sanitario pubblico; iii) la governance del consorzio è stata valutata tramite l'analisi dei documenti statutari per l'identificazione degli assetti formali ed integrata da interviste con gli operatori al fine di cogliere la relazione percepita tra tale strutturazione e livello di commitment dei membri.

In Tabella 6.1 si riporta lo schema di sintesi del protocollo adottato per l'analisi dei casi.

Tabella 6.1 **Dimensioni di analisi adottate per lo studio dei casi**

Dimensione valutazione	Impatti attesi	Modalità di analisi
Economico-finanziaria	Riduzione dei costi di acquisto	• Prezzi di aggiudicazione • Confronti intra-temporali • Confronti intertemporali
	Riduzione costi transazione	• Numero gare espletate • Meccanismi in vigore per la ripartizione dei costi generali di gara tra consorziate
Organizzativa	Riduzione del personale dedicato alla funzione	• Variazione dotazione organica aziendale delle consorziate e del consorzio pre e post accentramento
	Specializzazione personale dedicato alla funzione	• Interventi di formazione sul campo e attività ad hoc • Valutazione del grado di professionalizzazione da parte dei responsabili funzionali
	Migliore standardizzazione ed efficienza del processo di acquisto	• Esistenza di protocolli per le procedure comuni e capitolati standard di gara • Monitoraggio adesione gare • Monitoraggio tempi medi per procedura di gara
	Accountability e coordinamento interno	• Esistenza, natura e funzionamento di meccanismi formali di coordinamento
Strategica	Standardizzazione di beni e servizi	• Capitolato di gara: omogeneità/ livello di lottizzazione del capitolato
	Migliore gestione rapporti con i fornitori	• Numero e tipologia di fornitori • Innovazione dell'offerta
	Gestione rapporti con altri soggetti istituzionali	• Analisi indirizzi programmatici regionali
	Governance del consorzio	• Meccanismi di governo e controllo del consorzio

6.4 Caso studio AVEN – Area Vasta Emilia Nord

6.4.1 Inquadramento

Origine e assetto organizzativo

A partire dalla fine degli anni Novanta, in Emilia Romagna si sono sviluppate esperienze spontanee di aggregazione inter-aziendali di funzioni sanitarie a livello di «area vasta». Nel 2003 la Regione ha previsto alcuni interventi finalizzati ad estendere tali forme di integrazione a servizi non sanitari (DGR 896/2003), prevedendo in particolare l'organizzazione dei processi di approvvigionamento di beni e di servizi economici e sanitari su tre macro aree territoriali: l'Area Nord Emilia, l'Area Centro Emilia e l'Area Romagna. A ciascuna macro area è stato affidato il compito di promuovere comuni strategie d'acquisto, di attuare idonee procedure e comuni strumenti di gara, di semplificare i processi, definendo il modello organizzativo che si ritenesse più funzionale.

In questo contesto, nell'aprile 2004 è stata creata AVEN (Associazione «Area Vasta Emilia Nord») ente strumentale privo di personalità giuridica, con scopi mutualistici a favore delle sette Associate: 4 Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL Modena, AUSL Reggio Emilia, AUSL Parma, AUSL Piacenza) e 3 Aziende Ospedaliere (AO Modena, AO Parma e AO Reggio Emilia). AVEN costituisce un esempio di modalità di cooperazione orizzontale basata su meccanismi di aggregazione volontaria di tipo *bottom up*. In realtà, già a partire dalla fine degli anni Novanta, vi furono le prime esperienze di acquisto volontarie a livello sovra aziendale nelle Province di Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza e aventi ad oggetto alcune tipologie di dispositivi medici. Nel 2002, con l'avvio della prima tranche della gara Farmaci in unione d'acquisto⁷, si registrò il passaggio da una strategia prevalente di *buy less* (Nollet e Beaulieu 2003) – gara intesa quale sommatoria dei fabbisogni individuali aziendali al fine di conseguire economie di scala per la riduzione dei costi connessi alla procedura – ad una strategia definibile come *buy less and better*, ovvero di strutturazione della cooperazione orizzontale con l'obiettivo di creare valore aggiunto al processo di acquisto.

Sebbene nel periodo a riferimento (2003-2004) nel territorio nazionale si stesero delineando modelli organizzativi più complessi per la gestione di forme accentrate degli approvvigionamenti (primo fra tutti gli ESTAV in Toscana), la scelta del modello associativo fu motivata dalla necessità di contemperare le esigenze di supporto tecnico e organizzativo strutturato per le attività di approvvigionamento con il rispetto della autonomia e dell'indipendenza delle singole azien-

⁷ La I tranche incluse solo un numero ristretto di classi di farmaci. Si trattò in particolare delle seguenti 2 classi ATC di farmaci: Classe A: farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo; Classe B: farmaci del gruppo Sangue ed organi emopoietici.

de consorziate. L'Associazione adottò dunque un modello di struttura snella, in accordo anche con gli indirizzi regionali, con una chiara definizione dei ruoli e dei poteri:

- ▶ Le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo sono svolte dagli Organi dell'Associazione, in particolare dall'Assemblea degli Associati, composta dai Direttori Generali delle aziende sanitarie associate e dal suo Presidente;
- ▶ L'attività ordinaria dell'Associazione è svolta da una direzione operativa⁸, la quale si avvale per l'esercizio delle sue funzioni di Gruppi tecnici operativi specifici per i settori di competenza⁹, oltre che del CEVEAS – Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria (del cui ruolo si discuterà nel prosieguo);
- ▶ Funzioni consultive e propositive sono svolte dal Comitato Tecnico¹⁰, composto dai Direttori Sanitari e Amministrativi delle Aziende, con la partecipazione del Direttore Operativo dell'AVEN e del CEVEAS.

Gli obiettivi dell'Associazione prevedono quattro principali ambiti di intervento: (i) l'attivazione di procedure di gara al fine di promuovere la gestione integrata dei diversi processi; (ii) la realizzazione di forme unificate di gestione nel campo della logistica; (iii) lo studio di forme di razionalizzazione della spesa sanitaria; (iv) la realizzazione di interventi nei settori indicati dalla programmazione regionale. Ad oggi l'attività si è concentrata prevalentemente nel campo della gestione accentrata dei processi di approvvigionamento. È stato approvato inoltre il progetto di logistica integrata ed è previsto a breve l'avvio delle procedure di gara per l'affidamento dei lavori di costruzione del magazzino farmaceutico centrale.

Con il consolidamento della funzione acquisti e l'espansione alle attività di logistica integrata, AVEN sta ora entrando nella sua fase di maturità. In concomitanza con il rinnovo dell'Associazione – avvenuto nell'aprile 2008 – si è aperto il dibattito sull'assetto organizzativo futuro maggiormente appropriato per il soddisfacimento degli obiettivi statuari.

Dal punto di vista degli assetti organizzativi, il caso è pertanto dimostrazione della dinamicità caratterizzante gli istituti economico sociali complessi: il rappor-

⁸ La Direzione Operativa si avvale di un Dirigente Operativo con funzioni di coordinamento delle attività amministrative e di personale assegnato alle sue dipendenze.

⁹ Si articola in: (i) Gruppi tecnici operativi permanenti (gruppo Responsabili Servizi Farmaceutici, Responsabili Provveditorati-Economi, Responsabili Ingegnerie Cliniche / Tecnologie Biomediche, Responsabili Servizi Informatici); (ii) Gruppi tecnici operativi di progetto (gruppi di lavoro per specifiche gare, gruppi di lavoro per progetto logistica integrata..).

¹⁰ Il Comitato Tecnico, sede di integrazione delle strategie operative aziendali a livello di area vasta: (i) definisce il piano annuale delle attività; (ii) definisce le priorità; (iii) individua le nuove aree di integrazione; (iv) approva i lavori svolti dai gruppi permanenti.

to funzionale intercorrente tra obiettivi aziendali, processi produttivi interni e assetti tecnico-organizzativi è dimostrato dall'evoluzione della struttura dell'Area Vasta nel passaggio da obiettivi di integrazione prevalentemente amministrativa a obiettivi di integrazione di sistema.

Il processo di acquisto di area vasta

Ad oggi l'attività di approvvigionamento a livello centralizzato si concentra primariamente su beni sanitari (farmaci e dispositivi medici), e in minor misura attrezzature; sono inclusi anche servizi appaltati, manutenzioni e prodotti tecnico economici.

Sulla base delle scadenze contrattuali e della tipologia di prodotti da acquistare, AVEN definisce la programmazione annuale delle gare da espletarsi mediante procedure comuni. Viene contestualmente individuata un'azienda capofila responsabile delle attività di istruttoria della singola gara, quali le attività di rilevazione e compattamento dei fabbisogni, predisposizione dei documenti e dei capitolati tecnici, attività di commissioni tecniche e amministrative, partecipazione a commissioni di gara ed altro.

Nello svolgimento delle attività, l'azienda referente imposta e coordina il lavoro del Gruppo tecnico per il Capitolato (che vede coinvolti professionisti in rappresentanza delle varie Aziende) e attiva tutte le procedure richieste dalla gara, interagendo con i professionisti delle altre Aziende coinvolte.

Per quanto concerne ad esempio i farmaci, settore per il quale esiste un sistema già consolidato e maturo di approvvigionamento, è stato implementato un modello a rete che prevede il coinvolgimento dei principali stakeholder aziendali (clinici e amministrativi) e sovra aziendali nelle distinte fasi del processo¹¹. Tale modello è stato strutturato al fine di influire sulla qualità dell'offerta tramite un approccio di selezione e valutazione dei prodotti di tipo *evidence-based*¹².

6.4.2 Analisi di impatto

Si passa ora a declinare l'analisi di impatto sulla base delle dimensioni identificate nel modello di valutazione.

¹¹ L'attività di valutazione e selezione, così come la definizione delle specifiche tecniche da inserire nei capitolati di gara, è effettuata da gruppi di lavoro tecnici, composti da: (i) un Direttore Sanitario; (ii) clinici specialistici in materia nominati dalle direzioni sanitarie delle 7 aziende (iii) un Farmacista (iv) tre membri del CEVEAS. Sono inoltre invitati a partecipare i Presidenti/Coordinatori delle Commissioni Terapeutiche Locali. L'individuazione di tali gruppi, così come l'approvazione del loro lavoro e dei capitolati redatti è affidata alla Commissione Tecnica Interaziendale Farmaci (CTIF), presieduta e coordinata dal CEVEAS.

¹² Diversi farmaci ad esempio sono stati valutati secondo il principio dell'equivalenza; in sede di gara poi vengono selezionati e acquistati i farmaci con le migliori evidenze.

Dimensione economico finanziaria

Per una corretta interpretazione della prima componente economico-finanziaria del modello di valutazione, il prezzo di aggiudicazione di gara, sono state considerate due distinte dimensioni:

- La natura del bene in esame;
- L'indicatore scelto per l'analisi.

In merito alla prima dimensione, l'analisi ha rilevato come non tutte le categorie di beni e servizi soggetti al processo di accentramento sovra aziendale sono suscettibili di raffronti in termini di prezzi di aggiudicazione. Rientrano in tali categorie tutti i prodotti che presentano elevate componenti tecnologiche strutturali, caratterizzati da cicli di vita relativamente brevi e soggetti pertanto a dinamiche evolutive continue (è il caso ad esempio dei dispositivi medici¹³). La valutazione si è pertanto concentrata sul settore del farmaco, settore maggiormente maturo e strutturato, effettuando confronti intra e intertemporali.

A livello intratemporale, sono stati rapportati i prezzi aggiudicati AVEN e i prezzi *ex factory* correnti. Tale calcolo è stato effettuato per le due tranches di gara maggiormente rilevanti, ovvero la II tranche (2004) e la III tranche (2005). Come mostrato in Tabella 6.2, il prezzo di aggiudicazione ha registrato un risparmio medio rispetto al prezzo *ex factory* del 22,31% nel 2004 e del 22,34% nel 2005. I risparmi maggiori si sono ottenuti per i prodotti in concorrenza (45% nel 2004 e 42,6% nel 2005) e in particolare per quelli valutati in equivalenza (54,7% nel 2004); tale dato conferma l'ipotesi che, a parità di altre condizioni, la strategia di *buy better* adottata ha consentito l'acquisizione di un maggiore potere contrattuale, favorendo la concorrenza tra i diversi produttori farmaceutici.

Per quanto concerne invece la dimensione inter temporale, sebbene siano state effettuate ad oggi alcune analisi sui risparmi per farmaci valutati in equivalenza¹⁴, un confronto maggiormente approfondito sarà possibile quando si disporrà dei dati concernenti la seconda gara comune, di recente avviata. È tuttavia plausibile ritenere che tali analisi non porteranno a riscontrare notevoli incrementi nei risparmi ottenuti rispetto alla prima gara, quanto una loro tendenziale stabilizzazione. Due potenziali fattori di mercato potrebbero determinare tale risultato: da un lato l'aumento dei prodotti in esclusiva (per i quali dunque non sareb-

¹³ Anche in tale segmento di mercato si sono tuttavia registrati risparmi nei prezzi di aggiudicazione. L'Azienda USL di Reggio Emilia, ad esempio, ha ottenuto risparmi dell'8% per sterilizzazione, del 15% per siringhe, del 17% per disinfettanti.

¹⁴ Per la seconda tranche di gara ad esempio si è stimata una riduzione rispetto ai prezzi precedenti del 50% (eritropetina), 64% (penicillina), 39% (macrolidi). Per prezzi precedenti si intendono i prezzi effettivamente pagati in gare locali precedenti da almeno due delle più grosse Aziende AVEN prima della gara centralizzata.

Tabella 6.2 **Risparmi sui prezzi di aggiudicazione Gara Farmaci (2004 e 2005)**

VALORE GARA	2004	2005
Prezzo aggiudicato	75.914.000	20.791.000
– Prodotti in esclusiva	51.944.000	15.326.000
– Prodotti in concorrenza	23.970.000	5.465.000
– di cui in equivalenza	7.483.000	4.393.000
– di cui non in equivalenza	16.487.000	1.073.000
Prezzo Osp. ex Factory	97.713.000	26.770.000
– Prodotti in esclusiva	54.135.000	17.248.000
– Prodotti in concorrenza	43.578.000	9.522.000
– di cui in equivalenza	16.506.000	5.849.000
– di cui non in equivalenza	27.073.000	3.673.000
Differenza	21.799.000	5.980.000
– Prodotti in esclusiva	2.191.000	1.921.000
– Prodotti in concorrenza	19.608.000	4.058.000
– di cui in equivalenza	9.230.000	1.457.000
– di cui non in equivalenza	10.586.000	2.600.000
Risparmio*	22,31%	22,34%
– Prodotti in esclusiva	4,05 %	11,14 %
– Prodotti in concorrenza	45,00 %	42,61 %
– di cui in equivalenza	54,67 %	24,90 %
– di cui non in equivalenza	39,10 %	70,7 %

* i risparmi sono calcolati come (differenza/prezzo ex factory)*100

bero applicabili i principi di equivalenza); dall'altro l'adozione di strategie di reazione e difesa da parte delle industrie produttrici a fronte della nuova struttura di mercato concorrenziale introdotta per i farmaci in equivalenza¹⁵.

Per quanto concerne i costi amministrativi di strutturazione e gestione della gara, sebbene non siano ancora disponibili stime esatte sull'entità di tali risparmi, è possibile registrare come il processo di accentramento abbia operato in senso positivo, consentendo una diminuzione del numero assoluto di gare espletate per singolo prodotto e, pertanto, il sostenimento una tantum dei costi strutturali

¹⁵ Tali considerazioni emergono dalle interviste effettuate.

di gara. Il meccanismo di copertura delle spese di gara ad oggi vigente prevede che i costi generali di istruttoria vengano sostenuti di volta in volta dalle singole aziende capofila – la compensazione è assicurata dall’equa ripartizione della responsabilità di referente tra le consorziate; i costi legati alle spese di pubblicazione sono invece ripartiti tra le aziende sulla base del volume di attività¹⁶.

Dimensione organizzativa

Per quanto riguarda il primo profilo, quello della riduzione del personale dedicato alla funzione acquisti, l’analisi degli effetti (in termini di riduzione o aumento della dotazione) deve essere rapportata agli obiettivi e agli outcome prefissati con l’istituzione dell’iniziativa consortile di volta in volta attivata.

Nel caso di AVEN la creazione dell’associazione è stata motivata non tanto da obiettivi primari di razionalizzazione del personale aziendale esistente, quanto dalla volontà di strutturarsi a rete per conseguire economie di esperienza e specializzazione che consentissero una minore variabilità nelle condizioni di acquisto delle diverse aziende e un miglioramento nella qualità dei prodotti e processi attivati. Tale obiettivo è riscontrabile anche a livello di struttura organizzativa, con la costituzione di una direzione operativa, il cui costo è ripartito tra le consorziate¹⁷. Tale direzione non si sostituisce alle unità operative della funzione approvvigionamenti delle singole aziende, il cui personale non ha pertanto subito modifiche rilevanti a seguito della creazione dell’Associazione.

La configurazione attuale dell’assetto del personale necessiterà tuttavia di un ripensamento in linea con l’evoluzione degli obiettivi e delle attività poste in essere dalla Associazione, in particolar modo con l’attivazione e la messa a regime del magazzino unico¹⁸.

Il secondo profilo di indagine riguarda gli impatti del processo di accentrimento sulla specializzazione del personale dedicato alla funzione. L’acquisizione di economie di esperienza tramite modalità di *training on the job* è particolarmente rilevante in AVEN nell’ambito tecnico-scientifico: l’attività svolta negli ultimi quattro anni dai gruppi di lavoro attivati nell’area del farmaco ha consentito l’acquisizione di competenze specialistiche nelle fasi di programmazione del fabbisogno, selezione dei prodotti da mettere a gara e strutturazione dei ca-

¹⁶ Più precisamente tali spese vengono anticipate dall’azienda capofila e successivamente suddivise nel consuntivo annuale tra le diverse consorziate. Per volume di attività si intende il volume complessivo dei beni di consumo iscritti nel bilancio di esercizio delle aziende.

¹⁷ Il costo del personale dedicato AVEN, in particolare, viene sostenuto dall’Azienda di appartenenza e successivamente suddiviso tra le consorziate. Sono suddivisi tra le aziende anche i costi relativi alle eventuali consulenze esterne (ad oggi si è trattato in particolare delle consulenze attivate per il progetto di «reingegnerizzazione dei processi» per il magazzino unico).

¹⁸ L’attivazione del magazzino centralizzato renderà necessario il trasferimento di organico dedicato, che dovrà essere reperito dalle funzioni cessanti individuate dal processo di reingegnerizzazione dei flussi logistici.

pitolati¹⁹. Effetti positivi sono tuttavia registrabili anche nell'area amministrativa, in particolare per quanto concerne la gestione delle problematiche post gara (cfr infra). Tali risultati sono stati rafforzati dalla seconda leva di specializzazione, ovvero gli interventi di formazione ad hoc, per i quali AVEN ha adottato, in coerenza con la strategia complessiva di azione, una logica a rete. È stato creato, infatti, un Coordinamento Formazione di Area Vasta composto dai Responsabili della Formazione delle singole consorziate, al fine di promuovere programmi di aggiornamento e istruzione sia di carattere amministrativo sia di carattere tecnico-scientifico.

Il terzo profilo di analisi concerne l'impatto dell'accentramento sulla maggiore efficienza e standardizzazione dei processi aziendali. Tale obiettivo è stato conseguito in AVEN operando sia sulla specializzazione delle aziende capofila, suddividendo ad esempio le gare in tipologie omogenee, sia sulla codifica delle procedure in atti e regolamenti amministrativi standard. Un valore aggiunto rilevante derivante dall'accentramento è inoltre ascrivibile alla maggiore omogeneità e coordinamento tra aziende nelle fasi del ciclo di acquisto post-gara. L'esperienza accumulata da parte di AVEN nel corso del quadriennio di attività ha consentito di operare in una duplice direzione:

- ▶ Rispondere in maniera più efficiente ed efficace alle possibili problematiche individuali aziendali, grazie alla creazione di un gruppo referente per i problemi post gara²⁰;
- ▶ Monitorare costantemente il grado di adesione alle gare da parte degli enti consorziati.

Data la natura volontaria dell'associazione, il secondo profilo rappresenta un importante indicatore del grado di condivisione sulle scelte di selezione dei prodotti e valutazione delle offerte da parte dell'Area Vasta. Dall'analisi sui dati di adesione alle gare farmaci per il biennio 2006-07 (cfr. Tabella 6.3) si sono potuti evidenziare indici alti di adesione²¹ alle gare da parte dei consorziati (media del 87,4% nel 2007), con un trend crescente nel tempo (+5,5% rispetto al 2006).

¹⁹ Effetti più limitati sono invece stati raggiunti nella classe dei dispositivi medici, dove l'attività dei gruppi di lavoro è ancora in fase di start up. È da registrare tuttavia l'esito positivo della prima esperienza di gruppo di lavoro ad oggi disponibile, riguardante gli stent cardiologici (medicati e non medicati).

²⁰ Tale gruppo (i) intrattiene rapporti costanti con l'azienda capofila per la raccolta e l'analisi delle problematiche e degli aggiornamenti che emergono in sede di gara; (ii) assume decisioni coerenti sulla base anche dell'esperienza accumulata e (iii) trasferisce le informazioni utili in maniera strutturata e coordinata ai referenti delle singole aziende al fine di condividere in rete le best practice.

²¹ L'indice di adesione è calcolato in termini di percentuale di spesa, ovvero come rapporto tra volume di spesa dei farmaci aggiudicati tramite AVEN e il volume complessivo di spesa dei farmaci (aggiudicati e non). Gli indici sono alti anche perché dal calcolo sono esclusi tutti i farmaci fuori gara, anche quelli impropriamente considerati tali (es. farmaci ancora in fase di aggiudicazione con modalità centralizzata, farmaci esteri, farmaci non aggiudicati per lotti deserti ovvero farmaci di recente immissione in commercio).

Tabella 6.3 **Percentuali di adesione alle gare farmaci AVEN (2006-2007)**

Aziende Consorziate	Primi nove mesi 2006	Primi nove mesi 2007
ASL Piacenza	79,3%	84,1%
ASL Parma	88,5%	89,9%
ASL Reggio Emilia	86,1%	87,9%
ASL Modena	82,9%	86,6%
AO Parma	82,2%	89,7%
AO Reggio	86,2%	90,0%
AO Modena	77,8%	86,4%
Media AVEN	82,8%	87,4%

Fonte: reportistica per il monitoraggio dell'adesione alle gare farmaci 2006 e 2007

Per quanto concerne il settore dei dispositivi medici, l'attività svolta fino ad oggi ha consentito: la definizione e condivisione di programmi di acquisto pluriennali; l'effettiva standardizzabilità delle procedure; l'efficace monitoraggio dell'adesione alle gare. L'efficace conduzione di procedure centralizzate di acquisto per tali beni è tuttavia attualmente ancora vincolata all'inesistenza di una codifica condivisa dei prodotti che consenta una loro individuazione univoca e una tracciabilità certa²². Tale limite dovrebbe essere superato a breve con l'attivazione del magazzino centralizzato e la conseguente adozione di un sistema unico di codifica dei beni sanitari.

In riferimento ai meccanismi di coordinamento interno, la struttura a rete di AVEN genera un trade off tra massimizzazione del coinvolgimento degli stakeholder rilevanti e i costi connessi al loro coordinamento. Da un lato, infatti, si è assicurato, come visto, un maggior grado di adesione e di coesione interna tra gli attori chiamati a partecipare al processo, generando externalità positive anche sui livelli di accountability e trasparenza interna nelle fasi «critiche» del processo di acquisto²³; dall'altro lato, tuttavia, la necessità di coordinamento ha generato ricadute in termini di allungamento dei tempi nelle fasi comuni del processo.

Dimensione strategica

Il primo profilo, la standardizzazione di beni e servizi, ha rappresentato uno dei principali indicatori di efficacia dell'Associazione. Come già sottolineato in

²² Il monitoraggio è fattibile solo in caso di prodotti altamente specialistici e pertanto chiaramente identificabili.

²³ Quali le fasi di selezione dei prodotti da mettere a gara, di definizione dei criteri di valutazione delle offerte e così via.

precedenza, l'attività di AVEN, in particolar modo per quanto concerne il settore del farmaco, è stata finalizzata a favorire l'allineamento dei fabbisogni aziendali verso standard qualitativi più elevati, definiti a seguito di processi di selezione e valutazione scientifica delle evidenze disponibili. Il processo condiviso di standardizzazione, in questo senso, ha consentito all'Associazione di acquisire sul mercato un potere contrattuale tale da influire sui percorsi di qualità dei prodotti, promuovendo il confronto concorrenziale e operando non solo nell'ottica del conseguimento di risparmi nel breve termine, ma anche nella costruzione di una competenza e cultura all'acquisto condivisa tra le consorziate.

Il secondo profilo di indagine ha approfondito la gestione dei rapporti con i soggetti esterni, istituzionali e controparti commerciali.

Per quanto concerne i primi, oltre alla Regione Emilia Romagna, è importante considerare il rapporto con Intercenter-Er, agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici nata nel 2005 e il cui ambito di attività si è successivamente esteso anche ad alcuni beni sanitari. La collaborazione tra i due soggetti – formalizzata anche dalla presenza nel Comitato Tecnico di Intercenter dei rappresentanti delle 3 Aree Vaste dell'Emilia Romagna – è volto primariamente all'individuazione del livello ottimale di acquisti da potersi effettuare a livello regionale. Ad oggi gli acquisti tramite Intercenter hanno riguardato dispositivi medici altamente standardizzabili, di largo consumo e a media/bassa tecnologia (quali aghi, guanti, siringhe, ..) e farmaci legati a interventi sanitari stabiliti a livello regionale o nazionale (quali i vaccini) ovvero per i quali esiste una forte base concorrenziale (es. somatropina)²⁴.

Dall'analisi degli indirizzi di programmazione per l'anno in corso si prevede un rafforzamento della collaborazione, sia in termini quantitativi, con la previsione del passaggio da 11 % a 20 % degli acquisti effettuati tramite Intercenter, sia in termini di tipologia dei beni acquistati in condivisione, sulla base di quanto già realizzato nel caso degli stent coronarici²⁵. Tali modifiche necessiteranno un'evoluzione degli assetti organizzativi attuali, al fine di prevedere una collaborazione maggiormente strutturata sia nelle fasi di impostazione della gara²⁶ che in quelle di gestione post gara²⁷.

²⁴ Vi sono poi anche altre categorie, quali i prodotti per la nutrizione artificiale, soluzioni infusionali e simili.

²⁵ Nel caso degli stent AVEN si è occupata della fase di raccolta del fabbisogno, selezione e definizione degli standard e criteri tecnici tramite l'attivazione di un gruppo di lavoro di clinici, mentre Intercenter dell'espletamento formale della gara.

²⁶ Tramite, ad esempio, la replica del modello a rete anche a livello regionale, con l'individuazione di un'azienda capofila per Area Vasta che funga da riferimento tra le istanze aziendali e regionali. Nell'ambito della programmazione 2008, ad esempio, sono state individuate l'AUSL Modena (farmaci) e AO Parma (stent).

²⁷ Tramite, ad esempio, la responsabilizzazione dell'Azienda Capofila quale referente per le problematiche di gestione della gara.

Per quanto concerne invece i rapporti con le controparti commerciali, in particolare con i fornitori, l'analisi non ha fatto emergere dinamiche evolutive rilevanti né per quanto concerne il settore del farmaco (se si fa eccezione per le diverse reazioni alla strategia di gara in precedenza descritta), né per il settore dei dispositivi medici, dove la riduzione nel numero dei fornitori è stata avvertita più a livello regionale che di area vasta.

L'ultimo profilo concerne, infine, i meccanismi di governance interni dell'Associazione. L'analisi ha confermato il risultato emerso in letteratura, ovvero la relazione funzionale esistente tra strutturazione dei meccanismi di governance e commitment dei membri. In AVEN i poteri di indirizzo e controllo sono esercitati, come esplicitato nel paragrafo introduttivo, dall'Assemblea degli Associati, la quale è espressione solidale di tutti i direttori generali delle aziende associate. È evidente pertanto come la composizione del vertice dell'Associazione (responsabile non solo della formulazione delle strategie ma anche della definizione dell'assetto organizzativo interno), con la previsione della partecipazione esclusiva di portatori di interesse diretti²⁸ – al contempo membri e fruitori dei servizi di AVEN – costituisca ad oggi uno dei principali punti di forza dell'elevato livello di partecipazione, condivisione e adesione alle attività poste in essere dall'Associazione.

6.5 Caso studio CSC – Centro Servizi Condivisi

6.5.1 Inquadramento

Origine e assetto organizzativo

Il CSC – Centro Servizi Condivisi – è un ente dotato di personalità giuridica pubblica, costituito nel 2004 dalla Regione Friuli Venezia Giulia (L.R. 20/2004) quale consorzio obbligatorio tra le Aziende sanitarie e ospedaliere regionali²⁹ per la gestione delle attività tecnico amministrative a supporto della funzione sanitaria. Esso rappresenta pertanto un esempio di cooperazione orizzontale basata su meccanismi di aggregazione obbligatoria di tipo top down.

²⁸ Non sono invece inclusi, almeno formalmente, soggetti esterni ai consorziati. Ciò non implica tuttavia che tali soggetti, in primo luogo la Regione, non possano esercitare un'influenza indiretta, spesso anche rilevante.

²⁹ Si tratta in particolare dell'Azienda per i Servizi Sanitari (ASS) n. 1 «Triestina», ASS n. 2 «Isontina», ASS n. 3 «Alto Friuli», ASS n. 4 «Medio Friuli», ASS n. 5 «Bassa Friulana», ASS n. 6 «Friuli Occidentale», l'Azienda Ospedaliera (AO) «Santa Maria degli Angeli» di Pordenone, e le AO Universitarie «Ospedali Riuniti di Trieste» e «Santa Maria della Misericordia» di Udine. Dal 1 aprile 2006 hanno inoltre aderito gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) «Istituto per l'Infanzia Burlo Garofolo» di Trieste ed il «Centro di Riferimento Oncologico» di Aviano.

In termini di assetto istituzionale, il Centro è ad oggi caratterizzato da una struttura snella, in cui: (i) i poteri di adozione dei documenti programmatici e di bilancio sono in capo all'Assemblea, composta da tutti i Direttori Generali delle aziende sanitarie e ospedaliere consorziate (le funzioni sono state recentemente attribuite al Comitato di Regia, cfr infra); (ii) i poteri di gestione ordinaria e straordinaria sono attribuiti all'Amministratore Unico del Centro; (iii) i poteri di controllo e verifica contabile sono attribuiti al Collegio Sindacale.

La Regione esercita un ruolo diretto sia nella definizione degli assetti di governance interni e nell'attribuzione delle cariche, sia nell'individuazione degli obiettivi programmatici e di attività del Centro. Il primo profilo si esplicita nel conferimento alla Giunta del potere di nomina, d'intesa con l'Assemblea del CSC, dell'Amministratore Unico e del Presidente del Collegio Sindacale, oltre che nella definizione dei tetti di organico³⁰. La seconda dimensione è riscontrabile nel potere attribuito alla Giunta regionale di approvazione del Piano programmatico pluriennale e delle aree di attività del centro; per quanto concerne la programmazione 2008, in particolare, si prevede lo sviluppo e il consolidamento in gestione centralizzata di: (i) processo degli approvvigionamenti; (ii) attività amministrativa concernente le assicurazioni RCT/RCO delle aziende regionali; (iii) liquidazione delle prestazioni di assistenza farmaceutica convenzionata; (iv) trattamento previdenziale del personale dipendente; (v) servizio interaziendale di call center per le attività di prenotazione tramite CUP. Il CSC sta inoltre conducendo studi di fattibilità per l'estensione della gestione centralizzata ad altri processi di supporto (quali le attività logistico-distributive, l'amministrazione del personale dipendente e convenzionato, i sistemi di telecomunicazione e di energia); esso è responsabile, infine, dello svolgimento di specifiche attività sovraziendali (es. i programmi regionali di prevenzione collettiva e di soccorso).

Nonostante l'analisi sviluppata nel presente paragrafo verta sul processo di accentramento degli approvvigionamenti, è importante pertanto sottolineare come il CSC non rappresenti esclusivamente una centrale di acquisto regionale, ma sia responsabile della più ampia riorganizzazione ed ottimizzazione del complesso delle attività tecnico-amministrative aziendali regionali.

³⁰ Il CSC, infatti, opera con personale proprio, a comando ovvero messo a disposizione dalle Aziende consorziate. In fase di avvio, lo Statuto dell'Ente (art. 14) prevedeva che il Centro potesse avvalersi, oltre ai responsabili di area, di 6 unità con incarico dirigenziale (ex art.15-septies D.Lgs 502/92) e 40 unità «tempo pieno equivalente». Tale contingente è rideterminato in sede di programmazione annuale e pluriennale in funzione del piano delle attività previste. La dotazione al 31/12/2007 è pari a 83 unità.

Il processo di approvvigionamento a livello di CSC

Il CSC ad oggi gestisce in modalità accentrata le attività di approvvigionamento per beni di consumo sanitari e non sanitari, farmaci, attrezzature, servizi (inclusi i servizi di manutenzione ordinaria di beni mobili e immobili), godimento di beni di terzi ed alcune limitate spese generali e amministrative (pubblicità, abbonamenti a riviste e libri, etc).

In funzione delle scadenze contrattuali aziendali e del processo di programmazione interna, il Centro redige annualmente l'elenco generale delle gare da espletarsi tramite procedure centralizzate; i referenti aziendali, in relazione al fabbisogno concordato con le rispettive direzioni, verificano e trasmettono, sulla base di tale elenco, le categorie e la quantità stimate necessarie³¹. Il CSC è successivamente responsabile della fase di consolidamento dei fabbisogni aziendali e dell'espletamento delle procedure di gara concernenti la predisposizione del bando, l'iter per l'individuazione del miglior offerente e la stipula dei contratti per conto delle Aziende. Le Aziende consorziate sono tenute ad individuare i referenti che parteciperanno alle Commissioni Tecniche per la definizione delle specifiche tecniche (nel caso delle tecnologie biomedicali e dei beni di investimento il CSC si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia Regionale della Sanità – Area tecnologie e investimenti) e alle Commissioni aggiudicatrici di gara. Rimangono infine in capo alle Aziende le attività successive all'aggiudicazione, quali l'emissione delle richieste di ordinativo al fornitore e la gestione delle fatture, ad eccezione delle tre aziende del pordenonese ove si è proceduto, da giugno 2007, alla centralizzazione delle stesse a livello di Area Vasta³². Nella stessa Area, inoltre, il CSC si occupa della gestione complessiva degli acquisti in economia.

6.5.2 Analisi di impatto

Il seguente paragrafo si propone di declinare l'analisi di impatto sulla base delle dimensioni identificate nel modello di valutazione.

³¹ Non tutti i beni e servizi sono, infatti, soggetti a procedure centralizzate: è il caso ad esempio dei servizi alla persona, i contratti di global service, le attività di project finance etc.; non sono inoltre compresi gli acquisti in economia effettuati dalle aziende, sebbene su questo punto si stia attuando una sperimentazione nell'Area Vasta pordenonese (cfr infra). Per i beni rientranti invece nelle categorie programmate, è fatto divieto alle Aziende di avviare nuove gare aziendali; nel caso di contratti in scadenza è ammessa la proroga dei contratti in essere fino all'espletamento dell'iter di gara da parte del CSC. Le Aziende possono altresì inoltrare di propria iniziativa la richiesta al CSC di avvio di gara per (i) beni non compresi nel programma; (ii) beni compresi nel programma, ma la cui messa a gara è lontana nel tempo. In tal caso anche altre aziende consorziate eventualmente interessate possono aderire alla gara, tramite lo strumento della convenzione.

³² La gestione accentrata degli ordini è inoltre effettuata dal CSC per l'IRCCS Burlo Garofolo.

Tabella 6.4 **Risparmi totali per attività approvvigionamento centralizzato (escluso il personale e le polizze RCT/RCO) (31/12/2007)**

Natura risparmio	Entità risparmio
Trascinamento 2005	434.344,13
Trascinamento 2006	8.092.247,37
Risparmi 2007 per gare programma 2007	3.849.216,63
Totale risparmi per gare aggiudicate	12.375.808,13
Risparmi 2007 per estensione contratti pulizie e farmaci	1.310.255,66
Risparmi 2007 per riduzione costi pubblicazione	562.500,00
TOTALE	14.248.563,79

Fonte: rielaborazione da Relazione sulla gestione 2007

Dimensione economico finanziaria

Per quanto concerne l'andamento dei prezzi di aggiudicazione, dal 2005 ad oggi (triennio 2005-2007) è stato conseguito un risparmio di oltre 12 milioni di euro³³ (cfr Tabella 6.4).

Nel corso del 2007, 225 gare³⁴ hanno registrato una riduzione rispetto ai prezzi praticati nel SSR; il risparmio, in media, è stato pari al 3,7% circa del valore totale di aggiudicazione (8.594.925 euro³⁵ su un complessivo aggiudicato di 232 milioni di euro). In particolare, secondo i dati riferiti al II Trimestre 2007, i maggiori risparmi sono stati ottenuti per i dispositivi medici standardizzabili, quali disposizioni di protezione individuale e materiale monouso per medicazione. Più contenuti, invece, i risparmi per acquisti in leasing, in forza della relativa rigidità strutturale del correlato sistema di finanziamento.

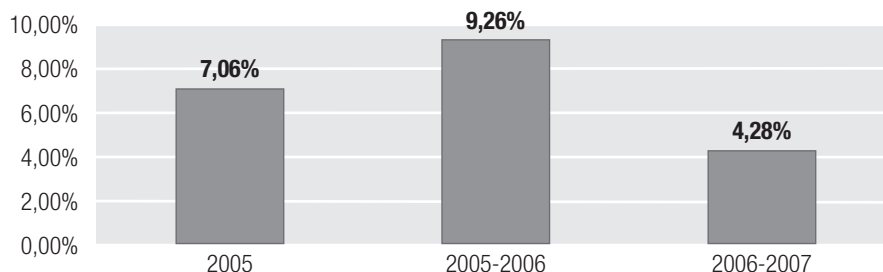
Tali risparmi, per meccanismi di reazione e aggiustamento di mercato, regi-

³³ Il dato fa riferimento esclusivamente ai risparmi di competenza dei singoli esercizi; il raffronto con il totale aggiudicato, che comprende anche l'importo aggiudicato per gare pluriennali, è riportato di seguito per l'ultimo esercizio disponibile (2007).

Si sottolinea inoltre come i dati si riferiscano esclusivamente ai minori costi per la riduzione dei prezzi di acquisto per beni e servizi. Risparmi legati ad attività diverse, quali la centralizzazione del sistema assicurativo per la RCT/RCO (il cui ammontare è stato stimato nel 2007 a oltre 7 milioni di euro), non sono stati inclusi nell'analisi, in quanto non oggetto dell'articolo.

³⁴ Nel 2007 sono state, infatti, aggiudicate 420 gare totali. Tra di esse 151 sono tuttavia riconducibili alle già citate procedure di acquisto in economia attivate nell'area vasta pordenonese, mentre 44 sono relative a servizi di manutenzione di attrezzature aziendali aggiudicati al termine dell'anno, per i quali si sono registrati effetti positivi non tanto in termini di riduzione dei prezzi di aggiudicazione, quanto di miglioramento della qualità del servizio erogato.

³⁵ Tale valore comprende sia le gare annuali sia quelle pluriennali aggiudicate nel 2007; l'importo di competenza annuale, riportato anche in Tabella 6.4, è pari a 3.849.216,63 euro.

Figura 6.1 **Risparmi complessivi gare CSC per i prodotti farmaceutici**

Fonte: rielaborazione da CSC

strano un trend decrescente nel tempo, come mostrato nella Figura 6.1 relativa alle gare per prodotti farmaceutici³⁶. In futuro non si prevedono pertanto ulteriori riduzioni sostanziali dei prezzi, quanto una loro stabilizzazione sulla base dei tassi di inflazione programmata.

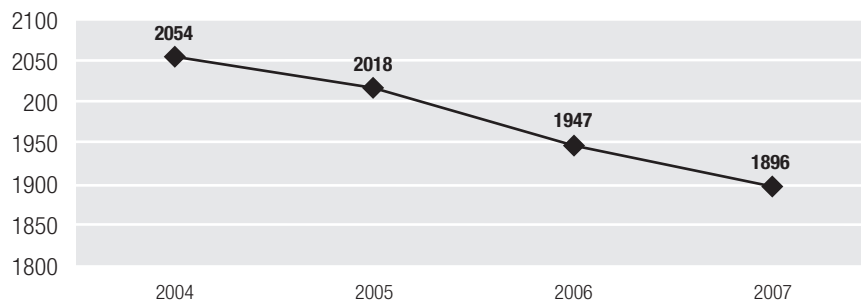
Un ultimo profilo, anche se non quantificabile, riguarda gli impatti derivanti dalla centralizzazione degli acquisti in economia nell'area vasta pordenonese; di tale attività si dibatterà nel successivo paragrafo.

I costi amministrativi di strutturazione della gara rappresentano per le aziende consorziate un costo cessante. I risparmi sono imputabili ad una riduzione del numero di procedure attivate: nel 2007, ad esempio, sono state stimate circa 600 procedure in meno rispetto all'organizzazione precedente per un risparmio complessivo sui costi di pubblicazione delle gare di circa 560.000 euro (cfr. Tabella 6.4). Nel 2008 si prevede un'ulteriore riduzione dei costi per procedure di 1.300.000 euro.

Dimensione organizzativa

Per quanto concerne gli impatti sul personale in termini di suo ridimensionamento (primo profilo di indagine), l'istituzione del CSC ha contribuito ad una riduzione a livello di sistema sanitario regionale del personale amministrativo dedicato alla funzione approvvigionamenti. Come già ricordato, il CSC consorzia obbligatoriamente tutte le strutture del Friuli Venezia Giulia; a livello di sistema regionale, dal 2004 ad oggi si è registrata una media annua di riduzione del personale amministrativo del 2,63% per un totale di 158 unità (Figura 6.2); nel 2007, in particolare, la riduzione è stata di 51 unità rispetto all'anno precedente, per un risparmio di 1.242.500 euro. Tale risultato, in coerenza con gli obiettivi programmatici regionali, è stato raggiunto anche in forza del blocco delle assunzioni stabilito a fronte dell'avvio delle attività del CSC.

³⁶ Il risparmio è stato calcolato attraverso un raffronto intertemporale; per quanto concerne la prima gara (2005) è stato considerato come prezzo di riferimento quello comunicato dalle aziende aderenti; per le gare successive è stato assunto lo storico precedente.

Figura 6.2 **Dinamica del personale amministrativo regionale (2004-2007)**

Fonte: Bilancio di esercizio 2007

Il personale SSR in servizio al CSC – regolato prevalentemente con lo strumento della messa a disposizione, del comando a tempo pieno e della mobilità volontaria – ha registrato un aumento nel triennio di attività da 9 a 62 unità; considerando anche il personale interinale e il personale esterno assunto con contratto di diritto privato, prestano servizio per il CSC 83 dipendenti (dicembre 2007)³⁷.

La specializzazione del personale riveste un'importanza primaria per tutti i consorzi aventi natura obbligatoria; in essi, infatti, il riconoscimento della professionalità degli operatori costituisce una leva strategica per la legittimazione del consorzio da parte degli enti partecipanti. Ad oggi è riconosciuta sia dai referenti aziendali sia dai responsabili consortili l'esigenza di sviluppare ulteriormente tale profilo, investendo sia in formazione sul campo che in formazione specifica; a livello aziendale, inoltre, sarà richiesto nel prossimo futuro il consolidamento della funzione professionale del manager degli acquisti³⁸, quale referente che funga

Tabella 6.5 **Personale CSC 2005 – 2007**

Voci	31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007
Totale personale dipendente	9	25	62
Personale interinale	4	5	18
Personale esterno con contratto di diritto privato	0	2	3
Totale generale personale CSC	13	32	83

Fonte: Relazioni sulla gestione 2006 e 2007

³⁷ Tale voce comprende il personale totale del CSC, non solo quello dedicato alla funzione approvvigionamenti.

³⁸ Ad oggi infatti sembra che tale figura debba essere ancora pienamente formalizzata e interiorizzata dalle singole aziende e sembra ancora svolgere prevalentemente le funzioni del Provveditore.

da collettore delle esigenze dei diversi attori aziendali (Centri di Attività e Centri di Responsabilità tecnica) e da raccordo con il CSC (per la trasmissione del fabbisogno aziendale, il coordinamento dei membri aziendali delle Commissioni, e la supervisione delle attività post gara).

La terza variabile di analisi riguarda i meccanismi di coordinamento interno e il grado di accountability. La costituzione di meccanismi di coordinamento per la predisposizione delle specifiche tecniche dei capitolati (Commissioni tecniche) e per l'aggiudicazione (Commissioni di gara) ha comportato una maggiore trasparenza in termini di strutturazione e implementazione delle procedure concorsuali così come di definizione dei parametri di accesso e monitoraggio degli stessi; si avverte tuttavia nel prossimo futuro l'esigenza di incrementare il livello di omogeneità e coesione interna tra i componenti dei suddetti tavoli al fine di ottimizzare il processo di acquisto e il raggiungimento di effettivi standard di prodotto.

Per quanto concerne il grado di standardizzazione dei processi aziendali accentrati (dal consolidamento del fabbisogno alla gestione amministrativa delle fasi di gara) e il livello di omogeneità delle fasi rimaste di prerogativa aziendale, dall'analisi emergono economie di specializzazione che hanno permesso, in generale³⁹, la riduzione dei tempi nella gestione delle fasi amministrative di strutturazione della gara (ad oggi il tempo medio per una procedura di gara è pari ad approssimativamente 60 giorni), grazie ad esempio alla predisposizione di capitolati standard. Sono inoltre in fase di progettazione strumenti di verifica della qualità per l'ottimizzazione delle fasi di post gara.

Dimensione strategica

Per quanto attiene il grado di standardizzazione dei beni e servizi, il CSC ha svolto un'attività progettuale ex ante⁴⁰ per l'individuazione dei beni più adatti ad essere acquisiti centralmente, individuando quali categorie i «beni ad elevati volumi di spesa, di acquisto comune, con domanda omogenea e standardizzabile, senza elevate criticità del relativo mercato di fornitura o nella valutazione clinica specifica dell'utilizzatore finale». Nel tempo, tuttavia, tali aree di attività si sono ampliate, estendendosi, come nel caso dell'Area Vasta Pordenonese, agli acquisti in economia⁴¹.

L'analisi ha evidenziato come nel caso in esame, così come nella generalità dei

³⁹ Un allungamento dei tempi necessari all'espletamento del procedimento di acquisto è stato tuttavia percepito nel caso della centralizzazione degli acquisti in economia attuata nell'Azienda Ospedaliera di Pordenone.

⁴⁰ Si fa in particolare riferimento allo «Studio di fattibilità per la realizzazione di un Centro Servizi Condivisi» realizzato nel 2002, il quale individuava come acquisibili tramite procedure centralizzate il 40% dei beni sanitari e il 30% dei beni non sanitari.

⁴¹ Sembra emergere pertanto una richiesta di ripensamento delle aree per le quali la centralizzazione delle attività possa effettivamente garantire recuperi di efficienza nel processo di acquisto e non inficiare la qualità dei prodotti e dei servizi.

consorzi obbligatori⁴², il grado di omogeneità del capitolato – espresso in termini di standardizzazione dei beni e servizi richiesti dalle singole aziende all'interno del bando di gara – rappresenti un valido indicatore del livello di condivisione raggiunto dai singoli referenti aziendali in sede di Commissione Tecnica. La mancanza di equilibrio tra personalizzazione e standardizzazione delle volontà espresse dei membri delle Commissioni, induce a volte, infatti, alla stesura di capitolati con molteplici lotti e sub lotti, che si configurano pertanto più come sommatoria dei fabbisogni individuali che non come risultato di un processo di condivisione interaziendale⁴³.

Rispetto ai rapporti con i soggetti esterni, oltre al già citato ruolo fondamentale esercitato dalla Regione e alla costante interazione con gli altri soggetti appartenenti al sistema di governance regionale, quali l'Agenzia Regionale delle Tecnologie, si sottolinea il consolidamento del rapporto con il Ministero delle Economia e delle Finanze e, in particolare con CONSIP S.p.A. Il CSC è infatti candidato alla sperimentazione degli Accordi Quadro e alla partecipazione al tavolo nazionale dell'e-procurement promosso dal consorzio nazionale⁴⁴.

Per quanto concerne i fornitori, l'aumento dei volumi di acquisto e l'attivazione di modalità innovative di acquisizione, quali le gare telematiche (nel corso del 2007 ne sono state attivate otto), hanno permesso una maggiore apertura al mercato e l'estensione del parco fornitori a imprese non più solo locali. Dopo i primi anni in cui la costituzione del centro ha determinato dinamiche di riassetto dell'offerta in termini di numero e comportamento dei partecipanti (scrematura offerenti, creazione di ATI e RTI), si prevede tuttavia nel prossimo futuro una stabilizzazione del rapporto di mercato tra i due soggetti.

L'ultima dimensione di analisi ha fatto riferimento ai meccanismi di governance interni all'associazione. Il CSC è considerato a tutti gli effetti un ente del Servizio Sanitario Regionale⁴⁵ e pertanto, come già sottolineato nel corso della trattazione, la sua struttura di governo è caratterizzata dal ruolo influente esercitato dalla Giunta nella determinazione delle linee di indirizzo politico e strategico. Le modifiche intercorse a livello istituzionale hanno confermato tale profilo, collocandosi in un'ottica di un ripensamento complessivo degli strumenti di gover-

⁴² L'obbligatorietà non consente di utilizzare il grado di adesione quale indicatore del livello di condivisione e integrazione dei consorziati, come invece nel caso delle associazioni volontarie quali AVEN.

⁴³ Questo rischio, sebbene sia stato discusso con gli attori intervistati, non è tuttavia per ora ancora quantificabile, data l'eterogeneità e l'elevato numero delle procedure. Ci si riserva nel prossimo futuro di poter sviluppare e quantificare tale riflessione.

⁴⁴ Attualmente le consorziate possono aderire autonomamente alle convenzioni CONSIP; è il caso delle convenzioni per l'acquisto di fotocopiatrici cui ha aderito l'AO Pordenone.

⁴⁵ Come esplicitato nella DGR 2735, «(..) Il SSR è costituito a livello regionale da (i) Direzione centrale salute e protezione sociale; (ii) Agenzia Regionale alla Sanità (ARS); (iii) Centro Servizi Condivisi (CSC) e a livello locale da: (i) sei aziende per i servizi sanitari; (ii) tre aziende ospedaliere; (iii) due IRCCS.

nance del sistema sanitario regionale. Rientra in tale logica l'istituzione del Comitato di Regia (LR 1/2007 e DGR 2735/2006), organo regionale presieduto dal Direttore Centrale della Salute e della Protezione Sociale e partecipato dai Direttori Generali delle Aziende, dal Direttore Generale dell'Agenzia Regionale della Sanità e dall'Amministratore Unico del CSC⁴⁶ e deputato a svolgere, tra le altre funzioni, le attività statutarie dell'Assemblea del CSC.

6.6 Conclusioni

I due casi analizzati consentono di proporre alcune riflessioni, basate sull'osservazione delle esperienze sul campo, che vengono sintetizzate in Tabella 6.6.

A commento delle evidenze emerse, meritano di essere rimarcati alcuni punti di attenzione, tra cui:

1. La complessità dei processi di standardizzazione che sono da un lato puramente tecnici, dall'altro legati alle situazioni di workflow specifiche in cui gli acquisti si devono integrare. La consapevolezza delle due dimensioni può aiutare a:
 - ◀ Identificare le caratteristiche standard di prodotto/ servizio, legandole a specifiche tecniche ove queste siano utili e disponibili.
 - ◀ Identificare il contesto in cui il prodotto /servizio verrà utilizzato, per ottimizzarne l'efficacia, sia ridisegnando i workflow, sia considerando specifiche di prodotto/ servizio personalizzate.

A questo proposito la specializzazione di chi acquista, che si sta realizzando grazie alla centralizzazione, è una condizione essenziale.
2. La capacità di identificare l'efficacia della centralizzazione nella gestione dei processi di acquisto, grazie a sistemi di contabilità dei costi cessanti, o ri-allocati. Questo sembra un passaggio su cui bisognerà ancora investire per evitare semplicemente di spostare le fasi e gli oneri amministrativi delle procedure di gara, senza renderle più efficienti.
3. L'accettabilità sociale ed il consenso a supporto dei processi di centralizzazione, da guadagnare non «per decreto» ma attraverso la dimostrazione di professionalità da parte delle centrali di committenza, importante per l'adesione delle aziende sanitarie, ma altresì fondamentale per ottenere un miglioramento della qualità dell'offerta da parte dei fornitori.

⁴⁶ Il Comitato di Regia è stato istituito al fine portare ad unità le sedi nelle quali istituzionalmente si attua il confronto tra i soggetti deputati alle funzioni di indirizzo, programmazione, finanziamento, gestione e controllo delle attività regionali. Il Comitato svolge sia funzioni consultive (esprimendo pareri rispetto all'andamento del sistema assolvendo, in tal modo, al ruolo prima attribuito alla assemblea dei Direttori Generali e alla Agenzia Regionale della Sanità) sia funzioni decisionali, quando si riunisce con funzioni di Assemblea del CSC per le materie definite dalla Statuto stesso.

4. La necessità di andare oltre l'effettuazione della gara, porta di accesso del fornitore nell'azienda sanitaria, e di monitorare in modo centralizzato ed omogeneo l'intera performance della supply chain. Poiché il prezzo di acquisto troverà dei tetti alla diminuzione, la strada più promettente al taglio dei costi potrà essere trovata nell'attenta e continua gestione dei contratti.

Tabella 6.6 **Sintesi e confronto delle esperienze**

Divisione valutazione	Dimensione di analisi	Esperienze osservate
Economico-finanziaria	1.1 Prezzo di aggiudicazione	Il prezzo di aggiudicazione nelle gare effettuate è diminuito, in entrambe le esperienze, in modo oggettivamente dimostrabile. Tuttavia una riflessione comune porta a rimarcare: a) la riduzione di prezzo è potenzialmente maggiore quanto più alta è la standardizzabilità dell'oggetto di acquisto; quest'ultima, a sua volta, è funzione del ciclo di vita del prodotto ed della velocità di evoluzione della dimensione tecnologica b) la necessità di tenere presente, nella programmazione economica delle centrali di acquisto, che l'effetto riduzione, più visibile nel primo ciclo di acquisti consortili, non potrà essere mantenuto in modo proporzionale, bensì si stabilizzerà nel tempo. Una ricerca continua di riduzioni consistenti rischierà di compromettere gravemente la qualità dei prodotti/ servizi acquistati.
	1.2 Costi amministrativi e spese generali	La valutazione della riduzione dei costi amministrativi è più complessa, soprattutto quando il soggetto capofila varia e varia di conseguenza la ripartizione dei costi sostenuti per le gare. Tuttavia un aspetto evidente comune è dato dalla diminuzione del numero di gare effettuate. A ciò si accompagna, nel caso del CSC, una diminuzione programmata del personale per la gestione della procedura concorsuale.
Organizzativa	2.1 Personale dedicato alla funzione: 2.1.1. dotazione; 2.1.2. livello di specializzazione	Il personale dedicato alla funzione (i) è proprio della centrale, nel caso di ente giuridico autonomo, (ii) è costituito da una «rete» di competenze professionali, delocalizzate nelle aziende, nel caso di associazione. In entrambi i casi è possibile riconoscere pro e contro, che non consentono di propendere automaticamente per una soluzione, ma che potrebbero essere meglio valutati in funzione dell'efficacia delle scelte di acquisto complessivo. Va da sé che in entrambi i casi una comune strategia perseguita è quella di specializzare competenze dedicate per tipologia di acquisto effettuato, sia nella soluzione centralizzata, sia nelle varie sedi aziendali, che verranno a configurarsi come centri di expertise di riferimento.
	2.2 Standardizzazione ed efficienza del processo di acquisto	La definizione di procedure e regolamenti standard e di documentazione di gara uniforme (i Capitolati speciali) si qualifica come un effetto positivo comune ad entrambi i casi analizzati, sia perché elimina difformità non motivate ed allinea verso prassi migliori, sia perché offre al mercato dei fornitori una modalità di comunicazione e relazione omogenea.
	2.3 Accountability e modalità di coordinamento interno	I due casi si differenziano per le condizioni di attuazione che devono presidiare, (i) nel caso dell'associazione, il trade-off tra con divisione del processo e costi di transazione orizzontale, (ii) nel caso della centrale di committenza l'esigenza di accreditare la professionalità degli operatori per garantire il fluido svolgersi del processo di acquisto.

Tabella 6.6 (segue)

Divisione valutazione	Dimensione di analisi	Esperienze osservate
Strategica	3.1 Standardizzazione di beni e servizi	È forse questo l'aspetto più spinoso della centralizzazione degli acquisti nelle aziende sanitarie. Nei casi analizzati lo sforzo di standardizzazione è stato significativo e viene anzi considerato il presupposto di ogni buon processo di approvvigionamento. Nel caso di CSC si è proceduto ad una verifica preliminare delle tipologie di acquisti più idonee e più «vocate» ad essere reinterpretate secondo standard comuni e per AVEN lo sforzo è stato quello di allineare verso l'alto le caratteristiche degli acquisti per stimolare anche nei fornitori maggiori livelli qualitativi di offerta.
	3.2 Gestione rapporti con i fornitori	Le modifiche nel rapporto con i fornitori sono in genere riconducibili a due elementi apparentemente contrapposti, da un lato una maggiore selezione e una diminuzione del numero di fornitori attivi, dall'altro un allargamento ad un parco di fornitori più ampio. In realtà entrambe le azioni possono essere interpretate come fasi di un processo di riqualificazione dei fornitori e, in linea di principio, anche dell'offerta.
	3.3 Gestione rapporti con altri soggetti istituzionali	A partire da esperienze più circoscritte, la costruzione di un know-how legato ai processi di aggregazione degli acquisti può portare a convergenze sovra-zonali, come avviene già per Aven e Intercent (e che si prevede di incrementare) e come si ipotizza di attuare tra CSC e Consip. Ciò significa che il processo di apprendimento «locale» si sta dimostrando un punto di partenza virtuoso per estendere su basi più ampie le collaborazioni.
	3.4 Governance del consorzio	L'efficacia della governance per i processi di centralizzazione degli acquisti si gioca in modo diverso nelle due situazioni, nel caso di Aven condizione per una governance efficace è il commitment degli associati, mentre nel caso di CSC la governance efficace si gioca attraverso la capacità di rappresentanza degli interessi dei consorziati.

Bibliografia

- Brusoni M., e Marsilio M. (2007), «La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Cleverley W., e Nutt P. (1984), «The Effectiveness of Group-Purchasing Organizations», *Health Services Research*, 19 (1), pp. 65-81.
- Coda V. (1995), «L'orientamento strategico dell'impresa». UTET Università.
- Essig M. (2000), «Purchasing consortia as symbiotic relationships: developing the concept of "consortium sourcing"». *European Journal of Purchasing & Supply Management*, 6, pp.13-22.
- Fattore G. (2005), «Metodi di ricerca in economia aziendale». Egea
- Johnson P.F. (1999), «The Pattern of Evolution in Public Sector Purchasing Consortia», *International Journal of Logistics: Research and Applications*, 2, (1), pp.57-73.

- Muse & Associates (2000), «The role of group purchasing organizations in the U.S. Health Care System», Health Industry Group Purchasing Association (HIGPA), Washington, DC.
- Nollet, J., e Beaulieu, M. (2003), «The development of group purchasing: an empirical study in the healthcare sector», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 9 (1), pp. 3-10.
- Schotanus F., e Telgen J., (2005), «Implication of a Classification of Forms of Cooperative Purchasing», in Wynstra J.Y.F, Dittrich K., Jaspers F.P.H (a cura di), *Proceedings of the 21st IMP Conference*, Erasmus Universiyy, Rotterdam.
- Stefan J.P., e Santiago R.E. (1989), «The benefits of group purchasing», *Journal of Property Management*, 54 (5), pp.50-52.
- Yin R.K. (1994), *Case study Research. Design and methods*, Sage Publications.

7 **Composizione e retribuzioni del personale SSN nel 2006**

di Carlo De Pietro e Cristina Filannino¹

7.1 **Oggetto e obiettivi dell'analisi**

7.1.1 **Il mandato del Ministero della Salute**

Il capitolo illustra alcuni primi risultati della ricerca commissionata al CERGAS Bocconi dal Ministero della Salute all'interno del programma SIVEAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) avviato nel 2007.

In particolare sono qui presentati alcuni risultati relativi alla linea di ricerca «Elaborazione di una proposta di linee guida per il monitoraggio e la valutazione del governo del personale nei SSR (SIVEAS – linea di attività II-B.1.17)».

L'obiettivo del capitolo può essere ricondotto ai seguenti tre punti:

- presentare e discutere alcuni risultati di analisi già prodotti nell'ambito della ricerca commissionata dal Ministero;
- proporre un metodo per replicare a cadenza regolare l'analisi già svolta o per applicarla a livello sub-regionale, per classi omogenee di aziende, ecc.;
- illustrare alcuni possibili approfondimenti tematici legati alla concreta applicazione di alcuni istituti contrattuali o all'analisi di alcuni cambiamenti strutturali che, già avviati, con tutta probabilità modificheranno in modo profondo la composizione e la gestione del personale SSN nei prossimi anni.

¹ Il capitolo riporta alcuni primi risultati di una ricerca svolta per il SIVEAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) del Ministero della Salute. Al progetto hanno prestato attiva e generosa collaborazione, tra gli altri, Miriam Di Cesare, Lidia Di Minco, Stefania Garassino, Lucia Lispi e Antonietta Vardè dello stesso Ministero, nonché Monica Aversa, Francesca Busceti, Giovanni Crescenzi e Claudia Tumini del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Gran parte del lavoro di analisi dei dati è stato condotto da Angela Liotta e Beatrice Maestri, alle quali va il nostro sentito ringraziamento.

Il testo finale è frutto di un lavoro congiunto dei due autori. Tuttavia, a Carlo De Pietro sono attribuiti i paragrafi 7.1, 7.2 e 7.3, a Cristina Filannino i paragrafi 7.4 e 7.5.

7.1.2 Gli obiettivi specifici dell'analisi

Il Ministero svolge un'azione ampia di programmazione e controllo sull'intero sistema sanitario italiano e ha precise responsabilità di governo sul Servizio Sanitario Nazionale. Da ciò deriva una pluralità di possibili obiettivi di monitoraggio.

In tal senso sembra utile sottolineare che, in tema di personale, le responsabilità del livello nazionale risultano ben maggiori di quelle relative ad altri aspetti di organizzazione e gestione del SSN (De Pietro 2005). In particolare i due principali ambiti d'intervento della regolamentazione nazionale riguardano:

- ▶ la regolamentazione professionale: buona parte della legislazione che riguarda le professioni (identificazione dei gruppi occupazionali oggetto di regolamentazione professionale, definizione dei profili professionali, regolamentazione degli ordini e dei collegi, determinazione dei posti disponibili per l'ammissione ai corsi di laurea sanitari e per le scuole di specializzazione dei laureati in medicina e chirurgia, requisiti di dotazione di personale minima per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, ecc.; cfr. anche De Pietro 2005, pp. 37-82 e Tousijn 2000) nel nostro paese resta responsabilità del livello nazionale, attraverso in particolare il Ministero della Salute e quello dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca²;
- ▶ la contrattazione collettiva: la regolamentazione dei rapporti d'impiego in Italia prevede un forte ruolo della contrattazione nazionale, poi adattata e integrata dalla contrattazione decentrata (o integrativa, o di secondo livello) svolta nelle singole aziende. Si tratta di una caratteristica importante del mercato del lavoro italiano, che lo distingue in modo sostanziale da quello di molti altri paesi occidentali, in cui il grado di omogeneità nazionale nelle condizioni d'impiego risulta meno accentuato. Anche se tecnicamente la gestione

² Tra le maggiori eccezioni si possono evidenziare i seguenti ambiti, in cui la normativa prevede responsabilità regionali:

- la specificazione delle competenze del personale dell'assistenza (per esempio rispetto alle attività che possono essere svolte dagli OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria) e la regolamentazione/gestione della loro formazione (continuando sullo stesso esempio, rispetto ai posti disponibili nei corsi di formazione complementare e ai suoi contenuti);
- la definizione di parametri regionali che integrano e specificano la disciplina nazionale relativa ai requisiti minimi in termini di risorse umane per ottenere l'autorizzazione, in particolare con l'indicazione di requisiti più stringenti necessari all'accreditamento regionale;
- il coinvolgimento nel processo di determinazione dei numeri chiusi per le immatricolazioni ai corsi di laurea e alle scuole di specializzazione (la cui decisione finale resta però in capo al MIUR);
- la gestione della formazione specialistica per la medicina generale;
- l'eventuale sviluppo di un sistema di formazione continua obbligatoria che specifica o sostituisce il programma ECM definito a livello nazionale.

delle trattative sindacali vede come principale attore di parte datoriale l'ARAN (Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni) e coinvolge anche altri attori (in primo luogo le Regioni attraverso il comitato d'indirizzo, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, la Corte dei Conti, il Dipartimento della Funzione Pubblica del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, ecc.), il ruolo del Ministero della Salute resta centrale.

Partendo da tale constatazione, la principale analisi qui di seguito presentata riguarda il posizionamento delle diverse Regioni rispetto a due principali dimensioni:

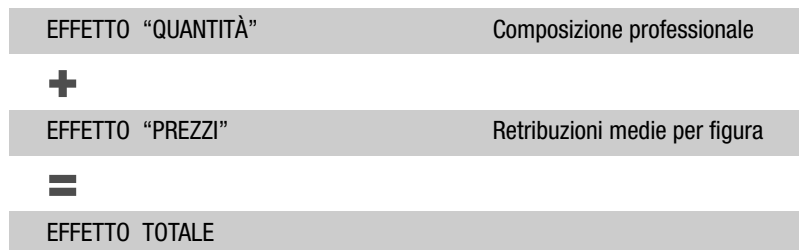
- la composizione professionale degli organici, che riguarda i rapporti relativi tra diverse figure professionali quali medici, infermieri, OSS e altre figure dell'assistenza;
- le retribuzioni medie per ciascuna di tali figure professionali.

In particolare – anche per la necessità di offrire indicatori utili al monitoraggio delle Regioni «in affiancamento» e cioè che nel 2007 hanno adottato i c.d. Piani di rientro – l'analisi guarda alle conseguenze economiche di tale posizionamento regionale.

Volendo distinguere ulteriormente l'impatto delle due diverse dimensioni, è possibile qualificare come «effetto composizione» le conseguenze economiche della composizione professionale del personale di un certo SSR rispetto alla composizione media SSN. Allo stesso modo, possiamo qualificare come «effetto retribuzioni» le conseguenze economiche delle retribuzioni medie delle varie figure professionali in un certo SSR rispetto alle retribuzioni medie che esse hanno a livello d'intero SSN. Fatto ciò, è quindi possibile definire un indicatore economico di sintesi che dà l'«effetto totale» e cioè il risparmio (o la maggiore spesa) che la Regione potrebbe conseguire nel caso adottasse la composizione degli organici media italiana (effetto composizione) e, per ciascuna figura professionale, la retribuzione media italiana (effetto retribuzioni).

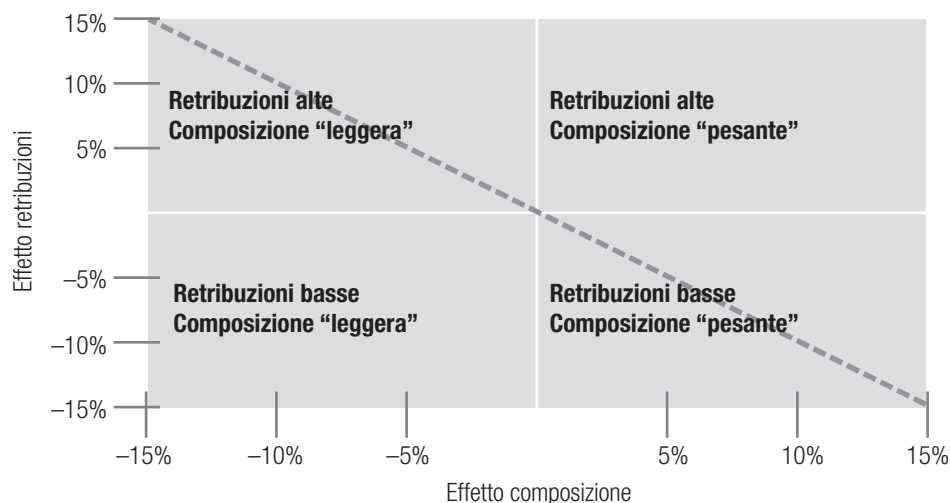
La Figura 7.1 riporta lo schema di analisi appena descritto.

Tale analisi dà la possibilità di arrivare a un posizionamento di sintesi delle Regioni sulla matrice riportata in Figura 7.2 che evidenzia effetto composizione ed effetto retribuzioni. In particolare, le percentuali sugli assi della matrice indicano i risparmi (positivi o negativi) conseguibili da ciascuna Regione rispetto all'effetto composizione e all'effetto retribuzioni, misurati in percentuale sulla spesa regionale per il personale. In tal modo è possibile distinguere quattro quadranti che combinano composizioni «leggere»/«onerose» con retribuzioni alte/basse.

Figura 7.1 **Gli elementi dell'analisi di posizionamento**

Nella stessa figura, la diagonale tratteggiata divide la matrice in una parte alta, in cui troviamo le Regioni caratterizzate da una combinazione composizione/retribuzioni più onerosa (e che quindi trarrebbero vantaggio economico dall'uniformarsi alla media italiana) e in una parte bassa, che ospita le Regioni caratterizzate da una combinazione meno onerosa (e che quindi subirebbero un aumento della spesa per il personale nel caso si uniformassero alla media italiana).

Infine, come già ricordato, è possibile determinare le grandezze economiche di effetto composizione, effetto retribuzioni ed effetto totale per ciascuna Regione³.

Figura 7.2 **Matrice di posizionamento regionale**

³ L'analisi qui proposta riguarda il livello regionale, cioè mette a confronto le composizioni medie e le retribuzioni medie regionali, per arrivare all'«effetto totale» per ciascuna Regione. È chiaro però che la stessa analisi può essere replicata a livello aziendale, per mettere a confronto composizioni e retribuzioni medie delle singole aziende, eventualmente differenziando per tipi di azienda (es. ASL/AO e/o per classe dimensionale).

Per capire meglio qual è l'impatto della composizione del personale, le pagine che seguono propongono poi un'analisi della «composizione organizzativa» degli organici dei diversi SSR (cfr. § 7.3.2). Questa seconda accezione di composizione riguarda le scelte relative alla struttura organizzativa, quali la densità di strutture dirigenziali o l'utilizzo delle posizioni organizzative per il personale delle categorie⁴.

Infine, sembra utile richiamare a premessa dell'analisi il fatto che i risultati non possono avere letture univoche. Le decisioni inerenti la composizione professionale, la composizione organizzativa e i livelli retributivi riconosciuti alle diverse figure restano – all'interno dei limiti determinati da leggi e contratti – decisioni innanzi tutto aziendali e come tali legittime, se funzionali rispetto alla missione istituzionale delle aziende e del SSN. Ciò significa che composizioni professionali o composizioni organizzative più onerose non significano necessariamente una gestione aziendale debole. Al contrario, in alcuni casi retribuzioni più alte potrebbero essere per esempio un'efficace risposta a un mercato del lavoro locale caratterizzato da alti gradi di concorrenza per risorse scarse (es. infermieri in alcune Regioni del Nord). Allo stesso modo, retribuzioni medio-basse non significano necessariamente buone pratiche manageriali. Esse al contrario, oltre ad essere il frutto di una storia specifica di azienda che ha portato ad ereditare una determinata consistenza dei fondi contrattuali, potrebbero indicare difficoltà gestionali anche importanti nel graduare le posizioni dirigenziali, nel gestire la progressione economica orizzontale, ecc.

7.2 I dati utilizzati

L'analisi si basa sui dati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato⁵.

Il Conto Annuale rappresenta un'ottima base dati per svolgere analisi a livello di intero sistema. Le informazioni contenute sono assai ricche e articolate, come mostrato nel Riquadro 7.1. Inoltre, esse sono già disponibili, in altre parole non implicano oneri informativi aggiuntivi per le aziende del sistema. Infine, la disponibilità di una serie storica costruita a partire dal 2001 permette analisi anche temporali, oltre che di tipo *cross-section*⁶.

⁴ È chiaro che, dati i vincoli posti dai contratti nell'utilizzo dei fondi, la composizione organizzativa – e cioè, ad esempio, qual è la percentuale di dirigenti aziendali che hanno incarichi di struttura complessa – incide sulla possibilità di retribuire le singole figure professionali e quindi sulle loro retribuzioni medie.

⁵ Si tratta di una base dati costruita a partire dalla rilevazione fatta annualmente da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, attraverso l'IGOP (Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico) della Ragioneria stessa. La rilevazione riguarda tutte le amministrazioni pubbliche.

⁶ Pur disponibili a partire dal 2001, i dati sono frutto di una rilevazione che ha visto aumentare con gli anni il grado di affidabilità. Anche per questa ragione le analisi presentate nel presente capitolo si basano esclusivamente sulla rilevazione relativa all'anno 2006.

Nonostante la loro ricchezza, i dati disponibili sono stati finora oggetto soltanto di alcune analisi, i cui risultati sono disponibili sul sito del Ministero della Salute, per lo più in forma sintetica e relativa alle sole medie nazionali.

Riquadro 7.1 La struttura del Conto Annuale

Base dati disponibile a partire dal 2001 per tutti gli «Enti» del SSN

Schede informative:

1. Informazioni di carattere generale (relative all'azienda; N.d.A.)
2. Contratto integrativo – Deve essere completata per ogni contratto integrativo sottoscritto (medici; dirigenti non medici; personale non dirigente)
3. Tabella 1 – Personale dipendente a tempo indeterminato e personale dirigente in servizio al 31 dicembre
4. Tabella 2 – Personale con rapporto di lavoro «flessibile»
5. Tabella 3 – Personale in posizione di comando/distacco e fuori ruolo al 31 dicembre
6. Tabella 4 – Passaggi di qualifica / posizione economica / profilo del personale a tempo indeterminato e dirigente nel corso dell'anno
7. Tabella 5 – Personale a tempo indeterminato e personale dirigente cessato dal servizio nel corso dell'anno
8. Tabella 6 – Personale a tempo indeterminato e personale dirigente assunto in servizio nel corso dell'anno
9. Tabella 7 – Personale a tempo indeterminato e personale dirigente distribuito per classi di anzianità di servizio al 31 dicembre
10. Tabella 8 – Personale a tempo indeterminato e personale dirigente distribuito per classi di età al 31 dicembre
11. Tabella 9 – Personale dipendente a tempo indeterminato e personale dirigente distribuito per titolo di studio posseduto al 31 dicembre
12. Tabella 10 – Personale in servizio al 31 dicembre distribuito per Regioni e all'estero (riguarda soltanto alcuni enti; N.d.A.)
13. Tabella 11 – Numero giorni di assenza del personale in servizio nel corso dell'anno
14. Tabella 12 – Oneri annui per voci retributive a carattere «stipendiale» corrisposte al personale in servizio
15. Tabella 13 – Oneri annui per indennità e compensi accessori corrisposti al personale in servizio
16. Tabella 14 – Altri oneri che concorrono a formare il costo del lavoro
17. Tabella 15(1) – Fondo per la contrattazione integrativa – Macrocategoria: Medici
18. Tabella 15(2) – Fondo per la contrattazione integrativa – Macrocategoria: Dirigenti non medici
19. Tabella 15(3) – Fondo per la contrattazione integrativa – Macrocategoria: Personale non dirigente

Schede informative inserite e gestite dal ministero della salute:

1. Tabella 1A – Personale dell'azienda sanitaria per figura professionale (relativo al ruolo sanitario; N.d.A.)
2. Tabella 1B – Personale universitario dell'azienda sanitaria per tipologia di personale
3. Tabella 1C – Personale delle strutture di ricovero pubblico per tipologia di personale
4. Tabella 1D – Personale dipendente e convenzionato del dipartimento di salute mentale per profilo professionale
5. Tabella 1E – Personale non dirigente a tempo indeterminato in servizio al 31 dicembre distribuito per fasce retributive

Le tabelle 1, 3-13 sono compilate per 134 qualifiche/ posizioni economiche/ profili e il più delle volte distinguono tra uomini e donne

La base dati del Conto annuale è stata sottoposta ad alcune operazioni di «pulizia», utili per l'analisi.

Innanzitutto, l'analisi è stata svolta prendendo in considerazione 15 classi/macro-figure professionali in cui sono state riaggregate le 134 figure professionali presenti sulla base dati originaria⁷. Tale riagggregazione, operata per migliorare la leggibilità dei risultati, è stata definita di concerto col Ministero della Salute e con l'IGOP⁸. In particolare, le figure così riaggregate sono le seguenti:

- ▶ medici e odontoiatri;
- ▶ veterinari;
- ▶ dirigenti ruolo sanitario non medici né veterinari;
- ▶ dirigenti ruolo amministrativo;
- ▶ dirigenti ruolo tecnico;
- ▶ dirigenti ruolo professionale;
- ▶ personale comparto amministrativo;
- ▶ personale comparto professionale;
- ▶ personale comparto tecnico appartenente alle figure OSS, OTA, ausiliari specializzati;
- ▶ personale comparto tecnico appartenente alle altre figure;
- ▶ personale comparto sanitario D/Ds infermieristico;
- ▶ personale comparto sanitario D/Ds tecnico sanitario;
- ▶ personale comparto sanitario D/Ds tecnico della prevenzione;
- ▶ personale comparto sanitario D/Ds della riabilitazione;
- ▶ personale comparto sanitario appartenente alle altre figure.

Una seconda azione di verifica della base dati riguarda gli enti operanti nel SSN. In particolare sono stati esclusi l'AGENAS (già ASSR), le ARPA, gli Enti di ricerca, gli Istituti zoo-profilattici, gli Altri enti regionali (es. le Agenzie regionali per la sanità), le Agenzie regionali per l'emergenza sanitaria, gli ESTAV, le Aziende di servizi alla persona.

⁷ Delle 134 figure non sono state considerate quelle della direzione strategica, che rispondono a logiche diverse di gestione del personale e non possono essere considerate propriamente tra quelle che costituiscono gli organici delle aziende. Sono così state escluse le seguenti figure: «direttore generale», «direttore sanitario», «direttore amministrativo», «direttore dei servizi sociali». Allo stesso modo è stato escluso dalle analisi il «personale contrattista a tempo indeterminato» che, come spiegato nelle istruzioni di compilazione del Conto Annuale, riguarda il «personale a tempo indeterminato al quale viene applicato un contratto di lavoro di tipo privatistico (e.: tipografico, chimico, edile, metalmeccanico, portierato, ecc.) e personale ex medico condotto di cui all'art. 36, comma 3, del CCNL 10.2.2004».

⁸ Resta evidente che le analisi possono in ogni caso essere condotte anche mantenendo le 134 figure originarie.

Un'ulteriore decisione è stata presa rispetto al contratto collettivo applicato, escludendo tutte le persone che risultano lavorare in enti del SSN, ma con CCNL del comparto di contrattazione «Regioni ed autonomie locali».

Ancora, tra le voci retributive è stata eliminata quella relativa agli «Arretrati per anni precedenti» e non sono stati considerati i compensi relativi alle attività svolte in regime di libera professione intramuraria (anche «allargata»)⁹.

Infine, non sono stati presi in considerazione i dati di alcune strutture o Regioni, perché non presenti, incompleti o palesemente errati. In particolare, non sono state considerate le Regioni Calabria e Molise, né è stato considerato il CRO di Aviano (Friuli-Venezia Giulia).

Nonostante tali aggiustamenti non è da escludere che alcuni dati risultino non corretti. La ricchezza delle informazioni richieste rende, infatti, difficile ipotizzare una mappatura esatta delle caratteristiche quali-quantitative degli organici SSN.

Ciò detto, il Conto Annuale resta a tutt'oggi la principale base dati disponibile con riferimento al pubblico impiego e quindi al SSN. Inoltre, un suo maggiore utilizzo può certamente costituire un incentivo a migliorare la qualità dei dati, finora spesso forniti dalle aziende più come risposta a una richiesta amministrativa prevista dalla normativa, che come strumento di possibili analisi e confronti utili innanzi tutto alle stesse aziende. Più i dati saranno usati per procedere a comparazioni interaziendali e interregionali, più aumenterà l'attenzione posta nelle fasi di compilazione e invio e, in ultima analisi, maggiore sarà la loro qualità.

7.3 Risultati

7.3.1 La composizione professionale

Gli indicatori di composizione professionale possono essere numerosi. In Tabella 7.1 si presentano i rapporti «Comparto / Dirigenti», «Infermieri / (Medici+Odontoiatri)» e «Infermieri / Supporto»¹⁰. Si noti che i dati considerati so-

⁹ Nel caso degli «arretrati anni precedenti» l'esclusione è stata decisa insieme a Ministero della Salute e Ragioneria Generale dello Stato in quanto si tratta di un dato assai variabile negli anni. Quindi si è preferito avere risultati sottostimati ma stabili. L'esclusione dei proventi da libera professione intramuraria, sebbene rappresenti una limitazione importante soprattutto per alcune figure professionali (cfr. De Pietro 2003 per l'impatto di tali proventi sulla retribuzione complessiva in due aziende SSN e De Pietro 2002 per una descrizione in generale delle relazioni tra libera professione intramuraria e gestione dei professionisti), è stata decisa per la qualità non omogenea dei dati presenti nel Conto Annuale relativi a tale voce.

¹⁰ La classe «Infermieri» comprende le seguenti figure presenti nella base dati: «coll.re prof.le sanitario – pers. infer. esperto – Ds», «coll.re prof.le sanitario – pers. infer. – D», «oper.re prof.le di ii

Tabella 7.1 **Composizione professionale, FTE 2006**

Regione	Comparto / Dirigenti	Infermieri / (Medici + odontoiatri)	Infermieri/supporto
Piemonte	4,17	2,32	2,95
Valle d'Aosta	4,23	2,21	3,61
Lombardia	4,49	2,54	3,20
Bolzano	4,77	2,54	1,92
Trento	5,26	2,80	2,58
Veneto	4,97	3,06	3,46
Friuli Venezia Giulia	5,13	3,09	2,96
Liguria	4,22	2,65	4,16
Emilia Romagna	4,30	2,84	6,04
Toscana	4,40	2,78	4,08
Umbria	3,72	2,53	5,33
Marche	4,04	2,73	5,17
Lazio	3,26	2,20	6,12
Abruzzo	3,72	2,34	4,01
Campania	3,16	2,09	4,75
Puglia	3,44	2,13	3,76
Basilicata	3,53	2,51	6,55
Sicilia	2,82	1,77	3,78
Sardegna	3,12	2,06	4,19
ITALIA	3,90	2,46	3,96

no in termini di personale a tempo pieno equivalente (*full time equivalent* o FTE)¹¹.

Gli stessi dati sono riportati in Figura 7.3.

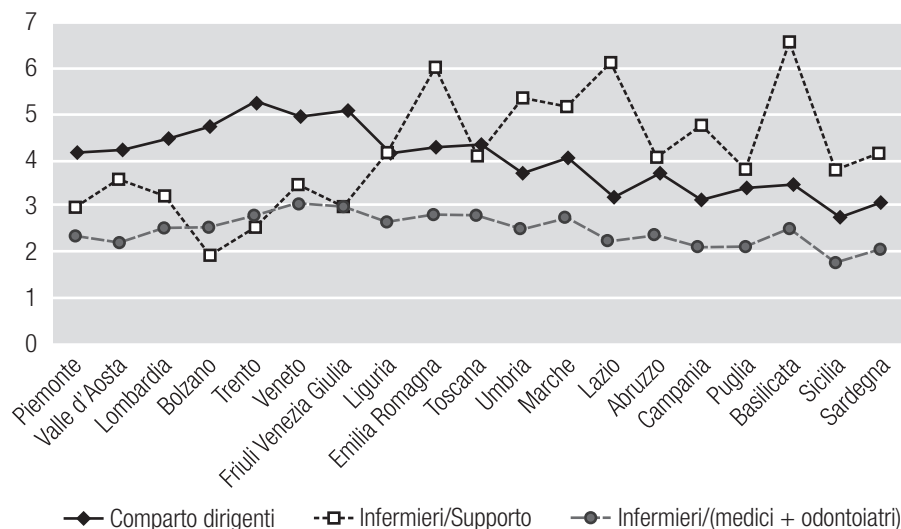
La variabilità della composizione professionale è evidente, pur se riferita alle medie regionali e a indicatori assai generali. Se la stessa analisi fosse fatta mettendo a confronto le composizioni aziendali, e non le medie regionali, la variabilità sarebbe ancora più accentuata.

Pur con la prudenza necessaria nell'interpretazione dei dati (cfr. § 7.1.2), tali

cat. pers. inferm. esperto – C (2)», «oper.re prof.le sanitario pers. inferm. – C», «oper.re prof.le di II cat. pers. inferm. Bs».

La classe «Supporto» comprende le seguenti figure: «operatore socio-sanitario – Bs», «operatore tecnico addetto all'assistenza – B», «ausiliario specializzato – A».

¹¹ Il calcolo dei FTE è stato fatto guardando al numero di cedolini stipendi prodotti per ciascuna figura (in tal modo si è tenuto conto degli eventuali cambiamenti negli organici in corso d'anno) e della percentuale di impegno per il personale a tempo parziale.

Figura 7.3 **Composizione professionale, FTE 2006**

risultati mostrano una variabilità nella composizione professionale inaspettata, data la forte regolamentazione professionale del settore sanitario, operata attraverso l'individuazione delle figure professionali abilitate ad operarvi, i monopoli legali riconosciuti alle diverse figure, i coefficienti usati per determinare i carichi di lavoro, le dotazioni minime richieste da sistemi di autorizzazione e accreditamento istituzionale, ecc. (De Pietro e Tereanu 2005, pp. 69-70). Tale regolamentazione vorrebbe che SSR che svolgono attività sostanzialmente simili fossero caratterizzati da composizioni professionali simili. Come evidente, ciò non risulta confermato.

Quando si guardi al primo indicatore «Comparto / Dirigenti», si va da valori inferiori a 3 a valori superiori a 5 (il rapporto in Friuli-Venezia Giulia è più alto di quello siciliano dell'82%). Tale variabilità è confermata dal secondo indicatore, «Infermieri / (Medici+Odontoiatri)», che restringe le categorie di personale di numeratore e denominatore alle due figure più importanti, infermieri e medici-odontoiatri (il rapporto in Friuli-Venezia Giulia è più alto di quello siciliano del 75%). In qualche modo, i dati evidenziano un *continuum* che va dalle Regioni del Nord-Est, con alti valori per entrambi gli indicatori, alle Regioni del Sud, che evidenziano valori molto più bassi (cfr. anche De Pietro 2006, p. 572).

L'ultimo indicatore, «Infermieri / Supporto», mostra una variabilità interregionale ancora più accentuata. Tale dato è tuttavia da guardare con molta prudenza a ragione delle politiche regionali messe in atto relativamente al nume-

ro e ai percorsi formativi per il personale di supporto e, soprattutto, del diverso possibile ricorso a personale esternalizzato, non ricompreso nella nostra analisi.

7.3.2 La composizione organizzativa

Una seconda accezione del concetto di composizione riguarda le scelte delle aziende rispetto alla propria struttura di responsabilità. In altre parole si tratta di guardare come le aziende del SSN hanno inteso utilizzare le strutture dirigenziali semplici e complesse, le posizioni organizzative e i coordinamenti per il personale del comparto, ecc.

Tabella.7.2 **Composizione organizzativa, FTE 2006**

Regione	(Dirigenti UOS+UOC) / (Tot. Dirigenti)
Piemonte	0,27
Valle d'Aosta	0,21
Lombardia	0,27
Bolzano	0,35
Trento	0,37
Veneto	0,32
Friuli Venezia Giulia	0,21
Liguria	0,26
Emilia Romagna	0,21
Toscana	0,21
Umbria	0,36
Marche	0,29
Lazio	0,27
Abruzzo	0,30
Campania	0,29
Puglia	0,32
Basilicata	0,33
Sicilia	0,27
Sardegna	0,25
ITALIA	0,27

A differenza della composizione professionale, che rinvia a responsabilità e scelte della regolamentazione nazionale o, in minor misura, regionale, la composizione organizzativa è frutto di scelte fondamentalmente aziendali, all'interno di regole stabilite dal CCNL e poi ulteriormente specificate – con diversa intensità – dalle Regioni.

In tal senso, per le loro implicazioni organizzative ed economiche, le scelte più importanti sono quelle rispetto al numero di strutture dirigenziali individuate sull'organigramma aziendale. In particolare, un primo indicatore utile per l'analisi della composizione organizzativa è dato dal rapporto tra dirigenti incaricati di responsabilità di struttura (semplice e complessa) e totale dei dirigenti. La Tabella.7.2 mostra i dati medi per Regione.

Ancora una volta l'analisi mostra differenze importanti tra le medie regionali, che vanno da situazioni dove un dirigente su cinque ha un incarico di struttura, fino a situazioni dove tali incarichi gestionali riguardano più di un dirigente su tre. Ciò è frutto di culture organizzative e di scelte aziendali e regionali evidentemente assai diverse. Una ragione delle differenze rilevate potrebbe riguardare l'interpretazione e l'utilizzo delle strutture semplici, in molti contesti usate per disegnare e gestire carriere anche propriamente professionali, anziché gestionali (cfr. Del Vecchio e De Pietro 2002, pp. 564-568).

7.3.3 Le retribuzioni SSN: livello e composizione

Prima di guardare ai risultati regionali, sembra utile presentare alcuni risultati medi italiani. La Tabella 7.3 riporta, per ciascuna delle quindici figure professionali da noi individuate, il numero di persone *full time equivalent* impiegate in media nel 2006¹² e le retribuzioni medie lorde 2006 per FTE¹³, distinguendo tra importi complessivi delle voci stipendiali e delle voci accessorie.

Le voci stipendiali comprendono stipendio, tredicesima, recuperi, arretrati anni precedenti (che sono però esclusi dalla nostra analisi), R.I.A. Le voci accessorie sono state raggruppate nelle seguenti classi:

- ESCL = Indennità di esclusività;
- ISMV = Indennità di specificità medico-veterinaria;

¹² Si ricorda che l'analisi è svolta escludendo Molise, Calabria, un'azienda del Friuli-Venezia Giulia, agenzie sanitarie regionali, ARPA, istituti zoo-profilattici, AGENAS, enti di ricerca, Aziende di servizi alla persona.

¹³ Si ricorda che le retribuzioni non tengono conto di arretrati anni precedenti e proventi da libera professione intramuraria.

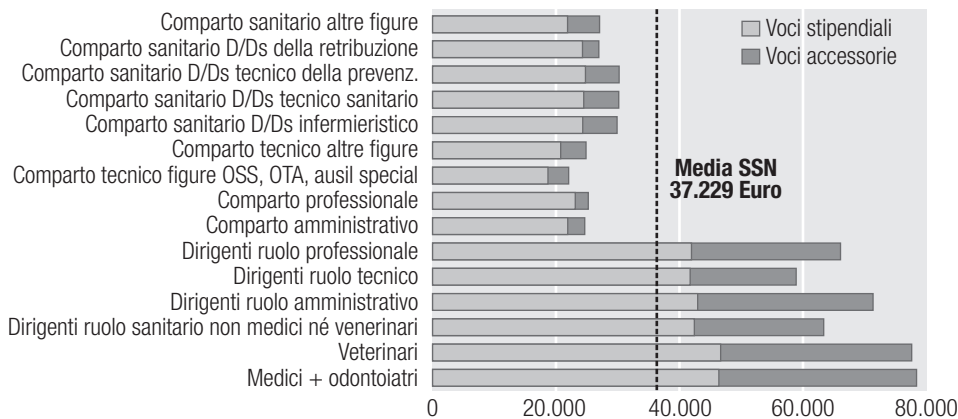
Tabella 7.3 **Retribuzioni medie lorde, FTE 2006**

	<i>FTE</i>	<i>Voci stipendiali</i>	<i>Voci accessorie</i>	<i>Retribuzione media</i>
Medici + odontoiatri	100.458	46.366	31.771	78.137
Veterinari	4.901	46.562	30.806	77.368
Dirigenti ruolo sanitario non medici né veterinari	12.818	42.133	21.172	63.304
Dirigenti ruolo amministrativo	2.521	42.882	28.269	71.151
Dirigenti ruolo tecnico	961	41.590	17.057	58.647
Dirigenti ruolo professionale	1.153	41.794	23.893	65.686
Comparto amministrativo	66.913	21.836	2.574	24.410
Comparto professionale	355	23.114	1.843	24.957
Comparto tecnico figure OSS, OTA, ausil special	61.327	18.524	3.266	21.791
Comparto tecnico altre figure	49.373	20.584	4.076	24.660
Comparto sanitario D/Ds infermieristico	224.940	24.154	5.537	29.691
Comparto sanitario D/Ds tecnico sanitario	31.140	24.491	5.640	30.131
Comparto sanitario D/Ds tecnico della prevenz	9.130	24.773	5.318	30.091
Comparto sanitario D/Ds della riabilitazione	16.634	24.260	2.496	26.756
Comparto sanitario altre figure	18.551	21.788	4.988	26.776

Nota: Non comprendono arretrati anni passati e ricavi da libera professione intramuraria

- CPS = Indennità di coordinamento, posizione e struttura («Ind Direz. Strutt. Comp.», «Indennità di coordinamento» e «Retribuzione di posizione»);
- RP = Retribuzione di risultato e produttività («Compensi produttività» e «Retribuzione di risultato»);
- STRA = Straordinario;
- AI = Altre indennità («Pronta disponibilità», «Altri compensi per particolari condizioni di lavoro», «Compensi per turni di guardia notturna», altre indennità).

In media, ciò significa che lo stipendio lordo 2006 per FTE SSN è stato di 37.229 euro, al netto di arretrati anni precedenti e proventi da libera professione intramuraria. La Figura 7.4 permette di apprezzare la differenza retributiva marcata tra personale con qualifica dirigenziale e personale delle categorie (è interessante anche notare come, allo stesso tempo, le differenze all'interno del comparto e all'interno della dirigenza siano modeste). Essa inoltre evidenzia il diverso peso

Figura 7.4 **Retribuzioni medie lorde, FTE 2006**

Nota: Non comprendono arretrati anni passati e ricavi da libera professione intramuraria

delle voci accessorie sulla retribuzione media complessiva delle singole figure professionali.

Infine, sempre con riguardo ai risultati medi italiani, la Figura 7.5 e la Figura 7.6 illustrano la composizione delle voci accessorie per ciascuna delle 15 figure professionali (si noti che l'asse verticale riporta le percentuali delle varie voci e non gli importi assoluti delle stesse). Come prevedibile, le diverse voci accessorie assumono rilevanza assai diversa per le diverse figure. In particolare, le voci accessorie del personale dirigente del ruolo sanitario sono dominate dalle indenni-

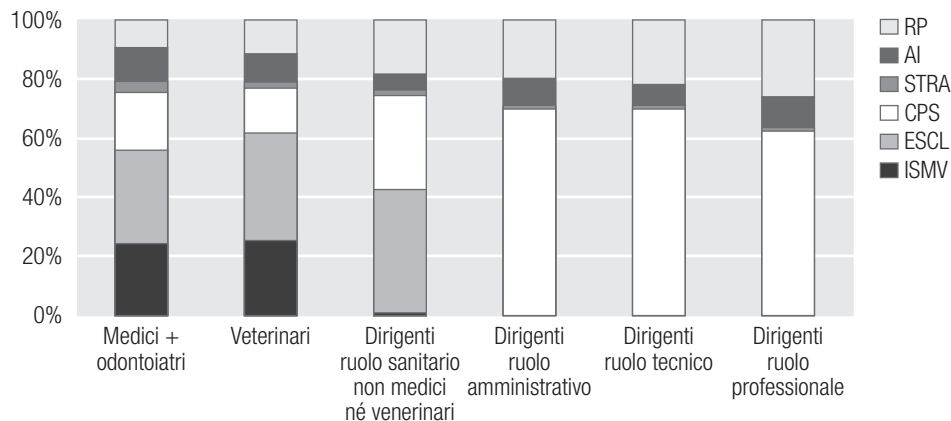
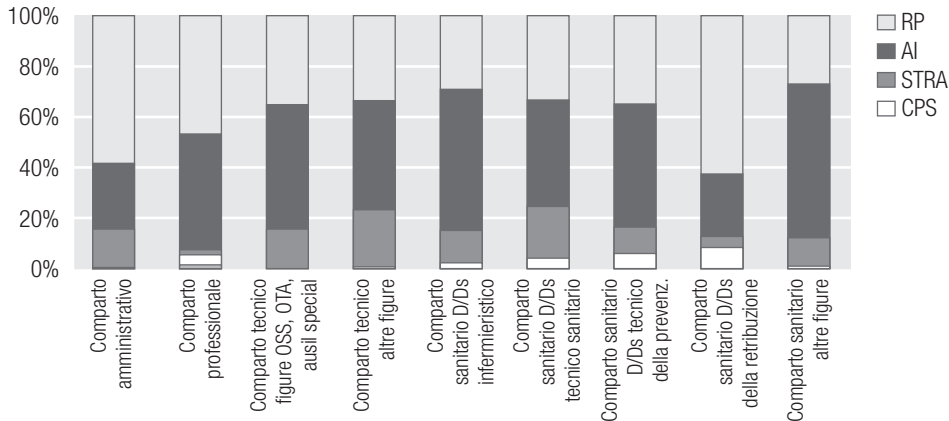
Figura 7.5 **Composizione percentuale delle voci accessorie per la dirigenza, 2006**

Figura 7.6 **Composizione percentuale delle voci accessorie per il comparto, 2006**

tà di specificità medico-veterinaria (ISMV) e di esclusività (ESC). Le voci accessorie dei dirigenti dei ruoli PTA sono invece dominate dalle indennità di posizione (dentro la CPS). Guardando infine al personale del comparto, le voci principali riguardano le indennità di turno, di reperibilità, ecc. (AI), insieme alla retribuzione di prestazione (RP).

Più in generale, gli importi medi delle voci accessorie e la loro composizione mettono in evidenza come tali voci in sanità siano parte importante delle retribuzioni totali. Le principali ragioni sembrano essere tre:

- la professionalità elevata e differenziata degli operatori del settore sanitario, che nel tempo ha originato trattamenti e indennità specifici riconosciuti dalla contrattazione (ESCL e ISMV nella nostra analisi);
- l'erogazione di servizi sulle 24 ore, con la necessità di organizzare turni, reperibilità, guardie, ecc., a loro volta associati a specifiche voci retributive accessorie (AI);
- un impianto contrattuale che, dopo la riforma del pubblico impiego (d.lgs. 29/1993) e la prima tornata di contrattazione che ne è seguita, ha dato rilevanza agli istituti della valutazione e delle posizioni e quindi alle voci retributive accessorie ad essi collegate (CPS e RP).

7.3.4 Le retribuzioni a livello regionale

I livelli retributivi sono stabiliti in larga parte dai CCNL. A ciò si aggiungono eventuali «risorse aggiuntive regionali», diverse tra Regione e Regione. Il panorama è comunque sostanzialmente determinato dal livello nazionale. Ciò nonostante, la

storia delle singole aziende, la dinamica dei loro organici e alcune scelte fatte in passato determinano delle differenze nella consistenza dei fondi che incidono sulle retribuzioni medie. Allo stesso modo le aziende – eventualmente all'interno di modelli e controlli definiti dalle Regioni – godono di ampi margini di manovra circa le scelte di organizzazione e l'utilizzo di alcuni istituti contrattuali. La Tabella 7.4 mostra gli scostamenti delle retribuzioni lorde medie regionali 2006 rispetto alle medie nazionali di ciascuna figura, al netto degli arretrati anni precedenti, dei proventi da libera professione intramuraria, e con le altre limitazioni dette al § 7.2.

Alcune Regioni mostrano retribuzioni medie sistematicamente superiori a quelle nazionali (è il caso di Piemonte e Valle d'Aosta). Il Friuli-Venezia Giulia mostra invece retribuzioni sistematicamente inferiori¹⁴. In altri casi ci sono situazioni differenziate tra personale dirigente e del comparto (è il caso della Campania, che mostra retribuzioni minori di quelle nazionali per i dirigenti e maggiori per il comparto, con l'unica eccezione della figura residuale «comparto sanitario altre figure»). In generale però, come prevedibile, gran parte delle Regioni mostra situazioni miste, con scostamenti di segno positivo e negativo rispetto alle medie nazionali per le diverse figure.

7.3.5 L'analisi di posizionamento

Come anticipato nel § 7.1.2, è possibile trovare una sintesi delle analisi di composizione e retribuzione regionali in un posizionamento che, per ciascuna Regione, evidenzia l'impatto economico delle differenze rispetto alle medie nazionali per ciascuna figura. In particolare definiamo:

- ▶ «effetto composizione» il potenziale risparmio (anche negativo) che ciascuna Regione conseguirebbe rispetto alla spesa per il personale, se mantenesse le proprie retribuzioni medie regionali, ma adottasse la composizione professionale media nazionale;
- ▶ «effetto retribuzioni» il potenziale risparmio che ciascuna Regione conseguirebbe rispetto alla spesa per il personale, se mantenesse la propria composizione professionale regionale, ma adottasse le retribuzioni medie nazionali per ciascuna figura professionale;
- ▶ «effetto totale» la somma dei due effetti precedenti, pari dunque al potenziale risparmio che ciascuna Regione conseguirebbe rispetto alla spesa per il personale, se adottasse sia la composizione professionale media nazionale, sia le retribuzioni medie nazionali per ciascuna figura professionale¹⁵.

¹⁴ Per questa Regione, come già osservato, dai dati disponibili manca un ospedale, il che potrebbe avere influenzato i risultati complessivi.

¹⁵ La somma algebrica, sebbene non sia corretta dal punto di vista matematico, costituisce una buona approssimazione e quindi utilizzabile ai nostri fini.

Tabella 7.4 Scostamenti delle retribuzioni regionali medie lorde rispetto a quelle nazionali, FTE 2006

	PIE	VdA	LOM	BZ	TN	VEN	F-VG	LIG	E-R	TOS	UMB	MAR	LAZ	ABR	CAM	PUG	BAS	SIC	SAR
Medici + odontoiatri	6%	9%	3%	46%	18%	4%	-1%	-4%	2%	-5%	-1%	3%	-7%	-3%	-3%	-1%	7%	-2%	-4%
Veterinari	1%	9%	5%	30%	18%	8%	-3%	3%	0%	-2%	2%	4%	-10%	-4%	-6%	-1%	3%	0%	-4%
Dirigenti ruolo sanitario non medici né veterinari	14%	16%	4%	4%	11%	9%	-3%	5%	-1%	0%	0%	1%	-5%	-5%	-5%	-3%	-2%	-5%	-18%
Dirigenti ruolo amministrativo	9%	20%	16%	-25%	23%	7%	-18%	2%	-13%	0%	6%	8%	-4%	-9%	-10%	5%	-8%	-2%	-12%
Dirigenti ruolo tecnico	19%	18%	15%	-14%	-2%	12%	-10%	18%	0%	11%	-2%	5%	-6%	-19%	-7%	-5%	-13%	-7%	-15%
Dirigenti ruolo professionale	20%	18%	3%	-12%	5%	14%	-9%	5%	-7%	-3%	-3%	-1%	-2%	-13%	-8%	18%	-8%	-2%	-19%
Comparto amministrativo	3%	5%	0%	-17%	-3%	1%	-5%	-4%	2%	4%	8%	-2%	-3%	-7%	4%	-2%	-2%	0%	-10%
Comparto professionale	6%	12%	5%	9%	-7%	-5%	-3%	-10%	-20%	5%	-9%	-8%	-2%	-4%	9%	-2%	-7%	3%	-7%
Comparto tecnico figure OSS, OTA, ausil special	3%	3%	1%	-23%	2%	-2%	-3%	-3%	1%	0%	0%	-4%	2%	-8%	11%	-2%	-5%	-1%	-8%
Comparto tecnico altre figure	3%	7%	-1%	-11%	-1%	-2%	-3%	-3%	-6%	-2%	1%	-3%	7%	-5%	13%	1%	-3%	3%	-8%
Comparto sanitario D/Ds infermieristico	4%	10%	1%	-4%	3%	-1%	-4%	-4%	-1%	-2%	2%	-3%	-1%	-7%	8%	-3%	-2%	3%	-7%
Comparto sanitario D/Ds tecnico sanitario	5%	7%	-1%	0%	4%	0%	-4%	-4%	-2%	2%	1%	-4%	1%	-4%	7%	-2%	4%	-1%	-9%
Comparto sanitario D/Ds tecnico della prevenz	3%	10%	0%	-5%	-2%	0%	-5%	0%	-1%	4%	3%	-1%	-1%	-10%	9%	-3%	-5%	-1%	-10%
Comparto sanitario D/Ds della riabilitazione	4%	8%	2%	-8%	1%	-1%	-4%	-3%	0%	5%	0%	-1%	-4%	-7%	4%	-1%	-6%	-2%	-7%
Comparto sanitario altre figure	3%	7%	0%	-11%	15%	0%	-4%	-3%	0%	1%	-9%	-3%	1%	-6%	2%	-4%	1%	6%	-9%

Nota: Non comprendono arretrati anni passati e ricavi da libera professione intramuraria.

Tali effetti possono essere calcolati sia in termini percentuali rispetto alla spesa complessiva del personale, come fa la Tabella 7.5 riferita all'anno 2006, sia in termini assoluti.

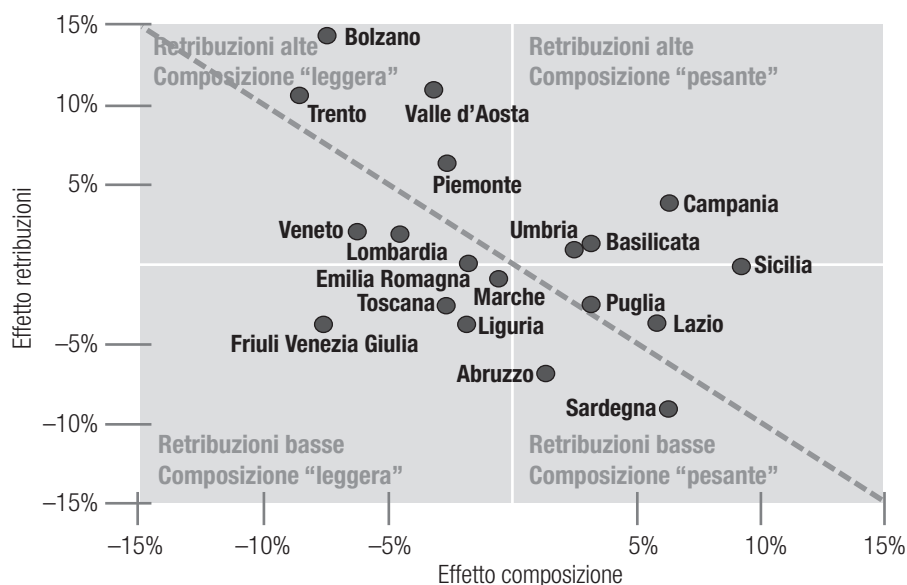
I valori percentuali ci permettono infine di posizionare le Regioni sulla matrice di Figura 7.7¹⁶. Nonostante il quadro appaia assai variegato, è possibile tentare qualche prima osservazione. Un primo aspetto da evidenziare è che gran parte delle Regioni del Nord si posizionano nel quadrante in alto a sinistra, in cui retri-

Tabella 7.5 **L'impatto economico della composizione professionale e delle retribuzioni nelle Regioni come percentuale della spesa per il personale, 2006**

Regione	Effetto composizione	Effetto retribuzioni	Effetto totale
Piemonte	-2,1%	5,0%	3,0%
Valle d'Aosta	-2,5%	8,9%	6,4%
Lombardia	-3,5%	1,7%	-1,8%
Prov. Bolzano	-6,1%	11,7%	5,6%
Prov. Trento	-6,8%	8,5%	1,8%
Veneto	-5,0%	1,7%	-3,3%
Friuli Venezia Giulia	-6,1%	-3,1%	-9,2%
Liguria	-1,4%	-3,1%	-4,5%
Emilia Romagna	-1,4%	0,0%	-1,4%
Toscana	-2,1%	-2,1%	-4,2%
Umbria	2,0%	0,8%	3,0%
Marche	-0,3%	0,0%	-0,3%
Lazio	4,7%	-3,0%	1,7%
Abruzzo	1,3%	-5,5%	-4,2%
Campania	5,0%	3,1%	8,1%
Puglia	2,5%	-1,9%	0,6%
Basilicata	2,7%	1,0%	3,7%
Sicilia	7,4%	-0,1%	7,3%
Sardegna	5,1%	-7,1%	-2,0%

¹⁶ Il posizionamento è in termini percentuali – e non assoluti – rispetto alla spesa per il personale di ciascuna Regione. Ciò significa ad esempio che se una Regione ha il doppio dei FTE di un'altra, ma composizione professionale e retribuzioni medie uguali, la loro posizione sulla matrice è identica.

Figura 7.7 **Posizionamento delle Regioni rispetto all'«effetto composizione» e all'«effetto retribuzioni», 2006**



buzioni medie più alte di quelle nazionali sono almeno in parte compensate da composizioni professionali meno onerose. Un secondo aspetto messo in luce dall'analisi è il posizionamento assai variabile delle Regioni oggetto di «piani di rientro» sulla Figura, il che mette in evidenza come le risposte di controllo della spesa non possano che essere differenziate.

7.4 Possibili approfondimenti

Le analisi condotte finora hanno permesso di fotografare due dimensioni molto importanti del fattore produttivo «personale» all'interno delle aziende sanitarie italiane (Cocco 2001).

Il monitoraggio dei *trend* di presenza del fattore «uomo» nei processi di lavoro, tuttavia, richiede anche un'analisi dei modelli organizzativi nei quali le persone sono inserite, nonché un'osservazione di alcune scelte di politica aziendale in merito alle leve di gestione del personale e, quindi, anche di applicazioni contrattuali (Profili 2004).

Non si tratta in questo caso di attivare solo azioni di contenimento del costo, ma di impostare azioni di miglioramento per osservare la dinamica del fenomeno e, soprattutto, per consentire una gestione più equa delle risorse economiche

messe a disposizione dalle aziende per remunerare il lavoro di chi presta la sua opera nel sistema sanitario.

La fonte principale da cui attingere i dati è sicuramente il Conto Annuale che, nelle sue tabelle, fornisce uno spaccato molto interessante delle variabili che influenzano il dato finale. L'analisi di molte tabelle (per esempio la tabella T1E che indica le fasce retributive per il personale non dirigente, la tabella T13 che riporta le indennità e i compensi accessori per il personale in servizio) può essere maggiormente esplicativa se incrociata con ulteriori informazioni, la cui fonte si trova nelle aziende sanitarie stesse, che rappresentano il frutto di scelte aziendali o di indicazioni regionali e che, sia in un caso che nell'altro, testimoniano l'importanza del tema per il livello decisionale (cfr. Filannino 1996).

La scelta dei ricercatori CERGAS è stata perciò quella di indicare ulteriori aree di approfondimento che, al di là del mero dato economico, possano aiutare a comprendere le cause di contrazioni o incrementi del dato complessivo (sia quantitativo – in termini di teste o ore uomo – sia di spesa) e le leve organizzative da tenere sotto controllo per gestire tale fattore produttivo.

Da ultimo però una precisazione è doverosa: controllare il costo del personale in sanità, e in ogni sistema organizzativo, potrebbe essere molto semplice nella misura in cui il divieto assoluto di assumere e/o di inserire a vario titolo nuove persone determina una riduzione delle somme destinate a remunerare il lavoro quotidiano e i risultati produttivi del personale. Controllare l'impiego della risorsa umana in aziende di servizi, però, vuole dire spostare l'attenzione anche ad altri fenomeni che possono non influire direttamente sui costi, ma che generano sinergie e circoli virtuosi a livello complessivo. L'analisi delle variabili che sono da qui in poi citate è da intendersi come la possibilità di comprendere i fattori che influenzano un corretto impiego della risorsa umana e gli elementi che possono creare benessere organizzativo agendo non direttamente sui costi, ma sul rapporto produttività/costi o sulla motivazione percepita all'interno di ospedali e servizi territoriali (Filannino 2006).

7.4.1 Contrattazione integrativa

Lo studio e il confronto delle modalità di applicazione del Contratto integrativo aziendale (CIA) è un tema importante se si vuole affrontare il nodo degli strumenti operativi a supporto delle politiche di gestione delle risorse umane. Il contratto è l'ambito nel quale vengono delineate le politiche e le azioni aziendali in tema di risorse umane ed è il presupposto rispetto al quale cercare in azienda gli strumenti operativi che gestiscono i principi in esso dichiarati (Filannino 2002a).

Pur non esistendo uno spazio regionale in tema di contrattazione collettiva, l'articolo 9 dei CCNL 2002–2005 della dirigenza (dedicato al «Coordina-

mento regionale») introduce un livello di confronto regionale nelle seguenti materie¹⁷:

- ▶ utilizzo delle risorse economiche regionali;
- ▶ formazione manageriale e formazione continua;
- ▶ utilizzo delle quote dei minori oneri da riduzione organici;
- ▶ modalità di incremento dei fondi in caso di aumento di organico;
- ▶ criteri generali per introdurre sistemi e meccanismi di valutazione dei dirigenti;
- ▶ criteri di sviluppo di standard per l'individuazione dei volumi prestazionali;
- ▶ criteri generali per la razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza;
- ▶ criteri per la mobilità del personale in caso di eccedenza dei dirigenti nei processi di ristrutturazione aziendale;
- ▶ criteri generali per garantire che la libera professione sia modulata in modo coerente all'andamento delle liste di attesa.

Questo cambiamento nel sistema generale introduce un ulteriore livello di ricerca e di *benchmark* oltre a quello che riguarda gli ambiti di lavoro della singola azienda, ovvero quello regionale relativamente all'applicazione prima e alle scelte poi in merito all'articolo 9.

Su questo fronte si tratta di comprendere quanto e come le Regioni hanno deciso di «occupare» costruttivamente uno spazio previsto per lo svolgimento dei rapporti con le organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL, metodologia che valorizza il sistema partecipativo cui è improntato il modello delle relazioni sindacali nella riforma del pubblico impiego, concependolo come sostegno per orientare le aziende sui temi di politica aziendale (Filannino 2002b).

I possibili indirizzi emanati dal Coordinamento regionale come previsto dall'articolo 9 si rivolgono a temi di programmazione di notevole spessore e sono quindi fondamentali laddove esista, o si voglia generare, un'identità regionale forte, in questo caso su aspetti di vitale importanza per il buon funzionamento delle aziende sanitarie, che si riflettono sia sulla dinamica dei costi del personale, sia sul clima organizzativo interno.

Quanto al secondo fronte, quello delle aziende, l'esame dei contratti integrativi aziendali è lo spunto per entrare maggiormente nel merito delle scelte operative di strutture ospedaliere e territoriali, specialmente in relazione ai criteri pensati per la distribuzione della quota variabile dello stipendio. In particolare, gli

¹⁷ Il comma 1 recita: «... le Regioni, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente contratto, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso, possono emanare linee generali di indirizzo...». Un'indicazione simile – sebbene priva di termini temporali – si ritrova all'art. 7 c. 1 del CCNL del comparto.

approfondimenti potrebbero riguardare la costruzione di indicatori utili a monitorare i seguenti temi:

- *Le tipologie di rapporto di lavoro* che esistono nelle strutture sanitarie e che spesso sono, oggi, forme alternative di inserimento stabile nell'organico lavorativo.
- *La dimensione dei fondi per la produttività individuale e collettiva* previsti per le macrocategorie: medici, dirigenti non medici, personale non dirigente. L'importo del fondo per la contrattazione integrativa è la somma immediatamente destinabile alle politiche del personale e al finanziamento delle azioni da intraprendere in tema di valorizzazione del raggiungimento dei risultati, delle responsabilità assegnate e agite e del livello di professionalità maturato (Cortellazzi e Pais 2001). Le somme previste nel fondo devono essere obbligatoriamente utilizzate per «pagare» le scelte fatte in tema di risorse umane; interessante è però comprendere quanto le somme destinate coprono le scelte organizzative adottate, alcune delle quali interpretazione del pensiero strategico della Direzione Generale, come il numero delle strutture complesse, delle strutture dipartimentali, delle strutture semplici, il numero di incarichi di alta professionalità, la tipologia degli altri incarichi professionali. Inoltre le diverse capienze dei fondi destinati al personale (dirigenza medica, dirigenza SPTA non medica, comparto), che per ragioni storiche sono molto diverse, generano forti sperequazioni tra le persone nel momento in cui gli operatori di un'*équipe* multidisciplinare composta da persone tutte orientate al medesimo obiettivo percepiscono, al raggiungimento dello stesso, importi diversi non per un diverso contributo al lavoro (migliore o peggiore), ma per una diversa disponibilità economica di partenza correlata al profilo giuridico del professionista (medico, psicologo, amministrativo, infermiere, ecc.).
- *Gli incarichi dirigenziali e le posizioni organizzative*. Analizzare le tipologie e la numerosità di incarichi attribuiti ai dirigenti e la rilevanza numerica ed economica delle posizioni organizzative significa non solo osservare il costo di questo fenomeno, ma soprattutto capire la cultura organizzativa e le conseguenti scelte che stanno alla base dei modelli organizzativi delle aziende. Si è assistito negli anni ad un proliferare di unità operative negli organigrammi di ospedali e ASL, conseguenza dell'idea e della prassi, secondo la quale la meritocrazia e la capacità professionale potessero essere valorizzate e riconosciute solo mediante l'attribuzione di incarichi di natura gestionale. Ma creare strutture organizzative significa, da un lato, appesantire l'intera organizzazione, creando responsabilità manageriali anche dove non servono e dotando ogni nuova struttura delle risorse umane e tecnologiche che la definiscono come tale; dall'altro lato, rinnegare il principio che il valore professionale deve emergere mediante la valorizzazione formale ed economica del singolo e non mol-

tiplicando i centri decisionali di natura organizzativa (Filannino et al. 2007). Analogamente, le posizioni organizzative sono per il comparto l'equivalente degli incarichi, cioè rappresentano una responsabilità organizzativa o tecnico-specialistica formalizzata che necessita una figura altamente preparata che ne presidi i contenuti ed il raggiungimento degli obiettivi. Dal momento che il finanziamento delle indennità di posizione organizzativa è compreso nello stesso fondo contrattuale del finanziamento delle fasce economiche delle progressioni orizzontali destinare quote economiche all'istituto contrattuale delle posizioni organizzative vuole dire stanziare meno risorse per le progressioni orizzontali. È dunque evidente che la scelta non può essere che guidata da un'attenta analisi del fabbisogno organizzativo in termini di valutazione dei processi di lavoro sanitari e amministrativi e di rilevazione del «chi fa che cosa» per il buon funzionamento del sistema organizzativo. Accanto perciò alla dimensione economica di incarichi e posizioni gestionali e professionali, che già fornisce uno spaccato del problema e dell'eterogeneità tra Regioni e nelle Regioni, soprattutto se finanziate anche con importi extra fondo a carico del bilancio aziendale, la motivazione organizzativa, documentata per esempio nel Piano di organizzazione o nell'Atto costitutivo aziendale, consente valutazioni di merito decisamente importanti (Bandini, Filannino e Zangrandi 1999).

- *La progressione orizzontale: le fasce contrattuali del comparto.* La scelta fatta dal legislatore con l'introduzione delle fasce economiche nel contratto del comparto 1998-2001 era stata quella di creare un percorso di sviluppo professionale anche per il personale non dirigente, che vedesse appunto, nel passaggio tra le fasce della categoria, il riconoscimento di capacità professionali sempre più mature in coerenza al ruolo esercitato e a quanto chiesto dall'organizzazione aziendale. Un'analisi della distribuzione del personale nelle categorie e nelle fasce potrebbe illustrare se e come questa politica di sviluppo è stata condotta; se il progredire nelle categorie è un atto dovuto con il passare del tempo e con la disponibilità economica sul fondo contrattuale oppure se si basa sul sistema permanente di valutazione individuale; se l'istituto contrattuale è applicato con coerenza tra i diversi ruoli del personale (sanitario, professionale, tecnico e amministrativo). Analizzare come si applicano operativamente questi aspetti per il personale sanitario e per il personale amministrativo può anche servire a capire se esistono, in sanità, delle differenze nell'approccio alla gestione del personale tra queste due anime che convivono nelle aziende senza, magari, realmente integrarsi.

7.4.2 Composizione professionale delle strutture di ricovero

Un secondo approfondimento del lavoro di ricerca può essere rivolto alla relazione tra la dotazione organica e la reale composizione professionale delle *équipe* di lavoro, non solo per finalità di contenimento del costo del personale,

quanto per rispondere a quesiti che riguardano la sostituibilità dei professionisti nell'ambito dei processi di lavoro comparati ai livelli di qualità dei risultati attesi.

Accanto, quindi, a quanto rilevato nel paragrafo 7.3.5 in tema di maggiori o minori costi del personale come media regionale per composizioni professionali più pesanti o più leggere, l'analisi dovrebbe:

- spostare l'attenzione dal livello regionale a quello aziendale, in particolar modo alle strutture di ricovero;
- agganciare il *trend* aziendale in termini di composizione e costi ai risultati prodotti dalle strutture di ricovero stesse.

Anche in questo caso, base dati indispensabile è il Conto Annuale (presenza del personale a tempo determinato o indeterminato), da confrontare con i dati di produzione ospedaliera. In particolar modo l'osservazione sui fenomeni aziendali potrebbe essere ancora più mirata e approfondita non vertendo soltanto sui livelli di produzione rispetto alla composizione professionale delle *équipe* sanitarie, ma anche studiando alcuni modelli organizzativi ospedalieri che si contraddistinguono per innovatività (per esempio modelli organizzativi basati sul principio della diversa intensità assistenziale dei pazienti) e per la diversa attribuzione di responsabilità e compiti nel gruppo. Si tratta quindi di capire come l'evoluzione dei percorsi formativi e delle responsabilità professionali di alcuni gruppi di professionisti ospedalieri possono generare, a parità di risultati attesi, nuovi modelli di erogazione dell'assistenza, nuovi ruoli e responsabilità pur a fronte di minori costi del personale, per lo meno a livello di «tabellare».

Sempre sul fronte delle composizioni degli organici, si potrebbe infine indagare:

- la relazione tra età anagrafica ed anzianità di servizio, per riflettere sulle evoluzioni e sulle nuove caratteristiche che dovranno assumere tra qualche anno le strutture d'offerta di servizi sanitari a fronte di una significativa uscita di professionisti dal sistema per raggiunta età pensionabile. Uno dei pensieri dominanti nella pubblica amministrazione è che l'età anagrafica sia direttamente correlata all'anzianità di servizio, ovvero che il trascorrere del tempo generi quella professionalità necessaria per progredire nel sistema, che invece necessita di risultati professionali misurabili e misurati dall'organizzazione. Se questa considerazione molto generale, che ovviamente non vale in assoluto, è riscontrabile anche in sanità, ci dovrebbe essere una maggior possibilità di impostare per il futuro percorsi di sviluppo professionale più incisivi per *équipe* con età media inferiore alle attuali;
- il livello di presenza qualificata delle donne in qualità di lavoratrici del SSN (professione prevalente, direzioni di dipartimento e strutture complesse attri-

buite, incarichi professionali di elevata professionalità riconosciuti, remunerazione raggiunta).

7.4.3 Turn over e assenze del personale

Il flusso in entrata e in uscita del personale dal sistema di offerta è una leva importante da governare per garantire il funzionamento dei servizi sanitari.

A questo proposito lo studio approfondito sia a livello regionale che di singola azienda delle cause che determinano la mobilità in entrata (assunzioni) e la mobilità in uscita (cessazioni) illustra le determinanti del costo del personale che, unitamente ai piani di assunzione redatti annualmente e subordinati ad autorizzazione regionale, alimentano i modelli organizzativi ed il mix di professionalità ritenute indispensabili per l'attività istituzionale.

In quest'area possono essere inseriti anche i dati di assenza del personale con le diverse causali (per esempio ferie, assenze per malattia retribuita, altre assenze retribuite e non retribuite, assenze per legge 104/92, assenze per maternità e paternità, congedi parentali, assenze per sciopero¹⁸) e il dato riguardante il tempo parziale che, per quanto diritto del lavoratore, può incidere pesantemente sulla funzionalità delle unità operative e sul fabbisogno di personale ad integrazione delle risorse mancanti.

7.5 Conclusioni

1. L'analisi di posizionamento, pur con alcuni limiti evidenziati, mette in luce alcuni aspetti qualitativi importanti, tra i quali le ampie differenze nella composizione professionale e nella composizione organizzativa degli organici regionali.

La composizione professionale reale che si riscontra nei SSR è più varia di quanto farebbe prevedere una regolamentazione professionale assai attenta a definire monopoli legali sui diversi ambiti di attività e dotazioni minime di personale richieste dai sistemi di autorizzazione e accreditamento. Ciò a sua volta implica che:

- la programmazione dei fabbisogni (in primo luogo nella definizione dei numeri chiusi dei corsi di laurea e delle scuole di specialità ma anche, per alcune professioni, nella gestione degli esami di Stato) dovrebbe interrogarsi su tali differenze per prendere decisioni coerenti non solo rispetto ai profili professionali teorici (cioè a cosa ci si aspetta che ciascun profilo faccia), ma anche alle esperienze concrete sviluppate nel sistema (cioè alle composizioni reali degli organici delle aziende). La variabilità della composizione professionale ri-

¹⁸ Un inquadramento del tema delle assenze è in Costa et al. (2007, pp. 135-138).

levata negli organici dei diversi SSR è infatti segno di una fungibilità tra professioni certamente più elevata di quella ipotizzata dalla regolamentazione del sistema professionale. Ciò, a sua volta, induce a interrogarsi se, a sostanziale parità di responsabilità che possono assumere due professioni diverse, ma parimenti utilizzate nel processo di lavoro, i fabbisogni teorici di personale stabiliti dalla programmazione sono ancora realistici o non possono invece essere modificati con la presenza di altre professioni il cui costo orario è minore (cfr. Filannino 1996);

- ancora più urgente sembra una revisione delle tendenze alla proliferazione di professioni sanitarie tutte dotate di monopoli legali che in via teorica sono reciprocamente esclusivi, per tendere invece a una regolamentazione che riduca il numero di professioni operanti nel sistema e limiti gli ambiti dei monopoli legali a quelli che l'esperienza concreta ha mostrato essere ambiti esclusivi di esercizio di una certa professione (De Pietro 2005, pp.74-77).

Passando a considerare la composizione organizzativa, anch'essa – come prevedibile – è assai varia tra le Regioni, costituendo un fondamentale ambito di autonomia gestionale delle aziende. Ciò detto, a volte potrebbe essere utile un suo maggiore monitoraggio, soprattutto quando la funzionalità gestionale si dimostra molto debole (fino ai casi più gravi in cui c'è quasi l'esigenza di un «commissariamento»).

2. L'incidenza dell'effetto composizione e dell'effetto retribuzioni è relativamente limitata rispetto al costo complessivo del lavoro¹⁹. Ciò è vero anche quando si guardi alle Regioni con forte disavanzo e che si sono dotate di Piani di rientro. Gli scostamenti spiegati dai vari «effetti» rispetto alla spesa del personale complessiva, mostrano che una loro «gestione attiva» da parte delle Regioni, nell'ipotesi che ciò fosse politicamente e operativamente possibile, non permetterebbe in ogni caso di risanare i conti nel breve periodo. Inoltre, occorre tenere conto del fatto che tale aggiustamento trova limiti anche nei contratti collettivi di lavoro, che vincolano l'utilizzo di tali somme a interventi che devono andare comunque a beneficio dei dipendenti. Le eventuali quote non distribuite, infatti, possono essere rinviate all'esercizio futuro, al termine del quale devono però essere corrisposte al personale o, in accordo con le organizzazioni sindacali, utilizzate per iniziative rivolte ai dipendenti (attività formative o assunzioni).

3. Osservazioni importanti, anche apparentemente contraddittorie tra loro, sono possibili circa la rilevanza sostanziale delle voci accessorie dello stipendio:

¹⁹ In Figura 7.7 gli scostamenti percentuali delle singole Regioni sono tutti compresi all'interno del $\pm 8\%$, tranne che per le Regioni a statuto speciale di Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige.

- ▶ alcune di queste voci non sono realmente variabili, nel senso che non costituiscono leve retributive a disposizione dell'azienda (si pensi per esempio all'indennità di specificità medico-veterinaria);
- ▶ anche se non evidenziato dai dati presentati nel capitolo, è noto come la componente variabile delle retribuzioni spesso vari in modo sensibile tra le aziende. Ciò è spiegato soprattutto dalla storia aziendale (vecchie dotazioni organiche, andamento del *turn over* e passate decisioni di gestione) che determina i fondi disponibili oggi e che incide pesantemente sugli umori e sulla percezione di equità del sistema da parte degli operatori. Sicuramente un confronto di questi dati economici con i dati di produttività individuale può essere una valida verifica, non tanto del livello di adeguatezza delle risorse complessivamente destinate alla remunerazione dei lavoratori, quanto dell'equità organizzativa nel riconoscere chi effettivamente lavora e nel premiare chi raggiunge gli obiettivi aziendali anziché la mera anzianità o presenza in servizio;
- ▶ è importante che le aziende abbiano coscienza della composizione delle retribuzioni riconosciute ai propri professionisti e sappiano sfruttare gli spazi di autonomia riconosciuti loro dalle leggi e dai CCNL, più di quanto concretamente fatto nella più parte dei casi (si pensi alla gestione della progressione economica orizzontale). Troppe volte, infatti, un approccio di natura esclusivamente giuridico-amministrativa impedisce di considerare le retribuzioni e, più in generale, le politiche del personale nel loro insieme. Al contrario, spesso gli uffici amministrativi tendono ad analizzare e gestire la retribuzione istituito per istituto, senza una capacità soddisfacente di ricomporre il quadro dei rapporti tra contributi offerti dai professionisti e ricompense ricevute da parte dell'azienda per la quale lavorano. Nella realtà, l'innovazione anche sul fronte dell'applicazione della norma è fondamentale per le organizzazioni dove il capitale umano, esplicitando conoscenze e capacità, riesce a fornire buoni livelli di soddisfazione e soluzioni all'utenza/clientela mediante sia singole prestazioni che forme varie di servizio. La gestione della «conoscenza organizzativa» del personale assume pertanto un ruolo importante nelle scelte presenti e future dell'azienda e nella creazione di competenze distintive sostenibili nel tempo (Cappucci 1999). La conoscenza non solo costituisce la base dell'attuale vantaggio competitivo dell'azienda sanitaria, ma si configura come chiave dinamica di sviluppo del futuro: come tale occorre preservarla e garantirne il costante arricchimento e rinnovamento attraverso la condivisione, l'integrazione dell'agire tra i professionisti e tra i professionisti e il sistema organizzativo (Protasoni 2003).

4. Scelte improntate alla «giustizia organizzativa» e a buone politiche di gestione delle risorse umane incidono fortemente sulla costruzione di un buon clima organizzativo (D'Amato e Majer 2005). Fattori di clima come innovatività, dinami-

smo e sviluppo, *rewards* sono fortemente influenzati dalle politiche aziendali sulle persone in termini di sistemi di valutazione, di assegnazione di responsabilità, di equità nella definizione dell'ammontare di risorse economiche e nella loro distribuzione.

Monitorare il clima organizzativo e i fattori che lo determinano significa, di fatto, «sparigliare» le carte per osservare come modelli organizzativi, composizioni delle *équipes*, equità nei criteri di valorizzazione delle persone, quali elementi che definiscono il costo del personale, in realtà influenzino il livello di motivazione e il senso di appartenenza che i professionisti hanno verso la loro organizzazione.

I fattori che influenzano il costo del personale agiscono anche sul clima organizzativo e come tali devono essere attentamente curati e presidiati in quanto generatori di appartenenza al sistema lavorativo. L'azione del Ministero della Salute non può non vertere anche sulla conoscenza di questi aspetti.

Bibliografia

- Bandini F., Filannino C., Zangrandi A. (1999), «I nuovi ordinamenti professionali ed il nuovo contratto delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 29, pp. 73-78.
- Cappucci U. (a cura di) (1999), *Business, strategia e competenze. Un modello di gestione per lo sviluppo della competitività aziendale*, Milano, Guerini e Associati.
- Cocco G. (2001), *Valorizzare il capitale umano d'impresa*, Milano, Etas.
- Cortellazzi S., Pais I. (2001), *Il posto della competenza*, Milano, Franco Angeli.
- Costa E., De Pietro C., Quatrini A. (2007), «Monitoraggio delle assenze e carichi di lavoro nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia», *Mecosan*, 62, pp. 135-50.
- D'Amato A., Majer V. (2005), *Il vantaggio del clima. La ricerca del clima per lo sviluppo organizzativo*, Milano, Cortina.
- De Pietro C. (2002), «Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- De Pietro C. (2003), «Le retribuzioni nella sanità pubblica: una prima analisi quali-quantitativa in due aziende», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, Milano, McGraw-Hill.
- De Pietro C. (2006), «La carenza di infermieri: condizioni del mercato del lavoro e risposte di management», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.

- De Pietro C., Tereanu C. (2005), «Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del SSN: criticità e prospettive», *Mecosan*, 55, pp. 65-85.
- Del Vecchio M., De Pietro C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Filannino C. (1996), «La rilevazione dei costi diretti», in Casati G. (a cura di), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.
- Filannino C. (2002a), «Dirigenza e comparto: una rilettura del contratto nella prospettiva del knowledge management», *Mecosan*, 42, pp. 9-21.
- Filannino C. (2002b), «La valutazione del personale nelle aziende sanitarie: il caso della Regione Lombardia. Sviluppo di carriera e sistemi di valutazione professionale del personale dirigente», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Filannino C. (2006), «People Strategy: educazione continua in medicina in Regione Lombardia», *Mecosan*, 58, pp. 133-147.
- Filannino C. et al. (2007), «Sviluppo delle risorse umane: il governo dei dirigenti professionali», in Direzione Generale Assessorato alla Sanità – Regione Lombardia, *L'evoluzione del clinical management*, Milano.
- Profili S. (2004), *Il Knowledge Management. Approcci teorici e strumenti gestionali*, Milano, Franco Angeli.
- Protasoni R. (2003), *People Strategy. La nuova sfida per il management di successo*, Milano, Guerini e Associati.
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna, Il Mulino.

8 I nuovi accordi integrativi regionali con la Medicina Generale

di Davide Galli ed Emanuele Vendramini¹

8.1 Introduzione

Le diverse regioni hanno proceduto nel corso degli ultimi tre anni a rendere operativo il vigente Accordo Collettivo Nazionale (di seguito ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale mediante la stipula di Accordi Integrativi Regionali (di seguito AIR) approvati d'intesa con le maggiori sigle sindacali di settore. Tale ACN si è peraltro pienamente inserito nel nuovo assetto istituzionale delle autonomie conseguente alla L.C. 3/2001, che ha attribuito potestà legislativa concorrente alle Regioni in materia di tutela della salute, ponendo in essere di fatto le condizioni per attribuire alla contrattazione decentrata di secondo livello ampi margini d'intervento nell'individuazione degli obiettivi di salute e delle modalità organizzative ed operative per conseguirli.

Con il 2008 e la costituzione da parte di molte amministrazioni regionali di Comitati Permanenti di interazione con le OO.SS. di settore, può dirsi ormai più che avviato il processo di attuazione di quella riforma di sistema che l'ACN del 2005 ha cercato di implementare, spostando in maniera concreta il baricentro decisionale dal livello nazionale a quello regionale.

La ricerca condotta nel 2007 sugli 11 AIR siglati dalle parti entro due anni dall'approvazione dell'ACN, quindi in sostanza tra marzo 2005 e marzo 2007 (Galli e Vendramini 2007), già evidenziava un dato di fondo importante: l'attuarsi di una progressiva differenziazione regionale dei trattamenti e dei compensi spettanti ai Medici di Medicina Generale (di seguito MMG). Assumendo orizzonti temporali non sempre omogenei (talvolta biennali, altre volte triennali), distinguendo la dimensione economica da quella programmatica e normativa (così segnatamente il Veneto), attenendosi strettamente alle disposizioni dell'ACN fino a replicarle (Liguria) o innovando su più fronti (Toscana), l'implementazione dei

¹ I paragrafi 8.1, 8.2, 8.5 e 8.6 sono da attribuire ad Emanuele Vendramini ed i paragrafi 8.3 e 8.4 a Davide Galli.

contenuti dei diversi AIR ha condotto alla differenziazione non soltanto dei rapporti tra MMG e cure primarie nelle regioni considerate, ma anche alla progressiva differenziazione del senso della negoziazione decentrata nei diversi sistemi.

Realizzare AIR e, a maggior ragione, implementare questi strumenti con Accordi integrativi aziendali (di seguito AIA) richiama oggi prospettive e processi alquanto diversi a seconda della regione che si sta prendendo in considerazione. Da tale differenziazione discende l'interesse per l'estensione dell'analisi svolta lo scorso anno agli AIR siglati fra il marzo 2007 ed il marzo 2008. Questo consente da un lato di realizzare una comparazione più ampia, dall'altro di comprendere, almeno in via approssimativa, se è in atto un trend, se cioè le regioni si stanno progressivamente orientando verso la stipula di AIR aventi caratteristiche simili o, al contrario, sempre più eterogenee.

8.2 Il percorso di indagine

La Tabella 8.1 elenca gli AIR analizzati e fornisce i dati relativi alla popolazione assistita residente ed al numero dei MMG convenzionati.

Il contenuto degli AIR è stato indagato rispetto a due dimensioni: obiettivi e strumenti. La prima dimensione di indagine presa in considerazione è data dagli obiettivi che gli AIR dichiarano di perseguire. A partire dal modello di analisi proposto da Longo e Vendramini (2001) e dalle esperienze che hanno precedentemente condotto alla definizione di AIR, le categorie di obiettivi strategici assegnati alla medicina generale possono essere ricondotte alle seguenti:

- risparmio finanziario di breve periodo, legato alla riduzione dei consumi e del costo di farmaci, presidi e prestazioni;
- risparmio economico, ovvero riduzione del costo per caso trattato con riguardo ad alcune patologie rilevanti;

Tabella 8.1 **Elenco degli AIR analizzati**

Regione	Data firma accordo	Residenti sopra i 14 anni*	MMG*
Trento	26 apr. 2007	425.599	394
Lombardia	3 mag. 2007	8.186.575	6.717
Marche	7 mag. 2007	1.328.535	1.253
Sicilia	8 ago. 2007	4.204.424	4.175
Puglia	8 ott. 2007	3.432	3.351
Basilicata	26 feb. 2008	507.944	509
Sardegna	19 mar. 2008	1.442.095	1.341

* Dati 2006, fonte Ministero della Salute

- ▶ aumento dell'appropriatezza nell'ambito di cura dei pazienti;
- ▶ miglioramento nell'erogazione dei servizi per gli utenti e conseguente crescita della qualità percepita;
- ▶ crescita professionale dei MMG e diffusione della medicina basata sulle prove di efficacia;
- ▶ *gatekeeping* ed orientamento della domanda;
- ▶ integrazione dei percorsi ospedale-MMG, socio-sanitario-MMG, socio-assistenziale-MMG.

La classificazione degli obiettivi proposta, pur non esaustiva, ha il vantaggio di consentire una comparazione degli AIR basata su elementi omogenei.

Al fine di svolgere un'analisi comparativa e di ricondurre i contenuti degli AIR a categorie di analisi comparabili, i contenuti di ogni documento sono stati classificati secondo il seguente schema:

- ▶ struttura dell'accordo:
 - ◀ durata;
 - ◀ articolazione dei contenuti (titoli, paragrafi, articoli, ecc.);
 - ◀ allegati.
- ▶ contenuti programmatici:
 - ◀ obiettivi generali;
 - ◀ scelte organizzative (modalità di integrazione nel distretto, ruolo del dipartimento delle cure primarie);
 - ◀ criteri di programmazione regionale ed aziendale;
 - ◀ rapporti con la continuità assistenziale, l'emergenza territoriale e la medicina dei servizi;
 - ◀ obiettivi relativi alla formazione;
 - ◀ ruolo e contenuti della contrattazione aziendale.

Attraverso un'analisi qualitativa dei contenuti di tale riclassificazione, a ciascuna categoria di obiettivo strategico è stato attribuito un grado di rilevanza, espresso secondo una scala ordinale articolata in basso, medio e alto. Gli esiti di tale processo di valutazione sono contenuti nel paragrafo 8.3. L'analisi è stata svolta prendendo in considerazione non soltanto quanto espressamente dichiarato come obiettivo degli AIR ma osservando nel dettaglio i contenuti programmatici di tutte le sezioni dei documenti.

La seconda dimensione di analisi considerata è quella degli strumenti inseriti negli AIR per perseguire gli obiettivi strategici. Le principali classi di strumenti per il perseguimento degli obiettivi strategici assegnati alla medicina generale dall'ACN sono riconducibili a²:

² Cfr. ACN, articolo 6, strumenti.

- ▶ la realizzazione in ambito distrettuale e territoriale, di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie;
- ▶ la costituzione di un'organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria;
- ▶ lo sviluppo della medicina associata;
- ▶ la sperimentazione di strutture operative complesse, organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo con sede unica;
- ▶ la partecipazione diretta di medici e professionisti sanitari alla definizione di modelli organizzativi e meccanismi di programmazione e controllo;
- ▶ l'informatizzazione del sistema;
- ▶ la formazione continua anche tramite la definizione di percorsi formativi comuni tra medici e altri professionisti sanitari e tra MMG e medici ospedalieri.

Tale classificazione insiste in particolare sulla dimensione organizzativa a conferma del valore che l'ACN attribuisce, in linea peraltro con quanto previsto dall'accordo precedente, all'integrazione organizzativa fra medici, vissuta come pre condizione all'integrazione istituzionale e come elemento di attenzione specifica nella definizione della dimensione economica degli incentivi.

Le categorie di strumenti considerate ai fini della presente analisi sono³:

- ▶ sviluppo dell'associazionismo;
- ▶ riprogettazione di compiti e funzioni;
- ▶ definizione di percorsi per patologia (PDTA);
- ▶ introduzione di sistemi di programmazione e controllo dei risultati;
- ▶ sviluppo del sistema informativo.

Anche in questo caso, per consentire l'attribuzione di un grado di rilevanza a ciascuno degli strumenti presi in considerazione, il contenuto degli AIR è stato scomposto e riclassificato assumendo specifici criteri che sono declinati nel paragrafo 8.4.

Ciascuna categoria di strumenti presenta caratteri di minore o maggiore efficacia in relazione al raggiungimento degli obiettivi dichiarati dagli AIR. La seguente Tabella 8.2 propone una valutazione della correlazione tra strumenti ed obiettivi. Pur non essendoci determinanti e correlazioni meccaniche, la Tabella 8.2 propone un quadro sinottico a supporto della riflessione su quali leve siano maggiormente correlate con i principali obiettivi.

³ L'insieme di strumenti analizzati non costituisce un elenco esaustivo di tutti i possibili strumenti che possono coinvolgere la Medicina Generale. Significativo esempio è dato dalla formazione che non viene qui inserita nell'elenco ma costituisce, per affermazione stessa degli AIR, uno strumento tipico. Nella selezione degli strumenti, gli autori hanno cercato di delineare quelli per i quali il livello regionale di contrattazione presenta un profilo di responsabilizzazione più diretto.

Tabella 8.2 **Correlazioni tra strumenti ed obiettivi**

Regione	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Apropria-tezza	Qualità	Crescita profes.le	Gate keeping	Integra.ne dei percorsi
Associazionismo		•	•	•••	•••	•	••
Riprogettazione dei compiti		••	•••	•••	•••	•	••
PDTA	•	••	•••	••	•••	••	•••
P&C	•••	••	••		••	••	
Sistema informativo	•			•	•	•	

Legenda: • correlazione debole; •• correlazione media; ••• correlazione rilevante.

Fonte: Longo e Vendramini (2001)

La correlazione esistente fra obiettivi e strumenti consente di compiere una valutazione del grado di coerenza esistente fra obiettivi dichiarati dall'AIR e obiettivi effettivamente perseguiti. Tale valutazione è contenuta nel paragrafo che chiude il presente capitolo.

8.3 Gli obiettivi dichiarati negli AIR

L'analisi degli obiettivi che gli AIR si propongono di raggiungere, svolta secondo il metodo indicato nel secondo paragrafo, consente di valutare quanto il panorama nazionale stia andando incontro ad una progressiva differenziazione regionale. La Tabella 8.3 richiama le sette categorie di obiettivi e per ciascun AIR assegna un livello di rilevanza. Segue, per ciascuna categoria di obiettivo, un commento delle valutazioni svolte.

Tabella 8.3 **Riepilogo del grado di rilevanza attribuito agli obiettivi dichiarati negli AIR**

Regione	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Apropria-tezza	Qualità	Crescita profes.le	Gate keeping	Integra.ne dei percorsi
Trento	basso	basso	alto	medio	alto	basso	alto
Lombardia	basso	basso	alto	alto	medio	alto	alto
Marche	basso	basso	alto	medio	basso	medio	alto
Sicilia	alto	medio	medio	medio	medio	basso	medio
Puglia	medio	medio	medio	medio	alto	basso	alto
Basilicata	basso	basso	alto	medio	alto	alto	medio
Sardegna	medio	medio	alto	alto	alto	alto	alto

8.3.1 Risparmio finanziario

Il risparmio finanziario immediato di breve periodo può essere ottenuto riducendo alcuni costi variabili. Quelli più direttamente influenzabili dalla medicina generale sono la spesa farmaceutica, la spesa per i presidi, la spesa specialistica convenzionata e per ricoveri in strutture della regione (AO, IRCCS o strutture private accreditate) o in strutture fuori regione. La scelta di puntare sul risparmio finanziario è coerente con situazioni di grave disavanzo e diventa obiettivo regionale solo quando la spesa media per abitante risulti fuori controllo. Solo la Sicilia ed in parte la Sardegna, prevedono in modo esplicito il contenimento della spesa farmaceutica (in Sardegna vi è però il divieto di incentivare tale obiettivo). Da sottolineare come l'AIR della Puglia esprima in maniera più esplicita l'esigenza di pervenire ad una riduzione complessiva della spesa facendo riferimento anche alle logiche di appropriatezza. L'AIR della Regione Marche si caratterizza per non presentare mai il termine «farmaceutica» né il termine «spesa» ed anche negli accordi di Lombardia, Trento e Basilicata il tema non viene affrontato in maniera esplicita. Tale risultato è del resto coerente con la natura dell'AIR che, nell'ambito della struttura dei livelli contrattuali definita dall'ACN, non ha fra i suoi compiti quello di garantire l'equilibrio economico del sistema se non in relazione alla determinazione dell'ammontare complessivo di risorse disponibili per la medicina generale.

8.3.2 Risparmio economico

Il tema del risparmio economico, inteso come costo per paziente preso in carico, non trova particolare spazio negli AIR analizzati se non in quello della Sardegna relativamente ai programmi di attività e livelli di spesa programmati. In tale accordo, come del resto in quello della Puglia, si fa inoltre riferimento al tema della prescrizione indotta dallo specialista che deve essere depurata dal computo complessivo.

8.3.3 Appropriatezza

Il tema dell'appropriatezza pervade tutti gli AIR, soprattutto nell'accezione di appropriatezza prescrittiva e non di appropriatezza dell'ambito di cura. La Sardegna evidenzia come vi debba essere una valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi mentre la Basilicata esplicita l'esigenza dell'istituzione di un Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Un'iniziativa analoga viene definita dalle Marche che istituiscono l'ORA (Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza).

8.3.4 Qualità percepita

Il tema della qualità percepita dell'assistenza viene spesso collegato negli AIR analizzati con quello dell'accessibilità degli studi dei MMG e con l'incremento dell'offerta di prestazioni. Il tema della qualità dell'assistenza viene altresì analizzato in relazione allo sviluppo di meccanismi di peer review e di definizione di criteri condivisi nell'erogazione di prestazioni sanitarie.

8.3.5 Crescita professionale

Il tema della crescita professionale viene analizzato secondo differenti aspetti dagli AIR. Alcune regioni includono il tema delle linee guida condivise come strumento di condivisione e di crescita professionale (Basilicata e Trentino), alcune realtà hanno inserito il tema dell'informazione medico scientifica intesa, da un lato, come il tentativo di regolamentazione di quella effettuata dagli informatori delle case farmaceutiche (Basilicata), dall'altro, come la possibilità che siano le stesse aziende pubbliche a contribuire all'aggiornamento dei MMG (Sardegna).

La regione Lombardia con il proprio accordo evidenzia come il tema della crescita professionale debba essere inteso non solo come un incremento della capacità di filtro o di presa in carico di determinate patologie, soprattutto cronico degenerative, ma anche come un incremento del proprio portafoglio di offerta di prestazioni.

8.3.6 Gatekeeping

Il tema del MMG inteso come attore determinante nel sistema di cure primarie in primo luogo ma anche dell'intero SSR è presente in tutti gli accordi regionali che colgono l'occasione di sottolineare, alcuni con una forza maggiore di altri (Basilicata, Sardegna), che, affinché questo ruolo possa essere effettivamente ricoperto, è necessaria la definizione di un sistema a rete delle cure primarie ed in particolare di forme associative evolute.

Analizzando gli AIR emerge con forza il legame tra il ruolo di *gatekeeping* che molte regioni affidano al MMG ed il sistema di responsabilizzazione. Nello specifico, Sicilia⁴, Sardegna e Puglia esplicitano la necessità di scorporare dai dati oggetto di responsabilizzazione quelli non provenienti direttamente dalla prescrizione del MMG. Questo non può non destare interesse in quanto raramente la prescrizione di ricoveri o di diagnostica del MMG supera il 50% delle prescrizio-

⁴ La Sicilia auspica peraltro il superamento del modello *gatekeeping* a favore di una nuova concezione del MMG inteso come *case manager*.

ni complessive per cui può sorgere il dubbio che un processo di responsabilizzazione che utilizzi i dati del prescritto possa non essere sufficiente ad attivare un meccanismo di responsabilizzazione legato al ruolo di gatekeeper del sistema. Si noti come Basilicata e Trento optino invece per una responsabilizzazione basata sui dati relativi al consumato dei pazienti, indipendentemente dal prescrittore. L'AIR lombardo riconosce invece in pieno al MMG il compito di gatekeeper del sistema, attribuendogli, oltre al ruolo di erogatore di prestazioni, anche quello di «coordinatore della cura» dell'assistito.

8.3.7 Integrazione dei percorsi

Tutti gli AIR concordano nell'attribuire al tema dell'integrazione fra le diverse componenti del sistema sanitario una certa rilevanza. Tale fabbisogno si traduce per i MMG in compiti di integrazione e coordinamento con le altre componenti del sistema. Alcuni AIR pongono tale integrazione fra gli obiettivi principali dell'accordo (Marche e Sardegna), altri disciplinano congiuntamente i temi delle cure primarie, della continuità assistenziale e della medicina territoriale (Trento, Lombardia, Marche e Puglia).

8.4 Gli strumenti attivati dagli AIR

L'analisi degli strumenti che gli AIR attivano è svolta prendendo a riferimento le categorie presentate nel paragrafo 8.2 ed andando a valutare in maniera qualitativa una serie di variabili per ciascuno strumento. I paragrafi successivi individuano tali variabili e consentono di valutare quanto ciascuna Regione abbia declinato un mix differenziato. La Tabella 8.4 fornisce un quadro complessivo di tale valutazione.

Tabella 8.4 **Riepilogo del grado di rilevanza attribuito agli strumenti contenuti negli AIR**

Regione	Associazionismo	Riprogettazione compiti	PDTA	P&C	Sistema informativo
Trento	medio	alto	basso	basso	basso
Lombardia	basso	alto	basso	basso	medio
Marche	medio	alto	basso	alto	basso
Sicilia	basso	medio	alto	basso	basso
Puglia	alto	alto	medio	medio	medio
Basilicata	alto	alto	basso	basso	medio
Sardegna	alto	alto	medio	medio	medio

8.4.1 L'associazionismo medico

L'ACN richiama il tema dell'associazionismo negli articoli 26 e 54⁵. In particolare l'accordo nazionale declina la forma delle Equipe territoriali, intese come legame funzionale non solo tra MMG ma tra tutti i protagonisti delle cure primarie e da considerare come obbligatorie e retribuite per quota capitaria. A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di attribuire il grado di rilevanza a tale strumento sono date da:

- l'incremento degli incentivi per le forme associative tradizionali,
- l'introduzione ed incentivazione di nuove forme associative,
- la disciplina ed incentivazione delle Equipe.

La Tabella 8.5 riepiloga l'esito delle valutazioni svolte. Gli AIR analizzati evidenziamo due trend di particolare interesse. Il primo riguarda il ruolo delle Equipe territoriali che sebbene siano un obbligo dei MMG (art 54 comma 2 lett D) vengono prese in considerazione solo dall'AIR delle Marche, della Basilicata e della Sardegna. Il secondo trend ha a che fare con le forme associative: come previsto dall'ACN, alcune regioni identificano forme associative innovative, a cui gli MMG possono partecipare in modo libero e volontario. Tra le altre si evidenziano: le associazioni periferiche complesse del Trentino, la super-rete e il super-gruppo, nonché il Centro Polifunzionale Territoriale della Regione Puglia. Resta

Tabella 8.5 **L'associazionismo medico negli AIR**

Regione	Forme associative tradizionali	Nuove forme associative	Equipes
Trento	✓	✓	
Lombardia	✓		
Marche	✓		✓
Sicilia	✓		
Puglia	✓	✓	
Basilicata	✓	✓	✓
Sardegna	✓	✓	✓

⁵ Si ricorda che ai sensi degli articoli citati costituiscono forme associative volontarie: la medicina in associazione, la medicina di rete e la medicina di gruppo. Le Equipes rappresentano invece forme di integrazione professionale obbligatoria finalizzate alla realizzazione della continuità dell'assistenza, alla presa in carico del paziente ed al conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

da chiarire se l'Equipe semistrutturale identificata dalla regione Basilicata ricada tra le forme di integrazione funzionale, quali appunto le Equipe, o rappresenti una forma evoluta di associazionismo.

8.4.2 La riprogettazione di compiti e funzioni

Nell'ACN i compiti e le funzioni dei MMG sono disciplinati nell'art. 45 che sancisce in particolare l'obbligatorietà dell'adesione ai progetti aziendali legati al rispetto della spesa ed all'educazione sanitaria⁶. La maggior parte degli AIR richiamano direttamente tale elenco di compiti e vanno ad integrare la professionalità complessivamente emergente con alcune indicazioni relative al ruolo del MMG all'interno del SSR, alla partecipazione ed incentivazione del MMG in relazione a specifici programmi di governo clinico, alla previsione di una remunerazione aggiuntiva per determinate categorie di prestazioni. Rilevante in tal senso risulta l'analisi delle caratteristiche e dell'ammontare previsti per il c.d. Fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa⁷.

A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di attribuire il grado di rilevanza a tale strumento sono date da:

- ▶ la descrizione del ruolo del MMG,
- ▶ l'esplicitazione dei contenuti dei programmi di governo clinico,
- ▶ la previsione di remunerazione di prestazioni aggiuntive,
- ▶ la valutazione dell'andamento delle risorse destinate alla remunerazione variabile.

⁶ Le principali funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono così individuati:
– servizi essenziali;

– gestione dei malati nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata;
– assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività.

Sono, inoltre, obblighi e compiti del medico:

– l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 26;
– lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del SSN nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale;
– l'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;
– l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

⁷ Tale Fondo, disciplinato dall'articolo 59 dell'ACN, rientra nell'ambito della quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi, quota che comprende anche il c.d. fondo a riparto per la qualità dell'assistenza destinato all'incentivazione delle forme associative e di altre soluzioni di tipo organizzativo (ad esempio l'incentivazione per il collaboratore di studio medico o l'infermiere professionale).

Tabella 8.6 **La riprogettazione di compiti e funzioni negli AIR**

Regione	Ruolo MMG	Programmi di governo clinico	Prestazioni aggiuntive	Variazione rispetto ACN
Trento		✓		Incremento
Lombardia				Incremento
Marche		✓		Incremento
Sicilia	✓			Incremento
Puglia	✓	✓	✓	Incremento
Basilicata	✓	✓	✓	Incremento
Sardegna	✓	✓	✓	Incremento

La Tabella 8.6 riepiloga l'esito delle valutazioni svolte. In tutte le Regioni sono individuati specifici programmi di governo clinico che, tuttavia, solo in taluni casi si accompagnano a specifici incentivi legati all'assunzione, da parte del MMG, di un ruolo più impegnativo nei confronti dell'azienda e delle sue articolazioni organizzative funzionali. Meno diffuso il ricorso alla remunerazione di prestazioni aggiuntive che tuttavia, laddove presenti, contribuiscono ad incrementare l'importo delle somme complessivamente destinate ad incentivare la riprogettazione di compiti e funzioni.

8.4.3 La definizione di percorsi per patologia

Il tema dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) viene richiamato diverse volte nell'ACN senza che mai si entri nello specifico del processo di implementazione che di fatto viene demandato alle regioni e alla contrattazione decentrata.

A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di attribuire il grado di rilevanza a tale strumento sono date da:

- ▶ l'individuazione esplicita delle patologie oggetto di progettazione;
- ▶ la disciplina delle modalità di determinazione delle Linee guida;
- ▶ la previsione di incentivi legati alla realizzazione o applicazione delle Linee Guida.

La Tabella 8.7 riepiloga l'esito delle valutazioni svolte nella parte seguente del paragrafo. La situazione è piuttosto eterogenea: si distinguono regioni che scelgono di sancire a livello regionale i principi e le caratteristiche per la definizione dei PDTA (Trento, Lombardia, Sicilia) ed altre che si limitano ad identificare nell'AIR le patologie (Puglia, Basilicata, Sardegna). Come precedentemente evi-

Tabella 8.7 **La definizione di percorsi per patologia negli AIR**

Regione	Patologie	Disciplina	Incentivi
Trento		✓	
Lombardia		✓	
Marche	✓		
Sicilia	✓	✓	✓
Puglia	✓		✓
Basilicata	✓		
Sardegna	✓		

denziato tutti gli accordi fanno riferimento al tema dei percorsi anche se spesso come obiettivo da raggiungere piuttosto che come strumento o leva di governo dei comportamenti clinici. Di particolare interesse è il limitato numero di regioni che hanno previsto incentivi alla definizione dei percorsi.

8.4.4 L'introduzione di un sistema di programmazione e controllo dei risultati

L'ACN affida alle Regioni ed alle organizzazioni sindacali il compito di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario attraverso una piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema. I MMG, come del resto gli altri professionisti sanitari operanti sul territorio nelle cure primarie, sono chiamati a svolgere, sulla base di quanto definiranno le Regioni, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi, nell'individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo e nella definizione degli obiettivi di budget. L'analisi della rilevanza effettivamente riconosciuta dagli AIR allo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo ed alla partecipazione ai medesimi dei MMG costituisce occasione per procedere ad una valutazione anche del ruolo attribuito alla contrattazione aziendale. Quello aziendale è infatti il livello al quale si definiscono gli obiettivi operativi, si declinano gli istituti incentivanti, si determinano le risorse disponibili e si individua pertanto quel rapporto tra contributi e ricompense che costituisce l'elemento centrale di ogni sistema di programmazione e controllo. A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di individuare il grado di rilevanza attribuito a tale strumento sono date da:

- la descrizione del sistema di programmazione regionale in relazione alla Medicina Generale;
- la definizione nell'AIR del ruolo e dei contenuti dell'accordo aziendale,
- la presenza di indicazioni specifiche relative a strumenti di P&C quali il budget ed i report.

Tabella 8.8 **L'introduzione di sistemi di programmazione e controllo negli AIR**

Regione	Programmazione regionale	Contenuti accordo aziendale	Focus sui sistemi di P&C
Trento		✓	
Lombardia		✓	
Marche	✓	✓	✓
Sicilia			
Puglia		✓	✓
Basilicata	✓		
Sardegna	✓	✓	

La Tabella 8.8 fornisce un quadro di sintesi relativo alle scelte di introduzione di sistemi di programmazione e controllo dei risultati effettuate dagli AIR analizzati. A differenza degli AIR siglati nel primo periodo successivo all'approvazione dell'ACN del 2005, la maggior parte degli AIR presi in considerazione forniscono indicazioni relative alla struttura ed ai contenuti degli accordi aziendali.

8.4.5 Lo sviluppo del sistema informativo

L'art. 4 della convenzione nazionale demanda il tema del sistema informativo agli AIR ed in particolare la lett. G sancisce che è compito delle Regioni definire «i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori – strutture associate – Distretti – Aziende Sanitarie – Regione».

A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di attribuire il grado di rilevanza a tale strumento sono date da:

- l'inserimento tra gli obiettivi dichiarati dello sviluppo del sistema informativo ed informatico,
- la previsione di indennità di informatizzazione per i MMG ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo integrativo nazionale.

La Tabella 8.9 fornisce un quadro di sintesi relativo allo sviluppo dei sistemi informativi a supporto della medicina generale. La maggior parte degli AIR applica la struttura incentivante definita dall'ACN. Le uniche Regioni ad integrare tali incentivi sono Lombardia, Puglia e Basilicata. Sicilia e Sardegna inseriscono tale indennità in un programma più esteso di informatizzazione senza peraltro definire in sede di AIR forme integrative di incentivazione. In generale, tuttavia, la maggior parte degli AIR non affronta il tema dello sviluppo del sistema informativo direttamente, demandando tale compito ad altri tavoli.

Tabella 8.9 **Lo sviluppo del sistema informativo**

Regione	Programmazione	Incentivi
Trento		
Lombardia		✓
Marche		
Sicilia	✓	
Puglia		✓
Basilicata		✓
Sardegna	✓	

8.5 La coerenza fra obiettivi dichiarati e strumenti implementati negli AIR

Al termine di questo capitolo appare interessante compiere una valutazione circa il fatto che il mix di strumenti delineato in ciascuna Regione risulti potenzialmente idoneo a consentire il raggiungimento degli obiettivi dichiarati. Tale valutazione prende le mosse dal modello di analisi proposto nel paragrafo 8.2 e dunque si limita a considerare solo alcuni degli elementi contenuti negli AIR. Occorre quindi evidenziare come accanto alle 5 categorie di strumenti selezionate se ne possano configurare altre che, al fine della presente analisi, non sono state prese in considerazione. Inoltre, anche laddove il livello regionale si presenti carente rispetto al ricorso ad un determinato strumento, ciò non significa che nella realtà tale strumento non trovi applicazione dal momento che spesso gli accordi integrativi aziendali introducono soluzioni non previste a livello regionale. Tali considerazioni fanno da premessa a quella che può essere considerata una valutazione tecnica del livello di coerenza interna degli accordi e non certo della loro efficacia rispetto agli obiettivi dichiarati.

Dal momento che, come indicato nella Tabella 8.2, ciascuna classe di strumenti opera come leva rispetto al raggiungimento degli obiettivi secondo una correlazione più o meno intensa, prendendo a riferimento tale livello di correlazione è possibile verificare quanto il mix di strumenti contenuto in ciascun AIR sia in grado di supportare il raggiungimento delle sette categorie di obiettivi proposte.

Per valutare tale idoneità, il grado di correlazione fra strumenti ed obiettivi contenuto nella Tabella 8.2 è trasformato in un punteggio: ad ogni strumento corrisponde un punteggio pari a 1 in presenza di una correlazione con l'obiettivo debole, a 2 in corrispondenza di una correlazione media, a 3 in corrispondenza di una correlazione rilevante. Così l'associazionismo pesa 1 punto rispetto all'obiettivo del risparmio economico e 3 punti rispetto all'obiettivo della crescita professionale dei MMG. I sistemi di P&C invece pesano 2 punti rispetto al-

l'obiettivo del risparmio economico e 2 punti rispetto all'obiettivo della crescita professionale.

Analizzando gli obiettivi dei singoli accordi è possibile quindi calcolare un punteggio dato dalla somma degli strumenti che ciascun AIR contiene. Quale ipotesi di calcolo, si assume che ad essere sommati siano solo i punteggi relativi agli strumenti che risultano avere un grado di rilevanza medio o elevato. Così nel caso della Lombardia si sommano, per ogni categoria di obiettivo, i punteggi relativi alla riprogettazione dei compiti e al sistema informativo mentre rimangono esclusi i punteggi relativi all'associazionismo, ai PDTA e ed ai sistemi di P&C dal momento che tali strumenti presentano un grado di rilevanza basso.

Per facilitare il confronto, tali punteggi sono ricondotti ad una scala che misura il grado di rilevanza effettiva secondo il seguente rapporto: punteggio tra 0 e 3, grado basso; fra 4 e 6, grado medio; punteggi oltre 6, grado alto. L'esito di tale classificazione è riportato nella seguente Tabella 8.10.

Un primo confronto fra il grado di rilevanza attribuibile agli obiettivi dichiarati negli AIR (Tabella 8.3) e il grado di rilevanza degli obiettivi effettivamente perseguiti (Tabella 8.10) evidenzia alcune importanti differenze. Anzitutto circa l'obiettivo dell'appropriatezza, che risulta essere nella quasi totalità dei casi presente tra gli obiettivi strategici che gli AIR dichiarano di perseguire, non sembrano essere presenti sufficienti strumenti di implementazione. Una seconda considerazione è relativa alla rilevanza dell'integrazione dei percorsi, obiettivo che riveste un certo rilievo nelle dichiarazioni contenute negli AIR ma non sembra essere concretamente supportato dall'introduzione di adeguati strumenti. Risultano sostanzialmente confermati i gradi di rilevanza contenuti degli obiettivi di risparmio che, peraltro, trovano collocazione più propria a livello di contrattazione aziendale piuttosto che a livello regionale.

Nella Tabella 8.11 sono sintetizzati gli esiti del confronto evidenziando quelle situazioni in cui gli obiettivi dichiarati presentano un grado di rilevanza superiore

Tabella 8.10 **Grado di rilevanza degli obiettivi effettivamente perseguiti negli AIR**

Regione	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Apropria-tezza	Qualità	Crescita profes.le	Gate keeping	Integra.ne dei percorsi
Trento	basso	basso	medio	medio	medio	basso	medio
Lombardia	basso	basso	basso	medio	medio	basso	basso
Marche	basso	medio	medio	medio	alto	medio	medio
Sicilia	basso	medio	medio	medio	medio	basso	medio
Puglia	medio	alto	alto	alto	alto	alto	alto
Basilicata	basso	basso	medio	alto	alto	basso	medio
Sardegna	medio	alto	alto	alto	alto	alto	alto

rispetto a quanto effettivamente perseguito. In corrispondenza di tali situazioni sussiste una certa criticità data dal fatto che l'AIR di per sé non risulta essere sufficiente al perseguimento degli obiettivi dichiarati. In particolare, sono evidenziate nelle caselle più scure i casi in cui il grado di rilevanza dichiarato risulta essere alto, mentre il grado di rilevanza data agli strumenti finalizzati alla implementazione dello stesso è basso. Quando la discordanza sussiste, ma è più contenuta (grado di rilevanza dichiarato alto e grado di rilevanza effettivo medio, oppure gradi di rilevanza dichiarato medio e grado effettivo basso), la casella è evidenziata con un colore più chiaro. Non sono evidenziate le caselle corrispondenti ad obiettivi rispetto ai quali sussiste una concordanza fra grado di rilevanza nella dichiarazione e grado di rilevanza rispetto agli strumenti proposti per il perseguimento dei medesimi o rispetto ai quali il grado di rilevanza degli obiettivi dichiarati è inferiore al grado di rilevanza degli obiettivi effettivamente perseguiti. Tale situazione infatti, ai fini della presente analisi, non costituisce una criticità.

L'analisi degli AIR svolta consente di ricondurre l'insieme delle esperienze considerate a tre modelli, definiti in relazione anzitutto al grado di rilevanza che gli obiettivi proposti assumono per effetto del quadro di strumenti posti in essere ed in secondo luogo al grado di replica a livello regionale dei contenuti previsti nell'ACN. I modelli proposti sono i seguenti:

- il modello di attuazione
- il modello di governo
- il modello di innovazione

Tabella 8.11 **Coerenza fra grado di rilevanza degli obiettivi dichiarati e grado di rilevanza degli obiettivi effettivamente perseguiti negli AIR**

Regione	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Apropria-tezza	Qualità	Crescita profes.le	Gate keeping	Integra.ne dei percorsi
Trento							
Lombardia							
Marche							
Sicilia							
Puglia							
Basilicata							
Sardegna							

 L'obiettivo presenta un grado di rilevanza dichiarato alto ed un grado di rilevanza effettivo medio, oppure un grado di rilevanza dichiarato medio ed effettivo basso.

 L'obiettivo presenta un grado di rilevanza dichiarato alto ed un grado di rilevanza effettivo basso.

Il **modello di attuazione** si caratterizza per avere come contenuti principali quelli derivanti dalla declinazione operativa dei dettami dell'ACN. L'AIR non presenta particolari novità, ad esempio non compie una ridefinizione degli istituti incentivanti per le forme associative e quindi non ne modifica né l'importo, né i tetti percentuali. Anche l'avvio di nuove modalità organizzative quali le Equipe territoriali, per altro obbligatorie, viene lasciato sullo sfondo e la sperimentazione di nuove forme di integrazione professionale (UTAP⁸ o altro) non viene supportata esplicitamente attraverso l'individuazione di fondi ed iniziative. Dal punto di vista degli obiettivi si tende a far riferimento alle tematiche dei percorsi diagnostico terapeutici, dell'appropriatezza e del governo clinico lasciando poi alle aziende l'eventuale declinazione operativa. L'AIR richiama in altri termini gli obiettivi contenuti nella convenzione nazionale. L'adesione stessa all'accordo viene incentivata in sé e gli incentivi sono prevalentemente di struttura e non di risultato. Sempre in coerenza con gli obiettivi dell'ACN questa tipologia di accordi punta molto sulla necessità di «ricercare una rinnovata centralità dei MMG» anche attraverso logiche di governo della domanda. Sono riconducibili a tale modello gli AIR delle Marche e della Sicilia ed in parte anche quello del Trentino. Il modello di attuazione presenta alcuni punti di forza che possono essere identificati anzitutto nella presenza stessa di un AIR ad integrazione della contrattazione nazionale, premessa necessaria alla realizzazione di una contrattazione a livello locale. In secondo luogo tali AIR risultano chiaramente focalizzati sull'attuazione di un processo di responsabilizzazione che porti il MMG a riguadagnare il centro del sistema sanitario anche attraverso lo sviluppo e l'incentivazione delle forme associative così come indicate dall'ACN. L'eventuale debolezza risiede nella limitatezza del ruolo gestionale svolto da parte della Regione che, per scelta o per necessità, si limita a compiere un'attuazione dei dettami convenzionali definiti a livello nazionale.

Il **modello di governo** è rappresentato da AIR che esprimono la volontà regionale di gestire, all'interno dei dettami della ACN, il sistema della medicina generale. Nello specifico questo tipo di modello prevede che vengano rinegoziate le percentuali delle forme associative con l'esplicita indicazione di modificarne il case mix, favorendo di fatto una forma rispetto ad altre. Il desiderio regionale di governare la medicina generale comporta che nell'accordo vengano definite delle forme gestionali innovative che superano quanto definito a livello nazionale e siano calate sulle realtà maggiormente avanzate. In tal senso la logica di fondo tende a premiare maggiormente le eccellenze rispetto ad una crescita complessiva della categoria e quindi con assoluta coerenza l'AIR non rilancia la logica delle Equipe territoriali, lasciando alle aziende sanitarie la decisione in merito all'obbligatorietà dell'adesione da parte dei MMG. È riconducibile a tale modello l'AIR della Regione Lombardia.

⁸ Unità territoriale di assistenza primaria.

I punti di forza del modello di governo sono da identificare nel ruolo giocato dalla Regione che declina i principi e gli istituti normativi convenzionali coniugandoli relativamente al contesto di riferimento e la capacità di investire sulle componenti maggiormente avanzate della medicina generale. Come tutti i modelli anche quello di governo presenta delle potenziali debolezze che in particolare sono rintracciabili nella differenziazione implicita tra quei professionisti oggetto di sperimentazioni innovative (UTAP, UCP, ecc) e coloro che continuano per una serie di motivazioni a sperimentare il modello tradizionale. Il rischio potenziale è legato alla percezione di una difformità nell'erogazione dei servizi nell'ambito delle cure primarie.

Il **modello di innovazione** rappresenta il risultato di una scelta concordata tra OO.SS e la Regione di sviluppare complessivamente la rete di cure primarie e i MMG come attori protagonisti dell'assistenza sanitaria territoriale. È proprio la logica a rete che si vuole adottare che caratterizza il presente modello, le Equipe territoriali intese come legame funzionale rappresentano la base su cui vengono inseriti i progetti (prevalentemente legati alla presa in carico di pazienti cronici). Alcune realtà che ne hanno la possibilità (soprattutto logistica) sperimentano modelli strutturali (UTAP, UCD, Casa Salute, ecc) ma sempre in un'ottica a rete. Di conseguenza gran parte degli obiettivi e del sistema premiante sono legati al raggiungimento di risultati e non al processo. Sono riconducibili a tale modello gli AIR della Puglia, della Basilicata e della Sardegna.

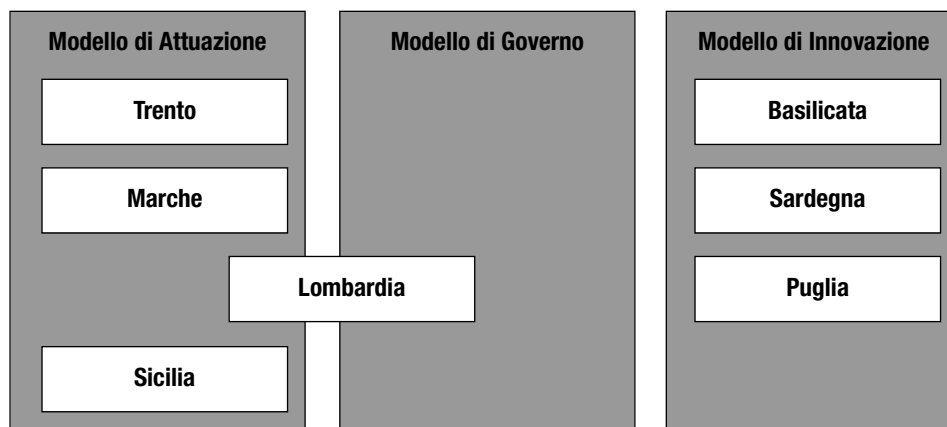
Il rischio, o potenziale debolezza del modello può essere rappresentato dalla incapacità delle aziende sanitarie di implementare operativamente il modello e di creare i presupposti affinché i MMG facciano un salto che è principalmente culturale. Per il livello aziendale questo modello risulta essere particolarmente interessante in quanto permette alle strutture distrettuali di sviluppare un ruolo principalmente manageriale che si traduce nel coinvolgimento nel proprio sistema di programmazione e controllo di una nuova tipologia di Centri di responsabilità: quelli rappresentati dai MMG e dall'insieme delle relazioni professionali che si instaurano sui progetti assistenziali.

La seguente Figura 8.1 rappresenta in modo sintetico la collocazione degli 11 AIR analizzati rispetto ai tre modelli interpretativi proposti.

8.6 Considerazioni conclusive

Riprendendo in considerazione gli esiti dell'analisi compiuta sui 7 AIR presentanti nel presente contributo e quelli dell'analisi condotta l'anno scorso su altri 11 AIR, emergono tre tematiche sulle quali si incentreranno i dibattiti nei prossimi mesi e rispetto a cui maggiori saranno i margini di differenziazione tra scelte regionali. Le tre questioni sono l'associazionismo, la definizione degli accordi integrativi aziendali e l'evoluzione dei sistemi di programmazione e con-

Figura 8.1 I modelli di AIR



trollo, intrinsecamente connessa al processo di definizione degli AIA (Accordi Integrativi Aziendali).

In tema di associazionismo molto è stato scritto in letteratura e diverse sono le posizioni delle differenti regioni. Cercando di sintetizzare il quadro che emerge dall'analisi degli accordi è possibile evidenziare come: le Equipe Territoriali, di fatto obbligatorie dal 2000 (DPR 270/00) vengono adottate solo da alcune regioni. Molte regioni sono andate ad identificare delle nuove forme associative di eccellenza che intendono premiare le componenti maggiormente avanzate della medicina generale; rimane tuttavia aperto il ruolo che può/deve essere affidato alle cooperative (Toscana) e alle forme associative con personalità giuridica (Puglia). Alla luce di questa molteplicità di scelte, di modelli, di denominazioni risulta oramai quasi impossibile e forse scarsamente utile una generalizzazione e ogni modalità operativa adottata deve essere necessariamente contestualizzata.

In merito agli AIA in letteratura gli ultimi dati sono relativi ad una survey del 2001 (Cavallo, Vendramini, Gerzeli) mentre sono on line i dati della SICAC aggiornati a marzo 2008 che evidenziano come 77 aziende su 157 abbiano proceduto al rinnovo dei precedenti accordi. (21 su 21 in Veneto, 11 su 11 in Emilia Romagna, 15 su 15 in Lombardia, 11 su 12 in Toscana, 6 su 6 in Friuli Venezia Giulia, 5 su 5 in Liguria, 4 su 12 in Lazio e 4 su 4 in Umbria). Se da un lato potrebbe risultare particolarmente significativa un'analisi dei contenuti degli AIA dall'altro non è di meno interesse comprendere le ragioni di un'assenza di AIA nelle seguenti Regioni: Piemonte (0 su 13), Sicilia (0 su 9), Campania (0 su 13), Sardegna (0 su 8)⁹.

⁹ I dati relativi al numero di accordi integrativi aziendali siglati sono contenuti in SISAC, Status rilevazione accordi aziendali, marzo 2008, www.sisac.info.

La terza riflessione è legata ai sistemi di programmazione e controllo delle cure primarie. Nello specifico la firma dell'accordo potrebbe rappresentare l'inizio di un ciclo di attività che, permettendo di sviluppare un processo volto alla responsabilizzazione dei professionisti, definisce un nuovo spazio di azione per il management delle cure primarie.

Bibliografia

- Cavallo M.C., Gerzeli S., Vendramini E. (2001), *Organizzazione e gestione delle cure primarie. Un'indagine nazionale*, McGraw-Hill, Milano
- Galli D., Vendramini E. (2007), «Gli accordi integrativi regionali con la Medicina Generale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Longo F., Vendramini E. (2001), *Il budget e la medicina generale*, McGraw-Hill, Milano.

9 La mobilità delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie

di Clara Carbone

9.1 Premessa ed obiettivi

L'introduzione del direttore generale (DG), quale organo monocratico responsabile dello sviluppo strategico dell'azienda, ha assunto una significativa rilevanza nell'ambito delle riforme che hanno caratterizzato le aziende sanitarie pubbliche all'inizio degli anni '90. Accanto a questa innovazione si sono sviluppati i meccanismi di funzionamento di tale figura aziendale, in rottura con il tradizionale paradigma burocratico (Del Vecchio e Carbone, 2002): la nomina su base «fiduciaria», la valutazione in base agli obiettivi raggiunti, la revoca dall'incarico in presenza di risultati considerati insoddisfacenti ecc.

Se nei primi anni post-riforma l'attenzione del mondo accademico e di quello manageriale era incentrata sulla figura del DG, più recentemente la riflessione si è estesa a tutti gli organi/organismi collegiali/soggetti che compongono l'assetto istituzionale dell'azienda¹. A tal proposito, un ruolo importante è ricoperto dalle direzioni strategiche complessivamente intese, ossia costituite da direttore generale (DG), direttore amministrativo (DA) e direttore sanitario (DS).

Le posizioni di massimo livello organizzativo sono critiche per il buon funzionamento e il successo dell'azienda, non tanto per il ruolo gerarchico, ma in quanto rappresentano l'anello di congiunzione tra il livello politico regionale e il nucleo operativo dell'azienda. La direzione strategica, infatti, partendo dai programmi politici elaborati dal SSR, definisce una strategia aziendale e ne facilita l'implementazione da parte dell'organizzazione. Tra i diversi fattori che possono influenzare l'efficacia di tale anello di congiunzione risulta opportuno, in questa sede, segnalarne almeno tre:

¹ Per un approfondimento sul ruolo e sul coinvolgimento dei professionisti nel management delle aziende sanitarie pubbliche si rimanda al capitolo 10.

- la stabilità della «triade», ovvero la durata in carica dei tre soggetti che compongono la direzione strategica delle aziende sanitarie pubbliche. La mobilità reale o potenziale delle direzioni strategiche è, infatti, legata non solo a giudizi sull'operato degli attori coinvolti in relazione ai risultati dell'azienda, ma anche alle dinamiche istituzionali e politiche. Queste ultime aggiungono alla naturale instabilità legata alle predeterminate scadenze dei contratti dei direttori ulteriori potenziali instabilità in relazione alle scadenze di legislatura, alla modificazione delle maggioranze, allo spostamento degli equilibri interni delle maggioranze stesse (Del Vecchio e Carbone, 2002);
- la formazione di un corpo professionale, ovvero la creazione di una classe professionale che per mestiere si riconosce nella categoria di manager delle aziende sanitarie pubbliche;
- il grado di coesione della «triade» che si forma, quale condizione per realizzare un buon coordinamento aziendale, per esercitare i poteri formali, le relazioni informali e, quindi, per orientare i comportamenti di tutta l'azienda verso obiettivi comuni.

Alla luce di tale premessa, la ricerca si propone un duplice obiettivo: da una parte, intende aggiornare l'analisi del turn-over dei direttori generali pubblicata nei precedenti Rapporti Oasi; dall'altra, vuole proporre alcune prime considerazioni sulla mobilità dei direttori amministrativi e sanitari, nonché sulla creazione di squadre «coese», prendendo in considerazione l'insieme delle tre figure che compongono la direzione strategica.

Per quanto riguarda lo schema logico, il capitolo presenta la seguente struttura: il paragrafo 9.2 descrive i principali aspetti metodologici della ricerca, il paragrafo 9.3 espone i risultati dell'analisi e il paragrafo 9.4 propone alcune considerazioni conclusive.

9.2 Dati e metodologia

Questo paragrafo presenta gli aspetti metodologici della ricerca: la costruzione del database, le fonti informative e la completezza dei dati.

Il database contiene per ciascuna ASL e AO e per ogni anno tutti i nomi dei DG dal 1996 al 2008 (serie storica di 13 anni), dei DA e DS dal 2004 al 2008 (serie storica di 5 anni).

È opportuno segnalare alcuni problemi che si sono riscontrati nella costruzione del database e le relative soluzioni:

- per rendere omogeneo il campione, tutti i DG facenti funzioni e tutti i commissari straordinari in carica al momento della rilevazione, data anche la loro

esigua rilevanza numerica, sono stati trattati come DG. Ciò significa che in alcuni casi è possibile che la stessa persona ricopra contemporaneamente due cariche nella medesima azienda (di direttore amministrativo o sanitario e di direttore generale);

- la modalità di raccolta dei dati ha rilevato il mutamento dei nominativi dei DG, DA e DS solo da un anno all'altro. Tale criterio produce due conseguenze da tenere in considerazione: (i) non rilevando la data esatta del cambiamento, questo metodo introduce un elemento di approssimazione nelle misurazioni di durata in carica dei componenti delle direzioni strategiche; (ii) fondandosi su rilevazioni annuali, inoltre, il metodo non coglie eventuali DG, DA o DS che siano rimasti in carica solo per un periodo inferiore all'anno e compreso tra due rilevazioni (per esempio da 15/5/01 a 15/4/02) e non consente, quindi, di evidenziare eventuali (ma presumibilmente rare) variazioni infrannuali;
- la serie storica presenta alcuni problemi riconducibili essenzialmente alla modificazione nell'assetto istituzionale delle aziende, soprattutto a partire dal 2002 (accorpamenti e scorpori)². Nei casi di accorpamenti di ASL, è stata considerata come incorporante (e quindi non cessata) l'ASL nel cui territorio ha sede il capoluogo di provincia o, nei tre casi di ASL uniche regionali, il capoluogo di Regione³.

Le fonti che hanno permesso la costituzione del data base sono state:

- per i DG, l'annuario «Sanità Italia» (volume: Istituzioni) per gli anni 1996, 1997, 1998; il database OASI per gli anni 1999 e 2002; entrambe le fonti, opportunamente incrociate, per gli anni 2000, 2001 e dal 2003 in poi;
- per i DA e DS, l'annuario «Sanità Italia» (volume: Istituzioni) per gli anni 2003, 2004, 2005 e 2006; il database OASI e l'annuario «Sanità Italia» (volume: Istituzioni), opportunamente incrociati, per gli anni 2007 e 2008.

I nomi risultano aggiornati al 30/04 per gli anni dal 1996 al 2002 e al 30/06 dal 2003 in poi.

Infine, si sottolinea la completezza della serie storica relativa ai direttori generali. Non è, invece, del tutto completo il database dei direttori amministrativi e sanitari, soprattutto per il 2004 (Tabella 9.1).

² Per un approfondimento sulle modificazioni istituzionali delle aziende sanitarie si rimanda al capitolo 2.

³ Ad esempio, nella regione Marche, relativamente ai dati delle ASL, sono stati aggiornati a partire dal 2003 solo i nomi dei direttori della ASL di Ancona in quanto in quell'anno è stata creata l'ASL unica regionale (ASUR).

Tabella 9.1 **Completezza delle osservazioni dei direttori amministrativi (DA) e sanitari (DS) per anno (2004-2008)**

	2004	2005	2006	2007	2008
% completezza osservazioni DA	83%	96%	97%	97%	98%
% completezza osservazioni DS	83%	96%	95%	96%	97%

9.3 Risultati dell'analisi

Questo paragrafo mostra i risultati della ricerca. In particolare, il paragrafo 10.3.1 presenta un aggiornamento dei dati di mobilità dei DG a livello aziendale e regionale; il paragrafo 10.3.2 propone alcune prime riflessioni sulla mobilità di DS e DA; il paragrafo 10.3.3 prende in considerazione le tre figure della direzione strategica e ne valuta il grado di coesione sotto il particolare profilo rappresentato dal fenomeno per cui i tre soggetti della direzione strategica, in caso di mobilità, si spostano insieme andando a ricoprire le stesse cariche di direzione⁴.

9.3.1 La mobilità dei direttori generali

L'analisi della mobilità dei DG prende in considerazione tre dimensioni: il turnover dei DG a livello nazionale e regionale; la formazione di una comunità professionale di DG delle aziende sanitarie pubbliche; la correlazione tra grado di «stabilità» dei vari sistemi regionali e il loro grado di «apertura».

Rispetto alla prima dimensione di analisi, la Tabella 9.2 mostra la durata media⁵ del periodo in cui ogni DG è rimasto in carica in una data azienda, sia a livello nazionale che regionale. Il valore medio nazionale è pari a 3,6 anni, ossia 3 anni e 7 mesi⁶. Rispetto al 2007 si evidenzia una riduzione della durata media del DG di circa 1 mese (da 3,7 a 3,6). Ciò è dipeso in larga parte da due fattori: il cambio dei

⁴ Si segnala, tuttavia, che si può parlare di coesione in un'accezione più ampia, ovvero quando, in caso di mobilità, le tre figure si spostano contemporaneamente andando a ricoprire cariche di direzione ciascuno in aziende diverse. Quest'ultimo caso non viene studiato nel presente capitolo.

⁵ La durata media dell'incarico di un DG a livello aziendale viene calcolata come rapporto tra il numero di anni «n» considerati per una determinata azienda «x» (con $1 \leq n \leq 13$) e il numero complessivo dei DG che si sono succeduti in quel periodo in quella determinata azienda.

⁶ La durata media dell'incarico di un DG a livello nazionale potrebbe essere calcolata anche come la media aritmetica dei valori regionali (3,7 ovvero 3 anni e 8 mesi). Tuttavia, la scelta che viene qui effettuata è quella di utilizzare come punto di riferimento la media aritmetica delle durate aziendali in quanto, seppure al prezzo di qualche distorsione (il valore medio è influenzato dai comportamenti delle regioni che hanno al proprio interno un numero maggiore di aziende), riesce a dare conto dell'importanza relativa dei diversi fenomeni. Per maggiori approfondimenti si rimanda a Del Vecchio e Carbone (2002).

Tabella 9.2 **Durata media in carica dei DG in una data azienda, per regione (1996-2008)**

Regione	AO	ASL	Totale
Abruzzo		3,8	3,8
Alto Adige (Bolzano)		8,8	8,8
Basilicata	3,3	3,8	3,7
Calabria	2,2	1,5	1,7
Campania	4,4	3,3	3,7
Emilia Romagna	4,8	3,7	4,0
Friuli Venezia Giulia	3,5	4,2	3,9
Lazio	2,9	2,7	2,7
Liguria	5,4	3,1	4,0
Lombardia	3,9	3,8	3,9
Marche	3,3	3,0	3,1
Molise		4,2	4,2
Piemonte	3,1	3,4	3,3
Puglia	4,1	2,7	3,1
Sardegna	4,3	2,9	3,0
Sicilia	3,8	3,0	3,5
Toscana	3,6	3,9	3,8
Trento		4,3	4,3
Umbria	3,3	2,4	2,7
Valle D'Aosta		3,3	3,3
Veneto	4,3	4,2	4,2
Totale complessivo*	3,8	3,4	3,6

* Valore medio calcolato come media aritmetica di tutte le durate medie aziendali.

vertici aziendali di tutte le aziende di due regioni di medio-grandi dimensioni (Lombardia e Veneto) e dai numerosi accorpamenti di ASL (cfr. capitolo 2).

Rispetto alla durata media si evidenzia, inoltre, una forte variabilità interregionale, con un massimo nella PA di Bolzano (quasi 8 anni e 9 mesi) e un minimo in Calabria (1 anno e 8 mesi). Confrontando i valori della durata media per tipologia di azienda, le AO mostrano una stabilità superiore alle ASL: il DG di una AO rimane in carica, mediamente, circa 4 mesi in più rispetto al DG di un'ASL. In quasi tutte le regioni le AO presentano una durata media del DG superiore a

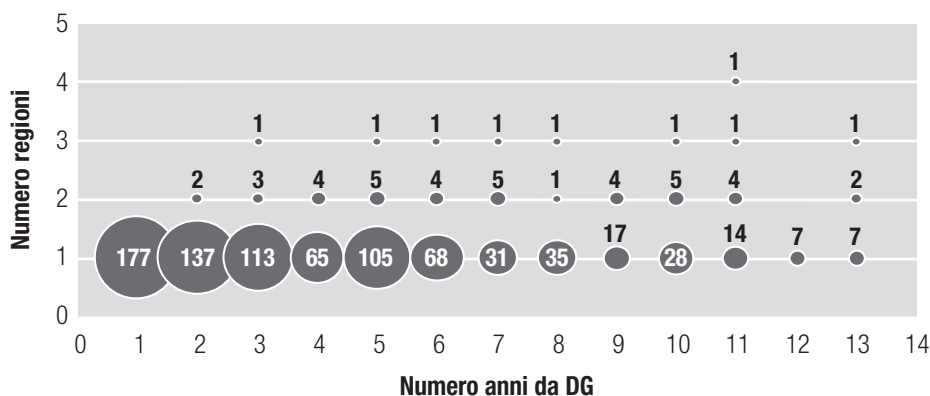
quella delle ASL (ad eccezione di Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Toscana). Ciò riflette, in un certo senso, la differenza delle attività svolte dalle due tipologie di aziende: la relativa omogeneità dell'attività svolta dalle AO (assistenza ospedaliera) si contrappone alla varietà dell'attività che caratterizza le aziende territoriali (assistenza ospedaliera, distrettuale e sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro); i compiti dei DG delle AO, rispetto a quelli delle ASL, sono meglio definiti; di conseguenza, la valutazione del DG in relazione ai risultati ottenuti è meno influenzata da elementi di soggettività. Inoltre, il DG di una ASL deve rispondere del proprio operato ad una gamma più eterogenea di interlocutori, tra cui, oltre alla Regione (la quale, per la responsabilizzazione finanziaria derivante dai processi di riforma del SSN, impone ai DG obiettivi prevalentemente economico-finanziari), anche gli Enti Locali, che cercano di influenzare le scelte del DG verso uno sviluppo diffuso dei servizi nel territorio.

La seconda dimensione di indagine non ha più come oggetto le aziende, ma le persone che hanno svolto o stanno svolgendo il ruolo di DG. L'obiettivo è quello di capire se, a livello nazionale, ci sia o si stia formando una comunità professionale di DG. L'analisi sul grado di «professionalizzazione» dei DG incrocia due variabili:

- consistenza e dinamica nel tempo della popolazione di persone che hanno ricoperto o ricoprono la carica di DG;
- numero di regioni in cui le singole persone hanno ricoperto la carica di DG.

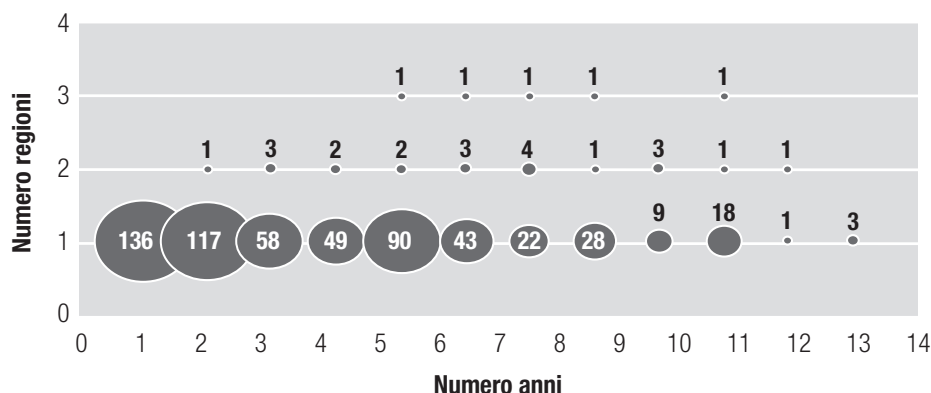
La Figura 9.1 incrocia le due variabili, rappresentando il fenomeno in un grafico a bolle (l'area delle bolle è proporzionale alla numerosità delle classi). Si evidenzia così, per ogni classe identificata dall'incrocio tra le due variabili, il numero degli individui appartenenti alla classe.

Figura 9.1 **Distribuzione dei DG per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N= 852)**



Fonte: elaborazione su dati OASI

Figura 9.2 **Distribuzione dei DG non in carica per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N= 603)**



Fonte: elaborazioni su dati OASI

Il grafico mostra come, delle 238 persone che hanno una esperienza di più di cinque anni come DG, quasi il 28% l'abbia maturata in aziende di diverse regioni. Rimane comunque molto alto il numero di persone che hanno ricoperto la carica per uno, due o tre anni (rispettivamente 177, 137 e 113). L'incidenza della somma di tali classi si è ridotta nel corso del tempo passando da poco più del 55% nel 2003 a circa il 50% nel 2008. Limitando l'analisi ai DG non più in carica, la percentuale è leggermente più bassa (pari al 42% – cfr. Figura 9.2). Inoltre, solo il 4% dei direttori non più in carica ha avuto esperienze di direzione in più di un contesto regionale. Analizzando, infine, le esperienze dei DG che hanno operato in più di una realtà regionale, prevalgono spostamenti tra le regioni limitrofe (ad esempio i più frequenti: Abruzzo, Lazio e Marche; Trento, Veneto e Friuli Venezia Giulia; Piemonte e Liguria).

L'insieme di queste considerazioni porta ad affermare che la posizione di DG rimane ancora in molti casi episodica nella vita delle persone.

Infine, la terza dimensione di analisi mette a confronto la mobilità dei DG nei diversi sistemi regionali sulla base dei due indici inizialmente proposti nel Rap-

⁷ L'indice di instabilità del sistema regionale viene calcolato come rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella Regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, dove quest'ultimo è dato dal prodotto tra (i) numero di aziende esistenti all'interno della Regione in ogni anno considerato e (ii) numero di anni considerati meno uno. Tale indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno, estremi inclusi: un sistema è perfettamente o quasi stabile quando l'indice è pari o tende a zero; è perfettamente o quasi instabile se lo stesso indice è pari o tende a uno. Se l'indice è pari a zero la Regione non ha mai cambiato alcun DG, se l'indice è pari a 1 ogni azienda ha mutato il DG ogni anno.

porto OASI 2003 (Carbone 2003): l'indice di instabilità del sistema regionale⁷ (propensione del sistema a cambiare i propri DG) e l'indice di apertura del sistema regionale⁸ (propensione del sistema stesso a far ruotare i DG fra le proprie aziende o invece ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali DG di aziende di altre regioni – circostanza abbastanza rara come evidenziato dalla Figura 9.1 – o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico). L'indice di apertura non è ovviamente calcolato per le regioni che per tutti gli anni considerati risultano mono-azienda (Valle D'Aosta e Trento), in quanto il concetto di rotazione dei DG tra le aziende della regione perde di significato e il sistema è per definizione perfettamente aperto⁹.

Associando ad ogni regione i valori dei due indici, viene a rappresentarsi un sistema di assi cartesiani (Figura 9.3). In particolare, l'asse delle ascisse rappresenta il grado di instabilità e l'asse delle ordinate il grado di apertura. I due assi s'incrociano nel punto di coordinate (0,23; 0,72)¹⁰, che rappresenta la media nazionale. In questo modo si raffigura una matrice a quattro quadranti.

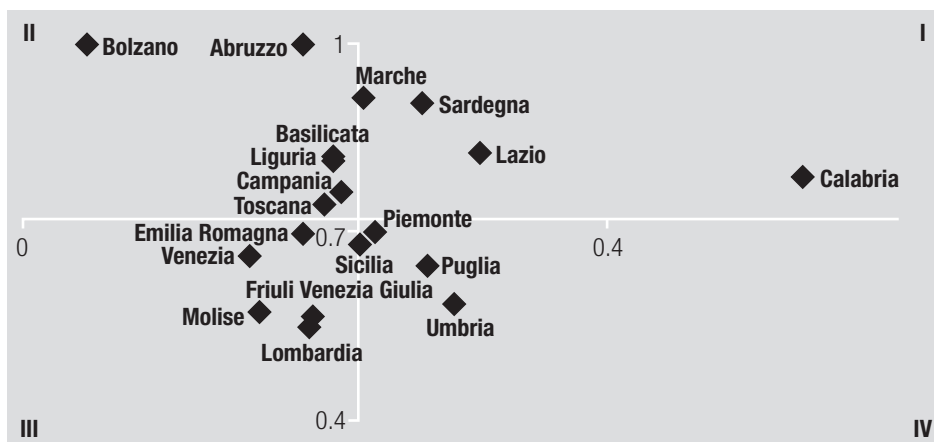
- Nel primo quadrante si collocano le regioni caratterizzate da elevati gradi di instabilità e di apertura (regioni «ad alta variabilità»). Queste caratteristiche si riscontrano maggiormente in alcune regioni del Centro-Sud (Calabria, Lazio, Sardegna, più la regione Marche che si posiziona più vicino ai valori medi nazionali per quanto riguarda l'indice di instabilità).
- Il secondo quadrante raggruppa i sistemi regionali stabili ed aperti, cioè sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono rari ed avvengono, prevalentemente, nominando persone esterne (regioni ad «apertura fittizia»). In questo quadrante si posizionano, in maniera più evidente, la PA di Bolzano e l'Abruzzo; mentre si collocano più vicino alla media nazionale per almeno una delle

⁸ L'indice di apertura del sistema regionale è dato dalla differenza tra il numero di persone che hanno ricoperto la carica di DG in una o più aziende della Regione nel periodo 1996-2008 e il numero massimo di aziende presenti nella Regione nel corso degli anni, divisa per il numero di cambiamenti effettivi di DG nelle aziende della Regione nel periodo considerato. L'indice varia in un intervallo compreso tra zero e uno: un sistema regionale viene definito perfettamente o quasi aperto se l'indice è pari o tende a uno, ossia se prevale la tendenza a nominare persone esterne; invece viene definito chiuso se l'indice è pari o tende a zero, ossia se prevale la tendenza a far ruotare i DG fra le aziende della stessa Regione.

⁹ È possibile invece calcolare l'indice di instabilità che è pari, rispettivamente, a 0,23 e 0,15.

¹⁰ L'indice di instabilità nazionale viene calcolato come quelli regionali, ossia come rapporto tra il numero totale dei cambiamenti avvenuti in Italia tra il 1996 e il 2008 (844) e il numero totale dei possibili cambiamenti (3.584). Il valore è pari a 0,23. L'indice di apertura nazionale è calcolato come differenza tra il numero complessivo dei nomi delle persone che dal 1996 al 2008, in ogni regione, hanno svolto o svolgono il ruolo di DG (852) e il numero massimo di aziende considerate negli anni (300) divisa per il numero di mutamenti effettivi che si sono realizzati nell'arco del periodo considerato (844): il valore è pari a 0,72. Si segnala che tale risultato considera due (*n*) volte i DG che hanno operato in 2 (*n*) regioni, il che può permettere confronti più omogenei con i dati regionali.

Figura 9.3 **Matrice di mobilità dei DG, posizionamento in base a indice di instabilità (ascisse) o di apertura (ordinate)**



Fonte: elaborazioni su dati OASI

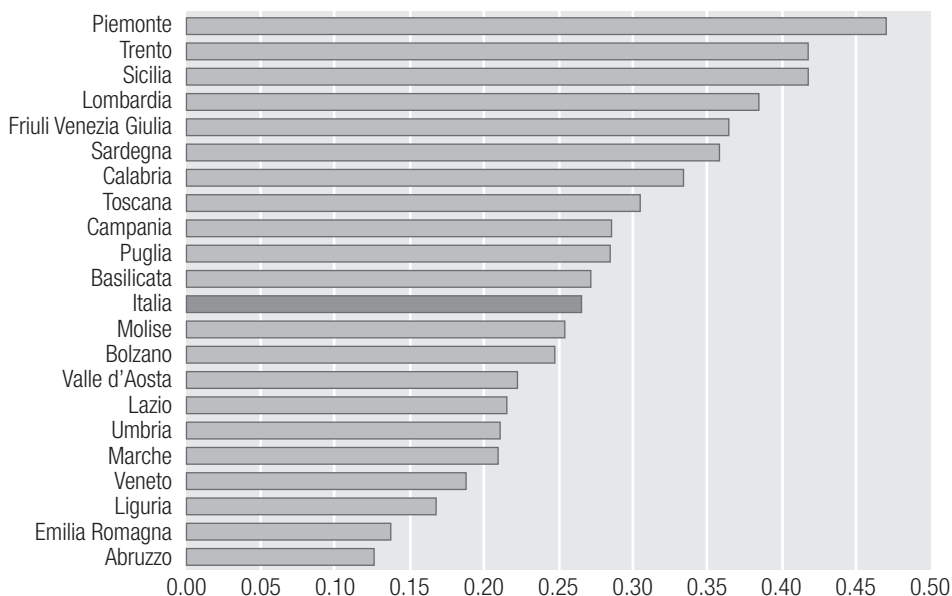
due dimensioni la Basilicata e la Liguria, e per entrambe le dimensioni la Campania e la Toscana.

- Il terzo quadrante raggruppa i sistemi regionali che presentano elevati gradi di stabilità e di chiusura (regioni «statiche»). Si collocano al centro del quadrante Lombardia, Molise e Friuli Venezia Giulia mentre, l'Emilia Romagna e il Veneto si posizionano più vicino alla media nazionale per quanto riguarda l'indice di apertura.
- Il quarto quadrante raggruppa le regioni caratterizzate da un alto grado di instabilità e di chiusura, ovvero sistemi regionali in cui i cambiamenti dei DG sono frequenti ed avvengono, prevalentemente, facendo ruotare i DG fra le aziende della stessa regione (regioni «autosufficienti»). Queste caratteristiche si riscontrano in maniera evidente in Umbria e in Puglia, mentre Piemonte e Sicilia si posizionano all'estremità del quadrante con valori vicini ai valori medi nazionali.

9.3.2 La mobilità dei direttori sanitari e amministrativi

Questo paragrafo propone alcune prime riflessioni sulla mobilità dei direttori sanitari e amministrativi, riproducendo alcune delle analisi effettuate per i direttori generali. Tuttavia, i risultati vanno letti ed interpretati con maggior cautela a causa dell'incopletezza del database e della brevità della serie storica osservata (cfr. *supra*).

In primo luogo, è stato calcolato per ciascun SSR l'indice di instabilità come

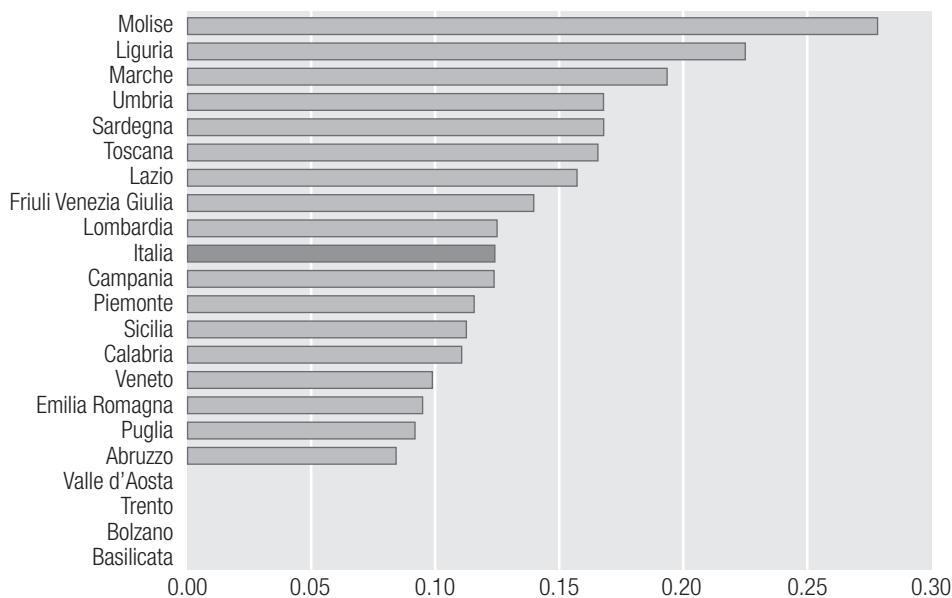
Figura 9.4 **Indice di instabilità dei direttori sanitari**

Fonte: elaborazioni su dati OASI

proxy della durata media in carica di un direttore (amministrativo o sanitario) in una data azienda sanitaria¹¹.

Per i direttori sanitari (Figura 9.4) si evidenzia una certa instabilità in tutti i SSR, ma con un'elevata variabilità interregionale: valori elevati si registrano in Piemonte, Trento e Sicilia; quelli minimi in Abruzzo ed Emilia Romagna. Riguardo ai direttori amministrativi (Figura 9.5), per 4 regioni di piccole dimensioni (Basilicata, Valle D'Aosta, Trento e Bolzano) non risultano cambiamenti (valore dell'indice di instabilità pari a «0»), mentre per le altre 17 si evidenzia un'elevata variabilità interregionale, con un massimo rappresentato dal Molise e un minimo di nuovo dall'Abruzzo. Confrontando i valori medi nazionali riportati nelle due Figure 10.4 e 10.5 si rileva una più elevata instabilità del direttore sanitario (0,27) rispetto a quello amministrativo (0,12). È interessante segnalare la scarsa correlazione tra i due indici: la maggior parte dei SSR che presentano valori di instabilità superiori alla media nazionale per i DS si posizionano al di sotto dei valori medi nazionali per quanto riguarda i DA, e viceversa.

¹¹ È stato considerato l'indice di instabilità come proxy della durata media in carica di un direttore (amministrativo o sanitario) al fine di depurare il dato dalla presenza di nomi di direttori non disponibili e di colmare i limiti derivanti dalla brevità della serie storica osservata.

Figura 9.5 **Indice di instabilità dei direttori amministrativi**

Fonte: elaborazioni su dati OASI

In secondo luogo, si è analizzata anche per i DS e DA la formazione di un corpo professionale. Al riguardo si evidenzia una certa omogeneità tra le due categorie analizzate (Tabelle 10.4 e 10.5): la percentuale di direttori sanitari e amministrativi che ha operato in più di una regione nel periodo 2004-2008 è

Tabella 9.3 **Distribuzione dei DS per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=540)**

Numero anni	Numero regioni		Totale complessivo
	1	2	
1	30.2%	0.0%	30.2%
2	33.9%	0.2%	34.1%
3	18.5%	0.6%	19.1%
4	8.3%	0.4%	8.7%
5	7.2%	0.7%	8.0%
Totale complessivo	98.1%	1.9%	100.0%

Tabella 9.4 **Distribuzione dei DA per numero di anni e numero di regioni in cui hanno ricoperto la carica (N=518)**

Numero anni	Numero regioni		Totale complessivo
	1	2	
1	26.8%	0.0%	26.8%
2	31.1%	0.4%	31.5%
3	23.2%	0.0%	23.2%
4	10.0%	0.6%	10.6%
5	7.1%	0.8%	7.9%
Totale complessivo	98.3%	1.7%	100.0%

estremamente bassa (rispettivamente 1,9% e 1,7%); inoltre, più della metà delle persone che ha ricoperto la carica di DS o di DA lo ha fatto, al massimo, per solo due anni.

9.3.3 La squadra di direzione

Infine, si è voluto indagare lo sviluppo di squadre di direzione «coese» focalizzando, come già anticipato, l'attenzione su un aspetto particolare, ossia osservando contemporaneamente la mobilità dei tre direttori (generale, sanitario e amministrativo).

In particolare, è stata osservata la mobilità interaziendale dell'intera squadra di direzione (insieme delle tre figure) e delle coppie DG-DS e DG-DA nel periodo 2004-2008. La Tabella 9.5 mostra il numero assoluto e l'incidenza delle squadre di direzione e delle coppie (come definite prima) che hanno operato in più di un'azienda. Nel panorama complessivo del SSN tale fenomeno appare molto limitato: le squadre «coese» sono solo 2 (su 885 squadre) e le coppie «coese» DG/DS e DG/DA sono rispettivamente 7 (su 784 coppie) e 4 (su 759 coppie). In tutti i casi si tratta di squadre/coppie che si sono spostate tra aziende della stessa regione (ad eccezione di un caso in cui lo spostamento è avvenuto tra aziende di regioni diverse – Lazio e Molise). Va comunque sottolineato che il risultato è in parte legato al numero contenuto di anni della serie storica osservata.

Tabella 9.5 **Numero assoluto e valori percentuali di «squadre coese» coppie DG-DS e DG-DA (2004-2008)**

	Spostamenti tra aziende della stessa regione			Spostamenti tra aziende di regioni diverse		
	Val. assoluto	Val. %	regioni in cui sono ubicate le aziende	Val. assoluto	Val. %	regioni in cui sono ubicate le aziende
Squadra «coesa» (DG/DA/DS)	1	0.1%	PUG	1	0.1%	MOL-LAZ
Coppia «coesa» (DS/DG)	7	0.9%	PUG, FVG, UMB, LOM, SIC, VEN, EMR,	1	0.1%	MOL-LAZ
Coppia «coesa» (DA/DG)	4	0.5%	PUG, FVG, LOM, EMR,	1	0.1%	MOL-LAZ

9.4 Conclusioni e prospettive di ricerca future

Riassumendo l'analisi fin qui condotta, emergono le seguenti considerazioni.

Dall'analisi sulla mobilità dei DG, si può tracciare il profilo-tipo di un direttore generale che ha operato nel nostro sistema sanitario nel corso degli ultimi 13 anni. Innanzitutto, la sua durata media in carica in un'azienda è poco più di 3 anni e mezzo (3 anni e 7 mesi). È questo, sicuramente, un orizzonte temporale ancora insufficiente, considerando: (i) i tempi necessari per la realizzazione di un «progetto di gestione» in aziende, come quelle sanitarie, caratterizzate da molteplici elementi di complessità e/o (ii) gli effetti di blocco dei progetti e delle innovazioni e l'emergere di atteggiamenti difensivi che accompagnano l'apertura della fase, spesso lunga, di incertezza sulla permanenza del DG in carica (Del Vecchio e Carbone, 2002). In secondo luogo, in molti casi il DG ricopre il suo ruolo per un periodo molto breve (minore di tre anni). Infine, anche nei casi di DG che svolgono la carica per un numero di anni superiore, la tendenza generalizzata è quella di limitare la propria esperienza professionale ad un solo contesto regionale.

Riguardo ai dati sul turn-over di DA e DS, la cui interpretazione non può prescindere dai limiti dell'analisi presentati sopra, si rileva una certa instabilità nel corso del quinquennio osservato e risulta ancora più marcata la tendenza a limitare la propria esperienza professionale ad una sola realtà regionale (circa il 98% di DA e DS ha ricoperto la carica solo in aziende della stessa regione).

Infine, risultano estremamente rari i casi in cui le «triadi» o anche solo le coppie DG/DS e GS/DA si spostano insieme da un'azienda sanitaria ad un'altra. Ciò dipende probabilmente dal fatto che, al momento della nomina di DA e DS intervengono fattori diversi dal semplice criterio del rapporto fiduciario con il DG.

In prospettiva, la ricerca intende svilupparsi almeno lungo tre direzioni:

- ▶ l'aggiornamento dell'analisi e dei singoli indici per le tre figure che compongono la direzione strategica;
- ▶ un'indagine sui percorsi di carriera per l'intera popolazione di DG, DA e DS nel periodo analizzato (per esempio, quanti direttori amministrativi o sanitari diventano direttori generali e viceversa);
- ▶ l'analisi su ulteriori aspetti legati al concetto di coesione (per esempio, se la mobilità di uno dei tre componenti della direzione strategica comporta anche solo la mobilità degli altri due non necessariamente nella stessa nuova azienda).

Bibliografia

- Carbone C.(2003), «La Mobilità dei direttori generali», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, pp. 100-130, Milano, EGEA
- Del Vecchio M. e Carbone C. (2002), «Stabilità aziendale e mobilità dei Direttori Generali nelle aziende sanitarie», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, pp. 268-301, Milano, EGEA.

10 Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari

di Carlo De Pietro e Anna Prenestini¹

10.1 Oggetto e obiettivi dell'analisi

Il capitolo discute ruolo e funzionamento dei Collegi di direzione e dei Consigli dei sanitari delle aziende sanitarie pubbliche italiane, e cioè dei due principali organismi previsti dalla normativa sul SSN per coinvolgere in modo sistematico i professionisti nei sistemi di governo delle aziende.

Le aziende sanitarie, in quanto organizzazioni fortemente professionalizzate, hanno fisiologicamente riconosciuto o delegato ampie responsabilità di gestione a unità operative, servizi, ecc., a volte anche accompagnando i professionisti attraverso interventi formativi volti a sviluppare capacità gestionali adeguate. Tale azione, in termini molto sintetici, può essere considerata una «managerializzazione della *line*».

Un'altra via per coinvolgere i professionisti nelle attività di amministrazione aziendale passa attraverso la loro partecipazione ad organismi che affianchino la direzione aziendale e si occupino, quindi, del complesso delle attività aziendali, con compiti di programmazione, gestione, controllo, ecc. In questo caso si può parlare di cooptazione dei professionisti nella direzione aziendale.

¹ Il capitolo si basa sulla disponibilità delle tre aziende oggetto dei casi di studio e, soprattutto, delle persone intervistate. Per l'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone si ringraziano in particolare il dott. Paolo Saltari, direttore generale, il dott. Willy Pierre Mercante, direttore dipartimento di emergenza-urgenza e cure intensive, il dott. Antonio Alfano, direttore area staff direzione strategica. Per l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Alessandria si ringraziano il dott. Stefano Manfredi, direttore amministrativo aziendale, il dott. Vincenzo Castella, direttore dipartimento materno-infantile, la dott.ssa Maria Grazia Pacquola, responsabile unità operativa di senologia, la dott.ssa Angela Fumarola, responsabile segreteria generale. Per l'Azienda Usl 11 di Empoli si ringraziano il dott. Enrico Roccato, direttore sanitario aziendale, il dott. Massimiliano Biagini, direttore dipartimento medico, il dott. Sergio De Cesaris, dirigente medico dell'unità operativa di analisi cliniche, il dott. Salvatore Iannucci, responsabile segreteria della direzione aziendale. La responsabilità di quanto scritto rimane in ogni caso degli autori. Il testo è frutto del lavoro comune dei due autori. Tuttavia, ad Anna Prenestini è attribuito il paragrafo 10.3.1 e a Carlo De Pietro il resto del capitolo.

Il presente capitolo tratta di questa seconda accezione di coinvolgimento dei professionisti nel management, soffermandosi sul Collegio di direzione e sul Consiglio dei Sanitari. Nella *ratio* della normativa nazionale il primo rappresenta un collegio del management allargato, che comprende – oltre a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario – i responsabili delle principali macroarticolazioni aziendali (distretti, dipartimenti, presidi ospedalieri, ecc.). Il secondo invece ha un potere maggiormente consultivo, in rappresentanza delle diverse professioni sanitarie (eventualmente suddivise per inquadramento contrattuale o collocazione organizzativa) che lavorano nelle aziende sanitarie pubbliche.

Guardando anche ad alcuni casi aziendali, l'obiettivo è quello di tentare una valutazione – ancorché parziale – dell'esperienza fatta dal SSN a oltre 15 anni dalla previsione normativa di tali due organismi, che risale al D.lgs. 502/1992 e cioè alla primissima fase della cosiddetta aziendalizzazione. Più in generale, tale rilevazione permette di indagare un aspetto importante dei rapporti tra manager e professionisti o, meglio, tra professionalismo e managerialismo.

10.2 Struttura del capitolo e metodi di ricerca

La struttura del capitolo è di seguito sinteticamente presentata.

Il § 10.3 offre un inquadramento concettuale del rapporto tra managerialismo e professionalismo nelle aziende sanitarie, distinguendo tre piani diversi:

- il piano della letteratura internazionale, citando alcuni riferimenti teorici degli ultimi decenni;
- il piano della normativa nazionale relativa a Collegi di direzione e Consigli dei sanitari;
- il piano del dibattito pubblico in Italia, guardando a quanto è stato scritto sui principali quotidiani italiani.

I § 10.4, 10.5 e 10.6 descrivono le esperienze di Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari in tre aziende sanitarie pubbliche italiane. La rilevazione è stata effettuata analizzando il materiale documentale fornito dalle aziende (eventuale normativa regionale rilevante per i temi trattati; dati di base circa l'organizzazione e le attività delle aziende; articoli dell'atto aziendale relativi al ruolo e al funzionamento dei due organismi; eventuali regolamenti d'istituzione e/o funzionamento; convocazioni fatte dal 2007 in poi). In seguito, in ciascuna azienda sono state svolte interviste semi-strutturate (della durata di circa 60 minuti ciascuna) ad un componente della direzione strategica, per capire qual è il ruolo che la direzione vuole affidare ai due organismi, ad un componente del Collegio di direzione, ad un

componente del Consiglio dei sanitari e al responsabile di una funzione amministrativa o di staff coinvolta nella gestione amministrativa degli incontri di tali organismi (es. segreteria generale).

Ovviamente, i tre casi indagati non hanno l'ambizione di rappresentare in modo esaustivo le esperienze fatte dall'insieme delle aziende del SSN per quel che riguarda i due organismi di *governance* professionale. Al contrario, tali casi hanno il solo l'obiettivo di dare evidenza di alcuni fenomeni reali e di aiutare a comprendere come e perché tali esperienze si sono sviluppate in un certo modo, quali sono state le condizioni aziendali, di composizione, ecc. che ne hanno influenzato il ruolo e il funzionamento (Yin 1994). Queste considerazioni sono ancora più vere e la rilevazione attraverso casi tanto più necessaria in quanto gli argomenti qui trattati si prestano particolarmente bene a comportamenti di «isomorfismo mimetico» tipici di molte aziende pubbliche, portate a dichiarare il funzionamento «secondo norma» dei propri meccanismi anche quando tale funzionamento è più formale che sostanziale (Anessi Pessina, 2001, p. 6).

Infine, il § 10.7 fa un'analisi trasversale di quanto rilevato nei tre casi di studio.

10.3 Inquadramento teorico e rilevanza nel dibattito sul SSN

10.3.1 Managerialismo e professionalismo nelle aziende sanitarie

L'opinione pubblica e i professionisti hanno sempre posto particolare enfasi sulla contrapposizione tra i ruoli del medico e del manager all'interno delle aziende sanitarie. Nel SSN, tale contrapposizione è sovente sfociata in una tenace opposizione da parte dei professionisti rispetto all'introduzione di approcci aziendalistici e strumenti manageriali per la gestione delle aziende².

Sebbene tale argomento sia all'ordine del giorno sui mezzi di informazione e nel dibattito pubblico, la letteratura che se ne è occupata ha avuto alterne fortune nel corso degli anni. Il presente paragrafo si propone di riprendere il tema del confronto tra medici e manager riportando i contributi della letteratura internazionale e facendo chiarezza sugli elementi che contraddistinguono il difficile equilibrio tra professionalismo, managerialismo e burocrazia.

Il termine *professionalism* è un termine anglosassone che solo di recente la letteratura ha tradotto in italiano col termine professionalismo, che noi adot-

² Si pensi, ad esempio, ai molti professionisti che affermano che «l'ospedale non è un'azienda» (seguendo la dizione comune che utilizza il termine azienda come sinonimo di impresa e che implica finalismi istituzionali volti all'efficienza produttiva e al contenimento dei costi) e che auspicano un ritorno di un modello gestionale «medico-centrico». Sul confronto tra approcci manageriali e professionali cfr. Borgonovi (2004). Riguardo le applicazioni del concetto di azienda al sistema sanitario cfr. Borgonovi e Zangrandi (1988) e Borgonovi (1994).

teremo. Tale concetto ha alla base l'idea che esista una categoria di lavoratori che possiedono il controllo tecnico, politico e/o economico su una particolare tipologia di conoscenza (Fitzgerald e Ferlie 2000). Una serie di caratteristiche distinguono una professione da altri tipi di lavoro (Hall 1968). Da un lato abbiamo caratteristiche strutturali che includono l'istituzione di scuole e facoltà appositamente destinate alla formazione, la definizione di alcuni meccanismi che abilitano all'esercizio della professione (ad es. esami di stato), la costituzione di associazioni professionali e la definizione di codici deontologici ed etici. Dall'altro lato si distinguono caratteristiche di tipo attitudinale, ossia che riflettono il modo in cui i professionisti si pongono rispetto al proprio lavoro. Come conseguenza di ciò, il professionista è fortemente legato al proprio gruppo professionale ed è portato a ritenere che il controllo sul lavoro possa essere esercitato solo da pari, per via delle conoscenze e delle competenze necessarie per poter valutare e giudicare l'operato. L'attributo principale della professione è, dunque, la presenza di un'autonomia professionale che, in linea di principio, rende il professionista libero di prendere decisioni relative allo svolgimento del lavoro con l'unico vincolo delle regole decise dall'associazione professionale.

In questo capitolo ci si soffermerà sul professionalismo dei medici, benché vi siano molteplici gruppi professionali che svolgono un ruolo importante all'interno delle aziende sanitarie (De Pietro 2005, pp. 37-82). La professione medica si distingue, in particolare, poiché ha da sempre esercitato un ruolo di gestione dei servizi sanitari e di controllo sulle altre professioni. Quest'ultimo aspetto è stato però rimesso in discussione negli ultimi anni; (Tousijn 2002).

Le aziende sanitarie, seguendo lo schema concettuale proposto da Mintzberg (1980 e 1985), vengono identificate proprio come «burocrazie professionali», nelle quali il nucleo operativo (ossia quella parte dell'organizzazione che si occupa direttamente della produzione di beni o servizi) domina l'organizzazione, in quanto composto da professionisti altamente specializzati che svolgono il proprio lavoro in autonomia rispetto all'amministrazione. La burocrazia professionale è quindi caratterizzata da una forte decentralizzazione verticale, poiché le decisioni sono delegate ai professionisti che fanno parte del nucleo operativo. La *middle line*, che comprende quei manager che hanno autorità formale sulla gestione e si collocano tra il vertice strategico e il nucleo operativo, è invece meno sviluppata rispetto ad altri tipi di organizzazione. Inoltre, secondo Mintzberg, tale management intermedio deve necessariamente essere composto da professionisti, in modo da mantenere il supporto da parte dei membri del nucleo operativo e preservare l'organizzazione da eventuali conflitti.

Più in generale, con riferimento alla letteratura è possibile identificare alcuni filoni di studi sui temi del professionalismo e dei rapporti con burocrazia e managerialismo, che si collocano in orizzonti temporali diversi.

Un primo filone, sviluppatosi tra gli anni sessanta e la fine degli anni settanta, è di stampo prevalentemente nordamericano e sociologico. Esso si occupa delle caratteristiche delle organizzazioni professionali (Hall 1967; Lee 1969; Bucher e Stelling 1969) e del presunto declino del professionalismo in relazione alla progressiva burocratizzazione di tali organizzazioni (Hall 1968; Engel 1969; Engel 1970). Già a partire da questi anni gli studiosi facevano emergere due fenomeni che osteggiavano la predominanza del professionalismo: l'organizzazione «burocratica» del lavoro, concetto che nella letteratura sociologica tende a comprendere anche la gestione manageriale, e la «proletarizzazione» del professionista. I medici, soprattutto nei sistemi sanitari in cui sono dipendenti «salariati», perdevano parte dell'autonomia che contraddistingueva il loro ruolo in quanto controllati dall'apparato burocratico. Tali studi, tuttavia, non erano concordi nel ritenere che la burocrazia andasse necessariamente a detrimento dell'autonomia professionale.

Occorre aspettare la seconda metà degli anni novanta perché tali temi vengano ripresi con intensità, a partire dal processo di riforma del settore pubblico che, dai paesi anglosassoni, si è diffuso nel continente europeo sotto il nome di *new public management* e ha investito in modo importante la sanità (Ong e Shepers 1998; Southon e Braithwaite 1998; Fitzgerald e Ferlie 2000). Tali studi si focalizzano su un altro fenomeno che viene contrapposto al professionalismo: il managerialismo. La letteratura ricerca le cause della de-professionalizzazione e della perdita di autonomia della categoria medica nella progressiva introduzione di modelli e strumenti manageriali per la gestione delle organizzazioni sanitarie. Gli approcci manageriali, ritenuti indispensabili per ottenere una maggiore responsabilizzazione nell'uso delle risorse e per contenere gli aumenti della spesa sanitaria, presuppongono l'introduzione di nuove figure all'interno delle aziende sanitarie – i *manager* – che rimettono in discussione gli equilibri delle burocrazie professionali e la forza del nucleo operativo.

Gli studiosi concordano nel ritenere che la dialettica tra professionisti e manager assuma spesso, almeno nelle percezioni e nel vissuto delle organizzazioni, le vesti di una contrapposizione più o meno esplicita (Davies e Harrison 2003; Degeling et al. 2003; Garelick e Fagin 2005). Tale contrapposizione esiste in quanto diversi sono gli obiettivi e i valori che appartengono ai due ruoli. Un aspetto che sembra interessante sottolineare è che i clinici si focalizzano sul singolo paziente, sull'efficacia della cura, sull'*evidence based practice* e, di conseguenza, aspirano a mantenere una propria autonomia di giudizio ed essere giudicati solo da pari. I manager hanno invece una visione orientata all'intera «popolazione» e non al singolo caso, proprio per questo enfatizzano la necessità di una maggiore attenzione sull'efficienza allocativa e il controllo dei costi.

Tuttavia, non è possibile né auspicabile che il managerialismo informi la gestione delle aziende sanitarie superando e sostituendo il professionalismo proprio di tale settore. Ed è per questo motivo che il dibattito si è innestato sui pos-

sibili meccanismi attraverso i quali risolvere – o quanto meno gestire – tale confronto. In letteratura sembra esserci una certa convergenza nel ritenere che la soluzione passi attraverso il coinvolgimento dei clinici nel management (Allen 1995; Walker e Morgan 1996; Davies e Harrison 2003; Vlastarakos e Nikopulos 2007) e, nello specifico, nei processi decisionali e strategici dell'azienda sanitaria³, suggerendo che esso può condurre a significativi benefici per le performance aziendali, comprese quelle legate alla qualità dell'assistenza.

Il coinvolgimento dei medici nel management si può ottenere in due modi: i) attraverso la costituzione di organi collegiali o consigli di amministrazione (c.d. *boards*), cui partecipino i clinici, con compiti decisionali e strategici (Fitzgerald e Ferlie 2000) e ii) attraverso il rafforzamento dei livelli di management intermedio composto da professionisti ai quali vengono delegati in misura crescente responsabilità e sistemi di gestione come, ad esempio, è accaduto in alcuni casi con i dipartimenti, ma anche grazie allo sviluppo di competenze manageriali da parte dei responsabili delle strutture operative sanitarie.

La letteratura internazionale, corposa in particolare rispetto a questa seconda soluzione, riflette le riforme sanitarie che, per esempio, in diversi paesi hanno portato all'introduzione dei dipartimenti con a capo un clinico (Kitchener 2000; Lega 2008). Sul piano organizzativo, il modello dipartimentale spinge verso il superamento della tradizionale burocrazia professionale (Willcocks 1994; Lega e De Pietro 2005) e verso l'affermazione di una struttura organizzativa divisionale decentrata, dove le responsabilità gestionali sono poste in capo ai direttori clinici di dipartimento⁴.

Dal punto di vista delle attitudini e delle conoscenze necessarie per svolgere tale ruolo, inoltre, il sistema si è attivato attraverso iniziative di formazione con l'obiettivo di sviluppare o rafforzare competenze manageriali che tradizionalmente non rientrano nel curriculum formativo dei medici e degli altri professionisti sanitari (Harrison e Miller 1999; Atun 2003).

La letteratura internazionale, come già evidenziato, sembra non soffermarsi altrettanto sul ruolo degli organi collegiali di cui fanno parte i clinici. Risulta quindi interessante valutare l'esperienza italiana che ha promosso entrambe le modalità di coinvolgimento dei medici sopra ricordate.

³ Se, da un lato, larga parte degli studiosi si è soffermata sul tema del governo clinico-assistenziale (c.d. *clinical governance*; cfr. ad esempio Baraghini et al. 2007), che ha come focus la ridefinizione e la condivisione di processi clinici e assistenziali in un'ottica di utilizzo appropriato delle risorse, dall'altro vi è una corrente di letteratura, su cui si concentra questo capitolo, che tratta del coinvolgimento dei clinici nel management (c.d. *doctors in management*).

⁴ In ogni caso, il ruolo del direttore di dipartimento risulta particolarmente complesso. Infatti, non solo egli deve conciliare le esigenze dettate dalla propria professione di clinico con le istanze manageriali per la gestione del dipartimento di cui è a capo, ma deve anche rispondere, in sede di organo collegiale, della strategia dell'intera azienda (Ong e Shepers 1998).

10.3.2 La normativa italiana

Il Collegio di direzione è disciplinato dall'omonimo articolo 17 del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche. L'articolo prevede quanto segue:

1. In ogni azienda è costituito il Collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.
2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.
- 2-bis. Fino all'entrata in vigore della disciplina regionale sull'attività e la composizione del Collegio di direzione e del Comitato di dipartimento, i predetti organi operano nella composizione e secondo le modalità stabilite da ciascuna azienda sanitaria, fermo restando per il Collegio di direzione la presenza dei membri di diritto.

Sempre il testo aggiornato del D.lgs. 502/92 prevede che «l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. [...] La commissione, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti a una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale e uno dal Collegio di direzione. Fino alla costituzione del collegio all'individuazione provvede il Consiglio dei sanitari» (art. 15-ter, comma 2). Inoltre, l'art. 15-quinquies, comma 2, lettera a), prevede che il direttore generale individui, d'intesa con il Collegio di direzione, le strutture aziendali nelle quali i dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo possono esercitare «attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio».

Alla normativa nazionale si è poi aggiunta quella emanata da alcune Regioni. La principale innovazione in tal senso è forse rappresentata dalla normativa della Regione Emilia-Romagna, la quale con la L.R. 29/2004 promuove il Collegio di direzione a organo delle aziende (art. 3, comma 3), affidandogli «compiti di

proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori», «prevedendo la presenza del personale medico convenzionato» tra i suoi componenti secondo le regole fissate dagli atti aziendali e indicando «la partecipazione del Collegio di direzione all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente ed alla formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria», sempre secondo le modalità indicate dall'atto aziendale⁵.

Infine, sembra utile ricordare il disegno di legge presentato a fine 2007 dall'ex Ministro della Salute Livia Turco⁶, che rafforzava in modo sensibile il ruolo del Collegio di direzione nei processi decisionali aziendali. La relazione introduttiva individua «l'aspetto sostanziale dell'intervento» nel «potenziamento del ruolo attribuito al collegio di direzione, cui le regioni possono riconoscere la qualificazione di organo. Il collegio di direzione concorre alla pianificazione, alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi per il governo delle attività cliniche, alla programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie. L'articolo ridefinisce i rapporti con il direttore generale, prevedendo l'espressione di un parere obbligatorio su specifici atti quali: l'atto aziendale, i programmi di ricerca e di formazione, gli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, il piano aziendale di educazione medica e delle professioni sanitarie, le modalità generali di esercizio della libera professione intramuraria. Il direttore generale è tenuto a motivare le determinazioni eventualmente assunte in contrasto con il suddetto parere. Viene demandata alla regione la disciplina dell'attività e della composizione del collegio di direzione», prevedendo in ogni caso (art. 7 del d.d.l.) «la partecipazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo, dei direttori di distretto, dei direttori di dipartimento e di presidio, compreso il responsabile del servizio infermieristico, di un rappresentante dei medici di medicina generale e di un rappresentante dei pediatri di libera scelta e degli specialisti convenzionati». Inoltre, «la nomina del direttore di dipartimento è preceduta da consultazione del collegio di direzione e del comitato di dipartimento». Ancora, la selezione per gli incarichi di direzione di struttura complessa prevede una «Com-

⁵ Per un'interpretazione che vede tale scelta quale strumento di partecipazione interna e per «assicurare una maggiore collegialità nei processi decisionali dopo più di un decennio di accentuata monocraticità della funzione di direzione generale», cfr. Del Vecchio (2006: 424-9).

⁶ Il D.D.L. «Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale. Deleghe al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, riorganizzazione degli enti vigilati, farmacie, riordino della normativa di settore» è stato trasmesso alla presidenza del Senato della Repubblica l'11 dicembre 2007 dal Ministro della salute, di concerto coi Ministri dell'università e della ricerca, per gli affari regionali e le autonomie locali, dell'economia e delle finanze, per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, per i rapporti con il Parlamento e le riforme istituzionali.

missione di selezione [...] costituita da cinque componenti scelti dal collegio di direzione, di cui uno interno all'azienda sanitaria (il direttore del dipartimento presso il quale l'incarico è vacante, che svolge le funzioni di presidente) e quattro nell'ambito di una rosa di almeno otto nominativi di direttori di struttura complessa appartenenti alla medesima disciplina dell'incarico, individuati tramite pubblico sorteggio tra il personale del Servizio sanitario nazionale, iscritti negli elenchi della regione ed eventualmente di una regione aggiuntiva. La commissione seleziona non più di tre candidati ed è tenuta a motivare adeguatamente la propria scelta. I curricula dei candidati selezionati devono essere resi pubblici dall'azienda sanitaria. Il direttore generale sceglie motivatamente il candidato a seguito di un colloquio attitudinale svolto dalla commissione in sua presenza, sulla base dei criteri individuati dalla regione».

Il Consiglio dei sanitari è disciplinato dal comma 12 dell'art. 3 del testo aggiornato del d.lgs. 502/1992: «Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio: medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati – con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nella unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero – nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio». Lo stesso articolo, al comma 6, prevede che «il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal [...] consiglio dei sanitari».

Appare significativo sottolineare come la L.R. 29/2004 dell'Emilia-Romagna non citi mai il Consiglio dei sanitari ma citi soltanto il Collegio aziendale delle professioni sanitarie, senza peraltro specificarne il ruolo. Allo stesso modo, anche il disegno di legge presentato nel dicembre 2007 dall'allora ministro della salute Turco si limita a rinominare il Consiglio dei sanitari in «Consiglio delle professioni sanitarie», senza però modificare il suo ruolo rispetto a quanto oggi previsto.

10.3.3 Il dibattito sui mezzi di comunicazione di massa

«Il pianeta dei manager fa quadrato: “Benvengano un dialogo e una collaborazione più serrata con i clinici [...]. Ma la responsabilità delle decisioni e delle scelte deve rimanere solo nostra”. [...] Nel mirino c'è soprattutto l'intenzione, trat-

teggiata in più bozze del Ddl di ammodernamento (c.d. Turco; *N.d.A.*), di trasformare il collegio di direzione in un vero e proprio organo che affianchi il Dg e metta bocca in temi extra-clinici come il bilancio o il piano investimenti. “Il rischio – spiegano i Dg – è quello di trasformare le Asl in un mostro a due teste”. Il collegio di direzione deve restare, insomma, un organismo consultivo e non un organo, con la funzione “importante – ci tengono a precisare i manager – di dare voce ai clinici, in modo da farli partecipare alle scelte e alle decisioni di programmazione”» (Il Sole 24 Ore Sanità, 29 maggio – 4 giugno 2007, p. 2).

«Per eliminare l'ingerenza della politica nella sanità il capogruppo della lista [...] in consiglio regionale [...] ha presentato ieri una proposta di legge: dispone che il Consiglio dei sanitari diventi organo di Usl e aziende ospedaliere al pari del direttore generale e del collegio sindacale. I compiti del Consiglio, composto in maggioranza da medici, sono di consulenza tecnico-sanitaria» (La Repubblica – Roma, 23 gennaio 2008, p. 2).

Quelli sopra citati sono solo due tra i numerosi articoli apparsi sulla stampa e che trattano rispettivamente di Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari, all'interno del più ampio tema del confronto tra management e professionisti nelle aziende del Ssn⁷. Nel secondo caso, in particolare, è interessante notare come il rafforzamento del ruolo del Consiglio dei sanitari sia considerato anche una misura atta a ridurre l'ingerenza della politica nelle attività di gestione delle aziende. Si tratta di un argomento che rimanda alle frequenti critiche di direttori generali «totipotenti» ma politicizzati, che dovrebbero trovare contrappesi più forti nei meccanismi di *governance* aziendale.

In generale, le citazioni relative al Collegio di direzione che è possibile trovare sui quotidiani si riferiscono a decisioni gestionali assunte da quell'organismo, oltre che alle sue prerogative nel partecipare alla formazione della cosiddetta «rosa» di candidati per gli incarichi di direzione di struttura complessa. Nel caso del Consiglio dei sanitari, invece, le citazioni sui quotidiani si riferiscono alle presentazioni dei progetti aziendali fatte a tale organismo e ai pareri positivi o negativi che esso ha espresso.

10.4 Il caso dell'Azienda Ospedaliera di Pordenone

L'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone ha circa 1.900 dipendenti, di cui circa 300 medici, e 525 posti letto. L'azienda effettua oltre 25.000 ricoveri all'anno, più di 60.000 prestazioni di pronto soccorso e oltre 3 milioni di

⁷ Dal 2006 a oggi sul Corriere della Sera sono apparsi due articoli che richiamavano esplicitamente il Collegio di direzione, mentre sulla Repubblica (comprese le sue edizioni locali) gli articoli sono stati diciotto. Nove gli articoli apparsi su Repubblica (pagine nazionale e locali) che citano il Consiglio dei sanitari nello stesso arco di tempo.

prestazioni ambulatoriali (comprese 1.600.000 prestazioni di laboratori di analisi). Il valore della produzione è di circa 160 milioni di euro.

Nell'esperienza dell'azienda il Consiglio dei sanitari è stato attivato con regolari elezioni dei componenti e con regole di funzionamento previste dall'atto aziendale, ma attualmente sta attraversando un periodo di «stasi operativa», dovuta anche agli impegni dei componenti delle varie professioni relativi al lavoro clinico e assistenziale. Per questo motivo la rilevazione ha riguardato il solo Collegio di direzione, composto dai nove direttori di dipartimento, i tre direttori aziendali e il responsabile dello staff. I dipartimenti sono: Chirurgia generale, Chirurgia specialistica, Diagnostica per immagini, Emergenza-urgenza e cure intensive, Materno-infantile, Medico-specialistico, Medico specialistico e riabilitativo, Medicina di laboratorio, Medicina trasfusionale.

Gli incontri del Collegio di direzione si tengono generalmente con cadenza mensile. L'ordine del giorno è formalmente definito dal DG, spesso tenendo conto di esigenze e/o richieste espresse dai professionisti o dagli stessi componenti del Collegio. Tra il 2007 e il 2008 le riunioni hanno trattato, tra gli altri temi:

- ▶ il bilancio: la direzione aziendale ha illustrato le indicazioni provenienti dagli organi regionali circa il finanziamento previsto per le attività aziendali e il bilancio preventivo, con una discussione approfondita delle principali voci che lo compongono;
- ▶ il budget: il Collegio ha discusso le linee del budget aziendale, esprimendo una sua valutazione complessiva sulla proposta della direzione aziendale;
- ▶ i documenti di programmazione aziendali e sovra-aziendali, sui quali, a volte, sono state apportate modifiche anche rilevanti. Un esempio recente riguarda l'angioplastica che, inizialmente, la programmazione regionale non aveva previsto per l'azienda di Pordenone. A seguito di una discussione in seno al Collegio su identità, ruolo e posizionamento dell'azienda nel sistema regionale e sulle conseguenze in termini di reputazione e prospettive di sviluppo, la direzione aziendale ha rinegoziato con la Regione (Direzione centrale salute e protezione sociale e Agenzia regionale della sanità) tale programmazione, riuscendo a includere Pordenone tra le strutture in cui è presente tale metodica di cardiologia o radiologia interventistica mini-invasiva e facendo dell'Azienda il centro di riferimento regionale per le attività di chirurgia della mano;
- ▶ le scelte relative a struttura e sviluppo organizzativo: si tratta di questioni che coinvolgono in modo diretto e concreto i professionisti e i dipartimenti, e per tale ragione le discussioni in seno al Collegio «non trovano ostacoli ma facilitatori» (ad es., una decisione particolarmente importante presa in Collegio di direzione ha riguardato la collocazione di servizi e risorse, prima gestiti direttamente dalle chirurgie, sotto la diretta responsabilità del dipartimento dell'emergenza-urgenza e delle cure intensive);

- il piano della formazione, presentato al Collegio di direzione sia le iniziative di aggiornamento professionale, sia per quelle di formazione gestionale e organizzativa⁸;
- il piano degli investimenti, con un'informazione preventiva sulla bozza del medesimo. A tale proposito si consideri che per gli investimenti d'importo superiore ai 100.000 euro, i dipartimenti sono già chiamati a predisporre delle schede in cui descrivono obiettivi, caratteristiche e condizioni dell'investimento proposto. In tal modo il Collegio di direzione diviene il luogo in cui le diverse proposte dei dipartimenti e quelle della direzione aziendale trovano una sintesi;
- la libera professione intramuraria, sebbene spesso il Collegio di direzione evidenzia posizioni diverse tra la direzione aziendale e i responsabili dei dipartimenti, sulle quali non è sempre possibile trovare soluzioni condivise.

Si tratta di temi coerenti con quanto previsto dall'atto aziendale, che sottolinea il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei direttori di dipartimento nella gestione aziendale⁹. La discussione in seno al Collegio di direzione si svolge anche su temi di miglioramento della qualità e gestione del rischio. L'azienda ha in corso progetti trasversali *ad hoc*, primo tra tutti il processo di accreditamento Joint Commission International, con l'attivazione di numerosi gruppi di lavoro sui singoli temi d'intervento e con una responsabilizzazione forte dei direttori di dipartimento nel conseguire i risultati previsti dal progetto.

Una prima conclusione che si può trarre dall'analisi riguarda il ruolo sostanziale svolto dal Collegio nella gestione complessiva dell'azienda che, in parte, può essere stato favorito dal numero limitato di componenti e dal coinvolgimen-

⁸ La formazione presso l'azienda è gestita da una struttura semplice che dipende dalla struttura complessa «Area staff della direzione strategica». Istituita con l'atto aziendale del 2006, svolge le sue attività in un'ottica di Area Vasta, offrendo servizi anche all'ASS n. 6 «Friuli occidentale».

⁹ L'articolo 6.2 dell'atto aziendale del 2006, prevede per il Collegio di direzione «specifiche attribuzioni in ordine alle seguenti materie: programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, tramite proposizione di obiettivi aziendali, individuazione e successivamente valutazione delle attività che in ambito aziendale possono rivestire valenza strategica; programmazione e valutazione delle attività che richiedono la partecipazione all'integrazione di aree di diversa appartenenza allo scopo di garantire servizi integrati funzionali alle scelte strategiche aziendali; formulazione degli aspetti organizzativi in materia di funzionamento dei servizi e sviluppo delle tecnologie; formulazione di programmi di formazione per il personale diretti sia all'acquisizione di nuove tecniche assistenziali e/o cliniche, sia all'acquisizione di metodi e strumenti gestionali in tema di sistemi di programmazione, controllo e valutazione; formulazione di ipotesi organizzative per l'esercizio dell'attività libero-professionale, a tal fine valuta la congruità dei volumi di prestazioni in libera professione in relazione alle attività istituzionali e individua, suggerendo alla direzione aziendale, spazi e/o locali per l'espletamento dell'attività libero-professionale allo scopo di assicurare il regolare e ottimale svolgimento della medesima; individuazione dei componenti delle commissioni esaminatrici di concorso nei casi previsti dalla normativa concorsuale».

to costante della direzione strategica, i cui tre direttori partecipano con assiduità ai lavori del Collegio. Da ciò discende la capacità di incidere in modo visibile su decisioni aziendali anche importanti. Un esempio riguarda l'oculistica, per la quale il Collegio di direzione ha svolto il ruolo di «enzima delle decisioni», accelerandole rispetto a quanto sarebbe successo in assenza di un proprio intervento. Un secondo esempio riguarda la radiologia, per la quale la direzione aveva proposto investimenti soprattutto a favore dell'interventistica, poi riequilibrati in seno al Collegio di direzione per tener conto anche delle necessità della diagnostica più tradizionale.

Un secondo commento riguarda le condizioni del dibattito interno al Collegio. In tal senso, sembra interessante notare come nell'azienda di Pordenone tale organismo rimanga un luogo di confronto del management interno: nel 2007 è capitato infatti soltanto una volta che un consulente esterno abbia partecipato ai lavori del Collegio di direzione. Si tratta dunque di un consesso in cui le questioni possono essere affrontate in modo sufficientemente diretto e che favorisce quella che un nostro interlocutore ha definito un atteggiamento di «captatio benevolentiae», in quanto capace di «ammortizzare le possibili tensioni», informare e responsabilizzare la prima linea interna all'azienda, fugando anche possibili fraintendimenti e ambiguità che la complessità organizzativa e l'eterogeneità delle attività svolte possono fisiologicamente generare.

Infine, un terzo commento riguarda l'importanza di un buon lavoro istruttorio in preparazione delle riunioni e, ancor di più, di un'adeguata legittimazione istituzionale e organizzativa di tale organismo all'interno dell'azienda, condizioni fondamentali per l'utilità e l'efficacia della sua azione.

10.5 Il caso dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Alessandria

Dal gennaio 2008 l'Asl 20 di Alessandria e Tortona, l'Asl 21 di Casale Monferrato e l'Asl 22 di Acqui Terme, Novi Ligure e Ovada si sono fuse nella nuova Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Alessandria.

La nuova azienda provinciale impiega quasi 4.000 dipendenti di cui circa 600 medici. Il territorio, suddiviso in sette distretti, comprende 195 Comuni con una popolazione complessiva di 450.000 residenti. Gli ospedali sono sei con circa 1000 letti in totale (sia di ricovero ordinario, sia di ricovero diurno).

Il recente accorpamento delle tre precedenti aziende ci ha portato a considerare, ai fini della nostra analisi, le attività svolte dal Collegio di direzione nella precedente Asl 20 di Alessandria e Tortona¹⁰. Per il Consiglio dei sanitari abbiamo invece considerato le recenti elezioni svolte nell'azienda provinciale e abbiamo intervistato un neo-eletto in tale organismo. Tale scelta è stata operata perché

Box 10.1 La disciplina dei due organismi nella ex Asl 20 e nella nuova Asl provinciale tratta dagli Atti Aziendali

Ex Asl 20 di Alessandria e Tortona	Nuova Asl della Provincia di Alessandria
Art.14 – Il Collegio di Direzione Il Collegio di Direzione, costituito ai sensi dell'art.17 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., è composto dal Direttore Generale che lo presiede, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario Ospedaliero. Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, Direttore del Dipartimento di Prevenzione, Direttori dei Distretti, Direttore del Dipartimento Tecnico-Logistico, Direttore del Dipartimento Amministrativo. I Responsabili sopraindicati sono individuati da apposito atto coerente con gli indirizzi regionali ed approvato dal Direttore Generale. Esso costituisce un momento di incontro tra i vari professionisti in ordine alla elaborazione delle linee strategiche di sviluppo dell'Azienda concordando con proposte, suggerimenti ed adeguamenti alla funzione di governo complessivo affidato al Direttore Generale. Il Collegio di Direzione è l'organo nel quale si integrano le scelte clinico-assistenziali e le scelte gestionali, con particolare riferimento: - alla definizione dei piani per la programmazione e per la valutazione dell'attività tecnico-sanitaria e ad alta integrazione sanitaria, - all'orientamento delle scelte in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle tecnologie, - agli aspetti organizzativi legati all'esercizio della libera-professione intramuraria principalmente per valutare i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi proposti, - alla definizione delle politiche generali di gestione delle risorse umane ed alla elaborazione, su delega del Direttore Generale, dei piani formativi e di aggiornamento dell'Azienda. Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale in ordine all'assolvimento delle funzioni attribuite e in ogni caso almeno una volta per semestre.	Art. 14 – Il Collegio di direzione Il Collegio di direzione, costituito ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., è composto dal Direttore Generale che lo presiede, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario d'Azienda nonché dai Responsabili delle Strutture organizzative dell'Azienda, individuati da apposito regolamento coerente con gli indirizzi regionali e approvato dal Direttore Generale. Esso svolge le funzioni previste dalla normativa vigente e assicura alla Direzione Generale una gestione operativa dell'Azienda su basi collegiali e integrate. È strumento della Direzione Generale per la comunicazione e condivisione di informazioni gestionali tra la Direzione dell'Azienda e le sue Strutture. Rappresenta, a livello centrale, l'ambito di definizione di mediazione e di sintesi delle attività negoziali che si sviluppano all'interno dell'azienda.
Art.15 – Il Consiglio dei Sanitari Il Consiglio dei Sanitari, costituito ai sensi dell'art.3, comma 11 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., è presieduto dal Direttore Sanitario e svolge le funzioni consultive attribuite dalla normativa vigente in materia tecnica e sanitaria. È competente ad esprimere parere obbligatorio sulla proposta di Piano di attività annuale e pluriennale. La composizione, le modalità di elezione e di funzionamento nonché le competenze del Consiglio dei Sanitari sono disciplinati da apposito regolamento nel rispetto della normativa regionale vigente.	Art. 15 – Il Consiglio dei sanitari Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'Azienda, è costituito ai sensi dell'art. 3 comma 12 del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., è presieduto dal Direttore Sanitario d'Azienda e svolge le funzioni di consulenza tecnico sanitaria attribuite dalla normativa vigente. La composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono disciplinati da apposito regolamento nel rispetto della normativa regionale vigente.

nella ex Asl 20 il Consiglio era stato costituito nel 1994 ma poi aveva presto perso slancio, finendo per non essere più convocato.

Dal punto di vista normativo, appare interessante sottolineare come, per entrambi gli organismi, il nuovo atto aziendale dell'Asl provinciale prevede una disciplina più sintetica di quella definita nell'atto aziendale della ex Asl 20 (cfr. Box 10.1)¹¹

10.5.1 Il Collegio di direzione

Nell'Asl 20 il Collegio di direzione è stato costituito nel 2001 e da allora ha svolto un'attività costante. Nel 2007 le convocazioni sono state sei, seguita da una comune per la nuova Asl provinciale nel giugno 2008.

Nel 2001 i componenti del Collegio erano 11 più Dg, Da e Ds. A seguito di successive modifiche, il numero è aumentato a 14 più i tre direttori aziendali. Partecipa poi il dirigente degli Affari Generali con funzione di verbalizzazione.

Nelle convocazioni dal gennaio 2007 ad oggi, le materie all'ordine del giorno hanno riguardato:

- ▶ la nomina di uno dei membri delle commissioni esaminatrici per i concorsi del personale del comparto¹² e per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa¹³;
- ▶ la nomina del terzo componente dei Collegi Tecnici (il regolamento aziendale della valutazione dei dirigenti prevede che uno dei tre componenti dei collegi tecnici – più un suo supplente – sia indicato dal Collegio di direzione);
- ▶ l'autorizzazione a svolgere attività libero-professionale intramuraria;
- ▶ la discussione del piano di formazione;

¹⁰ La Asl 20 di Alessandria e Tortona serviva 190.000 residenti su 67 Comuni e impiegava poco più di 1.100 dipendenti (di cui circa 170 medici) dislocati su due distretti, i dipartimenti territoriali e l'ospedale di Tortona, con circa 200 posti letto complessivi.

¹¹ I riferimenti normativi regionali sono la Dgr 80-1700 dell'11 dicembre 2000 «Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali» e la Dgr 81-1701 dell'11 dicembre 2000 «Composizione, modalità di elezione e funzionamento del Consiglio dei sanitari». Quest'ultima prevede per il Consiglio 20 componenti: sette medici ospedalieri, due infermieri, due tecnici sanitari, un farmacista, uno psicologo, un biologo o chimico o fisico, un veterinario, un medico dei servizi, un Mmg, un Pls, un medico di medicina specialistica convenzionata, un medico di guardia medica. La stessa Dgr stabilisce che i pareri obbligatori richiesti al Consiglio dei sanitari dal Dg devono pervenire allo stesso Dg entro «15 giorni dal ricevimento della richiesta. Decorso tale termine, il parere si intende favorevole».

¹² Il d.p.r. 220/2001 «Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale» prevede che il Collegio di direzione nomini uno dei due operatori di profilo corrispondente a quello messo a concorso (l'altro è scelto dal Dg, insieme al presidente della commissione esaminatrice; artt. 28, 38, 44 e 50).

¹³ Secondo quanto previsto dall'art. 15 ter del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., ripreso poi dalla Dgr 55-8865 del 26 maggio 2008 della Regione Piemonte.

- ▶ l'affidamento di incarichi di responsabilità per strutture semplici a valenza dipartimentale;
- ▶ la presentazione della nuova organizzazione definita per uno dei due distretti della Asl 20;
- ▶ la modalità della rilevazione presenze per i direttori di struttura complessa;
- ▶ l'andamento gestionale ed economico dell'azienda;
- ▶ la bozza di atto aziendale per la nuova Asl provinciale;
- ▶ la bozza di «Piano strategico di riqualificazione dell'assistenza e di riequilibrio economico-finanziario (Prr) – Anni 2008-2010»;
- ▶ altre comunicazioni della direzione aziendale.

In alcuni casi si tratta di temi evidentemente importanti, ma che lasciano fuori, tra gli altri, eventuali discussioni sul bilancio preventivo o consuntivo e il processo di budget. Sono stati invece discussi – ma in modo considerato «formale e sbrigativo» – alcuni rilevanti documenti di programmazione, primo tra tutti il Prr. Anche nel caso degli investimenti, la sensazione dei partecipanti è che la discussione vertesse su questioni sostanzialmente già decise dalla direzione aziendale e che quindi il Collegio non potesse incidere sui processi decisionali.

Quest'ultimo punto è sintomatico di un più generale sentimento di aspettative disattese circa la possibilità di partecipare in senso proprio alle attività di programmazione aziendale. Tuttavia, viene fatto presente che ciò potrebbe essere il frutto di situazioni contingenti e, in particolare, dell'accorpamento aziendale, che ha assorbito e distolto l'attenzione della direzione aziendale e non ha reso possibile un confronto approfondito tra la stessa direzione e la linea clinico-assistenziale.

10.5.2 Il Consiglio dei sanitari

Le elezioni per il Consiglio dei sanitari della nuova Asl della Provincia di Alessandria si sono tenute nel maggio 2008, con una partecipazione di quasi il 20% degli aventi diritti al voto. Per alcune categorie di personale le candidature sono state numerose e spontanee; per altre figure professionali meno numerose l'azienda ha dovuto sollecitare alcune candidature. Il Dg ha deliberato la nomina degli eletti a inizio giugno e il primo incontro del nuovo Consiglio dei sanitari si è tenuto a fine giugno per discutere la bozza di atto aziendale e il regolamento per di funzionamento dello stesso Consiglio. Un'altra riunione è stata indetta per i primi di agosto al fine di illustrare il piano di riorganizzazione aziendale, conseguente all'accorpamento delle tre ex Asl.

La breve vita del Consiglio dei sanitari non permette di giudicare dell'esperienza fatta. È vero peraltro che il mancato funzionamento di tale organismo presso l'ex Asl 20 costituisce di per sé un sintomo delle difficoltà cui era andato incontro in passato. In ogni caso, sembra interessante analizzare alcune percezio-

ni e le aspettative che, nei confronti del Consiglio, ha un medico ospedaliero appena eletto tra i suoi membri, responsabile di una struttura semplice a valenza dipartimentale e mai coinvolto, in passato, in ruoli particolari di tipo gestionale-organizzativo.

Il primo aspetto è che tale neo-eletto, nonostante una lunga esperienza in aziende sanitarie pubbliche, non sapeva dell'esistenza di tale organismo tra quelli previsti dalla normativa. Inoltre, al momento di candidarsi, il medico aveva chiesto a un collega – che siede nel Consiglio dei sanitari di un'altra azienda – cosa ciò comportasse. Questi aveva affermato che si trattava di partecipare a uno o due incontri all'anno, durante i quali il Consiglio è chiamato a esprimere un parere del quale però, alla fine, «non importa niente a nessuno». L'aspettativa che ne è scaturita è, quindi, quella di partecipare a un organismo che permette di avere alcune informazioni anche rilevanti, ma con deboli speranze di poter incidere in modo sostanziale sulle decisioni aziendali, anche perché venti persone sono ritenute troppe per poter realmente lavorare. Ciò nonostante, l'interesse a partecipare a un consesso aziendale in qualità di medico ospedaliero è particolarmente forte, in una fase peraltro in cui l'attenzione e gli investimenti sembrano rivolti in via prioritaria all'assistenza territoriale, senza però riuscire a ridurre la domanda sulle prestazioni ospedaliere e comunque con possibili rischi per gli sviluppi futuri dell'ospedale.

Quale ultimo aspetto è necessario considerare che, presso l'ospedale di Tortona, un momento di partecipazione attiva dei medici ospedalieri è già garantito dal Collegio dei primari. Questo Collegio riunisce, a cadenza almeno mensile, responsabili di struttura complessa e di struttura semplice a valenza dipartimentale. La convocazione è fatta dal direttore sanitario di presidio ed è accompagnata da un buon lavoro istruttorio, che permette di conoscere per tempo documenti e temi oggetto degli incontri.

10.6 Il caso dell'Azienda Usl di Empoli

L'Azienda Usl 11 di Empoli impiega circa 2.600 dipendenti, di cui quasi 400 medici. Il territorio servito, suddiviso in tre zone-distretto, comprende 15 Comuni con una popolazione complessiva di 230.000 residenti. Oltre ai servizi territoriali, l'Azienda gestisce i presidi di Empoli, dove è in via di completamento il trasferimento dal vecchio al nuovo ospedale, il presidio di Castelfiorentino, quello di Fucecchio e quello di San Miniato. Il bilancio aziendale è di circa 360 milioni di euro.

Prima di guardare all'esperienza aziendale relativa a Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari, è necessario riportare quanto prescritto dalla L.R. 40/2005 di «Disciplina del servizio sanitario regionale», che ha definito il quadro degli assetti istituzionale e organizzativo per il sistema e le singole aziende. Oltre agli articoli relativi a Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari, il Box 10.2 riporta

Box 10.2 La L.R. 40/2005 della Regione ToscanaArt. 24 – Relazione sanitaria aziendale

[...] 2. La relazione sanitaria aziendale è adottata dal direttore generale, previo parere del consiglio dei sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. [...]

Art. 44 – Consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali

1. Il consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali è organismo elettivo e la sua composizione è così articolata:
 - a) la rappresentanza medica è costituita da ventisette membri; i componenti sono eletti, assicurando la presenza maggioritaria della componente ospedaliera; tale rappresentanza è composta da diciotto dirigenti medici ospedalieri, scelti in modo tale da garantire una rappresentanza equilibrata delle diverse strutture organizzative funzionali previste dallo statuto aziendale, da tre medici dirigenti delle attività extra-ospedaliere, di cui almeno uno del dipartimento di prevenzione, da quattro medici convenzionati, di cui due medici di medicina generale, un pediatra di libera scelta ed un medico specialista ambulatoriale, da un medico veterinario eletto tra i dirigenti, un rappresentante delle medicine complementari;
 - b) da quattro a sei componenti in rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario, eletti tra i dirigenti, assicurando la rappresentatività sia delle attività ospedaliere che di quelle territoriali;
 - c) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico che assicurino la rappresentatività sia delle attività ospedaliere che di quelle territoriali;
 - d) tre componenti eletti tra il personale tecnico sanitario, assicurando la rappresentatività rispettivamente delle aree professionali della riabilitazione, tecnica sanitaria e della prevenzione.
2. Ai fini della formazione della componente elettiva di cui al comma 1, le modalità per lo svolgimento delle elezioni sono le seguenti:
 - a) partecipano all'elezione della rappresentanza medica di cui al comma 1, lettera a) tutti i medici dipendenti ospedalieri ed extra ospedalieri, ivi compresi i medici veterinari;
 - b) partecipano all'elezione della rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario di cui al comma 1, lettera b) tutti gli altri laureati del ruolo sanitario dipendenti dell'azienda unità sanitaria locale;
 - c) partecipa all'elezione della rappresentanza infermieristica di cui al comma 1, lettera c) tutto il personale di assistenza infermieristica dell'azienda unità sanitaria locale;
 - d) partecipa all'elezione della rappresentanza del personale tecnico sanitario di cui al comma 1, lettera d) tutto il personale tecnico sanitario, di riabilitazione e di vigilanza ed ispezione dell'azienda unità sanitaria locale;
 - e) partecipano all'elezione della rappresentanza dei medici convenzionati di cui al comma 1, lettera a) tutti i medici convenzionati con l'azienda sanitaria.
3. L'elezione avviene a scrutinio segreto; ciascun elettore partecipa con voto limitato all'ambito della componente di appartenenza, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere; risultano eletti coloro che abbiano ottenuto il maggior numero di voti validamente espressi, nel rispetto, comunque, del principio di rappresentatività delle attività ospedaliere ed extra-ospedaliere di cui al comma 1, lettere b) e c).
4. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica di un membro, si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.
5. È membro di diritto del consiglio dei sanitari il direttore sanitario che lo presiede.
6. Partecipa alle sedute del consiglio sanitario, senza diritto di voto, il presidente della federazione regionale dell'ordine dei medici o suo delegato.

Art. 46 – Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere-universitarie

1. Il consiglio dei sanitari è organismo consultivo delle aziende e si esprime sugli atti di cui agli articoli 22, 23, 24 e 50, nonché sulle materie individuate dallo statuto aziendale con particolare riferimento a quelle di carattere organizzativo e di funzionamento dei servizi, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 12 del decreto delegato; il consiglio dei sanitari si esprime entro il termine di venti giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste di parere; il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal consiglio dei sanitari.
2. Il consiglio dei sanitari dura in carica tre anni; le elezioni del nuovo consiglio hanno luogo entro trenta giorni dalla cessazione del precedente e sono indette dal direttore generale nei sessanta giorni antecedenti la scadenza.
3. Il consiglio dei sanitari è convocato dal direttore sanitario che lo presiede; nella prima seduta il consiglio elegge a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto tre vice presidenti, di cui due medici, appartenenti, nell'azienda ospedaliero-universitaria, a ciascuna delle componenti di cui all'articolo 45, comma 3, lettera a).
4. Le sedute del consiglio sono valide solo in caso di partecipazione, in prima convocazione, di almeno la metà dei compo

Box 10.2 (segue)

nenti; le determinazioni sono prese a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto; in caso di parità di voto, prevale il voto del presidente.

Art. 47 – Elezioni del consiglio dei sanitari

1. Le modalità di elezione del consiglio dei sanitari ed i relativi criteri di selezione dei candidati, sono disciplinati da apposito regolamento, adottato dal direttore generale.
2. Il regolamento assicura il rispetto delle previsioni di cui all'articolo 44, comma 1, lettera a), ed all'articolo 45, comma 3, lettera a).

Art. 48 – Collegio di direzione delle aziende sanitarie

1. In ogni azienda sanitaria è costituito il collegio di direzione, di cui la direzione aziendale si avvale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali; il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il collegio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda con modalità disciplinate dallo statuto; la disciplina prevede la convocazione periodica dell'organismo da parte del direttore sanitario, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione del collegio di direzione all'azione di governo.
2. Il collegio di direzione è composto da:
 - a) il direttore sanitario, che lo presiede;
 - b) i vice presidenti del consiglio dei sanitari;
 - c) i direttori dei dipartimenti e, ove non costituiti, i responsabili delle aree funzionali ospedaliere di cui all'articolo 68;
 - d) direttori infermieristico e tecnico-sanitario di cui all'articolo 62, comma 5;
 - e) un rappresentante dei medici convenzionati.
3. Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte del collegio di direzione anche i coordinatori sanitari di zona-distretto di cui all'articolo 64, comma 5, lettera e), ed i direttori dei presidi ospedalieri.
4. Nelle aziende ospedaliero-universitarie i membri di cui al comma 2, lettere b) e c), sono complessivamente in numero uguale per le componenti universitaria ed ospedaliera; a tal fine, ove si verificasse uno squilibrio tra le due componenti, il collegio di direzione è integrato dal numero di membri necessario per raggiungere la parità, designati dai dipartimenti tra i dirigenti laureati responsabili di strutture organizzative all'interno dei dipartimenti stessi.
5. Al collegio di direzione partecipano altresì il direttore amministrativo e il farmacista incaricato dal direttore sanitario del coordinamento e dell'integrazione a livello aziendale delle politiche del farmaco.

Art. 57 – Direzione aziendale

1. La direzione aziendale è costituita dal direttore generale nonché dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario ed ha sede presso il centro direzionale dell'azienda sanitaria.
2. Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte della direzione aziendale anche il direttore dei servizi sociali e qualora l'azienda sia articolata in più zone-distretto, i responsabili di cui all'articolo 63. Per le zone-distretto interessate alla sperimentazione della Società della salute di cui all'articolo 65, l'azienda definisce, d'intesa con l'organo di governo di quest'ultima, l'apporto dirigenziale alla direzione aziendale in sostituzione dei responsabili di zona-distretto.
3. Le aziende sanitarie assicurano l'apporto alla direzione aziendale dei direttori dei dipartimenti o delle altre strutture funzionali di massima dimensione aziendale titolari di budget, attraverso l'istituzione di apposito ufficio di direzione; nelle aziende unità sanitarie locali all'ufficio di direzione così costituito possono essere chiamati a partecipare anche i direttori dei presidi ospedalieri.
4. Il coordinamento dei responsabili di budget è sentito dalle direzioni aziendali relativamente agli atti di bilancio ed agli atti di programmazione aziendale.
5. L'ufficio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo dell'azienda sanitaria con modalità disciplinate dallo statuto aziendale; la disciplina prevede la periodicità, almeno mensile, della convocazione dell'organismo da parte del direttore generale, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione dell'ufficio di direzione all'azione di governo e quelle di comunicazione dei provvedimenti di competenza dei membri della direzione aziendale.
6. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo e, per i provvedimenti relativi alle materie di cui all'articolo 33, comma 2, dal parere reso dal direttore dei servizi sociali, nonché per i provvedimenti di cui all'articolo 46, comma 1, dai pareri del consiglio dei sanitari e, per quelli di cui al comma 5, dai pareri dell'ufficio di direzione.

quello che riguarda l'Ufficio di direzione che – come vedremo – svolge un ruolo simile a quello previsto per il Collegio di direzione.

10.6.1 Il Collegio di direzione

Il Regolamento di organizzazione dell'azienda di Empoli sottolinea il ruolo del Collegio di direzione rispetto alle attività di governo clinico dell'azienda, «con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali», «formulando [...] proposte finalizzate a promuovere l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse in campo assistenziale, la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate in campo sanitario, l'appropriatezza del percorso assistenziale. In materia di governo clinico esprime il proprio parere prima della definitiva adozione di atti derivanti dalle suddette proposte. Il parere, deve essere reso entro trenta giorni dalla richiesta». Tale focus sulle attività di governo clinico sembrano coerenti con la presidenza del Collegio stesso, che in Toscana è affidata al Direttore Sanitario (anche se «quando alle sedute del Collegio di Direzione prende parte il Direttore Generale egli presiede la seduta»). Esso inoltre «concorre, mediante specifiche proposte, alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, alla formulazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria, nonché alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici».

I componenti del Collegio di direzione sono 36, compresi i tre direttori aziendali. L'azienda non ha deliberato un regolamento di funzionamento, nonostante ne esista una bozza.

Nel corso del 2007 il Collegio di direzione si è riunito sette volte, con una partecipazione media di circa il 70% dei componenti. Tali incontri hanno avuto una durata media di circa un paio d'ore.

In genere è la direzione aziendale a presentare progetti, dati, ecc. Nonostante gli inviti rivolti dalla direzione aziendale, è meno frequente invece che siano i componenti del Collegio a presentare (quando è successo, si trattava della presentazione delle attività svolte dalla propria macrostruttura). Le materie trattate nel 2007 sono state le seguenti:

- ▶ avanzamento lavori nuovo ospedale;
- ▶ la medicina generale nell'ambito della riorganizzazione dei servizi;
- ▶ analisi costi-attività 2006 e monitoraggio bilancio 2007;
- ▶ avanzamento sviluppo e implementazione nuovo sistema informativo;
- ▶ riorganizzazione punti di continuità assistenziale;
- ▶ avanzamento organizzazione assistenza ospedaliera per intensità di cure;
- ▶ programma «Mattoni SSN» sui tempi di attesa;
- ▶ monitoraggio rispetto agli obiettivi aziendali definiti dalla programmazione e controllo regionale;

- ▶ rapporti ospedale-territorio;
- ▶ consultazione on-line dei dati sanitari;
- ▶ analisi costi-attività primo semestre;
- ▶ sviluppo del Dipartimento dipendenze;
- ▶ linee d'indirizzo del budget 2008;
- ▶ andamento spesa farmaceutica in relazione agli obiettivi 2007;
- ▶ prospettive del Dipartimento amministrativo dell'Assistenza territoriale¹⁴.

In generale, sembra trattarsi di argomenti di natura economica, gestionale e organizzativa (costi, bilancio, budget), più di quanto farebbe presumere il regolamento di organizzazione aziendale, focalizzato sui temi del governo clinico-assistenziale.

I verbali, redatti in forma di schema, riportano in modo chiaro le azioni che sono state decise dal Collegio, insieme all'indicazione della persona responsabile di portarle a compimento e di relazionare nel corso degli incontri successivi.

Nel corso della nostra intervista a un componente del Collegio, la rilevanza del lavoro svolto è stata confermata citando, ad esempio, decisioni circa l'istituzione di strutture semplici o la modifica di aspetti sostanziali del regolamento di organizzazione aziendale. Su altri temi il Collegio sembra svolgere un ruolo maggiormente orientato alla comunicazione interna che a definire o condividere scelte. È il caso ad esempio degli obiettivi aziendali definiti dalla programmazione regionale, su cui la discussione è stata limitata, anche a causa dell'alto numero di componenti del Collegio.

Nella descrizione del caso sembra utile richiamare il ruolo che, presso l'azienda di Empoli, è svolto dall'Ufficio di direzione, che nel 2007 è stato convocato cinque volte. Si tratta di un organismo che la legge regionale inserisce all'interno della direzione aziendale. L'Ufficio di direzione è presieduto dal Direttore generale – e non dal Direttore sanitario – e ad esso non partecipano i vice-presidenti del Consiglio dei sanitari (che invece sono componenti di diritto del Collegio di direzione, per come previsto dalla l.r. 40/2005). Lo Statuto dell'azienda affida responsabilità importanti a tale organismo, in particolare chiedendone il parere prima della definitiva adozione di: statuto aziendale; regolamento d'organizzazione; piano integrato di salute; piano attuativo locale; relazione sanitaria aziendale; bilancio d'esercizio e di previsione; dotazione organica complessiva; piano e

¹⁴ Nel 2006, invece, le materie trattate sono state le seguenti: dati di attività ricoveri 2005; dati di attività ambulatoriale 2005; bilancio 2005; effetti della legge finanziaria 2006 sulle politiche del personale; nuovo regolamento di organizzazione; avanzamento sviluppo e implementazione nuovo sistema informativo; mobilità sanitaria; farmaceutica; monitoraggio primo semestre bilancio 2006; monitoraggio primo semestre produzione ospedaliera; Società della Salute e governo del territorio; farmaceutica; nuovi strumenti per l'assistenza sanitaria territoriale; orientamenti ed indirizzi per la riorganizzazione ospedaliera; andamento attività specialistica ambulatoriale 2004-06, valutazioni e prospettive.

programma di formazione (art. 16, comma 5). Lo statuto aziendale non prevede invece pareri da parte del Collegio di direzione.

La distinzione tra i due organismi resta comunque non sempre chiara a chi partecipa a entrambi. In particolare, il numero dei componenti dell'Ufficio di direzione resta elevato (circa 30 persone con possibilità di invitarne altre in base ai temi all'ordine del giorno). In tal senso, uno dei principali momenti di gestione del top management aziendale sembra ancora un altro e cioè la seduta deliberativa settimanale, a cui partecipano i tre direttori aziendali più i sette direttori di macroarticolazione organizzativa¹⁵ e i dirigenti dei servizi amministrativi che istruiscono le delibere.

10.6.2 Il Consiglio dei sanitari

Nel 2007 il Consiglio dei sanitari si è riunito sette volte. Tale frequenza, più alta che negli altri anni, è però spiegata dai lavori del nuovo ospedale, dall'emanazione di un nuovo Statuto aziendale, dalle modifiche al regolamento di organizzazione, dalle modifiche alle dotazioni organiche e alla struttura organizzativa aziendale, ecc., tutte materie sulle quali il Consiglio è stato chiamato dalla direzione aziendale a esprimere il proprio parere, oltre che sui principali documenti di programmazione.

Ciò nonostante, il funzionamento del Consiglio è stato problematico essendo anch'esso un organismo in cui l'elevato numero di componenti rende difficile poter lavorare. Vi è stata una partecipazione modesta, anche in ragione del carattere elettivo che non viene vissuto dai componenti come uno stimolo per contribuire ad un ruolo più attivo del consiglio. Questo ha portato a prediligere sempre la seconda convocazione, dal momento che per la validità della prima occorre avere la metà dei componenti (cioè 19 su 39) mentre per la seconda basta la presenza di un quinto dei componenti (8 su 39)¹⁶.

Con tutta probabilità la causa di tale «stanchezza» è riconducibile al fatto che negli anni le aspettative dei componenti non hanno trovato sempre risposta nel funzionamento concreto dell'organismo. Il Consiglio sembra sia riuscito ad essere un luogo di confronto progettuale costruttivo ma sia rimasto invece un luogo in cui l'azienda presenta quelle che spesso sono percepite come «decisioni già prese» e chiede il parere del Consiglio. Ciò è confermato anche dalla durata degli incontri, che in genere non va oltre l'ora. L'Azienda, tramite i suoi atti formali e tramite l'agito, non ha riconosciuto al Consiglio, quale ambito di rappresentanza delle diverse figure professionali, un ruolo di interlocutore positivo e costruttivo.

¹⁵ Tecnostuttura, Professioni sanitarie, Agenzia per la formazione, Ospedale, Assistenza territoriale, Sociale, Prevenzione.

¹⁶ Nonostante ciò, in un'occasione il Consiglio non è riuscito a raggiungere il numero legale neanche in seconda convocazione.

Ciò in ragione della necessità di pervenire ad alcune decisioni in tempi stretti e in ragione della strutturazione del Consiglio che ha assunto sempre più il carattere di struttura di confronto «rinvedicativo» più che propositivo. Del resto l'azienda si è trovata anche nella necessità di adottare atti non sostenuti dal parere positivo del Consiglio. A fine 2006, il Consiglio ha dato parere negativo (con soli tre astenuti) alla proposta avanzata dalla direzione d'istituire nuove strutture, ma la direzione ha ritenuto di adottare in ogni caso il provvedimento.

10.7 Discussione e conclusioni

Le pagine precedenti permettono alcune riflessioni conclusive e alcune generalizzazioni relative al rapporto tra managerialismo e professionalismo nelle aziende sanitarie pubbliche italiane. Pur non rappresentando in modo esaustivo o statisticamente significativo l'insieme delle aziende del SSN, i tre casi evidenziano situazioni assai differenziate, in cui il coinvolgimento dei professionisti passa anche attraverso Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari, ma non si esaurisce certamente in essi.

Riferendoci più in particolare al Collegio di direzione, i casi di studio, la normativa e il dibattito pubblico confermano il suo ruolo gestionale. Il Collegio può quindi costituire un utile complemento della direzione aziendale nel governo complessivo. In tal senso, il Collegio rappresenta un ambito nel quale la *line* professionale di più alto livello è cooptata nelle decisioni dell'azienda e, al contempo. Allo stesso modo esso rappresenta un ambiente nel quale i suoi membri possono esercitare un controllo sociale reciproco e informato su quanto avviene nelle diverse articolazioni di quelle organizzazioni sanitarie che, per dimensioni e complessità, manterrebbero altrimenti gestioni «separate». Infine, un Collegio di direzione attivo può svolgere un ruolo di utile controllo sull'azione della direzione aziendale e sulle conseguenze di una sua eccessiva politicizzazione.

Il Collegio di direzione di Pordenone sembra quello che più di tutti ha saputo giocare tale ruolo, anche se affiancato da altri strumenti di coinvolgimento, quale ad esempio la forte responsabilizzazione dei dipartimenti sul processo di accreditamento JCI. L'esperienza di Alessandria sembra più difficile da interpretare a causa dei profondi cambiamenti vissuti dall'azienda negli ultimi tempi. In ogni caso, nell'ex Asl 20 il ruolo del Collegio forse risultava meno urgente a ragione delle dimensioni abbastanza limitate dell'azienda e dello sviluppo di sistemi di programmazione e controllo che permettevano un'interlocuzione diretta tra direzione aziendale e strutture operative. Inoltre, limitatamente all'ospedale di Tortona, il coinvolgimento dei professionisti già avveniva e avviene attraverso il Collegio dei primari. Infine, nel caso di Empoli il ruolo altrove previsto per il Collegio di direzione è almeno in parte svolto dalla seduta deliberativa settimanale e dall'Ufficio di direzione.

Più critica sembra l'esperienza dei Consigli dei sanitari, che nel tempo hanno spesso viste deluse alcune aspettative, col risultato finale di ridurre in modo anche sensibile la partecipazione, sia nelle candidature, sia nell'assiduità della presenza alle riunioni. A conferma indiretta di tale difficoltà, anche il d.d.l. Turco di fatto non prende posizione su tale organismo, a meno di rinominarlo «Consiglio delle professioni sanitarie», apparentemente a sottolineare i risultati conseguiti negli ultimi dieci anni rispetto al riconoscimento di un'importante professionalizzazione delle professioni sanitarie non mediche. D'altro canto, il forte riferimento alle professioni sanitarie, esplicito nelle regole circa la composizione del Consiglio, potrebbe comportare risultati indesiderati, mettendo ulteriormente l'accento sulle appartenenze professionali e quindi sulle differenze tra le diverse professioni operanti nello stesso ambito organizzativo. Peraltro, gli stessi criteri di composizione del Consiglio tradiscono almeno in parte la funzione di rappresentatività professionale, in quanto assegnano alle varie professioni un numero di componenti non proporzionale rispetto alla loro consistenza negli organici aziendali (in particolare, i medici risultano fortemente sovra-rappresentati).

Due questioni specifiche che sembra utile richiamare rispetto a ruolo e funzionamento del Consiglio riguardano l'uso strumentale che ne possono fare le direzioni aziendali e la possibile presenza di un numero importante di rappresentanti sindacali o delle Rappresentanze sindacali unitarie (RSU) tra i suoi membri. Rispetto al primo punto, le direzioni aziendali potrebbero esser tentate di ricorrere al Consiglio dei sanitari soltanto per ottenere il parere – meglio se è favorevole, ma non è strettamente necessario – che costituisce condizione di legittimità per le delibere aziendali. In altre parole, la direzione potrebbe essere interessata solo limitatamente al potenziale contributo del Consiglio in termini di consulenza tecnico-sanitaria, ma potrebbe invece avere il solo scopo di ottenere il suo parere sulle proposte aziendali relative alle materie indicate dalla normativa. Rispetto al secondo punto, e cioè alla possibilità di avere più componenti del Consiglio che al contempo sono rappresentanti sindacali o delle RSU, il rischio è che il Consiglio dei sanitari si identifichi come organismo in contrapposizione alla direzione aziendale o comunque che esso rivendichi un confronto con la direzione aziendale su materie per le quali i Contratti collettivi nazionali di lavoro non prevedono contrattazione, concertazione, consultazione, informazione o commissioni paritetiche.

Per concludere, l'analisi svolta mostra scelte di coinvolgimento differenziate, che offrono un insieme assai articolato di possibili modalità di relazione e accomodamento tra professionalismo e managerialismo. Tali diverse modalità dipendono dalle indicazioni regionali, dalla cultura aziendale, dalla disponibilità e dalle competenze dei professionisti sanitari, dal supporto offerto dalla direzione aziendale, dalla legittimazione organizzativa interna, ecc. Semmai, proprio la rilevanza di tali elementi e l'eterogeneità delle esperienze aziendali rendono arduo trarre delle conclusioni generali rispetto alle modalità di coinvolgimento più efficaci in un'ottica di *evidence based management*.

Bibliografia

- Allen D. (1995), «Doctors in management or the revenge of the conquered», *Journal of Management in Medicine*, 9(4), pp. 44-50.
- Anessi Pessina E. (2001), «Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2001. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Atun R. (2003), «Doctors and managers need to speak a common language», *British Medical Journal*, 326, p. 655.
- Baraghini G., Capponi A., Capelli M., Longo F., Tozzi V., Villa S. (2007), «La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Borgonovi E., Zangrandi F. (1988), *L'ospedale. Un approccio economico aziendale*, Milano, Giuffrè Editore.
- Borgonovi E. (1994), «Sul concetto di azienda sanitaria occorre fare chiarezza», *Mecosan*, 3, pp. 2-4.
- Borgonovi E. (2004), «Aziendalizzazione e governo clinico», *Mecosan*, 13, pp. 2-5.
- Bucher R., Stelling J. (1969), «Characteristics of professional organizations», *Journal of Health and Social Behavior*, 10(1), pp. 3-15.
- Davies H., Harrison S. (2003), «Trends in doctor-manager relationships», *British Medical Journal*, 326, pp. 646-649.
- De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, Milano, McGraw-Hill.
- Del Vecchio M. (2007), «Nuove tendenze nelle strutture di governo: interpretazioni e riflessioni a margine di un documento della Regione Emilia Romagna», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Degeling P., Maxwell S., Kennedy J., Coyle B. (2003), «Medicine, management and modernisation: a "danse macabre"?», *British Medical Journal*, 326, pp. 649-652.
- Engel G. (1969), «The effect of bureaucracy on the professional autonomy of the physician», *Journal of Health and Social Behavior*, 10(1), pp. 30-41.
- Engel G. (1970), «Professional autonomy and bureaucratic organization», *Administrative Science Quarterly*, 15(1), pp. 12-21.
- Fitzgerald L., Ferlie E. (2000), «Professionals: back to the future?», *Human Relations*, 53(5), pp. 713-739.
- Garelick A., Fagin L. (2005), «The doctor-manager relationship», *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, pp. 241-252.
- Hall R. (1967), «Some organizational considerations in the professional-organizational relationship», *Administrative Science Quarterly*, 12(3), pp. 461-478.

- Hall R. (1968), «Professionalization and bureaucratization», *American Sociological Review*, 73(1), pp. 92-104.
- Harrison R., Miller S. (1999), «The contribution of clinical directorates to the strategic capability of the organization», *British Journal of Management*, 10, pp. 23-29.
- Kitchener M. (2000), «The “bureaucratization” of professional roles: the case of clinical directors in UK Hospitals», *Organization*, 7(1), pp. 129-154.
- Lee S. (1969), «Organizational identification of scientists», *The Academy of Management Journal*, 12(3), pp. 327-337.
- Lega F., De Pietro C. (2005), «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy*, 74(3), pp. 261-281.
- Lega F. (2008), «The rise and fall (acy) of clinical directorates in Italy», *Health Policy*, 85, pp. 252-262.
- Mintzberg H. (1980), «Structure in 5's: a synthesis of the research on organizational design», *Management Science*, 26(3), pp. 322-341.
- Mintzberg H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna, il Mulino.
- Ong B., Schepers R. (1998), «Comparative perspectives on doctors in management in the UK and The Netherlands», *Journal of Management in Medicine*, 12(6), pp. 378-390.
- Southon G., Braithwaite J. (1998), «The end of professionalism?», *Social Science & Medicine*, 46(1), pp. 23-28.
- Tousijn W. (2002), «Medical dominance in Italy: a partial decline», *Social Science & Medicine*, 55, pp. 733-741.
- Vlastarakos V., Nikopoulos T. (2007), «The interdisciplinary model of hospital administration: do health professionals and managers look at it in the same way?», *European Journal of Public Health*, 18(1), pp. 71-76.
- Walker R., Morgan P. (1996), «Involving doctors in management», *Journal of Management in Medicine*, 10(1), pp. 31-52.
- Willcocks S. (1994), «The clinical director in the NHS: utilizing a role-theory perspective», *Journal of Management in Medicine*, 8(5), pp. 68-76.
- Yin R.K. (1994), *Case study research*, Thousand Oaks, SAGE.

11 La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento

di Giuliana Bensa, Anna Prenestini, Stefano Villa¹

11.1 Introduzione

Il capitolo presenta il tema della logistica del paziente in ospedale, introducendo un approccio di analisi innovativo per affrontare i problemi che le aziende sanitarie incontrano nella loro gestione quotidiana (ad esempio, ritardi e tempi lunghi di attesa, collocazione di pazienti in *setting* assistenziali non appropriati per l'indisponibilità di posti letto, ritmi di lavoro eccessivi, scarsa integrazione tra figure professionali diverse) e che possono produrre effetti rilevanti sulla qualità e sulla sicurezza dell'assistenza erogata.

Dopo un periodo di sviluppo e consolidamento delle logiche e degli strumenti della funzione di programmazione e controllo (anni Novanta) le aziende sanitarie si sono concentrate, negli ultimi anni, sull'analisi ed il miglioramento dei processi clinico assistenziali. Consapevoli sempre più della necessità di guardare «dentro» i processi di cura, molte aziende hanno sperimentato con successo logiche e strumenti nuovi come l'*audit* clinico, il BPR (*Business Process Re-engineering*), i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, che sono così diventati in molte realtà prassi consolidate a supporto delle politiche di miglioramento della qualità (Elefanti et al. 2001, Tozzi 2004).

Appare importante, a questo punto, affiancare alle tecniche sopra ricordate nuovi strumenti in grado di supportare i meccanismi di gestione di tutte le aree e processi che concorrono all'erogazione dell'assistenza ai pazienti. Molti dei problemi che le aziende affrontano, infatti, sono legati a carenze del modello logistico-produttivo a supporto dei processi di cura, si pensi a: (i) carenza di posti letto; (ii) variabilità dei flussi di pazienti e dei carichi di lavoro; (iii) indisponibilità del-

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 11.2, 11.3.1 e 11.3.5 sono da attribuirsi a Stefano Villa, i §§ 11.3.2 e 11.3.4 a Giuliana Bensa, il § 11.3.3 ad Anna Prenestini. L'introduzione (§ 11.1) e le conclusioni (§ 11.4) sono l'esito di riflessioni congiunte di tutti gli autori.

le attrezzature e dei beni sanitari (farmaci e dispositivi) necessari per far funzionare correttamente i processi clinici; (iv) ritardi dei servizi diagnostico-terapeutici; (v) inadeguatezza del personale infermieristico; (vi) presenza di colli di bottiglia lungo l'intero percorso di cura e così via.

Queste riflessioni hanno portato recentemente diversi autori (Davies e Walley 2000; Bohmer 2005, Lega e De Pietro 2005, Holstein 2006, McCarthy 2006, Marcon e Barbiero 2007, Vera e Kuntz 2007) a sostenere la necessità di cambiare rotta e provare ad applicare, anche nelle aziende sanitarie, strumenti e logiche gestionali utilizzate con successo in altri settori. In particolare, tali studi sottolineano l'importanza di concentrarsi sul funzionamento della «macchina produttiva» a supporto dei processi di cura e di iniziare a prestare maggiore attenzione alla gestione delle cosiddette *operations* aziendali.

Inserendosi all'interno di questo filone di studi, il presente contributo si pone quattro distinti obiettivi:

1. fornire una definizione di *operations management* ed individuarne i possibili ambiti di applicazione nel settore della sanità;
2. approfondire uno degli ambiti di intervento dell'*operations management*, rappresentato dalla logistica del paziente (*patient flow logistics*);
3. introdurre una metodologia per affrontare il tema della logistica del paziente in ospedale, sviluppando uno specifico percorso di analisi basato su dati di aziende reali;
4. individuare le possibili leve di cambiamento della logistica del paziente a disposizione delle aziende sanitarie.

Il lavoro trae origine dai risultati emersi all'interno del gruppo di lavoro «Laboratorio sulla Logistica del Paziente» del CERGAS-Bocconi². Il Laboratorio, costituitosi nel 2007, rappresenta un momento strutturato di analisi e confronto tra aziende sanitarie pubbliche e private sui temi delle *operations*. In particolare, le aziende partecipanti, attraverso il supporto dei ricercatori CERGAS, affrontano i temi della logistica del paziente con l'obiettivo di condividere soluzioni e tecniche innovative e sviluppare approcci *evidence based* per migliorare il funzionamento della macchina produttiva a supporto dei processi di cura.

² Hanno partecipato al Laboratorio Logistica del Paziente 2008 le seguenti aziende: ASL Forlì, ASL Roma E, ASL Piacenza, AO Como, AO Bologna e Casa di Cura S. Rita.

11.2 Operations management in sanità

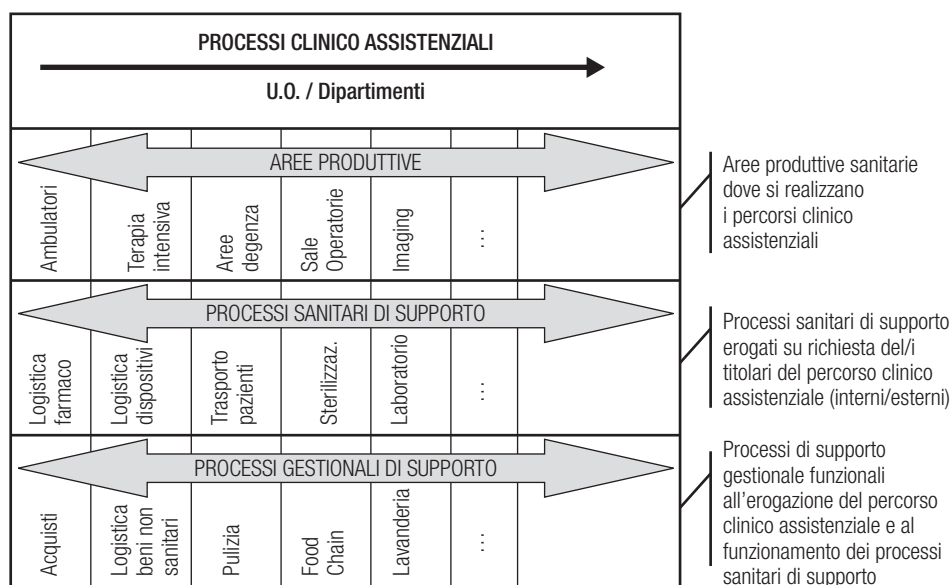
In tutti i testi che si occupano dell'*operations management* in sanità (Visser e Beech 2005, Mazzocato 2007, Langabeer 2008) la gestione delle *operations* viene definita come insieme di metodologie, strumenti e approcci utilizzati per l'analisi ed il miglioramento dei processi che trasformano input in output. Il punto di partenza dell'*operations management* è rappresentato dal processo produttivo. Nella sua accezione più generale il processo può definirsi come un insieme di attività svolte da più unità organizzative e finalizzato alla produzione di un output definito e misurabile a favore di un determinato cliente (Porter 1985).

Gestire per processi in sanità risulta, rispetto ad altri settori, particolarmente complesso in quanto coesistono almeno tre differenti macro categorie di processi governate da criteri e logiche completamente differenti:

- ▶ processi clinico assistenziali (cosiddetti processi primari);
- ▶ processi sanitari di supporto;
- ▶ processi gestionali di supporto.

La Figura 11.1. propone una rappresentazione dell'azienda ospedale adottando la prospettiva dei processi. Oltre alle citate tre macro-categorie di processi, ven-

Figura 11.1 L'azienda ospedale riletta nell'ottica dei processi



Fonte: nostra elaborazione

gono messe in evidenza le cosiddette aree produttive, veri e propri spazi fisici che il paziente attraversa lungo le diverse fasi del percorso di cura (sala operatoria, terapia intensiva, aree di degenza, ambulatori e così via)³. Come avremo modo di vedere, la programmazione e gestione di queste aree produttive rappresenta uno degli aspetti chiave dell'*operations management* applicato alla sanità.

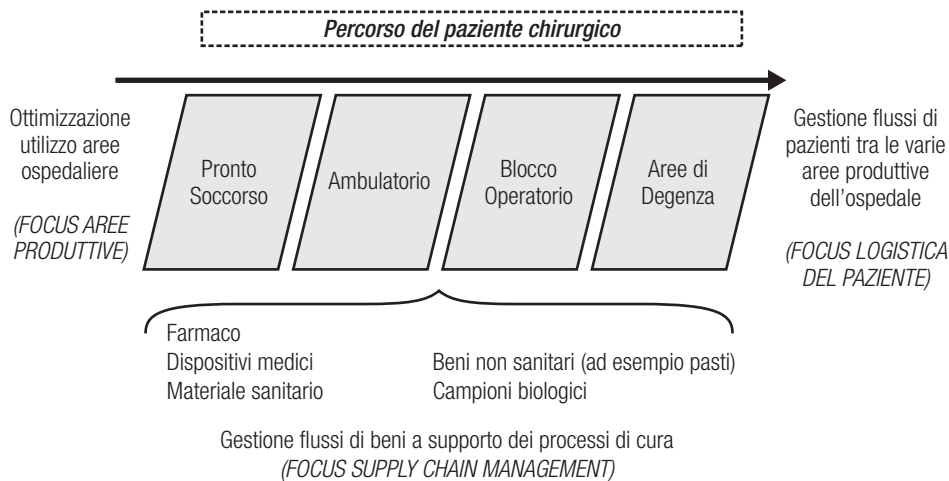
Cercando di portare a sintesi gli studi e le esperienze ad oggi esistenti, è possibile individuare almeno tre grandi aree di applicazione dell'*operations management* al settore sanitario:

- ▶ *l'ottimizzazione delle aree produttive sanitarie*. Obiettivo: massimizzare l'utilizzo della capacità produttiva delle diverse unità produttive (sale operatorie, aree di degenza, ecc.), ottimizzando allo stesso tempo i carichi di lavoro del personale.
- ▶ *la logistica del paziente (patient flow logistics)*. Obiettivo: ottimizzare la gestione dei flussi di pazienti all'interno delle strutture ospedaliere dal momento di primo accesso sino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acuto, passando dal concetto di «massima capacità produttiva» delle singole unità produttive all'ottimizzazione dei flussi lungo tutta la catena produttiva.
- ▶ *il supply chain management*. Obiettivo: assicurare un efficiente, appropriato e tempestivo flusso di beni e servizi verso i processi di trasformazione.

L'attenzione dell'*operations management* si concentra quindi non sulle attività clinico assistenziali, ma sulla macchina produttiva a supporto dei processi di cura. Si prenda, a titolo di esempio, il percorso del paziente chirurgico. L'*operations management* non entra nel merito delle scelte cliniche operate dai medici quali la tipologia di anestesia, la metodica chirurgica oppure la terapia farmacologica, ma studia la macchina produttiva a sostegno delle attività necessarie all'erogazione dell'intero processo clinico assistenziale (Figura 11.2). Infatti, un paziente chirurgico avrà bisogno di una seduta operatoria ed è quindi necessario che venga presidiata la programmazione e la gestione del blocco operatorio (focus sulle aree produttive). Inoltre, una buona gestione del percorso chirurgico richiede la capacità di coordinamento e di programmazione dei flussi di pazienti chirurgici che utilizzano, all'interno del medesimo percorso di cura, diverse aree produttive: pronto soccorso, sale operatorie, terapia intensiva, aree di degenza (focus sulla logistica del paziente). Infine, il paziente chirurgico attiverà la domanda di una serie di beni (farmaci, dispositivi medici, materiale sanitario e non sanitario) che dovranno essere disponibili al momento del bisogno (focus sul *supply chain management*).

³ Seguendo proprio il criterio del «passaggio fisico» del paziente, l'imaging è stata inserita tra le aree produttive mentre il laboratorio, da cui tipicamente passano solo i campioni e non i pazienti, è inserito tra i processi sanitari di supporto.

Figura 11.2 **Il percorso del paziente chirurgico riletto nella prospettiva dell'operations management**



Fonte: nostra elaborazione

Volendo adottare una definizione omnicomprensiva, si potrebbe dire che l'*operations management* applicato alla sanità è una disciplina che si occupa delle scelte relative alla gestione dei flussi logistici (beni e persone) e alla programmazione e controllo di tutti i processi produttivi a supporto dei percorsi di cura. L'obiettivo perseguito è quello di assicurare il coordinamento e la massima integrazione tra la logistica (intesa nel senso più lato di gestione degli input di produzione), le diverse aree produttive ospedaliere e i percorsi diagnostico terapeutici, garantendo efficaci processi clinico assistenziali senza sprechi di risorse.

11.3 La logistica del paziente (patient flow logistics)

11.3.1 Oggetto ed obiettivi dello studio

Questa seconda parte del capitolo si focalizza sull'area della logistica del paziente (ovvero *patient flow logistics*, facendo riferimento alla terminologia inglese tipicamente utilizzata). Quest'area di analisi rappresenta una novità nel panorama italiano ed è stata sviluppata solo in tempi recenti da alcuni autori appartenenti ad istituti di ricerca del nord Europa (in particolare Olanda) e degli Stati Uniti: Jan Vissers (Vissers 2005), Eugene Litvak (Litvak et al. 2005) e Randolph W. Hall (Hall 2006).

La logistica del paziente, come abbiamo definito nel paragrafo precedente, si occupa della gestione dei percorsi fisici dei pazienti all'interno dell'ospedale, dal-

le modalità di accesso alla struttura, all'assegnazione del paziente al *setting* clinico-assistenziale più appropriato, fino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acuto. In questo senso la logistica del paziente non si occupa di indagare le scelte relative ai processi clinico-assistenziali, assumendo che queste siano le più appropriate per il paziente (ovvero che questo compia l'iter diagnostico, terapeutico ed assistenziale più efficace).

L'obiettivo della logistica del paziente è quello di ottimizzare la macchina produttiva su cui «girano» i percorsi di cura. Il mancato presidio di quest'area, infatti, può tradursi in una serie di problemi che vanno poi ad impattare sulla qualità dell'assistenza erogata e sul complessivo consumo di risorse, come ad esempio: ritardi e lunghi tempi di attesa⁴; procedure ed interventi cancellati; degenza dei pazienti in *setting* assistenziali inadeguati per mancanza di posti letto disponibili; eccessivi carichi di lavoro per il personale medico e sanitario; bassi livelli di produttività; colli di bottiglia che rallentano il flusso dei pazienti tra le diverse aree produttive; prolungamento delle giornate di degenza.

Le disfunzioni della logistica del paziente sopra elencate possono produrre rilevanti ricadute anche sull'efficacia e sicurezza dell'assistenza erogata. Un recente studio condotto da Aiken et al. (2002) ha stimato che per ogni paziente chirurgico assegnato ad un infermiere oltre il rapporto infermieri/assistiti di 1 a 4, si determina un incremento del tasso di mortalità pari al 7% per tutti i pazienti in carico allo stesso infermiere. Lo stesso studio prova l'esistenza di un forte legame tra la carenza di infermieri e i cosiddetti eventi sentinella, mostrando come un inadeguato numero di personale infermieristico contribuisce fino al 24% di tutti gli eventi sentinella registrati in ospedale.

Anche i ritardi nell'erogazione delle cure hanno evidentemente un rilevante impatto sulla performance complessiva del processo di cura⁵. La presenza di colli di bottiglia e il conseguente rallentamento del processo di cura determinano un aumento delle giornate di degenza che può essere interpretato non solo come indicatore di efficienza ma anche, indirettamente, come indicatore di qualità clinica. La durata delle degenza è infatti – a parità di altri fattori – il principale fattore di rischio delle infezioni ospedaliere.

Analogamente, aree produttive sovraffollate, pazienti collocati in *setting* assistenziali non appropriati (se non addirittura nei corridoi dell'ospedale) e ritardi nell'erogazione delle cure apportano ulteriore disagio e sofferenza nei pazienti, che vivono di per sé un momento particolarmente delicato.

⁴ Un recente studio (Walley e Steyn 2006), sulla base di un'analisi empirica di oltre 200 strutture ospedaliere in Gran Bretagna, ha mostrato come, in media, il 40% dei pazienti presenti in ospedale stia in realtà aspettando di fare qualcosa (di fare una radiologia, di essere dimesso e così via).

⁵ A titolo esemplificativo si segnala che la possibilità di intervenire chirurgicamente sulle fratture di femore entro le 48 ore è associata ad una riduzione statisticamente significativa della mortalità a 12 mesi (Journal of American Geriatrics Society, 54: 711-712, 2006).

Chiariti quali sono gli ambiti di intervento della logistica del paziente, il contributo sviluppa nei paragrafi successivi un percorso di analisi per rispondere alle seguenti domande di ricerca:

- quali sono gli strumenti e le metodologie di analisi per indagare e diagnosticare i problemi legati alla logistica del paziente all'interno di un ospedale?
- quali sono le leve di cambiamento della logistica del paziente?
- quali sono le condizioni organizzative che favoriscono interventi sulla logistica del paziente?

In particolare, i paragrafi 11.3.2, 11.3.3 e 11.3.4 presentano gli strumenti e le modalità di analisi a supporto della logistica del paziente, mentre il paragrafo 11.3.5 individua le potenziali leve di cambiamento. Il paragrafo conclusivo (11.4) pone l'attenzione sulle condizioni organizzative che favoriscono l'introduzione di strumenti per il governo della logistica del paziente, valutandone le possibili traiettorie di sviluppo all'interno delle aziende sanitarie italiane.

11.3.2 La definizione dei percorsi: le «pipeline produttive»

Il primo passaggio logico nello studio della logistica del paziente è la definizione puntuale del percorso fisico effettuato nell'ambito della struttura ospedaliera. Gli elementi che caratterizzano il percorso fisico sono costituiti dalla tipologia di unità produttive di volta in volta coinvolte nel processo di cura: reparti di degenza ordinaria, area dedicata al day hospital, ambulatori, sale operatorie, servizi di supporto diagnostico-terapeutico e così via. La diversa sequenza e combinazione con cui si realizzano i percorsi dei pazienti consente di individuare cinque macro categorie di percorsi ovvero, mutuando una terminologia dal mondo della ricerca farmaceutica, *pipeline produttive*⁶:

- *Percorso di emergenza/urgenza (PE)*: è il percorso che inizia con l'ingresso al Pronto Soccorso e si esaurisce nell'ambito dell'area dedicata all'emergenza/urgenza. Nel momento in cui il paziente del Pronto Soccorso viene trasferito in una delle altre aree produttive (terapia intensiva, sale operatorie, reparto di degenza), il percorso di emergenza/urgenza finisce ed inizia un altro tipo di percorso.
- *Percorso ordinario chirurgico (POC)*: è il percorso seguito dal paziente che deve sottoporsi ad un intervento chirurgico per il quale si prevede un periodo di

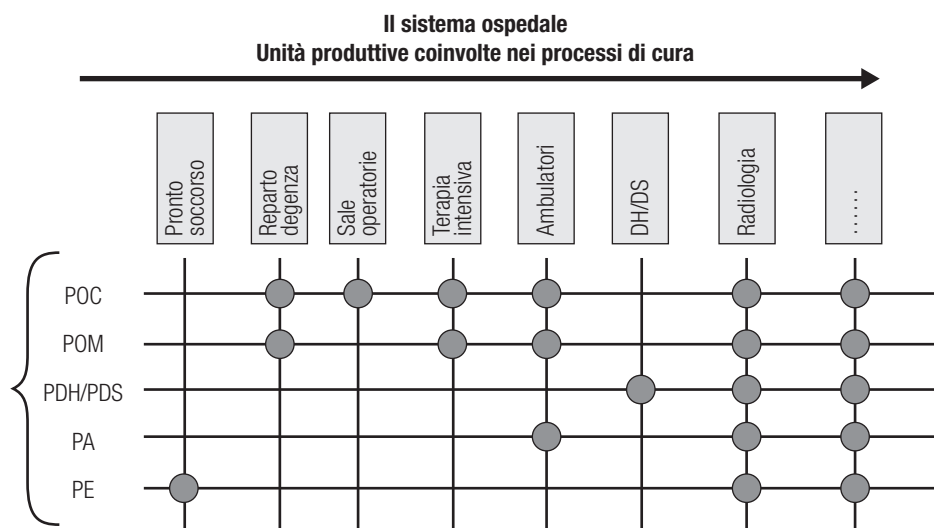
⁶ L'idea di indagare la logistica del paziente individuando cinque *pipeline* produttive, sviluppata nell'ambito del Laboratorio della Logistica del Paziente, ha trovato riscontro anche nelle scelte maturate in altri contesti. Il Karolinska University Hospital di Stoccolma, ad esempio, ha introdotto una struttura organizzativa a supporto della gestione dei flussi dei pazienti che ruota proprio attorno alle cinque *pipeline* produttive descritte sopra.

degenza superiore alla giornata. I pazienti che rientrano in questo percorso possono accedere alla struttura in modo programmato (in elezione) o urgente (con precedente passaggio al Pronto Soccorso).

- *Percorso ordinario medico (POM)*: è il percorso seguito dal paziente che deve sottoporsi ad un percorso diagnostico terapeutico per il quale si prevede un periodo di degenza superiore alla giornata. I pazienti che rientrano in questo percorso possono accedere alla struttura in modo programmato (in elezione) o urgente (con precedente passaggio al Pronto Soccorso).
- *Percorso diurno chirurgico/medico (PDH/PDS)*: è il percorso seguito dal paziente che deve sottoporsi ad un intervento chirurgico o ad un processo terapeutico per il quale è previsto un impegno inferiore alla giornata. I pazienti che rientrano in questo percorso accedono alla struttura in modo programmato.
- *Percorso ambulatoriale (PA)*: è il percorso seguito dal paziente che deve sottoporsi ad una visita o accertamento diagnostico in ambito ambulatoriale. I pazienti che rientrano in questo percorso accedono alla struttura in modo programmato.

I percorsi (*pipeline*) individuati si caratterizzano, quindi, da un lato per la modalità temporale con cui si presentano nella struttura (percorsi in emergenza/urgenza e percorsi programmati o programmabili in elezione) e dall'altro per la tipologia di unità produttive attraversate (percorsi chirurgici, percorsi medici, percorsi diurni, percorsi ambulatoriali, cfr. Figura 11.3).

Figura 11.3 **Le pipeline produttive a supporto dei processi di cura**



Fonte: nostra elaborazione

Al riguardo, le unità produttive possono assumere ruoli diversi, determinati dai legami esistenti fra le stesse:

- ▶ *unità produttive condivise*, che sono potenzialmente a supporto di tutte le *pipeline* (ad esempio la radiologia ed il laboratorio di analisi);
- ▶ *unità produttive non condivise*, che supportano solo determinate *pipeline* (ad esempio il blocco operatorio per il percorso ordinario chirurgico);
- ▶ *unità produttive condivise solo in particolari situazioni*, che possono supportare *pipeline* diverse (ad esempio i reparti di degenza dedicati alla *day surgery* che si appoggiano ai reparti ordinari in caso di pazienti che necessitano di prolungare la degenza oltre i tempi previsti).

Classificare le unità produttive attraverso la relazione esistente con le diverse *pipeline* presenti a livello di sistema ospedale è il primo passo per individuare le aree su cui intervenire per governare la logistica del paziente.

Come vedremo di seguito, il passaggio successivo dell'analisi mira a qualificare l'attività delle *pipeline*, entrando nel dettaglio dei cinque macro percorsi. Il livello di tale dettaglio sarà condizionato da diversi fattori quali: la tipologia di percorso indagato (ad esempio ordinario, ambulatoriale etc.), le patologie trattate nell'ambito di uno specifico percorso (ad esempio, nel percorso ordinario chirurgico possono rientrare patologie oncologiche, cardiologiche, ortopediche etc.), i volumi di attività erogati (ad esempio, il livello di dettaglio deve spingersi fino a quando si riferisce a volumi di attività significativi che possono determinare impatti rilevanti nelle unità produttive del sistema ospedale) ed, infine, i flussi informativi disponibili.

Lo studio presenta di seguito le modalità di analisi a supporto della logistica del paziente proponendo l'esempio del percorso ordinario chirurgico. Questo percorso è stato scelto perché rappresenta uno dei percorsi più critici nelle aziende, in quanto si caratterizza per l'elevato coinvolgimento di unità produttive diverse e per il notevole assorbimento di risorse aziendali. In questo senso il percorso ordinario chirurgico rappresenta il caso più completo per affrontare le principali problematiche connesse alla logistica del paziente.

11.3.3 La mappatura del percorso

Intervenire nell'area della logistica del paziente presuppone la conoscenza puntuale di tutti i passaggi che concorrono alla definizione delle *pipeline* produttive presenti nell'azienda sanitaria. Questo significa:

- ▶ individuare in modo chiaro ed univoco l'inizio e la fine del percorso del paziente;
- ▶appare in modo esaustivo e completo tutte le fasi del percorso fisico del paziente, esplicitando le attività e gli attori coinvolti;

Tabella 11.1 **Le macro-fasi del percorso del paziente chirurgico**

Macrofase	Inizio	Termine
Pre-ricovero	Chiamata	Lista pazienti pronti
Ricovero	Accettazione ed affidamento	Ingresso nel blocco operatorio
Intervento	Ingresso nel blocco operatorio ed affidamento	Ingresso in Terapia Intensiva o nel reparto di degenza
Degenza/Dimissioni	Ingresso in Terapia Intensiva o nel reparto di degenza	Uscita dal reparto
Follow up ambulatoriale post operatorio	Presentazione paziente	Uscita dall'ambulatorio, dal reparto e dalla struttura

- superare le logiche di reparto/dipartimento/unità organizzativa;
- ragionare nella prospettiva di ottimizzazione dell'intero percorso e non delle singole aree produttive⁷.

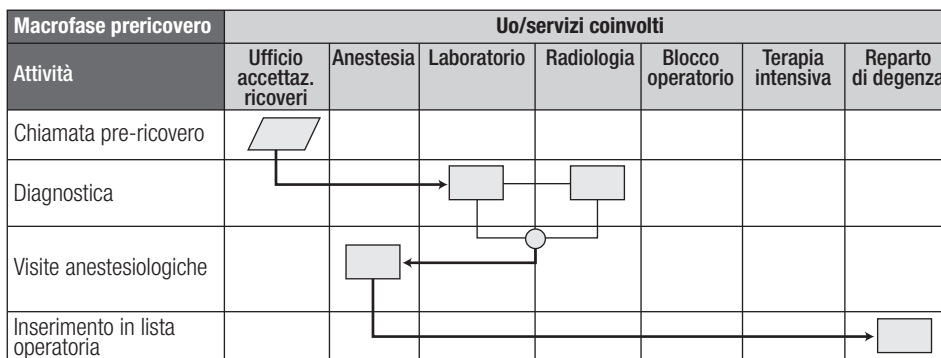
In letteratura esistono vari strumenti per la mappatura dei flussi di attività. In questa analisi si è adottato il diagramma di flusso o flow chart orientato alle attività/attori (Bof e Tonti 2004). Questa tipologia di diagramma associa le attività/fasi del processo (sulle righe) con gli attori/unità organizzative coinvolte (sulle colonne): l'obiettivo dello strumento è quello di aiutare le aziende a comprendere la sequenzialità delle fasi e delle attività e di associarle a specifiche responsabilità organizzative.

Prima di procedere alla mappatura delle varie attività, al fine di avere uno schema unico per inquadrare le azioni, è importante identificare con chiarezza l'inizio e la fine del percorso ed individuare le macro-fasi che lo compongono. Nel caso del percorso chirurgico (POC) le fasi sono: 1) pre-ricovero, 2) ricovero, 3) intervento chirurgico, 4) degenza post-intervento e dimissioni, 5) *follow up* (controllo) ambulatoriale post-operatorio (Tabella 11.1).

Si riporta, quale esempio, una parte del percorso del POC mappata attraverso il diagramma di flusso orientato alle attività/attori (Figura 11.4).

⁷ Mutatis mutandis, un esempio eclatante della necessità di ragionare per processi è rappresentato dal caso del Tribunale di Milano in cui, a fronte di un aumento della produttività dei magistrati, si continuava a registrare un aumento di casi pendenti. Questo accadeva perché l'attenzione era focalizzata solo sull'attività dei magistrati, ovvero sulle singole unità produttive, perdendo così di vista che l'output finale del processo non è costituito dal numero di procedimenti realizzati dai magistrati, ma dal numero di procedimenti archiviati. Nel caso in questione, quindi, i magistrati avevano sì aumentato la produttività ma le cancellerie – il vero collo di bottiglia dell'intero processo – non riuscivano a mantenere il passo facendo così aumentare il numero di casi pendenti («Il limbo della Giustizia» *Corriere della Sera*, 2 Gennaio 2008).

Figura 11.4 **Mappatura del percorso ordinario chirurgico**
(rappresentazione parziale)



Fonte: nostra elaborazione

Tabella 11.2 **Criticità del percorso del paziente ordinario chirurgico**

Macrofase	Aree critiche
Pre-Ricovero	Coordinamento professionalità ed unità produttive differenti Localizzazione degli spazi Intervallo temporale tra pre-ricovero e ricovero Gestione lista operatoria Triage della casistica (ad esempio, valutazione dei pazienti che necessitano di un passaggio in Terapia Intensiva e programmazione attività Terapia Intensiva)
Ricovero	Variabilità nel numero degli accessi Gestione del trasporto pazienti
Intervento chirurgico	Ritardi Casi cancellati e/o rinviati Coordinamento emergenze rispetto ai casi programmati Coordinamento professionalità ed unità produttive differenti Gestione flussi di materiali Gestione degli spazi Gestione del tempo (tempo anestesiolgico, tempo chirurgico, ecc.) Riconoscimento del paziente
Degenza post-intervento e dimissioni	Gestione pazienti che necessitano di un passaggio in Terapia Intensiva Gestione del trasporto pazienti Carenza di posti letto Appropriately del setting clinico assistenziale Cattiva programmazione delle sedute che si ripercuote sull'afflusso di pazienti in reparto
Follow up ambulatoriale post-operatorio	Programmazione delle dimissioni Variabilità nel processo di dimissione Coordinamento professionalità ed unità produttive differenti Integrazione col territorio

La mappatura del POC è, inoltre, fondamentale per esaminare in modo critico il processo, evidenziandone criticità e/o colli di bottiglia, anche al fine di impostare un'opera di riprogettazione e miglioramento in un'ottica di *Business Process Re-engineering*. La Tabella 11.2. elenca le criticità del POC rispetto alle fasi che lo costituiscono.

Di seguito si presentano le principali caratteristiche del percorso del paziente chirurgico suddivise per fasi e se ne illustrano le maggiori criticità.

Pre-ricovero

Con la fase del pre-ricovero inizia il percorso del paziente ordinario chirurgico all'interno della struttura sanitaria. Il pre-ricovero è necessario per effettuare esami diagnostici e clinici (visita anestesiologicala, cardiologica, ecc.) volti a confermare l'operabilità del paziente. Qualora l'esito sia positivo, questi viene iscritto in lista operatoria.

L'inserimento in lista operatoria è una sotto-fase particolarmente critica perché si riferisce all'attività di diverse unità produttive e coinvolge diversi professionisti. Un aspetto molto delicato riguarda soprattutto chi gestisce effettivamente la lista operatoria ed ha il potere di decidere l'allocatione delle sedute. Le variabili che condizionano questa fase sono rappresentate da: (i) il livello di informatizzazione; (ii) i livelli di flessibilità nella gestione della sala; (iii) l'integrazione della lista operatoria con il pre-ricovero; (iv) le modalità di valutazione della casistica con eventuale segnalazione, già in fase di pre-ricovero, dei casi per cui si prevede un trasferimento in Terapia Intensiva.

È opportuno segnalare che ancora oggi sono poche le realtà che hanno introdotto una gestione centralizzata delle *operations* relative alla sala operatoria. Questa circostanza potrebbe essere legata a fattori in parte culturali che vincolano la gestione delle risorse produttive (come la sala operatoria) a figure professionali di natura sanitaria (medici ed infermieri).

Ricovero

Il ricovero rappresenta il momento di necessaria transizione per l'esecuzione dell'intervento e si compone generalmente delle seguenti sotto-fasi: (i) la chiamata per il ricovero, (ii) l'accettazione, (iii) la preparazione all'intervento, (iv) la compilazione della cartella clinica e la verifica della lista operatoria, (v) il trasporto in sala operatoria.

Rispetto a questa fase, due sono gli aspetti che richiedono attenzione particolare: (i) il sistema di trasporto dei pazienti e (ii) la presa in carico del paziente nel passaggio tra le diverse unità operative che partecipano all'erogazione del percorso. Determinante in questa fase è il coordinamento *ex ante* tra le unità, in quanto una chiara esplicitazione del momento in cui avviene la presa in carico del paziente da parte degli attori coinvolti (infermieri e/o medici) nel processo permette di evitare eventuali problemi di sicurezza per il paziente.

Intervento Chirurgico

L'intervento chirurgico costituisce la fase *core* del percorso del paziente ed è caratterizzato da un'alta complessità che risulta evidente dall'elevato numero di attività e professionalità coinvolte. Le sotto-fasi di cui si compone sono: (i) l'ingresso in blocco operatorio, (ii) la preparazione del paziente, (iii) l'anestesia, (iv) l'intervento, (v) il risveglio, (vi) la rivalutazione chirurgica o osservazione post-operatoria, (vii) la valutazione della sede di trasferimento, (viii) l'eventuale trasferimento in *recovery room* o (ix) in terapia intensiva, (x) il trasferimento in reparto di degenza.

Questa fase è molto condizionata dalle soluzioni infrastrutturali ed organizzative adottate nell'ambito del blocco operatorio e, in modo particolare, dalla presenza o meno di una *recovery room* (RR) adiacente alla sala operatoria. La RR è una sala nella quale, generalmente, possono essere eseguite le operazioni di anestesia e di risveglio del paziente. In questo modo la sala operatoria viene occupata solo per la durata strettamente connessa all'intervento. Dove presente, la RR è utilizzata soprattutto per l'osservazione post-operatoria (risveglio) del paziente, sebbene esistano rilevanti differenze fra le realtà osservate. Così, in alcuni casi la RR viene utilizzata effettivamente sia per le operazioni di anestesia sia di risveglio, in altri solo per il risveglio e, in altri ancora, solo per i pazienti che necessitano di un periodo di osservazione prolungato post-intervento, prima che sia definito il trasferimento in reparto o, eventualmente, in terapia intensiva. Infine, in alcuni contesti dove la RR non è presente o non è utilizzata per l'esecuzione dell'anestesia, può essere presente una sala «*ad hoc*» dedicata esclusivamente a questa attività.

Degenza post-intervento e dimissioni

La degenza post-intervento può generare una forte criticità quando è necessario il trasferimento in Terapia Intensiva e si manifesta una carenza di posti letto disponibili in questa unità produttiva. Per limitare al minimo il verificarsi di tali situazioni occorre un'attenta programmazione dell'attività operatoria, valutando già nel momento del pre-ricovero l'impegno potenziale delle unità produttive in base alle caratteristiche della domanda da evadere.

In seguito – o in alternativa – al passaggio in terapia intensiva, il paziente viene trasferito nel reparto in cui trascorrerà la degenza. In questo caso, le interdipendenze fra le unità produttive sono condizionate dall'organizzazione dell'area di degenza. Nelle strutture in cui esiste un modello tradizionale di degenza, strutturato per specialità, i posti letto sono generalmente gestiti dallo stesso personale di reparto che ha in carico il paziente per l'esecuzione dell'intervento. Nelle strutture in cui le aree di ricovero sono organizzate in base ad altri criteri, come l'intensità di cura, diventa essenziale verificare il probabile decorso post-operatorio (degenza ordinaria o breve) già nella fase del pre-ricovero, in modo da programmare adeguatamente il fabbisogno di posti letto nelle aree di degenza più appropriate.

Il percorso del paziente all'interno della struttura si conclude quando il decorso post-operatorio è stato positivo e i medici possono procedere con le dimissioni e la consegna della relativa lettera. In questa fase, solitamente, viene anche programmato il controllo ambulatoriale successivo.

Anche nella fase di dimissione possono presentarsi delle criticità. In particolare questo avviene quando la dimissione deve effettuarsi in regime «protetto», ovvero con il coinvolgimento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale incaricata di valutare il prosieguo del percorso del paziente. Questo passaggio può comportare un allungamento dei tempi di dimissione e, quindi, un decorso più lungo in ospedale.

Follow up ambulatoriale post-intervento

Il follow up ambulatoriale post-intervento viene generalmente programmato al momento delle dimissioni dal personale amministrativo o infermieristico. A seconda dei casi, il follow up può avvenire in reparto o presso la piattaforma ambulatoriale in caso di separazione netta tra percorso *inpatient* e percorso *outpatient*.

Il primo controllo post operatorio può prevedere diverse attività quali la visita specialistica, la rimozione di eventuali punti, la medicazione, ecc., ed è svolto da più figure professionali in relazione alle caratteristiche specifiche del paziente operato. Questo controllo segna la fase conclusiva del percorso ordinario chirurgico.

11.3.4 La variabilità dei flussi di attività

La mappatura del percorso ordinario chirurgico rappresenta il primo passo per identificare le criticità presenti nelle diverse macrofasi attraversate dal paziente. Il secondo tema da indagare nel dettaglio è l'andamento dei flussi dei pazienti, ovvero la variabilità dell'attività. Questo paragrafo si concentra su questo aspetto, presentando una modalità di indagine della variabilità dell'attività a partire dai flussi informativi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e dai dati *ad hoc* resi disponibili dalle aziende che hanno partecipato al Laboratorio della Logistica del Paziente.

La gestione della variabilità è un tema centrale nell'ambito dell'*operations management* (Riquadro 11.1). Nel caso della logistica del paziente la variabilità assume un'accezione negativa quando si riferisce alla variabilità artificiale non governata. Questo tipo di variabilità risulta, infatti, fonte di possibili inefficienze, ritardi, errori e lunghi tempi di attesa. Per questi motivi è un fenomeno da studiare con grande attenzione: risalire alle sue cause per intervenire in modo tempestivo e appropriato è uno degli obiettivi principali della logistica del paziente.

Riquadro 11.1 La variabilità in sanità: fonti e tipologia

Gli strumenti e le metodologie utilizzati dall'*operations management* si basano su un assunto di fondo: la variabilità è un fenomeno negativo che deve essere eliminato attraverso opportuni interventi di standardizzazione dei processi produttivi. Questo approccio alla gestione della variabilità risulta sicuramente difficile da applicare al caso della sanità, dove coesistono almeno tre differenti fonti di variabilità: (i) variabilità clinica legata alle caratteristiche dei pazienti (presentano patologie diverse, con livelli di severità e complessità differenti, e possono rispondere in modo non uniforme a identici trattamenti medici); (ii) variabilità dei comportamenti professionali; (iii) variabilità nei flussi di attività.

Oltre alle diverse fonti di variabilità, nel caso della sanità, è importante introdurre un'ulteriore distinzione fra variabilità di tipo naturale e variabilità di tipo artificiale. Per variabilità naturale si intende un fenomeno ineliminabile, non controllabile e connaturato alle caratteristiche specifiche delle attività sanitarie. Per variabilità artificiale si fa riferimento, invece, alla variabilità legata a difetti di sistema, in taluni casi imputabile a comportamenti non corretti e, di conseguenza, eliminabile attraverso interventi di natura organizzativa (Litvak e Long 2000, Villa et al. 2007).

La variabilità clinica è tipicamente un fenomeno di carattere naturale che non può essere eliminato, ma al più gestito attraverso politiche di selezione della domanda oppure attraverso la definizione di percorsi di cura standardizzati per categorie omogenee di pazienti.

La variabilità nei comportamenti professionali include elementi di tipo sia naturale che artificiale. In tutti i casi, infatti, dove esistono percorsi di cura standardizzati le eventuali differenze nei comportamenti clinici ed assistenziali rappresentano un esempio di variabilità artificiale. È altresì vero che, soprattutto all'aumentare della complessità clinico assistenziale dei problemi di cura, risulta difficile ipotizzare una completa standardizzazione dei comportamenti professionali e la presenza di una certa variabilità (naturale in questo senso) deve essere accettata.

Lo stesso ragionamento vale nel caso della variabilità dei flussi di attività, analizzata nel presente paragrafo. Questa variabilità è determinata dall'andamento e dalla frequenza temporale con cui accedono alle strutture i pazienti. Esistono anche in questo caso sia significativi livelli di variabilità artificiale causati da una mancata gestione dei flussi di pazienti programmabili (in elezione), sia livelli di variabilità naturale, determinati dai flussi di pazienti urgenti (ad esempio al Pronto Soccorso).

Nella Tabella 11.3 vengono sintetizzate le fonti e tipologie di variabilità descritte sopra.

L'analisi proposta cerca proprio di seguire un flusso logico per individuare la variabilità e determinarne le cause, provando a rispondere alle seguenti domande:

- esiste una variabilità nel flusso dei pazienti?
- la variabilità è riconducibile a determinati percorsi?

Tabella 11.3 Tipologia e fonti di variabilità in sanità

Fonte	Tipologia	
	Naturale	Artificiale
Clinica	X	
Comportamenti	X	X
Flussi	X	X

- quali sono gli effetti della variabilità sulla gestione delle interdipendenze tra le diverse unità produttive?
- quale impatto genera la variabilità sui carichi di lavoro delle unità produttive?

Come descritto in precedenza, viene presentato l'esempio del percorso ordinario chirurgico (POC) utilizzando i dati di alcune strutture ospedaliere che hanno partecipato al Laboratorio della Logistica del Paziente⁸. L'analisi procede per gradi seguendo di fatto quattro fasi distinte:

1. nella prima fase viene esaminata l'attività complessiva erogata dalla struttura, per contestualizzare l'analisi e quantificare la *pipeline* produttiva oggetto di indagine;
2. nella seconda fase viene indagata la variabilità e le sue possibili cause, utilizzando rappresentazioni grafiche della distribuzione dei flussi di attività e semplici variabili statistiche per sintetizzare le caratteristiche dei fenomeni osservati;
3. nella terza fase viene approfondita la casistica che afferisce alla *pipeline* produttiva POC, classificando i pazienti in sotto-categorie più omogenee al fine di individuare le specifiche unità produttive coinvolte di volta in volta nel processo di cura esaminato;
4. la quarta fase conclude l'analisi focalizzando l'attenzione sulle singole unità produttive. Queste ultime sono analizzate rispetto sia al ruolo svolto nel sistema ospedale (*unità leader* ed *unità follower*), sia alle implicazioni derivanti dalla variabilità del flusso di attività.

Prima fase: la quantificazione del POC

Il primo step di analisi si concentra sui volumi di attività erogati dalla struttura oggetto di indagine, utilizzando la classificazione delle *pipeline* produttive descritta nel paragrafo 11.3.2. Sono escluse da questa rilevazione la *pipeline* dell'emergenza/urgenza e quella ambulatoriale, che risultano essere oggetto di rilevazione attraverso flussi diversi da quelli delle SDO.

Nella Tabella 11.4 sono pertanto individuate tre *pipeline* (POC, POM e PDH/PDS) con alcuni indicatori di sintesi rappresentativi del livello e tipologia di attività erogata. La *pipeline* produttiva POC, scelta per esemplificare l'analisi, incide per il 33% della casistica erogata in termini di ricoveri, salendo al 38% se l'incidenza è calcolata sulle giornate di degenza complessive (con una degenza media di 6,2 giorni). In questa *pipeline* rientra anche una parte significativa di pazienti urgenti (24%), che potrebbero essere fonte di una variabilità naturale nell'andamento dei flussi di attività.

⁸ In particolare nell'ambito del Laboratorio della Logistica del Paziente le analisi svolte hanno riguardato sei strutture. Nel presente contributo utilizzeremo a campione alcuni dati col solo obiettivo di esemplificare la metodologia di analisi seguita.

Tabella 11.4 **Le pipeline presenti nella struttura (Flussi SDO)**

Pipeline	Casi	% Casi/ Totale	% CG DO/ Totale DO	Dg Md/ Accessi Md	% Casi Urgenti
POC	8.689	33%	38%	6,2	24%
POM	12.211	47%	62%	7,1	46%
PDH/PDS	5.268	20%		7,5	
Casi Totali	26.168				37%
PL Equivalenti	456				
N. Reparti	29				

Seconda fase: analisi della variabilità del POC e identificazione delle possibili cause
Una volta definita l'importanza relativa della *pipeline* produttiva indagata, inizia la fase propriamente dedicata all'analisi della variabilità.

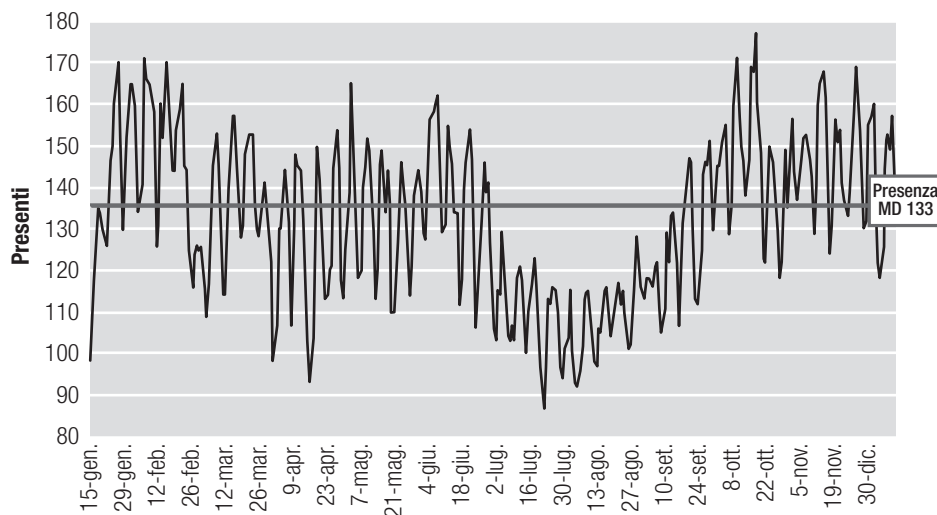
Per descrivere questa dimensione di analisi sono state utilizzate due modalità:

- rappresentazioni grafiche della distribuzione dei flussi di attività per periodi di tempo definiti (giorni dell'anno, settimane, giorni della settimana);
- indici statistici come espressione quantitativa di sintesi dei fenomeni osservati. In particolare, sono stati elaborati i seguenti indici descrittivi della variabilità degli elementi della distribuzione statistica: valore minimo, valore massimo, valore medio, intervallo di variazione (*range*), deviazione standard e coefficiente di variazione⁹.

La prima elaborazione per i pazienti afferenti al POC si concentra nella valutazione dell'andamento dei presenti giornalieri nell'arco di un periodo temporale definito. L'obiettivo di questa analisi è verificare se esiste o meno una variabilità

⁹ Definizione delle variabili statistiche utilizzate:

- Valore minimo: è il valore più basso presente all'interno della popolazione/campione osservato;
- Valore massimo: è il valore più alto presente all'interno della popolazione/campione osservato;
- Intervallo di variazione (*range*): è la differenza fra valore massimo e valore minimo presente all'interno della popolazione/campione osservato.
- Valore medio: è la tendenza centrale della distribuzione, calcolata come somma di tutti i valori della popolazione/campione diviso il numero di osservazioni.
- Deviazione standard: è la misura della dispersione dei dati intorno al valore medio (scostamento quadratico medio).
- Coefficiente di variazione: è l'indice di dispersione che misura con un numero puro, svincolato dall'unità di misura, la variabilità dei fenomeni osservati. È calcolato come rapporto fra deviazione standard e valore assoluto della media.

Figura 11.5 **Andamento pazienti presenti del POC (15 gennaio-15 dicembre)**

Fonte: nostra elaborazione su dati Laboratorio Logistica del Paziente CERGAS Università Bocconi

del flusso di attività. La Figura 11.5 evidenzia graficamente l'andamento registrato nel numero dei presenti in un arco temporale di 11 mesi¹⁰.

La variabilità rappresentata nel grafico viene tradotta in termini numerici attraverso l'elaborazione degli indici statistici sopra descritti e presentati nella Tabella 11.5.

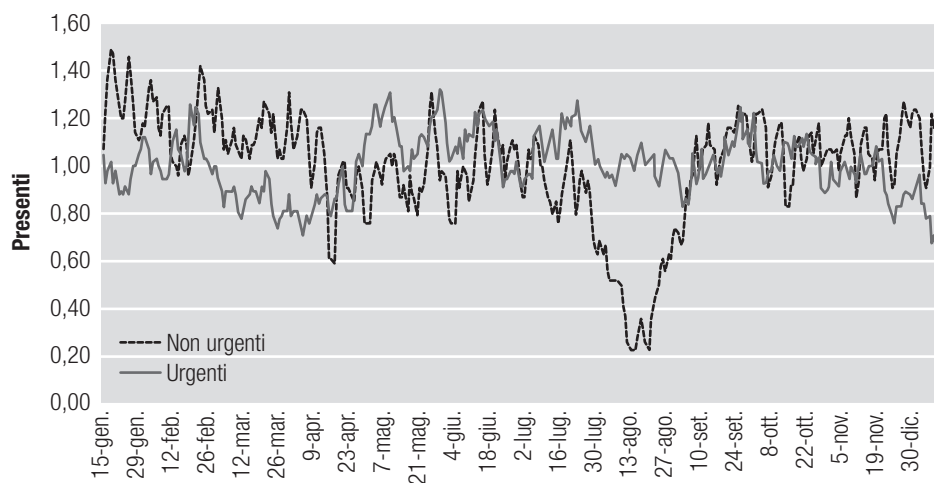
Gli indicatori presentati esprimono una forte variabilità nelle presenze dei pazienti che, a fronte di un numero medio di presenze pari a 133, oscillano da un

Tabella 11.5 **Indici di variabilità dei presenti relativi al POC (valori assoluti, periodo 15 gennaio-15 dicembre)**

Valore minimo	87
Valore massimo	177
Range	90
Valore medio	133
Deviazione standard	19
Coefficiente di variazione	14,5%

¹⁰ L'arco temporale considerato è di 11 mesi, sono escluse le code iniziali e finali perché i dati si basano sulle SDO e, quindi, nel periodo iniziale e finale dell'anno sono penalizzati i dati relativi ai pazienti ammessi ma non dimessi nel periodo di tempo esaminato.

Figura 11.6 **Andamento pazienti presenti del POC suddivisi nelle tipologie Urgenti e Non Urgenti (15 gennaio-15 dicembre)**



Fonte: nostra elaborazione su dati Laboratorio Logistica del Paziente CERGAS Università Bocconi

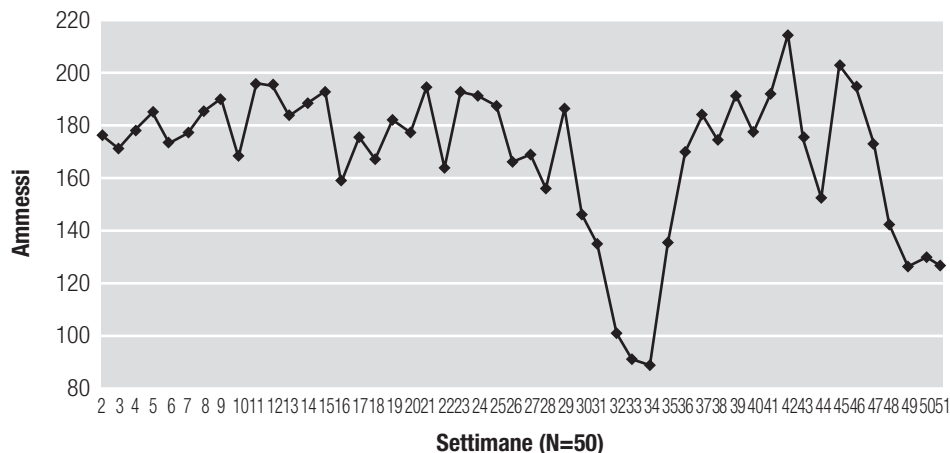
minimo di 87 ad un massimo di 177. L'indice di sintesi della variabilità, il coefficiente di variazione, conferma questa lettura, assumendo un valore pari al 14,5%.

Appurata la presenza di una certa variabilità, è necessario indagarne le possibili cause. Il primo approfondimento riguarda la distinzione tra pazienti urgenti e non. La Figura 11.6 evidenzia con chiarezza il diverso flusso di presenze nel corso dell'anno per queste due tipologie di pazienti POC.

Tabella 11.6 **Indici di variabilità dei presenti relativi al POC, per tipologia di paziente Urgente e Non Urgente (numeri indice, 15 gennaio-15 dicembre)**

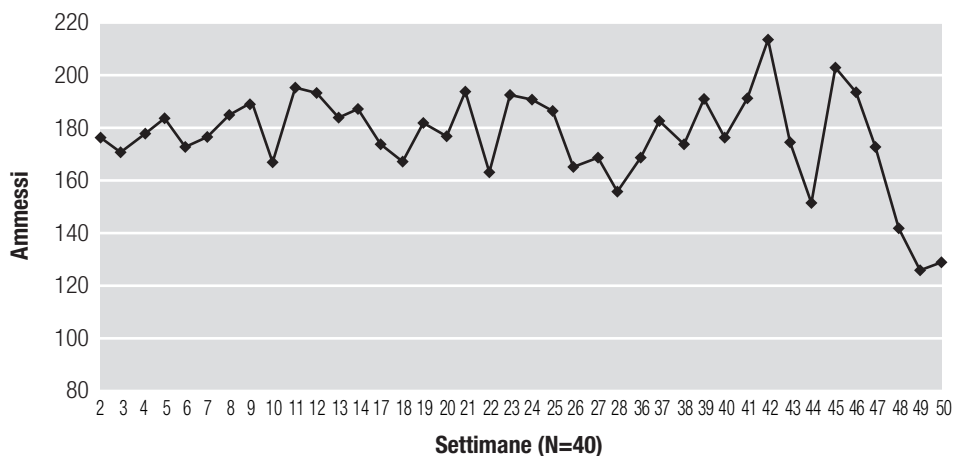
Numeri indice	Non Urgenti	Urgenti
Valore minimo	0,42	0,62
Valore massimo	1,45	1,32
Range	1,03	0,70
Valore medio	1,00	1,00
Deviazione standard	0,21	0,13
Coefficiente di variazione	21,2%	13,1%

¹¹ Il numero indice è calcolato come rapporto fra valore assoluto osservato e valore medio della popolazione/campione.

Figura 11.7 **Andamento pazienti POC ammessi per settimana (N=50)**

Fonte: nostra elaborazione su dati Laboratorio Logistica del Paziente CERGAS Università Bocconi

Gli elementi della distribuzione sono trasformati in questo caso in numeri indice¹⁰ per consentire un confronto diretto fra fenomeni che presentano grandezze diverse (numerosità dei pazienti urgenti rispetto ai pazienti non urgenti). È possibile verificare, quindi, il minor grado di variabilità che registrano i pazienti urgenti, rappresentato in sintesi da un coefficiente di variazione pari al 13,1%, rispetto ai pazienti non urgenti, con un coefficiente di variazione pari al 21,2%.

Figura 11.8 **Andamento pazienti POC ammessi per settimana (N=40)**

Fonte: nostra elaborazione su dati Laboratorio Logistica del Paziente CERGAS Università Bocconi

Tabella 11.7 **Indici di variabilità degli ammessi relativi al POC calcolati su 50 e 40 settimane annue (valori assoluti)**

Valori assoluti	N=50	N=40
Valore massimo	214	214
Valore minimo	88	126
Range	126	88
Valore medio	169	177
Deviazione standard	28,0	18,0
Coefficiente di variazione	17%	10%

Un ulteriore approfondimento riguarda la variabilità del flusso di domanda, ovvero l'andamento con cui i pazienti accedono alla struttura nel corso dell'anno. Le elaborazioni grafiche e statistiche sono calcolate in questo caso sul numero delle settimane annue. In particolare, nella Figura 11.7 viene presentata la distribuzione dei pazienti ammessi nel corso di 50 settimane dell'anno (escludendo solo le due code, iniziale e finale).

Anche in questa analisi si evince una rilevante variabilità negli ammessi, ma per avere una rappresentazione più realistica del fenomeno è opportuno depurare i dati dal possibile effetto della stagionalità attribuibile ai periodi festivi. Nella Figura 11.8 viene presentato lo stesso grafico, escludendo dalla distribuzione le settimane coincidenti con le festività (Natale, Pasqua e periodo estivo) e arrivando così a considerare 40 settimane.

Anche in questo caso la variabilità, rappresentata efficacemente in modo grafico, può essere sintetizzata numericamente con gli indici statistici. La Tabella 11.7 mette a confronto tra gli indicatori di sintesi della variabilità calcolati su un arco di 50 settimane e di 40 settimane. È importante notare, in questo senso, che a fronte di valori massimi uguali e valori medi non troppo distanti delle due distribuzioni, il coefficiente di variazione assume valori molto diversi: pari al 17% se vengono considerate 50 settimane, al 10% se sono invece considerate 40 settimane, confermando un effetto importante della stagionalità nella distribuzione degli ammessi. Rimane da sottolineare, in ogni caso, che per quanto si riduca, la variabilità resta comunque rilevante, dal momento che due settimane non festive registrano un numero di accessi l'uno quasi doppio rispetto all'altro per la stessa struttura (valore minimo pari a 126 e valore massimo pari a 214).

In sintesi, le elaborazioni presentate suggeriscono l'esistenza del fenomeno variabilità nell'ambito dell'azienda oggetto di indagine, anche quando si concentra l'analisi solo sui casi di elezione e quando si escludono le settimane festive. I ri-

sultati esposti rappresentano in qualche modo un campanello d'allarme per il management aziendale, che dovrà interrogarsi sulle cause di questa variabilità e cercare di capire quale parte sia governata e quale invece sia legata a carenze nel sistema di programmazione che si traducono in disfunzioni nel funzionamento della macchina produttiva.

Terza fase: analisi delle interdipendenze fra le unità produttive coinvolte nel POC
L'analisi fin qui svolta ha valutato la variabilità esistente nell'azienda indagata, approfondendo alcune possibili cause alla sua origine. In questa terza fase l'attenzione si sposta sul percorso complessivo del paziente POC, per individuare le specifiche unità produttive che concorrono alla produzione e che possono essere coinvolte dalla variabilità del percorso.

Per procedere con questa fase è necessario introdurre un livello di dettaglio maggiore del POC, perché in base alle categorie di pazienti trattati il grado di coinvolgimento delle unità produttive assume carattere diverso. Nell'ambito di questo lavoro, il POC viene suddiviso nelle linee produttive di cui si compone, ovvero nei raggruppamenti DRG appartenenti ad una medesima tipologia di trattamento chirurgico o medico (ad esempio, la linea produttiva Osteomuscolare chirurgica raggruppa tutti i DRG che riguardano interventi di tipo ortopedico)¹². È chiaro che, a seconda del livello di approfondimento a cui si desidera arrivare con l'analisi, la classificazione dei pazienti può arrivare anche alla specifica patologia trattata (ovvero DRG e/o ICD9). La Tabella 11.8. presenta le principali linee produttive della struttura e i principali indicatori del volume di attività erogato.

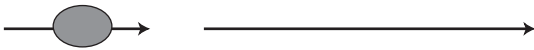
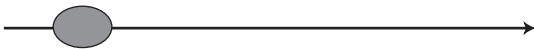
La linea produttiva più importante è l'Osteomuscolare chirurgica, che rappresenta il 16% dei casi afferenti al POC, seguita dalla Digerente chirurgica (15%) e dall'Otorinolaringoiatrica chirurgica (13%); insieme queste prime tre linee produttive rappresentano il 44% dell'attività ordinaria chirurgica della struttura.

Tabella 11.8 **Le principali linee produttive sottostanti il POC**

Linee produttive chirurgiche	Casi	% Casi/Totale	Giornate	Degenza Media	% Casi Urgenti
Osteomuscolare chirurgica	1.408	16%	14.181	10,1	41%
Digerente chirurgica	1.273	15%	12.991	10,2	27%
Otorinolaringoiatrica chirurgica	1.160	13%	2.198	1,9	2%
Altre Linee produttive chirurgiche	4.803	56%	32.178	6,7	21%
Totale	8.644	100%	61.548	7,1	23%

¹² Per una descrizione delle modalità di classificazione della produzione ospedaliera si veda Bensa e Carbone (2007).

Figura 11.9 Le unità produttive coinvolte nel percorso Osteomuscolare chirurgico

Reparto ammissione	Sala operatoria	I° reparto di trasferimento	II° reparto di trasferimento	III° reparto di trasferimento	Reparto dimissione	Numero Casi	% Totale	di cui % Urgenti
Ortopedia					Ortopedia	875	62%	36%
Ortopedia		Lungodegenza			Lungodegenza	304	22%	67%
ORL					ORL	107	8%	1%
Altri percorsi						122	9%	49%
Totale						1.408	100%	41%

Fonte: nostra elaborazione su dati Laboratorio Logistica del Paziente CERGAS Università Bocconi

L'analisi prosegue proponendo l'approfondimento per la linea produttiva principale, ovvero la Osteomuscolare chirurgica, per descrivere quali sono le unità produttive che il paziente di questa categoria tipicamente coinvolge nel percorso di cura.

La Figura 11.9 propone una rappresentazione grafica del percorso fisico del paziente, indicando le unità produttive (rilevabili attraverso le SDO) attraversate nel processo di cura. Indica inoltre il peso relativo dei percorsi (incidenza percentuale dei casi) e la percentuale di pazienti urgenti per ciascuno di essi.

Come è evidente, il reparto interessato principalmente da questo percorso è quello di Ortopedia e Traumatologia, ma ci sono anche altri reparti che trattano una quota di pazienti appartenenti a questa linea produttiva (ad esempio, l'Otorinolaringoiatria, ORL). In particolare, solo il 62% dei casi è di competenza esclusiva dell'Ortopedia (ammessi e dimessi dal reparto), mentre per il 22% degli ammessi in Ortopedia il percorso osteomuscolare chirurgico non si conclude nello stesso reparto, ma prevede un trasferimento in lungodegenza¹². L'8% dei casi è di competenza esclusiva dell'ORL. Una percentuale del 9% registra, infine, percorsi diversi da quelli sopra rappresentati.

Quarta fase: impatto della variabilità sui carichi di lavoro delle unità produttive

L'ultima fase dell'analisi si concentra sulle singole unità produttive che concorrono al processo di cura. L'obiettivo è valutare gli effetti della variabilità della casistica sulla gestione delle unità produttive coinvolte. In particolare sono esaminate le due

¹³ Si tratta di un percorso geriatrico per la gestione dei pazienti anziani che prevede, a seguito soprattutto dell'intervento di protesi d'anca o di ginocchio (DRG 209), un periodo di riabilitazione in un reparto dedicato.

unità principali del processo produttivo: il reparto (unità *follower*) ed il blocco operatorio (unità *leader*). Nel POC l'unità produttiva leader è il blocco operatorio perché questo genera a cascata una domanda di capacità produttiva nei confronti delle unità logistiche «subalterne»: reparto di degenza, terapia intensiva, servizi di imaging ecc. Se non si tiene adeguatamente in considerazione tale bisogno «indotto» si creano gravi colli di bottiglia nel processo, con rilevanti problemi nella gestione complessiva del flusso di pazienti (Visser e Beech 2005)¹⁴.

Adottare la prospettiva del processo significa evidenziare tutti i legami che si creano fra le unità produttive aziendali. Prendendo in considerazione il reparto di Ortopedia e Traumatologia, nella Tabella 11.9 sono inseriti i risultati di tale analisi. In particolare, si conferma che la linea produttiva Osteomuscolare chirurgica rappresenta per questo reparto l'attività più rilevante, pari all'88% dei casi trattati. Si evidenzia inoltre che il 73% di tutti i casi trattati viene ammesso e dimesso dalla stessa Ortopedia, il 23% viene trasferito in Lungodegenza, una piccola percentuale viene trasferita in altri reparti e un'ulteriore piccola percentuale proviene da altri reparti. I pazienti che vengono gestiti solo dall'Ortopedia presentano, inoltre, una degenza media molto più bassa di quelli trasferiti in un secondo momento in Lungodegenza. Queste sono le informazioni da considerare per programmare l'attività di reparto tenendo conto delle unità produttive che

Tabella 11.9 **Le linee produttive del reparto di Ortopedia e Traumatologia rilette in un'ottica di processo**

Reparto di Ortopedia e traumatologia				
Linee produttive	Casi	% Casi/Totale	Degenza Media	% Casi Urgenti
Osteomuscolare Chirurgica ammessi/aimessi Ortopedia	896	63%	4,3	36%
Osteomuscolare Chirurgica trasferiti in lungodegenza	330	23%	26,1	65%
Osteomuscolare Chirurgica trasferiti in altri reparti	12	1%	22,3	50%
Osteomuscolare Chirurgica proveniente da altri reparti	9	1%	10,1	44%
Altre linee produttive ammessi/dimessi Ortopedia	145	10%	4,8	68%
Altre linee produttive trasferiti in altri reparti	20	1%	33,4	90%
Altre linee produttive provenienti da altri reparti	5	0%	12,8	40%
Totale	1.417	100%	9,9	47%

¹⁴ Una scarsa programmazione del blocco operatorio può avere ricadute negative su unità produttive apparentemente distanti dallo stesso. Un esempio significativo è rappresentato dal Pronto Soccorso. L'utilizzo troppo intenso delle sale operatorie può determinare a cascata un sovra-affollamento delle aree di degenza che, a loro volta, non risultano più in grado di accogliere i pazienti dal Pronto Soccorso, creando ritardi e allungamento dei tempi di attesa in questa unità produttiva dell'ospedale.

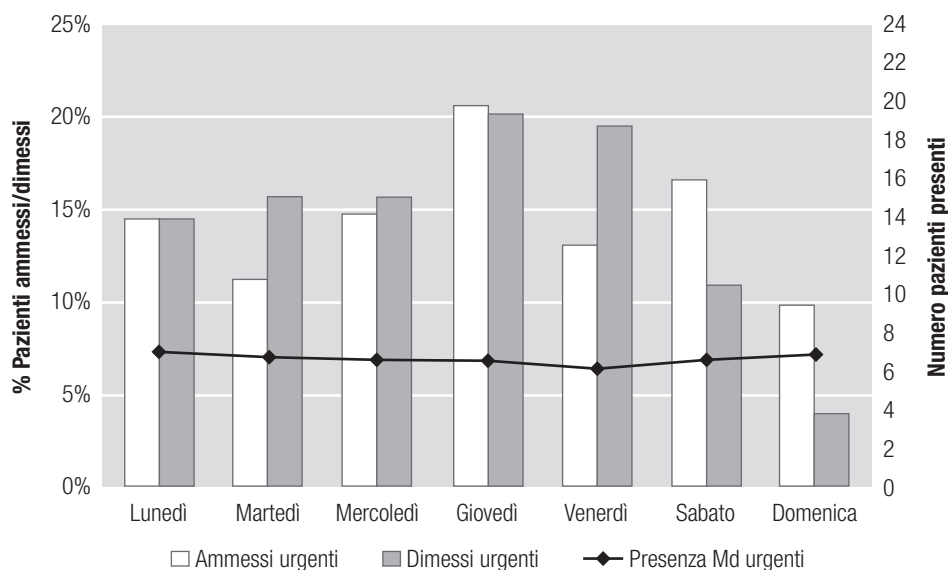
saranno coinvolte a valle (ed eventualmente a monte) rispetto alla propria porzione del processo produttivo complessivo.

Per quanto concerne gli effetti della variabilità nella gestione del reparto, viene esaminato il diverso impatto che produce l'andamento dei flussi di attività rispetto alla tipologia di pazienti della linea produttiva Osteomuscolare chirurgica.

Sulla base dei risultati della fase due, infatti, i pazienti urgenti e non urgenti presentano livelli di variabilità significativamente diversi. Questo risultato trova conferma in Figura 11.10 e Figura 11.11, dove sono presentati i dati relativi al carico di lavoro (medio) per giorno della settimana, ovvero i pazienti ammessi, dimessi e presenti. I grafici mostrano un andamento molto diverso per i pazienti della linea Osteomuscolare chirurgica urgenti rispetto a quelli non urgenti. I primi mantengono un livello di attività rilevante nell'arco di tutti i giorni della settimana (seppure con un calo nel fine settimana), con una presenza quasi costante di pazienti che si attesta intorno alle 8 unità. I secondi invece presentano un andamento differenziato per giorno della settimana, con una punta nei giorni centrali e un forte declino nel fine settimana.

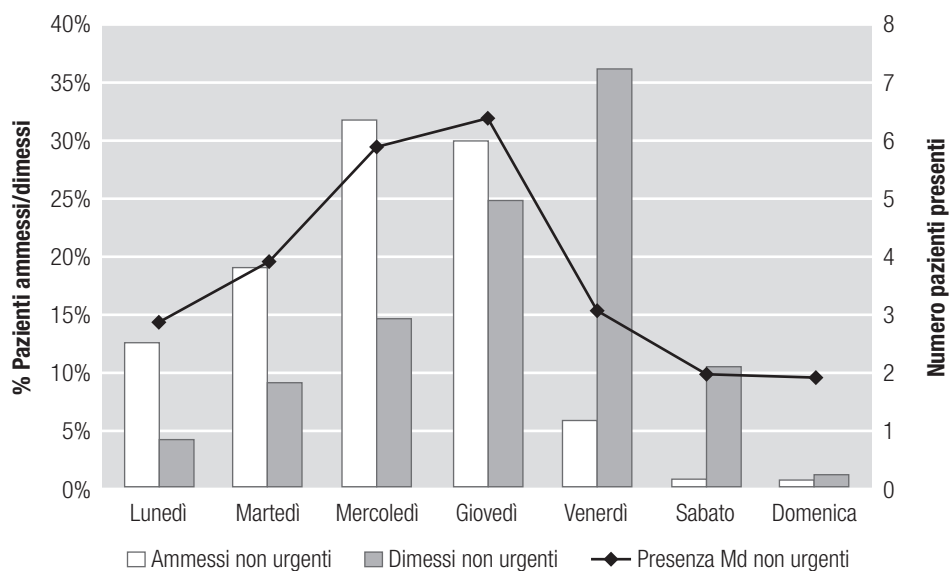
Sommando gli effetti delle due tipologie di pazienti (Figura 11.12), questi diversi andamenti nella distribuzione del flusso di attività implicano un carico di lavoro per il reparto di Ortopedia molto concentrato in un paio di giorni centrali (martedì e mercoledì), con un calo significativo nel fine settimana. Questa parti-

Figura 11.10 **Pazienti ammessi, dimessi e presenti mediamente per giorno della settimana per la linea Osteomuscolare chirurgica urgente**



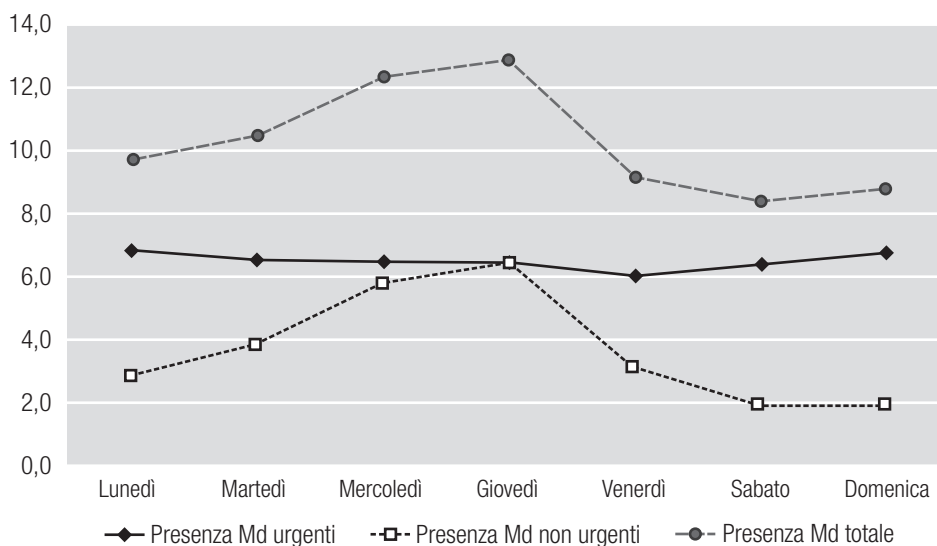
Fonte: nostra elaborazione su dati Laboratorio Logistica del Paziente CERGAS Università Bocconi

Figura 11.11 **Pazienti ammessi, dimessi e presenti mediamente per giorno della settimana per la linea Osteomuscolare chirurgica non urgente**

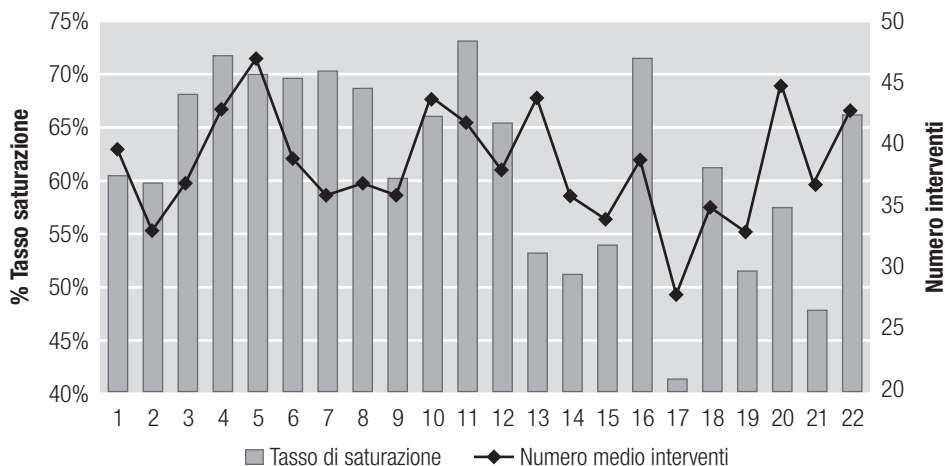


Fonte: nostra elaborazione su dati Laboratorio Logistica del Paziente CERGAS Università Bocconi

Figura 11.12 **Andamento presenze per giorno della settimana per pazienti urgenti, non urgenti e complessivi della linea Osteomuscolare chirurgica**



Fonte: nostra elaborazione su dati Laboratorio Logistica del Paziente CERGAS Università Bocconi

Figura 11.13 **Andamento numero di casi e tasso di saturazione del blocco operatorio**

Fonte: nostra elaborazione su dati Laboratorio Logistica del Paziente CERGAS Università Bocconi

colare distribuzione andrebbe indagata ulteriormente dall'azienda per valutare se è causa di sovraccarichi di lavoro per il personale di reparto, oppure se è accompagnata da una coerente distribuzione dei turni lavorativi.

Spostando l'attenzione sull'unità produttiva *leader*, ovvero il blocco operatorio, di seguito si presenta l'analisi della variabilità, prendendo in considerazione inizialmente un arco temporale definito che esclude, anche in questo caso, gli effetti della stagionalità (periodi festivi, sabato e domenica). La Figura 11.13 mo-

Tabella 11.10 **Analisi blocco operatorio. Distribuzione numero casi e tassi di utilizzo tra i diversi giorni della settimana**

Indicatori attività blocco operatorio	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica	Totale
Numero medio interventi	36	43	39	35	38	10	0	200
Distribuzione %	18%	21%	19%	18%	19%	5%	0%	100%
Tasso di saturazione	59%	62%	64%	61%	63%	11%	0%	
<i>Casi urgenti</i>								
Numero Medio	3	4	6	3	4	2	0	21
Distribuzione %	12%	17%	28%	12%	19%	11%	1%	100%
<i>Casi non urgenti</i>								
Numero Medio	33	39	33	33	34	7	0	179
Distribuzione %	18%	22%	18%	18%	19%	4%	0%	100%

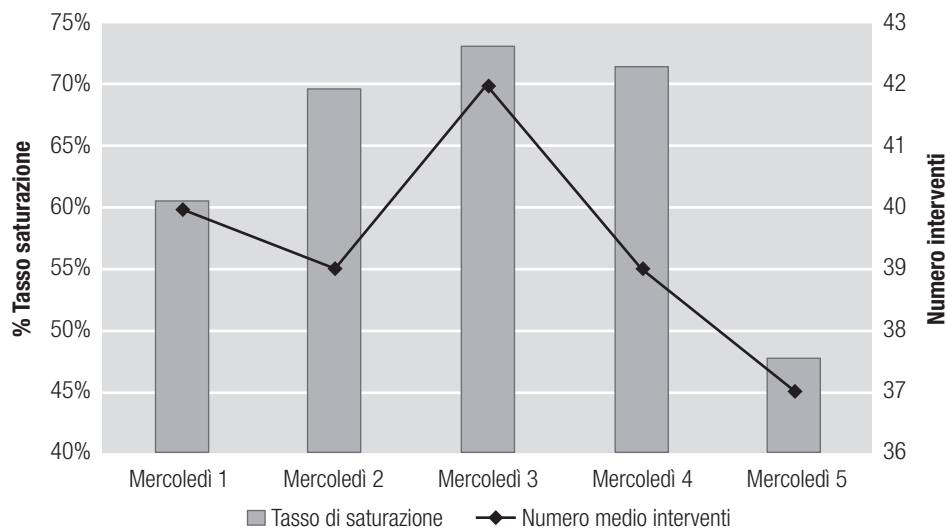
stra l'andamento, relativo ad un mese campione, del numero di interventi effettuati e del tasso di saturazione del blocco operatorio.

Questa prima analisi fornisce da subito due informazioni interessanti: il blocco operatorio presenta un tasso di utilizzo medio piuttosto basso (60%) ed una elevata variabilità di utilizzo nei giorni del mese.

Un successivo approfondimento prende in esame la distribuzione degli interventi tra i vari giorni della settimana. La Tabella 11.10 offre una sintesi di questa analisi: il lunedì sembra essere sotto-utilizzato, sia in termini di tasso di saturazione che di numero medio di interventi, mentre si registra una presenza di interventi urgenti superiore alla media il mercoledì. Infine, la Figura 11.14 mostra l'andamento dei tassi di saturazione del blocco operatorio e del numero medio di interventi solo per i mercoledì, evidenziando anche in questo caso una certa variabilità.

I dati e le figure fin qui illustrati mostrano che esiste una questione variabilità nella gestione dei flussi dei pazienti. Tale variabilità permane anche quando si tiene in considerazione la presenza di variabili di controllo (i giorni festivi e il carattere di urgenza di parte della casistica) e anche quando si effettuano analisi più circostanziate a livello di singola area produttiva (reparto e sala operatoria) e di tipologia di percorso fisico (pazienti ortopedici della linea Osteomuscolare chirurgica). Esiste, in sintesi, una variabilità artificiale (Riquadro 11.1), non controllata e quindi eliminabile con mirati interventi organizzativi.

Figura 11.14 **Analisi blocco operatorio. Numero di casi e tassi di utilizzo in un giorno specifico (mercoledì) di un mese campione.**



Fonte: nostra elaborazione su dati Laboratorio Logistica del Paziente CERGAS Università Bocconi

Obiettivo del paragrafo, in ogni caso, non è stato quello di evidenziare specifiche problematiche e di indicare conseguenti corsi di azione, bensì di offrire una visione complessiva della metodologia proposta, che si fonda su tre principi guida:

- l'importanza di studiare la distribuzione nel tempo del fenomeno oggetto di osservazione, dal momento che la mera analisi di valori medi di sintesi può portare a conclusioni errate;
- la necessità di seguire diverse prospettive di analisi: l'ospedale, la *pipeline* produttiva e la singola unità produttiva;
- la rilevanza di mantenere sempre una visione di sistema che mira ad ottimizzare i flussi dei pazienti lungo tutta la catena produttiva, dal momento di ingresso alla fase finale di dimissione dalla struttura.

Le leve di cambiamento della logistica del paziente

Questa parte finale del capitolo vuole focalizzare l'attenzione sulle possibili leve di cambiamento per migliorare la logistica del paziente in ospedale. Facendo riferimento anche a precedenti esperienze di ricerca intervento (Alesani et al. 2006, Villa et al. 2007, Villa et al. 2008) e a recenti contributi sul tema (Visser e Beech 2005, Hall 2006) è possibile individuare cinque aree di intervento:

1. lay-out delle strutture e distribuzione degli spazi;
2. organizzazione delle unità produttive;
3. programmazione della capacità produttiva;
4. sistemi informativi e tecnologie di supporto;
5. attivazione di ruoli organizzativi «ad hoc» a supporto della gestione dei flussi dei pazienti.

Nel prosieguo del paragrafo si cercherà di delineare le principali caratteristiche di queste cinque aree di intervento, continuando a fare riferimento all'esempio del percorso del paziente chirurgico.

Lay-out delle strutture

L'ottimizzazione dei percorsi fisici dei pazienti è spesso limitata dai vincoli architettonici imposti dalle attuali strutture ospedaliere. Molte delle aree critiche del percorso del paziente chirurgico menzionate in Tabella 11.2. potrebbero essere superate con interventi sul lay-out delle strutture e sulla distribuzione degli spazi. Ad esempio, la programmazione dell'attività operatoria potrebbe essere molto più efficace in presenza di un blocco operatorio unico; i tempi di occupazione della sala operatoria potrebbero essere ridotti dalla presenza di una *recovery room* (cfr. paragrafo 11.3.3); il coordinamento nella gestione post-intervento del paziente verrebbe facilitato da aree di degenza modulari sviluppate orizzontalmente.

Organizzazione delle unità produttive

Gli interventi riguardanti l'organizzazione delle unità produttive e finalizzati al miglioramento della logistica del paziente si distinguono in due categorie: (i) interventi micro-organizzativi, che vanno ad impattare su singole fasi ed attività del complessivo percorso del paziente (si pensi, ad esempio, a modifiche nel processo di accettazione, alle fasi di dimissione, ai cambiamenti nei sistemi di *triage* e all'organizzazione delle aree di attesa) e (ii) interventi macro-organizzativi che vanno a rivoluzionare il percorso fisico del paziente attraverso la creazione di nuovi spazi e di nuovi percorsi.

Rispetto a questo secondo tipo di cambiamenti, la tendenza registrata negli ultimi anni è quella di superare l'organizzazione delle aree di ricovero per specialità cliniche introducendo modelli basati su driver più rispondenti ai bisogni assistenziali dei pazienti, ovvero sull'intensità di cura. A livello nazionale ed internazionale (Lega et al. 2003, Alesani et al. 2006, Orlandi et al. 2006, Villa et al. 2008) si contano già diverse esperienze di riorganizzare delle aree di ricovero sulla base di criteri quali: (i) la durata attesa della degenza; (ii) il livello di urgenza; (iii) il grado di assorbimento di tecnologie; (iv) la complessità assistenziale; (v) la separazione fra *inpatient* e *outpatient*. Nel Riquadro 11.2 sono descritte in maggior dettaglio le possibili configurazioni delle aree di ricovero basate sui criteri citati.

Riquadro 11.2 **I possibili driver per l'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura**

Degenza attesa: le aree di ricovero sono organizzate in base alla durata di degenza attesa dei pazienti. I pazienti per cui si prevede una durata del ricovero inferiore ai cinque giorni vengono collocati in aree di degenza dedicate, che sono chiuse dal venerdì sera al lunedì mattina. L'esperienza di questo tipo più diffusa è quella della *week-surgery*, riguardante i pazienti chirurgici, ma in alcune realtà è stata attivata anche un'area *week hospital* per la casistica medica.

Urgenza: le aree di ricovero dedicate all'attività programmata sono separate da quelle dell'emergenza/urgenza, con la creazione di percorsi specifici per i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.

Assorbimento di tecnologie: è il criterio tradizionalmente utilizzato dagli ospedali. Pazienti con un determinato quadro clinico necessitano di particolari tecnologie; vengono così create aree di ricovero specifiche con la presenza di tecnologie avanzate ad alto costo (l'esempio tipico è rappresentato dalla terapia intensiva).

Complessità assistenziale: le aree di ricovero sono organizzate sulla base del livello di assistenza infermieristica di cui necessitano i pazienti. Si possono creare, ad esempio, aree di degenza con livelli tecnologici simili alle aree di degenza ordinaria, ma con un rapporto infermieri-pazienti più alto.

Inpatient vs. outpatient: le aree di ricovero sono organizzate in modo da separare logisticamente e fisicamente i percorsi dei pazienti ambulatoriali e diurni dai percorsi dei pazienti acuti che necessitano di una degenza ordinaria.

Programmazione della capacità produttiva

La programmazione della capacità produttiva mira a realizzare un equilibrio ottimale fra la domanda e l'offerta di un determinato arco temporale. Le disfunzioni connesse alla gestione della capacità produttiva possono essere di origine strutturale, quando esiste un sottodimensionamento dell'offerta rispetto alla domanda, oppure derivare proprio da una cattiva programmazione: la domanda è in linea con l'offerta potenziale, ma solo in termini teorici perché l'attività è caratterizzata da una forte variabilità nella distribuzione degli accessi che genera ritardi, cancellazione di interventi, lunghi tempi di attesa, pazienti collocati in *setting* assistenziali non appropriati¹⁵. Come descritto in precedenza, recenti studi internazionali (Aiken et al. 2002; Litvak et al. 2005) hanno mostrato gli effetti negativi della variabilità della domanda sull'efficienza, l'appropriatezza, la tempestività, il clima lavorativo e la sicurezza delle cure. Le analisi presentate nel paragrafo 11.3.4 hanno evidenziato, inoltre, l'esistenza del fenomeno variabilità (artificiale) nella gestione dei flussi dei pazienti portando l'esempio di alcune strutture italiane. È utile interrogarsi, a questo punto, sulle possibili modalità di intervento per governare e ridurre questa variabilità artificiale attraverso una migliore programmazione della capacità produttiva.

Facendo riferimento al caso del percorso del paziente chirurgico le principali aree su cui intervenire sono:

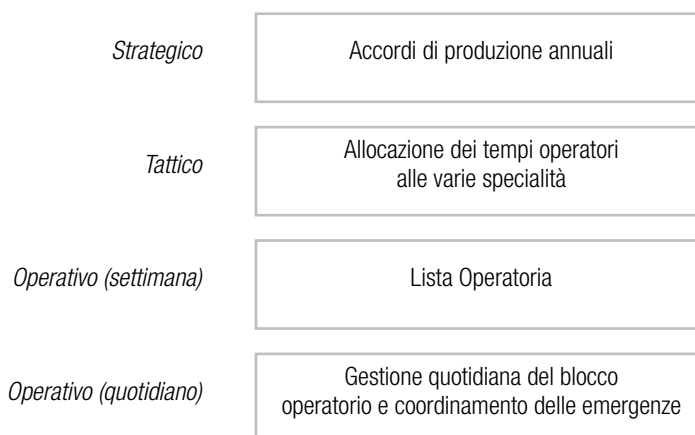
- ▶ il coordinamento tra la fase di pre-ospedalizzazione e la gestione della lista operatoria;
- ▶ la programmazione del blocco operatorio;
- ▶ il coordinamento tra i diversi flussi che transitano per il blocco operatorio (per esempio, i pazienti programmati ed i pazienti in emergenza-urgenza);
- ▶ la gestione del trasporto del paziente e della sua tempistica (ovvero del tempo intercorrente tra «chiamata» ed «arrivo», che ha evidenti ripercussioni sulla gestione della seduta operatoria, rispetto a sforamenti, ritardi e rinvii);
- ▶ la programmazione delle dimissioni e la gestione del post-acuto.

Nel percorso del paziente chirurgico l'unità *leader* da cui è necessario partire per realizzare un'ottimale programmazione della capacità produttiva è il blocco operatorio. Rispetto a tale unità produttiva l'obiettivo è quello di ottenere soddisfacenti livelli di saturazione senza un'eccessiva variabilità nei volumi di attività. Come rappresentato in Figura 11.15, esistono almeno quattro livelli di programmazione del blocco operatorio. Il livello strategico è quello in cui si decidono, tipicamente con cadenza annuale, i volumi di produzione ed il tipo di casistica da trattare. Tali decisioni si traducono nell'elaborazione del cosiddetto *master plan*, in cui si

¹⁵ Questa circostanza risulta evidente se si considera che molte strutture ospedaliere soffrono di questo tipo di problemi pur in presenza di tassi di occupazione ed indici di rotazione molto bassi.

definisce l'allocazione delle sedute operatorie alle diverse specialità (livello tattico nella nostra rappresentazione grafica). Il *master plan* delinea le regole generali di funzionamento, rispetto alle quali settimanalmente viene costruita la lista operatoria (livello operativo). Infine, l'attività quotidiana del blocco operatorio necessita di una continua gestione delle singole contingenze, ad esempio, casi cancellati oppure sopravvenienza di casi urgenti e così via. Nell'analisi del caso presentato nel paragrafo 11.3.4 viene evidenziata chiaramente la variabilità nell'attività del blocco operatorio. In questo caso appare necessario intervenire su più livelli della programmazione: (i) a livello strategico e tattico per rivedere l'allocazione delle sedute operatorie alle varie specialità ed evitare che alcuni giorni della settimana risultino sistematicamente sotto-utilizzati (nel caso specifico il lunedì era caratterizzato in media da tassi di utilizzo inferiori); (ii) a livello operativo settimanale intervenendo sulla gestione della lista operatoria, in modo da evitare eccessivi livelli di variabilità nei carichi di lavoro¹⁶ e da avere una distribuzione uniforme dei casi che necessitano un trasferimento in terapia intensiva¹⁷; (iii) a livello operativo quotidiano migliorando la gestione delle urgenze per verificare la possibilità di farle rientrare nel normale circuito dell'attività programmata¹⁸.

Figura 11.15 **Livelli di controllo nella programmazione del blocco operatorio**



Fonte: nostra elaborazione

¹⁶ In termini concreti questo significa, ad esempio, poter riallocare le sedute operatorie nel caso in cui un particolare giorno una data équipe sia impegnata in una iniziativa convegnistica.

¹⁷ Come evidenziato nel Paragrafo 11.3.3 già nella gestione della fase di pre-ricovero è possibile segnalare la potenziale necessità del paziente di passare in terapia intensiva e, conseguentemente, tenerne conto in fase di programmazione della lista operatoria.

¹⁸ Ad esempio, nel caso illustrato nel Paragrafo 11.3.4, una concentrazione delle urgenze superiore alla media al mercoledì fa pensare alla presenza di finte urgenze e quindi di casi che potrebbero essere fatti rientrare nel normale circuito del programmato, evitando al blocco operatorio inutili stress produttivi.

Tecnologie e Sistemi Informativi

Un'ulteriore leva di miglioramento della logistica del paziente riguarda le tecnologie ed i sistemi informativi.

Le innovazioni introdotte nell'ambito delle tecnologie e dei sistemi informativi rendono disponibili attualmente informazioni sempre più accurate, integrate e tempestive che consentono di gestire concretamente la complessità dei processi aziendali, di fornire informazioni in tempo reale sullo stato del percorso del paziente e di velocizzare e rendere più sicuro il trasporto fisico del paziente all'interno della struttura ospedaliera.

Rispetto al primo punto si sottolinea la tendenza – legata al nuovo modello di progettazione dei sistemi informativi conosciuto come Hospital Resource Planning – a superare la logica di informatizzazione ad isole a favore di sistemi aziendali integrati, attribuendo una forte centralità al paziente e a tutti i relativi processi di cura.

Rispetto al secondo punto si segnala l'introduzione sempre più rapida e frequente di tecnologie e software a supporto specifico della gestione dei flussi fisici dei pazienti. Ad esempio, molte strutture ospedaliere hanno adottato recentemente *software* a supporto della gestione dei posti letto. Grazie a tali applicativi è possibile, in ogni momento e da ogni punto dell'azienda, conoscere quanti letti sono disponibili, quanti sono occupati e quanti sono stati liberati ma non ancora pronti per essere utilizzati. Attraverso queste informazioni, ad esempio, il Pronto Soccorso può sapere direttamente la disponibilità di posti letto (evitando di chiamare continuamente i reparti alla ricerca di un posto libero), passando da una logica *push* nella gestione dei posti letto ad una logica *pull*. Inoltre, tali software vengono interfacciati con dispositivi di telecomunicazione (*pager*) assegnati al personale che, una volta preparata la camera, lo segnalano automaticamente, snellendo ulteriormente le procedure operative.

Sempre in tema di tecnologie applicate alla logistica del paziente, un'innovazione recente è rappresentata dal sistema RFId (*Radio Frequency Identification*) che permette l'identificazione automatica delle persone all'interno della struttura sanitaria¹⁹.

Ruoli organizzativi a supporto della logistica del paziente

Una gestione efficace della logistica del paziente richiede, infine, lo sviluppo di competenze e ruoli «ad hoc». Le realtà che hanno compreso per prime l'impor-

¹⁹ La tecnologia RFId rende automatica l'identificazione grazie ad un dispositivo contenente un microchip (*tag*) inserito in un bracciale indossato dai pazienti. Il personale medico può essere fornito di computer portatile dotato di *reader* che accedono tramite rete Wi-Fi alla cartella clinica dello specifico paziente. Il *tag* RFId, può contenere anche solamente un codice univoco che funziona da puntatore al database centrale, consentendo di visualizzare informazioni relative al paziente (compresa una fotografia digitale che assicura la corretta identificazione) e alla sua cartella clinica elettronica.

tanza di introdurre cambiamenti di natura organizzativa a supporto della logistica hanno creato posizioni dedicate all'interno delle strutture.

L'esperienza più radicale in questo senso è rappresentata da un ospedale²⁰ dove è stata costituita una specifica unità organizzativa, denominata «Gestione operativa», incaricata di ottimizzare l'utilizzo delle risorse produttive della struttura, identificate in posti letto, sale operatorie ed ambulatori. Nella Gestione operativa lavorano 12 persone con profilo sia sanitario che non sanitario.

In altre realtà italiane, il ruolo di gestione della logistica del paziente è stato attribuito alla direzione medica di presidio ospedaliero. Questa nuova area di responsabilità può rappresentare uno sbocco interessante per i medici di direzione. Tuttavia, è necessario sottolineare che, da un lato, sono richieste competenze tradizionalmente non presenti nel curriculum formativo dei medici di organizzazione sanitaria e, dall'altro, è necessario un cambiamento di approccio culturale per passare da un ruolo di supervisore ad uno di «servizio» ai clinici (Lega 2006).

Più avanzate sotto questo punto di vista appaiono le realtà americane e del Nord Europa dove risulta ormai diffusa la presenza di uffici in staff alla Direzione con responsabilità complessive sulla gestione delle *operations*. All'interno di queste funzioni esistono inoltre livelli di specializzazione nella gestione di determinate risorse produttive come, ad esempio, la figura del *bed facilitator*. Si tratta di una figura tipicamente con profilo sanitario che, combinando competenze di clinica e di logistica, supervisiona la gestione dei posti letto e governa il percorso del paziente all'interno della struttura ospedaliera, collaborando con il personale medico ed infermieristico nella definizione dei bisogni del paziente e nella scelta del *setting* assistenziale più appropriato.

Questa breve riflessione sui cambiamenti organizzativi a supporto della logistica del paziente vuole sottolineare l'importanza di affiancare l'introduzione di strumenti e tecniche per la gestione delle *operations* a figure professionali «ad hoc» opportunamente preparate per svolgere questi ruoli. Così, da ultimo, pensando all'esempio dell'attivazione di una *week surgery* (cfr. Quadro 11.2), accanto alla riorganizzazione degli spazi e delle persone dedicate ai pazienti chirurgici con una breve durata di degenza, non si può sottovalutare l'esigenza di creare anche nuovi ruoli per la gestione del ciclo breve, dei processi di accettazione e approvvigionamento dei beni sanitari, del giro visite (Alesani et al. 2006) in relazione alla complessità della nuova organizzazione aziendale.

²⁰ Si tratta dell'IRCCS Humanitas di Rozzano (Milano). La Gestione operativa di questa struttura rappresenta ormai un caso esemplare di creazione di un ruolo organizzativo nuovo per la gestione delle risorse produttive dell'ospedale.

11.4 Conclusioni

Assicurare un'ottimale gestione delle *operations* all'interno delle strutture sanitarie appare una condizione necessaria per garantire elevati standard di qualità e sicurezza clinica dei pazienti in un contesto di risorse decrescenti. Il presente contributo ha voluto introdurre questi temi, proponendo una modalità di analisi ed individuando alcune possibili leve di cambiamento per il governo della logistica del paziente. È importante sottolineare, in conclusione di questo capitolo, che per realizzare con successo interventi su queste aree aziendali devono necessariamente essere presidiate le seguenti fasi:

- ▶ analizzare con cura la situazione aziendale di partenza per identificare e dare priorità alle criticità più rilevanti. Un intervento mirato alla logistica del paziente sarà tanto più efficace quanto più, nella fase di analisi, saranno stati evidenziati i colli di bottiglia, le disfunzioni e i problemi di coordinamento tra le diverse unità produttive dell'ospedale.
- ▶ mantenere una visione di sistema per identificare le relazioni tra processi clinico assistenziali, aree produttive e servizi di supporto, tenendo presente che l'ospedale è un'organizzazione estremamente complessa e fortemente interdipendente;
- ▶ coinvolgere nella fase di impostazione e di implementazione degli interventi i professionisti dell'azienda, ed in modo particolare tutti gli operatori di *front line*;
- ▶ centrare gli interventi sulle esigenze dei pazienti, perché ogni cambiamento sulla logistica deve ruotare attorno ai processi clinico assistenziali di chi utilizza l'ospedale per essere curato.

Una considerazione a parte meritano invece i ruoli organizzativi e le competenze professionali necessari per la gestione delle *operations*. Non è ancora chiaro, infatti, a chi attribuire, all'interno delle aziende sanitarie, la responsabilità complessiva della progettazione e conduzione dei cambiamenti in quest'area, ma appare evidente l'esigenza di affiancare il management aziendale con figure professionali in possesso di specifico know-how e competenze²¹.

Infine, un tema centrale per gestire con successo le *operations* appare sempre di più quello di carattere culturale. Risulterà essenziale in questo senso superare le inevitabili resistenze legate a modelli di gestione «privatistica» delle risorse produttive dell'ospedale (le «mie» sale operatorie, i «miei» ambulatori, i «miei» posti letto, etc.).

²¹ Si fa riferimento, ad esempio, a competenze in termini di mappatura dei processi, raccolta ed analisi dei dati, implementazione di tecnologie innovative ecc.

In ogni caso, è indubbio che la logistica del paziente, e più in generale l'*operations management*, sia destinata a crescere di importanza nei prossimi anni. Diversi aspetti ci inducono a ritenere plausibile questa conclusione:

- in un momento storico in cui le aziende sanitarie hanno già sperimentato, con successi alterni, strumenti e approcci diversi per la riduzione dei costi e per il miglioramento della qualità, l'*operations management* offre, quanto meno, un nuovo approccio che pone l'attenzione sul funzionamento della «macchina produttiva», un'area ancora trascurata dal management delle aziende sanitarie;
- a livello nazionale ed internazionale, si stanno accumulando sempre più esperienze di aziende sanitarie che hanno affrontato in modo serio, proattivo ed innovativo il tema della gestione delle *operations*, riuscendo a risolvere brillantemente alcuni dei problemi che affliggono i sistemi produttivi ospedalieri. In questo senso, l'esperienza del Laboratorio sulla Logistica del Paziente del CERGAS Bocconi rappresenta una testimonianza concreta dell'interesse crescente nei confronti dell'*operations management*;
- diverse realtà italiane, sia pubbliche che private, iniziano ad attrezzarsi per acquisire quelle competenze e professionalità necessarie per condurre interventi di cambiamento nell'area dell'*operations management*;
- nonostante gli attuali sistemi informativi aziendali non siano stati sviluppati pensando di supportare progetti di analisi e cambiamento nell'area delle *operations*, il presente contributo mostra che l'attuale patrimonio di dati routinariamente disponibili costituisce già un ottimo punto di partenza per diagnosticare i problemi nella gestione dei flussi di pazienti ed impostare conseguentemente appropriati progetti di cambiamento.

Bibliografia

- Aiken L., D. Sloane, J. Sochalski (2002), «Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction», *JAMA (The Journal of the American Medical Association)* 288: 16.
- Alesani D., Barbieri M., Lega F., Villa S. (2006), «Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota» in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Bensa G., Da Bove M., Grando A., Monteleone S., Villa S. (2008), «Supporto metodologico alla definizione del modello organizzativo gestionale del sistema logistico del CERBA». Rapporto di Ricerca DIR (Divisione Ricerche) della SDA Bocconi, N. R/17/07
- Bensa G., Carbone C. (2007), «Il benchmarking delle performance: una metodologia di analisi della produzione ospedaliera», in Anessi Pessina E., Cantù

- E., (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Bof F., Tonti A. (2004), *La semplificazione dei processi nella P.A.*, Milano, Egea.
- Bohmer R. (2005) «Medicine's Service Challenge: Blending Custom and Standard Care», *Health Care Management Rev.* 30(4): 322-330.
- Davies C., Walley P. (2000), «Clinical governance and operations management methodologies», *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13(1): 21-26.
- De Vries G., Bertrand J., Vissers J. (1999), «Design requirements for health care production control systems», *Production Planning & Control*, 10(6): 559-569.
- Elefanti M., Brusoni M., Mallarini E. (2001), *La qualità nella sanità*, Milano, Egea.
- Hall R. (2006), *Patient flow: reducing delay in healthcare delivery*, Springer's International Series.
- Holstein W. (2006), «And Now a Syllabus for the Service Economy», *New York Times*, 3/12/06.
- Langabeer J.R. (2008) *Health Care Operations Management*, Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Lega F, De Pietro C. (2005), «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy* 74: 261-281.
- Lega F, Polimeri J., DeLucis S., Fraccaro S., Ghepardi F., Sosio F. (2003), «Nuove prospettive nell'organizzazione dell'ospedale generale di comunità: il caso dell'Ospedale di Pontedera», *Organizzazione Sanitaria*, 27(3-4): 28-35.
- Lega F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Litvak E. et al. (2005), «Managing Unnecessary Variability in Patient Demand to Reduce Nursing Stress and Improve Patient Safety», *Journal on Quality and Patient Safety*, 31(6): 330-338.
- Marcon G., Barbiero E. (2007), «Il pit stop fa bene alla corsia», *Sole24Ore Sanità* 11-17 Dicembre 2007, p. 14.
- Mazzocato P. (2007), *Applying operations management methods to health care delivery*, Stoccolma, Karolinska Institutet.
- McCarthy M. (2006), «Can car manufacturing techniques reform health care?» *The Lancet*, 367(9507): 290-291.
- Noon C., Hankins C., Coté M., (2003), «Understanding the Impact of Variation in the Delivery of Healthcare Services», *Journal of Healthcare Management*, 48(2): 82-97.
- Porter M. (1985), *Competitive Advantage*, New York, Free Press.
- Orlandi W., Duca E., Pioppo M. (2006), «L'ospedale per aree di intensità di cura omogenee e di assistenza multi specialistica: l'esperienza dell'Azienda USL n. 3 dell'Umbria» *Organizzazione Sanitaria*, 30(4): 35-40.

- Tozzi V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50: 71-79.
- Vera A., Kuntz L. (2007), «Process-based organization design and hospital efficiency», *Health Care Management Review*, 32(1): 55-65.
- Villa S., Barbieri M., Lega F. (2008), «Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases», *Health Care Management Science* (in corso di pubblicazione).
- Villa S., Stagni M.G., Lega F. (2007), «Aspetti concettuali ed operativi della logistica nelle aziende sanitarie: il caso del presidio ospedaliero di Forlì», *Mecosan*, 61: 127-158.
- Vissers J., Beech R. (2005), *Health Operations Management*, Routledge Health Management Series.
- Walley P., Steyn R. (2006), «Managing Variation in Demand: Lessons from the UK National Health Service», *Journal of Healthcare Management*, 51(5): 309-320

12 Traiettorie di cambiamento nelle RSA: analisi di cinque casi lombardi

di Giovanni Fosti, Mariafrancesca Sicilia, Emilio Tanzi¹

12.1 Introduzione

La domanda di servizi socio-sanitari per la popolazione anziana è destinata ad aumentare in modo considerevole nei prossimi anni, con particolare riguardo all'assistenza continuativa (*long-term care*). L'affermarsi di questo nuovo bisogno dipende da tre fenomeni caratterizzanti l'attuale contesto socio-economico del nostro Paese (ASSR 2003, CENSIS 2005):

- ▶ l'invecchiamento generale della popolazione, con la conseguente diffusione di malattie cronico-disabilitanti collegate all'aumento delle aspettative di vita media. Nel 2004 la percentuale degli anziani non autosufficienti era pari a circa il 20,2% del totale over 65 anni, percentuale che presumibilmente raggiungerà il 22,5% nel 2010 e il 24,0% nel 2025 (CENSIS 2005);
- ▶ la riduzione della potenzialità di assistenza informale erogata all'interno dei nuclei famigliari, per il diffondersi delle famiglie mono-nucleari e per l'affermarsi del nuovo ruolo occupazione della donna nel contesto produttivo nazionale;
- ▶ il crescente orientamento del sistema ospedaliero verso l'assistenza agli acuti (con livelli sempre più spinti di specializzazione e tecnologia) e l'esigenza di favorire e sostenere un'assistenza extraospedaliera in grado di soddisfare i bisogni caratterizzanti la fase post-acuta dell'intervento sanitario.

Un ruolo centrale nel soddisfacimento dei fabbisogni assistenziali degli anziani è svolto dalle strutture residenziali che sono destinate a offrire prestazioni sia di

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca e confronto, i par. 12.2 e 12.3 vanno attribuiti a Emilio Tanzi, i par. 12.4 e 12.6 a Mariafrancesca Sicilia, il par. 12.5 a Giovanni Fosti. L'introduzione (par 12.1) e le riflessioni conclusive (par. 12.7) sono invece l'esito di un lavoro congiunto di tutti gli autori. Si ringrazia la Dott.ssa Lucia Ferrari e il Dott. Tommaso Visentini per la preziosa collaborazione.

natura sociale che sanitaria. In Italia il sistema di offerta di assistenza residenziale registra delle profonde disparità territoriali per quanto riguarda la dotazione di strutture, pubbliche e private (CENSIS 2005, Carbone et al. 2006). Inoltre, il sistema presenta ancora una rete piuttosto diffusa di Case di Riposo (teoricamente destinate agli autosufficienti, ma che in realtà ospitano soggetti totalmente o parzialmente non autosufficienti) e una rete assai più modesta di RSA.

Osservando il fenomeno secondo la prospettiva della specifica azienda, il quadro di riferimento che si sta delineando appare sempre più complesso e articolato, in quanto l'ambiente competitivo di riferimento vede:

- ▶ la coesistenza di numerosi produttori (pubblici e privati, profit e non profit);
- ▶ l'emergere di nuove tipologie di servizi sostitutivi del servizio residenziale;
- ▶ l'introduzione di nuovi meccanismi di finanziamento regionali come l'applicazione dei SOSIA in Lombardia e la sperimentazione dei RUGs in altre Regioni italiane (Sicilia e Tanzi, 2004);
- ▶ la modifica dei comportamenti d'acquisto delle famiglie, che si rivolgono in maniera crescente all'«mercato delle badanti».

Al fine di coniugare il miglioramento qualitativo dei servizi offerti con il conseguimento di risultati gestionali economicamente sostenibili nel tempo appare sempre più pressante la necessità di dotare anche le strutture residenziali di un adeguato bagaglio di logiche e strumenti manageriali.

Il tema dell'aziendalizzazione delle RSA rappresenta quindi una sfida cruciale sia per le singole strutture sia per l'evoluzione dei sistemi di long-term care: le strutture sono chiamate a farla propria per garantire il consolidarsi e il perdurare dei propri servizi in un'ottica di efficienza ed efficacia, mentre sistemi di welfare per essere in grado di fronteggiare una domanda sempre più ampia e complessa.

12.1.1 Obiettivo e metodologia della ricerca

Partendo dal quadro di riferimento appena delineato, la presente attività di ricerca si configura come uno studio esplorativo volto a indagare le traiettorie di cambiamento percorse dalle strutture residenziali socio-sanitarie e le modalità con cui le logiche e gli strumenti manageriali sono stati adottati dalle stesse.

La ricerca è stata condotta attraverso l'analisi di casi multipli, nella formulazione prospettata da Eisenhardt (1989) e Yin (1994). Sono state analizzate cinque strutture, tutte localizzate nel territorio lombardo². Le strutture oggetto di

² La scelta di concentrare l'indagine su un'unica Regione è stata fatta per eliminare le distorsioni derivanti dai differenti contesti normativi di riferimento. Per avere un quadro completo dell'elevata eterogeneità caratterizzante il settore, si rinvia a Carbone et al. (2006) e Pesaresi e Simoncelli (2008).

studio sono state individuate in modo da garantire la presenza di forme giuridiche pubbliche e private e diversi livelli di performance in termini di risultato d'esercizio. Un ulteriore criterio di selezione è stato quello riguardante l'accessibilità dei dati aziendali (De Masi 1985).

La raccolta delle informazioni è avvenuta tramite analisi documentale (statuti, bilanci, regolamenti aziendali, etc.) e interviste al management delle strutture, attraverso l'uso di un questionario semi-strutturato. Di ogni caso si descrive:

- ▶ la storia, l'assetto istituzionale e lo sviluppo dei servizi;
- ▶ i dati di attività;
- ▶ il percorso di aziendalizzazione, i relativi limiti e priorità.

Al fine di rendere comprensibile il contesto in cui operano le strutture indagate, si riassumono sinteticamente i tratti fondamentali del modello adottato dalla Regione Lombardia per il long-term care. La Lombardia ha un elevato numero di posti letto in strutture residenziali: infatti, il sistema long-term care lombardo è dotato di 54.658 posti letto (di cui 1.657 per Alzheimer), gestiti da 625 soggetti con una percentuale di copertura della popolazione anziana con età superiore a 75 anni del 6,7%. Come in altri contesti, le relazioni tra le RSA e la Regione sono regolate dall'accreditamento. L'accreditamento è uno strumento finalizzato ad attestare il rispetto di quegli standard strutturali e gestionali che i fornitori del SSR devono osservare. Dal punto di vista del fornitore l'accreditamento genera l'ottenimento del finanziamento regionale, oltre che la legittimazione nei confronti della domanda. Dal punto di vista della Regione, l'accreditamento costituisce una forma di controllo degli standard di servizio erogati nel territorio, ma anche dei volumi di offerta finanziati e del correlato fabbisogno finanziario. Le RSA accreditate e iscritte al registro regionale (istituito presso la Direzione Regionale Famiglia e Solidarietà Sociale) ricevono dalla Regione un finanziamento come corrispettivo per: i) l'assistenza medica generica, infermieristica, riabilitativa; ii) gli ausili per l'incontinenza; iii) i farmaci, il gas medico e altro materiale sanitario. L'onere a rilievo sanitario è corrisposto alle RSA attraverso un meccanismo di finanziamento a tariffa per giornata di degenza, differenziata in base al tipo di utente preso in carico. Il sistema di classificazione degli ospiti attualmente in uso ha sostituito il vecchio sistema NAT-NAP (ospiti non autosufficienti totali o parziali) con il SOSIA³. Quest'ultimo classifica gli ospiti in otto categorie omogenee al proprio interno in termini di gravità delle condizioni psico-fisiche. L'attribuzione degli ospiti a una delle otto classi di riferimento avviene in base al loro livello di non autosufficienza, valutato attraverso un sistema di indicatori: indicatori di mobilità; indicatori di cognitività, indicatori di comportamento e indica-

³ Il SOSIA è entrato in vigore per gli ingressi avvenuti a partire dal 1 maggio 2003.

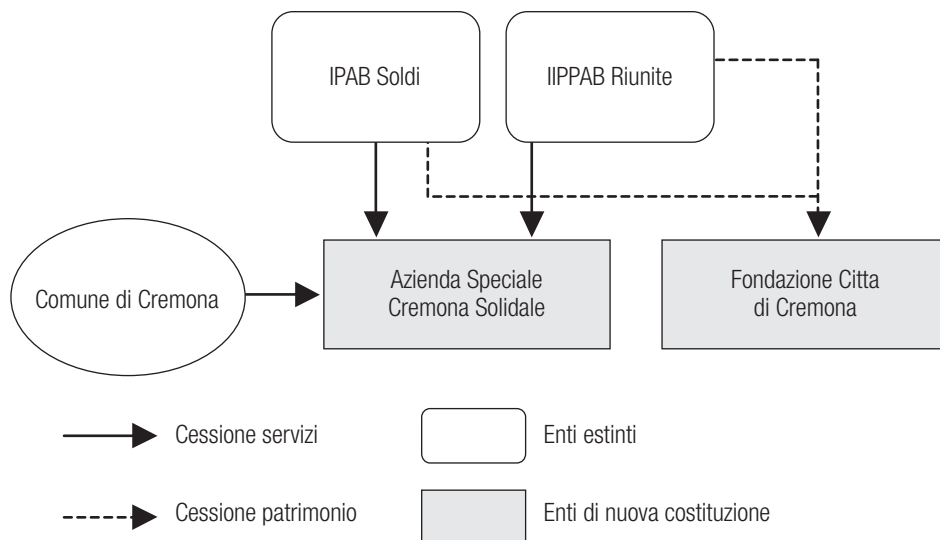
tori di comorbidità. La valutazione compete ai responsabili sanitari delle strutture. Al fine di governare eventuali rischi di up-coding compete alle ASL l'attività di vigilanza rispetto alle classificazioni realizzate.

12.2 L'Azienda Speciale «Cremona Solidale»⁴

12.2.1 Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta

Cremona Solidale è l'Azienda Speciale del Comune di Cremona che dal primo gennaio 2004 gestisce i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio. Prima della delibera del Consiglio Comunale n.90 del 25/11/2003 che ne ha decretato la nascita, i principali attori pubblici del sistema di welfare locale erano le IPAB Riunite «Città di Cremona» (Istituto Elemosiniere; Istituto Educativo Cremonese; Fondazione Eliseo e Stellina Stradiotti) e l'IPAB «F. Soldi – Centro Geriatrico Cremonese», oltre ai servizi in capo alla stessa Amministrazione Comunale. La riorganizzazione è stata motivata con l'esigenza di unificare e dare mag-

Figura 12.1 **Percorso di nascita dell'Azienda Speciale «Cremona Solidale»**



Fonte: nostra elaborazione

⁴ Si ringraziano il Dottor Giuseppe Carbone (attuale Direttore Generale dell'Azienda Cremona Solidale) e il Dottor Fabio Clerici (Direttore Generale nel periodo 2004-2007) per la preziosa collaborazione.

giore organicità alla gestione dei servizi, dando vita a un nuovo soggetto gestionale che avesse nel Comune il suo punto di riferimento. Cremona Solidale inizia così a gestire i servizi che le vengono trasferiti dal Comune e dalle due IPAB, che nel frattempo vengono sciolte e il cui patrimonio confluisce in un'unica Fondazione (Fondazione Città di Cremona) (Figura 12.1).

All'interno di questo processo, il Comune di Cremona trasferisce la gestione di quasi tutti i propri servizi: tre Centri Socio-Educativi (quelli che ora sono definiti Centri Diurni per Disabili); il Servizio di Assistenza Domiciliare; il servizio di assistenza scolastica ai portatori di handicap; il Centro di Prima Accoglienza per immigrati e nuove povertà. Questi servizi vanno ad aggiungersi ai servizi che facevano già capo al Soldi: due Centri Diurni Integrati, la residenza sanitaria e il servizio di riabilitazione. Dalle IPAB Riunite si avrà invece la gestione di tre comunità per minori e di un Centro Diurno Integrato per gli anziani.

Cremona Solidale rappresenta quindi una scelta istituzionale peculiare all'interno del panorama lombardo, in quanto non rientrando nei tipici modelli della Fondazione o dell'Azienda di Servizi alla Persona previsti dalla normativa regionale di riferimento per la trasformazione delle IPAB. La scelta di non adottare il modello della fondazione è stata essenzialmente determinata da motivi sindacali e dall'opposizione espressa da una parte della maggioranza, contraria all'idea di eleggere come ente gestore dei servizi sociali un ente di diritto privato. D'altra parte il modello pubblico dell'ASP è stato escluso in quanto prevedeva la presenza di un membro del Consiglio di Amministrazione di nomina regionale e quindi una parziale perdita di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale sul nuovo soggetto gestore dei servizi. Per questi motivi è stata scelta una terza alternativa, individuata nella contemporanea nascita di due soggetti: un soggetto incaricato di gestire il patrimonio (la fondazione); un soggetto incaricato di gestire i servizi (l'azienda speciale). La costituzione dell'Azienda Speciale e della Fondazione ha comportato una maggiore focalizzazione dei soggetti coinvolti su specifiche aree di competenza, permettendo al Comune di esternalizzare la gestione dei servizi e nel contempo mantenere il potere d'indirizzo strategico in materia di politiche sociali.

Analizzando il rapporto tra Comune e Azienda Speciale, lo Statuto di quest'ultima stabilisce che l'Ente Locale indichi le finalità e gli indirizzi che il soggetto erogatore dovrà perseguire, oltre che esercitare un'azione di verifica e controllo sui risultati derivanti dalla gestione. In aggiunta a questo, lo stesso articolo stabilisce che il Comune di Cremona definisca in via prioritaria un contributo annuale da devolvere all'Azienda Speciale, oltre che fissare i prezzi di trasferimento per l'erogazione dei servizi. Dal punto di vista procedurale la definizione delle tariffe prevede una proposta da parte della stessa Cremona Solidale, che viene valutata da un'apposita Commissione, dalla Giunta e infine approvata dal Consiglio Comunale. Tali vincoli non riguardano le prestazioni che non hanno rilievo sociale e che sono erogate in modo libero sul mercato (come le attività di fisio-

Tabella 12.1 **Articolazione dei servizi erogati da Cremona Solidale**

	Anziani	Disabili	Minori	Adulti
Servizi Territoriali	SAD ADI	SAD	Assistenza minori disabili CAM	SAD ADI Asilo notturno CPA
Servizi Semi-residenziali	CDI	CCD		
Servizi Residenziali	IDR RSA Ricovero di sollievo	CSS		

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD); Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); Centro Diurno Integrato (CDI); Istituto di Riabilitazione Geriatrica (IDR); Residenza Sanitaria Assistita (RSA); Centro diurno per persone con disabilità (CCD); Comunità Socio Sanitaria per disabili (CSS); Comunità Alloggio Minori (CAM); Centro di Prima Accoglienza per cittadini stranieri (CPA).

rapia per esterni o i servizi ambulatoriali). Tra le prerogative dell'Amministrazione Comunale rientrano inoltre la definizione dei titoli d'accesso, il governo delle liste d'attesa e la nomina dei membri del Consiglio di Amministrazione.

Dal punto vista organizzativo, questi processi di fusione e cessazione hanno determinato i seguenti cambiamenti. Il personale che precedentemente faceva capo al Centro Geriatrico Soldi (circa 350 addetti) è transitato all'Azienda Speciale, mentre il personale delle IPAB Riunite (15 persone circa) è rimasto totalmente presso la Fondazione «Città di Cremona», in quanto geometri o amministratori. Per quanto riguarda invece i servizi precedentemente in capo all'Ente Locale, è necessario ricordare che gli stessi erano stati totalmente dati in appalto a soggetti terzi, prevalentemente appartenenti al mondo non profit. Pertanto, con la creazione di Cremona Solidale si è avuto un trasferimento dei contratti dal Comune all'Azienda Speciale, la quale – una volta scaduti – li ha riassegnati mediante nuovi bandi di gara. Di fatto a livello organizzativo non ci sono state delle trasformazioni significative. L'unico elemento di novità è stato l'inserimento di un funzionario di supporto al Direttore Generale con adeguate conoscenze rispetto alle nuove aree d'attività acquisite (ossia quelle non geriatrico/riabilitative), in modo tale da coordinare al meglio i servizi erogati attraverso gli appalti (Tabella 12.1).

12.2.2 Alcuni dati di attività del servizio RSA

Per quanto riguarda il servizio residenziale per anziani (RSA) l'Azienda Speciale «Cremona Solidale» prevede 350 posti letto, articolati dal punto di vista logistico e organizzativo in tre distinte strutture (palazzina Mainardi, palazzina Soldi e palazzina Somenzi). Nel corso del 2007 sono state erogate 272.019 ore di assi-

stenza e sono stati garantiti 961,37 minuti di assistenza settimanali, rispetto a uno standard minimo regionale di 901 minuti. Per quanto riguarda il modello assistenziale proposto, il peso relativo delle diverse figure professionali è stato il seguente (in termini di minuti di assistenza settimanale): Assistenti Ausiliari (ASA) e Operatori Socio-Sanitari (OSS): 77,6%; Infermieri: 14,8%; Fisioterapisti: 4,0%; Medici: 2,4%; Educatori: 1,1%. La popolazione assistita ha un'età media di 83,17 anni e proviene principalmente dalla città di Cremona (91% degli ospiti) e solo in minima parte dal territorio provinciale. Non vi sono invece utenti provenienti da altre Province lombarde o da altri contesti regionali.

Analizzando i principali indici di performance del servizio, nel corso del 2007 si è avuto un tasso di occupazione dei posti letto pari al 99,6%, facendo registrare 118.128 giornate di servizio erogate (escludendo dal conteggio i posti letto a regime privatistico) e una media giornaliera di posti letto occupati di circa 324 unità. Il valore medio del contributo giornaliero ricevuto dal Fondo Sanitario Regionale è pari a 41,1 euro, mentre il valore medio della retta pagata dagli ospiti è pari a 45,7 euro (da un minimo di 45 euro a un massimo di 48,2 euro).

Dal punto di vista economico, il servizio chiude l'esercizio 2007 con segno negativo di circa 589.000 euro, dato dalla differenza tra ricavi pari a circa 10.514.000 euro e i costi pari a circa 11.102.000 euro. Analizzando la composizione dei costi, la voce principale è costituita dal personale (49,1%), seguita dai costi generali (23,4%), quest'ultima comprendente i costi amministrativi e l'IRAP. Si attestano attorno al 10% i costi alberghieri e i costi per l'acquisto di beni/servizi. Per quanto riguarda invece il peso che il servizio RSA esercita sul complessivo equilibrio aziendale, i dati di bilancio mostrano la centralità dello stesso sia per quanto riguarda la struttura dei ricavi (48,9% dei ricavi aziendali), che per quanto riguarda i costi (51,6% dei costi aziendali), con una significativa incidenza sui costi alberghieri (71,0%) e sui costi per il personale (61,7%). Ed è per tale motivo che il forte squilibrio economico del settore concorre in modo significativo a determinare il saldo negativo del risultato aziendale, che per l'esercizio 2007 si è attestato intorno ad una perdita di circa 44.000 euro. Tale minore perdita è imputabile ai risultati economici positivi determinati dall'erogazione di alcuni servizi non residenziali.

12.2.3 Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità

Sin dal primo momento, l'obiettivo che il dirigente della nuova struttura si è dato è stato quello di avviare un rinnovamento dei servizi e delle modalità lavorative, adottando logiche e strumenti tipici delle discipline aziendali. È all'interno di questo quadro che nel corso di alcuni anni vennero realizzate le seguenti scelte:

- Ammodernamento delle strutture ospitanti, mediante la costruzione di nuove palazzine. Infatti, uno dei problemi più gravi che molte strutture residenziali

devono affrontare riguarda la non adeguatezza dei propri locali, la cui costruzione risale in alcuni casi alla fine dell'800. Per quanto riguarda Cremona Solidale, l'unione dei patrimoni delle ex-IPAB ha permesso di recuperare nuove risorse per i servizi residenziali precedentemente in capo al Centro Geriatrico Soldi, che non era in grado di adeguare le proprie strutture ai nuovi standard regionali. Con l'apporto del patrimonio delle IPAB Riunite è stato invece possibile aprire i cantieri per la realizzazione di una nuova sede e il trasferimento di circa 120 posti letto dalla vecchia struttura.

- Ridefinizione delle modalità di lavoro con le cooperative, passando da una retribuzione «a ore» a una retribuzione «a output». Infatti, al fine di superare la logica della pura e semplice intermediazione di manodopera, che porta a uno scarso coordinamento e a una difficile integrazione tra le differenti figure professionali, si è deciso di modificare la modalità di pagamento dei servizi esternalizzati, adottando la logica che la stessa Regione applica alle strutture, ossia pagamento in base alla prestazione e/o al singolo utente preso in carico. Coerentemente con questo approccio, i servizi territoriali in outsourcing sono stati assegnati cercando di garantire l'unitarietà dell'utenza, creando dei «contratti a filiera», non più differenziati tra le diverse strutture, ma uniformati in base al tipo di utenti. Tutto ciò ha comportato la messa in gara dell'ADI anziani, dell'ADI disabilità, dell'ADI adulti, etc.
- Arricchimento dei contenuti dei servizi «core» (in particolar modo quelli socio-assistenziali), attraverso l'introduzione di innovazioni tecnologiche e/o operative, tra cui: l'attivazione di servizi diagnostici, attraverso un progetto d'integrazione con il laboratorio dell'Azienda Ospedaliera; la riforma della diagnostica per immagini; la definizione di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici; l'apertura di ambulatori territoriali in regime convenzionato e di libera professione; l'ottenimento della certificazione di qualità ISO 9000. Queste scelte rientrano anche in un più ampio progetto di recupero dell'efficienza e dell'efficacia del servizio, con l'obiettivo di ampliare e potenziare quelle aree di attività maggiormente redditizie e che possono avere un mercato. Infatti, la situazione di squilibrio economico caratterizzante il servizio RSA precedentemente esposta non potrà essere risolta ipotizzando un miglioramento dei tassi di occupazione (in quanto già ottimali) o una riduzione dei costi assistenziali, in quanto quest'ultimi sono aumentati a fronte di un progressivo aggravarsi della condizione media degli utenti presi in carico. Quindi la ricerca di un equilibrio economico della componente residenziale dell'azienda potrà essere conseguito solo con una manovra generale sulle rette o decidendo di diversificare il servizio offerto. Ed è secondo quest'ultima ottica che nei precedenti esercizi è stata avviata l'esperienza di offrire sul mercato dei posti letti a totale pagamento, che però ha trovato un'opposizione da parte di alcuni membri del C.d.A. e del Consiglio Comunale e che è stata quindi via via ridimensionata.

«Avevamo proposto di offrire alcuni posti letto in RSA sul libero mercato a tariffa piena. Questi non erano letti di sollievo, ma veri e propri letti privati. Il primo anno erano 10, il secondo 20, ma nel terzo anno sono stati ridimensionati. E questo nonostante la domanda ci sia. A Cremona ci sono cittadini che non possono acquistare servizi di alta qualità, perché nel nostro territorio questi servizi non esistono. Noi abbiamo cercato di dare delle risposte a queste esigenze. All'inizio abbiamo ricevuto l'approvazione, ma poi questa nostra scelta è stata accusata di essere classista.» (ex-DG).

► Istituzione di unità di staff a supporto della DG, assenti nel precedente assetto organizzativo, quali l'Ufficio per il monitoraggio della qualità, l'Ufficio per il monitoraggio dei consumi e la sicurezza, l'Ufficio per la gestione delle risorse umane e per la centralizzazione della turnistica. Per meglio governare il sistema è stata poi ridefinita la gerarchia interna, individuando tre differenti presidi (la struttura Soldi, Mainari e Somenzi), istituendo quindi la figura del direttore di presidio a cui viene assegnato un proprio budget. Coerentemente con tale scelta è stato istituito il controllo di gestione articolato per centri di costo e un sistema di reporting con degli indicatori mensili e trimestrali. Maggiori difficoltà si sono invece incontrate con l'introduzione di innovazioni che hanno riguardato le modalità lavorative della base organizzativa, in particolar modo nel momento in cui si sono definiti dei trasferimenti per esigenze di servizio o si sono voluti uniformare gli orari di lavoro e la turnistica. Ed è dalla volontà di apportare queste novità che per l'ex-DG sono iniziati i problemi, alla cui base vengono individuati due fattori di criticità:

- ◄ la cultura organizzativa autoreferenziale, ancorata a un obsoleto modello di servizio assistenziale di natura pubblica, che non vuole confrontarsi con le esigenze sempre più articolate e complesse che l'ambiente e il mercato esprimono;
- ◄ la difficoltà da parte dei vari attori (soggetto economico; vertice strategico; organi dirigenziali; lavoratori e sindacati; rappresentanti dei famigliari degli utenti) d'interpretare in modo corretto il proprio ruolo all'interno del complesso sistema di governance aziendale, evitando sovrapposizioni o reciproche delegittimazioni.

«Non basta agire sulle variabili organizzative o strutturali, perché uno degli elementi di funzionamento dell'organizzazione è lo stile, soprattutto nella produzione di servizi dove il rapporto tra produttore e consumatore è diretto ed è fondamentale nella costruzione dell'immagine e della qualità dell'ente erogatore. La premessa al processo di aziendalizzazione è quindi rappresentata dalla cultura organizzativa, il senso di lealtà nei confronti dell'azienda, il senso di servizio verso l'utente e i famigliari. Prima vengono questi principi e solo dopo la tutela dei propri privilegi, tanto più nel momento in cui quest'ultimi non garantiscono l'efficacia e l'efficienza.» (ex-DG).

12.3 La Fondazione Mazzali di Mantova⁵

12.3.1 Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta

La Fondazione Mazzali ONLUS nasce nel gennaio 2004 a seguito della legge regionale di depubblicizzazione delle IPAB lombarde. In realtà le origini di tale istituto sono di difficile ricostruzione, in quanto con molta probabilità la sua costituzione è legata addirittura a un lascito della famiglia Gonzaga.

In base alle disposizioni dello statuto, la configurazione del Consiglio di Amministrazione prevede la presenza di cinque membri, di cui tre nominati dal Comune di Mantova (due proposti dalla maggioranza consigliare e uno dalla minoranza), uno nominato dal Comune di Marmirolo (proprietario di una seconda struttura per anziani data in gestione alla Fondazione) e uno dall'Università di Verona, con la cui Scuola di Fisiatria l'istituto ha instaurato una proficua collaborazione. Pur disponendo della maggioranza dei consiglieri, il rapporto tra la Fondazione e il Comune è di tipo neutrale, in quanto l'amministrazione cittadina non interviene nelle scelte dell'ente, fatta eccezione per l'ingresso e la gestione degli ospiti con difficoltà economiche, sui quali il Comune è chiamato a intervenire direttamente. Tale scelta di non ingerenza si spiega con il fatto che l'Ente Comunale dispone di una propria azienda speciale (l'ASPEF – Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia) alla quale ha delegato la gestione di numerosi e diversificati servizi (RSA; CDI; comunità alloggio; centri di aggregazione per giovani; pensionati sociali; farmacie comunali; etc.) ed è su questa realtà che focalizza la propria attenzione e i propri sforzi.

Per quanto riguarda invece la relazione con l'Azienda Sanitaria Locale, il rapporto è molto più stringente, ma anziché basarsi su logiche collaborative lo stesso è vissuto dalla Fondazione in modo problematico, in quanto improntato su logiche burocratiche e di continuo contenimento dei costi, in linea con le richieste espresse dalla Regione. Inoltre, per il Direttore della Fondazione questo costante deterioramento del dialogo tra soggetto controllore (l'ASL) e soggetti controllati (le RSA) è anche riconducibile allo scarso radicamento territoriale dei dirigenti che in questi anni si sono trovati alla guida dell'ASL mantovana.

«Dovunque ci sia qualche controllo c'è l'ASL. La Regione ha sempre più caratterizzato l'ASL come un proprio ufficio decentrato. Ora anche la stessa ASL è piuttosto ingessata e ha perso la sua voglia di sperimentazione. L'ASL programma solo e ti considera solo come venditore di servizi. Facciamo fatica a fare qualsiasi cosa che sia al di fuori di queste linee. Se vai a proporre qualche cosa di nuovo nessu-

⁵ Si ringrazia il Dottor Paolo Portioli, Direttore Generale della Fondazione Mazzali, per la preziosa collaborazione.

Tabella 12.2 **Articolazione dei servizi erogati dalla Fondazione Mazzali**

	Anziani	Disabili
Servizi Territoriali	U.O. di riabilitazione in regime domiciliare (area geriatrica) ADI SAD	U.O. di riabilitazione in regime domiciliare (area generale) Consultorio geriatrico
Servizi Semi-residenziali	CDI	
Servizi Residenziali	U.O. di Riabilitazione Geriatrica RSA e Nuclei Alzheimer Ricoveri di sollievo	U.O. di Riabilitazione Specialistica

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD); Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); Centro Diurno Integrato (CDI); Residenza Sanitaria Assistita (RSA).

no ti ascolta [...] Ci sono poi anche degli aspetti personali, in quanto molti dei dirigenti che ci avevano mandato non avevano alcuna conoscenza del territorio ed erano per lo più orientati alla gestione del bilancio. Oggi abbiamo un nuovo DG mantovano e mi sembra che l'approccio sia diverso. Riusciamo a parlarci e questo ci sembra già una cosa formidabile!»

12.3.2 Alcuni dati di attività del servizio RSA

La Fondazione offre diversi servizi (Tabella 12.2), nonostante il suo «core business» sia costituito dai servizi residenziali per anziani, con la gestione di due RSA: una nella sede storica di Mantova (202 posti letto accreditati, 36 dei quali in Nucleo Alzheimer) e una nella sede nuova di Marmirolo (40 posti letto accreditati). Nel corso degli anni a questi servizi residenziali si sono aggiunti altri servizi:

- Unità Operative di Riabilitazione residenziali: 16 posti letto di riabilitazione generale e 16 posti letto di riabilitazione geriatrica;
- Centri Diurni Integrati: 30 posti a Mantova e 12 posti a Marmirolo;
- Consultorio geriatrico a disposizione delle famiglie con anziani a casa;
- Servizio di Riabilitazione Ambulatoriale e Domiciliare (geriatrica e generale)
- Servizio ADI accreditato per i voucher e l'estemporanea;
- Servizio SAD accreditato presso il Comune di Mantova per i voucher sociali;
- Appartamenti protetti (6 unità) presso l'attiguo Palazzo del Mago, di proprietà del Comune di Mantova.

Nel corso del 2007 sono state erogate 137.700 ore circa di assistenza, garantendo un modello di presa in carico caratterizzato dalla presenza delle seguenti figure

professionali: Assistenti Ausiliari (ASA) e Operatori Socio-Sanitari (OSS): 65,9%; Infermieri: 17,6%; Educatori: 6,9%; Medici: 5,9%; Fisioterapisti: 3,8%.

Per quanto riguarda le scelte di esternalizzazione, nel corso degli ultimi anni la Fondazione ha dato in gestione la pulizia dei locali, parte del servizio guardaroba e due reparti socio-sanitari (dei sette che compongono l'intera struttura). Tali scelte sono state fatte cercando di mantenere all'interno dell'azienda la gestione di alcune componenti, come è stato fatto per la mensa, considerata strategica ai fini della qualità del servizio residenziale.

Gli utenti hanno un'età media pari agli 85 anni e nella maggior parte dei casi provengono dalla città di Mantova (69,3% degli ospiti) o dai Comuni limitrofi, alcuni dei quali non dispongono di una propria struttura residenziale; solo di rado pervengono alla Fondazione richieste d'accoglienza da fuori Provincia. Data l'attuale espansione della domanda (dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione) il tasso di occupazione dei posti letto è stato per l'anno 2007 del 99,5%, con liste d'attesa che hanno superato anche i cento nominativi.

Sempre nel corso del 2007 sono state registrate 73.440 giornate di servizio. Il valore medio del contributo giornaliero ricevuto dal Fondo Sanitario Regionale è stato di 41,21 euro, mentre il valore medio della retta pagata dagli ospiti è stata di 45,57 euro (da un minimo di 44,33 euro a un massimo di 51,10 euro).

Dal punto di vista economico, il servizio RSA e Nucleo Alzheimer chiudono l'esercizio registrando una perdita pari a 187.000 euro, data dalla differenza tra i ricavi di 6.556.000 euro e i costi di 6.743.000 euro. Analizzando la composizione dei costi la voce principale è costituita dal personale (59%), seguita dai costi generali (25%), mentre si attestano attorno al 16% i costi alberghieri. Per quanto riguarda invece il peso che il servizio RSA esercita sul complessivo equilibrio aziendale, i dati di bilancio mostrano la centralità dello stesso, sia per quanto riguarda la struttura dei ricavi (69% dei ricavi totali), sia per quanto riguarda i costi (68% dei costi aziendali). Complessivamente, la Fondazione Mazzali ha chiuso l'esercizio 2007 registrando una perdita di circa 67.640 euro. Anche in questo caso, come per il caso precedente, si è riusciti a contenere la perdita di fine esercizio grazie ai risultati economici raggiunti con l'erogazione di alcuni servizi non residenziali.

12.3.3 Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità

Secondo l'analisi che la dirigenza della Fondazione dà del proprio contesto di riferimento (istituzionale e competitivo) gli elementi caratterizzanti il settore delle residenze assistenziali per gli anziani possono essere così riassunti:

- Un fattore di cambiamento è stato sicuramente l'adozione delle classi SO-SIA in sostituzione del tradizionale finanziamento forfettario. Per il Diretto-

re del Mazzali questa novità ha obbligato la struttura a ripensare il modo di programmare/organizzare le proprie attività, rendendo più stringente la dimensione economica del lavoro. Per quanto riguarda invece i contenuti dei servizi offerti, l'introduzione dei SOSIA non ha di fatto determinato alcun tipo di cambiamento nel modello assistenziale proposto, poiché l'RSA si era già posizionata su una forte componente sanitaria e aveva strutturato i propri «processi produttivi» in modo tale da poter accogliere gli utenti più problematici.

- Il contesto competitivo è cambiato in maniera radicale, in quanto ha visto l'ingresso degli investitori privati, che operano secondo la logica del project financing e si avvalgono della collaborazione di cooperative: il privato apporta il capitale e la struttura, mentre la cooperativa gestisce le attività. L'apporto di capitale privato ha permesso la costruzione di nuove strutture, caratterizzate da standard alberghieri molto competitivi. Questo maggiore appeal delle strutture, unito a dei minori costi di produzione (legati ai contratti delle cooperative e alle agevolazioni fiscali riconosciute a questi soggetti), permettono di avere un elevato vantaggio competitivo rispetto alle strutture tradizionali. Attualmente la domanda di posti è superiore all'offerta e quindi questa concorrenza non è ancora percepita dalle ex-IPAB, ma nel futuro questi nuovi produttori potrebbero rappresentare una sfida per le RSA più storiche.
- Infine, dal punto di vista della domanda un altro cambiamento fortemente percepito nella gestione del servizio residenziale è stato il fenomeno del «badantato», che ha modificato la natura delle domande d'ingresso pervenute a RSA. Infatti, solo qualche anno fa la Fondazione riceveva domande da parte di anziani non particolarmente gravi, ma che per svariate ragioni non potevano contare sull'assistenza dei propri famigliari, assistenza che invece oggi è fornita dalle badanti.

A fronte di questo nuovo scenario e del maggior dinamismo ambientale, la Fondazione mantovana ha deciso di puntare su una più spinta differenziazione dei propri servizi, superando le logiche del semplice centro di accoglienza (ritenute obsolete rispetto ai bisogni e alle attese espressi dal territorio) e perseguendo il modello del «centro di cura», con una forte caratterizzazione scientifica, innovativa e sanitaria. Il consultorio geriatrico, i servizi di riabilitazione, il Nucleo Alzheimer sono tutti servizi nati negli anni '90, grazie alle competenze dei medici geriatri che lavoravano nella struttura e all'esperienza maturata durante lo svolgimento di un progetto di valutazione geriatrica, che vedeva anche l'iniziale partecipazione dell'ASL.

La scelta di privilegiare e investire in modo convinto sui servizi di riabilitazione ha innescato un processo d'innovazione gestionale/organizzativa che ha coinvolto tutta l'azienda, in quanto tali servizi prevedono l'adozione di standard diversi rispetto a quelli tradizionali della RSA; si sono sviluppate delle relazioni

più strette tra gli operatori; ci si è dovuti aprire al mondo scientifico, attraverso la collaborazione con l'Università di Verona; è stato necessario imparare a rapportarsi con una clientela diversa, con utenti più giovani e quindi più attenti ed esigenti; si sono dovuti fare degli investimenti di aggiornamento e riqualificazione del personale, diffondendo una cultura lavorativa più dinamica. Tutto questo ha contribuito a incrementare il livello di soddisfazione dei dipendenti, che ora non si occupano solo dell'accoglienza degli anziani.

«La cosa più utile di questo taglio riabilitativo è che è stato un fattore di crescita rispetto a tutto il mondo RSA. Ci siamo dovuti dare una «mentalità più ospedaliera, con un livello di soddisfazione del personale decisamente più alto [...] Vorrei poi aggiungere anche un'altra cosa: i requisiti di accreditamento della riabilitazione e l'obbligo di ragionare per protocolli, ci hanno spinto a dare una maggiore scientificità e una maggiore tracciabilità al nostro lavoro. Mentre prima molta conoscenza era lasciata alla memoria dei volenterosi. Tutto questo ci costringe a fare un cambio di mentalità».

Oltre a una politica di differenziazione dei servizi, la RSA mantovana ha deciso di adottare un particolare approccio riguardo la gestione dei posti letto di sollievo. Infatti, quest'ultimi non sono individuati a priori, ma godono di una priorità nella costruzione delle liste d'attesa, in base agli andamenti della domanda. Tale scelta è giustificata sia dal punto di vista economico, in quanto la loro remunerazione è maggiore, sia dal punto di vista sociale, poiché in questo modo si consente alla famiglia dell'anziano di mantenere il proprio parente a casa per un periodo più lungo.

Già nel momento in cui il Mazzali era soggetto pubblico, la direzione aveva deciso di dotare un sistema per migliorare il controllo della gestione, investendo risorse nell'acquisto di programmi e consulenze. Tale processo è poi proseguito con la depubblicizzazione dell'ente, in particolar modo con il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale. Il controllo di gestione è stato strutturato in base ai servizi offerti e ciascun reparto della struttura residenziale rappresenta un centro di costo. Tuttavia, a fronte di questa puntuale articolazione non si è ancora attuata una formale responsabilizzazione economica delle UO, in quanto sono del tutto assenti meccanismi quali il budgeting o il reporting. In altri termini, la Fondazione è in una fase di «avvicinamento» allo strumento, che ha già portato alla sperimentazione del sistema di contabilità analitica e che – nelle intenzioni dichiarate dalla direzione – nei prossimi anni dovrà portare a una messa a regime del sistema, nonostante alcune rigidità culturali già manifestatesi nella componente sanitaria del personale, un poco restia rispetto a una responsabilizzazione economico-gestionale del proprio lavoro.

Infine, sul fronte della gestione del personale il processo di depubblicizzazione

ha permesso di abbandonare la pratica del concorso pubblico, adottando un sistema di reclutamento e selezione più in linea con le esigenze della struttura. Inoltre, al fine di valorizzare ancor di più le risorse umane, è stato introdotto un sistema premiante che permette di regolare in modo trasparente e condiviso la progressione orizzontale. Alla base di questo sistema sono stati individuati quattro parametri di valutazione:

- ▶ il 50% del punteggio è attribuito dal responsabile del reparto, in base a quindici item precedentemente contrattati con i sindacati (capacità tecnica, disponibilità, puntualità, etc.);
- ▶ il 20% del punteggio è attribuito in base al percorso di formazione realizzato durante l'anno;
- ▶ il 20% del punteggio è assegnato in base all'effettiva presenza in servizio;
- ▶ solo il 10% del punteggio è attribuito in base all'anzianità di servizio.

«In questi anni chi ha fatto la scelta di rimanere in Fondazione ha costituito un nucleo di persone molto preparare. L'investimento che la Fondazione ha fatto su di loro è stato elevato. Sono queste persone che fanno la differenza. Se hai del personale che non si identifica con la struttura, la qualità del lavoro ne risente e diventa davvero debole.»

12.4 Villa Serena SPA⁶

12.4.1 Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta

Villa Serena SPA è una società per azioni partecipata al 98% dal Comune di Galbiate e per la restante quota da altri venti Comuni della Provincia di Lecco. Villa Serena SPA nasce nel 2001 a seguito dei cambiamenti che hanno interessato nel tempo la vecchia struttura residenziale (ex-ONPI – Opera Nazionale per i Pensionati d'Italia) che operava nel territorio comunale dal 1979. Infatti, di fronte alle difficoltà di reperire figure professionali socio-sanitarie e sanitarie nel territorio di riferimento e ai vincoli normativi che bloccavano le assunzioni, a partire dagli anni '90 il Comune ha sempre più fatto ricorso all'esternalizzazione dei servizi. Se dapprima sono stati appaltati i servizi ausiliari e strumentali (come per esempio il servizio di pulizia dei locali), nel corso del tempo questo tipo di scelta si è estesa anche alle attività *core*, ossia a quelle attività strettamente legate alla presa in carico e all'assistenza degli utenti ospiti della struttura residenziale. Ed è

⁶ Si ringrazia la Dott.ssa Alma Zucchi Direttrice di Villa Serena SPA e dell'Associazione di Partecipazione per la preziosa collaborazione.

nell'ambito di queste scelte e con l'obiettivo di garantire una più efficiente ed efficace gestione del servizio che nel 2001 il Comune di Galbiate decise di trasformare la RSA in una società di capitali, trasferendo al nuovo soggetto economico il proprio personale dipendente⁷ precedentemente collocato nell'area «Casa di riposo e servizi alla persona» della propria pianta organica.

Villa Serena SPA ha continuato a gestire tramite appalti i propri servizi alberghieri e socio-sanitari, anche se nel corso del tempo l'interlocutore di riferimento è divenuto un'unica cooperativa (la Cooperativa KCS), con la quale sono state sviluppate forme di collaborazione sempre più strutturate, fino a giungere nel corso del 2006 alla sottoscrizione di un contratto di associazione in partecipazione (art 2549-2554 cc), che ha visto anche il coinvolgimento della Fondazione Borsieri di Lecco quale terzo soggetto dell'accordo. Nell'ambito di questo contratto la Cooperativa KCS è il soggetto associante a cui è stato affidato il compito di gestire i servizi ricompresi nell'associazione di partecipazione e potenziare i servizi socio-sanitari nel territorio lecchese, oltre che finanziare la ristrutturazione delle strutture fisiche di Villa Serena, intervento necessario per mantenere l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento. Villa Serena SPA e la Fondazione Borsieri⁸ sono invece i soggetti associati. In un contesto regionale caratterizzato dal blocco dei posti letto accreditati, Villa Serena ha apportato all'associazione i propri posti letto accreditati, trasferiti in parte alla nuova struttura conferita dalla Fondazione Borsieri. Inoltre, a Villa Serena è rimasta la funzione di indirizzo e controllo dei servizi e – in virtù delle sue pregresse competenze – sono state attribuite funzioni relative alla gestione amministrativa degli ospiti e alla definizione del piano degli investimenti strutturali.

L'associazione di partecipazione nel corso del 2007 ha erogato i seguenti servizi: assistenza residenziale (66.158 giornate), assistenza educativa (4.275 ore), assistenza domiciliare (2.056 ore) e pasti per la ristorazione residenziale, scolastica e domiciliare (184.175 pasti) (Tabella 12.3).

Tabella 12.3 **Articolazione dei servizi erogati dall'associazione di partecipazione**

	Anziani	Minori
Servizi Territoriali	SAD Pasti a domicilio	Assistenza educativa
Servizi Semi-residenziali		
Servizi Residenziali	RSA	

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD); Residenza Sanitaria Assistita (RSA).

⁷ I dipendenti hanno mantenuto il contratto pubblico.

⁸ Si tratta di una Fondazione attiva sul Comune di Lecco impegnata nella erogazione di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

12.4.2 Alcuni dati di attività del servizio RSA

Villa Serena SPA è dotata di 182 posti letto tutti accreditati. Nel corso del 2007⁹ il tasso di occupazione è stato pari al 99,6%. L'85% dei posti letto (154) è stato occupato da ospiti vitalizi, l'11% (20) da ospiti con Alzheimer e il 4% (8) da utenti temporanei, ovvero destinati ad una breve permanenza in struttura. Per quanto riguarda invece la composizione dei ricavi, il valore medio giornaliero del contributo regionale è stato di 41,33 euro, mentre il valore medio della retta pagata dagli ospiti è stato di 51,36 euro (per gli utenti Alzheimer retta massima di 56 euro e minima di 52 euro, mentre per gli utenti non autosufficienti retta massima di 53 euro e minima di 49 euro). Gli utenti si concentrano nella classe 1 e 3 del sistema SOSIA.

Il modello assistenziale garantito ha previsto l'erogazione di 1.049 minuti di assistenza settimanali, di cui 52 minuti di assistenza medica (4,9%), 140 minuti di assistenza infermieristica (13,3%), 783 minuti di assistenza degli ASA/OSS (74,7%), 47 minuti di assistenza fisioterapica (4,5%) e 27 minuti di attività d'animazione (2,6%).

Dal punto di vista economico, il servizio RSA ha chiuso l'esercizio 2007 con un utile di 6.413,72 euro, dato dalla differenza tra ricavi pari a 5.903.094,89 euro e costi pari a 5.896.681,17 euro. La voce principale di costo è costituita dal personale (69%), seguita dai costi per servizi generali (18%) e dai costi per materiale alberghiero (circa il 7%).

12.4.3 Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità

Negli ultimi anni Villa Serena ha dovuto cercare delle soluzioni alle seguenti questioni: il reclutamento del personale e la successiva esternalizzazione dei servizi sia core sia accessori; il rinnovamento della struttura in linea con quanto previsto dal piano investimenti regionale e il ripensamento del proprio portafoglio prodotti al fine, da una parte, di meglio rispondere alle necessità del territorio e, dall'altra, di ricercare sinergie. La risposta è stata la sottoscrizione del contratto di associazione con la Cooperativa KCS e la Fondazione Borsieri che ha consentito di:

- Ridefinire le relazioni con il fornitore di servizi al fine di risolvere le debolezze generate dall'appalto delle attività a personale esterno quali: la riduzione dell'identità aziendale, l'elevato turn-over, la difficoltà di governare e presidiare la progettazione dei servizi, la realizzazione e il controllo dei processi d'erogazione delle prestazioni. L'eliminazione del contratto di appalto tra Villa Sere-

⁹ I dati del servizio residenziali fanno riferimento alla sola struttura di Galbiate, in quanto la Fondazione Borsieri ha iniziato a operare solo nel corso del 2008.

na e la Cooperativa ha consentito di far fronte alle criticità anzidette. Infatti, il trasferimento del personale da Villa Serena alla KCS ha abbattuto il rapporto «committente-gestore» e ha attribuito al direttore di Villa Serena maggiori leve gestionali nei confronti di tutto il personale, consentendo di velocizzare e ricondurre a unitarietà i processi decisionali: «*È come se appartenessimo tutti alla stessa azienda*», ha evidenziato il Direttore della RSA. Tuttavia, nonostante questo processo d'integrazione organizzativa, permangono ancora delle aree problematiche legate essenzialmente alle carenze nella formazione di alcuni operatori e all'elevata presenza di dipendenti stranieri, portatori di un differente bagaglio culturale che può creare dei problemi relazionali con i colleghi, con gli utenti e/o i loro familiari. Per far fronte a queste situazioni, Villa Serena SPA sta cercando di sviluppare la leadership dei ruoli organizzativi chiamati a gestire gli assistenti sanitari di base (ASA) in modo da creare un miglior clima organizzativo, sostenere le competenze relazionali e limitare gli episodi di indisciplina, quali l'assenteismo o l'elevato turn-over.

- Riarticolare il proprio portafoglio prodotti, con l'obiettivo di rafforzare la propria posizione sul mercato come erogatore «integrato» di servizi sociali e socio-sanitari, costituendo così una «barriera» all'entrata di nuovi *competitor* in un territorio caratterizzato da liste di attesa in esaurimento. Infatti, il capitale apportato da KCS ha reso possibile il rinnovamento strutturale di Villa Serena (funzionale a mantenere l'accreditamento regionale) e nel contempo l'ampliamento dei servizi offerti sul territorio, mettendo a disposizione nuove risorse umane per l'erogazione dei servizi domiciliari (integrati e non). Inoltre, la partecipazione della Fondazione Borsieri all'associazione ha consentito di sviluppare mercato attraverso l'offerta di nuovi servizi (Centro diurno e minialloggi) e la loro diversificazione. Infatti, la struttura di Lecco si pone come erogatore di assistenza per una fascia più facoltosa, esigente e con un potenziale di spesa maggiore. In prospettiva, si intende destinare i posti letto nella struttura di Galbiate agli utenti con minori disponibilità economiche, mantenendo una retta più bassa rispetto alla struttura di Lecco. La differenza tra le diverse rette sarebbe principalmente giustificata dalla differente qualità dei servizi alberghieri offerti.
- Ricercare sinergie economiche che rappresentano una condizione fondamentale per mantenere le rette calmierate. Ad esempio, gli acquisti relativi ad alcuni prodotti sono stati centralizzati a livello di KCS, in modo da poter sfruttare il maggiore potere di acquisto della Cooperativa nei confronti dei fornitori.
- Estendere l'applicazione di strumenti di gestione utilizzati da KCS a Villa Serena. La RSA ha adottato il sistema contabile di KCS, diventando nei fatti un centro di costo del bilancio della cooperativa. Annualmente viene negoziato tra il direttore di Villa Serena e KCS il budget annuale dei costi e dei ricavi alla luce degli standard che si intendono adottare nell'erogazione dei

servizi. Non esiste, tuttavia, un sistema formalizzato di programmazione e controllo all'interno della struttura. Gli incentivi per le risorse umane – per esempio – sono distribuiti in base ai risultati raggiunti a fine anno (in termini di tasso di occupazione dei posti letto), senza però una negoziazione ex-ante degli obiettivi con il personale. Inoltre, KCS ha adottato e condiviso con Villa Serena dei protocolli operativi volti a migliorare la qualità dell'assistenza erogata. Essi riguardano l'igiene dell'ospite, la somministrazione degli alimenti e delle bevande, la prevenzione delle cadute, la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito, il trattamento dell'incontinenza e l'utilizzo dei mezzi di contenzione.

12.5 La RSA «Baita Serena» e la Cooperativa Sociale «Ardesia»¹⁰

12.5.1 Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta

La RSA «Baita Serena» di S. Niccolò Valfurva (provincia di Sondrio), è gestita dalla cooperativa sociale Ardesia dal gennaio del 1998. Il presente caso fa riferimento ai dieci anni di gestione da parte della cooperativa sociale, collocando la gestione della RSA all'interno dell'attività complessivamente svolta dalla cooperativa. La Cooperativa Sociale Ardesia si è costituita nel 1989 e ha svolto le sue prime attività nell'ambito dell'assistenza domiciliare agli anziani nel territorio dell'Alta Valtellina, nei distretti di Tirano e di Bormio. Dalla seconda metà degli anni '90 e in modo sempre più crescente, la cooperativa ha ampliato il proprio sistema di offerta, occupandosi di:

- ▶ servizi socio-assistenziale presso alcune case di riposo del territorio;
- ▶ gestione di una comunità alloggio per l'accoglienza temporanea di anziani parzialmente autosufficienti;
- ▶ servizi di trasporto per portatori di handicap;
- ▶ servizi educativo-assistenziali per utenti disabili;
- ▶ servizi d'assistenza domiciliare ai minori.

Oltre alla RSA «Baita Serena», i servizi attualmente offerti dalla Cooperativa Ardesia sono:

- ▶ la gestione di due scuole materne;
- ▶ l'erogazione di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari agli anziani (assistenza domiciliare; assistenza domiciliare integrata);

¹⁰ Si ringrazia per la collaborazione Alessandra Marella, Direttore della Cooperativa «Ardesia» e Claudio Tagliapietra, Direttore della RSA «Baita Serena».

Tabella 12.4 **Articolazione dei servizi offerti dalla Cooperativa Sociale Ardesia**

	Anziani	Minori	Domanda Indifferenziata
Servizi Territoriali	SAD ADI Cure palliative domiciliari Punti prelievi Massaggi Cura del piede		Punto prelievi Cure palliative domiciliari Servizi infermieristici presso ambulatori
Servizi Semi-residenziali		Scuole materne	
Servizi Residenziali	RSA		

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD); Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); Residenza Sanitaria Assistita (RSA).

- l'erogazione di servizi sanitari (un punto prelievi; servizio domiciliare cure palliative; servizi infermieristici presso ambulatori medici).

La gestione della RSA «Baita Serena» si colloca nella traccia evolutiva descritta e prende avvio nel 1998 con la stipula di un accordo tra la cooperativa sociale e la parrocchia di S. Niccolò Valfurva, proprietaria della struttura. Il personale complessivamente impiegato dalla cooperativa Ardesia è pari a 83 dipendenti, mentre i soci sono 24 (dei quali solo una parte lavora presso la cooperativa).

12.5.2 Alcuni dati di attività del servizio RSA

L'RSA «Baita Serena» dispone di 33 posti letto accreditati, 7 autorizzati, 3 di sollievo autorizzati e 7 alberghieri.

La degenza media degli ospiti che fruiscono dei posti letto accreditati, dal 1998 a oggi è stata di 51 mesi, mentre quella degli ospiti «privati» è stata di 73 giorni; il turnover degli ospiti nel corso del 2007 è stato pari al 4%. Il tasso di occupazione dei posti letto è del 100%, mentre quella dei posti letto alberghieri è di poco inferiore. La struttura residenziale offre ai propri ospiti la scelta tra due pacchetti d'offerta: il servizio residenziale di base e il servizio «residenziale plus».

Gli ospiti della RSA appartengono in prevalenza alle classi SOSIA 7 e 8, ossia a quelle classi caratterizzate da minore carico assistenziale, a cui corrispondono contributi regionali più bassi. Per quanto riguarda il profilo degli ospiti, il 54% presenta dei problemi d'incontinenza e il 3% sono cateterizzati; il 26% ricorre all'utilizzo della carrozzina; il 16% è in terapia con uso di psicofarmaci. Date le caratteristiche dei propri utenti, collocati sulla parte meno «compromessa» della scala SOSIA, la cooperativa offre anche alcune prestazioni supplementari quali cicli di cure termali presso le Terme di Bormio e soggiorni marini.

Nel corso dell'ultimo anno, le ore di attività complessivamente svolte sono state 44.296, così articolate tra le differenti figure professionali: ASA (30%), OSS (19%), Infermieri (16%), Educatori (4%), Assistenza Medica (1%), Fisioterapisti (3%), Amministrativi (7%), personale generico¹¹ (21%).

Il contributo medio giornaliero riconosciuto dalla Regione è stato pari a euro 37,14, mentre la retta media giornaliera versata dagli ospiti è stata di 34,70 euro. Le rette del servizio residenziale variano dagli 826 ai 1.126 euro mensili (in relazione al livello di bisogno assistenziale), con un supplemento di euro 200 per la fruizione del servizio in camera singola. Le rette più elevate sono quelle del servizio «residenziale plus» in camera singola, che sono pari a 50 euro giornalieri. Il fatturato della Cooperativa Ardesia per l'anno 2007 è stato di euro 2.178.212,86, con un utile di euro 153.341,40. Negli anni precedenti l'utile della cooperativa è stato di euro 41.221,20 (consuntivo 2006) e di euro 7.526,26 (consuntivo 2005). I ricavi della RSA sono invece pari a euro 1.130.785, con un risultato lordo di euro 174.050 e netto¹² di euro 87.609. La composizione dei costi vede nel personale la componente principale (58%), seguita da «altri costi»¹³ (26%) e dai costi per l'acquisto di beni (10%).

12.5.3 Il processo di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità

Il percorso di sviluppo della Cooperativa Ardesia e della RSA sono strettamente intrecciati. Dopo un periodo iniziale in cui la Cooperativa ha svolto attività diverse, con differenti tipologie di utenza, si è avviato, verso la fine degli anni '90, un percorso di maggiore focalizzazione sui servizi per gli anziani. Da quel punto in poi la Cooperativa ha assunto come logica prevalente di diversificazione dell'offerta quella dell'estensione dei servizi per gli anziani, passando dall'iniziale caratterizzazione esclusivamente sociale (SAD) a una caratterizzazione socio sanitaria fino ad alcune attività di tipo sanitario. Lo sviluppo intrecciato della cooperativa e della RSA viene descritto in relazione a due ambiti:

- la dinamica di relazione con il contesto e il mercato di riferimento;
- il progressivo dispiegamento di strumenti e metodologie di gestione.

Rispetto al rapporto con il proprio mercato di riferimento, la RSA «Baita Serena» nasce come casa di accoglienza di una parrocchia, in una collocazione geografica specifica (la vallata tra Bormio e S. Caterina Valfurva, un contesto poco

¹¹ Fa riferimento al personale che svolge attività di pulizie, cucina, lavanderia.

¹² Al netto dei costi generali della cooperativa

¹³ Tale voce comprende anche l'acquisizione di alcune prestazioni professionali: medico, fisioterapista, direzione.

popolato e distante dai principali centri abitati del proprio territorio) e giunge progressivamente ad accogliere persone con bisogni diversi provenienti da tutta la provincia di Sondrio. Quando la Cooperativa «Ardesia» assume la gestione della struttura, il focus professionale della Cooperativa, nata come cooperativa di ASA, è quello dell'assistenza domiciliare agli anziani e dell'erogazione di prestazioni sociali all'interno di strutture residenziali socio sanitarie.

La Cooperativa da subito ritiene opportuno orientarsi verso quella tipologia di utenti considerata più coerente sia con la storia della RSA sia con le competenze della cooperativa: i soggetti che, pur avendo necessità di una struttura residenziale, manifestano fabbisogni di riabilitazione più accentuati e minori caratteri di fragilità sanitaria. Tale scelta di focalizzazione comporta anche un contenimento dei potenziali ricavi, dato il sistema SOSIA adottato dalla Regione Lombardia per la remunerazione delle prestazioni offerte dalle RSA.

A partire dalla competenze sviluppate nella RSA, oggi la Cooperativa sta ampliando la propria offerta di servizi: massaggi, cura del piede, sviluppo dell'animazione e di attività ricreative (piscina, gite, soggiorni al mare). Sono inoltre in corso analisi per la costruzione di un percorso ad hoc per pazienti psichiatrici.

Oltre alla definizione del proprio ambito di utenza, tre elementi caratterizzano il posizionamento nei confronti del contesto esterno:

- le relazioni con l'ASL, che svolge attività di vigilanza: il direttore della cooperativa e della RSA intervistati evidenziano una progressiva evoluzione della relazione con l'azienda sanitaria. La vigilanza viene interpretata come momento di confronto e di scambio rispetto al servizio offerto;
- le alleanze con altri attori del territorio: la cooperativa ha attuato forme di collaborazione con l'hospice dell'azienda ospedaliera Morelli di Sondalo, e con l'associazione Siro Mauro, dedicata alle cure palliative (per le quali la cooperativa ha ottenuto l'accreditamento nell'anno 2006);
- le relazioni di fornitura: la RSA è orientata alla costruzione di relazioni di fornitura stabili per tipologie di prodotti o servizi; in particolare, la definizione di un contratto con un fornitore di farmaci esterno al territorio ha consentito significativi risparmi, ed è stata successivamente adottata da altre strutture del territorio.

La criticità delle dinamiche organizzative emerge quando il tradizionale processo decisionale *«alla macchinetta del caffè»*¹⁴ non è più compatibile con la crescita dimensionale dell'organizzazione.

¹⁴ Così viene descritto nell'intervista da parte del direttore della cooperativa, che vi lavora dai primi anni '90.

A partire dal 2000 la RSA avvia un processo di certificazione ISO. Il processo di certificazione necessariamente coinvolge la cooperativa nel suo insieme. Tale processo si rivela sia per la cooperativa sia per la struttura, un'opportunità per rileggere i propri servizi. La certificazione è la leva che porta alla definizione dell'organigramma interno alla cooperativa, alla relativa formalizzazione (ed esplicitazione) dei ruoli, all'introduzione di strumenti di budget e di reportistica interna (in precedenza la cooperativa non aveva un sistema di budgetizzazione e reportistica strutturato per ogni ambito di attività), alla definizione e valutazione degli obiettivi di sviluppo del personale.

Nell'ambito della gestione del personale, la RSA avvia la sperimentazione di sistemi di valutazione e di sistemi premianti e oggi ha l'obiettivo di giungere a concordare un progetto di sviluppo professionale con ogni collaboratore.

Anche l'apertura di nuovi servizi viene valutata sia in termini di mercato che di impatto sul personale: alcuni servizi sono stati introdotti proprio a partire da competenze, motivazioni o manifestazioni di interesse emerse nella struttura, e sono considerati uno strumento di motivazione e di sviluppo del personale¹⁵.

Nell'ambito del personale la cooperativa investe nella formazione dei dipendenti, finanziando la partecipazione a corsi di qualificazione professionale; la partecipazione a tali corsi, sempre finanziata dalla cooperativa, viene utilizzata anche per la selezione.

Anche l'assetto della compagine sociale ha implicazioni significative sulla gestione del personale. Solo una piccola minoranza dei dipendenti della cooperativa fa parte della compagine sociale: tale assetto non permette di estendere al personale quelle forme contrattuali riservate dalla normativa ai dipendenti soci in relazione al trattamento economico e previdenziale¹⁶.

Il turnover dei dipendenti è molto basso e il reperimento di professionalità infermieristiche, che costituisce uno dei problemi più sentiti nella gestione del personale delle RSA, non ha rappresentato, se non nei primissimi periodi, una criticità.

La RSA «Baita Serena» si colloca, nell'offerta complessiva della cooperativa Ardesia, non solo come l'ambito di intervento che genera circa il 50% del fatturato e del margine, ma anche come il luogo di sviluppo delle competenze professionali e di sperimentazione delle metodologie di gestione dei servizi attorno a cui la cooperativa sta organizzando il proprio posizionamento strategico.

¹⁵ I servizi di massaggio e di cura del piede sono stati proposti al mercato esterno a partire da manifestazioni di interesse di collaboratori interni alla RSA.

¹⁶ Si tratta di forme di «autoriduzione» delle condizioni di trattamento che la normativa concede ai soci delle cooperative e che hanno talvolta dato adito a dubbi sulle reali condizioni di trattamento del personale, soprattutto quando applicate da cooperative in cui non fosse possibile esercitare l'attività professionale se non nella condizione di socio.

12.6 La Residenza Sant'Andrea del Gruppo Segesta¹⁷

12.6.1 Storia, assetto istituzionale e sistema d'offerta

La Residenza Sant'Andrea opera nel territorio di Monza dal 1995 e fa parte del Gruppo Segesta, «holding» specializzata nell'offerta di servizi sanitari e socio-assistenziali. Il Gruppo è stato fondato nel 1994 proprio con l'apertura della RSA Sant'Andrea e nel corso degli anni ha mostrato un forte dinamismo e una spiccata imprenditorialità acquisendo RSA su tutto il territorio nazionale. Al momento appartengono al Gruppo Segesta 12 Strutture residenziali (per un totale di 1.354 posti letto), di cui 8 in Lombardia (di cui 6 a Milano), 2 in Sardegna, 1 in Veneto e 1 nel Lazio. L'assistenza residenziale rappresenta quindi una delle principali aree d'intervento di Segesta. Infatti, ad essa si affiancano servizi di assistenza sanitaria – erogati attraverso Case di Cura poli specialistici con servizi di day hospital e chirurgia ambulatoriale¹⁸ – e servizi domiciliari, affidati alla società del Gruppo «MOSAICO Home care». Nel 2004 la maggioranza di Segesta è stata acquisita dal fondo BS Private Equity che ha detenuto le quote fino al 2007, anno in cui è subentrato il gruppo francese Korian¹⁹, acquisendo il 92% di Segesta.

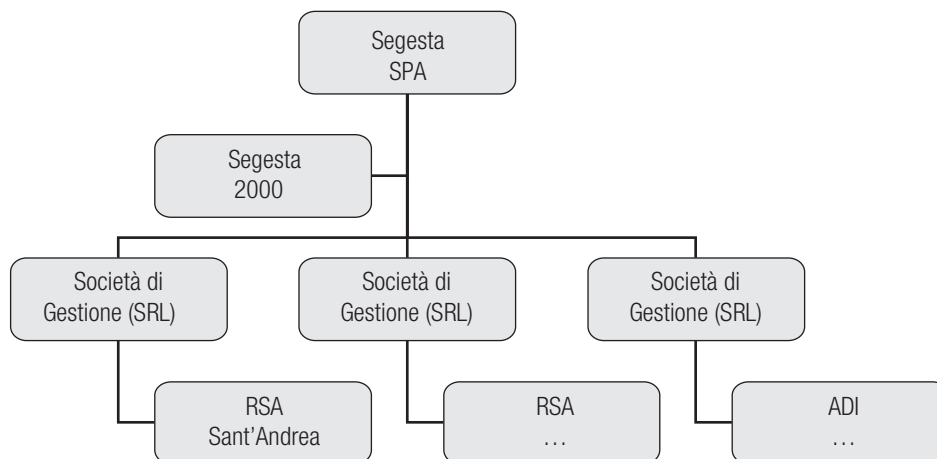
Il modello istituzionale adottato dal Gruppo Segesta prevede al vertice della struttura la Segesta SPA con funzioni di controllo nei confronti delle società (nella forma giuridica di società a responsabilità limitata) chiamate a gestire le diverse strutture e le attività socio-sanitarie. Alle controllate si affiancano delle cooperative che forniscono il personale socio-assistenziale necessario per l'erogazione dei servizi. Inoltre, per gestire al meglio la complessità organizzativa e garantire una maggiore coerenza all'interno del gruppo, è stata istituita Segesta 2000, ovvero una società che offre servizi di supporto manageriale alle altre realtà del gruppo (servizi contabili, servizi di marketing, gestione centralizzata degli acquisti).

Nel 2004 è stata costituita la Società Andrea S.r.l. che è diventato ente gestore della residenza, la quale ha subappaltato la gestione dei posti letto alla Cooperativa Sociale S.Andrea. In particolare, fanno capo all'Andrea SRL la Direzione Gestionale e la Direzione Sanitaria della struttura, l'UO responsabile della qualità dei servizi e l'Ufficio Clienti. Alla Cooperativa Sant'Andrea è affidato il coordinamento delle diverse figure professionali (IP; ASA; FKT; animatori ed educatori). Inoltre, sono stati stipulati dei sub-appalti per la gestione del servizio di ri-

¹⁷ Si ringrazia la Dott.ssa Mariuccia Rossini (Presidente del Gruppo Segesta), la Dott.ssa Giliola Avisani (Direttore Generale del Gruppo Segesta) e la Dott.ssa Marta Plebani (Direttore Gestionale della Residenza Sant'Andrea) per la preziosa collaborazione.

¹⁸ Attualmente il Gruppo dispone di 8 Case di Cura: 3 in Toscana, 2 in Sardegna e 2 nel Lazio.

¹⁹ Korian è un gruppo francese quotato alla borsa di Parigi leader nella gestione di residenze per gli anziani. In Francia possiede 172 strutture, di cui 127 RSA, 35 centri polivalenti o specializzati e 10 cliniche psichiatriche.

Figura 12.2 **Articolazione del Gruppo Segesta**

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 12.5 **Articolazione dei servizi offerti dalla Residenza Sant'Andrea**

	Anziani	Famiglia
Servizi Territoriali		
Servizi Semi-residenziali		
Servizi Residenziali	RSA	
Altri servizi		Club Alberico C.

storazione e del servizio di lavanderia, mentre la gestione delle pulizie è stata recentemente internalizzata per sopravvenuti problemi con il soggetto fornitore del servizio.

La Residenza Sant'Andrea offre essenzialmente servizi di assistenza residenziale a cui si affianca il Club Alberico C. che svolge attività dedicate alle famiglie, quali corsi per gestanti, corsi di acquaticità per neonati, corsi di antalgica, corsi di ginnastica e karate (Tabella 12.5).

12.6.2 Alcuni dati di attività del servizio RSA

La Residenza Sant'Andrea possiede 150 posti letto, tutti accreditati dalla Regione Lombardia. La retta applicata nel corso del 2007 è stata di 76 euro, mentre la tariffa mediamente riconosciuta dalla Regione è stata di 40,4 euro.

Gli ospiti della struttura presentano un livello medio-alto di fragilità; infatti, il 43% degli utenti è classificato nella categoria SOSIA 1 e il 41% nella categoria SOSIA 3.

Nel corso del 2007, la residenza ha presentato un tasso d'occupazione dei posti letto pari al 99,6%. Si registra un basso numero di dimissioni, di cui una parte per ricoveri verso strutture con rette più basse e una parte per rientro al domicilio a seguito di ricoveri temporanei. Quest'ultimi – che rappresentano il 3% dei ricoveri totali – sono legati all'erogazione di interventi fisioterapici di media-lunga durata e alla gestione della fase di convalescenza post-ospedaliera. Nel periodo estivo si ricorre al ricovero temporaneo anche per sopperire all'assenza dei *care-giver* abituali.

Per quanto riguarda il modello assistenziale garantito, nel 2007 sono stati erogati 1.170 minuti settimanali d'assistenza, di cui 31 minuti di assistenza medica (3%), 147 minuti di assistenza infermieristica (13%), 918 minuti di assistenza da parte degli ASA (78%), 47 minuti di assistenza fisioterapia (4%) e 27 minuti di attività d'animazione (2%).

Dal punto di vista economico, il servizio RSA ha chiuso l'esercizio con un utile di 760.183 euro, dato dalla differenza tra ricavi pari a 6.547.761 euro e costi pari a 5.787.578 euro. Analizzando la composizione dei costi, la voce principale è costituita dal personale (45,48%), seguita dalla voce «immobili» che comprende costi generali quali affitto, manutenzioni e utenze (24,26%).

12.6.3 Il percorso di aziendalizzazione: scelte, limiti e priorità

La struttura Sant'Andrea adotta sia strumenti di management relativi alla gestione delle relazioni con l'ambiente esterno sia strumenti a supporto della gestione interna.

Per quanto riguarda gli strumenti di gestione interna emergono i seguenti aspetti:

- Adozione di un sistema di controllo di gestione. Il Direttore della RSA annualmente negozia il budget con la holding, definendo il tasso d'occupazione da raggiungere, la tariffa SOSIA media (calcolata in base ai dati storici della struttura), i costi per il personale e per il materiale di consumo, il livello di customer satisfaction che si deve conseguire. Con scadenza mensile vengono redatti a livello centrale i consuntivi delle singole strutture, che vengono restituiti via e-mail ai vari Direttori; sempre una volta al mese i Direttori ricevono i consuntivi sull'elaborazione dei SOSIA (utenti entrati e utenti usciti). Oltre ai consuntivi economici, ogni tre mesi i Direttori di struttura ricevono anche dei dati sulla qualità garantita nella propria RSA. Nel caso in cui si vengano a verificare delle difformità rispetto a quanto programmato, vengono organizzati degli incontri tra il Responsabile della RSA e la direzione del Gruppo. Tutta-

via, allo stato attuale non esiste ancora un vero e proprio processo di budget finalizzato alla negoziazione degli obiettivi con i responsabili dei servizi all'interno della singola RSA. Il Direttore di Sant'Andrea sostiene comunque la necessità di muoversi verso questa direzione, in particolar modo nei confronti dei coordinatori dei servizi, anche se la pre-condizione a tale scelta è rappresentata dal conseguimento di un accordo con le rappresentanze sindacali.

- Implementazione di un sistema di qualità: ogni struttura appartenente al Gruppo Segesta è certificata secondo le norme ISO 9000. Nel sistema qualità è compresa un'attività di *audit* interno, condotta dal responsabile qualità di Segesta e dal responsabile qualità delle singole strutture. Tale attività coinvolge le varie aree del servizio, tra cui i servizi alberghieri, i servizi infermieristici, i servizi medici, i servizi amministrativi, i servizi di accettazione, marketing e gestione delle relazioni con i clienti.
- Gestione centralizzata degli acquisti: gli acquisti sono gestiti a livello di Gruppo relativamente alla fase di scelta dei fornitori e di contrattazione, mentre l'approvvigionamento vero e proprio e la gestione del magazzino sono di competenza della singola RSA. La struttura Sant'Andrea condivide con una residenza localizzata nel Comune Villasanta, e sempre appartenente al Gruppo Segesta, la gestione del magazzino e l'ufficio acquisti. In questo modo si riescono a gestire al meglio i rapporti con i fornitori, sfruttando delle economie di scala.
- Organizzazione di corsi per la formazione continua del personale. Le esigenze formative sono individuate dal Direttore della RSA, il quale le comunica alla Capo-Gruppo che si interessa nell'organizzazione dell'attività formativa, con l'obiettivo di proporre percorsi didattici congiunti per le diverse strutture del Gruppo, coerentemente con il loro specifico fabbisogno formativo. In questi anni molte iniziative sono state realizzate per gli ASA e gli OSS, su tematiche quali la gestione della relazione con gli ospiti e i loro familiari, ma anche su temi più gestionali, quali il controllo dei costi e la riduzione degli sprechi. Nonostante questi sforzi, la formazione viene considerata ancora una tematica importante e sulla quale investire, anche perché il 50% degli attuali operatori è rappresentato da stranieri e si avverte quindi l'esigenza di garantire una certa uniformità nei comportamenti.

Le relazioni con l'ambiente esterno sono gestite in parte localmente dalla singola RSA, in parte centralmente dall'Ufficio Marketing costituito nell'ambito di Segesta 2000. La residenza Sant'Andrea risulta molto radicata sul territorio di Monza e nel tempo ha conquistato una propria chiara posizione sul mercato della lunga degenza locale, connotandosi come struttura che offre un livello assistenziale medio-alto. Esistono dei meccanismi informali di promozione basati sul passaparola e sulle relazioni consolidate con gli ospedali (con i quali sono stipulate delle convenzioni), l'ASL (nell'organizzazione di convegni e/o attività di formazione)

e i Comuni, soggetti che espletano un'importante funzione di orientamento della domanda. A livello di Gruppo l'attività di marketing è realizzata mediante due strumenti:

- il «Front Office Comunicazione», che consiste nella registrazione da parte dei receptionist di tutte le telefonate in entrata e nel successivo passaggio all'Ufficio Clienti che realizza dei *recall* (i dati sono elaborati ogni tre mesi);
- gli «Assistenti Sociali Comunicazione», che prevede uno stretto rapporto con un centinaio di assistenti sociali che orientano gli utenti nella scelta dei servizi più adatti alle loro esigenze.

12.7 Analisi e comparazione dei casi

I modelli di long-term care stanno attraversando una fase caratterizzata da:

- la ridefinizione e la riarticolazione dei sistemi di offerta, non più centrati sulle sole strutture residenziali, ma anche sul potenziamento dei servizi domiciliari (intensificazione dell'ADI) erogati da soggetti pubblici e privati;
- il riposizionamento dei servizi residenziali, stretti tra il mondo della non autosufficienza a bassa intensità sanitaria e il mondo degli episodi di acuzie che si sviluppano all'interno di situazioni personali di non autosufficienza cronica. Per gli anziani rientranti nella prima fattispecie la tendenza è sempre più quella di preferire un intervento domiciliare con il supporto sempre più ridotto delle famiglie²⁰. Per gli anziani che invece rientrano nella seconda categoria, vi è la tendenza a trattarli come gli unici casi in cui ricorrere alla prestazione ospedaliera;
- il riposizionamento dei servizi residenziali, che si devono adeguare a fenomeni in crescita quali le demenze precoci, la più veloce diagnosi della patologia d'Alzheimer e – più in generale – la presenza di situazioni nelle quali né l'intervento domiciliare né l'intervento ospedaliero sono in grado di offrire una prestazione adeguata in assenza di servizi specializzati²¹.

Il processo sinteticamente descritto si svolge attraverso il ripensamento dei modelli regionali sia per quanto attiene le modalità di definizione delle forme e dei

²⁰ Alcune Regioni, tra cui l'Emilia Romagna, hanno avviato progetti di supporto alle famiglie per la riprogettazione dell'ambiente domestico in funzione delle caratteristiche dei propri anziani.

²¹ Anche gli utenti dei reparti di psichiatria, soprattutto nei casi degli utenti più anziani, sono entrati a far parte di questo insieme di situazioni problematiche a fronte delle quali una risposta dedicata non è attiva, e che ha visto le strutture di long-term care chiamate in causa, non sempre in termini appropriati.

volumi di accreditamento sia per quanto riguarda l'introduzione di sistemi di remunerazione più complessi, il cui fine ultimo è quello di governare la crescita dei bisogni orientando i produttori verso utenti sempre più fragili dal punto di vista sanitario e verso logiche d'efficienza necessarie a garantire la sostenibilità economica dell'intero sistema.

L'analisi dei cinque casi di studio, tra loro diversi sotto più aspetti (assetto istituzionale; forma giuridica; obiettivi perseguiti; tipologia d'utenza; dimensioni e volumi d'offerta; tariffe applicate; etc.), ha una finalità esplorativa, diretta a raccogliere delle «tracce» in grado di guidare la formulazione di alcune ipotesi sulle traiettorie percorse dai soggetti produttori nell'ambito dei sistemi di long-term care.

Nell'ambito di percorsi differenti, è comunque possibile individuare due principali tratti d'omogeneità: i) la diversificazione del proprio sistema d'offerta; ii) il regime di attività realizzato, espresso mediante il tasso di occupazione dei posti letto.

Pur muovendosi in direzioni diverse, le strutture analizzate operano in una pluralità di ambiti della rete assistenziale e affiancano la gestione dell'assistenza residenziale ad altri ambiti di attività, alcuni più orientati alla sfera socio-sanitaria, altri più alla sfera solamente sanitaria. La propensione a occupare spazi diversi all'interno della rete dei servizi appare come un tratto nuovo nei comportamenti dei produttori rispetto alla tendenziale specializzazione che li ha caratterizzati fino ad anni recenti. Tale scelta sembra essere determinato da due fattori:

- la ricerca di un equilibrio economico-finanziario che l'erogazione della sola assistenza residenziale non sempre garantisce;
- il tentativo di radicarsi nel territorio, posizionandosi come erogatori integrati di servizi. Per altro questo tipo di scelta consente alle RSA di «risalire la filiera produttiva», intercettando la domanda potenziale quando la stessa è ancora sul territorio, creando quindi un rapporto di fiducia e fidelizzazione con l'anziano e i suoi familiari.

Un altro importante elemento di omogeneità riguarda i dati relativi ai tassi di occupazione dei posti letto, superiori al 99% per tutte le strutture prese in esame. Il presidio dell'occupazione dei posti letto e la capacità di governare il turnover degli utenti sono ovviamente prioritari in organizzazioni caratterizzate da costi quasi esclusivamente fissi, tuttavia non sono leve sufficienti ai fini dell'economicità delle strutture: di fatto, i risultati economici manifestano valori significativamente diversi tra loro, alcune strutture conseguono risultati economici positivi, altre risultati negativi.

I segnali raccolti in relazione ai comportamenti delle strutture evidenziano due ambiti di trasformazione:

- a. il modello di relazioni con il proprio ambiente di riferimento;
- b. gli strumenti gestionali rivolti alle dinamiche interne.

12.7.1 Il modello di relazioni con l'ambiente

Nelle relazioni con l'esterno non si fa ricorso a strumenti di gestione dedicati, a eccezione della carta dei servizi, strumento richiesto dalla Regione Lombardia e che risulta soggetto a un'ampia gamma di interpretazioni e utilizzi, che oscillano tra l'adempimento amministrativo e il vero e proprio strumento di gestione dei rapporti con il mercato. Al riguardo è opportuno evidenziare come nessuno dei soggetti intervistati abbia fatto riferimento all'impiego di strumenti strutturati di analisi della domanda (attuale e/o potenziale), e come manchi qualsiasi riferimento agli strumenti di promozione e di comunicazione. Parziale eccezione è costituita dal Gruppo Segesta, dotato di un ufficio marketing e di un sistema strutturato di gestione dei contatti telefonici, che rappresenta *in nuce* una forma di marketing diretto. Tuttavia questa situazione non deve trarre in inganno e appare frettoloso supporre una scarsa attenzione al mercato da parte delle strutture analizzate. In primo luogo, tutti i soggetti sono e si rappresentano come nodi di una rete all'interno della quale sviluppano alleanze e connessioni sia a livello delle diverse interdipendenze professionali (momenti d'integrazione tra professionisti che fanno riferimento ai diversi soggetti della rete) sia a livello di interdipendenze strategiche (accordi interorganizzativi diretti allo sviluppo di specifici servizi) (Longo, 2005). In secondo luogo, ognuna delle organizzazioni analizzate eroga una pluralità di servizi, che la collocano in più punti della rete: in tal modo ogni organizzazione ricomprende al proprio interno più nodi dello stesso network.

Tra gli intervistati, soprattutto tra coloro che insistono su un territorio specifico, qualcuno ha esplicitato la strategia di diversificazione dei servizi come uno strumento per elevare «barriere all'entrata» nei confronti di potenziali competitor, sebbene per i servizi residenziali la principale barriera all'entrata sia costituita dall'accreditamento regionale, che si traduce in una barriera di prezzo, poiché consente il finanziamento di circa il 50% del costo del posto letto.

Nessuna delle strutture ha espresso timori particolari rispetto all'andamento della domanda e ognuna riesce sostanzialmente a saturare la propria capacità produttiva²². Tuttavia nel corso degli ultimi anni le liste d'attesa si sono accorciate e la connessione in rete, così come la diversificazione dell'offerta, appaiono come prime azioni proattive nei confronti di un mercato meno «sicuro» che in passato.

Varie sono le sfumature che assume l'atteggiamento complessivo rispetto al cambiamento nel modello regionale. Qualcuno ha interpretato il nuovo modello

²² Si vedano, a tal proposito, i dati relativi ai tassi di occupazione dei posti letto, sempre superiori al 99%.

di finanziamento come un'opportunità di focalizzazione per tipologie di offerta e di utenza verso la massima intensità assistenziale e le massime tariffe o nella direzione opposta; in altri casi il SOSIA è stato assunto in termini più amministrativi che strategici e se ne sono lette le implicazioni gestionali senza però aprire una valutazione sul case mix di struttura e sulle opportunità di conferma del proprio target o di definizione di un target alternativo.

12.7.2 Gli strumenti gestionali

Alcuni ambiti emergono come particolarmente critici ed è rispetto a questi che si sono sviluppate le principali applicazioni degli strumenti di management. La gestione del personale, il controllo delle performance, il contenimento dei costi e delle incertezze di fornitura sembrano emergere come priorità in tutti i casi trattati, mentre risultano diversi le logiche e gli strumenti adottati per affrontarle adeguatamente.

Il tema del personale non può che essere critico all'interno di organizzazioni che erogano servizi alla persona. In alcuni dei casi analizzati si adottano gli strumenti manageriali tipici della funzione del personale, e sono esplicitati i processi del ciclo di selezione, formazione, sviluppo e valutazione delle risorse umane; in altre strutture il focus è stato posto prevalentemente su aspetti di natura istituzionale, con l'aspettativa che i processi di ridefinizione dell'assetto istituzionale permettessero di affrontare anche i temi connessi alle relazioni interne.

La relazione tra posizionamento di mercato, modello assistenziale adottato, competenze da sviluppare e logiche di gestione del personale non sempre emerge in modo esplicito, così come diversa è l'intensità e la presenza di strumenti manageriali utilizzati allo scopo di allineare sistemi di gestione del personale, modelli organizzativi e posizionamento strategico.

L'introduzione degli strumenti di programmazione e controllo è piuttosto avanzata in tutte le strutture analizzate e le determinanti alla base di tale scelta sono state essenzialmente le seguenti:

- ▶ l'introduzione del SOSIA rende necessario il monitoraggio più puntuale dei dati economico-finanziari e di case mix, a fronte di un sistema di remunerazione più complesso e meno stabile rispetto al modello precedente;
- ▶ le diffuse scelte di diversificazione dell'offerta hanno reso più confuso il panorama organizzativo ed economico delle strutture, che hanno reagito dotandosi di strumenti di lettura più coerenti con gli accresciuti livelli di complessità interna;
- ▶ la crescita del management delle strutture ha reso disponibili strumenti e logiche prima poco conosciute;
- ▶ in alcuni casi gli obiettivi di miglioramento rispetto a performance economico-finanziarie critiche hanno imposto un aumento di attenzione;

- infine, nel caso delle ex-IPAB, la trasformazione istituzionale ha comportato l'abbandono della contabilità finanziaria di tipo autorizzativo, facilitando l'introduzione di strumenti di programmazione e controllo.

La reportistica interna ha quasi ovunque cadenza trimestrale e complessivamente la possibilità di reperire dati quantitativi caratterizzati da prontezza, precisione e rilevanza è apparsa con tutta evidenza molto migliorata rispetto a quanto fosse lecito attendersi nel recente passato.

La maggiore attenzione alle performance economico-finanziarie ha indotto tutte le strutture indagate a porre sotto analisi e ridefinire il sistema delle relazioni di fornitura. Laddove la criticità si presentava nel quadro dell'acquisizione di prestazioni professionali, sono state introdotte modifiche di natura istituzionale, dirette alla stabilizzazione delle relazioni. Laddove la criticità si manifestava in rapporto all'acquisto di beni, tutte le strutture hanno iniziato ad attivare relazioni esterne e partnership in grado di concentrare i processi di acquisto e rafforzare il potere contrattuale all'interno del mercato di fornitura.

Infine, lo spostamento diffuso verso una maggiore «sanitarizzazione» dei servizi ha portato con sé una maggiore attenzione alla definizione di protocolli interni. In taluni casi l'esplicitazione dei processi non si è limitata alle dinamiche assistenziali e ha coinvolto le organizzazioni in termini più complessivi, attraverso processi di certificazione.

Complessivamente, si ricorda che le RSA analizzate sono prevalentemente di piccole dimensioni, dotate di organismi gestionali ristretti a cui vengono affidate una pluralità di obiettivi e di funzioni. Al di là degli strumenti adottati in termini strutturati e formalizzati, alcune traiettorie comuni emergono con chiarezza.

La connessione a network più ampi – sia per aumentare la pro-attività nei rapporti con il mercato sia per il governo delle relazioni di fornitura – emerge come linea di sviluppo privilegiata e comune in molti dei casi analizzati, così come l'introduzione di strumenti strutturati di misurazione delle performance.

Meno omogenee appaiono, invece, le modalità concrete di utilizzo e i significati attribuiti alle leve manageriali e ai dati di scenario da parte delle diverse organizzazioni.

Infine, alcune tra le traiettorie percorse dalle strutture analizzate dimostrano come sia possibile evolvere e crescere cogliendo i processi di cambiamento in atto come opportunità di evoluzione e di sviluppo, in termini di competenze professionali ed organizzative e in termini di performance economiche, piuttosto che lasciar prevalere una lettura del cambiamento che vede nelle trasformazioni della domanda, del sistema competitivo e delle regole dettate dal programmatore regionale una minaccia rispetto ad un posizionamento fino a pochi anni fa acquisito e ad un mercato tradizionalmente percepito e adottato come «captive».

Bibliografia

- ASSR – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2003), «Assistenza agli anziani non autosufficienti», in *Monitor* n.4.
- Brizioli E., Romano M., Senin U. e Trabucchi M. (2002), «La rete dei servizi per gli anziani», in Trabucchi M., Brizioli E. e Pesaresi F. (a cura di), *Residenze sanitarie per anziani, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna*.
- Carbone C., Fosti G., Sicilia M., Spano P. e Tanzi E. (2006), «Sistemi di long-term care: una comparazione tra cinque Regioni italiane», in Anessi E e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Egea, Milano.
- CENSIS (2005), «Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti», documento presentato al seminario *L'organizzazione dei servizi per l'anziano fragile tra omogeneità culturale, livelli essenziali di assistenza e molteplicità organizzative*, Roma – 14 luglio.
- Commissione Europea (2003), *Servizi sanitari e assistenza agli anziani: strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale*, Consiglio Europeo, 7 marzo.
- De Masi D. (1985), *Manuale di ricerca sul lavoro e sulle organizzazioni*, NIS, Roma.
- Eisenhardt K.M. (1989), «Building Theories from Case Study Research», in *Academy of Management Review*, Vol. 14 No.4.
- Longo F. (1997), «I servizi per gli anziani in Italia: una rete di aziende in un gioco competitivo a somma negativa», in *Mecosan*, n.23.
- Longo F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse: logiche e strumenti operativi aziendali*, Egea, Milano.
- Pesaresi F. e Simoncelli M. (2008), «Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione», in *Tendenze Nuove* n.2
- Sicilia M. e Tanzi E. (2004), «Sistemi tariffari per la remunerazione del long-term care», in *Mecosan*, n. 50.
- Yin R. (1994), *Case study research. Design and methods*, Sage, London.

13 Il processo di integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca nelle AOU: il caso dell'azienda e dell'università di Parma

di Clara Carbone, Carlotta D'Este, Marco Elefanti, Federico Lega, Valeria Tozzi, Emanuele Vendramini¹

13.1 Oggetto ed inquadramento

Il presente lavoro, proseguendo la linea di ricerca avviata nel precedente Rapporto OASI (Carbone et al. 2007), affronta il tema degli sviluppi organizzativi delle aziende ospedaliero-universitarie (AOU)², proponendo una riflessione sul significato e sul grado di efficienza ed efficacia organizzativa associabile alla scelta istituzionale – poi declinata a livello aziendale – di introduzione del dipartimento ad attività integrata (DAI).

La ricerca di forme più profonde di integrazione tra le funzioni associate alla missione dell'AOU – ricerca, didattica ed assistenza – e l'esigenza avvertita di rafforzare la *governance* complessiva dell'azienda sono alla base delle scelte organizzative che molte AOU hanno compiuto negli ultimi due anni o stanno completando in questo periodo con l'adozione del loro primo atto aziendale³.

Tuttavia, i tentativi del management di introdurre logiche organizzative e criteri di funzionamento ispirati a principi aziendali si scontrano spesso con dimen-

¹ L'analisi è frutto del lavoro congiunto dei ricercatori del CERGAS Bocconi e di quelli dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Piacenza. Pur nella responsabilità complessiva dell'analisi, i paragrafi 13.1 e 13.2 sono a cura di Federico Lega, il paragrafo 13.3 di Clara Carbone, il paragrafo 13.4 di Carlotta D'Este, il paragrafo 13.5 di Emanuele Vendramini, il paragrafo 13.6 di Valeria Tozzi, il paragrafo 13.7 di Marco Elefanti. Il gruppo di lavoro intende inoltre ringraziare la dottoressa Paola Bodrandi dell'AOU di Parma per la gentilezza e per aver reso possibili le interviste, effettuate operativamente da Carlotta D'Este ed Emanuele Vendramini.

² Come definite dal D.Lgs. 517/99.

³ I casi da cui sono tratte queste riflessioni introduttive sono relativi alle esperienze maturate nel corso di interventi di formazione, pianificazione strategica, sviluppo e cambiamento organizzativo condotte negli ultimi cinque anni presso le seguenti AOU: Ancona, Brescia, Firenze, Palermo, Messina, Napoli, Trieste, Torino, Milano, Bologna, Foggia, Catania, Catanzaro, Modena, Salerno. Ovviamente le riflessioni tengono anche conto di altri progetti condotti negli anni precedenti in altre realtà.

sioni di complessità organizzativa che oppongono vincoli e resistenze di rilevante intensità al cambiamento: in diverse AOU le principali – se non uniche – determinanti dei processi di sviluppo organizzativo sembrano essere, ancora oggi, le aspettative e gli interessi dei professionisti, e si ritrovano e convivono ancora molto evidenti i tratti tipici delle “burocrazie professionali” e delle “arene politiche” (Mintzberg 1979; 1983).

In effetti, le analisi condotte negli ultimi anni, se da un lato hanno ribadito l'importanza e la centralità nel sistema sanitario delle AOU, dall'altro ne hanno messo in evidenza un ritardo marcato rispetto al processo di aziendalizzazione che ha coinvolto il resto delle strutture sanitarie (Zanetti et al. 1998; Meloni et al. 1999; Pesci et al. 1999; Gullotti 2000; Lega e Verme 2003)⁴.

La complessità organizzativa delle AOU si manifesta chiaramente nello sviluppo dei processi decisionali che, in quanto arene politiche, sono di frequente l'esito di compromessi determinati dal gioco delle alleanze interne, nonché dalla capacità dei diversi attori di esprimere potere organizzativo in virtù della loro autorevolezza, del patrimonio personale di relazioni, del possesso di risorse scarse. Inoltre, come richiamato in Carbone et al. (2007), le AOU sono contesti abituati all'autoreferenzialità decisionale e all'autonomia nei percorsi di sviluppo, dove spesso si osservano situazioni di “triangolazione” e di esercizio “democratico” del dissenso dall'interno⁵, tutte dinamiche organizzative che rendono particolarmente difficile concretizzare cambiamenti organizzativi disegnati nell'intento di rafforzare l'integrazione tra discipline e professionisti e la *governance* complessiva ed unitaria dell'azienda.

In effetti, si osserva che i segnali di cambiamento, per quanto ancora deboli, si sono prodotti soprattutto in risposta a stimoli esterni più che per la consapevolezza interna della necessità di cambiare. Terminato un lungo periodo di “isolamento” di cui le AOU (o almeno una loro parte significativa) hanno beneficiato, le sfide poste dal loro ingresso nelle reti ospedaliere regionali e dalle connesse

⁴ Le ricerche e le indagini condotte nell'ultimo decennio hanno evidenziato un ritardo significativo nel processo di “aziendalizzazione”, intesa come capacità dell'organizzazione di operare in condizioni di efficienza produttiva con strumenti e meccanismi gestionali a supporto di processi decisionali trasparenti e governati verso priorità aziendali condivise. Priorità da definire e gestire in un quadro complesso di equilibri e convergenze che devono tener conto di aspettative politiche, professionali, istituzionali e sociali spesso divergenti.

⁵ Le “triangolazioni” sono le situazioni in cui i clinici usano la loro appartenenza a reti politiche e professionali per retroagire sulle direzioni aziendali dall'esterno, contro o per influenzare decisioni prese da queste. L'esercizio “democratico” del dissenso dall'interno discende dal fatto che i clinici si sentono anche implicitamente autorizzati dal sistema esterno (e godono di interessi convergenti nei media) a criticare pubblicamente l'operato della direzione, quasi fosse una funzione dovuta a “garanzia” del sistema stesso (che tuttavia si presta spesso a strumentalizzazioni) e una prova della democraticità di aziende che si confrontano internamente alla ricerca del bene dei cittadini (spesso invece “vittime” inconsapevoli di turf-wars professionali). Per ulteriori approfondimenti si veda Lega (2006).

aspettative di ruolo⁶ hanno spinto le Regioni a intensificare le richieste di cambiamento, a partire proprio da un ridisegno organizzativo centrato attorno al ruolo potenziale dei DAI.

L'obiettivo di fondo di questo inizio di processo di aziendalizzazione delle AOU può quindi essere sintetizzato nel farne organizzazioni più *mission-driven* che *consensus-driven*, attraverso l'irrobustimento di un assetto organizzativo ed istituzionale che consenta di definire sentieri di sviluppo e target di produzione coerenti con la triplice missione e con il posizionamento atteso dell'azienda nel sistema di offerta regionale. In questa prospettiva assume particolare rilevanza la capacità dell'alta direzione di definire:

- ▶ meccanismi di *governance* (processi di allocazione delle risorse, definizione degli obiettivi, allineamento delle priorità strategiche, condivisione delle premesse decisionali, controllo ecc.) e una progettazione organizzativa che, pur rimanendo il frutto della mediazione di interessi, creino le condizioni per avviare una gestione più unitaria in chiave aziendale. Assumono quindi centralità le scelte relative ai DAI: identificazione delle U.O. che li compongono; meccanismi decisionali interni e nei confronti dell'alta direzione; profondità e pervasività con cui i flussi informativi e i meccanismi operativi della programmazione e controllo e della gestione delle risorse umane consentono di creare un tessuto connettivo tra la struttura organizzativa e gli obiettivi strategici dell'AOU, attribuendo autorità formale ai ruoli gestionali di livello dipartimentale e definendo le attese ed indirizzando i comportamenti dei professionisti;
- ▶ processi di "operazionalizzazione" delle aspettative di integrazione a livello di DAI. Ciò presuppone l'identificazione di un mandato per il direttore del DAI, che individui gli obiettivi puntuali sul fronte dell'assistenza⁷, nonché dell'integrazione tra questa, i percorsi didattici e le linee della ricerca. Mandato che troverà una declinazione in obiettivi annuali di budget e che il direttore dovrà perseguire

⁶ A seguito dell'intensificarsi delle pressioni ed aspettative politiche, istituzionali e sociali di miglioramento qualitativo del servizio, di efficienza e di rendicontazione dell'operato, nonché delle preoccupazioni per il governo di strutture con dinamiche di costo estremamente rilevanti, si osserva in effetti una crescente attenzione da parte degli assessorati regionali e delle agenzie centrali nello studiare le problematiche delle AOU e nel chiedere l'avvio di processi di cambiamento concreti, fondati sull'applicazione dei principi base contenuti nel D.Lgs. 517/99, tra cui assume rilevanza particolare l'assetto organizzativo fondato sull'idea del DAI.

⁷ Anche nella sola assistenza vi sono problematiche di integrazione di assoluto rilievo: basti pensare ai problemi di gestione della contrapposizione e frammentazione dei saperi specialistici (crescente sovrapposizione di campi di attività con rischio delle cosiddette *turf wars*, guerre di territorio). Ad esempio si pensi ai casi dell'oncologia, dell'area cardiovascolare, delle neuroscienze, dell'ortopedia. Inoltre, contemporaneamente alla definizione di un più preciso posizionamento delle AOU nelle reti di offerta regionali, si pone il problema della gestione dei percorsi di innovazione, cioè di come rafforzare la capacità di negoziare e indirizzare i professionisti verso lo sviluppo e il consolidamento di competenze distintive collegabili a tale posizionamento.

avvalendosi ovviamente di un *team* di collaboratori. A quest'ultimo riguardo, l'evidenza degli ultimi anni, unitamente all'osservazione di quanto praticato a livello internazionale nei maggiori *teaching hospital*, indica che perché il DAI possa esprimere le sue potenzialità, oltre al presupposto di una progettazione organizzativa ben calibrata rispetto alle attese di integrazione, è necessario il consolidamento di una squadra dipartimentale che assuma la responsabilità dell'*operations management* del DAI, ossia dell'area della gestione dei progetti di miglioramento dei processi organizzativi, della logistica, delle procedure sanitarie ed amministrative, dell'interfaccia tra il dipartimento e i servizi centrali, del supporto all'implementazione a livello dipartimentale dei meccanismi operativi. Secondo quanto sostiene una parte crescente della letteratura (Carbone et al. 2007, Cicchetti et al. 2005) e facendo riferimento a una molteplicità di esperienze internazionali⁸, la squadra dovrebbe includere il responsabile infermieristico di dipartimento, un responsabile delle attività amministrative ed un vero e proprio *operations manager* (che oggi viene chiamato con nomi diversi, da responsabile dipartimentale dei servizi sanitari a referente operativo gestionale del dipartimento⁹).

Questo lavoro si propone di alimentare la riflessione rispetto ai precedenti due punti attraverso gli stimoli e spunti forniti dall'approfondimento di un caso studio, in relazione agli obiettivi specifici di ricerca richiamati nel prossimo paragrafo.

13.2 Obiettivi della ricerca

Assodato che le AOU hanno una triplice funzione di assistenza, didattica e ricerca, "la cui somma definisce il posto dell'ospedale nella società e la sua efficacia come strumento sociale" (Knowles 1965, Guzzanti 2000), dalle riflessioni condotte nel precedente paragrafo emergono con chiarezza tre aree problematiche connesse alla traduzione operativa di tale triplice funzione:

- rimane ambiguo e complesso definire cosa significa integrare l'assistenza con la didattica e con la ricerca (traslazionale). Ovvero sia, non vi è un quadro interpretativo univoco che definisce quali sono le attese specifiche di integrazione, ad esempio rispetto alla gestione degli specializzandi, alla "universitarizzazione" degli ospedalieri e/o "ospedalizzazione" degli universitari, alla programmazione congiunta di assistenza e progetti di ricerca, alla responsabilizzazione su obiettivi multidimensionali comprendenti assistenza, didattica e ricerca ecc.

⁸ Ad esempio l'Inghilterra, con la funzione del *general manager* del *clinical directorate* o della *division*; la Francia, con il referente amministrativo del *pole de gestion*; gli USA, con l'*administrator* e l'*operations manager* del *department*.

⁹ Come nel caso dell'AOU Careggi di Firenze e dell'ospedale San Raffaele di Milano.

- è presupposto fondamentale una progettazione organizzativa dei DAI che riesca a coniugare bene le esigenze di mediazione con le prospettive di miglioramento dell'efficienza ed efficacia organizzativa perseguite tramite il nuovo assetto aziendale, più rispondente ai fabbisogni di integrazione e di gestione multidisciplinare dei processi di assistenza, ricerca ed in parte didattica.
- sembra affermarsi dall'evidenza empirica il modello per cui il DAI, per perseguire il proprio ruolo di livello organizzativo di integrazione, debba caratterizzarsi per un mandato chiaro e misurabile e per una gestione interna baricentrata attorno a una squadra direzionale responsabile per la conduzione dei progetti di cambiamento, miglioramento e sviluppo organizzativo.

Obiettivo di questa ricerca, condotta attraverso l'analisi di un caso esplorativo, è quindi approfondire queste tre aree, contribuendo alla comprensione di quali sono (a) le possibili forme di concreta integrazione tra le funzioni a livello di DAI; (b) il contributo che le scelte di progettazione organizzativa effettivamente danno perché il DAI possa sviluppare le sue potenzialità di integrazione; e (c) la rilevanza che le AOU attribuiscono alle condizioni di funzionamento interne al DAI attraverso le scelte relative alla costituzione di una eventuale squadra di direzione che possa perseguire gli obiettivi di integrazione assumendo la responsabilità su progetti ben individuati e collegati a un mandato generale altrettanto chiaro e coerente con l'orientamento strategico di fondo dell'azienda.

13.3 Metodologia della ricerca

Come anticipato, la ricerca propone un approccio di tipo esplorativo attraverso il metodo del *case study*. In particolare, è stato approfondito il caso dell'AOU di Parma, la cui scelta è dipesa sostanzialmente da due fattori: (i) l'appartenenza ad un insieme di AOU rilevante in termini di numerosità di strutture (le ex-AO)¹⁰ e (ii) l'elevato interesse suscitato nel gruppo di ricerca, data la notevole ricchezza informativa che l'azienda ha messo a disposizione, nonché lo sviluppo organizzativo complessivo dell'azienda stessa e la maturità del contesto istituzionale in cui essa è inserita.

Di seguito si propongono le principali considerazioni metodologiche rispetto all'unità d'indagine e agli strumenti dell'analisi.

L'unità di osservazione è il dipartimento ad attività integrata (DAI, come

¹⁰ Le aziende ospedaliere universitarie pubbliche sono 48 strutture di ricovero di cui 9 ex-policlinici a gestione diretta delle università, 4 IRCCS pubblici e 35 ex-AO (Carbone et al. 2007).

definito dal D.lgs. 517/99) in quanto luogo aziendale in cui si realizza l'integrazione delle tre funzioni: ricerca traslazionale, didattica e assistenza. Sono stati selezionati 6 DAI su 11 (Chirurgico, Medico polispecialistico 2, Neuroscienze, Materno-infantile, Cardio-polmonare, Testa-collo) al fine di rispettare due condizioni: rappresentatività della casistica trattata ed elevato fabbisogno di integrazione tra le tre funzioni. Inoltre, i dipartimenti selezionati presentano caratteristiche diverse riguardo l'aggregazione delle U.O.: per tipologia d'organo (dipartimento Testa-collo e dipartimento Cardio-polmonare); per grandi aree specialistiche (dipartimento Chirurgico, dipartimento Medico Polispecialistico 2); per settore nosologico che si basa sulla necessità di garantire un intervento multidisciplinare (dipartimento di Neuroscienze); per gruppi di età dei pazienti (dipartimento Materno-infantile). Infine, nella selezione dei dipartimenti, si sono considerate anche le indicazioni dell'azienda, che di fatto ha condiviso i criteri proposti e ha indicato i DAI più coerenti con tali criteri (confronta Tabella 13.1).

Gli strumenti di raccolta delle informazioni sono rappresentati dall'analisi della documentazione istituzionale aziendale e da interviste semistrutturate ai direttori di dipartimento e ai responsabili delle Unità Operative Complesse (UOC) di ciascun dipartimento, per un totale di 22 interviste. In questo modo è stato possibile leggere in maniera comparata le percezioni nei confronti dello stesso fenomeno da parte di due gruppi diversi di attori aziendali (il livello direzionale del dipartimento e il livello operativo del dipartimento, come rappresentato dai responsabili di UOC).

Al fine di proporre un quadro di riferimento comune a tutti i soggetti intervistati e di contenere il grado di ambiguità delle domande, le interviste semistrutturate sono state condotte a partire da un questionario a risposte chiuse. In particolare, sono stati predisposti due questionari: uno rivolto ai capi di dipartimento, l'altro ai responsabili di UOC. Le domande del primo questionario riguardavano tre ambiti tematici: (i) la storia del dipartimento (motivi della sua nascita, difficoltà incontrate dalla sua costituzione ad oggi ecc.); (ii) l'assetto organizzativo del dipartimento, in termini sia di struttura organizzativa (criterio di aggregazione delle UOC nel dipartimento, ruoli e compiti del direttore e degli altri organi del dipartimento ecc.), sia di meccanismi operativi (ad esempio, gestione del personale ospedaliero ed universitario di dipartimento, responsabilizzazione su obiettivi di ricerca, didattica e assistenza all'interno del dipartimento); (iii) il significato dell'integrazione all'interno del dipartimento (ad esempio, i vantaggi legati all'integrazione per l'azienda e per i pazienti). Il secondo questionario ha posto l'attenzione su due aspetti: da una parte, il significato dell'integrazione delle tre funzioni (ricerca, didattica e assistenza) dal punto di vista dei singoli responsabili di UOC (come analisi complementare a quella condotta per i capi di dipartimento); dall'altra, il ruolo del capo di dipartimento.

Tabella 13.1 **Quadro sinottico delle interviste effettuate**

Dipartimenti intervistati	UOC intervistate
Dipartimento Testa-Collo	<i>Maxillo-facciale</i>
	<i>Oculistica</i>
	<i>Odontostomatologia</i>
	<i>Otorinolaringoiatria</i>
Dipartimento Chirurgico	<i>Chirurgia toracica</i>
	<i>Chirurgia plastica e Centro ustioni</i>
	<i>Clinica chirurgica e terapia chirurgica</i>
Dipartimento Medico Polispecialistico 2	<i>Gastroenterologia ed endoscopia digestiva</i>
	<i>Medicina interna, malattie metaboliche e vascolari</i>
	<i>Malattie infettive ed epatologia</i>
	<i>Medicina interna a indirizzo angiologico e coagulativo</i>
Dipartimento Materno-infantile	<i>Chirurgia pediatrica</i>
	<i>Clinica pediatrica</i>
	<i>Neonatologia</i>
	<i>Neuropsichiatria infantile</i>
Dipartimento Cardio-polmonare	<i>Cardiochirurgia</i>
	<i>Cardiologia</i>
	<i>Pneumologia ed endoscopia toracica</i>
	<i>Semeiotica medica</i>
Dipartimento Neuroscienze	<i>Neurologia</i>
	<i>Neuroradiologia</i>
	<i>Psichiatria</i>

13.4 L'AOU di Parma

L'AOU di Parma si configura quale polo di terzo livello, in quanto ospedale polispecialistico ad alta specializzazione, finalizzato all'offerta ai cittadini di servizi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, coerentemente con la missione dichiarata nell'atto aziendale. Questa è infatti individuata nell'esercizio delle fun-

zioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione al fine di contribuire al miglioramento dello stato di salute della collettività, di sviluppare la ricerca, di rappresentare il punto di riferimento per la promozione e produzione delle attività formative, didattiche e scientifiche in sinergia con l'Università e la comunità di riferimento. In tale prospettiva, le tendenze per lo sviluppo futuro sono orientate alla realizzazione di un ospedale costituito da pochi poli di dimensione rilevante, in cui integrare attività vicine e complementari: ospedale polispecialistico, ospedale dei bambini, ospedale della riabilitazione, polo psichiatrico, polo dei laboratori.

Le attività svolte dall'azienda coprono tutte le prestazioni ed i servizi rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, di seguito elencate: pronto soccorso, degenza ordinaria, day hospital, day surgery, lungodegenza, raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali.

Con specifico riferimento all'attività di ricovero, la struttura dispone complessivamente di 1.359 posti letto per i ricoveri ordinari, dei quali il 20% di alta specialità ed a bacino sovra-provinciale. I ricoveri effettuati nel 2007 sono stati 51.516, di cui 25.596 urgenti e 8.779 di alta specialità.

Riguardo all'assistenza distrettuale, è necessario distinguere tra quella farmaceutica e quella specialistica ambulatoriale. Nel primo caso si riscontra infatti una crescita tendenziale, pari nel 2005 al 14%, nell'erogazione di farmaci ai pazienti in dimissione. Nel secondo caso si rileva una maggiore stabilità nella produzione di prestazioni di diagnostica e di riabilitazione, unitamente a quelle terapeutiche, evidenziandosi un aumento per le sole prestazioni di laboratorio e per le visite.

Nel 2006, l'azienda ha chiuso l'esercizio con una perdita di € 11,6 milioni, la cui maggiore entità rispetto all'esercizio precedente è imputabile all'insufficienza delle tariffe a copertura degli aumentati livelli di attività, a fronte di un contemporaneo incremento dei costi, tra cui in particolare quelli relativi all'applicazione del contratto collettivo nazionale. La composizione dei ricavi mostra una forte rilevanza delle prestazioni di degenza ospedaliera (circa 75%) e di specialistica ambulatoriale (13%), mentre le prestazioni libero-professionali e la somministrazione diretta di farmaci costituiscono una frazione molto più contenuta (rispettivamente 3% e 4%).

L'azienda è articolata secondo un modello dipartimentale, nel quale si distinguono i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) e i Dipartimenti Tecnico-Amministrativi.

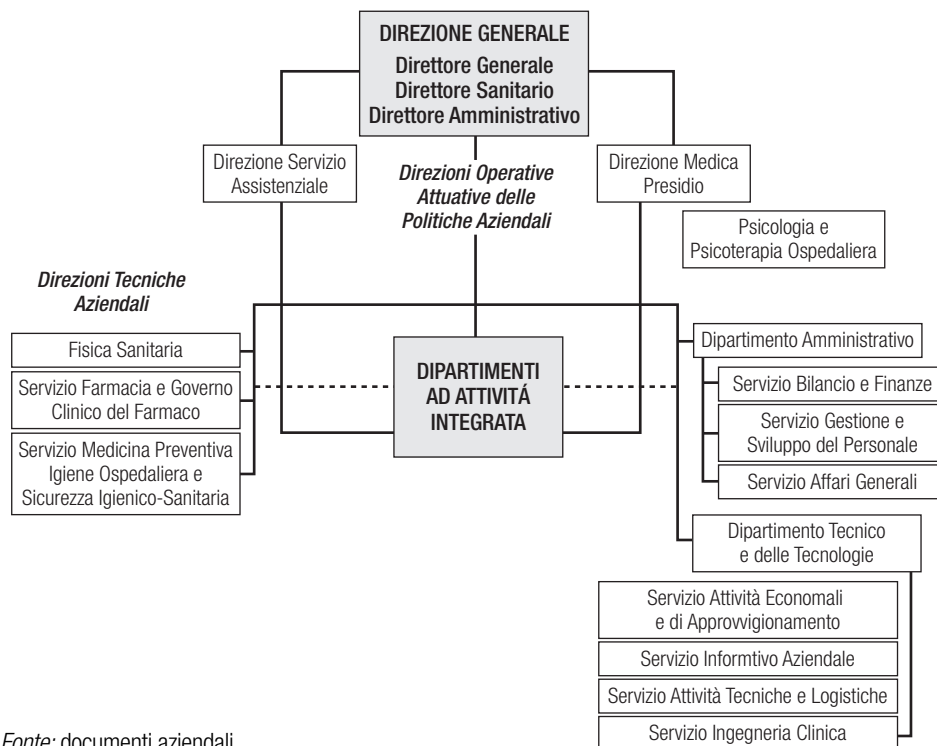
I primi sono le strutture organizzative fondamentali dell'azienda, nelle quali sono espletate le funzioni assistenziali e di ricerca, in rapporto di integrazione con quelle didattiche e scientifiche proprie della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Dipartimenti Universitari. I DAI sono 11: oltre a quelli selezionati per l'analisi (§ 13.3), anche i Dipartimenti di Emergenza-urgenza, Geriatrico-riabilitativo, Medico polispecialistico 1; Patologia e medicina di laboratorio; Radiologia e dia-

gnostica per immagine. I DAI a loro volta comprendono 63 strutture complesse, 21 strutture semplici dipartimentali e programmi. Sono direttori dei DAI sia medici ospedalieri, sia quelli universitari.

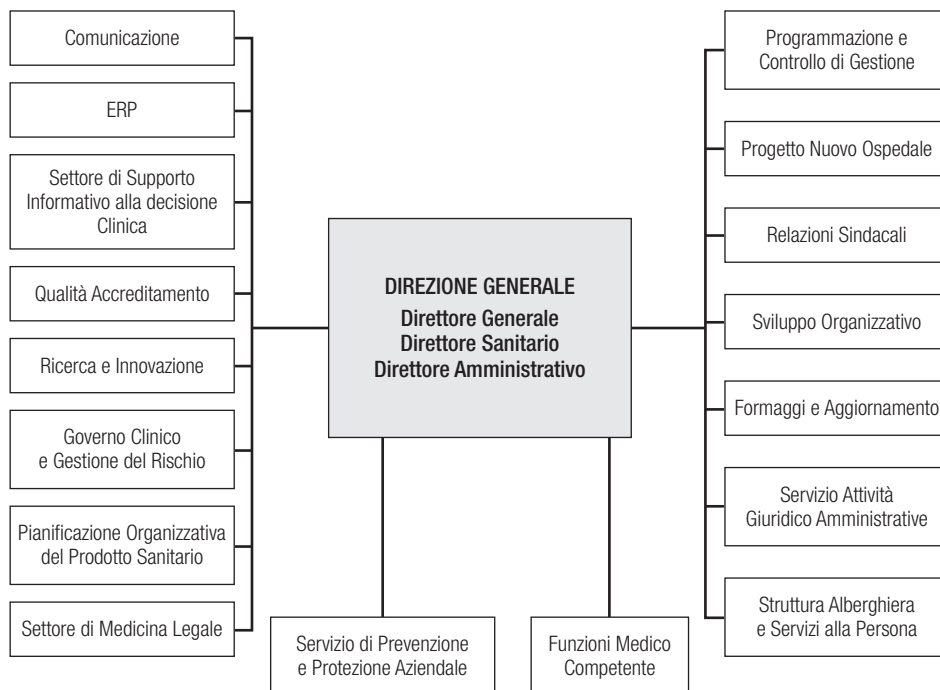
I Dipartimenti Tecnico-Amministrativi si configurano quali unità operative complesse rivolte al coordinamento nei servizi di supporto, per quanto attiene la definizione e la gestione di procedure e tecniche integrate, la pianificazione e l'implementazione di progetti di innovazione, il coordinamento dei budget dipartimentali. All'interno del modello di partecipazione, riveste un ruolo centrale il Collegio di direzione, composto da Direttore Sanitario (che lo presiede), Direttore Amministrativo, Direttore del Servizio Assistenziale e Direttori dei singoli Dipartimenti ad Attività Integrata. Il Collegio detiene funzioni di natura propositiva, organizzativa e di collegamento, inerenti la programmazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca, nonché di valorizzazione delle risorse umane. La Figura 13.1 e la Figura 13.2 illustrano la struttura organizzativa, evidenziando rispettivamente gli organi di line e di staff.

Il personale dipendente assunto a tempo indeterminato è pari a 3.381 unità, delle quali il 70% ricopre un ruolo sanitario. I lavoratori a tempo determinato,

Figura 13.1 **AOU di Parma: Uffici e servizi in line**



Fonte: documenti aziendali

Figura 13.2 **AOU di Parma: Uffici e servizi in staff**

Fonte: documenti aziendali

in ambito sanitario e tecnico, sono di poco superiori ai 200, mentre il numero di quelli presenti in forza di altre forme contrattuali si colloca sopra il centinaio. Gli universitari convenzionati ammontano a circa 300. Complessivamente, nel corso del 2006 si è assistito ad un incremento delle risorse umane per circa 200 unità, come risultato netto di una riduzione del personale amministrativo e di un parallelo aumento di quello assistenziale, all'interno di una tendenza evolutiva verso il ricambio generazionale. Le principali cause di uscita si rinvencono nelle dimissioni e nel trasferimento. Nel corso del 2006, per esempio, 64 persone si sono dimesse, 45 hanno richiesto il passaggio ad altra amministrazione, mentre solo 11 sono uscite per raggiunto limite di età per il pensionamento.

In dettaglio, il 61 % del personale del comparto risulta femminile e di età media inferiore a quarantaquattro anni, mentre il 44% di quello dirigenziale è costituito da uomini tra i 45 ed i 54 anni. Differente è la situazione laddove si consideri il personale universitario, in prevalenza maschile e di età media compresa nel range 55-64 anni.

13.5 I risultati delle interviste

I risultati delle interviste con i 6 direttori di DAI e i 16 direttori di UOC vengono ora presentati con il seguente schema logico¹¹: prima le interviste con i direttori di DAI sulle tematiche affrontate nel questionario a loro destinato e inerenti complessivamente la macrostruttura; successivamente le interviste con i direttori di DAI e di UOC sulle tematiche affrontate in entrambi i questionari ed inerenti il rapporto tra DAI e loro sottoarticolazioni. Preliminarmente va peraltro segnalato che, come in molte altre AOU, i direttori di dipartimento sono anche responsabili di UOC e che la costituzione dei DAI non ha comportato la contemporanea ridefinizione dei dipartimenti universitari.

13.5.1 Interviste con i soli direttori di DAI

Nelle parti destinate esclusivamente ai direttori di dipartimento, il questionario intendeva innanzi tutto indagare la storia del dipartimento stesso.

Le interviste hanno rilevato che i DAI sono percepiti come nati su proposta dell'azienda (3 risposte) o su mediazione tra università e azienda (3 risposte). Nessuno ritiene che il DAI sia nato su proposta dei professionisti. Ciò si spiega con il fatto che la progettazione dei DAI è un tema su cui si confrontano direttamente università e azienda e ciò la rende "questione istituzionale". Qualsiasi proposta fatta dai professionisti sarebbe stata "giocata sul tavolo" dell'uno o dell'altro portatore di interessi a seconda dell'appartenenza del professionista.

In merito agli obiettivi perseguiti con la costituzione dei DAI (Tabella 13.2), la risposta dei direttori si è distribuita tra le quattro opzioni offerte (erano possibili anche risposte multiple), ma con una certa prevalenza per la ricerca di economie di scala e il coordinamento scientifico professionale. La comunizzazione di risorse appare la via principale per conseguire l'obiettivo atteso.

Le criticità percepite (Tabella 13.3) sono stratificate su una molteplicità di dimensioni, tra cui le relazioni personali. Tra le possibili aree di miglioramento (Tabella 13.4) spicca quello che si è detto essere l'obiettivo principale alla base della costituzione del DAI, ossia la ricerca di economie di scala su risorse condivise.

Nell'opinione dei direttori, infine, l'introduzione dei DAI ha prodotto miglioramenti in tutte e tre le funzioni (assistenza, didattica e ricerca), ma sicuramente l'assistenza appare la maggiore beneficiaria (6 risposte per l'assistenza, 3 per la ricerca e 2 per la didattica). Dalle risposte emerge dunque che la funzione "integranda" che meglio fa da collante rispetto alle altre e sulla quale si possono quindi riconfigurare le altre è l'assistenza.

¹¹ Nell'analisi, le interviste con i direttori dei DAI sono contate solo una volta e quindi non compaiono nella colonna UOC (da cui la differenza tra l'elenco del § 13.3 e quanto presentato nel § 13.5).

Tabella 13.2 **Obiettivi perseguiti con la costituzione dei DAI**

economie di scala su risorse condivise	coordinamento scientifico professionale	accessibilità dei servizi da parte dei pazienti	semplificazione delle relazioni tra centro e periferia di azienda
6	5	2	2

Tabella 13.3 **Criticità del dipartimento**

condivisione risorse	coordinamento professionale	relazioni personali
3	2	3

Tabella 13.4 **Obiettivi perseguiti con la costituzione dei DAI**

economia di scala su risorse condivise	coordinamento scientifico professionale	accessibilità dei servizi da parte dei pazienti	semplificazione delle relazioni tra centro e periferia di azienda
5	3	2	2

Il questionario passava poi ad analizzare l'assetto organizzativo dei dipartimenti in termini di struttura organizzativa e di personale: organi del DAI, funzioni della giunta e del consiglio, presenza di un regolamento di DAI, presenza di personale infermieristico e amministrativo di dipartimento, gestione del personale specializzando. Al riguardo, tutti i direttori di DAI hanno innanzi tutto evidenziato come il consiglio abbia funzioni consultive, anche se poi 3 direttori hanno aggiunto che il consiglio programma anche le attività per le unità operative. In merito all'esistenza di un regolamento, tutti i direttori hanno risposto negativamente, sottolineando però che in alcuni dipartimenti è in corso un lavoro di predisposizione del documento. Quanto alla gestione del personale, emerge innanzi tutto che gli specializzandi fanno riferimento al dipartimento universitario e di fatto non vengono gestiti dal DAI. Si rileva, inoltre, che in ogni sede dipartimentale agisce un Responsabile Assistenziale di Dipartimento (RAD) quale figura infermieristica con funzioni di tipo gestionale-organizzativo del personale infermieristico assegnato al Dipartimento stesso. Il RAD risponde in line al Direttore del Servizio Assistenziale, che a sua volta risponde alla Direzione Generale. Non è invece presente un referente amministrativo.

Sempre nella parte riservata ai direttori di DAI, infine, il questionario intendeva indagare i meccanismi operativi, con specifico riferimento a tre aspetti: il sistema di programmazione e controllo per l'assistenza, la didattica e la ricerca il ruolo che il

Tabella 13.5 **Programmazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca**

	Da parte del dipartimento	Da parte delle UU.OO.
Assistenza	3	1
Didattica	0	1
Ricerca	3	3

DAI ricopre all'interno del sistema di budget e i meccanismi di controllo (gerarchia versus controllo sociale/clan). In merito alla programmazione delle attività (Tabella 13.5), il ruolo del DAI emerge nella programmazione dell'assistenza (coerentemente con le risposte analizzate precedentemente), mentre è sicuramente inferiore l'impatto sulla didattica, che coerentemente alla decisione di mantenere in vita i dipartimenti universitari viene gestita di fatto da questi ultimi e dal Consiglio di Facoltà. Quanto alla ricerca, il tema risulta essere di particolare interesse per gli intervistati, anche se non è sempre evidente il contributo apportato dal DAI. Il sistema di programmazione e controllo necessita di alcuni affinamenti: da un lato, esiste una reportistica quali-quantitativa definita specificamente per i DAI e questi svolgono un ruolo di Centro di Responsabilità di secondo livello rispetto alle UOC; d'altro lato, però, non è chiarissimo lo snodo tra livello centrale e livello dipartimentale anche perché, come già segnalato, tutti i direttori di DAI sono anche responsabili di UOC. In merito al sistema di controllo, infine, prevale il controllo sociale e del clan (5 risposte su 6), in coerenza con l'elevatissima componente professionale che caratterizza la realtà oggetto di analisi.

13.5.2 Interviste con i direttori di dipartimento e i responsabili di UOC

La seconda parte dell'indagine consisteva in un sistema di domande sottoposte sia ai direttori di DAI, sia ai responsabili di UOC (nell'analisi, ovviamente i dati sono stati tenuti separati al fine di apprezzare le coerenze o le distonie).

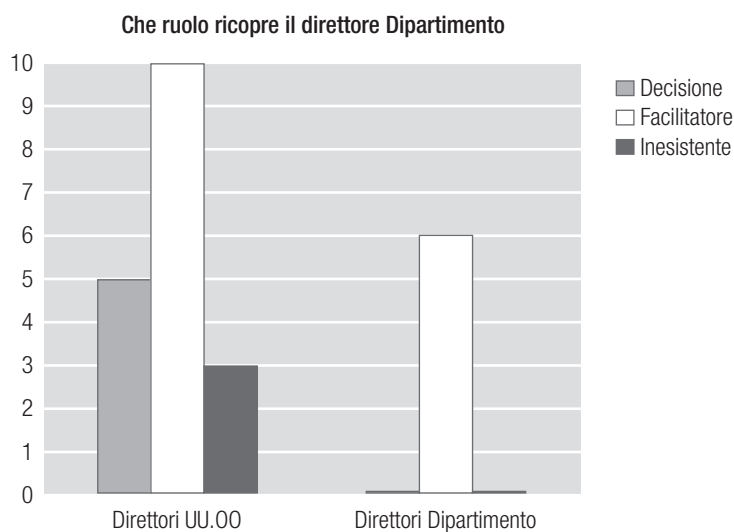
La prima tematica oggetto di analisi congiunta tra direttori di dipartimento e di UOC è legata al passaggio da DAS (Dipartimenti Assistenziali) a DAI e specificamente ai reali contenuti di questo passaggio (Tabella 13.6; per ogni domanda vi era la possibilità di risposta multipla). Entrambi i livelli organizzativi sembrano ritenere che non sia ancora giunto il momento per un'esplicita valutazione. I direttori di DAI sembrano però più *empowered* rispetto ai responsabili di UOC, come se il processo di cambiamento non avesse ancora raggiunto le "radici" dell'organizzazione. Ciò si evince da un lato dalle risposte legate alle funzioni svolte dal DAI, dall'altro dalla volontà di essere o diventare pivotali rispetto al processo in atto.

Tabella 13.6 **Contenuti del passaggio da DAS a DAI**

	Direttori UOC	Direttori DAI
Solo formale	5	1
Sostanziale	4	1
Non è ancora possibile dirlo	9	4

L'analisi ha poi indagato il ruolo del direttore di DAI, in termini sia di percezioni dei direttori di UOC, sia di autovalutazione degli stessi direttori di DAI (Figura 13.3). Il direttore di DAI si percepisce e viene percepito prevalentemente come facilitatore, sebbene sia significativo che per alcuni responsabili di UOC tale ruolo sia invece "inesistente". Che il direttore del dipartimento si percepisca come un facilitatore appare coerente con il fatto che una delle criticità di gestione dei DAI sono le relazioni personali che sembrano essere oggetto del contenuto professionale di ruolo.

In merito, invece, ai possibili vantaggi legati all'integrazione delle diverse funzioni (assistenza, didattica e ricerca) all'interno di un unico dipartimento (Tabella 13.7), i dati evidenziano un differente percepito da parte di direttori di dipartimento rispetto a quelli di UOC, che esprimono maggiori perplessità in merito.

Figura 13.3 **Ruolo del direttore di dipartimento**

Fonte: elaborazioni dati delle interviste

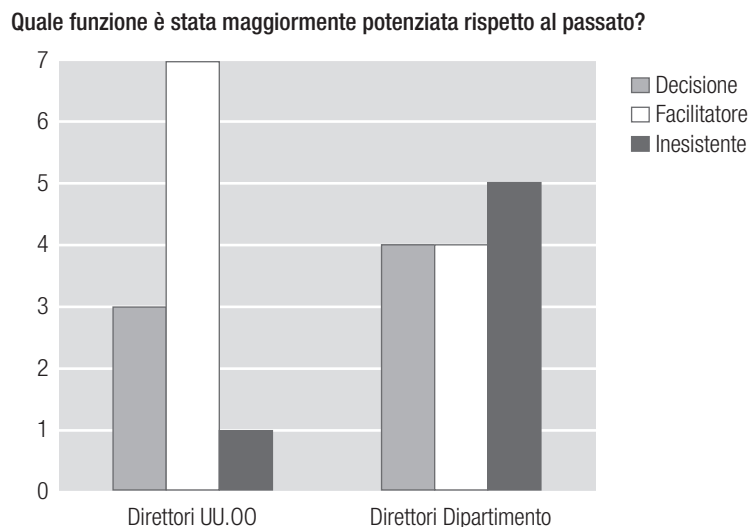
Tabella 13.7 **Presenza di vantaggi nell'aggregazione di assistenza, didattica e ricerca**

	Direttori UOC	Direttori DAI
Sì	9	5
No	6	0

Anche relativamente agli impatti del DAI sulle diverse funzioni, il percepito è differente tra i due livelli organizzativi: i responsabili di UOC evidenziano soprattutto il potenziamento dell'assistenza, mentre i direttori dei DAI hanno una posizione più sfumata, pur riconoscendo anch'essi un miglioramento legato prevalentemente all'assistenza.

D'altra parte, è interessante notare come i responsabili di UOC non percepiscano modifiche nella distribuzione del proprio tempo tra didattica, assistenza e ricerca, mentre tra i direttori dei DAI emerge uno spostamento nell'allocazione del tempo verso la ricerca e in secondo luogo la didattica.

Dal punto di vista dell'integrazione, vi è un'assoluta coincidenza di risposte relativamente alla pubblicazione di articoli firmati contemporaneamente da universitari e non: si tratta di una consuetudine già consolidata, che il DAI non sembra aver ulteriormente rafforzato. Convergenza si rileva anche con riferimento ai

Figura 13.4 **Funzione maggiormente potenziata con l'introduzione dei DAI**

Fonte: elaborazioni dati delle interviste

Tabella 13.8 **Modificazioni nella distribuzione del tempo dedicato dal direttore a didattica ricerca ed assistenza**

	Direttori UOC	Direttori DAI
più ricerca	0	3
più didattica	0	2
più assistenza	4	0
Invariati	10	2

sistemi operativi: tra quelli ritenuti più utili e più facili da introdurre spicca il budget che, seppur da affinare (come sottolineato precedentemente), si ritiene possa a regime dare un forte contributo per aumentare l'integrazione/comunicazione tra le diverse "anime" del dipartimento e contemporaneamente responsabilizzarle sulle tre dimensioni oggetto di integrazione.

13.6 Lezioni apprese e traiettorie di sviluppo per osservazioni future

Provando a sintetizzare quanto emerso dalle interviste possiamo affermare che:

- Il processo di trasformazione dei DAS in DAI è non solo complesso, ma anche lento nel raggiungere tutti i livelli dell'organizzazione. Dal caso emerge chiaramente un coinvolgimento maggiore e un atteggiamento più favorevole dei direttori di DAI rispetto ai responsabili di UOC.
- L'assistenza è la funzione più facilmente integrabile rispetto alla ricerca (in prima battuta) e alla didattica (in seconda battuta). Ciò può modificare anche il mix di attività dei professionisti: quelli che si lasciano coinvolgere dal processo di cambiamento sviluppano nuove attività (i direttori che fanno ricerca oltre che assistenza), altrimenti la routine professionale può non cambiare (si può rimanere passivi alla nascita dei DAI). La centralità della funzione assistenziale è sottolineata anche dalle attese di conseguire economie di scala (forse più facilmente raggiungibili nell'assistenza rispetto alla ricerca ed alla didattica).
- Il DAI è un luogo di conflitto relazionale (come in qualsiasi tipologia di dipartimento, probabilmente), ma l'obiettivo di integrare attività di contenuto differente (ricerca, didattica e assistenza) costringe il direttore di dipartimento a gestire tali conflitti.

Il caso consente di aprire la riflessione su un tema largamente sottovalutato dalla letteratura: il valore che i professionisti attribuiscono all'integrazione delle fun-

zioni di didattica, ricerca e assistenza e al relativo impatto sul contenuto dell'operato professionale.

Gran parte dei contributi esistenti sul tema si concentra sull'integrazione di natura istituzionale per l'avvio di queste nuove tipologie di istituti che sono le AOU. Poiché le dinamiche che si sviluppano al loro interno, per storia ed imprinting culturale propri del mondo dell'università e delle aziende sanitarie, sono quelle delle "arene politiche" e delle "guerre di territorio", operationalizzare il concetto di integrazione tra funzioni potrebbe rappresentare una modalità per orientare meglio il comportamento di queste nuove entità istituzionali. Il processo di integrazione istituzionale è naturalmente un processo di mediazione di interessi, di ricerca di consenso stabile, mentre orientare il comportamento di una costituenda entità aziendale (anche attraverso la progettazione di strutture organizzative funzionali agli obiettivi istituzionali – i DAI) passa dall'aver compreso in che modo "dar gambe" all'integrazione delle funzioni.

Tale processo non può che partire dalle aspettative dei professionisti. Come si aspettano che cambi il contenuto professionale della loro attività assistenziale se coinvolti in processi di *innovation transfer* rispetto a nuove modalità di diagnosi, trattamento e *follow up* dei pazienti sperimentate nella ricerca? Che vantaggi produce programmare l'attività assistenziale in funzione delle ore di didattica da sviluppare? Come sviluppare e utilizzare i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA) per rendere routine organizzativa ciò che è un'innovazione sperimentale o per sviluppare l'addestramento degli specializzandi?

Queste sono alcune delle questioni chiave che, partendo dalle percezioni dei professionisti, possono trovare una risposta concreta e dare contenuto operativo ai progetti di dipartimento. Come conseguire i vantaggi dell'integrazione dipende ovviamente anche dal criterio di progettazione del DAI: un dipartimento composto da specialità affini dovrà sviluppare i suoi progetti di integrazione in modo differente da un altro composto da specialità complementari (ad esempio, in un dipartimento chirurgico le unità operative condividono l'attività operatoria ed è su quella che si potrà creare condivisione ed integrazione, mentre in un dipartimento d'organo l'integrazione si potrà sviluppare sul processo di cura).

13.7 Considerazioni conclusive

L'analisi presentata nei paragrafi precedenti conferma la complessità dei processi di introduzione dei DAI ed evidenzia che, a Parma come altrove, il percorso di cambiamento si trova a metà del guado.

La costituzione di dipartimenti mirati a integrare didattica, ricerca e assistenza comporta un percorso organizzativo ambizioso e generatore di cambiamenti complessi che, anche in questo caso, devono misurarsi con situazioni di inerzia

organizzativa. La complessità del percorso è determinata dal presupposto alla base della soluzione organizzativa progettata, che prevede l'integrazione di attività quali la ricerca, la didattica e l'assistenza. Tali attività sono contraddistinte, sul piano organizzativo, da peculiarità, elementi e fattori di complessità, strumenti e leve di intervento decisamente articolate che quindi, sul piano della progettazione organizzativa, richiedono uno sforzo consistente e adeguato che solo in rare situazioni è stato posto in essere.

L'indagine ha comunque evidenziato in modo piuttosto nitido l'esistenza, alla base del processo di introduzione dei DAI, di un significativo razionale organizzativo, seppur non sempre condiviso, che giustifica il percorso avviato e alimenta l'esigenza di investire, sul piano organizzativo, su questo nuovo assetto.

Tra gli interventi necessari emerge certamente l'esigenza di favorire una più chiara e partecipata condivisione degli obiettivi di fondo che, grazie all'attivazione dei DAI, l'azienda e i singoli dipartimenti intendono perseguire. Tale visione comune e condivisa, con le conseguenti priorità sul fronte del cambiamento e degli obiettivi di razionalizzazione organizzativa, è alla base di processi di mutamento organizzativo che, allo stesso tempo, devono perseguire il necessario disegno ambizioso evitando che possa sfociare in un processo velleitario.

Un'ulteriore esigenza che emerge dall'indagine concerne la necessità di semplificare e unificare le soluzioni assunte in termini di assetti organizzativi intra-aziendali. In sostanza la costituzione dei DAI, in corrispondenza del mantenimento di preesistenti assetti organizzativi quali i dipartimenti universitari, crea un'inevitabile inerzia all'entrata a regime dei DAI stessi quali soluzioni e assetti organizzativi di riferimento dei processi di integrazione aziendale. L'introduzione dei DAI richiede pertanto uno sforzo di riprogettazione unitario che permetta di valorizzare le nuove soluzioni introdotte, con la piena messa a regime delle opportunità di integrazione che la nuova struttura è in grado di esprimere.

Risulta poi evidente che un processo di ridisegno organizzativo con le caratteristiche ampiamente descritte nei paragrafi precedenti richiede meccanismi operativi pensati e progettati in modo specifico e dedicato. Questo orientamento è spesso mancato, con le conseguenti difficoltà ad adottare e utilizzare, per esempio, i tradizionali meccanismi di natura budgetaria concepiti per le Aziende Ospedaliere impegnate soltanto (o comunque prevalentemente) nell'attività di assistenza. Anche per l'AOU di Parma, un prossimo passaggio rilevante consisterà nel promuovere la progettazione di meccanismi di funzionamento costruiti e concepiti in modo dedicato.

Tra tali meccanismi è il caso di citare, oltre agli strumenti di programmazione e controllo, le soluzioni relative ai meccanismi di integrazione che, dovendo essere applicati all'attività di assistenza, ai percorsi didattici e alle linee e attività di ricerca, richiedono sforzi di indubbia progettazione specifica. Gli strumenti classici

adottati per l'integrazione organizzativa nei percorsi di cura, quali protocolli, percorsi diagnostici, procedure, devono essere ripensati radicalmente con la ricerca di modalità di progettazione micro-organizzativa in grado di coniugare l'assistenza con lo sviluppo di percorsi di ricerca orientati al trasferimento di conoscenze mediante percorsi didattici applicati e sviluppati all'interno e all'esterno di aule e spazi dedicati. Sul tema risulta di condivisa evidenza la necessità di coniugare due esigenze: da un lato definire le caratteristiche di codificati comportamenti attesi, tipici dell'attività di assistenza; dall'altro garantire innovazione e discontinuità nel metodo e nel merito, come richiesto dalle attività di ricerca e didattica. Si tratta in sostanza di definire meccanismi di microprogettazione organizzativa applicati ad attività profondamente differenti per natura, profili di competenze richiesti, numero e articolazione dei livelli di conoscenze direttive ed esecutive coinvolte.

Ulteriori meccanismi operativi indispensabili nell'ambito dei DAI sono strumenti orientati alla sedimentazione e al consolidamento ascrivibili alla sfera del *knowledge management*. A questo proposito il DAI dovrebbe sviluppare strumenti dedicati, a partire da banche dati delle migliori prassi assistenziali, di svolgimento della ricerca e della didattica che permettano di valorizzare in primo luogo tale soluzione organizzativa come occasione di apprendimento e di integrazione delle competenze professionali (mediche, infermieristiche, tecniche e amministrative).

A livello di *governance*, il problema che emerge dall'indagine accomuna i DAI ad altre soluzioni e strutture organizzative adottate in ambito professionale. Le soluzioni di *governance* in tali ambiti sono chiamate a coniugare assetti in grado di garantire decisionalità e tempestività nel *problem solving* ad un elevato coinvolgimento dei *professional*. Gli organi del DAI, pertanto, devono garantire rappresentatività e coinvolgimento nei processi di istruzione delle decisioni alle componenti e agli ambiti specialistici in campo, senza però sfociare nella pletoricità. Tutto ciò deve coniugarsi con una leadership autorevole che però non può sfociare, a rischio altrimenti la tenuta della soluzione organizzativa, in atteggiamenti autoritari. La questione si rivela complessa, a Parma come in altre aziende analoghe, in quanto non passa solo attraverso schemi regolamentatori coerenti e funzionali, ma anche attraverso atteggiamenti e stili di operatori professionali spesso impreparati alla sfida.

In sintesi, dall'indagine emerge che nell'AOU di Parma il processo di attivazione dei DAI è un cantiere aperto, con il quale l'azienda sta cercando di mettere a valore le esperienze, le competenze e le sensibilità che dalla prima metà degli anni '90 ha sviluppato sul fronte dell'attivazione di strumenti manageriali anche avanzati, che però devono ancora in parte coniugarsi con ulteriori strumenti organizzativi e gestionali che, per una scommessa come quella in campo, richiedono altri sforzi di progettazione organizzativa dedicata.

Bibliografia

- Carbone C., Lega F., Salvatore D., Tozzi V. (2007), «Ospedali e Università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile», in Anessi Pessina E e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Cicchetti A., Matarrese D. e Vicentini, F. (2005), «Dipartimentalizzazione e governo clinico: l'adozione di ruoli di integrazione in tre casi aziendali», in Anessi Pessina E e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Gullotti A., (2000), «Il tramonto dei policlinici universitari ed il futuro della medicina, *S.i.t.i. Notizie*, 1.
- Guzzanti E. (2000), «L'organizzazione e la gestione dell'assistenza, della formazione e della ricerca», in Verme G., Renga G., Roda E., Baraldi G. (a cura di), *I policlinici italiani e le aziende università-ospedale*, Atti del congresso del 14-15 aprile 2000, Edizioni scientifiche MAF.
- Knowles J.H. (1965), *The balanced biology of the teaching hospital*, Cambridge, Harvard University Press.
- Lega F., Verme G. (2003), «L'Ospedale polispecialistico tra presente e futuro. Assetto istituzionale, organizzativo e gestionale», *Mecosan* 45: 59-75.
- Lega F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Meloni F., Filigheddu E., Sequi R., Sorrentino G. (1999) «I policlinici universitari: vere aziende, semiazienze o aziende virtuali», *Mecosan* 30: 65-73.
- Mintzberg H. (1979), *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall (trad. it. *Le strutture organizzative*, Bologna, Il Mulino, 1985).
- Mintzberg H. (1983), *Structuring in fives: designing effective organization*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Pesci P., Zanetti M., Fantini M.P., Roversi E., Merlin M., Santi M. (1999), «Costi, attività e finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia Romagna», *Mecosan* 32: 65-74.
- Zanetti M., Fantini M.P., Montaguti U., Barbieri L. (1998), «L'ospedale di insegnamento, accessorio di lusso o valore sociale?» *Forum* 8(1): 25-37.

14 Soluzioni aziendali e competenze emergenti per la gestione del rischio e della sicurezza

di Manuela Brusoni, Elisabetta Trincherò¹

14.1 Introduzione e obiettivi della ricerca

Il capitolo si colloca nel filone di ricerca «*safety management* nelle aziende sanitarie» e trova le premesse nel rapporto OASI 2006 (Brusoni et al 2006), che ha mappato le prime esperienze a livello regionale ed aziendale per la gestione del rischio e della sicurezza, e nella ricerca finanziata dalla SDA Bocconi nel 2007, che ha valutato l'impatto della «*safety culture*» sul profilo di rischio di un'azienda sanitaria (Brusoni et al 2007).

Tale mappatura aveva evidenziato come i sistemi e le strutture per la gestione della sicurezza e del rischio vengano declinati in Italia in vario modo, sia a livello regionale², sia a livello aziendale. Ciò che emerge con evidenza è un forte legame tra la cultura della qualità e della sicurezza diffusa tra i professionisti (medici e comparto) e (i) le scelte della *leadership* aziendale in termini di riorientamento strategico e di sviluppo di specifiche leve gestionali (quali ad esempio la formazione), (ii) il *people management*, correlato a percorsi di sviluppo coerenti con la diffusione di una nuova cultura, oltre che motivato dalla competenza tecnica, (iii) il *patient empowerment*, attivabile solo in un contesto di apertura intellettuale ed organizzativa, ed (iv) alcune *performance* aziendali, con particolare riferimento ad alcune dimensioni di outcome. La questione che resta inesplorata è l'evoluzione delle effettive responsabilità e capacità di azione delle varie soluzioni aziendali adottate per la gestione del rischio e della sicurezza, dimensione strettamente collegata all'analisi delle concrete competenze e conoscenze a disposizione. Infatti, se l'introduzione di una unità specializzata su una certa area problematica implica un approccio nuovo o modalità e strumenti innovativi rispetto a quelli consolidati

¹ Sebbene il capitolo sia il frutto di un comune lavoro di ricerca, i par. 14.5 e 14.6 sono da attribuire a Manuela Brusoni, i restanti paragrafi sono da attribuire a Elisabetta Trincherò.

² In alcune regioni italiane essi sono stati prevalentemente correlati ai sistemi di valutazione e certificazione della qualità aziendale promossi e verificati dal livello regionale (Brusoni e Deriu 2005).

e prefigura una «funzione nuova» che viene a definirsi in una progressiva specificazione di compiti assegnati, meccanismi presidiati e logiche di intervento utilizzate (Del Vecchio 2002, Del Vecchio e Cosmi 2003), occorre interrogarsi su quali siano le capacità e competenze coerenti con essa. Passo successivo nella conoscenza del fenomeno è dunque quello di mappare la nascita e l'evoluzione della funzione di «*safety management*» in ambito sanitario, attraverso l'analisi delle modalità e delle professionalità attraverso cui questa funzione innovativa si sta sviluppando ed è attualmente presidiata nelle aziende sanitarie dei vari SSR.

Dato il quadro appena delineato, obiettivo della ricerca è una prima analisi di esperienze aziendali innovative per la gestione del rischio e della sicurezza, al fine di individuare trend emergenti in termini sia di modelli organizzativi sia di competenze. Si è voluto infatti indagare come alcune aziende sanitarie «significative», in quanto localizzate in contesti regionali fortemente attivi riguardo alla tematica, abbiano sviluppato le competenze necessarie a svolgere tale funzione e verificare se tali dinamiche possano nell'immediato futuro dare luogo alla nascita di una «nuova» professione, caratterizzata da peculiarità distintive che possano innestarsi sulle competenze professionali di base (quale ad esempio quelle del medico igienista, del medico legale, del medico competente, dell'infermiere, dell'ingegnere clinico). In particolare, partendo (i) dalle riflessioni condotte sui contenuti emergenti della funzione di gestione dei rischi e delle responsabilità correlate e (ii) dall'analisi delle competenze ad oggi presenti ed eventualmente dominanti nei team aziendali di gestione del rischio e della sicurezza, è possibile identificare possibili contenuti e percorsi formativi ad hoc per acquisire o rafforzare le competenze individuate come necessarie. A tal fine si propone di osservare se e in che modo sia rilevabile (i) una domanda di formazione specifica più o meno definita ed esplicita per rendere più solide le *job description* e (ii) una offerta di formazione (sia a livello nazionale, sia a livello internazionale) mirata e collegata al contenuto delle responsabilità attualmente assegnate alla funzione all'interno delle aziende sanitarie. Ciò è particolarmente rilevante anche rispetto a quanto previsto dal Dlgs 81/2008 in attuazione dell'art. 1 della L.123/2007 (Testo Unico sulla Sicurezza sul lavoro), in vigore dal 15 maggio 2008, che riordina la normativa in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e prevede: l'estensione della tutela a tutti i lavoratori (comprese le forme di lavoro flessibile e autonomo), un ruolo centrale per la formazione, la razionalizzazione e il coordinamento dell'intervento ispettivo da parte degli enti deputati.

14.2 Metodologia di indagine

Per quanto riguarda la definizione del bacino di indagine si è ritenuto particolarmente rilevante che fossero adeguatamente rappresentati quei contesti regionali che hanno dimostrato una forte attenzione al tema della gestione del rischio e del-

la sicurezza (cfr. Brusoni et al 2006). Ci riferiamo in particolare alle seguenti regioni e province autonome italiane: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana, Trento, Veneto. Inoltre si è voluto focalizzare l'analisi sulla gestione del rischio e della sicurezza in ambito esclusivamente ospedaliero poiché ivi si concentrano i principali errori a danno dei pazienti. Pertanto si è deciso di condurre l'analisi sulle Aziende Ospedaliere delle regioni sopra elencate e sul presidio ospedaliero della Provincia Autonoma di Trento (cfr. Allegato 1).

Per pervenire ad una ricognizione dello stato dell'arte sulla gestione del rischio e della sicurezza a livello di ciascuna realtà aziendale indagata, la raccolta delle informazioni è stata condotta in due momenti distinti: (i) attraverso un'intervista alla figura aziendale ritenuta chiave sulla dimensione oggetto di indagine, e cioè al direttore sanitario aziendale; e (ii) attraverso un'intervista alla figura, segnalata dal direttore sanitario, che avesse la visione d'insieme sulle diverse aree di rischio presidiate e potesse dunque essere individuata come referente aziendale della gestione del rischio e della sicurezza. In entrambe le interviste si è garantita la riservatezza dei dati personali e la non identificabilità dell'azienda.

Nell'intervista al direttore sanitario aziendale, l'obiettivo conoscitivo perseguito era il seguente:

- ▶ Analisi delle priorità e delle policy regionali e aziendali per la gestione del rischio e della sicurezza;
- ▶ Individuazione del focus della gestione del rischio e della sicurezza tra le diverse aree di rischio presidiate a livello aziendale³;
- ▶ Analisi delle strutture organizzative, dei ruoli e delle professionalità dedicate o utilizzate per la gestione del rischio e della sicurezza a livello aziendale;
- ▶ Individuazione della rilevanza del collegamento con i sistemi di accreditamento adottati a livello regionale o eventualmente con i sistemi di accreditamento all'eccellenza autonomamente introdotti a livello aziendale.

³ Per l'individuazione delle aree di rischio da presidiare in ambito sanitario, in assenza di una letteratura specifica a supporto, si è partiti dal framework fornito dagli standard del modello di accreditamento proposto da Joint Commission International (cfr. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Third Edition 2007) e dal framework fornito dalle linee guida australiane «Guidelines for managing risk in healthcare sector HB 228: 2001». Sono state dunque declinate le seguenti aree di rischio presidiate da parte delle aziende sanitarie: area «rischio economico finanziario» (relativo al controllo della spesa e a operazioni di project finance); area «rischio clinico» (relativo alla sicurezza dei pazienti durante l'assistenza sanitaria); l'area di «rischio infettivo ospedaliero»; l'area «materiali pericolosi» (intesa come movimentazione, stoccaggio, utilizzo e controllo di materiali radioattivi e altri materiali pericolosi nonché smaltimento in condizioni di sicurezza); area «apparecchiature elettromedicali» (selezione, mantenimento in efficienza e modalità di utilizzo); area «controllo sicurezza strutturale e degli impianti fissi» (intesa come controllo dell'edificio, delle aree adiacenti la struttura, delle attrezzature e impianti perché questi non rappresentino rischi o pericoli per pazienti, operatori o visitatori); l'area «protezione antincendio» (che verifica se immobili e occupanti sono protetti da fumo e fiamme); l'area «vigilanza» (intesa come tutela contro danni, distruzione, manomissione e accesso o uso non autorizzati).

Nell'intervista al referente aziendale per la gestione del rischio e della sicurezza l'obiettivo conoscitivo perseguito era il seguente:

- Le reali possibilità e modalità di intervento a livello aziendale. Ciò è avvenuto attraverso l'analisi della *job description* e delle responsabilità correlate; dei processi rilevanti in cui interviene; delle azioni in atto e/o dei risultati conseguiti; degli strumenti costruiti ed implementati ad hoc; delle risorse a disposizione – sia interne all'azienda (risorse umane dedicate a tempo pieno, risorse umane dedicate a tempo parziale, rete di referenti interni), sia esterne (broker o consulenti);
- Le competenze e conoscenze specifiche del team che si occupa di gestione del rischio e della sicurezza e le azioni in atto per lo sviluppo di tali competenze.

Attraverso l'invio via e-mail di un questionario (cfr. Allegato 2) preceduto e seguito da un contatto telefonico, sono giunte in tutto 13 risposte dai Direttori Sanitari delle 54 aziende oggetto d'indagine (1 in Emilia Romagna, 2 in Friuli Venezia Giulia, 1 in Liguria, 5 in Lombardia, 2 in Piemonte, 1 in Toscana, 1 in Veneto). Alle persone da loro indicate quale referenti aziendali per le varie aree di rischio presidiate all'interno della struttura ospedaliera è stato inviato un secondo questionario (cfr. Allegato 3) via e-mail seguito da un contatto telefonico: sono giunti in tutto 11 questionari compilati dai referenti aziendali per la gestione del rischio e della sicurezza (non sono infatti pervenute le risposte del referente della sicurezza e del rischio di una delle aziende friulane e di quella toscana). In Tabella 14.1 è indicata la localizzazione geografica delle Aziende Ospedaliere rispondenti, che hanno generalmente dimensioni medio-grandi (con un numero di posti letto compreso tra 900 e 1500 e un numero di dipendenti compreso tra 2400 e 4500), ad eccezione di una azienda di piccole dimensioni (200 posti letto e 650 dipendenti) e ad una azienda di grandi dimensioni (1700 posti letto e 5200 dipendenti).

Tabella 14.1 **Localizzazione geografica delle aziende rispondenti**

Azienda	Regione	Azienda	Regione
A	Emilia Romagna	H	Lombardia
B	Friuli Venezia Giulia	I	Lombardia
C	Friuli Venezia Giulia	L	Piemonte
D	Liguria	M	Piemonte
E	Lombardia	N	Toscana
F	Lombardia	O	Veneto
G	Lombardia		

Per quanto riguarda invece *l'analisi dell'offerta formativa* ad oggi disponibile sia *a livello nazionale*, sia *a livello internazionale* a supporto dell'acquisizione e sviluppo di conoscenze e capacità specifiche e distintive per gestire efficacemente la funzione di gestione del rischio e della sicurezza, la metodologia d'indagine e i primi risultati sono presentati nel par. 14.5.

14.3 Soluzioni aziendali emergenti della funzione di gestione del rischio e della sicurezza

Dalla prima fase d'indagine, che ha raccolto le posizioni delle Direzioni Sanitarie aziendali, emerge come nella totalità della aziende indagate la gestione del rischio e della sicurezza sia inserita tra gli obiettivi della direzione generale e sia una priorità all'interno del piano strategico aziendale. Di tutte le aree di rischio individuate, l'area del rischio clinico è considerata prioritaria per lo sviluppo delle strategie aziendali di 10 aziende su 13 (Lombardia G, Piemonte L e Piemonte N non hanno risposto a questa domanda), in un caso insieme all'area economico finanziario (azienda emiliana), in un caso (Lombardia I) insieme a tutte le altre aree di rischio.

Per quanto riguarda l'eventuale adesione a programmi di accreditamento all'eccellenza, 9 delle 13 aziende indagate hanno affermato di parteciparvi da alcuni anni. In realtà solo due aziende hanno effettivamente ottenuto l'accreditamento all'eccellenza (con JCI). In tutte le realtà intervistate emerge, inoltre, come la partecipazione ai sistemi di accreditamento istituzionale sia di fatto risultata sinergica alla gestione del rischio e sicurezza.

Per quanto riguarda la scelta di avvalersi del supporto di un broker assicurativo o di un consulente esterno per le scelte di gestione del rischio e della sicurezza, 5 aziende su 13 si sono mosse in tal senso. Tale decisione non sembra correlata ad un orientamento regionale né al modello di accreditamento istituzionale o di eccellenza adottato, ad esclusione delle aziende piemontesi e friulane, per le quali il fatto di non essere ricorse all'ausilio di un broker può essere correlato alla decisione regionale di gestire la copertura assicurativa a livello centrale e sovra aziendale (cfr. Brusoni et al 2006).

Entrando nello specifico delle aree di rischio presidiate a livello aziendale⁴, tutte le aziende affermano di governare le seguenti:

- l'area «*rischio clinico*» (relativo alla sicurezza dei pazienti durante l'assistenza sanitaria), attribuita in 7 aziende delle 12 che hanno fornito l'informazione all'unità di gestione del rischio, in 5 all'unità di gestione della qualità (e del rischio) e in una realtà alla Direzione Medica;

⁴ Per il processo che ha portato all'identificazione delle aree di rischio cfr. nota 2.

- l'area di «*rischio infezioni ospedaliere*», attribuita in 4 aziende delle 9 che hanno fornito l'informazione al CIO;
- l'area «*materiali pericolosi*» (intesa come movimentazione, stoccaggio, utilizzo e controllo di materiali radioattivi e altri materiali pericolosi nonché smaltimento in condizioni di sicurezza), attribuita in 5 aziende delle 10 che hanno fornito l'informazione al Servizio Prevenzione e Protezione;
- l'area «*apparecchiature elettromedicali*» (selezione, mantenimento in efficienza e modalità di utilizzo), attribuita in 10 aziende delle 11 che hanno fornito l'informazione all'ingegneria clinica;
- l'area «*controllo sicurezza strutturale e degli impianti fissi*» (intesa come controllo dell'edificio, delle aree adiacenti la struttura, delle attrezzature e impianti perché questi non rappresentino rischi o pericoli per pazienti, operatori o visitatori), attribuita in 7 aziende delle 10 che hanno fornito l'informazione al Dipartimento / Ufficio Tecnico;
- l'area «*protezione antincendio*» (che verifica se immobili e occupanti sono protetti da fumo e fiamme), attribuita in 6 aziende delle 10 che hanno fornito l'informazione al Servizio Prevenzione e Protezione;
- l'area «*vigilanza*» (intesa come tutela contro danni, distruzione, manomissione e accesso o uso non autorizzati), attribuita in 2 delle 7 aziende che hanno fornito l'informazione al Servizio Tecnico.

Un discorso a parte riguarda il presidio dell'area di rischio economico finanziario (relativo al controllo della spesa e a operazioni di project finance): infatti solo 6 aziende affermano di presidiare l'area ed in particolare l'azienda emiliana, che ne attribuisce la gestione al Servizio Bilancio e Finanza, una azienda del Friuli Venezia Giulia (B), che non ne indica l'attribuzione, l'azienda ligure, che ne attribuisce la gestione all'Unità di gestione del rischio, due aziende lombarde (H, I), che ne attribuiscono la gestione alla SC Risorse Finanziari e alla Direzione Amministrativa, una azienda Piemontese (L), che ne attribuisce la gestione alla SC Patrimonio.

Scopo di questa rilevazione era individuare: (i) l'eventuale omogeneità di assegnazione della responsabilità su specifiche aree di rischio a determinate funzioni aziendali; (ii) il grado di parcellizzazione o concentrazione a livello di ciascuna azienda delle responsabilità sui diversi rischi.

Per quanto riguarda il primo aspetto, pur scontando il campione limitato e il fatto che nelle varie aziende possano essere indicati con denominazioni differenti strutture sostanzialmente simili, sembra di poter rilevare un'ampia variabilità nell'attribuzione della responsabilità di governo di ciascuna area di rischio tra le aziende (per una visione sintetica delle funzioni aziendali che presidiano le diverse aree di rischio nella prevalenza del campione esaminato cfr. Tabella 14.2).

Per quanto riguarda il grado di parcellizzazione o concentrazione a livello di

Tabella 14.2 **Area di rischio presidiata/Funzione prevalente di governo**

	CIO	Dipartimento/ Ufficio Tecnico	Ingegneria Clinica	Unità di gestione del rischio	SPP
Rischio clinico				✓	
Prevenzione e controllo infezioni ospedaliere	✓				
Materiali pericolosi					✓
Apparecchiature elettromedicali			✓		
Controllo sicurezza strutturale e degli impianti fissi		✓			
Protezione antincendio					✓
Vigilanza		✓			

Legenda: CIO – Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere, SPP – Servizio Prevenzione e Protezione

ciascuna realtà indagata delle responsabilità sui diversi rischi, non sembra emergere una funzione aziendale che governi i rischi a 360°, evidenziandosi invece la più ampia distribuzione delle funzioni di governo tra i diversi ambiti «sanitari» e «tecnici». Tale affermazione è avvalorata anche dal fatto che, pur in assenza di una responsabilità formalizzata sulle diverse aree di rischio individuate, i Direttori Sanitari abbiano indicato quali referenti che ne avessero la visione d'insieme più ampia a livello aziendale: in 5 casi il Risk Manager, in 4 casi il Quality (e Risk) Manager, in 2 casi il Direttore Medico di Presidio, in un caso il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e il medico del lavoro del Servizio Medico Competente. Sembra quindi di poter dedurre che sia ancora in fase di interpretazione ed elaborazione l'ampiezza e il contenuto delle responsabilità e delle competenze di tale funzione e dunque sia ancora in fase di costruzione e di sviluppo il profilo di riferimento per governare tale funzione.

Al fine di indagare le responsabilità effettive e il campo d'azione delle funzioni individuate dalle direzioni sanitarie quali possibili referenti aziendali per la gestione del rischio e della sicurezza, è stato richiesto al referente di segnalare eventuali obiettivi di budget e risorse umane dedicate.

In solo 6 delle aziende esaminate vengono formalizzati obiettivi di budget specifici all'unità organizzativa che gestisce il rischio e la sicurezza, tipicamente declinazione degli obiettivi correlati a questo tema dati dalla Regione al Direttore Generale. In generale, nell'intero campione analizzato, le linee di attività e i processi rilevanti per le politiche aziendali segnalati riguardano: lo sviluppo di programmi e piani di formazione e di informazione per il personale sulla rilevanza del fenomeno; l'introduzione di strumenti specifici di assessment del profilo di rischio (tra cui, a titolo di esempio, l'introduzione di sistemi di monitoraggio degli eventi avversi, il coordinamento e il controllo di indicatori di rischio clinico); l'implementazione di interventi mirati alla prevenzione e riduzione del rischio (tra

cui, a titolo di esempio, l'introduzione di check list di sala operatoria, di audit della documentazione clinica, di procedure di gestione del consenso informato); la gestione degli eventi avversi e del contenzioso.

Per quanto riguarda le risorse umane eventualmente assegnate al referente aziendale per la gestione del rischio e della sicurezza, emerge come in solo 5 aziende siano presenti risorse dedicate a tempo pieno (minimo 5 persone, massimo 15 persone). Nelle aziende dell'Emilia Romagna, Liguria, Piemonte e Veneto, la funzione di gestione del rischio e della sicurezza si avvale della rete a livello di dipartimento e/o unità organizzativa dei referenti interni della qualità e accreditamento. Nelle aziende dell'Emilia Romagna, Veneto e Lombardia si avvale inoltre dell'aiuto multidisciplinare di un pool di referenti aziendali (Affari Generali, CIO, Direzione Amministrativa, Direzione delle professioni sanitarie, Direzione Medica di Presidio, Farmacia, Formazione, Ingegneria Clinica, SPP, Gestione Tecnico Patrimoniale, URP).

14.4 Analisi delle competenze ad oggi presenti/dominanti nei team aziendali di gestione del rischio e della sicurezza

Per quanto attiene all'analisi della formazione e del profilo e dunque delle conoscenze e delle competenze ad oggi presenti e/o dominanti nei team aziendali di gestione del rischio e della sicurezza, l'indagine ha rivelato come l'area venga presidiata da profili differenti a seconda della struttura, con conoscenze e competenze diversificate, in alcuni casi trasversali, in altri prettamente tecniche.

In particolare, per quanto attiene il titolo di studio dei referenti aziendali della gestione del rischio e della sicurezza delle 11 aziende che hanno risposto, 8 sono laureati in Medicina e Chirurgia (specialità prevalenti Medicina Legale, Igiene e Medicina Preventiva), uno è laureato in Biologia, uno è infermiere laureato in Scienze dell'amministrazione (laurea triennale) e uno ha una maturità professionale (Tecnico Industria Elettrica ed Elettronica). Il profilo dominante è dunque quello sanitario (in 10 casi su 11), solo un referente ha un profilo tecnico e non sono presenti nel campione profili di tipo economico gestionale.

Per quanto riguarda il percorso di crescita professionale e gestionale effettuato prima di giungere alla posizione attualmente ricoperta, tutti i sanitari tranne uno («medico competente») hanno iniziato la loro esperienza lavorativa in «corsia» per poi assumere incarichi di natura clinico-gestionale (referente di unità organizzativa, dipartimento, presidio). Sia il medico competente che il tecnico hanno invece iniziato la loro attività in altri settori industriali, per poi approdare al settore sanitario.

Per quanto attiene invece al *Continuous Professional Development*, 9 referenti su 11 hanno partecipato ad uno o più corsi brevi sul tema della gestione del rischio e della sicurezza sia su base volontaria sia promossi dalla regione

Tabella 14.3 **Fabbisogni formativi**

Azienda	Rischio Clinico	Rischio Finanziario	Gestione rapporto assicurazione	Rischi legati all'uso della tecnologia	Responsabilità professionale e aziendale	Tecniche di assessment del rischio	Sistemi di gestione della salute e delle sicurezza
A					✓		
B					✓		
D	✓						
E		✓		✓	✓		
F				✓			
G				✓	✓		✓
H				✓	✓		
I							
L			✓	✓	✓		
M	✓		✓		✓	✓	
O				✓			

(Emilia Romagna e Lombardia), mentre 4 referenti su 11 hanno partecipato ad un master considerato qualificante rispetto all'attuale job description. Nonostante il cospicuo impegno già profuso per aumentare le conoscenze legate all'ambito di responsabilità, ben 10 referenti su 11 dichiarano di avere ulteriori fabbisogni formativi da colmare, in particolare afferenti alle aree tematiche dei rischi legati all'uso della tecnologia e della responsabilità professionale e aziendale (cfr. Tabella 14.3).

Infine, sebbene nessuno dei referenti abbia conseguito una certificazione professionale, 3 referenti su 11 hanno conseguito le qualifiche di Valutatore di Sistemi Qualità, Auditor del sistema di gestione BS OHSAS 18001, Auditor interno ed esterno secondo le norme ISO.

14.5 Hospital Risk Manager / Safety Manager: quale offerta formativa a livello nazionale ed internazionale

A partire dal fabbisogno di formazione a supporto dell'acquisizione e sviluppo di conoscenze e capacità specifiche e distintive per gestire efficacemente la funzione di Hospital Risk/ Safety Manager, emerso dall'analisi, si è svolta una mappatura dell'offerta formativa.

Infatti, per temi innovativi come quello della gestione del rischio o, più global-

mente, della sicurezza del paziente, la crescita parallela di una domanda, molto spesso inespressa, e di un'offerta, che via via si allinea in modo dinamico alle richieste emergenti, può contribuire a chiarire i termini della problematica.

Dal punto di vista metodologico si sono verificate l'esistenza e le caratteristiche dell'offerta formativa sul tema della gestione del rischio, con varie parole chiave: *hospital risk management*, *clinical risk management*, *patient safety*. La ricognizione ha riguardato sia l'Italia, sia l'Europa ed il Nord America. Mentre per l'Italia la conoscenza diretta degli autori si è dimostrata un valido criterio di individuazione delle istituzioni e dei programmi formativi, per l'indagine al di fuori dell'Italia si è adottato come criterio di pre-selezione dell'ambito di indagine la partecipazione di scuole/centri di ricerca e formazione/istituzioni ad un network ben consolidato e caratterizzato per il suo focus sul management delle organizzazioni sanitarie, cioè l'EHMA, l'*European Helthcare Management Association*, di cui anche il CERGAS Bocconi fa parte.

Della totalità delle 230 istituzioni associate ad EHMA sono state analizzate 179 realtà, cioè la totalità delle scuole aderenti afferenti ai seguenti paesi: Austria, Belgio, Canada, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Norvegia, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia, Stati Uniti, Svizzera. La mappatura delle 179 scuole è avvenuta ricercando nel programma di attività delle istituzioni l'offerta di percorsi formativi legati alla gestione del rischio clinico (il risultato di questa prima selezione è riportato in Tabella 14.4).

Le evidenze che emergono ad una lettura di primo livello riguardano l'esistenza di un maggior numero di iniziative di formazione in paesi come la Gran Bretagna, dove l'attenzione a questa tematica si è sviluppata da tempo e dove, anche a livello di Servizio Sanitario Nazionale, sono state diffuse metodologie (quali ad esempio le linee guida australiane «Guidelines for managing risk in healthcare HB 228:2001», rese disponibili on line ai dipendenti dei trust) e promossi interventi a livello territoriale attraverso sistemi e criteri di *clinical governance*. In questo caso anche il ventaglio di iniziative di formazione è articolato in programmi di diversa natura ed estensione, in quanto propone sia corsi di laurea, sia corsi brevi classificabili come *executive education* o *life long learning*. Questa ultima tipologia sembra comunque, sulla base delle informazioni raccolte, la più diffusa tra quelle individuate (4 corsi di laurea, 3 master di I livello, 17 iniziative definibili come *executive education*). Benché il livello dell'indagine non abbia consentito un'approfondita analisi e comparazione dei contenuti e dell'estensione di tali iniziative, si ritiene un'approssimazione accettabile considerarle come corsi brevi destinati a persone già inserite in ambito lavorativo, corsi che si inseriscono in un percorso di formazione professionale continua. È quindi ragionevole pensare che il primo livello di offerta in un ambito emergente di domanda di competenze sia appunto destinato a manager o *professional*, il che può anche permettere a chi progetta la formazione di meglio tarare un'eventuale estensione a programmi più lunghi, impegnativi ed eventualmente

Tabella 14.4 **Percorsi formativi – Enti aderenti ad EHMA**

Paese	Ente	Corso di Laurea	Master (solo I livello)	Executive Education
Danimarca	Danish Nurses Organization			✓
Francia	SOFGRES			✓
Francia	IFROSS		✓	
Irlanda	ISQSH			✓
Irlanda	IHRMA			✓
Irlanda	Institute of Public Administration			✓
Irlanda	Royal College of Surgeons in Ireland			✓
Italia	SDABocconi dell'Università Bocconi di Milano			✓
Italia	Centre for Training and Research in Public Health (CEFPAS)			✓
Italia	Università Cattaneo LIUC – C.R.E.M.S.		✓	
Olanda	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM			✓
Regno Unito	Department of Health Social Services and Public Safety, Northern Ireland			✓
Regno Unito	Guy's & St. Thomas' NHS Hospital Trust			✓
Regno Unito	King's College London			✓
Regno Unito	NHS Confederation			✓
Regno Unito	School of Health, Community and Education Studies			✓
Regno Unito	Royal College of Nursing of the United Kingdom			✓
Regno Unito	The Health Foundation			✓
Regno Unito	University of Glamorgan	✓		
Regno Unito	University of Surrey	✓		✓
Regno Unito	Middlesex University	✓		
Stati Uniti	Rollins School of Public Health	✓		
Svizzera	Net-MEGS – Università della Svizzera Italiana		✓	

destinati a professionalità da costruire per un inserimento successivo in ruoli già prefigurati nelle organizzazioni sanitarie.

Una focalizzazione dell'indagine alla realtà italiana, allargata anche alle organizzazioni non aderenti ad EHMA, è riportata in Tabella 14.5. Le istituzioni e le iniziative rilevate si aggiungono a quelle italiane già individuate nella tabella precedente per mostrare un panorama seppur non ricchissimo, comunque arti-

Tabella 14.5 **Percorsi formativi in Italia – Enti non aderenti ad EHMA**

Regione	Ente	Corso di alta formazione	Master (solo I livello)	Executive Education
Lombardia	CINEAS			✓
Toscana	Università di Siena	✓		✓
Toscana	Centro per la gestione del rischio clinico			✓
Toscana	Scuola superiore Sant'Anna (Pi)	✓		✓
Lazio	Università degli Studi di Roma Tor Vergata		✓	
Veneto	Università degli Studi di Verona	✓		

colato sia per diffusione geografica sia per tipologia e struttura di percorsi formativi e di istituzioni offerenti. Sono particolarmente attive università o scuole legate ad università (due in Lombardia, due in Toscana, una in Veneto, una in Lazio, una in Sicilia, più due centri dedicati in Toscana ed in Lombardia). In totale l'offerta di percorsi formativi è quindi di due master di I livello, tre corsi che si autodefiniscono «di alta formazione», sei iniziative di *Executive Education*. Ogni ente offre una sola iniziativa. Ciò, insieme ai dati della ricognizione europea che vede una situazione analoga, potrebbe essere indicatore di una domanda di mercato ancora non ben sviluppata ed identificabile. Per quanto riguarda l'Italia, si può notare la presenza di un'offerta formativa sui temi della gestione del rischio proprio in quelle regioni in cui le ricognizioni precedenti già citate di OASI (Brusoni e Deriu 2005, Brusoni et al 2006, Brusoni e Prenestini 2007) evidenziavano una maggiore attività sui temi dell'accreditamento e del *risk management* a livello di Servizio Sanitario Regionale.

Accanto ad iniziative chiaramente identificabili, in quanto specificamente rivolte all'*hospital risk manager*, si stanno sviluppando, all'interno di programmi Master dedicati alle professioni sanitarie, moduli dedicati alla gestione del rischio. Ciò potrebbe testimoniare una crescente necessità di aggiungere a temi più usuali del management delle aziende sanitarie, quali la gestione del personale, i sistemi di programmazione e controllo, anche temi di cui si sta rilevando l'importanza di una conoscenza di base e trasversale per tutti, come appunto quello della sicurezza. Tra gli altri, si citano: il Master Universitario di II livello in Ingegneria Clinica dell'Università di Bologna, il Master in Management delle organizzazioni sanitarie dell'Università Telematica «Guglielmo Marconi», il Master di I livello in Infermeria ed Ostetricia Legale forense dell'Università degli Studi di Milano, non tralasciando i Master della SDA Bocconi (MIMS e MIMHEP) che nell'ambito di un programma a 360° per manager della sanità includono corsi *elective* dedicati al *Risk Management e Patient safety*.

14.6 Conclusioni

Ripercorrendo le evidenze emerse dall'indagine, l'attribuzione della responsabilità di gestione del rischio nelle aziende ospedaliere sembra più guidata dalla ricerca di una precisa connotazione professionale già esistente, che non dall'individuazione di un profilo professionale nuovo e di un percorso di sviluppo professionale *ad hoc*. Un'evidenza di tale orientamento si può riscontrare nei casi in cui la presenza di un oggetto preciso da presidiare in termini di prevenzione del rischio (si vedano ad esempio le attribuzioni di responsabilità dell'area di rischio collegata alle apparecchiature elettromedicali, che trovano nell'ingegnere clinico un ideale referente) risolve senza incertezze l'attribuzione di responsabilità organizzative, mentre una maggiore indeterminatezza di perimetro nella definizione del contenuto da presidiare (una generica area di rischio clinico) non trova un corrispondente profilo manageriale a cui allinearsi.

Alla domanda rivolta ai direttori sanitari su chi, a loro parere, fosse la persona nell'azienda con la visione d'insieme più completa delle problematiche del rischio, le risposte confermano una variabilità di situazioni che riesce difficile ricondurre a un comun denominatore legato ad una funzione organizzativa. Sembra invece di poter riconoscere come fattore comune l'esperienza acquisita sul campo e nel tempo nell'azienda dalle persone indicate come punti di riferimento. Sono allora le conoscenze e le competenze derivanti da un confronto continuo e quotidiano con i problemi e le loro eventuali soluzioni, che, a parere degli stessi direttori sanitari, sembrano oggi formare sul campo chi ha una visione d'insieme più organica delle aree di rischio nelle aziende sanitarie.

Questa partenza «dal basso» è certo fondamentale se riuscirà a collegarsi con la costruzione di capacità di sistematizzazione, generalizzazione dei problemi e delle soluzioni, per passare da una conoscenza individuale ad una conoscenza organizzativa, ma soprattutto se la rilevanza del tema troverà adeguata rappresentazione in sede decisionale e strategica. Per ottenere ciò serve anche una visibilità organizzativa adeguata del ruolo del *risk manager* ed una formazione che consenta di individuare in modo definito una nuova professionalità, identificabile con un percorso professionale *ad hoc*.

Senza voler affrontare ora la tematica dello sviluppo continuo delle competenze e della certificazione professionale in campo sanitario, si ritiene utile sottolineare come la progettazione di soluzioni organizzative e di nuove funzioni non possa da sola introdurre e sostenere lo sviluppo di soluzioni di gestione del rischio ospedaliero.

Una prima conclusione che sembra emergere da tutte le esperienze considerate è che a motivo dello sviluppo e complessità crescenti insite nell'erogazione di un adeguato livello di assistenza sanitaria, il ruolo del professionista sanitario, medico, infermiere o tecnico, è chiamato a crescenti responsabilità, definite da ruolo e posizione, ma soprattutto nei confronti del team di lavoro. Il contenuto

delle conoscenze, accumulate nel percorso formativo di base, dovrà essere sviluppato lungo due dimensioni concorrenti:

- l'una di aggiornamento continuo delle conoscenze, reso necessario dall'evoluzione scientifica e professionale della scienza medica ed infermieristica;
- l'altra di acquisizione e mantenimento della capacità di metterle in pratica in contesti a crescente complessità, dinamicità e dimensione, in cui non solo la realizzazione concreta di una prestazione, ma il suo collegamento con altre prestazioni e le interfacce con le diverse fasi del processo, l'appartenenza ad un sistema di unità organizzative e di responsabilità, diventano cruciali.

Questi aspetti diventano particolarmente delicati quando si parla di *patient safety* e gestione del rischio, proprio per la rilevanza che nella gestione di processi complessi ha il coordinamento tra le persone, le attività che svolgono, sia di assistenza diretta che di supporto organizzativo. In altre parole, una conoscenza di base per tutti, oltre a professionisti dedicati alla gestione della sicurezza e del rischio, sta diventando essenziale. Al contempo una professionalità trasversale come quella del *risk manager* deve fondarsi su un percorso formativo che non sviluppi solo le sue conoscenze tecniche, ma anche la capacità di attuare e sostenere le metodologie e le soluzioni organizzative individuate ed introdotte.

Allegato 1 – Aziende sanitarie contattate

Regione	Azienda	Città
Emilia Romagna	Policlinico S. Orsola – Malpighi	Bologna
Emilia Romagna	AO Universitaria Arcispedale S. Anna	Ferrara
Emilia Romagna	Policlinico di Modena	Modena
Emilia Romagna	AO di Parma	Parma
Emilia Romagna	Arcispedale S. Maria Nuova	Reggio Emilia
Friuli Venezia Giulia	AO Santa Maria degli Angeli	Pordenone
Friuli Venezia Giulia	AO Universitaria Ospedali Riuniti	Trieste
Friuli Venezia Giulia	AO Santa Maria della Misericordia	Udine
Liguria	AO Villa Scassi	Genova
Liguria	AO Universitaria S. Martino	Genova
Liguria	Ospedale Santa Corona	Pietra Ligure
Lombardia	Ospedali riuniti di Bergamo	Bergamo
Lombardia	AO Bolognini	Seriate
Lombardia	Ospedale Treviglio Caravaggio	Caravaggio
Lombardia	Spedali Civili di Brescia	Brescia
Lombardia	AO M. Mellini	Chiari (BS)

Allegato 1 – (segue)

Regione	Azienda	Città
Lombardia	AO di Desenzano del Garda	Desenzano del Garda
Lombardia	AO Sant'Anna di Como	Como
Lombardia	Ospedale Maggiore	Crema
Lombardia	AO Istituti Ospitalieri	Cremona
Lombardia	Ospedale di Lecco	Lecco
Lombardia	Ospedale Civile di Legnano	Legnano
Lombardia	AO della Provincia di Lodi	Lodi
Lombardia	AO Carlo Poma	Mantova
Lombardia	AO G. Salvini	Garbagnate
Lombardia	AO Ospedale Luigi Sacco	Milano
Lombardia	AO Ospedale Niguarda Ca' Granda	Milano
Lombardia	Istituti Clinici di Perfezionamento	Milano
Lombardia	AO Fatebenefratelli e Oftalmico	Milano
Lombardia	AO San Paolo	Milano
Lombardia	Istituto Ortopedico Gaetano Pini	Milano
Lombardia	AO San Carlo Borromeo	Milano
Lombardia	AO San Gerardo dei Tintori	Monza
Lombardia	Ospedale Civile di Vimercate	Vimercate
Lombardia	Ospedale di Circolo di Melegnano (Zizzolo Predabissi)	Melegnano
Lombardia	AO della Provincia di Pavia	Pavia
Lombardia	AO Valtellina e Valchiavenna	Sondrio
Lombardia	Ospedale di Circolo di Busto Arsizio	Busto Arsizio
Lombardia	AO S. Antonio Abate	Gallarate
Lombardia	Ospedale di Circolo Fondazione Macchi	Varese
Piemonte	AO Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo	Alessandria
Piemonte	AO S. Croce e Carle	Cuneo
Piemonte	Ospedale Maggiore della Carità	Novara
Piemonte	AO Molinette – S. Giovanni Battista	Torino
Piemonte	AO C.T.O. – C.R.F. Maria Adelaide	Torino
Piemonte	AO O.I.R.M. – Sant'Anna	Torino
Piemonte	Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Luigi	Orbassano (TO)
Toscana	AO Careggi	Firenze
Toscana	AO Meyer	Firenze
Toscana	AO Pisana	Pisa
Toscana	AO Universitaria Senese	Siena
Veneto	AO di Padova	Padova
Veneto	AO di Verona	Verona
Provincia Autonoma di Trento	Presidio Ospedaliero Santa Chiara	Trento

Allegato 2 – Questionario Direttore Sanitario

Questionario rischio e sicurezza

Compilato da:

Nome azienda:

Indicare il numero dei posti letto accreditati:

Regione d'appartenenza:

1. La gestione del rischio e sicurezza è una priorità inserita nel piano strategico aziendale?

Sì ☐ No ☐

2. La gestione del rischio e sicurezza è inserita tra gli obiettivi della direzione generale?

Sì ☐ No ☐

3. La partecipazione ai sistemi di accreditamento istituzionale è sinergica alla gestione del rischio e sicurezza?

Sì ☐ No ☐

4. L'azienda partecipa a qualche programma di accreditamento all'eccellenza?

Sì ☐ No ☐ ①① Se sì, quale e da quanti anni?

5. L'azienda per le scelte di gestione del rischio si avvale del supporto di un *broker* assicurativo o di un consulente esterno?

Sì ☐ No ☐

6. In azienda è presidiata l'area di “rischio economico finanziario” (controllo della spesa, operazioni di *project finance*)?

Sì ☐ No ☐

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

7. In azienda è presidiata l'area “rischio clinico” per migliorare la sicurezza dei pazienti durante l'assistenza sanitaria?

Sì ☐ No ☐

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

8. In azienda è presidiata l'area “prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere”?

Sì ☐ No ☐

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

9. In azienda è presidiata l'area **"materiali pericolosi"** (intesa come movimentazione, stoccaggio, utilizzo e controllo di materiali radioattivi e altri materiali pericolosi nonché smaltimento in condizioni di sicurezza)?

Sì ☐ No ☐

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

10. In azienda è presidiata l'area **"apparecchiatura medicali"** (selezionate, mantenute in efficienza e utilizzate in maniera da ridurre i rischi)?

Sì ☐ No ☐

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

11. In azienda è presidiata l'area **"controllo sicurezza strutturale e degli impianti fissi"** (intesa come controllo dell'edificio, delle aree adiacenti la struttura, delle attrezzature e impianti) perché questi non rappresentino rischi o pericoli per pazienti, operatori o visitatori?

Sì ☐ No ☐

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

12. In azienda è presidiata l'area **"protezione antincendio"** che verifica se immobili e occupanti sono protetti da fumo e fiamme?

Sì ☐ No ☐

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

13. In azienda è presidiata l'area **"vigilanza"** (intesa come tutela contro danni, distruzione, manomissione e accesso o uso non autorizzati)?

Sì ☐ No ☐

Se sì, quale funzione aziendale è responsabile di quest'area? (se possibile indicare nominativo e ruolo)

14. Di tutte le aree individuate, quale area è considerata **prioritaria per lo sviluppo della strategie** aziendali?

Per analizzare nello specifico la funzione di **gestione del rischio e della sicurezza**, vorremmo intervistare chi, a suo giudizio, ha la visione d'insieme su queste aree di rischio. Le chiediamo cortesemente di **comunicarci nome e riferimenti** della persona da lei individuata.

Nome:

Cognome:

Qualifica:

Recapito telefonico:

Indirizzo e-mail:

Allegato 3 – Questionario referente aziendale gestione del rischio e della sicurezza
Questionario rischio e sicurezza

Compilato da:

Qualifica:

Nome azienda:

Regione d'appartenenza:

Recapito telefonico:

TITOLO DI STUDIO:☐ Diploma di scuola media superiore (specificare):☐ Laurea (specificare il corso di laurea):☐ Master universitario di I o II livello- (specificare):.....**FORMAZIONE E PROFILO**

1. Quale è il suo profilo professionale?

a. ☐ Clinico (specificare): b. ☐ Amministrativo (specificare): c. ☐ Tecnico (specificare): d. ☐ Altro (specificare):

2. Qual è stato il suo percorso professionale prima di giungere alla sua attuale posizione?

3. Ha frequentato corsi specifici relativi alla gestione del rischio?

Sì ☐ No ☐

Se sì, quali?

a. ☐ Specialità universitaria (specificare quale): b. ☐ Master universitario di 1° livello (specificare quale): c. ☐ Master universitario di 2° livello (specificare quale): d. ☐ Corso/i brevi, ex diplomi di laurea (specificare quale):

4. Ritiene di dover colmare qualche fabbisogno formativo per rispondere alla sua job description?
- Si ☐ No ☐
- Se sì, quale/i?
- a. ☐ Rischio clinico
- b. ☐ Rischio finanziario
- c. ☐ Gestione rapporto con assicurazione/broker e variabili di definizione della polizza
- d. ☐ Analisi dei rischi legati all'uso della tecnologia
- e. ☐ Tema della responsabilità professionale e aziendale
- f. ☐ Altro (specificare)
-
5. È in possesso di qualche certificazione professionale o attestato conferito, ad esempio, da società scientifiche, ordini professionali, associazioni di categoria?
- Si ☐ No ☐ ① ① Se sì, quale?

RESPONSABILITÀ A LIVELLO AZIENDALE

6. Come si chiama l'unità organizzativa in cui si trova e dove è collocata gerarchicamente?
-
7. la sua unità organizzativa ha un budget?
- Si ☐ No ☐ ① ① Se sì, quali sono i suoi obiettivi di budget per il 2007/2008?
-
8. Potrebbe descrivere quali responsabilità o attività deve garantire all'azienda nello svolgimento del suo ruolo, eventualmente con riferimento alla sua job description?
-
9. Quali sono le principali linee di attività o i processi più rilevanti per le politiche aziendali in cui il suo ruoli e direttamente coinvolto (max tre)?
-
10. Su quante e quali persone può contare nello svolgimento della sua attività?
- a. ☐ Personale **dedicato A TEMPO PIENO**:
- numero:
- profilo o qualifica:
- b. ☐ Personale **dedicato A TEMPO PARZIALE**:
- numero:
- Profilo o qualifica:
- c. ☐ Rete di **referenti interni** all'azienda (indicare in quali unità operative, dipartimenti, funzioni aziendali sono collocati):
-

Bibliografia

- AA.VV (2001) Guidelines for managing risk in healthcare sector, Standards Australia International HB 228 (ISBN: 0-7337-3419-7)
- AA.VV (2007) Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Third Edition, Joint Commission International (ISBN: 978-1-59940-141-6)
- Brusoni M., Cosmi L., Trincherò E. (2006) «Prospettive regionali per la gestione del rischio clinico: una prima indagine esplorativa», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Brusoni M., Deriu P.L. (2005) «Sistemi e interventi per l'accreditamento delle aziende sanitarie in Italia: un panorama ridondante?» in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Brusoni M., Montefusco A., Panzeri C., Trincherò E. (2007) «Organizzazione ad alta affidabilità e aziende sanitarie» Rapporto di ricerca SDABocconi.
- Brusoni M., Panzeri C., Trincherò E. (2007) «Validazione di uno strumento di assessment della safety culture: sperimentazione del questionario «hospital survey on patient safety culture» in alcune aziende ospedaliere lombarde» Rapporto di ricerca SDABocconi.
- Brusoni M., Prenestini A. (2007) «Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune» in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Del Vecchio M. (2002) L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: il senso di una ricerca, *Mecosan*, n.43.
- Del Vecchio M., Cosmi L. (2003) *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill.

15 La misurazione delle performance nei processi di programmazione e controllo in Sanità

di Mara Bergamaschi e Francesca Lecci*

15.1 Introduzione

L'introduzione dei sistemi di programmazione e controllo (P&C) ha rappresentato, per le aziende sanitarie, uno dei più importanti vettori di cambiamento (Casati 2000; Francesconi 2003; Del Vecchio 2003).

Già all'inizio del 2000, il budget era stato adottato dal 91% delle aziende ed era giunto mediamente alla quarta edizione (Anessi Pessina e Pinelli 2003; Casati e Frosini 2002); ciò a fronte di un processo di evoluzione che ha visto, all'inizio degli anni novanta, il SSN al centro di una complessa serie di interventi di riforma, che hanno spinto, a livello aziendale, verso l'introduzione di un insieme di strumenti «manageriali» (Lecci e Longo 2004).

Sebbene le prime sperimentazioni vedano la luce la fine degli anni 80, con finalità prevalenti di comprensione della dinamica dei costi (Anessi et al. 1994; Casati 2000), è all'inizio degli anni 90 che risale il maggior numero di esperienze. La regionalizzazione del sistema, la piena responsabilizzazione sui risultati economico-finanziari, il nuovo ruolo attivo di governo delle risorse richiesto alle aziende, l'introduzione di un sistema di quasi mercato e di un finanziamento a prestazioni hanno, infatti, generato spinte propulsive all'introduzione di strumenti più evoluti. Si è passati da una fase pionieristica, focalizzata sulla semplice rilevazione del consumo delle risorse, all'introduzione di sistemi di reporting e di budget, che rilevano anche gli output, con l'obiettivo di coinvolgere i professionisti nella valutazione dell'impatto economico generato dalle loro attività.

Nel corso degli anni '90, a fronte di forti stimoli provenienti in particolare dal nuovo sistema di finanziamento, i sistemi di P&C hanno conosciuto momenti di forte orientamento sulla dimensione reddituale; il tema dei ricavi generati dalle

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 15.1, 15.2, 15.3 e 15.5 sono da attribuirsi a Mara Bergamaschi, il § 15.4 a Francesca Lecci.

prestazioni e dei conti economici dei CdR hanno assunto una rilevanza fondamentale, fino quasi a far dimenticare che le aziende sanitarie non operano in un contesto di mercato e le tariffe non possono quindi essere assimilate ai prezzi di vendita delle aziende di produzione.

Anche a fronte di questa eccessiva focalizzazione sugli aspetti strettamente economici, negli ultimi anni si è assistito ad un ampliamento del sistema di indicatori utilizzato, fino ad adottare sistemi multidimensionali che integrano le dimensioni economiche e di produttività con elementi di governo clinico, di innovazione e di qualità dei servizi.

Se tradizionalmente i sistemi di P&C si sono tenuti lontani dal governo dei processi produttivi, basandosi sul principio di fondo che il contenuto della responsabilizzazione fosse il rapporto tra input ed output, secondo il classico modello black-box, negli ultimi anni, a fronte di rilevanti esigenze di governo dei processi clinici, la misurazione delle performance si sta spostando anche su indicatori di outcome.

Nonostante questa continua evoluzione, ancora ad oggi, si rileva una qualche difficoltà di tali strumenti ad incidere sui comportamenti reali: sembra, infatti, emergere che i sistemi di budget non siano stati accettati fino in fondo dai professional, che hanno sempre pronte risposte per giustificare risultati diversi da quanto programmato (Casati 2000; Lega 2001, Baraldi 2005), e che non riescono a riconoscere un effettivo supporto al governo delle loro azioni. I sistemi di P&C sembrano essere prevalentemente strumenti di supporto del top management nel definire precisi orientamenti dei professional in una logica tipicamente top-down e nel valutare e controllare gli stessi.

Sono poche, infatti, le aziende che hanno adottato approcci partecipativi all'individuazione degli indicatori di risultato, con l'obiettivo di facilitare il dialogo tra vertici direzionali e professional e costruire orientamenti condivisi, capaci di fare evolvere verso una cultura di corresponsabilizzazione sui risultati aziendali (Del Vecchio 2000).

D'altro canto, spesso le aziende sanitarie costruiscono il sistema degli indicatori facendo prevalentemente attenzione ai bisogni di controllo esterno, confondendo i destinatari principali di tali sistemi (i professional, ai quali debbono essere fornite informazioni e stimoli per modificare le condizioni di gestione), con i soggetti esterni in grado di influenzare il comportamento aziendale (la regione).

Ma allora come si può costruire adeguatamente il sistema degli indicatori ai fini di concreto supporto ai processi di programmazione e controllo?

Le critiche in merito alla possibilità di guidare correttamente i comportamenti attraverso l'uso di appropriati indicatori (Broadbent et al. 1991; CCAF 1987; Carpenter, 1990; Pollit 1984; Simons 2004; Smith 1992, Williams 1985) evidenziano come in sanità gli indicatori di performance tendono a fornire rappresentazioni distorte della realtà e a rendere evidenti solo alcune dimensioni di risultato e non

sempre le più significative. Ciò nonostante è possibile pensare che il set di indicatori, se ben definito, possa orientare concretamente la condotta degli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali (Churchman 1971; Perks e Glendinning 1981).

Ma attraverso cosa passa una corretta definizione degli indicatori?

Van Perseum et al. (1995) sottolineano che dei buoni indicatori devono possedere alcune caratteristiche essenziali, quali:

- ▶ Caratteristiche intrinseche (Anton 1964; Arrow 1963; Chambers 1965), legate prevalentemente alla scala di misura utilizzata per rappresentare l'indicatore. La scelta della scala è, infatti, processo delicato e può comportare problemi di comparabilità (e di accettabilità)¹.
- ▶ Caratteristiche estrinseche, ovvero collegate al focus della misurazione che potrà essere, di volta in volta legato a efficienza, efficacia ed economicità (McCarthy 1987; Airoldi et al. 1994), qualità delle prestazioni (Orford, 1992), impatto dell'azione svolta, processo (Donabedian 1980; Lega 2001), dinamiche finanziarie (Luder 1992), competitive e sociali.

Ma tali caratteristiche sono riscontrabili nelle prassi gestionali utilizzate dalle aziende sanitarie sul territorio nazionale? È dunque vero che gli attuali sistemi di misurazione delle performance non consentono effettivamente di orientare le decisioni?

Il presente capitolo si pone di dare una risposta alle seguenti domande, andando ad indagare le caratteristiche del sistema di misurazione delle performance a fini di P&C nelle aziende sanitarie italiane.

Il capitolo è articolato come segue: il § 15.2 presenta il framework teorico sulle specificità dei sistemi di programmazione e controllo e sull'evoluzione dei sistemi di misurazione delle performance in sanità; il § 15.3 esplicita l'oggetto di indagine e della metodologia adottata; il § 15.4 presenta i risultati della ricerca condotta nelle aziende sanitarie pubbliche sugli indicatori utilizzati, evidenziandone le caratteristiche essenziali, e il § 15.5 ne esplicita gli aspetti di maggiore significatività e criticità.

¹ Le scale di misura utilizzabili sono numerose: la scala nominale non implica una graduatoria, ma dà evidenza rispetto all'equivalenza o meno di un dato fenomeno ad un altro, quella ordinale mette in relazione di graduatoria un fenomeno con un altro, senza identificare equidistanza rispetto ai punti della scala di misura, quella cardinale rappresenta i fenomeni mantenendo oggettive relazioni di distanza tra i punti, ma non fissa l'origine dalla scala, quella a rapporto è simile a quella cardinale, ma definisce un punto zero non arbitrario.

15.2 Sistemi di programmazione e controllo e di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie: un inquadramento concettuale

Nella loro interpretazione più autentica, i sistemi di programmazione e controllo delle performance si configurano come «le routine e le procedure formali basate sulle informazioni che i manager utilizzano per mantenere o modificare le modalità di comportamento dell'organizzazione nello svolgimento dell'attività» (Simons 1995: p.5).

Secondo tale interpretazione i sistemi di programmazione e controllo costituiscono un modello di comportamento gestionale e rappresentano variabili organizzative che influenzano direttamente il comportamento dei diversi attori all'interno di un'azienda (Airoidi et al. 1994).

Le finalità che la letteratura assegna ai sistemi di programmazione e controllo possono essere molteplici e almeno in parte conflittuali (Cerbioni, 2000; Amigoni, 1995): (i) valorizzazione e articolazione dei programmi strategici; (ii) responsabilizzazione; (iii) guida e motivazione dei manager; (iv) coordinamento ed integrazione; (v) comunicazione; (vi) valutazione e controllo; (vii) apprendimento e formazione.

Alcuni tratti distintivi presenti nelle aziende sanitarie rendono del tutto peculiare l'applicazione di questi strumenti in sanità. In particolare le aziende sanitarie pubbliche (Anessi Pessina 2002):

- ▶ hanno finalità di soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, anche se in condizioni di sostenibilità economica;
- ▶ operano in un contesto diverso dal mercato e cedono quindi i loro servizi attraverso operazioni diverse dallo scambio tipico;
- ▶ sono caratterizzate da processi non standardizzabili, anche a fronte della rilevante autonomia professionale dei medici e della necessaria personalizzazione delle prestazioni;
- ▶ sono caratterizzate da una forte differenziazione di attività e da elevati gradi di specializzazione, che determinano rilevanti fabbisogni di integrazione al fine di rispondere ai bisogni degli utenti;
- ▶ sono inserite in un Servizio Sanitario Nazionale e quindi fanno parte di un gruppo più complesso, la cui holding è chiaramente identificabile con la Regione.

Tutto ciò determina rilevanti conseguenze sulle finalità e sull'impostazione dei sistemi di programmazione e controllo. In termini di finalità essi dovrebbero tendere prevalentemente a:

- ▶ responsabilizzare sui risultati da conseguire e sulle risorse da impiegare, senza però interferire nelle scelte relative ai processi tecnico-professionali (modello black box);

- coordinare le diverse articolazioni organizzative;
- ricondurre ad unità un complesso di processi decisionali precedentemente svolti in modo indipendente.

In termini di impostazione:

- ad indicatori prettamente economici dovrebbero comunque essere affiancati indicatori di altra natura, tesi a sopperire alla debolezza insita nel sistema delle tariffe, come misura del valore della produzione. L'eterogeneità delle attività svolte e la personalizzazione delle prestazioni complicano, però, l'individuazione di indicatori quantitativi che siano nel contempo significativi, sintetici e misurabili (Anessi Pessina 2000);
- Si dovrebbe tendere a privilegiare processi condivisi di individuazione degli obiettivi e degli indicatori, al fine di ricercare un equilibrio tra il punto di vista del singolo professionista e quello della direzione generale ed evitare situazioni di conflittualità che potrebbero riflettersi in una sostanziale deresponsabilizzazione rispetto ai risultati (Zavattaro, 1993).

Dopo un periodo di forte diffusione verso l'introduzione di logiche e strumenti di programmazione e controllo «strictu sensu» (Anessi Pessina e Pinelli 2003), ossia come strumento di responsabilizzazione e coordinamento interno, nelle aziende sanitarie si sono manifestate una serie di criticità legate all'introduzione di tali strumenti: utilizzo in una logica eminentemente burocratica, sostanziale scollegamento tra obiettivi di gestione e finalismi aziendali, orientamento al breve periodo, logiche decisionali di tipo incrementale, enfasi prevalentemente interna, monodimensionalità degli obiettivi.

Ciò ha comportato una modifica dell'approccio al sistema adottato che si è spostato secondo due direttrici:

- da una parte, la formulazione del budget è diventata l'occasione per integrare altri processi quali: (i) la formulazione, l'affinamento o la revisione delle linee strategiche; (ii) la programmazione degli investimenti; (iii) la negoziazione di obiettivi e finanziamenti con la Regione; (iv) la valutazione e incentivazione del personale (Bergamaschi, 2000); (v) i progetti finalizzati ad incrementare qualità ed appropriatezza. Malgrado alcuni aspetti positivi legati ad una migliore integrazione tra i processi decisionali, ciò ha comportato ulteriori criticità, legate prevalentemente al sovraccarico delle funzioni attribuite al sistema di P&C che si ripercuote direttamente sul processo di identificazione degli indicatori che ne supportano il funzionamento (Anessi Pessina, 2003);
- dall'altra si è ampliato il sistema di indicatori, passando una prospettiva prevalentemente monodimensionale (produttività e risorse) a prospettive multidimensionali. Negli ultimi anni, infatti, partendo dal presupposto che l'approccio

tradizionale alla misurazione dei risultati, e di conseguenza all'individuazione degli indicatori, si fonda su una serie di ipotesi che semplificano il concetto di performance, limitandola al raggiungimento dei soli risultati economico-finanziari, i sistemi di misurazione e valutazione dei risultati hanno progressivamente allargato l'oggetto di analisi fino alla valutazione della capacità di soddisfare le esigenze di tutti i principali stakeholder.

Sotto la spinta di diversi fattori (Neely 1999; Baraldi 2000), le aziende sanitarie hanno quindi palesato la propria insoddisfazione verso un approccio tradizionale alla misurazione delle performance.

In tale logica è notevolmente aumentata la «profondità» della misurazione che, a partire dalle risorse, si è allargata per coprire processi, *output* e risultati finali (*outcome*), accompagnando sempre più alla misurazione aspetti di valutazione (Del Vecchio 2001).

Si è aperto quindi un nuovo percorso, che ha portato le aziende sanitarie a sperimentare nuovi sistemi di misurazione nella continua ricerca di logiche innovative, con il rischio di non riuscire a capitalizzare un sapere, un patrimonio condiviso di conoscenze e competenze manageriali sviluppate negli anni precedenti.

Spesso, infatti, l'impegno richiesto per la revisione di sistemi sofisticati di misurazione delle performance, verso una continua ricerca di efficienza, efficacia e innovazione, rischia di sfociare in ipertecnicismi schizofrenici che portano ad un aumento rilevante del numero di indicatori utilizzati, nella convinzione che più misure agiscano come deterrente a comportamenti devianti dei professionisti (Lega e Vendramini 2008).

In quest'ottica si sono inseriti approcci come quello della *Balanced Scorecard* (Kaplan e Norton 1992), che propongono logiche di misurazione di tipo multidimensionale e affiancano ai tradizionali indicatori economico-finanziari anche indicatori relativi a:

- ▶ *customer perspective* (soddisfazione dei clienti);
- ▶ *internal business perspective* (capacità di eccellere nello svolgimento dei processi aziendali);
- ▶ *learning and growth perspective* (capacità di migliorare continuamente le prestazioni attraverso un processo di apprendimento continuo).

Non si vuole certo, in questo scritto, non riconoscere i punti di forza di tale strumento che parte dalle finalità istituzionali delle aziende sanitarie e ricostruisce a cascata il set di indicatori più coerente con la strategia aziendale, ma senz'altro rilevare che tali approcci, tipicamente di management strategico, si pongono ad un livello differente dai sistemi di programmazione e controllo di gestione (Anthony e Young 1992) e che, come ogni metodologia di misurazione delle performance che si pone l'obiettivo di misurare attraverso un unico strumento la pluralità

di esigenze contrapposte a cui è soggetta ogni parte dell'organizzazione, comportano il rischio di sovraccaricare tali meccanismi, affidando ad un unico strumento l'esplicitazione di tutti i contributi che l'azienda si aspetta dalle diverse parti dell'organizzazione (Bergamaschi 2004).

Quello che sta avvenendo anche nelle aziende sanitarie pubbliche è un processo che difficilmente potrà essere fermato e che porta inevitabilmente ad un allargamento dell'oggetto di analisi rispetto al tradizionale orientamento sui soli risultati economico-finanziari, spesso, però, confondendo la misurazione e la valutazione dei risultati per finalità di controllo di gestione con quella per finalità strategiche.

Se la misurazione delle performance sovverte oggi molti dei paradigmi che hanno caratterizzato la storia degli ultimi venti anni nelle aziende sanitarie è d'obbligo sottolineare che ciò comporta un tendenziale collassamento tra le logiche e gli strumenti di controllo direzionale e quelli di controllo strategico, rischiando quindi, ancora una volta, di mischiare la finalità di verificare l'opportunità di rimettere in discussione le ipotesi di base su cui si fondano le strategie aziendali, con quella di verificare la puntuale realizzazione di obiettivi di gestione.

Ma affinché il sistema di misurazione delle performance riesca veramente ad orientare i comportamenti dei *professional* in maniera virtuosa è necessario evitare il rischio di *overload* informativi e di costruire quindi sistemi di misurazione delle performance maggiormente mirati agli obiettivi aziendali.

In sintesi, sembra oramai evidente che i sistemi di misurazione delle performance giocano un ruolo fondamentale nel governo delle aziende sanitarie e che l'efficacia dei processi di programmazione e controllo non si gioca più solo sulla capacità di progettare adeguatamente il processo decisionale, il ruolo degli attori coinvolti, le schede tecniche di supporto, ma sulla necessità di costruire adeguatamente il sistema degli indicatori evitando, da un lato, il proliferare del numero degli indicatori, dall'altro la mera focalizzazione su indicatori economico finanziari, poco rappresentativi dei livelli di efficienza e di efficacia nelle aziende sanitarie.

Il questionario, oltre a indagare la dimensione degli indicatori utilizzati e dei fabbisogni informativi soddisfatti, approfondito due aspetti: l'articolazione degli indicatori utilizzati e gli uffici che sono responsabili rispetto al processo di recupero delle informazioni alla base degli indicatori stessi.

Rispetto a questi due ambiti, che non costituiscono l'oggetto del presente capitolo, si rimanda alle conclusioni (§ 15.5) per alcune anticipazioni in merito ai primi risultati dell'analisi.

15.3 Definizione dell'oggetto di indagine e della metodologia della ricerca

Mentre esiste una ricca letteratura sui temi di misurazione e rilevazione dei costi e sui sistemi di programmazione e controllo e di budget applicati alle aziende sanitarie (Zavattaro 1993; Anessi Pessina et al. 1994; Casati 1996; 2000; Maggi 2003;

Francesconi 2003; Vendramini 2004; Bergamaschi 2004), essa risulta essere di gran lunga meno sviluppata con riferimento al tema della misurazione dei risultati ai fini di programmazione e controllo e ancora più in specifico sul tema degli indicatori di supporto ai processi di budget nelle aziende di servizi sanitari.

Scopo dell'iniziativa è quello di investigare le caratteristiche del sistema degli indicatori adottato dalle aziende sanitarie italiane ai fini di supportare i processi di budget. Ciò consente:

- ▶ da un lato, una migliore comprensione delle dinamiche evolutive della misurazione delle performance in sanità, esplicitando le variabili interne ed esterne all'azienda che influenzano i processi;
- ▶ dall'altro, di valutare l'efficacia dei processi a fronte della capacità di individuare adeguati indicatori oggetto di responsabilizzazione delle diverse parti dell'organizzazione.

La ricerca empirica si è focalizzata sui seguenti aspetti:

- ▶ individuare le caratteristiche degli indicatori in termini di numerosità, variabilità, natura degli stessi;
- ▶ identificare le differenti dimensioni oggetto di misurazione (efficienza gestionale, qualità/appropriatezza, governo della domanda, miglioramento organizzativo);
- ▶ ricostruire i fabbisogni informativi a cui danno risposta gli indicatori;
- ▶ individuare possibili influenze esterne sul sistema di misurazione delle performance aziendali.

Seguendo la metodologia propria della ricerca in campo sociale (Bailey 1991; Fattore, 2005), il processo di ricerca è stato concepito secondo una sequenza circolare. Il disegno dello studio si configura come una «survey», somministrata, mediante un questionario postale, a tutti i soggetti che nelle singole aziende sanitarie ricoprono il ruolo di responsabili del Controllo di Gestione.

Il questionario è stato, dunque, strutturato per ricostruire tre macrolivelli di informazioni:

- ▶ l'anagrafica delle aziende e il livello di anzianità/consolidamento degli strumenti di programmazione e controllo adottati (§ 15.4.1);
- ▶ la tipologia di obiettivi e i correlati indicatori utilizzati (§15.4.2);
- ▶ il fabbisogno informativo (interno o esterno) a cui gli indicatori danno risposta (§15.4.3).

Nello specifico, in relazione alla tipologia di obiettivi e i correlati indicatori utilizzati (§ 15.4.2), al fine di acquisire informazioni il più possibile complete e con-

frontabili e a fronte della consapevolezza delle specificità legate ai diversi ambiti di attività, si è chiesto alle diverse aziende di indicare separatamente gli indicatori utilizzati nelle schede di budget dei seguenti centri di responsabilità:

- ▶ U.O. Chirurgia;
- ▶ Un Distretto a scelta (solo per ASL);
- ▶ U.O. Radiologia/ Diagnostica per immagini;
- ▶ U.O. Personale.

Nella scelta dei CdR è stato privilegiato il criterio della prevalenza, ossia sono state individuate quelle aree che, con ragionevole probabilità, sono presenti in tutte le aziende sanitarie (ad eccezione dei distretti, che sono, ovviamente rintracciabili nelle sole aziende sanitarie locali).

Per ciascuna area di responsabilità è stato, dunque, chiesto di indicare gli obiettivi da raggiungere e i correlati indicatori di misura del grado di raggiungimento.

L'ultima parte del questionario (§ 15.4.3) è stata dedicata a ricostruire se gli indicatori utilizzati rispondessero a esigenze informative interne o a pressioni informative esterne.

In caso di forti pressioni esterne all'introduzione di determinati indicatori nella scheda di budget è stato chiesto alle aziende di indicare quali tra le seguenti motivazioni hanno spinto verso l'introduzione nel sistema di budget di ciascun indicatore:

- ▶ Flussi legati alla valutazione della performance d'azienda o del DG;
- ▶ Flussi di carattere statistico (legati a flussi ministeriali o altro);
- ▶ Linee guida regionali sul budget e/o il controllo di gestione;
- ▶ Altre linee guida (ad esempio linee guida sulla qualità, *Joint Commission* o altro);
- ▶ Altro (ad esempio, adempimenti di obblighi informativi).

15.4 I risultati dell'indagine

15.4.1 Il sistema di P&C

La *survey*² ha registrato un tasso di risposta (Tabella 15.1) mediamente pari al 18%, con una lieve prevalenza delle AO (18,9%) rispetto alle ASL (17,2%).

In relazione alla ripartizione geografica, le regioni del Centro hanno fatto regi-

² La *survey* è stata effettuata nel mese di aprile 2008 e ha richiesto alle aziende di recuperare ed organizzare un numero piuttosto elevato di informazioni, portando, in alcuni casi, ad una incompleta compilazione del questionario, che ha determinato, in parte, l'esclusione di alcune aziende dal campione.

Tabella 15.1 **Il campione delle aziende che hanno risposto interamente al questionario**

Tipologia Azienda	Area ISTAT	Numero di aziende del campione	% sul totale
AO	Nord	8	17,8%
	Centro	5	29,4%
	Sud e Isole	5	15,2%
	<i>Totale AO</i>	<i>18</i>	<i>18,9%</i>
ASL	Nord	13	20,6%
	Centro	11	23,9%
	Sud e Isole	3	6,3%
	<i>Totale ASL</i>	<i>27</i>	<i>17,2%</i>
Totale complessivo		45	17,9%

strare tassi di risposta più elevati (29,4% per le AO e 23,9% per le ASL), seguite da quelle del Nord (17,8% per le AO e 20,6% per le ASL) e del Sud (15,2% per le AO e solo 6,3% per le ASL).

Il tasso di risposta al questionario varia, inoltre, in funzione della diversa anzianità nell'utilizzo degli strumenti di programmazione e controllo (del budget nello specifico), che si presenta come fortemente eterogenea (Tabella 15.2) e compresa in un intervallo che va da 2 a 14 anni e pari, in media, a 8,5 anni.

Tabella 15.2 **Livello di utilizzo degli strumenti di Programmazione e Controllo (ASL e AO)**

Tipologia Azienda	Area ISTAT	Numero di anni di utilizzo degli strumenti di P&C		
		Valore minimo	Valore Massimo	Valore Medio
AO	Nord	9	13	9,9
	Centro	2	12	7,4
	Sud e Isole	5	10	6,8
	<i>Totale AO</i>	<i>2</i>	<i>13</i>	<i>8,3</i>
ASL	Nord	6	14	9,9
	Centro	3	10	7,6
	Sud e Isole	3	9	6,0
	<i>Totale ASL</i>	<i>3</i>	<i>14</i>	<i>8,6</i>
Totale complessivo		2	14	8,5

L'anzianità del sistema è sostanzialmente uguale nelle due tipologie di azienda, mentre varia in termini di area geografica: sono le regioni del Nord a far rilevare un livello di maturità degli strumenti più elevato (9,9 anni sia per le ASL che per le AO), seguite da quelle del Centro (7,6 anni per le ASL e 7,4 anni per le AO) e da quelle del Sud (6 anni per le ASL e 6,8 per le AO).

15.4.2 Gli indicatori utilizzati

Vengono presentati, di seguito, i risultati emersi, che sono raggruppabili in due differenti aree: numerosità degli indicatori, natura e tipologia degli indicatori adottati.

Numerosità degli indicatori

Dal punto di vista complessivo (Tabella 15.3), le aree di responsabilità alle quali sono assegnati il numero maggiore di indicatori sono quelle chirurgica (14,4 indicatori) e dei distretti (14,3). Un numero decisamente inferiore di indicatori viene invece utilizzato per l'U.O. di radiologia/diagnostica per immagini e ancora più basso per l'U.O. personale. Anche in questo ambito, il livello di eterogeneità tra le differenti aziende è elevatissimo e delinea un range che va dai 44 indicatori utilizzati per il budget di un distretto a 1 solo indicatore utilizzato per un budget del CdR Radiologia o del CdR Personale.

La differenza in termini di numerosità tra le diverse aree potrebbe rileggersi in base a:

- ▶ la complessità delle attività in esse presenti (questo giustificerebbe il maggior numero di indicatori sulla chirurgia in cui si svolgono attività di ricovero, chirurgiche, di day surgery e di day hospital, rispetto alla radiologia che svolge normalmente solo attività ambulatoriale per interni ed esterni);
- ▶ la dimensione e il livello dell'articolazione organizzativa (questo spiegherebbe l'alto numero di indicatori in capo al Distretto, a fronte del fatto che spesso rappresenta un CdR di II livello rispetto agli altri tre);
- ▶ la rilevanza strategica dell'attività e comunque l'enfasi da sempre posta dalla aziende sanitarie sul processo di budget nell'area sanitaria rispetto a quella amministrativa (ciò spiegherebbe il ridotto numero di indicatori relativi al CdR personale).

In ogni caso, quello che risulta evidente è la variabilità del numero di indicatori sia tra le diverse aree che all'interno delle stesse, indice del fatto che in sanità è piuttosto difficile giungere ad una standardizzazione del set di indicatori utilizzabili.

Nel momento in cui si analizza la situazione per tipologia di azienda emerge come, per le AO (Tabella 15.4), il numero di indicatori per il CdR di Chirurgia sia

Tabella 15.3 **Il numero di indicatori utilizzati dalle aziende del campione**

	Area	Indicatori	N. aziende	Media	Max	Min
Totale aziende del campione	Chirurgia	561	39	14,4	36	3
	Distretto	373	26	14,3	44	4
	Radiologia	325	39	8,3	29	1
	Personale	258	38	6,8	31	1

Tabella 15.4 **Il numero degli indicatori utilizzati dalle AO del campione**

	Area	Indicatori	N. aziende	Media	Max	Min
AO	Chirurgia	311	18	17,3	36	7
	Radiologia	164	18	9,1	18	1
	Personale	90	16	5,6	12	1

Tabella 15.5 **Il numero degli indicatori utilizzati dalle ASL del campione**

	Area	Indicatori	N. aziende	Media	Max	Min
ASL	Chirurgia	250	21	11,9	32	3
	Distretto	373	26	14,3	44	4
	Radiologia	161	21	7,7	29	2
	Personale	168	22	7,6	31	3

di gran lunga più elevato (in media 17,3) di quello rispettivamente di Radiologia / Diagnostica per Immagini (9,1) e U.O. Personale.

Al contrario, nelle ASL (Tabella 15.5), alla Chirurgia è assegnato un numero decisamente inferiore di indicatori (in media 11,9), privilegiando, al contrario il Distretto (14,4 indicatori), con un numero di indicatori quasi doppio rispetto alle U.O. radiologica (7,7) e di gestione del personale (7,6).

Anche in questo caso permangono forti differenziazioni nelle politiche adottate dalle differenti aziende.

Natura e tipologia degli indicatori

Dopo aver rilevato il numero di indicatori utilizzati per le quattro aree di responsabilità indicate, per consentire la confrontabilità delle risposte, è stato chiesto alle aziende di classificare, per ciascun CdR, gli indicatori su 5 macro-aree di risultato, a loro volta strutturate in differenti classi di indicatori, vale a dire:

a. Area dell'efficienza gestionale

- ◄ Indicatori di produttività e valorizzazione della produzione;
- ◄ Indicatori di governo dei costi fissi (es. tasso occupazione P.L., indice di rotazione) e variabili (es. spesa farmaceutica);
- ◄ Indicatori di rapporto costi-produzione (es. costo medio per punto DRG);
- ◄ Indicatori di rapporto proventi-costi (es. margine di U.O.);

b. Area della qualità/appropriatezza

- ◄ Indicatori di riorientamento del mix di produzione (es. numero dei ricoveri chirurgici su totale ricoveri);
- ◄ Indicatori relativi alla costruzione/gestione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali;
- ◄ Indicatori di eccellenza dei processi (es. attrattività);
- ◄ Indicatori di gestione del rischio;

c. Area del governo della domanda

- ◄ Indicatori relativi ai tempi di attesa;
- ◄ Indicatori relativi ai tassi di fuga;
- ◄ Indicatori relativi alla capacità di rispondere alle aspettative degli utenti;

d. Area del miglioramento organizzativo

- ◄ Indicatori relativi ad azioni di riorganizzazione (es. % referti firmati digitalmente, tempi chiusura cartelle cliniche);
- ◄ Indicatori di clima organizzativo;
- ◄ Indicatori relativi allo sviluppo di know-how nel personale;

e. Altre aree di risultato (ad esempio, adempimenti obblighi informativi).

Analizzando le risposte relative al CdR Chirurgia (Tabella 15.6) emerge come l'area di risultato prevalentemente presidiata sia in generale quella relativa all'efficienza gestionale, che da sola raggruppa il 35,5% degli indicatori utilizzati, anche se con delle differenziazioni tra ASL e AO, dal momento che nelle prime, vengono presidiate, con intensità simile, l'area relativa alla qualità e appropriatezza (35,6) e quella dell'efficienza gestionale (35,2).

Complessivamente le due aree rappresentano il 69,2% degli indicatori utilizzati (67,8% nelle AO e 70,8% nelle ASL) e sono seguite, per numerosità, dagli indicatori dell'area del miglioramento organizzativo (in media 19,3%; AO 22,5%; ASL 15,5%) e da quella del governo della domanda (in media 10,3%, AO 8,4% e ASL 12,8%).

La prevalente focalizzazione su indicatori di produttività e di appropriatezza gestionale fa pensare che nei reparti ospedalieri, caratterizzati normalmente da un alto grado di competenze professionali, si tenda a privilegiare processi di indi-

Tabella 15.6 **Obiettivi e indicatori per il Centro di responsabilità di Chirurgia (ASL e AO)**

Obiettivo	Tipologia di indicatori	AO	ASL	Totale
Efficienza gestionale	produttività e valorizzazione della produzione	14,8%	16,4%	15,5%
	governo dei costi fissi e variabili	8,0%	7,2%	7,7%
	rapporto costi-produzione	11,9%	10,4%	11,2%
	rapporto proventi-costi	1,0%	1,2%	1,1%
Qualità/ appropriatezza	riorientamento mix produzione	13,5%	16,4%	14,8%
	percorsi diagnostico terapeutici	7,4%	8,8%	8,0%
	eccellenza dei processi	4,8%	2,4%	3,7%
	gestione del rischio	6,4%	8,0%	7,1%
Governo della domanda	liste attesa	4,2%	8,0%	5,9%
	tassi di fuga	0,3%	2,0%	1,1%
	capacità di rispondere alle aspettative degli utenti	3,9%	2,8%	3,4%
Miglioramento organizzativo	azioni di riorganizzazione	18,3%	11,2%	15,2%
	clima organizzativo	1,0%	1,6%	1,2%
	sviluppo know how nel personale	3,2%	2,4%	2,9%
Altro (es. adempimenti obblighi informativi)		1,3%	1,3%	1,2%

viduazione degli indicatori tesi alla ricerca di un qualche equilibrio tra il punto di vista del singolo professionista (fortemente orientato ai problemi di governo clinico e di qualità delle prestazioni) e quello della direzione generale (fortemente orientato verso risultati di produttività ed efficienza).

Dall'analisi relativa agli indicatori utilizzati per ciascuna area di risultato, emerge come l'attenzione delle aziende sia, di fatto, prevalentemente dedicata al governo della produttività in termini di volumi/valorizzazione (15,5%) e orientamento del mix (14,8%). Inoltre assumono elevata rilevanza gli indicatori relativi al perseguimento di azioni di riorganizzazione interna (oltre il 15%) e gli indicatori di governo dei costi, sia in assoluto, sia in relazione o meno a livelli di attività o di fatturato (valore complessivo pari al 20%).

Decisamente poco utilizzati sono, al contrario, gli indicatori relativi al governo dei tempi di attesa o di gestione del clima organizzativo, mentre assumono una discreta rilevanza quelli relativi alla predisposizione e gestione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (8%) e di contenimento del rischio clinico (7,1%).

Parzialmente differente si presenta la situazione relativa alle aree di risultato e agli indicatori utilizzati per gli obiettivi assegnati al Distretto (Tabella 15.7).

Tabella 15.7 **Obiettivi e indicatori per il Centro di Responsabilità Distretto (solo ASL)**

Obiettivo	Tipologia di indicatori	%
Efficienza gestionale	produttività e valorizzazione della produzione	29,8%
	governo dei costi fissi e variabili	12,6%
	rapporto costi-produzione	2,4%
	rapporto proventi-costi	0,5%
Qualità/ appropriatezza	riorientamento mix produzione	3,2%
	percorsi diagnostico terapeutici	8,3%
	eccellenza dei processi	3,2%
	gestione del rischio	1,1%
Governo della domanda	liste attesa	11,8%
	tassi di fuga	0,5%
	capacità di rispondere alle aspettative degli utenti	8,0%
Miglioramento organizzativo	azioni di riorganizzazione	11,0%
	clima organizzativo	1,6%
	sviluppo know how nel personale	4,3%
Altro (es. adempimenti obblighi informativi)		1,6%

In questo caso, l'area dell'efficienza gestionale raggruppa oltre il 45% degli indicatori (con un'elevatissima prevalenza di quelli relativi alla produttività e alla sua valorizzazione) ed è seguita dall'area di governo della domanda (20,4% degli indicatori e forte di quelli relativi al contenimento delle liste di attesa), dall'area del miglioramento organizzativo (18,5%) e, infine, da quella relativa alla qualità e appropriatezza.

Anche in questo caso, la maggiore rilevanza dell'area governo della domanda, rispetto a quella della qualità e appropriatezza, si rileva del tutto coerente con la natura del ruolo che dovrebbe tipicamente assolvere il distretto.

Entrando nel dettaglio dei singoli indicatori, emerge come tra le aree meno presidiate ci sia quella relativa al governo dei tassi di fuga, che, in molte realtà regionali (eccetto quelle con modello «a centralità regionale») si configura come una delle aree rispetto alle quali le ASL sono maggiormente responsabilizzate.

Dall'analisi dei questionari relativi al CdR di Radiologia/Diagnostica per immagini (Tabella 15.8), si evidenzia, ancora una volta, l'elevata importanza attribuita al perseguimento di obiettivi di efficienza gestionale (in media

36,9%; AO 37,8% e ASL 36%). In questo caso, però, a differenza della Chirurgia la seconda area per importanza è quella relativa al miglioramento organizzativo gestionale (in media 24,9%), che fa però registrare una differenza notevole tra AO (31,1%) e ASL (18,6%). Per le AO, dunque, nel caso dei servizi diagnostici, in cui i processi produttivi sono per loro natura maggiormente standardizzati rispetto alle chirurgie, sembra emergere una maggiore attenzione sullo sviluppo di capacità di organizzazione del servizio, che forse indirettamente potrebbero rappresentare delle *proxy* rispetto alle tanto odiate, dai medici, liste di attesa.

Con riferimento specifico alle ASL, invece, gli obiettivi organizzativi sono gli ultimi per importanza e sono preceduti, oltre che da quelli di efficienza gestionale anche da quelli di qualità e appropriatezza (23%) e governo della domanda (20,5%). Al contrario, nelle AO, questi ultimi rappresentano solo l'11% degli indicatori utilizzati.

Entrando nel dettaglio dei singoli indicatori, le aziende sembrano differenziarsi in maniera ancora più significativa e laddove nelle AO gli indicatori relativi ad azioni di riorganizzazione rappresentano oltre un quarto della totalità delle mi-

Tabella 15.8 **Obiettivi e indicatori del Centro di responsabilità Radiologia/Diagnostica per immagini (ASL e AO)**

Obiettivo	Tipologia di indicatori	AO	ASL	Totale
Efficienza gestionale	produttività e valorizzazione della produzione	18,3%	18,6%	18,5%
	governo dei costi fissi e variabili	11,0%	9,3%	10,2%
	rapporto costi-produzione	6,1%	6,2%	6,2%
	rapporto proventi-costi	2,4%	1,9%	2,2%
Qualità/ appropriatezza	riorientamento mix produzione	1,8%	6,8%	4,3%
	percorsi diagnostico terapeutici	4,3%	9,3%	6,8%
	eccellenza dei processi	3,7%	3,1%	3,4%
	gestione del rischio	9,8%	3,7%	6,8%
Governo della domanda	liste attesa	7,3%	18,0%	12,6%
	tassi di fuga	0,0%	1,9%	0,9%
	capacità di rispondere alle aspettative degli utenti	3,7%	0,6%	2,2%
Miglioramento organizzativo	azioni di riorganizzazione	27,4%	14,3%	20,9%
	clima organizzativo	1,2%	1,9%	1,5%
	sviluppo know how nel personale	2,4%	2,5%	2,5%
Altro (es. adempimenti obblighi informativi)		0,6%	1,9%	1,2%

surazioni effettuate, nelle ASL a prevalere sono gli indicatori relativi alla produttività e alla sua valorizzazione (18,6%) e, in misura quasi equivalente, quelli relativi ad una corretta gestione dei tempi di attesa (18%) che, al contrario, sembrano essere presidiati solo in misura minima nelle AO (7,3%).

Fortemente differenziate risultano, infine, le scelte relative al peso da dare ad indicatori di riorientamento del mix di produzione (1,8% nelle AO vs 6,8% nelle ASL), utilizzo di PDTA (4,3% nelle AO vs 9,3% nelle ASL) e gestione del rischio clinico (9,8% nelle AO vs 3,7% nelle ASL).

Se si analizza, infine, il set di indicatori definiti per il CdR Personale (Tabella 15.9), che è caratterizzato, come detto sopra, dal minor numero di oggetti di responsabilizzazione, emerge come l'area più presidiata sia quella relativa al miglioramento organizzativo che, complessivamente, raccoglie il 39,5% degli indicatori utilizzati, con una forte eterogeneità tra le diverse tipologie di aziende (48,9% nelle AO vs 34,6% nelle ASL). A quest'area segue, per importanza, quella relativa all'efficienza gestionale, con un peso pari, complessivamente al 37,6% (26,7% nelle AO vs 43,4% nelle ASL). In sintesi, la somma di queste macrocate-

Tabella 15.9 **Obiettivi e indicatori del Centro di responsabilità Gestione del Personale (ASL e AO)**

Obiettivo	Tipologia di indicatori	AO	ASL	Totale
Efficienza gestionale	produttività e valorizzazione della produzione	2,2%	20,2%	14,0%
	governo dei costi fissi e variabili	18,9%	22,0%	20,9%
	rapporto costi-produzione	2,2%	0,6%	1,2%
	rapporto proventi-costi	3,3%	0,6%	1,6%
Qualità/ appropriatezza	riorientamento mix produzione	0,0%	1,2%	0,8%
	percorsi diagnostico terapeutici	1,1%	0,0%	0,4%
	eccellenza dei processi	1,1%	0,6%	0,8%
	gestione del rischio	4,4%	0,0%	1,6%
Governo della domanda	liste attesa	1,1%	0,0%	0,4%
	tassi di fuga	0,0%	0,0%	0,0%
	capacità di rispondere alle aspettative degli utenti	3,3%	1,2%	1,9%
Miglioramento organizzativo	azioni di riorganizzazione	40,0%	25,6%	30,6%
	clima organizzativo	3,3%	3,0%	3,1%
	sviluppo know how nel personale	5,6%	6,0%	5,8%
Altro (es. adempimenti obblighi informativi)		13,3%	19,0%	17,1%

gorie di obiettivi rappresenta il 78% degli indicatori utilizzati nelle ASL e il 75,5% di quelli utilizzati nelle AO.

La quasi totale assenza di indicatori riferibili alle aree del governo della domanda e della qualità appropriatezza fa pensare, oltre che alla difficoltà di valutare qualitativamente e quantitativamente le attività svolte dai servizi amministrativi, ad una mancanza di propensione da parte degli stessi ad intendere il proprio ruolo come di supporto alle U.O. sanitarie, che dovrebbero essere considerate, secondo Mintzberg (1983) clienti interni e quindi rappresentare la loro potenziale domanda.

Entrando nel dettaglio delle specifiche misurazioni emerge come, nelle AO quasi due terzi di indicatori siano riconducibili alle azioni di riorganizzazione (40%) e di governo dei costi fissi e variabili (18,9%). Il quadro si presenta differente nelle ASL dove gli indicatori relativi alle azioni di riorganizzazione rappresentano il 25,6%, quelli per il contenimento dei costi il 22% e gli indicatori di produttività il 20,2%.

In sintesi, emerge un quadro piuttosto complesso caratterizzato da:

- ▶ Elevata variabilità nel numero di indicatori utilizzati nelle diverse unità organizzative analizzate;
- ▶ Forte differenziazione tra le due tipologie di aziende alle quali è stato sottoposto il questionario (ASL e AO);
- ▶ Sensibile disomogeneità nella tipologia di aree di risultato oggetto di maggiore misurazione tra le diverse UU.OO. e, nell'ambito dello stesso CdR, tra ASL e AO;
- ▶ Differenti politiche aziendali, nell'ambito della stessa area di risultato, tra le diverse tipologie di indicatori utilizzati.

Nonostante gli elevati livelli di diversificazione, appare chiara l'estrema importanza attribuita alle misure espressione di efficienza gestionale e, nello specifico, della produttività di U.O., così come risulta evidente come si affidi ai sistemi di programmazione e controllo la funzione di presidiare le dinamiche di cambiamento organizzativo più strutturali e formalizzate, ma non delle componenti *soft* che alle stesse sono associate e che si traducono in obiettivi di clima organizzativo e di sviluppo del *know how* del personale.

Allo stesso tempo, due dimensioni alle quali il recente dibattito assegna grande rilevanza, ovvero il raggiungimento di livelli di eccellenza nelle prestazioni e il governo della mobilità passiva (che viene spesso interpretata come *proxy* della percezione del livello qualitativo dell'offerta sanitaria), risultano costantemente trascurate e solo in pochissimi casi indagate dagli strumenti di P&C utilizzati dalle aziende sanitarie.

15.4.3 I fabbisogni informativi

L'ultima area indagata dal questionario fa riferimento alla ricostruzione dei fabbisogni informativi che influenzano le scelte in termini di indicatori da utilizzare. Per semplificare la presentazione grafica dei risultati, a ciascuno dei fabbisogni informativi ipotizzati (§ 15.3) è stata assegnata una lettera, come indicato nella Tabella 15.10.

Di seguito verranno presentati i dati in relazione alle 4 unità organizzative oggetto di indagine, distinguendo, per ciascuna di esse, tra i diversi obiettivi e le relative classi di indicatori proposte.

Con riferimento al CdR di Chirurgia (Tabella 15.11) è possibile identificare chiaramente l'influenza di fabbisogni informativi esterni nella scelta degli indicatori di valutazione delle performance da utilizzare.

Si evidenzia, infatti, come tutte le differenti tipologie di indicatori derivino, in molte realtà, dalla necessità di soddisfare delle aree di risultato che pertengono a logiche esterne, in primis collegate alla misurazione della performance d'azienda o del Direttore Generale effettuate dalla regione di riferimento.

Questo è particolarmente evidente negli indicatori relativi al margine di contribuzione (rapporto proventi-costi) che, almeno nelle AO, è influenzato da tale fabbisogno nei due terzi delle realtà che li utilizzano. Anche le misurazioni relative alle liste d'attesa rispondono prevalentemente alle esigenze legate al perseguimento degli obiettivi del DG o dell'azienda nel suo complesso nel 65% delle ASL e nel 46,2% delle AO. Un po' più limitato il peso assunto da altre necessità informative esterne, ad eccezione di alcuni casi, ad esempio quello relativo al governo dei costi fissi e variabili che, in oltre un terzo dei casi, è influenzato dalla categoria residuale «altro» che, in maniera pressoché sistematica, fa riferimento alle azioni definite dai piani di rientro, al cui rispetto sono tenute le regioni che hanno fatto registrare livelli elevati di disavanzo sanitario.

Tabella 15.10 **Corrispondenza tra fabbisogno informativo e lettera alfabetica**

Fabbisogno esterno	Lettera
Flussi legati alla valutazione della performance d'azienda o del DG	A
Flussi di carattere statistico (legati a flussi ministeriali o altro)	B
Linee guida regionali sul budget e/o il controllo di gestione	C
Altre linee guida (ad esempio, linee guida sulla qualità, <i>Joint Commission</i> o altro)	D
Altro (ad esempio, adempimenti di obblighi informativi straordinari)	E

Tabella 15.11 I fabbisogni informativi del U.O. Chirurgia (ASL e AO)

Obj	Tipologia di indicatori	Azienda	Fabbisogno interno	Fabbisogno esterno				
				A	B	C	D	E
Efficienza gestionale	produttività e valorizzazione della produzione	AO	78,3%	15,2%	2,2%	2,2%		2,2%
		ASL	51,2%	43,9%	4,9%			
	governo dei costi fissi e variabili	AO	28,0%	32,0%		4,0%	4,0%	32,0%
		ASL	66,7%	11,1%		16,7%		5,6%
	rapporto costi-produzione	AO	75,7%	24,3%				
		ASL	38,5%	50,0%		11,5%		
	rapporto proventi-costi	AO	33,3%	66,7%				
		ASL	66,7%	33,3%				
Qualità/appropriatezza	riorientamento mix produzione	AO	52,4%	16,7%			14,3%	16,7%
		ASL	41,5%	41,5%	7,3%	7,3%	2,4%	
	percorsi diagnostico terapeutici	AO	26,1%	21,7%	13,0%	8,7%	17,4%	13,0%
		ASL	40,9%	40,9%		4,5%	13,6%	
	eccellenza dei processi	AO	60,0%	20,0%		6,7%	13,3%	
		ASL	50,0%	50,0%				
	gestione del rischio	AO	20,0%	20,0%		25,0%	35,0%	
		ASL	40,0%	10,0%	5,0%		30,0%	15,0%
Governo domanda	liste attesa	AO	7,7%	46,2%		15,4%	7,7%	23,1%
		ASL	20,0%	65,0%	5,0%	10,0%		
	tassi di fuga	AO					100,0%	
		ASL	60,0%		40,0%			
	capacità di rispondere alle aspettative degli utenti	AO	66,7%	25,0%		8,3%		
		ASL	57,1%	28,6%	14,3%			
Miglioramento organizzativo	azioni di riorganizzazione	AO	36,8%	14,0%	10,5%	1,8%	14,0%	22,8%
		ASL	57,1%	17,9%	17,9%	3,6%	3,6%	
	clima organizzativo	AO	100,0%					
		ASL	75,0%	25,0%				
	sviluppo know how nel personale	AO	50,0%	20,0%			30,0%	
		ASL	66,7%	33,3%				
Altro		AO		75,0%	25,0%			
		ASL	33,3%		33,3%			33,3%

Molto forti sono, anche in quest'ambito, le eterogeneità tra le varie classi di aziende:

- Rispetto agli indicatori di efficienza gestionale emergono sistematicamente scelte differenti tra ASL e AO. Ad esempio, gli indicatori di produttività sono frutto di una scelta interna in quasi l'80% delle AO, ma di poco più del 50% nelle ASL (che invece sono influenzate da fabbisogno di valutazione della performance aziendale o del DG nel 43,9% dei casi). Una situazione analoga si presenta anche nel caso degli indicatori relativi al rapporto costi- produzione. Al contrario, rispetto al governo dei costi fissi e variabili, le AO sono, di fatto, influenzate nel 64% dei casi o da necessità informative di tipo A o dai già citati piani di rientro, mentre la situazione è opposta nelle ASL. Sintomatico anche il dato relativo agli indicatori di margine, dove la situazione di ASL e AO è perfettamente speculare.
- Rispetto agli indicatori di qualità e appropriatezza, si presenta minore variabilità per tipologia di azienda, ad eccezione degli indicatori relativi alla gestione del rischio (e, in parte, anche dei PDTA), rispetto ai quali, comunque, appare uniforme il peso delle linee guida regionali sulla qualità.
- In relazione agli indicatori di governo della domanda, si registra una forte dispersione tra i differenti fabbisogni informativi e l'influenza, ancora una volta e ancora per le AO, delle misure contenute nei piani di rientro (E).
- In relazione all'area del miglioramento organizzativo, è opportuno evidenziare come in quasi un quarto delle AO derivino dalle misure di razionalizzazione previste dalle misure di copertura dei disavanzi (E).

Se si analizza il quadro relativo alle scelte sugli indicatori da utilizzare per il CdR del Distretto (Tabella 15.12), l'impatto di fabbisogni informativi esterni risulta, di fatto, più limitato e spesso, per la stessa misura, disperso su una pluralità di aree differenti.

In ogni area di obiettivi analizzata, la maggior parte degli indicatori deriva prevalentemente da fabbisogni informativi interni, ad eccezione di quella relativa al governo della domanda (che peraltro assume grande rilevanza nel complesso delle attività assegnate ai distretti e alle ASL), i cui indicatori al massimo nel 50% dei casi sono definiti attraverso una scelta autonoma e interna all'azienda.

Passando all'analisi dei CdR di Radiologia / Diagnostica per immagini (Tabella 15.13), appare evidente un approccio radicalmente differente rispetto alle due UU.OO. fin qui analizzate.

Emerge in maniera chiara come le aziende si facciano, di fatto, guidare solo da fabbisogni esterni nel momento in cui si vanno a definire degli indicatori per questa area. L'influenza è particolarmente accentuata nel caso di linee guida sulla qualità e l'accreditamento, ma risulta altrettanto forte anche con riferimento alle indicazioni regionali sulla gestione dei flussi informativi di contabilità analitica. In quest'ultimo caso appare evidente il ruolo di centro di produzione prevalentemente intermedio assegnato a questo tipo di CdR. Inoltre, forse perché meno

Tabella 15.12 **I fabbisogni informativi dell'U.O. Distretto (solo ASL)**

Obj	Tipologia di indicatori	Fabbisogno interno	Fabbisogno esterno				
			A	B	C	D	E
Efficienza gestionale	produttività e valorizzazione della produzione	64,9%	15,3%	0,9%	2,7%	12,6%	3,6%
	governo dei costi fissi e variabili	44,7%	36,2%		14,9%		4,3%
	rapporto costi-produzione	88,9%	11,1%				
	Rapporto proventi-costi	100,0%					
Qualità/ appropriatezza	riorientamento mix produzione	66,7%	33,3%				
	Percorsi diagnostico terapeutici	51,6%	41,9%	3,2%			3,2%
	eccellenza dei processi	75,0%	16,7%			8,3%	
	gestione del rischio			25,0%		25,0%	50,0%
Governo domanda	liste attesa	43,2%	38,6%	6,8%	9,1%		2,3%
	tassi di fuga	50,0%			50,0%		
	capacità di rispondere alle aspettative degli utenti	50,0%	33,3%	3,3%	6,7%		6,7%
Miglioramento organizzativo	azioni di riorganizzazione	56,1%	19,5%	7,3%	4,9%	4,9%	7,3%
	clima organizzativo	100,0%					
	sviluppo know how nel personale	37,5%	62,5%				
Altro	16,7%	33,3%		16,7%		33,3%	

sottoposto a pressioni esterne rispetto al governo della produzione e dei costi correlati, nonché in virtù del fatto che tende ad interfacciarsi, in misura maggiore rispetto ad altre unità, sia con altre articolazioni organizzative dell'azienda, sia con i pazienti, quest'area viene individuata come campo privilegiato di studio per la definizione delle politiche regionali di sviluppo della qualità e dell'eccellenza.

In quest'area, a differenza di quella chirurgica, non si registrano sostanziali differenze nelle scelte effettuate da ASL e AO, se non in relazione all'attivazione di azioni di riorganizzazione nell'ambito degli obiettivi di miglioramento organizzativo, che nelle ASL sono frutto delle previsioni contenute nelle linee guida regionali su qualità, accreditamento istituzionale e accreditamento all'eccellenza, mentre per le AO derivano da una pluralità di fabbisogni informativi.

L'approccio si rovescia completamente nel caso degli indicatori utilizzati per il CdR di Gestione del Personale (Tabella 15.14), dove le scelte prevalenti sono interne o legate a processi di misurazione della performance d'azienda o di valutazione del Direttore Generale.

Tabella 15.13 **I fabbisogni informativi dell'U.O. Radiologia / Diagnostica per immagini (ASL e AO)**

Obj	Tipologia di indicatori	Azienda	Fabbisogno interno	Fabbisogno esterno				
				A	B	C	D	E
Efficienza gestionale	produttività e valorizzazione della produzione	AO	3,3%		16,7%	76,7%	3,3%	
		ASL			36,7%	63,3%		
	governo dei costi fissi e variabili	AO	16,7%		38,9%	38,9%	5,6%	
		ASL			46,7%	53,3%		
	rapporto costi-produzione	AO			20,0%	70,0%	10,0%	
		ASL			20,0%	60,0%	20,0%	
	Rapporto proventi-costi	AO			50,0%	50,0%		
		ASL				100,0%		
Qualità/ appropriatezza	riorientamento mix produzione	AO		33,3%		66,7%		
		ASL	9,1%		18,2%	72,7%		
	Percorsi diagnostico terapeutici	AO	14,3%		57,1%	28,6%		
		ASL			40,0%	46,7%	13,3%	
	eccellenza dei processi	AO	33,3%		16,7%	50,0%		
		ASL	20,0%		20,0%	60,0%		
	gestione del rischio	AO	31,3%	43,8%		18,8%	6,3%	
		ASL	50,0%	33,3%		16,7%		
Governo domanda	liste attesa	AO	16,7%		41,7%	33,3%	8,3%	
		ASL	3,4%	3,4%	62,1%	27,6%	3,4%	
	tassi di fuga	ASL				100,0%		
	capacità di rispondere alle aspettative degli utenti	AO				100,0%		
		ASL				100,0%		
Miglioramento organizzativo	azioni di riorganizzazione	AO	15,6%	6,7%	4,4%	20,0%	51,1%	2,2%
		ASL	4,3%			17,4%	78,3%	
	clima organizzativo	AO				100,0%		
		ASL				100,0%		
	sviluppo know how nel personale	AO			50,0%	50,0%		
		ASL			75,0%	25,0%		
Altro		AO			100,0%			
		ASL	33,3%			66,7%		

Tabella 15.14 **I fabbisogni informativi del CdR Personale (ASL e AO)**

Obj	Tipologia di indicatori	Azienda	Fabbisogno interno	Fabbisogno esterno				
				A	B	C	D	E
Efficienza gestionale	produttività e valorizzazione della produzione	AO	100,0%					
		ASL	44,1%	29,4%	14,7%			11,8%
	governo dei costi fissi e variabili	AO	41,2%	41,2%	11,8%	5,9%		
		ASL	24,3%	62,2%	13,5%			
	rapporto costi-produzione	AO	100,0%					
		ASL	100,0%					
	Rapporto proventi-costi	AO	33,3%	66,7%				
		ASL	100,0%					
Qualità/appropriatezza	riorientamento mix produzione	ASL						100,0%
	Percorsi diagnostico terapeutici	AO	100,0%					
	eccellenza dei processi	AO	100,0%					
		ASL	100,0%					
	gestione del rischio	AO					100,0%	
Governo domanda	liste attesa	AO	100,0%					
	capacità di rispondere alle aspettative degli utenti	AO	33,3%	33,3%	33,3%			
		ASL	50,0%					50,0%
Miglioramento organizzativo	azioni di riorganizzazione	AO	30,6%	38,9%	22,2%		8,3%	
		ASL	62,8%	25,6%	9,3%		2,3%	
	clima organizzativo	AO	100,0%					
		ASL	60,0%	20,0%				20,0%
	sviluppo know how nel personale	AO	60,0%	20,0%			20,0%	
		ASL	40,0%	20,0%			30,0%	10,0%
Altro		AO	50,0%	41,7%				8,3%
		ASL	31,3%	43,8%	3,1%			21,9%

Significativi risultano, in questo caso, nell'ambito dell'area di efficienza gestionale, gli indicatori relativi al governo dei costi fissi e variabili, che derivano, seppur con qualche differenziazione tra ASL e AO, prevalentemente da fabbisogni informativi esterni all'azienda.

Al contrario, bisogna rilevare la peculiarità degli indicatori di rapporto tra proventi e costi della produzione (e di quelli relativi alle azioni di riorganizzazione)

che, nel caso delle AO, deriva da scelte collegate a processi di misurazione della performance aziendale o di risultato del direttore generale.

In sintesi, emerge un quadro piuttosto complesso caratterizzato da:

- ▶ Elevata variabilità nelle tipologie di fabbisogno informativo soddisfatto;
- ▶ Forte differenziazione tra le due tipologie di aziende alle quali è stato sottoposto il questionario (ASL e AO);
- ▶ Sensibile disomogeneità nel fabbisogno soddisfatto tra i differenti CdR;
- ▶ Differenti politiche aziendali, nell'ambito della stessa area di risultato, tra le diverse tipologie di indicatori utilizzati per soddisfare differenti fabbisogni informativi.

Nonostante gli elevati livelli di diversificazione, appare chiara l'estrema importanza attribuita agli indicatori costruiti per responsabilizzare su obiettivi che riguardano la performance aziendale o la valutazione dei direttori generali.

Allo stesso tempo, è possibile apprezzare il peso generalizzato in tutte le aziende indagate delle politiche regionali, nonché, in alcuni casi specifici, dei vincoli posti dai meccanismi della finanza pubblica e, nello specifico, dei piani di rientro dal disavanzo sanitario.

15.5 Conclusioni

Negli ultimi anni i sistemi di misurazione delle performance hanno rivestito, nelle aziende sanitarie, un ruolo fondamentale.

La maggior parte delle aziende si sono infatti confrontate con la sfida posta dalla misurazione delle prestazioni erogate e delle risorse assorbite non solo a livello complessivo, ma a livello di singola articolazione organizzativa, costruendo sistemi coordinati di programmazione e controllo dei risultati effettivamente raggiunti.

L'introduzione di tali sistemi ha posto il problema della misurazione come elemento centrale per la gestione e il governo delle aziende e ha consentito lo sviluppo di processi di delega e di decentramento decisionale. La possibilità di responsabilizzare su di un sistema combinato di risorse e risultati, ha, infatti, reso possibile l'attribuzione di spazi significativi di autonomia, facendo venire meno la necessità di una rigida sovraordinazione gerarchica a fini di controllo (Del Vecchio 2003).

Il concetto di performance ha però assunto nel tempo connotazioni distinte, passando da un approccio tipicamente tradizionale che privilegia gli aspetti economico-finanziari ad approcci maggiormente innovativi che rileggono i risultati in ottica multidimensionale.

Nonostante, anzi, forse proprio a fronte di, questo processo di evoluzione,

l'ambiguità del concetto di performance nell'azienda sanitaria pubblica rimane molto alta. Come si misura, ad esempio, l'efficacia di un intervento chirurgico o della gestione del personale è un problema che difficilmente può trovare risposte oggettive e univoche.

La questione non è, comunque, eminentemente tecnica, e non può quindi essere risolta attraverso la continua ricerca di indicatori perfettibili, ma risulta profondamente legata alle caratteristiche stesse dell'attività sanitaria.

Personalizzazione delle prestazioni, autonomia professionale, non standardizzabilità dei processi, assenza di un meccanismo di scambio sono tutte caratteristiche che rendono soggettiva l'individuazione di adeguati indicatori di performance.

La misurazione è molto più di un insieme di caratteristiche tecniche, in quanto presuppone un modo di governare e di gestire. Certamente l'uso di indicatori di performance esprime una tendenza crescente della società a verificare e valutare l'attività sanitaria. Questo determina da parte delle organizzazioni la necessità di legittimarsi e di dimostrare i risultati del proprio operato attraverso l'applicazione di strumenti di valutazione e attuando controlli crescenti.

E allora la rilevante differenziazione riscontrata nelle scelte adottate in termini di indicatori da utilizzare nei sistemi di programmazione e controllo, differenziazione che si riscontra non solo in tipologie di aziende differenti, ma anche tra unità operative differenti, se pur a fronte di processi di budget ormai consolidati e maturi, non poteva che essere una naturale conseguenza.

Ma la differenziazione degli indicatori utilizzati, oltre ad essere giustificata da una sostanziale soggettività del concetto stesso di performance a fronte di una volontà manifestata dalle stesse aziende di controllare e valutare le complesse attività sanitarie, è giustamente in linea con le specificità di ogni singola azienda, specificità tali che richiedono dimensioni di analisi e valutazione dissimili.

In quest'ottica, il concetto di performance si arricchisce, ma complica ulteriormente il processo di misurazione, potendosi sviluppare solo attraverso indicatori di volta in volta diversi, perché definiti in funzione degli obiettivi perseguiti che possono variare nel tempo, di specie eterogenea e talvolta perfino in contraddizione.

Come l'evidenza ha mostrato, non ha senso teorizzare un approccio universale alla misurazione delle performance, perché lo stesso si sviluppa in maniera differente a seconda delle specificità di ogni singola azienda e delle scelte del management stesso, dando priorità differenziate alle diverse aree oggetto di misurazione, in linea con le criticità specifiche di ogni singola unità organizzativa.

Tutto ciò richiama ancora una volta il concetto che la misurazione non è fine a sé stessa, non è, come dicono Mason e Swanson (1979), di per sé valida perché scientificamente provata, ma è efficace solo se capace di orientare i comportamenti nella direzione voluta.

In tal senso, i diversi indicatori che vengono utilizzati, seppur numerosi, non possono che dare una rappresentazione parziale e approssimativa dei fenomeni oggetto di analisi.

E allora perché spingersi a tale livello di numerosità degli indicatori, come riscontrato in molte delle aziende sanitarie analizzate?

Il rischio è quello di confondere i sistemi di responsabilizzazione con quelli informativi: detto in altri termini, un conto sono le informazioni di cui i professionisti o i soggetti esterni all'organizzazione necessitano per governare e gestire la propria realtà, un altro sono i sistemi di misura che devono essere oggetto di negoziazione e che devono quindi spostare l'attenzione del medico su obiettivi chiave in grado di orientare i suoi comportamenti.

È, infatti, erroneo pensare che più sono gli indicatori e più i *professional* li seguiranno, soprattutto quando alcuni di essi presentano evidenti contraddizioni (aumentare la qualità, ridurre i costi, aumentare il peso medio dei DRG, ridurre le liste di attesa).

E allora attraverso quali criteri le aziende sanitarie potrebbero selezionare un adeguato numero di indicatori di performance?

Selettività o non ridondanza, rappresentano gli elementi fondamentali per fare una diagnosi al proprio set di indicatori che, per essere efficace e orientare concretamente i comportamenti, dovrebbe essere completo in maniera efficiente, cioè riducendo al minimo la numerosità degli indicatori, selezionando dalla «lista della spesa» i più significativi, ossia i più vicini, in termini di catene causali, al risultato che interessa registrare, avendo come punto di riferimento gli obiettivi che si intendono perseguire o i comportamenti che si vogliono stimolare.

Logica che non sempre risulta trasparentemente applicata da alcune delle aziende sanitarie oggetto di indagine, dove invece lo spettro di dimensioni prese in considerazione rischia di appesantire il set di indicatori, mandando in *overload* il sistema di responsabilizzazione senza riuscire ad ottenere i risultati attesi.

Se da un lato, infatti, l'approccio multidimensionale ha il vantaggio di avvicinare il sistema di misurazione delle performance a concetti più vicini ai *professional* (rischio clinico, qualità e appropriatezza, percorsi diagnostico terapeutici), dall'altro rischia, ancora una volta, di fare rientrare nei sistemi di programmazione e controllo ambiti di valutazione che non gli sono propri.

Fortunatamente la ricerca dimostra che ben poche aziende inseriscono, nel set di indicatori, misure tese a valutare il clima organizzativo o altri aspetti tipicamente legati alla capacità di gestire e motivare il personale.

Differente, infatti, deve essere il ruolo assegnato ai sistemi di misurazione delle performance a fini di budget rispetto al più complessivo sistema di valutazione dei dirigenti, che considera un raggio più ampio di dimensioni, comprendendo sia dinamiche legate al raggiungimento di obiettivi di budget che dinamiche più soft, legate ai comportamenti organizzativi che sono tipicamente soggettivi, ossia legati all'individualità della singola persona valutata.

Da ultimo, la ricerca ha evidenziato che la scelta degli indicatori utilizzati per misurare le performance delle singole unità organizzative spesso deriva da adempimenti dell'azienda verso soggetti terzi, in primis la Regione. Ciò rischia di ap-

pesantire il processo di programmazione e controllo, spostandolo verso il perseguimento di finalità che solo in parte coincidono con le strategie dell'azienda e che, essendo influenzate da dinamiche esterne alla stessa, rischiano di non riuscire a generare comportamenti efficaci³.

Se i destinatari dei sistemi di misurazione delle performance sono coloro i quali hanno la responsabilità di conduzione di determinate articolazioni organizzative all'interno dell'azienda, a questi devono essere fornite informazioni e stimoli per modificare i propri comportamenti nella direzione voluta dall'azienda.

Se il sistema degli indicatori viene, invece, costruito facendo riferimento a modelli generalmente riconosciuti e spesso maggiormente coerenti con le informazioni richieste alla Regione, il risultato è spesso quello di un sistema di indicatori insoddisfacenti e non coerenti con le effettive esigenze aziendali.

In tal senso, ciascuna azienda dovrebbe elaborare un sistema di indicatori proprio e che, al di là di riconoscimenti esterni, sia in grado di svolgere efficacemente il suo ruolo all'interno dell'organizzazione, attraverso una funzione di stimolo al miglioramento che vede nella misurazione un'occasione di apprendimento e ripensamento sulle priorità aziendali.

Dall'altra parte, costruire a tutti i costi una coerenza tra condizioni e regole imposte dalla Regione e sistemi di gestione aziendale non costituisce di per sé fonte di valore.

Ciò che invece potrebbe migliorare il sistema di misurazione delle performance adottato è un adeguato coinvolgimento dei *professional* nell'identificazione degli indicatori oggetto di responsabilizzazione, con finalità di facilitare il dialogo tra vertice direzionale e nucleo operativo.

In questo senso possono essere fondamentali sistemi di misurazione multidimensionale delle performance, che tendono ad avvicinare le aspettative della direzione strategica (tipicamente orientata verso risultati economici- finanziari) con quelle dei *professional*, maggiormente interessati agli aspetti clinici.

Avendo analizzato proprietà e caratteristiche estrinseche degli indicatori, è necessario chiedersi in che modo sia possibile continuare nella ricerca. L'attenzione

³ «Le diverse caratteristiche degli indicatori e la loro differente configurazione assumono infatti pieno significato solo in relazione alle specificità del contesto rispetto al quale il sistema di indicatori viene proposto e ai comportamenti che la misurazione è in grado di stimolare. I comportamenti, a loro volta, dipendono, non da astratti principi o generalizzazioni, ma dalle effettive condizioni della aziende e dalle capacità di governare le condotte dei propri collaboratori e indirizzarle nelle direzioni prescelte. In sintesi, i sistemi di indicatori devono essere configurati — e di conseguenza la loro validità può essere giudicata — solo in relazione a ciò che essi si prefiggono di ottenere, allo scopo per cui essi vengono posti in essere e alla loro capacità di perseguire tale scopo. Tale capacità dipende fondamentalmente dalla coerenza tra configurazione prescelta, priorità perseguite e caratteristiche delle aziende di cui si intende guidare il comportamento» (Del Vecchio, 2001).

sulle caratteristiche intrinseche degli stessi indicatori, sui termini di confronto adottati, sull'efficienza dei flussi informativi, rappresentano sicuramente ambiti di indagine interessanti per una possibile continuazione della ricerca. Più in particolare, quali indicatori specificamente siano stati adottati, il loro grado di misurabilità, la loro capacità di esprimere effettivamente una buona misura dell'obiettivo, il significato attribuito ad indicatori differenti, in sintesi, rispetto a che cosa definire un indicatore adeguato o semplicemente accettabile, potranno diventare oggetto di successive analisi.

Dai primi risultati sulle analisi effettuate, a partire dal questionario, sulle caratteristiche intrinseche degli indicatori, emerge una definizione degli stessi molto precisa e puntuale con riferimento all'area di risultato collegata all'efficienza gestionale, ma che tenda a ridursi o a perdersi quasi del tutto sulle aree di qualità e appropriatezza e di miglioramento organizzativo: in questo caso gli indicatori diventano eccessivamente articolati, di difficile lettura e comprensione, spesso difficili da misurare.

Inoltre, in termini di responsabilità sulla produzione e gestione dei dati in grado di misurare gli indicatori, appare evidente che, se sull'efficienza gestionale i flussi informativi per un unico indicatore vengono gestiti da uno o due uffici (in genere l'ufficio controllo di gestione e la direzione sanitaria), per tutti gli altri indicatori intervengono, contemporaneamente, più articolazioni e non necessariamente di *staff*: dall'ufficio qualità a quello tecnico, dal servizio economico finanziario a quello dei sistemi informativi, dalla direzione amministrativa a quella di presidio, dall'ufficio acquisti alle stesse unità organizzative di *line*. In questo quadro i tempi di produzione dei dati rischiano di dilatarsi e gli stessi indicatori risultano di più difficile definizione *ex ante* e di problematica gestione e valutazione *ex post*, con il rischio di ridurre l'efficacia.

Bibliografia

- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- Amigoni F. (1995, a cura di), *Misurazioni d'azienda: programmazione e controllo*, Giuffrè, Milano.
- Anessi Pessina E. (2002) «I sistemi di programmazione e controllo: lo stato dell'arte», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, EGEA, Milano.
- Anessi Pessina E., Bergamaschi M. e Zavattaro F., (1994), «L'introduzione dei sistemi gestionali nelle aziende sanitarie in Emilia Romagna. Prima fase: la contabilità per centri di costo», in *Mecosan* n. 9, Sipis, Roma.
- Anessi Pessina E., Pinelli N. (2003), «L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione. Sistemi di contabilità generale e di programmazione e controllo».

- lo», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, EGEA, Milano.
- Anthony R. N., Young D.W. (1992), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, Mc Graw Hill, Milano.
- Anton H.R. (1964), «Some aspects of measurement and accounting», in *Journal of Accounting Research*, Vol. 2, Spring, pp. 1-10.
- Arrow K.J. (1963), *Social Choice and Individual Values*, Yale University Press, 2nd ed., New Haven.
- Bailey K.P. (1991), *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Baraldi S. (2000) *Le performance manageriali*, MC Graw Hill, Milano
- Baraldi S. (2005), *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- Bergamaschi M. (2000), «Il collegamento tra budget e sistema premiante nella aziende sanitarie», in Casati G. (2000, a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- Bergamaschi M. (2004), «Logiche e strumenti emergenti di programmazione e controllo», *Economia e Management*, 2004, n. 5.
- Broadbent J., Laughlin, R. and Read, S. (1991), «Recent financial and administrative changes in the NHS: a critical theory analysis», in *Critical Perspectives on Accounting*, Vol. 2 No. 1, pp. 1-29.
- Canadian Comprehensive Accounting Foundation (CCAF) (1987), *Canadian Hospitals: Accountability and Information for Cost Effectiveness – An Agenda for Action*, CCAF, Ottawa
- Carpenter V.L. (1990), «Improving accountability: evaluating the performance of public health agencies», in *Government Accountants Journal*, Vol. XXXIX No. 3, pp. 43-76.
- Casati G, Frosini F. (2002) «La gestione del budget nelle aziende sanitarie: aspetti critici», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, EGEA, Milano.
- Casati G. (2000, a cura di), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill, Milano.
- Casati G. (1996, a cura di), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- Cerbioni F. (2000), *Il budget nel sistema di controllo di gestione*, Giappichelli, Torino.
- Chambers R.J. (1965), «Measurement in accounting», in *Journal of Accounting Research*, Vol. 3 No. 1, Spring, pp. 32-62.
- Churchman C. (1971), «On the facility, felicity and morality of measuring social change», in *Accounting Review*, Vol. XLVI No. 1, pp. 30-5.
- Del Vecchio M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, EGEA, Milano.

- Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano.
- Del Vecchio M. (2003), «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, EGEA, Milano.
- Donabedian A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor.
- Fattore G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, EGEA, Milano.
- Francesconi A. (2003), *Misurare, programmare e controllare: applicazioni alla sanità e agli enti locali*, Cedam, Padova.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1992), *The balance score card: measures that drive performance*, Harvard Business Review, Jan-Feb, Boston.
- Lecci F., Longo F. (2004), «Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, EGEA, Milano.
- Lega F, Vendramini E. (2008), *Budgeting e performance management in the Italian National Health System (INHS)*, Journal of health organization and management, vol. 22, n.1.
- Lega F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità: il caso dell'Azienda Ospedaliera L. Sacco di Milano*, Mc Graw Hill, Milano.
- Luder K.G. (1992), «A contingency model of governmental accounting innovations in the politicaladministrative environment», in *Research in Governmental and Nonprofit Accounting*, Vol. 7, pp. 99-127.
- Maggi D. (2003), *Sistemi di controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
- Mason R. O., Swanson E. B. (1979), «Measurement for management decision: A perspective», *California Management Review*, 21, 3, 70-81.
- McCarthy S.P. (1987), «Performance indicators as a tool of management in HM customs and excise», in *Journal of Operational Research*, Vol. 38 No. 10, pp. 941-8.
- Neely A. (1999), *The performance measurement revolution: why now and what next*, International Journal of Operation & Production Management, vol. 1, n. 1.
- Orford R.J. (1992), «Negative political feedback: an examination of the problem of modelling political response in public sector effectiveness auditing: a comment», in *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 5 No. 1, pp. 29-34.
- Perks R. e Glendinning R. (1981), «Performance indicators applied to nationalised industries», in *Management Accounting*, October 1981, pp. 22-4.
- Pollitt C. (1984), «Blunt tools: performance measurement in policies for healthca-

- re», in *Omega International Journal of Management Science*, Vol. 12 No. 2, pp. 131-40.
- Simons R. (1995), *Levers of control*, Boston, Harvard Business School Press, Boston.
- Simons R. (2004), *Sistemi di controllo e misure di performance*, EGEA, Milano.
- Smith P. (1992), «Negative political feedback: an examination of the problem of modelling political responses in public sector effectiveness auditing», in *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, Vol. 5 No. 1, pp. 5-20.
- Van Peurseem K.A., Pratt M.J. e Lawrence S.R. (1995), «Health management performance. A review of measures and indicators», in *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 8 No. 5, pp. 34-70.
- Vendramini E. (2004), *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, McGraw Hill, Milano.
- Williams A. (1985), «Performance measurement in the public sector: paving the road to hell?», in Arthur Young Lecture (WP)7, *Department of Accountancy*, School of Financial Studies, University of Glasgow, Glasgow.
- Zavattaro F. (1993), «Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario», in *Mecosan*, n. 5, 1993, Sipis, Roma.

16 Il project finance: quali lezioni dalle esperienze internazionali?

Fabio Amatucci, Mark Hellowell e Veronica Vecchi¹

16.1 Introduzione

Nel Rapporto OASI 2007 (Amatucci, Germani e Vecchi 2007) è stata presentata una metodologia di analisi, basata sulle tecniche del *capital budgeting*, per la valutazione della dimensione economica e finanziaria delle operazioni di project finance (di seguito PF). L'analisi aggregata di dodici operazioni ha evidenziato un debole potere negoziale delle aziende sanitarie italiane, che ha determinato rendimenti per l'operatore privato superiori a quelli medi di mercato. Questo ha portato ad affermare che la non convenienza dello strumento è in gran parte legata alla carenza dei processi di valutazione e alla scarsa diffusione di strumenti di analisi economico-finanziaria da applicare in fase di programmazione e negoziazione.

Nel Regno Unito, la maggior convenienza del PF rispetto all'impiego di capitali pubblici secondo modalità tradizionali di finanziamento è una delle principali motivazioni addotte dal Governo per giustificare la sua politica a favore del PF (che nel Regno Unito è chiamato Private Finance Initiative – PFI). Le valutazioni di convenienza sono condotte utilizzando il cosiddetto «value for money test», basato sul confronto tra il costo dell'operazione in PF e quello relativo a modalità tradizionali di finanziamento². Tale valutazione si è però rivelata più formale che sostanziale, visto che il PFI rappresenta l'unica opzione finanziaria possibile per la realizzazione di investimenti, come si scrive più avanti.

¹ I paragrafi 16.1, 16.2, 16.4 sono da attribuire a Veronica Vecchi; il paragrafo 16.3 a Mark Hellowell (Research Fellow, Centre for International Public Health Policy, University of Edinburgh); il paragrafo 16.5 a Fabio Amatucci. Il paragrafo 16.6 è, invece, da attribuire a Veronica Vecchi e Fabio Amatucci. Si ringraziano Alessandro Procaccini, autore della tesi di laurea specialistica CLAPI presso l'Università Bocconi dal titolo «Le public-private partnerships per gli investimenti nel settore sanitario: lezioni apprese da Francia, Italia e Regno Unito», per il prezioso supporto nella redazione del paragrafo 16.4 e Sara Santagostino, autrice della tesi di laurea specialistica «Il project finance come strumento di finanziamento degli investimenti nel settore sanitario», per l'aggiornamento dei dati sul PF in Italia.

² Per approfondimenti cfr. Vecchi (2004; 2008a).

Se utilizzato correttamente, il «value for money test» rappresenta comunque una modalità di valutazione efficace. Il suo impiego è stato dunque suggerito anche in Italia per rafforzare il debole processo di valutazione, seppur con alcune varianti rispetto al modello inglese, soprattutto in relazione agli elementi che potrebbero essere soggetti a maggiori manipolazioni, come il trasferimento dei rischi (Vecchi 2004, 2008a). Il test è stato introdotto anche in Francia, che ha più di recente avviato un ampio programma di investimenti in PF: in questo caso esso è gestito in modo centralizzato, per le elevate competenze che richiede e per evitarne un utilizzo distorto. Anche la Spagna lo ha previsto *ex lege* nel 2007, rendendolo obbligatorio per tutte le nuove operazioni di PF.

In tutti i Paesi in cui il PF ha trovato applicazione (Regno Unito, Italia, Francia e in modo più limitato Spagna e Portogallo), la principale motivazione alla base della sua introduzione come strumento di finanziamento è la mancanza di adeguate risorse per far fronte all'obsolescenza del patrimonio sanitario, anche a seguito delle tensioni finanziarie generate dalla gestione della spesa sanitaria corrente e delle forti spinte al contenimento dell'intervento pubblico ai fini della riduzione dell'indebitamento e del rispetto del patto di stabilità. In Italia e nel Regno Unito, unici due Paesi per cui è possibile presentare analisi sui reali costi del PF, si evidenzia però che nei fatti lo strumento ha solo apparentemente permesso di ridurre la spesa per investimenti, in quanto ha generato un forte incremento della spesa corrente, trasferendo l'onere dell'ammodernamento infrastrutturale sulle generazioni future, a causa degli elevati canoni che le aziende sanitarie sono chiamate a corrispondere agli operatori privati. È facile quindi intuire che la necessità di introdurre metodologie di valutazione di convenienza, che rappresenta la principale raccomandazione di questo contributo, in linea con quanto scritto nel Rapporto OASI 2007, non dovrebbe essere finalizzata a giustificare una scelta politica, quanto piuttosto a rafforzare il potere negoziale delle aziende pubbliche e a ridurre i rendimenti degli operatori privati. Ciò permetterebbe, dunque, di migliorare gli effetti sugli equilibri economici d'azienda generati da uno strumento considerato «l'unica strada percorribile» per la realizzazione degli investimenti sanitari.

Alla luce di queste considerazioni appare importante analizzare e discutere le esperienze internazionali, i loro punti di forza e di debolezza, al fine di contribuire a sviluppare una maggior conoscenza e consapevolezza dello strumento tra coloro che sono chiamati a programmarne l'utilizzo e tra coloro che, invece, sono chiamati ad avviare concretamente operazioni di partnership. Il capitolo è articolato in quattro parti:

- la prima parte (§ 16.2), relativa all'Italia, propone un aggiornamento sull'utilizzo del PF. Presenta, inoltre, i risultati di un'analisi condotta su un campione di sette aziende sanitarie, evidenziando in modo più dettagliato rispetto a quanto fatto nel Rapporto OASI 2007 i potenziali recuperi di efficienza nel-

- l'ipotesi di maggiori investimenti in competenze economiche e finanziarie da parte delle aziende sanitarie e delle amministrazioni regionali;
- ▶ la seconda parte (§ 16.3) propone un'analisi critica dell'esperienza anglosassone, che permette di comprendere come la sola messa a disposizione di tecniche di valutazione non sia sufficiente per conseguire una applicazione efficiente dello strumento se manca la capacità dal basso di applicarle concretamente alle operazioni in programmazione e alla negoziazione con gli operatori privati;
 - ▶ la terza parte (16.4), invece, offre una panoramica dell'esperienza francese, che si è fortemente ispirata a quella anglosassone, soprattutto in relazione all'applicazione delle tecniche di valutazione ex ante di convenienza e al forte accentramento del processo decisionale;
 - ▶ la quarta parte (16.5), infine, propone una breve analisi delle principali caratteristiche dell'applicazione del PF alla realizzazione di investimenti sanitari in Spagna e Portogallo.

16.2 Italia

16.2.1 Il mercato italiano del Project Finance

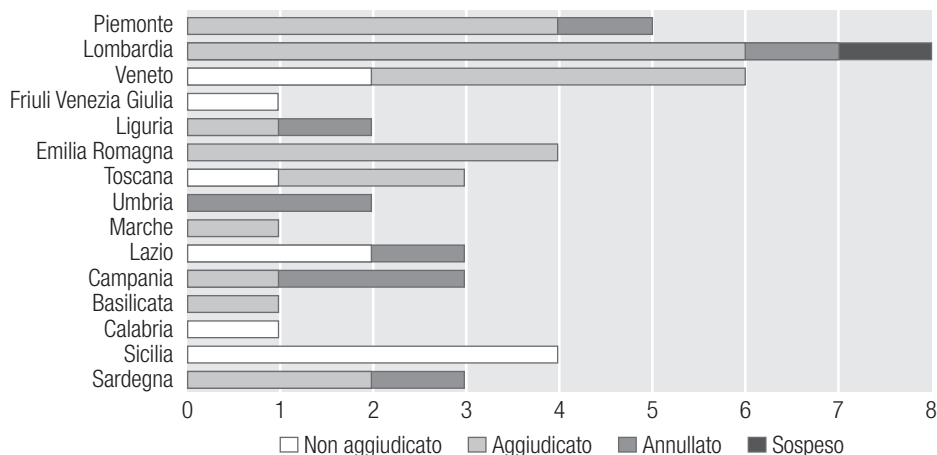
Le operazioni di PF avviate in Italia ammontano a 47³, per un valore complessivo di € 3,9 miliardi. Di queste, il 55% (per un valore di circa € 2,5 miliardi, pari al 64% del valore complessivo degli investimenti) risultano aggiudicate e sono in fase di costruzione e di gestione; il 23% (€ 600 milioni, pari al 15% del valore complessivo degli investimenti) risultano non ancora aggiudicate; infine il 21% (€ 843 milioni, pari al 21% del valore complessivo degli investimenti) è rappresentato da operazioni annullate o sospese.

La maggior parte degli investimenti è stata avviata nelle regioni del Centro-Nord (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana), che presentano anche le minori criticità in termini di operazioni in stallo e annullate (Figura 16.1).

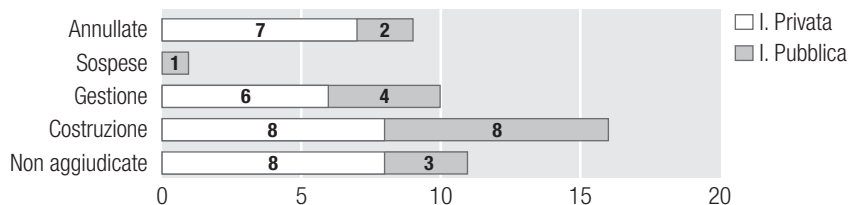
La procedura ad iniziativa pubblica (ex art. 144 D. lgs. 162/06) si conferma quella meno problematica, in altre parole quella che sconta il minor numero di operazioni annullate/sospese e anche quella più utilizzata per le operazioni recentemente avviate e non ancora aggiudicate (in *pipeline*) (Figura 16.2).

La Figura 16.3 presenta l'andamento delle operazioni da un punto di vista cronologico. Con particolare riferimento alle operazioni non aggiudicate, poco meno della metà sono state avviate nell'anno 2007 e la procedura di gara è in corso.

³ I dati sono aggiornati al 30 Maggio 2008 (fonte Infopieffe, www.infopieffe.com, e Amatucci, Germani, Vecchi 2007). Nell'analisi sono state considerate solo le operazioni di valore superiore a € 10 milioni, avviate dalle aziende sanitarie.

Figura 16.1 **Distribuzione geografica delle operazioni di PF**

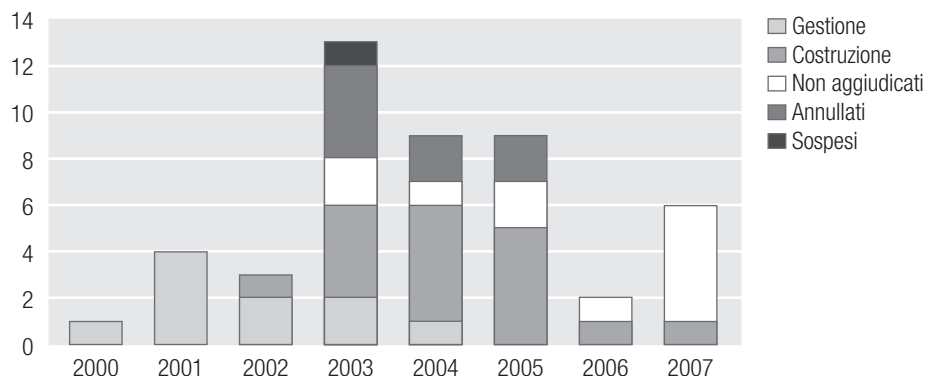
Fonte: nostra elaborazione

Figura 16.2 **Distribuzione delle operazioni di PF per stato di avanzamento e procedura di gara**

Fonte: nostra elaborazione

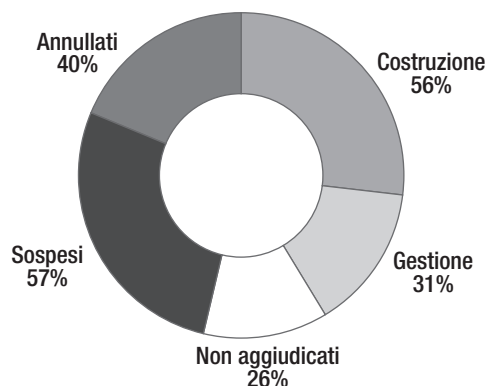
Quelle avviate dal 2002 al 2005 sono, invece, caratterizzate da situazioni di stallo dovute alla mancata approvazione dell'investimento da parte della regione o alla ripubblicazione del bando per gara deserta. Si tratta di operazioni che dovrebbero essere annullate, in quanto non più rispondenti ai fabbisogni che ne avevano suggerito l'avvio o che, comunque, richiederebbero una rilevante modifica del progetto e dei suoi valori economici e finanziari, tanto da suggerire una profonda revisione, che potrebbe avvenire solo attraverso un loro annullamento e un'analisi degli elementi che hanno portato al loro fallimento prima di un eventuale riavvio delle procedure per la selezione del concessionario. La numerosità di queste operazioni è frutto del predominio dell'effetto annuncio sulla programmazione strategica degli investimenti e di una cultura di tipo giuridico-amministrativo su una di tipo manageriale, necessaria per la gestione di operazioni complesse (Amatucci, Germani e Vecchi 2007).

Figura 16.3 Distribuzione delle operazioni per anno di avvio e stato di avanzamento



Fonte: nostra elaborazione

Tratto distintivo e peculiare delle operazioni di PF avviate in Italia è il contributo a fondo perduto, erogato dal soggetto concedente (l'azienda sanitaria) alla società di progetto, come forma di cofinanziamento derivante dalla disponibilità di risorse in conto capitale destinate alla realizzazione dell'investimento, per la maggior parte provenienti dal Programma pluriennale degli investimenti sanitari (ex art. 20 L. 67/88). Queste risorse, da sole, sarebbero insufficienti per far fronte ai fabbisogni finanziari, ma la loro efficiente allocazione potrebbe consentire di limitare l'incidenza dei canoni di PF sul bilancio dell'azienda durante la vita della concessione, rendendo più sostenibile l'operazione. Come già analizzato in Amatucci, Germani e Vecchi (2007), tuttavia, la presenza di disponibilità finanziarie in conto capitale non sempre ha comportato una riduzione dei canoni di PF, a causa delle scarse capacità valutative e negoziali delle aziende sanitarie. Inoltre, diversamente da quanto è diffusamente sostenuto, la presenza di un rilevante contributo a fondo perduto non garantisce il successo dell'operazione. La Figura 16.4 evidenzia, infatti, come le operazioni annullate e sospese presentino un'incidenza molto elevata del contributo a fondo perduto. La stessa Figura evidenzia inoltre come nelle prime operazioni avviate, che attualmente sono in fase di gestione, ci fosse un contributo a fondo perduto sicuramente più limitato rispetto a quanto sia stato garantito negli anni successivi per le operazioni che sono ad oggi in fase di costruzione. Un altro dato sicuramente interessante è la sensibile riduzione dell'incidenza del contributo a fondo perduto per le operazioni non ancora aggiudicate, di recente avvio. Con molta probabilità, questo è però dovuto a una progressiva riduzione delle risorse pubbliche in conto capitale, piuttosto che alla consapevole volontà di ridurre i rendimenti per gli operatori privati o di trasferire pienamente su di essi il rischio di finanziamento dell'investimento.

Figura 16.4 **Incidenza del contributo a fondo perduto per stato delle operazioni**

Fonte: nostra elaborazione

16.2.2 Gli effetti sull'equilibrio economico delle aziende sanitarie

I dubbi sulla convenienza del PF rappresentano uno degli ostacoli sostanziali al suo utilizzo come strumento di riferimento per la realizzazione degli investimenti in edilizia sanitaria in Italia.

Amatucci, Germani e Vecchi (2007) analizzavano, in maniera aggregata, i maggiori oneri derivanti dalla remunerazione del capitale privato investito nelle operazioni di PF nel settore sanitario rispetto ai rendimenti medi di mercato. L'analisi ha chiaramente evidenziato l'esistenza di margini che, se adeguatamente sfruttati, renderebbero più conveniente e sostenibile l'utilizzo del PF.

Di seguito si presenta un'ulteriore analisi, condotta su un campione delle operazioni di PF avviate in Italia (Tabella 16.1). L'analisi conferma in modo puntuale (per singola azienda) i maggiori oneri derivanti da rendimenti sul capitale investito superiori ai livelli di mercato. Evidenzia inoltre che tali rendimenti sono in molti casi ben superiori anche ai rendimenti dichiarati nei documenti ufficiali di gara o di contratto⁴. Si tratta di un ulteriore elemento che conferma l'esistenza di significativi margini di negoziazione sfruttabili dalle aziende sanitarie per garantire maggiori livelli di convenienza e sostenibilità dello strumento.

L'analisi⁵ è stata condotta su un campione di sette aziende sanitarie, selezionate sulla base delle seguenti caratteristiche: distribuzione geografica; tipologia di azien-

⁴ I documenti ufficiali di gara o di contratto sono i piani economici e finanziari, contenuti nelle proposte presentate dagli operatori privati, per quelle operazioni la cui gara è ancora in corso; sono invece i piani economici e finanziari allegati ai contratti di PF per le operazioni aggiudicate e avviate.

⁵ Le fonti utilizzate per tutti i casi analizzati sono omogenee e rappresentate da: (1) documentazione ufficiale del progetto; in particolare piano economico e finanziario e convenzione per i progetti aggiudicati, proposta del proponente privato per quelli non ancora aggiudicati; (2) interviste semi strutturate ai responsabili del procedimento (in tutti i casi riconducibili all'area tecnica) e alle figure

da sanitaria (locale od ospedaliera); tipologia di investimento oggetto dell'operazione (costruzione ex novo, ristrutturazione, ampliamento, realizzazione di strutture accessorie); stato attuale del progetto (in fase di gara, in costruzione, in gestione).

La metodologia di analisi è quella presentata in Amatucci, Germani e Vecchi (2007) ed è basata sul confronto:

- ▶ tra il rendimento del progetto dichiarato nei documenti ufficiali (misurato con il tasso interno di rendimento di progetto, TIRp) e il rendimento di riferimento del mercato (WACC – weighted average cost of capital, pari al 5,5%⁶);
- ▶ tra il rendimento dell'azionista dichiarato nei documenti ufficiali (misurato con il tasso interno di rendimento di azionista, TIRa) e il rendimento di riferimento del mercato (Ke – cost of equity, pari al 9%⁷);
- ▶ tra il rendimento dichiarato dell'azionista e il rendimento effettivo, calcolato dall'autore considerando tutta la cassa generata dal progetto dopo la copertura dei costi di gestione, dei costi di investimento e degli oneri finanziari e senza considerare le politiche di distribuzione dei dividendi, tramite cui gli operatori privati possono modulare l'andamento dei flussi di cassa e quindi dichiarare un rendimento del progetto inferiore a quello effettivo⁸.

La Figura 16.5 evidenzia che i TIR di progetto sono superiori al WACC di mercato per cinque aziende su cinque. Anche il TIR dell'azionista risulta, in quattro casi su sei, maggiore rispetto al Ke di mercato. In cinque casi su sei, infine, il TIR sti-

aziendali coinvolte nel processo decisionale, al fine di raccogliere ogni informazione utile all'analisi dei casi e soprattutto di comprendere il processo valutativo condotto; (3) osservazione diretta del ricercatore, soprattutto in relazione alle modalità di negoziazione tra azienda sanitaria e operatore privato.

⁶ Il WACC è il costo medio ponderato del capitale investito (weighted average cost of capital), la cui formula è la seguente: $(D/D+E) \cdot k_d \cdot (1-T) + (E/E+D) \cdot k_e$, dove D sta per ammontare del capitale di debito, E per ammontare del capitale di rischio, k_d è il costo del capitale di debito, k_e è la remunerazione attesa sul capitale di rischio, T è l'aliquota fiscale media che permette di calcolare attraverso il fattore $(1-T)$ il beneficio fiscale. Il valore del WACC è stato calcolato con riferimento alla leva finanziaria media dei progetti analizzati (pari al 75%), utilizzando un k_d (costo del debito) ai prezzi di mercato (al momento della predisposizione dei piani finanziari dei progetti oggetto di indagine) pari a 5,5% e un k_e (remunerazione attesa sul capitale investito privato) per gli investimenti nel settore sanitario pari al 9%.

⁷ Il valore del 9% è stato definito come somma tra un tasso di interesse su un titolo di stato risk-free a 30 anni (un BTP per esempio), pari al 4%, e un equity market risk premium del 5% (Price-waterhouse Coopers 2002 e UBS 2003). Il k_e medio di mercato risulta pertanto pari al 9%.

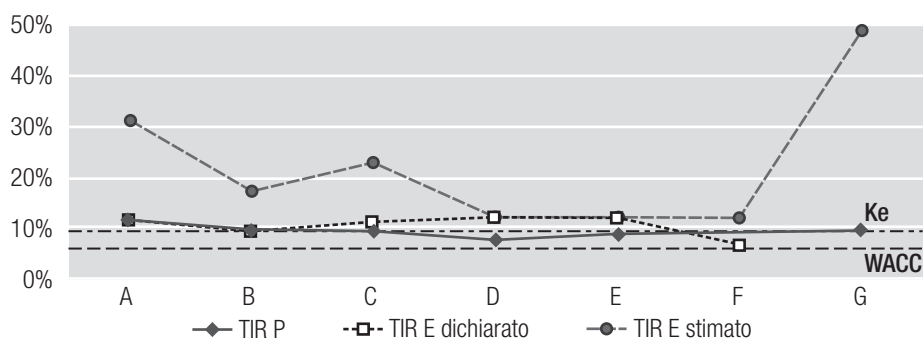
⁸ L'autore ha, cioè, calcolato il rendimento sul capitale investito sulla base del *free cash flow to equity* (FCFE), che non tiene conto delle politiche di distribuzione dei dividendi. Diversamente, è molto diffusa la pratica di calcolare i flussi di cassa dell'azionista, ai fini del calcolo del suo rendimento, come differenza tra l'equity investito nel progetto e i dividendi distribuiti dal progetto stesso durante la gestione. Applicando il secondo metodo si calcolano rendimenti (il TIR e il VAN – valore attuale netto) che non tengono in considerazione la cassa che rimane al termine del progetto in conseguenza dei dividendi che non sono stati distribuiti durante la concessione, ma saranno distribuiti agli azionisti al termine del contratto di PF, quando la società di progetto si scioglierà.

Tabella 16.1 Il campione di analisi

Id.	Localizz.	Azienda	Tipologia investimento	Fase
A	Nord	AO	Ristrutturaz. Ampliamento	in gara/non aggiud.
B	Nord	ASL	Ristrutturaz. Ampliamento	Lavori/gestione
C	Nord	AO	Strutture accessorie	Lavori
D	Centro	ASL	Strutture accessorie	in gara/non aggiud.
E	Sud	ASL	Padiglione	Lavori
F	Sud	ASL	Nuovo ospedale	in gara/non aggiud.
G	Sud	AO	Nuovo ospedale	in gara/non aggiud.

mato effettivo dell'azionista risulta significativamente maggiore rispetto al valore dichiarato⁹. Questi dati evidenziano che, per tutti i progetti oggetto di analisi, esistono margini di negoziazione tra l'azienda sanitaria e l'operatore privato al fine di rendere i contratti di PF più convenienti e sostenibili nell'ambito dell'equilibrio aziendale di lungo periodo.

Figura 16.5 Confronto tra (i) TIR di progetto e WACC di equilibrio, (ii) TIR di azionista e Ke di equilibrio, (iii) TIR di azionista dichiarato e stimato effettivo



Fonte: nostra elaborazione

⁹ Il TIR di progetto è un dato disponibile solo per 5 aziende su sette e questo è dovuto al fatto che spesso gli unici indicatori dichiarati sono quelli relativi ai flussi di cassa dell'azionista (come nel caso delle aziende A e F). Il TIR dell'azionista è disponibile per sei aziende su sette: il progetto dell'azienda G dichiara solo il TIR di progetto. I TIR dell'azionista stimati sono stati calcolati solo per sei aziende: per l'azienda E non è stato possibile, in quanto il piano economico e finanziario non presenta i dati relativi ai dividendi, in quanto è stato predisposto in modo sintetico. Per l'azienda B, il TIR di progetto e di azionista coincidono, ma questo non è tecnicamente possibile ed è pertanto presumibile un errore nel calcolo degli indicatori da parte della società di progetto. Per l'azienda D, i valori dichiarati coincidono con quelli stimati in quanto il TIR di azionista è stato calcolato sui flussi disponibili complessivi.

16.3 Regno Unito

La Private Finance Initiative (PFI, termine che indica l'utilizzo di capitali privati per la realizzazione di investimenti infrastrutturali pubblici), introdotta dal governo conservatore nel 1992, ha avviato un processo di riforma che incoraggia il settore privato a ideare, costruire e gestire nuove infrastrutture pubbliche in settori quali sanità, difesa, trasporti, istruzione, edilizia popolare e gestione dei rifiuti.

L'elemento che ha rappresentato e tuttora rappresenta il principale punto di forza del PFI per il Governo inglese è la sua capacità di consentire elevati investimenti senza incidere (almeno esplicitamente) sul livello di tassazione e di indebitamento del settore pubblico (il cui tetto massimo, per scelta dell'Amministrazione centrale, è pari al 40% del PIL). In realtà, l'impatto economico connesso a investimenti finanziati da capitali privati piuttosto che da risorse pubbliche è esattamente lo stesso. È, infatti, ben noto che le operazioni di PFI richiedono un impegno di risorse future in misura pari, se non addirittura superiore, ai prestiti bancari convenzionali e non può quindi fornire ai governi risorse per la realizzazione di investimenti «addizionali» rispetto a quelli realizzabili con le risorse pubbliche disponibili (Heald e Geaudhan, 1997).

16.3.1 Il mercato inglese del PFI

Dal 1997, il National Health Service ha intrapreso il più vasto programma di costruzione di ospedali della sua storia. Il mezzo principale è stato il PFI, che consiste nella progettazione, costruzione e gestione da parte di operatori privati delle infrastrutture sanitarie, che vengono date in leasing alla stazione appaltante dietro pagamento di un canone unitario (*unitary charge*)¹⁰. Fra l'aprile 1997 e l'aprile 2008 sono state avviate 97 operazioni di PFI su un totale di 127 nuovi investimenti realizzati nel NHS, con un'incidenza del 90% sul capitale investito, pari a € 14 miliardi (Department of Health 2008). Ad aprile 2008 si contano in fase di gara e programmazione (*pipeline*) ulteriori 21 iniziative di PFI, per un totale di circa € 4 miliardi, contro un solo progetto avviato secondo modalità tradizionali di finanziamento, per un valore di circa € 300 milioni (Tabella 16.2).

Come mostra la Tabella 16.3, mentre il numero di progetti siglati ogni anno varia, si nota un incremento del valore medio di investimento a partire dal 2002.

Più di recente si è assistito a una riduzione del valore d'investimento dei progetti durante la fase di gara o dopo la firma del contratto di PFI, al fine di ridurre

¹⁰ La *unitary charge* si compone generalmente di due parti: l'*availability charge* (canone di disponibilità delle aree, che può essere equiparato a un canone di affitto) e la *service charge* (per la remunerazione dei servizi non sanitari erogati dall'operatore privato).

Tabella 16.2 **Stato dell'arte del PFI nel Regno Unito (Aprile 2008)**

Stato di avanzamento	Numero di progetti	Ammontare (€ milioni)
<i>Avviati (gestione)</i>		
PFI	69	5.381
Non-PFI	23	977
Sub-totale	92	6.358
<i>Costruzione o firma del contratto</i>		
PFI	28	7.208
Non-PFI	7	407
Sub-totale	35	7.615
<i>In gara</i>		
PFI	5	566
Non-PFI	1	292
Sub-totale	6	858
<i>In programmazione</i>		
PFI	16	3.208
Non-PFI	0	0
Sub-totale	16	3.208
TOTALE	149	18.038

Fonte: elaborazioni su dati Department of Health (2008)

Tabella 16.3 **Investimenti in PFI dal 1997 al 2007**

Anno	Numero di operazioni	Investimento totale (€ milioni)	Investimento medio (€ milioni)
1997	3	247	82
1998	7	696	99
1999	10	742	74
2000	11	762	69
2001	7	407	58
2002	10	696	70
2003	8	1.214	152
2004	17	1.998	118
2005	5	859	172
2006	6	2.518	420
2007	11	1.993	181
Totale	95	12.132	128

Fonte: Department of Health (2008)

Tabella 16.4 **Variazione del valore di investimento nei più recenti PFI**

Operazioni	Stato di avanzamento ad Aprile 2008	Valore investimento al 2004 (€ mil)	Valore investimento al 2008 (€ mil)	Variazione
1. Bedfordshire and Hertfordshire	Non aggiudicato	1.056	636	-40%
2. North Bristol and South Gloucestershire	In gara	372	458	23%
3. Papworth Hospital NHS Trust	Non aggiudicato	178	150	-16%
4. Sandwell and West Birmingham Acute Trust	Non aggiudicato	709	410	-42%
5. Maternity and Childrens Hospital in Leeds	<i>Annullato</i>	245	0	-100%
6. Hillingdon Hospital	Non aggiudicato	325	167	-49%
7. Royal National Orthopaedic Hospital, Stanmore	Non aggiudicato	145	67	-54%
8. Great Ormond Street Hospital (non PFI)	In costruzione	270	270	0%
9. Leicester Mental Health Trust	In gara	62	35	-44%
10. Tees and North East Yorkshire	In gara	88	90	3%
11. Taunton Surgical Centre	Non aggiudicato	90	68	-24%
12. Southend Hospital	<i>Annullato</i>	120	0	-100%
13. Merseyside Investment Strategy	Non aggiudicato	1.210	644	-47%
14. Northumberland Tyne & Wear	Non aggiudicato	60	60	0%
15. Northwick Park and St Marks	Non aggiudicato	366	366	0%
TOTALE		5.296	3.422	-35%

Fonte: Department of Health (2004; 2008)

l'incidenza della *unitary charge* sui bilanci dei Trust. La Tabella 16.4 mostra la differenza tra il valore d'investimento in fase di programmazione (nel 2004) e corrente (nel 2008) per i più recenti progetti avviati dal Department of Health. Si può notare che due progetti di questo gruppo sono stati abbandonati, mentre il capitale complessivo è stato ridotto di € 1,8 miliardi, pari al 35,4% del totale.

16.3.2 Gli effetti sull'equilibrio economico dei Trust

Uno degli elementi che ha da sempre caratterizzato il dibattito inglese sul PFI per la realizzazione di investimenti infrastrutturali, soprattutto nel settore sanitario, è la sua convenienza e sostenibilità. Questo dibattito è stato alimentato da molte prese di posizione che hanno tentato di dimostrare la convenienza del PFI oppure, al contrario, il suo maggior costo rispetto a modalità di finanziamento tradizionali.

Il Ministero del Tesoro inglese sostiene che i maggiori costi del PFI sono gene-

rati dai rischi sopportati dall'operatore privato (HM Treasury 2003). Se un progetto fosse finanziato con denaro pubblico, i costi addizionali, derivanti dalla manifestazione di rischi, impatterebbero infatti sui conti pubblici. Tale maggior costo associato al rischio non viene però generalmente considerato nel calcolo del costo delle risorse pubbliche. Ipotizzando quindi che il costo del finanziamento privato sia lo stesso di quello pubblico, tenuto conto del rischio non computato, e ipotizzando che il settore privato sia maggiormente in grado di gestire il rischio, il PFI risulterebbe più conveniente.

L'evidenza empirica sembra invece dimostrare il maggior costo del PFI. Una ricerca commissionata dall'Office of Government Commerce (2002) su 64 PFI avviati tra il 1995 e il 2001 ha evidenziato un extra rendimento per gli operatori privati pari al 2,5%¹¹. Tale maggior rendimento, che si traduce in un maggior costo per il committente pubblico, è dovuto a tre specifici elementi: la prassi di «caricare» sui progetti aggiudicati i costi di strutturazione di proposte progettuali con esito negativo; le elevate spese bancarie e di consulenza; la limitata competizione nel mercato. Analogamente, Audit Scotland (2002) ha analizzato la differenza tra i tassi di rendimento degli investimenti privati (cfr. *supra*, TIR di progetto), che rappresentano il costo effettivo dell'investimento che deve essere ripagato, pari a 8-10% annuo, e gli ipotetici tassi di indebitamento pubblici, riscontrando che i primi sono superiori di circa il 2,5% – 4%.

Poiché uno dei vantaggi principali del PFI consiste nella possibilità di trasferire i rischi all'operatore privato, le analisi di convenienza della finanza privata rispetto alla finanza pubblica introdotte nel Regno Unito non si basano solo sul confronto tra i relativi costi del finanziamento (a cui fanno riferimento gli studi esposti sopra), ma considerano anche il costo dei rischi trasferiti all'operatore privato, attraverso il già citato «value for money test» (Amatucci, Germani e Vecchi 2007, Vecchi 2008a). Tuttavia, poiché la maggior parte degli investimenti autorizzati nel Regno Unito erano e sono quelli in PFI, l'analisi di convenienza, che risulta obbligatoria per l'approvazione dell'investimento, è stata spesso «manipolata» al fine di evidenziare una convenienza del PFI rispetto alla finanza tradizionale, quantificando i costi relativi alla manifestazione di rischi che non venivano poi effettivamente trasferiti all'operatore privato.

Un elemento sul quale sembra esserci accordo, e che rappresenta una delle principali giustificazioni al PFI, è la sua capacità di garantire il rispetto dei tempi e dei costi di realizzazione. HM Treasury (2003) afferma che l'88% dei progetti in PFI è stato concluso in tempo o in anticipo e senza costi aggiuntivi, contro un 70% di progetti realizzati con procedure tradizionali che hanno subito ritardi di realizzazione e un incremento dei costi.

Alcuni studi hanno evidenziato una insostenibilità delle operazioni di PFI (*af-*

¹¹ L'extra rendimento è dovuto al fatto che il tasso interno di rendimento del progetto (TIR-p) è maggiore del costo medio ponderato del capitale (WACC).

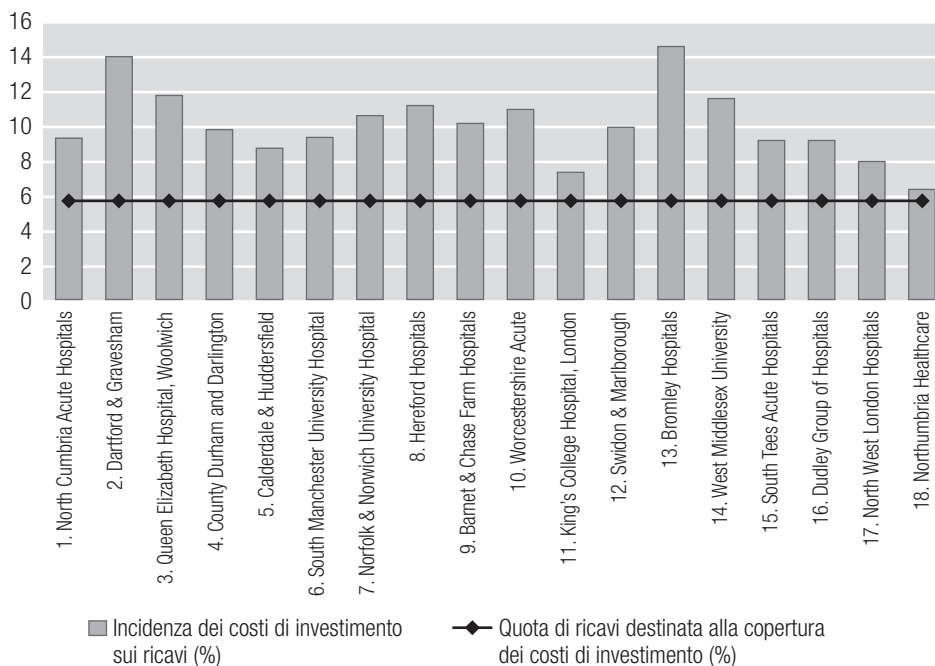
fordability gap) per gli NHS Trust, a causa dell'eccessiva incidenza sui loro bilanci dei canoni (*unitary charge*) da corrispondere agli operatori privati. Queste tensioni di cassa sono state «tamponate» con alienazioni di terreni di proprietà del NHS e riduzioni nei livelli di servizio, nel numero di posti letto e nel personale (Gaffney et al. 1999). In ogni caso, il livello di disavanzo di parte corrente maturato dai Trust che hanno fatto ricorso al PFI è risultato significativamente maggiore rispetto alla media del NHS. La situazione sembra paradossale: da un lato, esiste una chiara esortazione da parte del Governo centrale ad adottare soluzioni di finanza privata per realizzare i nuovi investimenti; dall'altro, l'ammontare dei trasferimenti dal Governo centrale ai Trust, basato sul finanziamento a tariffa per prestazione (*Payment by Results*), sembra incompatibile con gli alti costi dei contratti di PFI. Il *Payment by Results* copre il costo delle prestazioni sanitarie erogate e una quota di spese in conto capitale sostenute per la realizzazione degli investimenti (calcolate come media riferita al NHS nel suo complesso in relazione ai tassi di finanziamento e all'ammortamento degli investimenti). I Trust che devono sostenere costi legati agli investimenti più alti della media, come è appunto il caso di quelli coinvolti in operazioni di PFI, tendono a soffrire di una situazione di disavanzo (Palmer 2006). Dai dati forniti dal Department of Health (2006), la percentuale media del budget dei Trust destinata alla copertura dei costi di investimento (per l'esercizio finanziario 2005-06) ammonta a 5,8%. Su questa percentuale si basano quindi i trasferimenti nell'ambito del *Payment by Results*. In media, tuttavia, i Trust coinvolti in operazioni di PFI sostengono costi legati agli investimenti pari all'8,3% del budget annuale (soprattutto in relazione alla parte di *unitary charge* legata alla disponibilità degli spazi, la cosiddetta *availability charge*)¹². La differenza tra il budget annuo a disposizione e i canoni di disponibilità, pari al 2,5%, è alla base del grave deficit che sta colpendo molti Trust coinvolti in operazioni di PFI. Se si considerano le operazioni di PFI superiori a € 60 milioni, la differenza tra il budget annuo e il canone dovuto sale al 4,3% (Figura 16.6).

La correlazione tra disavanzi e operazioni di PFI è stata analizzata anche dall'Audit Commission (2006), secondo cui il numero di Trust in sofferenza finanziaria aumenta nel caso di coinvolgimento in operazioni di PFI: il 31% rispetto al 26% dei Trust non coinvolti in PFI. Un recente studio del National Audit Office (2007), inoltre, ha evidenziato che tra i 17 Trust assoggettati a controllo finanziario da parte del Department of Health per gravi problemi finanziari nell'esercizio finanziario 2006-07, il 53% ha un PFI in corso.

Poiché le analisi condotte sono relative alle prime operazioni di PFI, che sono di ammontare inferiore rispetto alle più recenti, come mostrato in precedenza in Tabella 16.2, si è indotti a temere che i disavanzi possano aumentare significativamente nei prossimi anni.

¹² L'analisi è stata condotta su 40 Trust: 33 di questi sostengono *availability charge* maggiori rispetto alla quota trasferita dal Governo centrale.

Figura 16.6 **Incidenza dei costi per investimenti sul budget annuo (ricavi) per i Trust coinvolti in operazioni di PFI di valore superiore a € 60 milioni**



Fonte: nostra elaborazione

La situazione finanziaria causata dalle operazioni di PFI è sicuramente molto critica, ma è necessario spiegare come essa non sia stata generata dal PFI in sé, quanto piuttosto da una tendenza degli operatori privati a «caricare» alti rendimenti su questo tipo di operazioni, sfruttando una situazione di marcato fabbisogno di nuovi investimenti, il favore politico, ma anche una debole capacità di valutazione e di negoziazione dei Trust.

Gli elevati costi delle operazioni di PFI derivano infatti da una serie di elementi correlati al piano economico e finanziario che, se attentamente valutati, potrebbero condurre a una significativa riduzione dei costi delle operazioni (Vecchi 2008b).

Tali elementi sono, per esempio, il cosiddetto *sculpting* dei flussi finanziari¹³, che permette di modificare i valori che esprimono i rendimenti delle operazioni, consentendo agli investitori privati di dichiarare rendimenti inferiori a quelli effettivi (Cuthbert e Cuthbert 2008). Un secondo esempio è la frequente pratica di agganciare all'inflazione la parte del canone corrisposto dal Trust per la copertu-

¹³ Lo *sculpting* dei flussi di cassa consiste nel posticipare i flussi di cassa più significativi (si parla infatti di flussi *backended*) in modo che essi incidano in misura inferiore sul calcolo degli indicatori di rendimento, il VAN e il TIR.

ra del servizio del debito e la remunerazione del capitale investito (la cosiddetta *availability charge*): essa, essendo destinata a coprire voci di costo che non subiscono gli effetti dell'inflazione, non dovrebbe essere infatti agganciata all'inflazione; farlo consente di mascherare ricavi addizionali per la società di progetto con costi che nei fatti non si manifestano (HM Treasury 2006). Una terza modalità che consente di aumentare i rendimenti per gli operatori privati è la rinegoziazione dei contratti, finalizzata a ridurre il tasso di interesse di debito al termine del periodo di costruzione, o a modificare la durata dei contratti di finanziamento, o a rimborsare una parte di *equity* anticipando dunque la liquidazione dei dividendi. La rinegoziazione dei contratti non ha portato uguali benefici alle controparti: a fronte di impennate nei rendimenti per gli operatori privati (National Audit Office 2006a), la riduzione delle *unitary charge* è stata pressoché impercettibile (National Audit Office 2006b).

16.4 Francia

16.4.1 Il mercato francese del PF

Nonostante la Francia sia stata storicamente il primo Paese a introdurre partnership tra pubblico e privato, l'introduzione di forme più moderne di PPP, sul modello della PFI inglese, è avvenuta solo recentemente. In particolare, per quanto riguarda l'ambito sanitario, nel 2002 il Ministero della Salute ha lanciato il Plan Hôpital 2007, con il quale ha voluto avviare nuovi investimenti volti a rinnovare il patrimonio immobiliare degli *Établissements publics de santé* (EPS, gli ospedali pubblici), caratterizzato da un elevato tasso di obsolescenza. Al fine di supportare gli EPS nell'avvio di operazioni complesse di investimento, il Plan Hôpital ha previsto la costituzione di una struttura in staff al Ministero della Salute, la MAINH (*Mission d'Appui à l'INvestissements Hospitaliers*).

La consapevolezza della necessità di avviare un programma strutturato di rinnovamento infrastrutturale ha creato le condizioni per la messa a punto di alcune leggi settoriali atte a favorire gli investimenti pubblici. In particolare, nel settembre 2003 è stata introdotta la possibilità per gli EPS di effettuare investimenti infrastrutturali utilizzando il *Bail Emphytéotique Hospitalier* (BEH), che permette di ricorrere al know-how e ai capitali di operatori privati per raggiungere gli obiettivi fissati nel Plan Hôpital 2007. Pochi mesi dopo, nel giugno 2004, è stata introdotta nel sistema amministrativo francese un'ulteriore forma contrattuale di PPP: i *Contrats de Partenariat* (CP) che, a differenza del BEH, sono applicabili a tutti gli investimenti pubblici e non solo a quelli nel settore sanitario.

Tra il 2003 e il 2007 sono state avviate 43 operazioni di PF nel settore sanitario (Figura 16.7), di cui 40 in BEH e 3 in CP, per un valore complessivo di

circa € 1,6 milioni (Mainh 2008). Di queste operazioni, 26 hanno raggiunto il financial close (25 in BEH e 1 in CP), 3 sono già in fase di gestione, mentre le rimanenti sono ancora in fase di gara. I progetti sono distinti in tre principali tipologie: sette interventi di realizzazione di nuovi ospedali o unità ospedaliere, di valore unitario compreso tra € 50 e 300 milioni; sedici progetti di tipo logistico, di valore unitario compreso tra € 10 e 15 milioni; venti progetti per la realizzazione di strutture residenziali, di valore unitario compreso tra € 10 e 20 milioni.

La forte differenza tra il numero di progetti in BEH e in CP è dovuta ad alcuni fattori contestuali più che sostanziali. Nonostante il CP sia stato introdotto solo pochi mesi dopo il BEH, sono serviti diversi mesi prima che entrasse a regime. È quindi del tutto plausibile che nei prossimi anni, in seguito al lancio del Plan Hôpital 2012, il numero di progetti in CP aumenti in maniera sostanziale rispetto ai progetti in BEH. Il CP è, infatti, uno strumento molto più flessibile del BEH sotto diversi aspetti.

La prima grande differenza tra il BEH e il CP consiste nel ruolo dell'EPS nella progettazione dell'intervento. Mentre nel BEH il partner privato si deve far carico obbligatoriamente di tutte le fasi principali del progetto (progettazione, costruzione e gestione), il CP può essere strutturato partendo da un progetto esistente, definito dall'EPS o, in alternativa, proposto spontaneamente da un privato, che viene successivamente messo a gara per assegnarne la costruzione e la gestione.

La seconda differenza sostanziale riguarda le modalità di remunerazione del privato che, nel caso del BEH, sono obbligatoriamente legate a canoni fissi corrisposti periodicamente dall'EPS mentre, nel caso del CP, possono provenire anche dallo sfruttamento economico, da parte del partner privato, di alcune aree appartenenti al patrimonio disponibile.

Il terzo elemento di differenza tra i due contratti riguarda la proprietà del terreno su cui deve essere realizzato l'investimento: nel caso del BEH la proprietà deve essere dell'EPS; al contrario il CP può avere ad oggetto anche la realizzazione di strutture accessorie su terreni non di proprietà dell'ospedale.

L'ultima differenza sostanziale tra i due contratti è che l'utilizzo del CP è limitato a situazioni di urgenza o di complessità¹⁴.

¹⁴ È molto difficile dichiarare un progetto urgente, in quanto 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 d'urgenza obbliga l'amministrazione a ricorrere alla normale procedura di *appel d'offre* (gara d'appalto), che per progetti del genere può comportare un esercizio oneroso. Finora, infatti, nessuno dei progetti lanciati in 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 offre una maggiore flessibilità dello strumento. Le sentenze della Corte Costituzionale hanno avuto anche impatti sull'applicazione del BEH. Per estensione, infatti, anche nel caso del BEH, per poter ricorrere alla procedura del dialogo

La maggior parte dei contratti francesi di PF è riconducibile al modello del leasing, in cui la società di progetto finanzia e costruisce l'immobile e gestisce solo alcuni servizi: quelli correlati all'investimento, la manutenzione e la fornitura di energia. I progetti più recenti prevedono che la società di progetto gestisca un maggior numero di servizi non sanitari, sul modello anglosassone, con la conseguente possibilità di trasferire rischi più elevati all'operatore privato. Anche il modello di pagamento si è ispirato a quello anglosassone, con la previsione di un canone di disponibilità e uno legato ai servizi. Una differenza significativa del modello francese rispetto alle più consolidate esperienze europee è invece la possibilità di pagamento diretto del servizio del debito da parte dell'ospedale alla banca finanziatrice dell'operazione. Tale pagamento risulta poi decurtato dal canone di disponibilità dovuto alla società di progetto (Vecchi 2008a).

Va evidenziato che in Francia esiste una garanzia del Governo centrale sulla solvibilità degli ospedali pubblici: questo elemento dovrebbe rappresentare una condizione favorevole per la diffusione del PF, come del resto è accaduto anche nel Regno Unito (Vecchi 2008a).

Il Ministero della Salute ha inoltre posto un vincolo sul valore minimo dell'investimento per le future operazioni di PF, che non potranno essere inferiori a € 10 milioni: al di sotto di questa soglia i costi di strutturazione non sembrano, infatti, garantire l'efficienza delle iniziative. Anche in Francia, infine, sono allo studio tecniche per valutare il *value for money* delle operazioni, sulla base del modello anglosassone.

16.4.2 Gli effetti sull'equilibrio economico degli EPS

Una valutazione degli impatti economici e finanziari del PF risulta, al momento, molto difficile, sia perché è passato troppo poco tempo dal lancio dei primi progetti, sia perché non esistono forme di *disclosure* informativa (la disciplina del diritto di accesso a questi contratti non è stata ancora definita e le amministrazioni adottano un atteggiamento molto cautelativo). Nella letteratura economico-aziendale francese, inoltre, manca del tutto un'analisi mirata di questi progetti; gli unici studi disponibili sono i vari *Rapport d'Activité* della MAINH, che si focalizzano principalmente su aspetti di tipo procedurale.

Nonostante, quindi, sia ancora presto per poter valutare appieno l'approccio francese al PF in ambito sanitario, risulta però di rilevante interesse comprende-

competitivo è necessario dichiarare il progetto complesso. Qualora il progetto non sia dichiarato complesso, è necessario ricorrere all'onerosa procedura tradizionale dell'*appel d'offre*. Il tentativo di evitare il ricorso all'*appel d'offre* da parte degli EPS che hanno lanciato progetti in BEH ha, nei fatti, annullato questa differenza tra i due schemi contrattuali; nella pratica, tutti i progetti lanciati in BEH sono stati dichiarati complessi al fine di poter far ricorso alla procedura del dialogo competitivo.

re le modalità di funzionamento del processo di programmazione e di valutazione delle operazioni, che può essere riassunto con alcuni aggettivi qualificanti: strategico, centralizzato e, in parte, standardizzato.

Uno degli elementi più interessanti del modello francese è l'obbligatorietà della valutazione di fattibilità del PF, chiamata *évaluation préalable*, che confronta il costo di realizzare l'investimento con capitali privati o con capitali pubblici secondo modalità tradizionali. L'*évaluation préalable* è stata influenzata dal modello del *value for money test*, con l'unica differenza che la valutazione viene condotta non a livello locale da parte degli EPS, ma a livello centralizzato¹⁵. La centralizzazione ha sostanzialmente due vantaggi:

- ▶ evitare che gli EPS distorcano la valutazione a favore del PF, come è accaduto nel Regno Unito, dove i Trust si sono trovati a dover valutare positivamente il PFI per poter realizzare un investimento che in finanza tradizionale non sarebbe mai stato finanziato;
- ▶ supportare il processo decisionale degli EPS attraverso la messa a disposizione di competenze a elevata specializzazione, che consentono di conseguire maggiore efficienza (riduzione dei costi e maggior trasferimento dei rischi) nella strutturazione del progetto e un migliore potere negoziale.

Un secondo elemento distintivo del modello francese, che garantisce una maggiore efficacia dell'operazione, intesa come capacità di risposta ai fabbisogni che sono alla base del nuovo investimento, è l'obbligo per gli EPS di produrre una documentazione di gara molto dettagliata (chiamata programma funzionale), finalizzata a guidare la progettualità degli operatori privati attraverso la definizione dei fabbisogni da soddisfare, dei risultati da conseguire e dei vincoli da rispettare. Questa documentazione consente, nei fatti, di orientare l'operatore privato, senza ostacolarne la creatività, nella definizione delle soluzioni e delle tecniche per rispondere al meglio ai fabbisogni del committente.

Un terzo elemento distintivo consiste nella scelta del progetto più idoneo attraverso il dialogo competitivo. In seguito all'approvazione del Programma funzionale, l'EPS apre la gara, strutturata in due fasi: la prima finalizzata a selezionare un gruppo ristretto di progetti e la seconda, basata sul dialogo competitivo, attraverso la quale l'EPS incontra a più riprese gli operatori separatamente in modo da analizzare nel dettaglio le loro proposte. Il dialogo competitivo permette di negoziare gli aspetti contrattuali con i partner privati, garantendo all'EPS un elevato potere contrattuale grazie alla possibilità di gestire la negoziazione in modo parallelo con più operatori, in un contesto competitivo, quindi non in una situazione di monopolio come avviene in Italia o nel Regno Unito con il *preferred bidder*.

¹⁵ Essa viene condotta dal MAINH per il BEH e dal MAPPP (*Mission d'Appui aux Partenariats Public-Privé*) per il CP.

In sintesi, è possibile affermare che l'approccio francese è «programmato e centralizzato», tende a evitare un uso contingente del PF, dettato cioè dalla mancanza di strumenti alternativi, e si basa essenzialmente su:

- una pianificazione strategica degli investimenti, attraverso il Plan Hôpital 2007 (e successivamente il Plan Hôpital 2012) e l'istituzione di MAINH e MAPPP quali task force centralizzate di supporto;
- la procedura obbligatoria e centralizzata dell'*évaluation préalable*;
- la redazione del programma funzionale dei bisogni da parte dell'EPS.

16.5 Spagna e Portogallo

16.5.1 Il mercato del PF in Spagna

In tutte le Regioni¹⁶ spagnole si è registrato negli anni un ampio ricorso al PF per la realizzazione e il rinnovo di strutture ospedaliere. Il modello adottato è prevalentemente in linea con quello italiano e inglese¹⁷, ma la responsabilità strettamente regionale ha portato a due modelli diametralmente opposti:

- Modello Madrid: è il modello più simile a quello italiano e inglese, con l'affidamento all'operatore privato dei soli servizi non clinici. Tutte le nuove strutture realizzate a Madrid seguono questo modello, ad eccezione di un caso (ospedale Valdemoro), che prevede espressamente anche la fornitura dei servizi sanitari. Il sistema di pagamento per il concessionario si basa prevalentemente sul canone di disponibilità (l'*availability charge* del modello inglese);
- Modello Valencia: il modello adottato nella regione di Valencia tende invece ad affidare al concessionario anche i servizi sanitari e il sistema di remunerazione per il concessionario prevede un pagamento legato alle prestazioni effettivamente erogate.

¹⁶ In Spagna, la responsabilità di programmazione e realizzazione delle infrastrutture, nonché di gestione dei servizi sanitari, spetta totalmente alle Regioni.

¹⁷ Il modello prevede che la società di progetto progetti l'infrastruttura, la costruisca e la gestisca assieme ai servizi *no core* (vengono affidati solo i servizi di supporto, con esclusione di quelli che prevedono la fornitura e l'intervento di personale medico o infermieristico, che rimangono di esclusiva competenza e responsabilità dell'azienda sanitaria pubblica). Il finanziamento dell'operazione si basa prevalentemente sull'apporto di capitali privati, con scarso intervento pubblico (nella forma del contributo a fondo perduto). La remunerazione per la società di progetto è assicurata dal pagamento dal parte dell'ospedale di un canone, suddiviso nella componente disponibilità e nella componente servizi, da parte dell'azienda sanitaria pubblica.

Le operazioni avviate fino al 2007 sono 13, per un ammontare di poco inferiore a € 2 miliardi. Inoltre, nel 2007 sono state lanciate altre 18 operazioni in PF, di ammontare non ancora noto, di cui 13 nella regione Valencia (Asesores de Infrastructures 2008).

Sebbene non sia ancora possibile effettuare analisi sulla convenienza del PF nell'esperienza spagnola, è opportuno evidenziare alcuni elementi di rilievo e di innovazione, anche rispetto al modello italiano. Le recenti modifiche normative¹⁸ sono state introdotte per gestire in modo corretto la ripartizione dei rischi, per rendere obbligatorio il meccanismo del *value for money test* e per definire gli standard dei contratti di concessione¹⁹.

Innanzitutto, a differenza del modello italiano, le attività preliminari della pubblica amministrazione, necessarie per avviare una iniziativa di PF, richiedono la redazione di studi di fattibilità approfonditi che includono, fin da subito, lo studio di impatto ambientale del progetto, il piano economico e finanziario, la progettazione preliminare e le condizioni legali, tecniche e finanziarie della concessione. Diverse volte si è avuto modo di sottolineare come la mancanza di questi studi

¹⁸ La normativa alla base dei modelli di partnership pubblico privato nel sistema spagnolo fa riferimento al Regio Decreto 2/2000, che disciplina i contratti della Pubblica Amministrazione, modificato dapprima con la L. 13/2003 che regola il contratto di concessione di opere pubbliche e poi con la nuova L. 30/2007 sui contratti della Pubblica Amministrazione.

¹⁹ Le caratteristiche del contratto di concessione che risultano più rilevanti sono:

- il contratto deve prevedere clausole nelle quali sia chiaramente trasferito al privato il rischio costruzione e alternativamente quello di domanda o di disponibilità;
- la concessione non può eccedere i 40 anni di durata; questo limite può essere derogato in fase di gestione, esclusivamente per ristabilire l'equilibrio economico finanziario alteratosi in ragione di nuove disposizioni legislative, regolamentari, o su richiesta della stessa pubblica amministrazione, senza però superare i 60 anni;
- è previsto lo sfruttamento economico delle zone commerciali, che fanno parte integrante della concessione e sono soggette al controllo della pubblica amministrazione; al termine della concessione anche le zone commerciali devono essere consegnate alla pubblica amministrazione;
- è prevista una clausola (*Clausola de Progreso*) che obbliga il concessionario a mantenere l'opera pubblica non solo nelle condizioni originariamente pattuite, ma all'altezza dell'avanzamento della sicurezza, della tecnica, delle conoscenze ambientali, dei regolamenti per la sicurezza dei fruitori. Questa clausola, che garantisce alla pubblica amministrazione, una volta rientrata in possesso dell'infrastruttura, di venire in possesso di un'opera funzionante, ma soprattutto moderna e tecnicamente avanzata, impone l'obbligo di realizzazione di nuovi investimenti e di negoziazione del loro finanziamento. L'introduzione di una clausola del genere nel modello italiano potrebbe avvenire anche a livello di singola contrattazione o negoziazione aziendale; certamente, però, la sua introduzione nel nostro ordinamento, a livello normativo, avrebbe un valore contrattuale ben più vincolante per gli operatori del settore.
- è obbligatorio inserire nel contratto di concessione clausole che permettono di calcolare gli indicatori di qualità effettiva e, a seconda del loro andamento, associare penalità o incentivi; il sistema spagnolo ritiene che questo rappresenti la soluzione più efficace per mantenere una tensione contrattuale per l'erogazione del servizio a livelli eccellenti, per tutta la durata della concessione, trasferendo completamente il rischio di gestione in capo al concessionario; anche questo aspetto nel modello italiano spesso viene trascurato, nonostante stimoli elevati livelli nella qualità dei servizi.

preliminari rappresenti una reale debolezza del sistema italiano (Amatucci, Germani e Vecchi 2007; Amatucci e Lecci 2006). Questo meccanismo, inoltre, permette al mercato di non sostenere eccessivi oneri nella fase preliminare e di evitare profonde rinegoziazioni o revisioni di progetti non in linea con le aspettative della pubblica amministrazione²⁰.

In secondo luogo, l'aggiudicazione della concessione avviene prevalentemente attraverso procedure aperte, che permettono di velocizzare i tempi di gara. La mancata pre-selezione del mercato (che in Italia avviene attraverso un massiccio ricorso alla procedura ristretta) viene in parte «compensata» da un meccanismo di valutazione delle offerte che si basa su alcuni principi:

- ▶ nella procedura di valutazione dell'offerta, l'Amministrazione si avvale di un gruppo di esperti esterni;
- ▶ le competenze maggiormente utilizzate sono di natura non tanto giuridico-amministrativa (come avviene spesso in Italia), quanto economico-finanziarie;
- ▶ la valutazione dei concorrenti si basa su alcuni indicatori economici e patrimoniali, quali il livello di capitalizzazione societaria e di debito, la composizione societaria, ecc.

Un terzo aspetto di rilievo è il sistema di *governance* tra i diversi livelli istituzionali coinvolti. Come visto in precedenza, la responsabilità sulla realizzazione delle infrastrutture e sulla gestione dei servizi è affidata alle Regioni; tuttavia, il coordinamento della programmazione delle opere pubbliche degli enti territoriali spetta allo Stato. In questo modello, quindi, emerge un sistema di *governance* e di forte coordinamento e programmazione del governo centrale. Lo studio di fattibilità preliminare, da parte della pubblica amministrazione, costituisce anche il momento dell'informativa pubblica sul progetto.

I punti di forza del modello spagnolo sono dunque riconducibili alla pianificazione e programmazione dei progetti a lungo termine e con una regia regionale precisa; a un procedimento di aggiudicazione del contratto di concessione rapido e aperto alla concorrenza; alla presenza di progetti già definiti dalle amministrazioni pubbliche nei loro elementi di massima, sia tecnico-ingegneristici, sia economico-finanziari, sia legali; alla presenza di contratti che regolano il rapporto tra pubblico e privato e soprattutto definiscono in maniera chiara gli obblighi del concessionario, collegandoli a un articolato sistema di sanzioni e di incentivi.

Il successo del modello spagnolo è senza dubbio confermato dai dati di sintesi relativi alle operazioni realizzate:

²⁰ Occorre segnalare, tuttavia, che il Terzo Decreto Correttivo del Codice degli Appalti (d. lgs. 152/08), di recente inserito nel nostro ordinamento, prevede anche in Italia la presenza di piani di fattibilità preliminari, predisposti dalla Pubblica Amministrazione, per la realizzazione di opere in project finance.

- il numero medio dei concorrenti varia tra 6 e 10, il che denota una arena competitiva ampia;
- i tempi medi delle operazioni effettuate risultano abbastanza veloci rispetto alle medie europee: circa 24 mesi per la preparazione del progetto e dell'intervento; circa 6 mesi per completare la fase di gara; circa 12 mesi per il closing finanziario (stipula del contratto di finanziamento); da 4 a 6 mesi per avviare l'investimento; da 2 a 3 anni per la realizzazione dell'intervento;
- il TIR del progetto oscilla tra il 6,5% e il 7,5% ed è quindi allineato con i rendimenti medi di mercato.

16.5.2 Il mercato del PF in Portogallo

Il mercato delle partnership pubblico-privato in Portogallo non è stato particolarmente vivo nel corso degli ultimi anni, fatta eccezione per alcuni settori trainanti (strade e viabilità; ferrovie). Negli ultimi tempi, invece, si è registrata una crescita anche in settori di frontiera del PF (edilizia scolastica e penitenziaria; edilizia sanitaria). In particolare, al 2007 sono stati avviati nel settore degli investimenti sanitari 3 progetti, per un valore di € 215 milioni, mentre 9 sono in fase di programmazione (DLA Piper 2007).

Tuttavia, una delle principali criticità del mercato portoghese è la scarsa concorrenzialità del settore privato: soprattutto nel settore sanitario, l'introduzione di un modello complesso e articolato ha scoraggiato la partecipazione dei grandi gruppi, principalmente internazionali, portando all'annullamento di alcune gare; al tempo stesso, la mancata previsione dell'inserimento, fin da subito, di approfonditi studi di fattibilità e di impatto ambientale ha comportato un forte aumento dei costi in itinere, causando ritardi e difficoltà nel mercato portoghese.

L'inserimento del modello di partnership nello sviluppo di infrastrutture è avvenuto nel 2002, con la finalità principale di introdurre innovazioni gestionali, soprattutto nei servizi sanitari²¹. Per questo motivo, il modello portoghese si pone in profonda discontinuità rispetto a tutti i modelli precedentemente analizzati, prevedendo un pieno coinvolgimento del soggetto privato anche nella gestione dei servizi sanitari.

Più specificamente, l'innovazione del sistema portoghese sta nella previsione di un doppio modello, basato su due società di progetto autonome e distinte, ma unite da un accordo di partnership: INFRACO, società di progetto responsabile della realizzazione della struttura ospedaliera e della gestione dei servizi di supporto correlati all'infrastruttura (manutenzione ordinaria e straordinaria, gestio-

²¹ La normativa alla base dei modelli di partnership pubblico privato nel sistema portoghese si basa sul decreto legge 185/2002, che definisce lo sviluppo delle partnership pubblico privato nel settore sanitario, approvate con decreto legge 162/2001.

ne del calore, pulizie, gestione del verde); CLINICO, società di progetto responsabile dell'erogazione dei servizi sanitari e dei servizi non sanitari a questi correlati (lavanderia, mensa, rifiuti, gestione delle attrezzature sanitarie). Data la discontinuità di questo modello rispetto alle altre esperienze europee, di seguito si analizzano le peculiarità del caso portoghese.

Il contratto di concessione ha una durata differente: con InfraCo, in generale non supera i 30 anni; con CliniCo, invece, la concessione è più breve, generalmente di 10 anni, rinnovabili fino a 30.

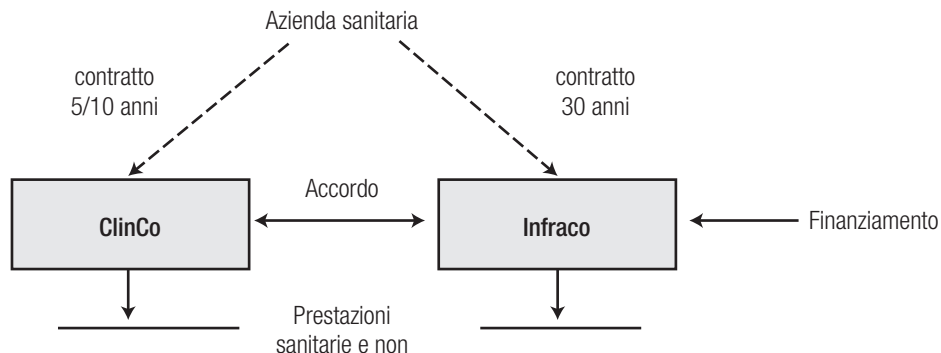
Naturalmente, differisce anche il sistema di remunerazione per le due operazioni. Relativamente a InfraCo, si prevede il pagamento standard, legato alla disponibilità dell'infrastruttura e ai servizi erogati, con una formula legata all'inflazione. Si tratta di un'operazione che segue i canoni tradizionali del PF, con meccanismi di mitigazione del rischio per le aziende sanitarie: pagamento per i servizi legato a parametri di qualità delle prestazioni; contratto chiavi in mano; penalità per ritardi nella costruzione; attività di manutenzione per l'intera durata a un costo fisso ed indicizzato.

In relazione a CliniCo, invece, la remunerazione è completamente legata ai servizi sanitari forniti: viene sviluppata una matrice di pagamento con l'elenco dei servizi forniti e delle prestazioni effettuate dall'operatore privato, sulla cui base avviene il pagamento delle tariffe da parte dell'azienda sanitaria pubblica. Tuttavia, sull'operatore privato grava il rischio di subire modifiche, da parte dell'azienda sanitaria pubblica, sia delle caratteristiche dei servizi erogati, sia del livello di tariffe degli stessi. Questo elemento di incertezza è la causa del forte rallentamento che sta subendo il PF in Portogallo.

In relazione, infine, alla valutazione di convenienza dell'operazione, si procede al calcolo del rendimento del progetto per InfraCo (espresso dal Valore Attuale Netto) e per CliniCo, per poter individuare il valore del VAN «combinato» tra le due società; se tale valore risulta inferiore al valore di riferimento pubblico, allora si procede nell'operazione; altrimenti, questa viene annullata. Il valore di riferimento è dato dal modello del *Public Comparator*, che si basa sul calcolo del costo per l'ente concedente nell'ipotesi di finanza tradizionale.

Rispetto ai modelli analizzati nei paragrafi precedenti, il modello portoghese presenta diversi elementi di criticità che, come scritto, ne hanno rallentato lo sviluppo e hanno comportato uno scarso successo in termini di aggiudicazione:

- la complessità dello schema, basato su un doppio modello e una doppia società di progetto;
- la difficoltà di prevedere con certezza le caratteristiche dei servizi sanitari con il rischio, per la società di progetto CliniCo, di subire modifiche, da parte dell'azienda pubblica, delle condizioni contrattuali relative ai servizi sanitari;

Figura 16.8 **La struttura dell'operazione nel modello portoghese**

Fonte: Vecchi (2008a)

- le perplessità derivanti dall'affidamento, per tempi relativamente lunghi, della gestione dell'intero pacchetto di servizi clinici a una società di progetto privata, con la garanzia della remunerazione, indipendentemente da valutazioni di qualità e merito;
- i tempi lunghi di espletamento delle procedure di gara, anche a causa della limitata esperienza maturata: la media per i progetti sinora avviati è di quattro anni.

16.6 Conclusioni

Il confronto internazionale permette di sviluppare alcune considerazioni sull'esperienza italiana che ci auspichiamo possano consentire un utilizzo più strutturato e coordinato del PF.

Innanzitutto, vale la pena di riprendere le raccomandazioni espresse nel Rapporto OASI 2007 sulla necessità di introdurre *task force* o gruppi di lavoro a livello regionale che, oltre a garantire un raccordo con le altre realtà regionali, possano supportare il processo di programmazione, valutazione e negoziazione delle operazioni, non solo attraverso la messa a disposizione di strumenti di analisi, ma con un vero e proprio accompagnamento delle aziende sanitarie, come nel caso francese, affinché possa esserci un trasferimento di know how e la maturazione di competenze diffuse, soprattutto in relazione alla dimensione economica e finanziaria delle operazioni.

Le esperienze internazionali, e soprattutto quella anglosassone, evidenziano infatti come la definizione di strumenti sofisticati di analisi a supporto delle scelte non produca alcun effetto positivo se non si diffondono tra le aziende alcune competenze chiave che permettono di applicare questi strumenti e di interpretarne i risultati. Allo stesso tempo, le esperienze spagnole e francesi dimostrano

che un maggior coordinamento e supporto da parte di strutture centrali e una maggior istituzionalizzazione di certi strumenti operativi di valutazione possono rendere più efficiente l'utilizzo dello strumento.

Non a caso le aziende sanitarie italiane, quando hanno costituito *task force* ad hoc per supportare la predisposizione della gara, la valutazione delle proposte e la negoziazione, hanno avuto la possibilità di siglare contratti convenienti e sostenibili. Questo conferma che esistono competenze ed esperienze che, se adeguatamente valorizzate, potrebbero consentire di utilizzare il PF in modo più razionale ed efficiente.

Un secondo elemento che emerge dall'analisi del contesto internazionale è l'importanza di una maggiore preparazione delle amministrazioni pubbliche nelle fasi iniziali della procedura. In tutti i Paesi analizzati, infatti, per poter avviare una iniziativa di PF è necessaria la redazione di studi di fattibilità approfonditi che includono, fin da subito, la progettazione preliminare, le valutazioni di impatto ambientale, le condizioni legali e gestionali esplicitate nella convenzione, gli elementi economico-finanziari dell'iniziativa. Come si è già avuto modo di sottolineare, questo è uno degli elementi di debolezza del sistema italiano, che però appare in fase di superamento attraverso il Terzo Decreto Correttivo del Codice degli Appalti, di recente approvato nel nostro ordinamento (d.lgs 11 settembre 2008, n.152)²².

Non meno rilevanti sono gli aspetti relativi alle procedure di gara. Il modello italiano presenta una complessità procedurale (selezione del promotore attraverso una procedura aperta ad evidenza pubblica seguita da due fasi di gara, una seconda procedura aperta ed una negoziata) non riscontrata in nessuno dei modelli analizzati: dalla procedura francese, basata sul meccanismo flessibile del dialogo competitivo, al modello spagnolo, basato su una procedura aperta secca, seppure molto dettagliata, le modalità di gara degli altri Paesi risultano più veloci e meno complesse. Anche questo elemento, tuttavia, sembra essere stato di recente recepito nel nostro ordinamento, attraverso il già citato Decreto Correttivo (d.lgs. 152/08)²³.

In questo momento, tuttavia, Regioni e aziende sanitarie italiane sembrano più intente a introdurre nuovi strumenti di finanziamento, come il leasing, quale alternativa al PF, considerato oneroso, complesso e soggetto a frequenti fallimenti, piuttosto che a comprendere la reale essenza dei due strumenti e i problemi strutturali che hanno indebolito il PF. Le criticità del PF indeboliranno, certa-

²² Il decreto, infatti, prevede anche in Italia l'obbligo, da parte della pubblica amministrazione, di predisporre dettagliati piani di fattibilità per poter avviare una iniziativa di PF.

²³ Il decreto prevede che l'amministrazione, nella selezione del promotore, possa scegliere tra la procedura precedente, in cui è stato reintrodotta il diritto di prelazione per il promotore, e una nuova procedura unica: in questo caso il promotore risulta concessionario a condizione di accettare le eventuali modifiche apportate alla sua proposta da parte dell'amministrazione.

mente, anche il leasing, considerato che i due strumenti possono essere assimilati e che l'inefficacia del primo non è attribuibile alla natura dello strumento, quanto piuttosto al modo in cui è stato utilizzato. Nel Regno Unito, in Francia e in Spagna, infatti, il PF per la realizzazione di investimenti sanitari si basa su uno schema di leasing (il cosiddetto BLT – *build lease and transfer*), proprio perché l'infrastruttura realizzata viene locata all'azienda sanitaria per la durata della concessione. All'operazione è poi associata, in relazione agli specifici fabbisogni dell'azienda sanitaria, la gestione di alcuni o tutti i servizi *non core*. Quindi, in questi tre Paesi non esiste una distinzione formale tra due strumenti sostanzialmente identici, che anzi si fondono per originare il cosiddetto PF a tariffazione sulla pubblica amministrazione²⁴.

È auspicabile quindi che il legislatore italiano, che pure sta intervenendo in maniera positiva sul modello italiano di PF, se non si diffonderà prima questa consapevolezza nella pratica, assimili le due operazioni, quantomeno per la realizzazione di investimenti a tariffazione sulla PA²⁵, come quelli sanitari, al fine di evitare che Regioni e aziende si concentrino più:

- le prime, sulla normazione/definizione/introduzione di uno strumento apparentemente nuovo;
- le seconde, sulla sperimentazione di strumenti che permettano, sempre apparentemente, di superare le criticità del PF;

²⁴ Leasing e PF sono due contratti di finanziamento con oggetto simile: la progettazione, la costruzione e la fornitura chiavi in mano di un investimento e la sua gestione, parziale o totale. In particolare, leasing (il cosiddetto leasing immobiliare in costruendo) e PF possono rappresentare due alternative per il finanziamento degli investimenti a diretto utilizzo dell'amministrazione pubblica (ospedali, sedi pubbliche, scuole). Se da un punto di vista giuridico la procedura per la selezione dell'operatore privato nel PF è più articolata di quella del leasing, anche per il fatto che quest'ultimo è di recentissima introduzione nel codice degli appalti, da un punto di vista di strutturazione dell'operazione le differenze sono limitate. Il leasing per la realizzazione di immobili è assimilabile ai contratti BLT, *build lease and transfer*, che rappresentano una variante al modello di riferimento del project finance BOT, *build operate and transfer*. In particolare, con riferimento alle infrastrutture a tariffazione sulla pubblica amministrazione, l'applicazione del PF prevede che il concedente pubblico paghi un canone di disponibilità e un canone per i servizi. Il primo è assimilabile a un canone di leasing per la disponibilità, appunto, dell'immobile realizzato; il secondo, invece, si riferisce ai servizi accessori eventualmente trasferiti in gestione all'operatore privato. Il PF così strutturato non è altro che un contratto di leasing al quale è aggiunto un contratto per la gestione di servizi accessori (il livello minimo di servizi da affidare al privato prevede la gestione delle manutenzioni, generalmente compresa anche in un contratto di leasing), che peraltro possono essere in parte inclusi anche in una operazione di locazione. Da un punto di vista giuridico, nello schema di leasing non è prevista la costituzione di una società di progetto e questo rende più problematico il trasferimento dei rischi all'operatore privato. Nell'ipotesi di introduzione della società di progetto, lo schema di una operazione di leasing risulterebbe assolutamente identico a quello del PF.

²⁵ Risolvendo anche il diverso trattamento fiscale, che non ha senso di persistere, visto che le due operazioni sono analoghe e l'attuale trattamento fiscale differenziato è causato solo da una stratificazione normativa (Vecchi 2008a).

piuttosto che investire risorse nella risoluzione dei problemi strutturali evidenziati sopra (primo tra tutti le deboli competenze economico-finanziarie e di risk management), che sono quelli che renderanno sempre inefficiente e inefficace l'applicazione di qualsiasi forma di finanziamento, anche di quella tradizionale pubblica.

Bibliografia

- Amatucci F., Lecci F. (2006), «Le operazioni di partnership pubblico privato in Sanità. Un'analisi critica», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Amatucci F., Germani A. e Vecchi V. (2007), «Il project finance in sanità: un'analisi delle caratteristiche economiche e finanziarie», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Asesores de Infraestructuras (2007), «Financing infrastructures and public buildings in Spain», Atti del convegno *Risk Management in PPP Projects: Strategies and Techniques to Enhance Project Success*, Madrid, 18 Aprile 2007.
- Audit Commission (2006), *Learning the lessons from financial failure in the NHS*, Londra, Audit Commission.
- Audit Scotland (2002), *Taking the initiative – using PFI contracts to renew school buildings*, Edimburgo, Audit Scotland.
- Cuthbert J., Cuthbert, M. (2008), *The implications of evidence released through Freedom of Information on the projected returns from the New Royal Infirmary of Edinburgh and certain other PFI schemes*. www.cuthbert1.pwp.blueyonder.co.uk
- Department of Health (2004), *Reid green lights £ 4billion investment for new hospitals*. Press Release. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4086620.
- Department of Health (2006), *Payment by Results Guidance*, Version 1, December 2006, Londra, The Stationery Office.
- Department of Health (2008), *Prioritised capital schemes*. <http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/Newhospitalschemes/index.htm>.
- DLA Piper International law firm (2007), *European PPP Report*.
- Dunnigan M., Pollock A. (2003), «Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative», *British Medical Journal*, 326: 905-911.
- Gaffney G., Pollock A., Price D., Shaoul J. (1999), «NHS capital expenditure and the private finance initiative – expansion or contraction?», *British Medical Journal*, 310: 48-51.
- Heald D., Geaughan, N. (1997), «Accounting for the Private Finance Initiative», *Public Money and Management*, 17(3): 11-16.

- HM Treasury (2003), *PFI: meeting the investment challenge*, Londra, The Stationary Office.
- HM Treasury (2006), *Note on interest rate and inflation risk issues in PFI*, Londra, The Stationary Office.
- National Audit Office (2006a), *Update on PFI debt refinancing and the PFI equity market*.
- National Audit Office (2006b), *Focus on refinancing*.
- National Audit Office (2007), *Report on the NHS summarised accounts 2006-07: Achieving financial balance*.
- Palmer K (2006), *NHS Reform: getting back on track*, Londra, King's Fund.
- Office of Government Commerce (2002). *Study into rates of return bid on PFI projects*, Londra, The Stationary Office.
- UBS (2003), *Healthcare Cost of Capital Handbook*.
- Vecchi V. (2004), «Investimenti pubblici: Project Finance o Finanza tradizionale?», *Economia & Management*, 5: 109-125.
- Vecchi V. (2008a), *Il project finance: profili di convenienza e applicazioni al settore sanitario*, Milano, Egea.
- Vecchi V. (2008b), *Financial appraisal of PFI schemes*, research paper, CIPHP University of Edinburgh, Edimburgo.