

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 decima edizione del Rapporto OASI. Di seguito si presentano 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 CERGAS dell'Università Bocconi ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nella sanità italiana, prendendo spunto da due presupposti:

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

Rispetto al primo presupposto il Rapporto di quest'anno, come già quello dell'anno scorso, dà spazio a modelli di valutazione degli impatti di specifiche innovazioni manageriali. Quanto al secondo presupposto, va segnalato il sito del CERGAS (www.cergas.unibocconi.it), che presenta i principali dati del SSN e permette di accedere ai file di tutti i Rapporti OASI, organizzati sia per anno che per temi.

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

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

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

Le prime sono particolarmente utili per tracciare un quadro complessivo dei fenomeni indagati, rispondendo a domande del tipo: quanto/i? (per esempio, 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 predispose 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'adozione dell'atto aziendale, la redazione del piano strategico, la dipartimentalizzazione delle strutture organizzative) e dove quindi è molto rischioso fermarsi alle apparenze dichiarate nei documenti, nei questionari, nelle interviste strutturate.

Gli approfondimenti consentiti dal metodo dei casi, infine, sono estremamente importanti anche per il mondo aziendale. I casi possono infatti aiutare gli operatori a riflettere sui principali fabbisogni organizzativi e gestionali della propria azienda, sull'esigenza di sviluppare soluzioni che garantiscano la coerenza tra le

principali variabili d'azienda (struttura organizzativa, meccanismi operativi, caratteristiche dell'organismo personale ecc.; cfr. 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*); 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'azien-

da. 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. Non mancano, comunque, altri canali attraverso cui i componenti della collettività possono cercare di influenzare le scelte aziendali: in alcune regioni gli Enti Locali hanno riconquistato un ruolo anche formale; alcune associazioni di pazienti e cittadini sono molto attive; significative evoluzioni si riscontrano nell'*empowerment* dei pazienti stessi. Infine, nell'architettura originale del SSN, le principali strutture di governo erano rappresentate dall'assemblea generale e dal comitato di gestione, poi sostituite (attraverso varie fasi) dall'organo monocratico di direzione generale. Regole particolari (anch'esse in forte evoluzione) disciplinano l'assetto istituzionale delle strutture «equiparate», tra cui 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) guidati 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, oppure alle differenti specialità) e alla variabile tempo (distribuzione delle attività tra i vari giorni della settimana); la configurazione dei sistemi informativi, con particolare riferimento agli strumenti di supporto alle operazioni di gestione caratteristica, come i *software* per la gestione della cartella clinica, per la refertazione in formato elettronico, per la gestione del parco letti, per la prenotazione automatica delle agende ambulatoriali, per la gestione dell'inventario e la programmazione delle manutenzioni, fino al modello dell'*hospital resource planning*. In sintesi, fanno parte dell'*assetto tecnico* tutti gli elementi, le condizioni e gli strumenti di supporto che permettono il funzionamento operativo della struttura determinando la configurazione dei processi di assistenza.

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

1.3 La struttura del Rapporto

La struttura del Rapporto riflette la Fig. 1.1.

La prima parte («Il quadro di riferimento») fornisce alcune informazioni di sintesi sulla struttura del SSN, dei SSR e delle singole aziende, con particolare riferimento all'*assetto tecnico*, all'organismo personale, alle principali caratteristi-

che della rete di strutture e professionisti pubblici e privati accreditati e convenzionati. Inoltre, evidenzia i compiti fondamentali che spettano alla regione in quanto «capogruppo» del sistema regionale; sviluppa in particolare i temi del numero e delle caratteristiche delle aziende, che si modificano ogni anno a seguito degli interventi di «riordino» dei SSR; propone un quadro sintetico delle normative regionali che regolano l'assetto del SSR; presenta i dati di *turnover* dei Direttori Generali. Successivamente, analizza gli *input*, gli *output* e gli *outcome* delle aziende sanitarie in termini quantitativi (per esempio tipologie, volumi, 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. Infine, accoglie un capitolo di confronto internazionale (cap. 4) sugli Istituti di *Health Technology Assessment* (HTA), da cui emergono spunti di riflessione rilevanti anche per il contesto italiano. Anche nel SSN, infatti, si sta sviluppando un significativo 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*.

La seconda parte («I sistemi sanitari regionali») si focalizza sui SSR, evidenziando ancora una volta la forte differenziazione interregionale. In particolare, il cap. 5 presenta i risultati economico-finanziari dei «gruppi sanitari pubblici regionali», proponendo anche alcuni dati relativi alle singole aziende. Il cap. 6 indaga le diverse metodologie di analisi dei costi delle prestazioni di ricovero utilizzate dalle regioni a supporto del processo di definizione delle tariffe. Il cap. 7 descrive l'eterogeneità nella diffusione e nelle caratteristiche organizzative, gestionali e professionali delle reti cliniche regionali, con un particolare approfondimento su quelle oncologiche. Il cap. 8 propone alcune riflessioni in merito alle possibili ricadute della nuova convenzione nazionale sulle politiche regionali di governo della medicina generale. Il cap. 9, infine, analizza come alcune regioni stiano disciplinando il settore della *long-term care*, in seguito all'istituzione del Fondo per le non autosufficienze, al fine di comprendere se il Fondo rappresenti uno strumento di integrazione e ricomposizione delle politiche su questa area di bisogni o sia piuttosto considerato come un ulteriore ambito di intervento, che si aggiunge a quelli già in essere, aumentando la frammentazione.

Le successive tre parti sono dedicate più specificamente alle aziende. Nella terza parte («Assetti istituzionali, assetti tecnici e combinazioni economiche»), il cap. 10 studia i fattori critici nel sistema di definizione degli obiettivi che la regione assegna alle aziende; in particolare, il capitolo si concentra sul grado di ambiguità di tali obiettivi, indagandone le determinanti e i possibili impatti sulla *performance*. Il cap. 11 analizza invece la gestione logistica dei beni, proponendo alcune linee guida per la progettazione di un sistema integrato rispetto alle varie fasi del ciclo logistico, nonché un modello per la valutazione delle esperienze. Il cap. 12 affron-

ta il tema della comunicazione aziendale, intesa come strumento volto a ricercare una modifica nel comportamento e/o nell'atteggiamento degli interlocutori, approfondendo il ruolo che può svolgere nel contesto delle aziende sanitarie pubbliche e le modalità con cui può adattarsi alle specificità di tale contesto. Il cap. 13, infine, approfondisce un aspetto specifico della comunicazione, ossia l'utilizzo delle risorse *web* istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*.

Nella quarta parte («L'organizzazione»), il cap. 14 discute le possibili alternative di attribuzione delle responsabilità manageriali a livello di presidio, dipartimento e distretto, con le relative implicazioni per il rapporto medico-manager. Nel cap. 15, a partire dai risultati di un'indagine campionaria, si identificano le prevalenti soluzioni organizzative attualmente adottate dalle aziende sanitarie nell'ambito dei servizi amministrativi centrali; si indagano inoltre le caratteristiche delle relazioni (in termini di prerogative decisionali e ruoli di responsabilità) tra tali servizi ed eventuali ruoli amministrativi collocati sia «in periferia», sia presso strutture sovra-aziendali. Il cap. 16, infine, dà evidenza dell'invecchiamento della forza lavoro nel SSN, sottolineando le sfide manageriali che tale fenomeno pone, in termini di modifica delle culture organizzative e dei sistemi di gestione del personale attualmente in uso.

La quinta parte («La rilevazione»), infine, propone un capitolo (cap. 17) sulle caratteristiche degli indicatori impiegati dalle aziende sanitarie nei sistemi di programmazione e controllo, approfondendo in particolare i motivi della loro numerosità e varietà, per poi valutarne la capacità di esprimere compiutamente la correlazione tra risorse e risultati, evitando nel contempo di riflettere ambiti di governo che sono estranei alle funzioni del budget. Conclude il Rapporto un capitolo sulla cartella clinica elettronica (cap. 18), in cui si presenta un modello di misurazione degli impatti di questa innovazione, con lo scopo di valutarne l'effettiva capacità di contribuire al miglioramento della *performance* aziendale e di sistema. 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

Oltre alle tradizionali chiavi di lettura (permanente dinamicità del sistema, ingegneria istituzionale con crescente pluralità degli attori, regionalizzazione, differenziazione interaziendale, centralità degli equilibri economico-finanziari), che risultano tutte sostanzialmente confermate, il Rapporto 2009 ruota intorno a tre temi chiave: l'estensione e l'affinamento delle soluzioni manageriali; le

potenzialità e i rischi dell'«informatica» ampiamente intesa; le relazioni interistituzionali.

Rispetto al primo tema, come già segnalato l'anno scorso, prosegue l'attenzione verso le combinazioni economiche, le *operations*, che rappresentano il «cuore» dell'azienda, ma su cui si è tradizionalmente cercato di incidere soltanto in modo indiretto, agendo sugli elementi «sovraordinati» o «di contorno»: in ordine cronologico, sistemi di programmazione e controllo, strutture organizzative, assetti istituzionali. Nel Rapporto dell'anno scorso, l'attenzione si era focalizzata sui processi sanitari («logistica del paziente»). Quest'anno (cap. 10) si parla invece di logistica dei beni, evidenziando come molte aziende abbiano profondamente innovato le tradizionali modalità di gestione dei flussi, ottenendo risultati apprezzabili soprattutto dove siano state capaci di: intervenire in modo coordinato sulle diverse componenti del sistema logistico; creare buoni rapporti di *partnership* con le imprese esterne a cui è stata delegata la responsabilità operativa su specifiche fasi del ciclo logistico; porre attenzione all'impatto sulle attività clinico-assistenziali. A quest'ultimo riguardo, è anche importante sottolineare come l'innovazione nella logistica dei beni liberi tempo al personale sanitario, che può così dedicarsi ad attività più coerenti con le proprie competenze distintive (cura e assistenza dei pazienti, appropriatezza delle prescrizioni, governo clinico).

All'attenzione verso i processi, oltre che naturalmente alla necessità di perseguire la sostenibilità economico-finanziaria, è riconducibile anche la crescente attenzione prestata all'HTA (cap. 4) e, più in generale, ai processi di generazione, codifica, diffusione e trasferimento delle innovazioni tecnologiche, al fine di garantire un ampio ed equo accesso alle opportunità che tali innovazioni offrono, salvaguardando nel contempo le condizioni di allocazione efficiente delle risorse. All'ambito delle combinazioni economiche d'azienda può inoltre essere ricondotto anche lo sviluppo di una funzione tradizionalmente sottovalutata, ma potenzialmente capace di incidere profondamente sulla funzionalità aziendale, quale la comunicazione (capp. 12 e 13). In particolare, con la comunicazione si possono perseguire almeno quattro finalità: informare il paziente sui servizi dell'azienda per permetterne una migliore fruizione; consentire al paziente di svolgere un ruolo proattivo o, meglio, incanalare il ruolo proattivo che il paziente comunque si sente sempre più pronto a svolgere (*patient empowerment*); sostenere la capacità competitiva dell'azienda, seppur con le peculiarità proprie del contesto pubblico, accompagnando al «saper fare» il «saper far conoscere» le proprie eccellenze; costruire e mantenere una rete armonica di relazioni con la gamma sempre più ampia e variegata degli *stakeholder*, ottenendone per esempio il sostegno a fonte di impegnative iniziative di cambiamento. Infine, come già segnalato l'anno scorso, anche nella centralizzazione degli acquisti (capp. 2 e 15) si può cogliere 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 approvvigio-

namento 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.

L'attenzione ai processi comporta anche un altro effetto positivo: il ripensamento del ruolo di strutture organizzative e sistemi operativi. Nelle prime fasi del processo di aziendalizzazione, l'introduzione di assetti e strumenti innovativi era spesso percepita come un fine in sé. Non sorprendentemente, ciò comportava livelli di soddisfazione generalmente più elevati nelle aziende che si trovavano ancora nelle fasi iniziali del ciclo innovativo: entusiasmo tra i promotori in fase di progettazione; entusiasmo ancora maggiore e più diffuso nel caso dell'introduzione tecnicamente riuscita dello strumento; crescente insoddisfazione con il passare del tempo. Il riferimento ai processi aziendali aiuta invece a ricollocare le soluzioni manageriali nel ruolo loro proprio, di mezzi tramite cui perseguire la funzionalità aziendale. Ciò è testimoniato, per esempio, dal ripensamento degli indicatori utilizzati nei sistemi di programmazione e controllo (cap. 17), oppure delle soluzioni organizzative su cui impostare il rapporto medico-manager (cap. 14); soprattutto, è testimoniato dalla diffusione delle iniziative tese a valutare l'impatto dei nuovi strumenti sull'efficacia ed efficienza aziendale (capp. 11 e 18). A quest'ultimo riguardo si noti, tra l'altro, che la preminenza di studi che descrivono le caratteristiche delle innovazioni manageriali, contrapposti a quelli che ne valutano l'impatto, è uno dei principali limiti della letteratura internazionale sul *New Public Management*.

Resta inteso che non mancano i consueti comportamenti «isomorfici». Ciò vale soprattutto per gli strumenti più innovativi, come la logistica (cap. 11) e le reti cliniche (cap. 7). Sempre in tema di sfide nuove, colpisce in particolare il silenzio che circonda la questione dell'invecchiamento del personale (cap. 16). L'invecchiamento della popolazione viene sistematicamente citato con riferimento ai destinatari delle prestazioni, ma l'invecchiamento dei «produttori» di tali prestazioni è altrettanto critico, soprattutto in un settore ad alta intensità di lavoro, altamente professionalizzato e spesso «usurante» come quello della sanità. Diventa quindi urgente affrontarne le implicazioni sia a livello aziendale, dove occorrerà una profonda revisione dell'organizzazione del lavoro e delle relazioni sindacali, sia nelle politiche regionali e nazionali, anche al di fuori degli ambiti strettamente riconducibili alla sanità (si pensi in particolare all'istruzione). All'apparenza, criticità emergono anche con riferimento a un tema molto tecnico e potenzialmente consolidato quale la contabilità (cap. 5). Qui però resta da capire quanto incida l'arretratezza dei sistemi informativo-contabili e quanto invece l'esplicita volontà di manipolare i risultati economici per perseguire specifiche finalità (a seconda delle situazioni, affermare la capacità dell'azienda o del sistema regionale di conseguire l'equilibrio economico; schivare l'assoggettamento ai piani di rientro o il commissariamento; ottenere maggiori trasferimenti in sede di ripiano).

Quando si parla di soluzioni manageriali in sanità, infine, generalmente si fini-

sce per fare riferimento ai servizi sanitari ospedalieri, perché altre parti importanti delle aziende sanitarie (i servizi amministrativi, il «territorio») sono tendenzialmente rimasti più protetti dalle pressioni all'efficacia e all'efficienza proprie dell'aziendalizzazione. Il tema è particolarmente critico perché la percezione di una sostanziale equità tra contributi forniti e ricompense riconosciute alle diverse persone (e gruppi) che operano nell'azienda è un'importante condizione di funzionalità dell'azienda stessa. Con riferimento ai servizi amministrativi, tuttavia, cominciano a manifestarsi forti spinte al rinnovamento (cap. 15): tra queste le tensioni nelle relazioni tra la *line* amministrativa, che vede diminuire il proprio contributo alla gestione aziendale, e gli organi di *staff*, che si trovano spesso in una posizione organizzativa privilegiata rispetto alla direzione aziendale; la tendenza generale all'accorpamento delle aziende sanitarie e, quindi, la necessità di riprogettazione e riorganizzazione dei servizi non sanitari tra il centro (direzione aziendale) e la «periferia» (dipartimenti, distretti e presidi); l'introduzione di enti o meccanismi di coordinamento sovra-aziendale per svolgere attività (es. acquisti) tradizionalmente affidate alla *line* amministrativa aziendale. Quanto al territorio, un segnale interessante viene dalla nuova convenzione dei MMG (cap. 8), dove l'affiancamento alle forme associative già previste di alcune soluzioni meno ambiziose potrà forse consentire il graduale decollo dell'associazionismo stesso.

Per il secondo tema chiave, il Rapporto evidenzia come il concetto di sanità elettronica e gli strumenti per veicolarla all'interno delle aziende sanitarie siano stati finora collegati quasi esclusivamente al recupero dell'efficienza. Oggi, invece, lo sviluppo e l'implementazione di modelli di *Information and Communication Technology* per la sanità (sviluppo del Web, cartelle cliniche elettroniche, applicazioni e dispositivi di telemedicina) appaiono sempre più orientati a soddisfare una domanda di salute complessa e ricca di aspettative, anziché solo a razionalizzare l'uso delle risorse.

Più specificamente, il Rapporto mostra (cap. 13) come le informazioni e i servizi erogati dalle aziende sanitarie attraverso il Web possano contribuire a migliorare l'*empowerment* del paziente. Nella realtà dei fatti, però, le aziende sanitarie mostrano una consapevolezza solo parziale delle potenzialità degli strumenti *web* per ridurre le tradizionali asimmetrie informative medico-paziente; una elevata resistenza all'utilizzo del *web* per un significativo e reale incremento del grado di trasparenza (visibilità delle liste d'attesa, *CV on line* dei professionisti); una sostanziale immaturità delle *web strategy* aziendali, ancora troppo modulate sulle strutture e sulle responsabilità organizzative, più che sui bisogni e sulla domanda dei cittadini-pazienti.

Allo stesso modo, l'introduzione di sistemi informativi integrati per la gestione elettronica dei dati del paziente (cap. 18) è finalizzata a incrementare l'efficienza dei processi interni, ma soprattutto la qualità nell'erogazione delle prestazioni. Tali sistemi, infatti, facilitano la raccolta, l'analisi e la condivisione di imponenti volumi di dati e informazioni relative alla storia clinica dei pazienti tra tutti gli at-

tori che partecipano al processo di cura e tutela della salute, a prescindere dalle strutture in cui tali attori operano. Benché oggi circa il 15% delle aziende sanitarie italiane abbia introdotto la cartella clinica elettronica, mancano però modelli di misurazione degli impatti che siano applicabili alle diverse tipologie di aziende sanitarie, contemplino tutte le dimensioni rilevanti (efficienza, efficacia, qualità del servizio, *clinical governance*) e considerino gli effetti sia di breve che di lungo periodo.

Con riferimento infine al terzo tema, quello delle relazioni interistituzionali, ovviamente centrale è la relazione tra regioni e aziende. In merito, si è spesso sostenuto, anche in base al *turnover* dei DG (cap. 2), che molte regioni non sono sufficientemente efficaci nel selezionare i propri DG, dare loro obiettivi precisi, sostenerli nell'implementazione degli obiettivi stessi, valutarne equamente l'operato. Quest'anno il Rapporto (cap. 10) presenta uno studio specifico sul tema, che dimostra appunto una forte correlazione negativa tra l'ambiguità degli obiettivi assegnati dalle regioni alle aziende da un lato, la *performance* delle aziende stesse dall'altro. La criticità del ruolo regionale emerge poi con forza anche nella gestione del mix pubblico-privato, sia in generale, sia con riferimento alla definizione dei sistemi tariffari. In generale, i dati economico-finanziari (cap. 5) testimoniano ancora una volta come non esista una combinazione ottimale tra la produzione diretta di servizi sanitari da parte di ASL e AO e l'erogazione di tali servizi da parte di terzi tramite contratti e convenzioni. Il privato, per esempio, è più difficilmente controllabile in modo diretto, ma certamente più reattivo rispetto al sistema di incentivi che gli vengono proposti. È però fondamentale, per i SSR che si affidano prevalentemente all'attività di terzi, saper dimensionare correttamente la struttura produttiva interna di ASL e AO, nonché dotarsi della volontà politica e delle capacità tecniche necessarie per guidare l'operato degli erogatori privati verso gli obiettivi perseguiti dalla collettività regionale. Quanto alle tariffe (cap. 6), la qualità delle analisi su cui si fonda la loro definizione è condizione essenziale perché le scelte tariffarie siano un effettivo strumento di orientamento dei comportamenti. Ciò nonostante, sono ancora poche le regioni che basano i propri sistemi tariffari su rilevazioni analitiche e analisi approfondite dei costi aziendali. A quest'ultimo riguardo, così come nei sistemi di programmazione e controllo (cap. 17), va peraltro segnalato il rischio di indurre le aziende ad «appiattare» i propri sistemi contabili sulle esigenze regionali, nonché il ruolo che l'«informatica» può svolgere nel contenere o amplificare tale rischio. Più diffusa, invece, sembra essere stata la capacità delle regioni di cogliere le forme di organizzazione a rete (che generalmente sorgono per iniziative «dal basso», promosse dalle comunità professionali), istituzionalizzarle e quindi farle decollare, stimolando un ruolo attivo anche da parte delle aziende (cap. 7).

Accanto alla relazione tra regioni e aziende, importante è anche il ruolo del livello centrale, che la riforma federale del Paese tende a circoscrivere da un la-

to alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza che vanno comunque assicurati a tutti i cittadini, dall'altro al monitoraggio degli equilibri economico-finanziari. Per il livello centrale, in realtà, si possono prospettare almeno tre ambiti importanti su cui investire. Il primo ambito è appunto quello del monitoraggio dei LEA e degli equilibri economico-finanziari, da svolgersi attraverso indicatori validati e alimentati da flussi informativi tempestivi, affidabili e standardizzati (l'eterogeneità delle regole contabili è, a questo punto, veramente paradossale). Il secondo ambito è quello dell'affiancamento alle regioni e aziende assoggettate a piani di rientro o, a maggior ragione, commissariate. Si tratta di un tema fondamentale perché, in molte regioni, è purtroppo evidente l'assenza delle condizioni politiche e tecniche che sono indispensabili al buon funzionamento del SSR. La recente legge delega sul federalismo fiscale, tra l'altro, sembra far leva soprattutto sulla volontà politica, prefigurando sistemi di premi e penalizzazioni, ma lasciando in ombra la questione delle capacità tecniche. Qui il paradosso è che al livello centrale si chiede di rinunciare a ogni attività di gestione diretta del sistema, con l'inevitabile depauperamento delle relative competenze, salvo poi dover dare un contributo sostanziale al risanamento delle regioni in difficoltà. Il paradosso si può probabilmente superare attivando reti di regioni, aziende e altri soggetti da cui poter attingere le necessarie competenze, sviluppando però forti capacità di guida nei loro confronti. Un elemento qualificante del federalismo, del resto, è proprio la possibilità di sperimentare «in parallelo» e «su scala locale» soluzioni diverse, di confrontarle e valutarle e, se opportuno, di estenderle ad altri contesti. Ciò conduce al terzo ambito su cui il livello centrale può investire: fornire un quadro di riferimento nazionale su tematiche attualmente prive di un adeguato sistema di *governance* interistituzionale (per esempio, l'assistenza socio-sanitaria e la *long-term care*: cap. 9) e, più in generale, costruirsi un autorevole ruolo di coordinamento, propulsione e/o *benchmarking* delle iniziative regionali. Di tale ruolo si sente evidentemente il bisogno su temi come l'HTA (cap. 4), ma anche nella determinazione delle tariffe, dove le regioni sono state finora costrette a far affidamento su sistemi di pesi sviluppati addirittura all'estero (cap. 6).

Accanto alle relazioni «verticali» ci sono poi quelle tra aziende. Il tema viene generalmente affrontato nell'ambito di iniziative regionali finalizzate al coordinamento interaziendale (per esempio, aree vaste o reti cliniche) o all'accentramento sovra-aziendale (per esempio, degli acquisti). C'è poi l'opportunità, già segnalata, che il supporto alle regioni e alle aziende in difficoltà non debba necessariamente venire solo per canali verticali, ma possa essere autonomamente sviluppato o comunque integrato dalle associazioni che raggruppano le aziende sanitarie. Più in generale, la combinazione di crescente pluralità del sistema (maggiore numero di soggetti tra loro eterogenei che vi operano) e crescente centralità del paziente (cap. 13) necessariamente richiede un sempre più stretto coordinamento tra le aziende.

Bibliografia

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