

Comitato scientifico

**Elio Borgonovi** (coordinatore)  
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche  
Università Bocconi di Milano  
Direttore Scuola di Direzione Aziendale

**Luca Anselmi**  
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

**Sabino Cassese**  
Ordinario di diritto amministrativo  
Università La Sapienza di Roma

**Siro Lombardini**  
Ordinario di economia - Università di Torino

**Antonio Pedone**  
Ordinario di scienze delle finanze  
Università La Sapienza di Roma

**Fabio Roversi Monaco**  
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

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

Condirettore e direttore scientifico

**Elio Borgonovi**

Redazione:

Coordinatore generale

**Mario Del Vecchio**

Coordinatori di sezione

**Federica Bandini - Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Germana Di Falco - Marco Parenti - Rosanna Tarricone**

Redattori

**Giorgio Casati - Giovanni Fattore - Giorgio Fiorentini - Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Marco Meneguzzo - Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro**

Corrispondenti esteri

**Michael Schofield** (Manchester)

**Gustav Schacter** (Boston)

Direttore editoriale

**Anna Gemma Gonzales**

Segreteria di redazione

**Silvia Tanno**

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

Tel. 06/8073368-8073386 - Fax 06/8085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23

Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593

E-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

Pubblicazione

— edita da **SUPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1982

— fotocomposta da **SUPIS** s.r.l.

— stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774/381700, Fax 0774/381700

— spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 80.000

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda:

— che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;

— che chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:

1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;

— che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

# MECOSAN

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*  
edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **La difficile sfida del SSN: coniugare solidarietà ed efficienza**
- Sez. 1<sup>a</sup> - **Saggi e ricerche**
- 9 **Mobilità sanitaria ed indici di entropia**  
di Cristina Ugolini, Daniele Fabbri
- 25 **L'approccio metodologico di un progetto di benchmarking sulla motivazione e soddisfazione del personale di un'azienda U.S.L.**  
di Massimo Sargiacomo
- 45 **I sistemi di contratti in sanità per la regolazione della produzione: quali reali aspettative?**  
di Antonello Zangrandi
- Sez. 2<sup>a</sup> - **Documenti e commenti**
- 59 **Corporate governance: documenti e riflessioni dal NHS**  
di Mario Del Vecchio
- Sez. 3<sup>a</sup> - **Esperienze innovative**
- 71 **Valutazione sullo stato di sviluppo della programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie italiane**  
di G. Casati, I. Mastrobuono, L. Scomparin, E. Guzzanti
- 89 **«Le donne di fronte all'evento nascita»: un'indagine sulle «clienti mancate» di una divisione di ostetricia**  
di Gabriele Cavazza, Lara Nanetti, Valentina Gerri
- 93 **Il progetto per l'accreditamento di eccellenza dei servizi di pronto soccorso dei D.E.A. di Piemonte e Valle d'Aosta**  
di G. Ottone, E. Balestrino, F. Blumtritt, C. Martina, P. Ribet
- Sez. 4<sup>a</sup> - **La sanità nel mondo**
- 105 **Formare managers efficaci**  
di Paola Adinolfi, Hugh Flanagan, Peter Spurgeon
- 117 **Modelli innovativi di assistenza sanitaria integrata: un confronto internazionale**  
di John Øvretveit
- Sez. 5<sup>a</sup> - **Sanità e impresa**
- 129 **I tempi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche**  
di Paolo Gazzaniga, Carlo Mambretti
- 137 **Il progetto Farm@link e l'innovazione nella gestione dei crediti in sanità**  
di António Iantosca
- Sez. 6<sup>a</sup> - **Biblioteca**
- 147 **Novità bibliografiche**
- 153 **Spoglio riviste**
- 156 **Bibliografia monotematica**
- 165 **Tesi di laurea**

## LA DIFFICILE SFIDA DEL SSN: CONIUGARE SOLIDARIETÀ ED EFFICIENZA

*La sfida per i sistemi sanitari di fine millennio e di inizi del prossimo è quella di coniugare solidarietà ed efficienza. Infatti la scelta di molti Paesi, e tra essi l'Italia con le riforme dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 e con la riforma del Welfare State oggi in atto, è stata quella di riaffermare il principio della «solidarietà sociale» tramite la garanzia della copertura da parte del sistema pubblico di certi bisogni di salute, introducendo tuttavia «regole» giudicate necessarie per aumentare il livello di efficienza nell'impiego delle risorse e di responsabilizzazione dei diversi «attori» sul rapporto risultati-risorse.*

*Sul fronte della solidarietà sono state peraltro introdotte due importanti specificazioni:*

— *la garanzia «pubblica» non è estesa in termini generici e/o assoluti ai bisogni di salute, ma è riferita e delimitata a «definite» tipologie di bisogni e «definite» condizioni (chiamate anche bisogni garantiti) in genere rapportati alle risorse che un Paese è in grado di (o decide politicamente di) destinare alla sanità;*

— *il principio della solidarietà sociale viene interpretato non secondo una logica dicotomica (il bisogno è garantito o non è garantito, le competenze sono dello Stato, o del «sistema delle autonomie locali» che comprende Regioni ed enti locali), ma secondo la logica della sussidiarietà in base*

*alla quale si lascia ad ogni soggetto (individuo o famiglia) e ad ogni sistema sociale «istituzionale organizzato» (le comunità locali, le Regioni, o i cosiddetti «corpi sociali intermedi») la libertà e la responsabilità di soddisfare i propri bisogni con le proprie capacità e le proprie risorse, salvo l'intervento del sistema di «ordine più complesso» (la Regione nei confronti delle comunità locali, lo Stato nei confronti delle Regioni, gli organismi, le istituzioni e il sistema delle relazioni internazionali nei confronti degli Stati nazionali) solo per quelle esigenze cui il sistema di ordine meno complesso non è in grado di rispondere autonomamente.*

*Si afferma che, mentre l'interpretazione del principio della solidarietà sociale tramite il modello del Welfare State determina la rinuncia alla libertà di scelta (o almeno di una parte rilevante di essa) di chi entra nel sistema, l'interpretazione tramite il modello della sussidiarietà consente di lasciare la libertà di scelta sui bisogni da soddisfare e sulla loro priorità ai soggetti portatori dei bisogni stessi e ai sistemi socio-istituzionali che ad essi sono «più vicini» (concetto organizzativo di «prossimità») e sui quali essi possono esercitare un controllo più diretto. Mentre nel modello del Welfare State la garanzia pubblica nei riguardi di determinati bisogni in un certo senso implica il costo della per-*

*dità o della «forte limitazione» della libertà di determinare la qualità o le priorità della risposta ai problemi di salute, il modello della sussidiarietà consente un migliore e più soddisfacente equilibrio tra libertà di scelta e garanzia pubblica.*

*L'altro elemento della «sfida» di fine millennio è costituito dalla responsabilizzazione nel perseguimento di più elevati livelli di efficienza. In effetti, si è spostato, soprattutto a seguito dell'apporto di discipline aziendali e manageriali, l'accento dal concetto di «efficienza allocativa» (che sta alla base dell'intervento pubblico tramite le politiche di Welfare) a quello di «efficienza produttiva». Ciò ha determinato la diffusione a tutti i livelli di forti pressioni (un generalizzato forte commitment come dicono le teorie manageriali) nel senso del perseguimento di più elevati livelli di efficienza. L'accettazione di tali pressioni è considerata condizione strumentale per «rendere realmente operante» il principio della sussidiarietà.*

*L'aumento di efficienza, infatti, consentendo di ottenere più elevati livelli quali-quantitativi di offerta, di risposte ai bisogni di salute a parità di risorse, favorisce il rafforzamento e la prevalenza del principio di comunanza e/o convergenza di interessi al principio del contrasto conflitto di interessi che invece prevale in presenza di*

politiche e di interventi puramente «riallocativi» che danno qualcosa a qualcuno togliendolo ad altri.

Le riforme del SSN avviate da alcuni anni sono perciò fondate su modelli interpretativi basati sulle seguenti equivalenze:

— sussidiarietà = valorizzazione dell'autonomia e libertà di scelta delle persone e dei sistemi socio-istituzionali «di base»;

— maggiore efficienza produttiva = maggiore pienezza di applicazione del principio di solidarietà;

— più elevati livelli di efficienza produttiva = più elevati livelli di autonomia e libertà per la società (per chi considera valida la proprietà «transitiva» nel sistema di equazioni).

Si è parlato di «sfida» e sarebbe stato forse più corretto usare i verbi con il modo condizionale e non con l'indicativo, in quanto il modello delle riforme è di tipo «normativo» (dover essere) a forte valenza etica e non di tipo «positivo» basato su esperienze di come realmente funzionano i sistemi sanitari. La sfida infatti consiste nel dimostrare se in concreto possono funzionare le equivalenze sopra ricordate o, se si vuole, nel creare le condizioni affinché le ipotesi del modello sussidiarietà-efficienza diventino reali.

La possibilità di vincere la sfida, ossia la possibilità di ottenere un reale miglioramento, dipende dai concreti strumenti di governo della domanda e dell'offerta di servizi sanitari. In effetti, l'insoddisfazione (più o meno elevata nei diversi Paesi) sul funzionamento dei Sistemi sanitari nazionali è riconducibile soprattutto all'inefficienza degli strumenti di controllo-governo del sistema, che si richiamano alle seguenti ipotesi teoriche:

— l'equilibrio tra bisogni di salute e risorse, tra domanda e offerta può essere conseguito tramite una «razionale» scelta delle priorità: lo stru-

mento suggerito per ottenere l'equilibrio è il contributo dei Piani sanitari nazionali, regionali, locali;

— il controllo della domanda è realizzabile tramite un rigoroso controllo dell'offerta: controlli autorizzativi dello Stato e a cascata delle Regioni sulla attivazione di strutture sanitarie, sull'apertura dei servizi, sulla dotazione (spesso presentata come «ottimale») di personale, di attrezzature e apparecchiature, ecc.;

— l'equilibrio economico-finanziario può essere imposto tramite vincoli: gli strumenti utilizzati per garantire tale equilibrio sono la contabilità finanziaria di tipo autorizzativo, i tetti di spesa (specifici, esempio farmaci, o generali), i tagli apportati alla spesa sanitaria nelle leggi finanziarie.

Il modello basato sulla ipotesi che qualche organismo dotato di poteri, di carattere «tecnico» o di carattere rappresentativo (i vari Comitati di programmazione con diverse composizioni) potesse «scegliere» in modo razionale, organico e con elevati livelli di consenso la quantità, la qualità e la priorità dei bisogni e che fosse necessario e sufficiente «creare scarsità di risorse» (vincoli di spesa) per indurre a perseguire l'efficienza non ha funzionato, o ha funzionato in modo insoddisfacente. Ad esso si cerca di sostituire un sistema basato sui seguenti strumenti di controllo:

— manageriale per quanto riguarda il funzionamento interno delle unità chiamate a produrre ed erogare i servizi (le aziende sanitarie);

— del mercato, tramite prezzi dei servizi o compartecipazione e tramite rafforzamento della libertà di scelta dei pazienti, per quanto riguarda il governo della domanda.

I controlli manageriali sono indirizzati alla ricerca del migliore rapporto risultati-risorse. I controlli di mercato o legati alla «scelta del paziente» sono indirizzati all'ottenimen-

to del miglior rapporto utilità (per il paziente)-costo (per la comunità) dei servizi di tutela della salute.

La logica di controllo manageriale, coesistente al riconoscimento della natura di «azienda» alle entità che producono ed erogano servizi di salute, si affida alla attivazione di conoscenze, competenze, capacità tecniche, attitudini finalizzate a «sprigionare» il potenziale di miglioramento esistente in ogni realtà «complessa». Infatti, al crescere della complessità cresce anche il numero di alternative possibili per ottenere certi risultati utilizzando date risorse. Alternative che si differenziano tra loro proprio per un diverso rapporto tra quantità e qualità dei risultati (risposte ai problemi di salute) e quantità e qualità delle risorse impiegate.

Responsabilizzato sul numero e la complessità di malati acuti ricoverati e riportati in un accettabile stato di salute, sul numero e l'efficacia degli interventi di prevenzione effettuati e valutati in rapporto alle complicanze evitate, sulla efficacia degli interventi di riabilitazione e su tanti altri aspetti che qualificano lo stato di salute di una popolazione, il manager utilizza dati e informazioni, analisi, valutazioni che lo aiutano a ricercare e a trovare, tra le innumerevoli alternative possibili di organizzazione dell'attività, quelle che realizzano la migliore combinazione risultati-risorse.

Tuttavia è noto che le logiche e i principi generano comportamenti effettivi a seguito di specifiche e ben identificate motivazioni e a seguito dell'esistenza di un effettivo potere di influenza su certi fenomeni. Nel corso della riforma della sanità degli anni novanta si è ritenuto che lo spostamento da logiche e da sistemi di controllo burocratico e di controllo delle risorse a logiche e strumenti di controllo manageriale potesse derivare:

— dalla specificazione dei risultati attesi in termini di definizione dei livelli di assistenza obbligatori «garantiti»;

— dal vincolo di mantenere l'economicità, sintetizzata nel vincolo del pareggio del bilancio;

— nella attribuzione di un forte potere autonomo al direttore generale.

Tuttavia due sono i punti di debolezza del sistema di controllo manageriale:

1) il fatto che l'equilibrio tra risultati e risorse possa essere ricercato non al livello «massimo possibile date le conoscenze scientifiche, tecniche ed organizzative», ma a seguito di una determinazione, da parte del direttore generale delle aziende, di livelli di risultati «più facilmente» raggiungibili;

2) oppure, situazione diametralmente opposta, il fatto che il livello della domanda possa diventare talmente elevato da non poter essere fronteggiato con le risorse disponibili nonostante l'applicazione dei più elevati livelli di razionalità possibili in dati momenti.

Per questo si è ritenuto che per rendere credibile il modello aziendale fosse necessario completare il sistema dei controlli manageriali con il rafforzamento del sistema di «controlli esterni» da parte dei destinatari dei servizi. Ciò nel triplice aspetto di:

1) rafforzamento della «libertà di scelta» del paziente che serve a ridurre la possibilità per i manager delle aziende sanitarie (a cominciare dal direttore generale) di ricercare «soluzioni facili» all'imperativo di mantenere l'equilibrio risultati-risorse: se le risposte sono insoddisfacenti, il paziente si può rivolgere ad altra struttura di offerta con una riduzione delle risorse a disposizione dell'azienda, il che rende più difficile perseguire l'equilibrio;

2) possibilità per le aziende di erogare «prestazioni a pagamento» al

di fuori dei livelli obbligatori per legge (livelli garantiti), il che consente di aumentare il livello di risorse disponibili;

3) tendenza ad imporre forme di «compartecipazione al costo» dei servizi (ticket o altre forme) allo scopo di indurre i pazienti ad autoregolare la domanda: infatti, una delle caratteristiche della sanità consiste nel fatto che esistono spinte varie ad un continuo aumento della domanda (alcune legate a fenomeni fisiologici, quali il miglioramento delle conoscenze scientifiche, altre legate a fenomeni patologici, quali la creazione di domanda indotta) che rendono difficile, se non impossibile, il perseguimento dell'equilibrio in assenza di autocontrollo da parte dei pazienti.

Il meccanismo di azione delle tre linee di controlli esterni può essere rappresentato nei seguenti termini. La libertà di scelta del paziente, unita a indicatori di «soddisfazione sulla qualità dei servizi» e al vincolo di risorse pubbliche definite si propone:

1) di aumentare il livello della domanda;

2) di ridurre i costi unitari di produzione o di eliminare prestazioni non necessarie o «improprie» perché i vincoli sulla spesa sanitaria globale, che resta invariata o addirittura diminuisce, riducono lo spazio per le inefficienze e gli sprechi.

La possibilità di richiedere un prezzo per le prestazioni che non rientrano nei livelli assistenziali garantiti si propone di aumentare il livello di risorse disponibili per il sistema sanitario. Se il complesso dei prezzi produce ricavi superiori ai maggiori costi per le prestazioni aggiuntive, si realizza un margine positivo che può essere impiegato per aumentare la quantità o la qualità dei servizi (nelle aziende pubbliche e in quelle private non profit). Il vincolo in questo caso è dato dal fatto che il pagamento di un prezzo mette i

servizi di salute «in competizione» con altri beni destinati a soddisfare altri bisogni in quanto si riduce la disponibilità del reddito delle famiglie. La sfida per i manager della sanità è quella di «vincere la competizione con altri bisogni» garantendo servizi il cui valore è giudicato superiore al loro prezzo.

Nel caso di «compartecipazioni chieste al paziente» si persegue:

— sia un autocontrollo da parte del cliente che, limitando il volume della domanda, rende più agevole perseguire l'equilibrio economico;

— sia un certo aumento delle risorse disponibili che consente o di aumentare l'offerta di servizi o di ridurre il volume delle risorse del bilancio dello Stato (derivanti dal prelievo fiscale) alla sanità.

Gli strumenti di autocontrollo esterno che agiscono sulla domanda sono assai diversi dai controlli esterni di natura burocratica che agiscono sulle risorse e si propongono di spingere i responsabili delle aziende sanitarie:

— a ridurre i costi unitari di produzione;

— a eliminare le prestazioni inutili, superflue, improprie;

— ad aumentare il livello della spesa sanitaria complessiva solo in presenza di maggiore afflusso di risorse sottratte ad altri consumi.

Il funzionamento «virtuoso» del sistema dipende dal modo in cui operano effettivamente le logiche e i meccanismi di:

— competizione tra aziende che producono servizi sanitari;

— negoziazione tra aziende che detengono le risorse economiche e «acquistano servizi» (le aziende territoriali pubbliche, i fondi integrativi, le assicurazioni private) e le aziende che producono servizi;

— la competizione dei bisogni di salute rispetto ad altri bisogni.

Tuttavia occorre sottolineare che gli effetti «virtuosi» e «desiderati» del nuovo modello potranno manifestarsi solo se vi sarà un equilibrato uso delle tre leve di azione, il miglioramento della responsabilizzazione manageriale sostenuta da un'adeguata cultura, l'autonomia di giudizio dei pazienti sostenuta da un adeguato livello di informazione e di educazione sanitaria, l'uso dei prezzi o delle comparazioni che attiva la responsabilizzazione economica.

Ma è noto come sia «più facile» e di più immediato riscontro l'uso della leva economica per cui il vero rischio del nuovo sistema è quello di usare, di fronte alle esigenze di contenimento della spesa pubblica, la leva dell'innalzamento dei ticket o dello spostamento di servizi dalla spesa dei livelli

assistenziali garantiti a quella delle «prestazioni a pagamento» con effetti che potrebbero essere:

— scarsa riduzione delle inefficienze;

— recupero dell'equilibrio economico tramite aumento delle entrate da ticket o da «vendita di prestazioni».

Il funzionamento inadeguato dei sistemi di controllo burocratico e dei tetti di spesa produce inefficienze che sono evidenziate da «disavanzi dei bilanci» e da «ritardi delle prestazioni» o addirittura da «impossibilità di dare le prestazioni richieste».

Il funzionamento squilibrato del sistema sanitario basato sull'uso delle regole del mercato (eccessivo peso dato alla sola leva economica) potrebbe dare origine a situazioni di:

— equilibrio economico delle aziende sanitarie ottenuto non con più elevati livelli di efficienza, ma attirando un maggiore volume di risorse private, sottratte però ad altri possibili consumi (inefficienze «scaricate» sui pazienti);

— difficoltà di sopravvivenza non per le strutture più inefficienti (che sarebbe un effetto positivo), ma per le strutture di offerta colpite da forme di «competizione aggressiva» e a volte di «competizione giocata su elementi di immagine e non di sostanza» (effetto negativo non desiderato).

In entrambi i casi comunque il problema è quello di prepararsi ad affrontare le «crisi aziendali» di ospedali (pubblici, ma anche privati) e di aziende territoriali colpite da disavanzo strutturale.

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -  
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -  
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a piè di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

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

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

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

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;  
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98  
E-mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>





# MOBILITÀ SANITARIA ED INDICI DI ENTROPIA

di Cristina Ugolini<sup>1</sup>, Daniele Fabbri<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Economia, Università di Ancona

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna

**SOMMARIO:** 1. Introduzione - 2. Indicatori sanitari e mobilità - 3. L'indice di entropia - 4. Un'applicazione alla mobilità ospedaliera in Emilia-Romagna - 5. Conclusioni.

*The recent reform of the Italian National Health Service introduced the right for patients to refer to any hospitals, also to those outside their district of residence. As patients do not need to obtain prior authorisation, decisions to exit can generate unpredictable expenditure for the competent purchasing local authority. In this context, the study of extent and directions of these patients' movements becomes important not only as a way to control budgets but also in order to improve the range and quality of services provided. In other words, patient outflows can be viewed as a simple method of quality audit, e.g. an index of dissatisfaction with services available in the district. Data on patient's flows between different local health authorities are collected routinely but are not always easy to analyse. The great amount of information contained in a matrix of patients flows suggests to introduce new indicators able to represent, synthesise and control this phenomenon. Purpose of this paper is to examine the entropy index as one of such indicators and to discuss the benefits to add it to the other health indicators that are traditionally collected and analysed.*

## 1. Introduzione

La riforma del Sistema sanitario nazionale, introdotta dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, ha sancito il principio della libertà di scelta secondo il quale i cittadini hanno la possibilità di rivolgersi ad erogatori pubblici e privati accreditati su un piano di parità e senza bisogno di alcuna autorizzazione da parte della propria ASL di assistenza. In questo contesto, la scelta degli utenti finisce con il determinare l'entità dei ricavi delle strutture ospedaliere, le quali, ricevendo il «prezzo» per le prestazioni effettivamente corrisposte, sono quindi incentivate ad acquisire il gradimento dei propri pazienti ed a soddisfarne il più possibile le aspettative (1).

Se altre novità introdotte dalla riforma, come ad esempio l'introduzione di un sistema di pagamento prospettico, sono già state oggetto di numerose riflessioni, non sembra invece che le

conseguenze della libertà di scelta abbiano finora ricevuto attenzioni sufficienti. Il diritto di scelta intende responsabilizzare il paziente nel processo di consumo sanitario ed è potenzialmente in grado di amplificare gli effetti benefici prodotti dall'introduzione nel sistema riformato di elementi di competizione fra i produttori. I due punti sono intimamente legati: garantendo al paziente un diritto la cui attuazione lo porta ad utilizzare le informazioni disponibili si riesce ad indurre nei produttori una competizione virtuosa rivolta al miglioramento della qualità delle prestazioni ed all'acquisizione di una buona reputazione.

Rispetto all'enunciazione generale dei principi che hanno ispirato il riordino del SSN, le possibilità di far convivere fruttuosamente la libertà di scelta dei pazienti con la competizione dei produttori risultano in partenza piuttosto ridotte. La teoria economica

e l'evidenza empirica suggeriscono che in un sistema sanitario che sancisce per legge la libertà di scelta dei pazienti può diventare assai difficile

---

Questo lavoro si propone come una breve riflessione metodologica sull'utilizzo di alcuni indicatori proposti all'interno del progetto di ricerca, «Matrici di mobilità per motivi sanitari», al quale collaborano l'Agenzia sanitaria regionale della Regione Emilia-Romagna ed il Dipartimento di scienze economiche dell'università di Bologna. Si ringraziano il prof. Mario Zanetti, direttore dell'ASR, e la dott.ssa Gioia Virgilio, responsabile per l'ASR del progetto, per la disponibilità dei dati che, per le esigenze di riservatezza connesse al progetto, sono presentati in questo lavoro in modo anonimo. Informazioni più precise sui dati utilizzati per le analisi qui presentate sono disponibili presso la suddetta Agenzia. Le opinioni espresse nell'articolo dagli autori non sono in alcun modo riferibili all'Agenzia sanitaria regionale. Si ringraziano inoltre due anonimi *referee* per i commenti puntuali e gli utili spunti di riflessione che hanno contribuito a migliorare questo lavoro.

mantenere l'equilibrio finanziario, soprattutto in un contesto in cui la competizione fra i produttori può incentivare fenomeni di induzione della domanda attraverso un'eccessiva ospedalizzazione. Il medico di base non è l'unico filtro per accedere all'assistenza secondaria e non percepisce incentivi forti ad un serio contenimento della spesa ospedaliera. Il fatto che i pazienti non debbano richiedere alcuna preventiva autorizzazione ad «uscire» dalla ASL di riferimento e l'obbligo da parte della ASL di pagare sempre e comunque qualunque nota di trattamento effettuato a favore dei propri residenti possono rendere difficile per la ASL, in qualità di «terzo pagante», il controllo dei propri impegni di spesa ed il rispetto del vincolo di bilancio, ciò in particolare se si sostengono i costi di mantenimento di strutture ospedaliere sotto-utilizzate.

A fronte di un diritto che permette al paziente di rivolgersi a qualunque struttura accreditata sull'intero territorio nazionale, sembra quindi esistere nell'attuale sistema l'incentivo a limitarne la scelta alle sole strutture che insistono all'interno del territorio della ASL di appartenenza e con le quali essa ha concluso precisi contratti di fornitura, riducendo al minimo le decisioni di *exit* infra ed extraregionali che possono portare ad esborsi non preventivamente previsti. Dal momento che questa limitazione è espressamente esclusa dalla normativa nazionale, la duplice necessità di rispettare il vincolo di bilancio e di evitare duplicazioni di costo (2) potrebbe indurre le ASL ad attuare strategie per il contenimento della mobilità diretta verso l'esterno, come, ad esempio, accordi collusivi con le ASL limitrofe volti ad utilizzare in modo opportunistico le liste di attesa al fine di scoraggiare i non residenti, incentivi ai professionisti sanitari volti ad orientare la scelta verso le strutture con le quali

esistono contratti di fornitura, scarsa diffusione dell'informazione presso gli assistiti circa l'ampiezza delle opportunità di scelta.

Nel quadro generale della riforma il nodo tra libertà di scelta e vincolo di bilancio viene risolto attribuendo alla mobilità il ruolo di stimolo ad un più efficiente utilizzo delle risorse sanitarie. La necessità di contenere i flussi dovrebbe portare ad una riorganizzazione delle strutture che accresca l'efficienza, la qualità offerta e quindi la capacità attrattiva. La struttura inefficiente dovrebbe scomparire o trasformarsi completamente, mentre la sua eventuale sopravvivenza potrebbe essere garantita solo attraverso risorse provenienti dalle comunità che traggono immediato beneficio dalla sua esistenza.

Al di là delle perplessità appena sollevate, è indubbio che la scelta degli utenti di servizi sanitari abbia assunto un peso rilevante nelle decisioni di programmazione regionale, soprattutto per quelle maggiormente rivolte al contenimento dei costi. In questo contesto, conoscere l'entità e la direzione dei flussi di mobilità sanitaria diventa necessario non solo in riferimento al rispetto dei *budget* ed ai meccanismi di tariffazione, ma anche in considerazione delle molteplici applicazioni che la domanda espressa dai pazienti può avere nell'ambito della regolamentazione e pianificazione del sistema regionale e come supporto informativo per l'organizzazione e la gestione delle singole aziende sanitarie. In particolare, a fronte dell'articolazione della rete ospedaliera decisa in sede di programmazione sanitaria regionale, la decisione di *exit* espressa dai pazienti può interpretarsi come segnale della particolare capacità attrattiva espressa da alcune strutture situate al di fuori del bacino di residenza e/o come naturale conseguenza di una situazione interna che presenta aree di

assistenza insoddisfacenti (carenze strutturali, liste di attesa o sfiducia nei confronti della struttura di riferimento o di un suo specifico reparto).

Poiché nell'assetto istituzionale precedentemente definito dalla legge 833/78 la libertà di scelta dell'utente era fortemente limitata dalla necessità di ottenere un'autorizzazione preventiva, gli studi sulla domanda sanitaria condotti in passato nel nostro paese si sono per lo più concentrati sul grado di soddisfazione degli utenti e sulle condizioni di accessibilità ai servizi sanitari. I lavori attualmente disponibili in letteratura circa le scelte dei pazienti e le loro decisioni di spostamento si riferiscono in gran parte al sistema statunitense le cui caratteristiche di tipo privatistico ed i sistemi di pagamento adottati hanno da tempo stimolato un'analisi delle preferenze degli utenti (3). Le novità recentemente introdotte in Italia hanno comunque già avviato un generale processo di revisione delle vecchie logiche di funzionamento, tradizionalmente più attente alle problematiche organizzative interne che alle aspettative dei pazienti, ed hanno stimolato la nascita di un filone di ricerca orientato ad utilizzare i flussi di mobilità come nuovi indicatori di domanda. Applicazioni ai dati italiani si possono ritrovare nei lavori di Fabbri e Fiorentini (1996) e Fiorentini, Rebba e Fabbri (1997).

Questo lavoro propone una riflessione sugli indicatori più adatti per rappresentare e sintetizzare le informazioni contenute in una matrice di mobilità sanitaria. In effetti appare sempre più necessario arricchire gli strumenti a disposizione degli operatori per leggere, interpretare e controllare il fenomeno della mobilità sanitaria. A questo fine si rivolge la proposta contenuta nella seconda parte del lavoro, quella cioè di utilizzare, in un modello interpretativo opportunamente definito, l'indice di entropia di

Theil come indicatore sintetico del grado di dispersione dei flussi di una matrice di mobilità. L'indice di entropia di Theil ha conosciuto innumerevoli applicazioni nelle scienze economiche, non ultima in economia sanitaria. Farley (1989), Farley e Hogan (1990) e Dayhoff e Cromwell (1993) propongono l'indice di Theil come strumento di analisi della specializzazione dei *case-mix* ospedalieri. Innumerevoli sono poi le applicazioni nella letteratura economica volte alla misurazione della disuguaglianza. Si veda a questo proposito Cowell (1995). L'utilizzo che qui proponiamo si riallaccia peraltro ad una ulteriore tradizione di studio, quella di economia regionale, nel cui ambito l'indice di entropia è stato reinterpretato in relazione ad un preciso modello probabilistico di una matrice di flussi origine/destinazione. Si vedano a questo riguardo Fotheringham e O'Kelley (1989) e Erlander e Stewart (1990).

La struttura del lavoro è la seguente. La prossima sezione analizza brevemente gli indicatori attualmente utilizzati dal Servizio sanitario nazionale e le possibilità di affiancare a quelli già esistenti nuovi indicatori di mobilità sanitaria. La terza sezione propone l'indice di entropia come uno dei possibili indicatori di mobilità e ne presenta la derivazione da un modello probabilistico generale della matrice origine/destinazione. La quarta sezione propone un esempio delle informazioni deducibili da un'analisi anonima dell'entropia riferita alla matrice di mobilità ospedaliera della regione Emilia-Romagna per l'anno 1995.

## 2. Indicatori sanitari e mobilità

L'Organizzazione mondiale della sanità (1980) definisce come indicatore sanitario le informazioni selezionate in modo accurato, che aiutano a misurare cambiamenti in relazione a ca-

ratteri prioritari e permettono di monitorare aspetti specifici della politica sanitaria o fattori pertinenti alla determinazione di politiche sanitarie o correlate al sanitario. In questa prospettiva, un dato statistico diventa un indicatore quando è una misura sintetica, in molti casi anche approssimata, e diventa strumento di valutazione di un fenomeno quantitativo e qualitativo che si ritiene significativo per il controllo di un determinato problema.

Gli indicatori possono essere classificati in base a diversi criteri:

— in base all'oggetto della misurazione si distinguono in indicatori diretti o *proxy*;

— in base al tipo di attività in oggetto si distinguono in indicatori descrittivi, predittivi, di valutazione e di problema;

— in base al processo di programmazione sono indicatori di *input*, di processo e di *output* (4).

In considerazione del carattere pubblico del sistema sanitario italiano, gli indicatori sanitari devono essere progettati rispetto al livello di applicazione (centrale, intermedio e periferico), all'ambito funzionale (allocazione, programmazione, gestione) ed alle problematiche interessate (efficacia, qualità ed efficienza).

La valutazione della *performance* ospedaliera si è sempre basata, in modo prevalente se non esclusivo, sull'utilizzo di indicatori riferiti alle modalità di utilizzazione della risorsa «posto letto»: durata media di degenza, tasso di occupazione posti letto, indice di *turnover*, indice di rotazione. In realtà questi indicatori si sono rivelati incapaci di descrivere correttamente l'intensità del consumo di risorse durante il ricovero, dal momento che la giornata di degenza non è in grado di cogliere, né la variabilità dei profili di trattamento legata alle caratteristiche cliniche ed anagrafiche dei pazienti, né la variabilità legata alla

capacità tecnologica dell'ospedale ed alle strategie assistenziali adottate dai professionisti. L'utilizzo combinato di questi indicatori ha portato alla costruzione di strumenti di valutazione dell'attività ospedaliera quali ad esempio il nomogramma di Barber, un sistema di valutazione semplice, che consente confronti nel tempo e nello spazio, ma che soffre delle stesse lacune osservate per ciascuno dei suoi componenti.

Gli indicatori tradizionali di misurazione della performance ospedaliera sono stati quindi superati o corretti dall'introduzione di sistemi tesi a «standardizzare» il peso della giornata di degenza mediante il riconoscimento e la valorizzazione del tipo di casistica trattato dai reparti di ricovero. Sono quindi sempre più diffusi, a livello clinico e manageriale, sistemi di classificazione dei pazienti ricoverati (sistemi iso-risorse come i DRGs e i PMCs o sistemi di iso-severità come i *Disease Staging* o i CSI) finalizzati ad evidenziare le caratteristiche e le peculiarità del *case-mix* ospedaliero. Con l'introduzione di questi sistemi si sono diffusi nuovi indicatori più adatti a descrivere l'efficienza operativa e la complessità del *case-mix* dei singoli reparti: la degenza media standardizzata per il *case-mix*; il *case-mix* ponderato per la degenza media, l'indice di *case-mix* e l'indice comparativo di *performance* (5).

Mettendo in relazione la complessità della casistica trattata da ciascun reparto con la degenza media (standardizzata o attesa), i nuovi indicatori valutano la *performance* ospedaliera in relazione anche alle caratteristiche di morbilità della domanda.

In riferimento all'art. 10 del D.L. vo 502/92, il Ministero della sanità è intervenuto con il decreto del 24 luglio 1995 che contiene gli indicatori di domanda, di risorse, di attività e di risultato da impiegare per la valutazione dell'efficienza e della qualità all'inter-

no del SSN. Circa l'assistenza ospedaliera, gli indicatori di domanda e di accessibilità fanno riferimento principalmente al posto letto ed al numero di dimissioni, ma compaiono anche indicatori relativi al numero di residenti dimessi da istituti di ricovero non della ASL (4B06), al numero di ricoveri all'estero di residenti (4B07) ed un indice di attrazione complessivo e per specialità (4B08). Il decreto richiama comunque la facoltà delle regioni e delle aziende sanitarie di adottare ulteriori indicatori «adeguati, significativi ed influenti al fine di assistere efficacemente i processi decisionali regionali e locali».

In un contesto in cui la mobilità sanitaria (extraregionale ed infraregionale) diventa un'informazione cruciale di cui la Regione deve tenere conto nelle decisioni di programmazione e di pianificazione, si evidenzia la necessità di prendere in esame nuovi indicatori che si affianchino a quelli già in uso per valutare la *performance* ospedaliera e che siano capaci di leggere nel mercato l'esistenza di particolari squilibri nel comportamento dei flussi.

Fino ad ora, il nomogramma di Gandy è stato l'unico indicatore di mobilità ospedaliera ampiamente uti-

lizzato per individuare il grado di «dipendenza» di un'area rispetto al resto del territorio. Il nomogramma valuta l'attitudine di un ospedale di soddisfare o meno la domanda del proprio territorio o quella di persone provenienti da zone extraterritoriali. Accanto al nomogramma di Gandy, il ruolo assegnato dalla mobilità sanitaria all'interno del generale processo di riordino che ha investito la sanità italiana impone di ricercare altri indicatori che si affianchino a quelli già esistenti e che offrano nuovi strumenti decisionali per il programmatore regionale.

La mobilità sanitaria infraregionale si sviluppa fra un insieme di località di origine (i comuni in cui i pazienti risiedono abitualmente) ed un insieme di località di destinazione (gli ospedali e i reparti in cui i pazienti vengono ricoverati). I soggetti di tale mobilità che vengono rilevati dall'ente di programmazione regionale sono i pazienti, ovvero coloro che secondo modalità diverse vengono ricoverati in una struttura sanitaria regionale per ricevere un trattamento. L'informazione viene quindi raccolta, sulla base delle schede nosologiche, a livello individuale.

La disponibilità dei dati a livello individuale offre moltissime opportu-

nità di analisi. I livelli ai quali è possibile aggregare e sui quali è quindi possibile studiare il fenomeno della mobilità sanitaria sono numerosi. I dati ci permettono di cogliere i flussi di mobilità aggregata nella forma massimamente disaggregata di una matrice origine-destinazione (matrice O/D) che ha i comuni come origini ed un numero, variabile al variare del DRG considerato, di reparti di destinazione specificati per ospedale e comune di appartenenza. A partire da questa matrice è possibile peraltro procedere a riaggregazioni che riducono drasticamente il numero di origini e di destinazioni.

La tavola 1 presenta la matrice origine/destinazione relativa ai flussi di mobilità infraregionale, anno 1995, che hanno interessato il territorio corrispondente alle 13 ASL emiliano-romagnole. In altre parole, l'analisi si concentra su di una riaggregazione per bacini territoriali riferiti alle 13 ASL emiliano-romagnole, sia in origine che in destinazione. I flussi in origine provengono quindi dal bacino territoriale delle 13 ASL emiliano-romagnole; le destinazioni interessano tutte le strutture ospedaliere che insistono sullo stesso bacino territoriale (aziende ospedaliere, presidi ospedalieri, case

Tavola 1 - Flussi di mobilità infraregionale, anno 1995

USL	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Totale
A	89.7%	8.7%	0.5%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	100%
B	0.9%	95.1%	2.8%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100%
C	0.1%	4.8%	88.2%	5.6%	0.0%	0.1%	0.0%	1.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	100%
D	0.0%	0.6%	2.7%	92.6%	0.5%	0.1%	0.2%	2.4%	0.6%	0.2%	0.0%	0.1%	0.1%	100%
E	0.0%	0.1%	0.1%	3.9%	29.9%	2.1%	1.4%	61.3%	0.4%	0.6%	0.1%	0.1%	0.1%	100%
F	0.0%	0.1%	0.0%	0.3%	0.2%	78.5%	0.4%	12.5%	0.4%	6.5%	0.6%	0.2%	0.2%	100%
G	0.0%	0.1%	0.1%	3.4%	0.9%	2.4%	47.5%	34.2%	10.1%	0.9%	0.1%	0.1%	0.1%	100%
H	0.0%	0.1%	0.2%	1.2%	2.7%	0.9%	1.3%	90.9%	0.8%	1.0%	0.2%	0.2%	0.5%	100%
I	0.0%	0.1%	0.1%	2.2%	0.1%	0.1%	0.7%	3.8%	89.2%	3.1%	0.1%	0.2%	0.2%	100%
L	0.0%	0.1%	0.1%	0.3%	0.1%	1.3%	0.1%	4.7%	1.4%	87.2%	1.9%	2.5%	0.4%	100%
M	0.0%	0.1%	0.1%	0.3%	0.0%	0.3%	0.0%	5.1%	0.3%	8.0%	80.5%	3.9%	1.4%	100%
N	0.0%	0.2%	0.1%	0.4%	0.0%	0.1%	0.0%	3.9%	0.6%	3.4%	5.6%	78.5%	7.1%	100%
O	0.0%	0.2%	0.1%	0.6%	0.0%	0.1%	0.0%	4.4%	0.2%	1.2%	1.3%	4.4%	87.3%	100%
Totale	5.4%	10.4%	10.4%	17.9%	2.0%	2.7%	2.4%	15.9%	9.1%	9.5%	4.0%	3.9%	6.3%	100%

di cura private accreditate e non). In questo modo, poiché la mobilità ospedaliera viene riferita a tutte le strutture che insistono nel bacino di riferimento di ciascuna ASL, non sono esprimibili giudizi riferibili alle singole strutture ospedaliere. Inoltre, poiché che tali giudizi sulla «qualità percepita dagli utenti» rispetto alle ASL ed alle strutture ospedaliere esulano dagli scopi metodologici di questo lavoro, le ASL sono identificate con caratteri alfabetici.

Rispetto al bacino di utenza di ciascuna ASL, la matrice contiene per riga il valore percentuale dei flussi di mobilità passiva verso le altre aziende della Regione, mentre in ciascuna colonna sono riportati i flussi di mobilità attiva infraregionale. La diagonale principale contiene la percentuale dei ricoveri relativi ai residenti che hanno eletto a luogo di cura una struttura sanitaria appartenente al territorio della ASL di assistenza: presidi, aziende ospedaliere, case di cure private, accreditate e non.

L'esame di una simile matrice O/D offre una serie di informazioni generali circa l'entità e la direzione presa dai flussi di mobilità sanitaria tra i bacini riferiti alle 13 ASL. In particolare, i valori contenuti nella diagonale principale permettono di leggere la percentuale di residenti che nel 1995 hanno eletto come luogo di cura una struttura localizzata nel bacino territoriale della ASL di assistenza. Le percentuali si aggirano attorno al 90% nella maggioranza dei bacini considerati, con una punta massima del 95,1% per la ASL B, mentre si evidenzia il caso delle ASL E e G che presentano percentuali inferiori al 50%.

Le matrici O/D non sono però sempre di così immediata lettura. All'aumentare del grado di disaggregazione adottato, accresce la difficoltà di ottenere informazioni sintetiche e facilmente fruibili. Per ulteriori indicazioni

circa le caratteristiche del comportamento di mobilità e per rendere maggiormente sintetiche e fruibili le informazioni di mobilità desumibili dalla scheda nosologica sembra quindi possibile individuare l'esistenza di almeno due indicatori: la distanza chilometrica media percorsa dai flussi in entrata ed in uscita e l'indice di entropia, entrambi rivelatori del tipo di segnale reputazionale espresso da una struttura o dai reparti che insistono sul territorio preso in esame (6).

In un sistema sanitario pubblico che finanzia integralmente i ricoveri ospedalieri, la distanza chilometrica percorsa può rappresentare un indicatore approssimato della disponibilità a pagare per un certo trattamento ed una chiara quantificazione dei costi di accessibilità dell'offerta. In questo senso il suo impiego potrebbe fornire utili indicazioni al programmatore, sia a livello regionale che a livello aziendale. D'altra parte, l'indice di entropia fornisce informazioni precise sul tipo di distribuzione dei flussi di mobilità in entrata ed in uscita e sul grado di difficoltà che ciascuna ASL incontra nell'intento di trattenere i propri residenti. L'incentivo ad adottare strategie di contenimento della mobilità dipende crucialmente dal tipo di distribuzione dei flussi, ad esempio, la presenza di consistenti flussi di mobilità in uscita molto concentrati su poche destinazioni potrebbe costituire un forte stimolo a concludere accordi volti a contenere drasticamente l'esercizio della libera scelta al di fuori del bacino di residenza.

### 3. L'indice di entropia

L'analisi delle matrici di flussi origine/destinazione è stata ampiamente sviluppata in economia regionale. Tipicamente le situazioni più rilevanti per l'economia regionale coinvolgono infatti un insieme di punti sul territorio, le località, ed un sistema di flussi fra di essi, come flussi di informazioni, di merci, di persone, di conoscenza.

Immaginiamo di riferirci ad un bacino territoriale suddiviso in  $I$  zone dalle quali originano i flussi e  $J$  zone alle quali i flussi sono destinati. Il nostro scopo è quello di illustrare qui il modello probabilistico che sottende una generica matrice  $T_{ij}$  composta di  $T$  flussi complessivi. Supponiamo che ognuno di questi flussi venga assegnato, in modo indipendente con probabilità  $p_{ij}$ , alla generica cella  $(i,j)$  della matrice, con  $p_{ij} > 0$  e tale che  $\sum_{ij} p_{ij} = 1$ . Sia  $(i_n, j_n)$  la variabile casuale che denota la cella alla quale viene assegnato lo spostamento  $n$ -esimo, e sia  $T_{ij}(T)$  la variabile casuale che denota il numero di spostamenti complessivamente assegnati alla cella  $(i,j)$ . Se  $X_{ij}^{(n)}$  è la funzione indicatore riferita allo spostamento  $n$ -esimo, ovvero  $X_{ij}^{(n)} = 1$  se  $(i_n, j_n) = (i,j)$  e zero altrimenti, allora sarà

$$T_{ij}(T) = \sum_{n=1}^T X_{ij}^{(n)}$$

Definiamo microstato la  $T$ -upla di variabili casuali  $\{(i_1, j_1), (i_2, j_2), \dots, (i_T, j_T)\}$  che si ottiene specificando per ogni spostamento  $n$  la cella alla quale questo viene assegnato. Il macrostato sarà invece la matrice  $\{T_{ij}(T)\}$  ovvero  $\left\{ \sum_{n=1}^T X_{ij}^{(n)} \right\}$  che assume valori  $\{T_{ij}\}$  con  $T_{ij} > 0$ , e  $T_{ij}$  intero.

Dato questo modello, la probabilità di un certo microstato può essere scritta come segue:

$$P \{(i_1, j_1), (i_2, j_2), \dots, (i_T, j_T)\} = \prod_{n=1}^T p_{i_n j_n} = p_{ij}^{T_{ij}} \quad (1)$$

Usualmente vi sono molti microstati che producono il medesimo macrostato. Il calcolo combinatorio ci dice che il numero di microstati diversi che producono il medesimo macrostato è dato dal coefficiente multinomiale  $T! / \prod_{ij} T_{ij}!$ . Pertanto la variabile casuale matrice assume il generico valore di realizzazione  $\{T_{ij}\}$  con probabilità:

$$P \{T_{ij}(T) = T_{ij}\} = \frac{T!}{\prod_{ij} T_{ij}!} * P \{(i_1, j_1), (i_2, j_2), \dots, (i_T, j_T)\} = \frac{T!}{\prod_{ij} T_{ij}!} * \prod_{ij} p_{ij}^{T_{ij}} \quad (2)$$

Posto che la matrice che si realizza sia quella che ha la maggior probabilità di esserlo, è possibile, sulla scorta del modello precedente ottenere delle espressioni che permettano di misurare lo scostamento di una matrice realizzata o stimata da quella teorica. Infatti, poiché la matrice che si realizza è quella più probabile occorrerà massimizzare la espressione precedente o una sua trasformazione monotona crescente. Se passiamo ai logaritmi e trascuriamo le costanti si ottiene:

$$\log P \{T_{ij}(T) = T_{ij}\} = - \sum_{ij} t_{ij} \log t_{ij} + \sum_{ij} t_{ij} \log p_{ij} \quad (3)$$

dove abbiamo applicato l'approssimazione di Stirling (7). Dalla notazione si evince che  $t_{ij}$  rappresenta la quota sul totale dei flussi che sono assegnati alla cella  $(i, j)$ .

Come si vede, se si assume che tutti i microstati siano tutti ugualmente probabili, allora il secondo fattore della precedente espressione diventa una costante e quindi la matrice più probabile diventa quella che rende massimo il valore del primo addendo. Questo addendo è la nota espressione dell'indice di entropia. Al contrario se esistono forti elementi a-priori per ritenere che l'assegnazione dei flussi alle celle non avvenga in modo equiprobabile allora occorre specificare opportunamente questi a-priori e introdurli nella espressione (3).

Rispetto all'ipotesi di equiprobabilità, nel caso della mobilità sanitaria è forse più ragionevole partire da una ipotesi contraria, ovvero di assegnazione non ugualmente probabile dei flussi alle celle della matrice. In un mondo in cui la mobilità sanitaria è molto costosa e la matrice si riferisce ad aggregazioni zonali per le quali l'offerta di servizi sanitari è uniforme, nessun individuo avrà l'incentivo ad uscire dalla propria zona di residenza per ricevere un trattamento sanitario. In un sistema siffatto il sistema dei flussi risulterà dominato dalle celle appartenenti alla diagonale principale e l'individuazione della matrice più probabile deve avvenire tenendo conto anche della distribuzione di probabilità a-priori.

Interpretato in questo senso, l'indice di entropia esprime il grado di «disordine» di una matrice: quanto più una matrice è disordinata, ovvero quanto più la distribuzione dei flussi è omogenea fra le celle, tanto più l'indicatore di entropia assume valori elevati in valore assoluto. Al contrario quanto più la matrice è ordinata, ovvero la distribuzione dei flussi è disomogenea o concentrata in poche celle, tanto più l'indice di entropia assume valori, negativi, prossimi a zero (8).

D'altronde valori assoluti dell'indice di entropia molto elevati tendono a contraddire l'a-priori che abbiamo prima stabilito, ovvero che la distribuzione dei flussi alle celle deve attendersi dominata tendenzialmente dalla diagonale principale. Questi valori suggeriscono di modificare *ex-post* l'a-priori riguardante il peso dei costi di mobilità e la omogenea distribuzione delle risorse e della qualità dei servizi sanitari. In questo senso essi segnalano la presenza di distorsioni che possono essere ricondotte a due circostanze generali. Da un lato,

alla irrilevanza della mobilità come scelta economica, come ad esempio nei trattamenti di estrema emergenza, o all'opposto ad una sua assoluta rilevanza nel senso di testimoniare una scelta deliberata a favore di servizi sanitari la cui qualità è percepita come superiore.

Questo genere di considerazioni può essere esteso all'analisi di sottomatrici opportune delle matrici di mobilità sanitaria. Ad esempio ci si può concentrare solo sulle matrici riga, ovvero sul vettore di spostamenti che originano in una zona e si dirigono nell'insieme delle zone possibili, e calcolare rispetto ad essi degli indici di entropia in origine. Anche in questo caso si applica l'a-priori predetto. Ci attendiamo cioè che il flusso in uscita sia molto concentrato sulla origine stessa e quindi porti a valori di entropia in origine relativamente molto bassi. Viceversa valori di entropia in origine relativamente elevati sono indicativi del fatto che la zona di origine tende a distribuire il flusso in uscita su molte zone di destinazione. Ciò porta a modificare il nostro a-priori e a farci ritenere che la zona di origine presenti una propensione alla mobilità sanitaria intrinsecamente superiore, oppure che la qualità dei servizi sanitari offerti venga percepita dai residenti come inferiore. In sintesi, l'entropia in origine individua sinteticamente il tipo di esportazione dei residenti nel bacino territoriale di una ASL nei confronti delle strutture localizzate nel territorio di altre ASL e permette di capire se i flussi esportati tendono a concentrarsi su poche opzioni o piuttosto si rivolgono ad una pluralità di alternative disperse sul territorio.

Se invece ci concentriamo solo sulle matrici colonna, ovvero sul vettore colonna di spostamenti che sono destinati ad una zona e provengono dall'insieme delle zone possibili è possibile calcolare rispetto ad essi degli indici di

entropia specifici alle zone come destinazioni (indici di entropia in destinazione). Anche in questo caso si applica l'a-priori predetto. Ci attendiamo cioè che il flusso in entrata sia molto concentrato sulla zona che è destinazione del flusso analizzato e quindi porti a valori di entropia in origine relativamente molto bassi. Viceversa valori di entropia in destinazione relativamente elevati sono indicativi del fatto che la destinazione tende ad attrarre il flusso da molte zone di origine. Ciò deve indurci a modificare il nostro a-priori e a farci ritenere che la destinazione considerata presenti una accessibilità alla mobilità sanitaria intrinsecamente superiore, oppure che la qualità dei servizi sanitari offerti percepita dai non residenti sia relativamente superiore. In sintesi, l'entropia in destinazione individua sinteticamente il tipo di attrazione di utenti esterni da parte delle strutture localizzate in una data provincia e permette di capire se la capacità di attrazione coinvolge un numero limitato oppure elevato di aree di provenienza.

Le informazioni contenute nelle schede nosologiche permettono poi di calcolare, per entrambe le tipologie di flusso, indici di entropia riferiti a qualunque variabile esplicativa (i campi della scheda nosologica) si intenda analizzare: classi di peso DRG, composizione pubblico-privato, trattamenti in regime di ricovero ordinario o *day-hospital*, trattamenti DRG medici o chirurgici.

Va evidenziato infine come, nell'attuale assetto istituzionale italiano, l'indice di entropia offra utili indicazioni sull'esistenza di precisi incentivi al contenimento forzoso della mobilità sanitaria. In particolare, sembrano individuabili quattro scenari. La situazione in cui i flussi di mobilità in uscita sono consistenti e tendono a concentrarsi su poche destinazioni contiene, almeno in teoria, un forte incentivo

a mantenere l'equilibrio finanziario delle ASL attraverso accordi bilaterali di contenimento. Limitati flussi di mobilità in uscita che si concentrano su poche o su molte destinazioni sembrano invece riflettere una mobilità di tipo «naturale» che pare facilmente prevedibile a *budget*. Infine, flussi di mobilità in uscita consistenti e molto dispersi sul territorio sembrano prefigurare un quadro decisamente problematico, in cui gli accordi di contenimento non sono facilmente adottabili e, qualora non esistano precisi obiettivi di programmazione regionale che giustifichino il mantenimento di una tale situazione, si rendono necessari precisi interventi di tipo organizzativo volti a restituire efficienza e prestigio alle strutture sanitarie che insistono sul territorio di riferimento.

In questo senso, riteniamo che un'elaborazione sistematica degli indici di entropia ed il confronto accurato delle loro serie storiche possa aiutare i programmatori, a livello regionale e aziendale, a trarre utili indicazioni al fine di una rimodulazione territoriale e funzionale dei servizi ospedalieri che tenga adeguatamente conto dei comportamenti di mobilità espressi dalla domanda (9).

#### 4. Un'applicazione alla mobilità ospedaliera in Emilia-Romagna

Questa sezione presenta un'analisi del grado di entropia relativo alla mobilità ospedaliera (ricoveri ordinari ed in *day-hospital*) della Regione Emilia-Romagna per l'anno 1995. Tutti i dati sono stati elaborati utilizzando le informazioni contenute nella scheda nosologica individuale, con particolare riferimento al comune di residenza dei pazienti, alle loro caratteristiche anagrafiche ed al tipo di ricovero e di trattamento ricevuto. Le schede esaminate ammontano complessivamente a 954402, suddivise in 864255 rico-

veri infraregionali e 90147 ricoveri effettuati da residenti extraregionali in strutture emiliano-romagnole.

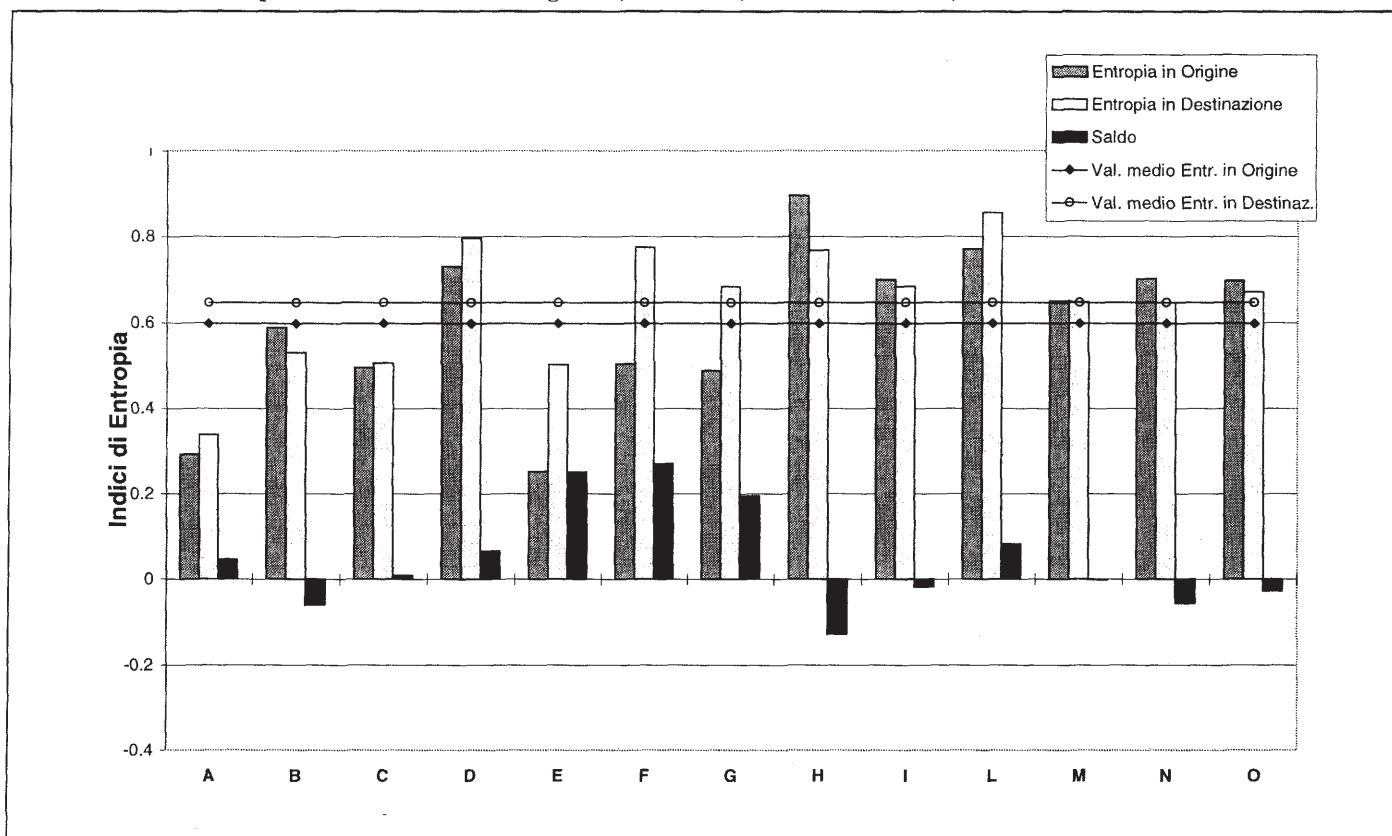
Abbiamo già detto che la domanda di servizi sanitari tende a concentrarsi lungo la diagonale principale della matrice O/D, quella che contiene cioè i trattamenti effettuati a favore di residenti da parte delle strutture che insistono nel territorio della ASL di appartenenza. Al fine di un'indagine più approfondita circa il grado di attrazione o di dipendenza territoriale che caratterizza il bacino di ciascuna ASL nei confronti del resto della regione, gli indici presentati in questa sezione sono calcolati escludendo i valori della diagonale principale e quindi si riferiscono alla mobilità sanitaria in uscita o in entrata con riferimento al bacino di utenza delle 13 ASL emiliano-romagnole (10).

La tavola 2 presenta per ciascuna ASL, attraverso una rappresentazione grafica per istogramma, i valori di entropia in origine, in destinazione ed il saldo calcolato come differenza tra i due valori. Il valore medio regionale per l'entropia in origine è 0,59, mentre quella in destinazione è pari a 0,65.

In generale, la ASL A presenta valori degli indici di entropia piuttosto contenuti e decisamente al di sotto della media regionale (l'entropia in destinazione è il valore più basso a livello regionale). I dati indicano una situazione in cui i flussi di mobilità sanitaria in uscita tendono a concentrarsi su di un numero molto limitato di destinazioni e quelli in entrata provengono da poche ASL. Una situazione analoga si registra per C ed E, mentre B presenta valori degli indici di entropia di poco al di sotto della media regionale.

Valori decisamente al di sopra della media regionale si registrano invece per le ASL D, H (l'entropia in origine è la più elevata), L (l'entropia in destinazione è la più elevata), I e O, indi-

Tavola 2 - Indici di entropia: flussi di mobilità infraregionale, anno 1995 (esclusi i flussi interni)



cando flussi di mobilità sanitaria in entrata ed in uscita che tendono a disperdersi su un numero molto elevato di ASL. Un'entropia in origine al di sotto ed un'entropia in destinazione al di sopra della media regionale si registrano invece nel caso di F e G, dove i flussi in uscita si presentano concentrati su poche ASL mentre quelli in entrata provengono da un numero più elevato di destinazioni. Nel caso di M e N si evidenzia invece un'entropia in origine di poco superiore alla media regionale ed un'entropia in destinazione che tende a coincidere con il valore medio regionale.

**4.1. Indici di entropia: analisi per diagramma di dispersione**

I valori dell'entropia presentati nella tavola 2 forniscono informazioni

immediate sulla distribuzione dei flussi di mobilità sanitaria tra le ASL individuate come origini e destinazioni della matrice. È evidente però che gli indici così presentati non consentono di inferire indicazioni sull'entità percentuale dei flussi in entrata ed in uscita. Un modo semplice di recuperare le percentuali sui valori assoluti consiste nel coniugare gli indici di entropia con il grado di dispersione e di attrazione percentuale di ciascuna ASL rispetto alle altre.

Il comportamento del potenziale paziente può, per semplicità, essere schematizzato come segue: una volta accertata la necessità di ricevere un trattamento sanitario presso una struttura ospedaliera, l'albero decisionale che coinvolge i pazienti può essere schematizzato in due fasi. Nella prima i pazienti valutano se rivolgersi a

strutture che insistono nel territorio della propria ASL di assistenza o se, invece, eleggere a luogo di cura strutture sanitarie esterne. Nel caso in cui optino per la seconda opzione e quindi decidano di uscire dalla propria ASL, l'analisi può riguardare allora anche la tipologia del flusso in uscita, ovvero i flussi possono concentrarsi su poche destinazioni oppure disperdersi sul territorio.

Le tavole 3 (A e B) e 4 (A e B) presentano un'analisi degli indici di entropia che utilizza questo schema decisionale ed adotta una rappresentazione grafica per diagramma di dispersione. Tutti i valori sono calcolati con riferimento agli anni 1994 e 1995 in modo da visualizzare l'andamento delle variabili nel corso di questo biennio.



Tavola 3A - Entropia in origine e flussi di esportazione: schema di analisi

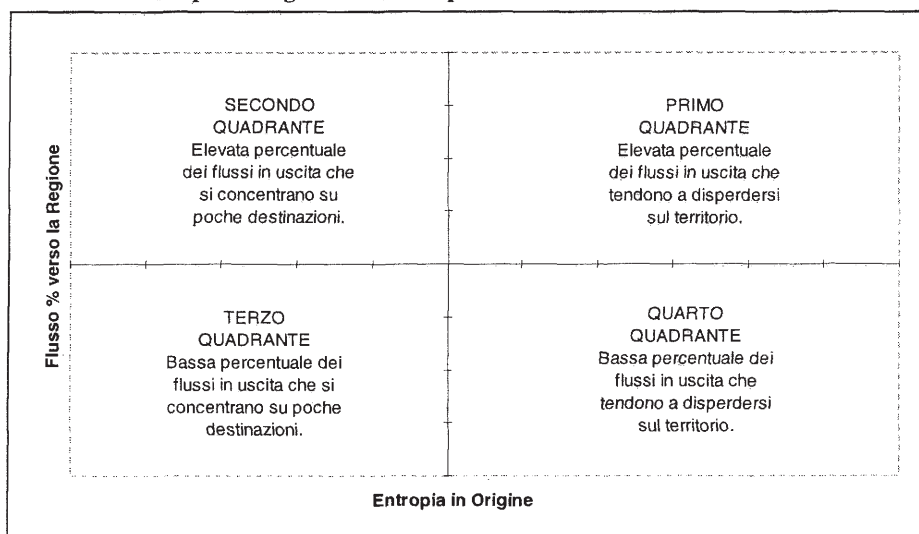
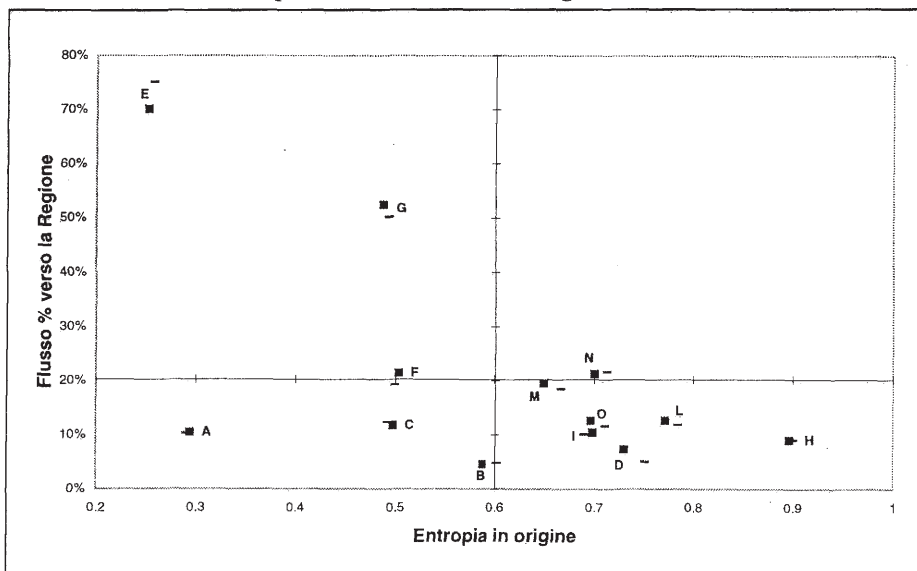


Tavola 3B - Indici di entropia: flussi di mobilità infraregionale, anni 1994-1995



In particolare, le tavole 3 (A e B) presentano il diagramma di dispersione disegnato rispetto ai flussi di mobilità passiva infraregionale ed all'indice di entropia in origine. Sull'asse delle ascisse sono riportati i valori dell'entropia in origine con riferimento al territorio delle 13 ASL; sull'asse delle ordinate è riportata invece la percentuale dei residenti che sceglie di ricevere un trattamento ospedaliero al di fuori della ASL di assistenza e

verso la Regione. L'analisi del grafico può essere effettuata seguendo lo schema di analisi indicato nella tavola 3A.

I valori medi riportati per ciascun asse, ovvero il valore medio dell'entropia in origine ed il flusso medio in uscita verso la Regione, permettono di suddividere il piano positivo in quattro quadranti, numerati partendo in alto a destra e procedendo in senso antiorario.

Nel primo quadrante, in alto a destra, si posizionano le ASL che presentano un'elevata percentuale di flussi in uscita dal proprio territorio. Inoltre, poiché in questo quadrante l'indice di entropia in origine assume valori superiori alla media regionale, i flussi in uscita tendono anche a disperdersi sul territorio. Il posizionamento di una ASL in questo quadrante potrebbe segnalare una situazione tutt'altro che positiva: i residenti tendono ad allontanarsi molto dalle strutture che insistono sul territorio di appartenenza ed il fatto che si disperdano su molte destinazioni fa ipotizzare l'esistenza di alcune carenze strutturali o una scarsa qualità percepita dei servizi offerti.

Nel secondo quadrante, in alto a sinistra, si posizionano le ASL che presentano un'elevata percentuale di flussi in uscita dal proprio territorio ma, poiché l'indice di entropia assume valori inferiori alla media regionale, i flussi in uscita tendono a concentrarsi su poche destinazioni, rivelando l'esistenza di una qualche dipendenza territoriale soprattutto nei confronti delle aree limitrofe.

Nel terzo quadrante, in basso a sinistra, si posizionano le ASL che presentano una bassa percentuale di flussi in uscita dal proprio territorio e, poiché l'indice di entropia assume valori inferiori alla media regionale, i flussi in uscita tendono a concentrarsi su poche destinazioni. Il posizionamento di una ASL in questo quadrante potrebbe indicare l'esistenza di una certa congestione delle strutture interne, che spinge a cercare trattamenti nelle zone limitrofe, oppure la vicinanza geografica di centri di eccellenza nella cura di determinate patologie.

Infine, nel quarto quadrante, in basso a destra, si posizionano le ASL che presentano una bassa percentuale di flussi in uscita dal proprio territorio. Inoltre, poiché in questo quadrante

l'indice di entropia in origine assume valori superiori alla media regionale, i flussi in uscita tendono anche a disperdersi sul territorio. Il posizionamento di una ASL in questo quadrante potrebbe segnalare una situazione in cui i residenti si allontanano poco dalle strutture che insistono nel territorio di appartenenza, mentre la causa che li spinge all'uscita potrebbe riguardare un problema di razionamento delle proprie strutture e/o la ricerca di strutture con forte reputazione nel trattamento di determinate patologie.

La tavola 3B applica questo schema di analisi ai flussi di mobilità infraregionale passiva che hanno caratterizzato i 13 bacini emiliano-romagnoli nell'anno 1995. I dati 1995 sono rappresentati dal segno ■ mentre i dati 1994 sono contrassegnati con il segno -. I valori medi riportati sono riferiti alla media registrata nel biennio: l'entropia media in origine è 0,6, mentre la media dei flussi esportati verso la regione è pari al 20,17%.

Con riferimento ai dati 1995, si osserva immediatamente come nessuna ASL emiliano-romagnola si posizioni nel centro del primo quadrante, evidenziando l'assenza di fenomeni particolarmente gravi di «fuga» massiccia dal territorio di riferimento. Va comunque evidenziato come N si collochi poco al di sopra del valore medio regionale per i flussi in uscita, mentre l'entropia in origine mostra flussi più dispersi rispetto alla media regionale. Si collocano nel secondo quadrante le ASL di G, E e F, per le quali l'analisi della matrice origine/destinazione evidenziava un movimento dei residenti verso le aree geograficamente limitrofe, in particolare verso H. Quanto detto in precedenza ci fa ipotizzare per queste aree l'esistenza di incentivi piuttosto forti a concordare strategie per il contenimento della mobilità, mentre sarebbero invece opportune ri-

definizioni delle strategie aziendali mirate ad accrescere l'efficienza della ASL e quindi la sua capacità di trattare i residenti all'interno del bacino territoriale di riferimento.

I dati sulla mobilità infraregionale collocano nel terzo quadrante A, C e B. Queste ASL non sembrano caratterizzate da una problematica dipendenza nei confronti delle altre ASL emiliano-romagnole ma un'analisi più disaggregata della tipologia dei flussi in uscita potrebbe suggerire alcuni interventi di carattere funzionale volti ad aumentare ulteriormente il grado di autosufficienza interno. Si collocano nel quarto quadrante le ASL M, I, O, L, D e H. Come nel quadrante precedente, la mobilità sanitaria sembra assumere le caratteristiche di un fenomeno «naturale» che, per le dimensioni contenute e quindi la facile prevedibilità, non sembra destare preoccupazione anche al fine del rispetto dei vincoli di bilancio ma può comunque suggerire utili interventi di programmazione ospedaliera.

Il confronto tra i valori registrati nell'anno precedente evidenzia una tendenza da parte della quasi totalità delle ASL a convergere verso i valori medi. Sul totale delle 13 ASL, 7 presentano per il 1995 tassi di esportazione in leggera crescita nel corso del biennio (si notino ad esempio la ASL D che registrava nel 1994 un tasso di esportazione del 5,10% contro un 7,39% nel 1995 e la ASL G che registrava un tasso di esportazione del 50,20% nel 1994 e del 52,49% nel 1995). Nei restanti casi si osserva una tendenza alla riduzione delle percentuali dei flussi in uscita, consistente soprattutto nel caso della ASL E che da un tasso di esportazione del 75,07% nel 1994 passa ad un 70,13% nel 1995. Rispetto ai valori dell'entropia in origine non ci sono variazioni evidenti e, come già osservato, prevalenti in tutti i quadranti la tendenza ad av-

vicinarsi al valore medio regionale registrato nel biennio, ad eccezione delle ASL G, B che evidenziano una ulteriore riduzione rispetto al valore medio e la ASL I per la quale si osserva un ulteriore aumento sempre riferito al valore medio.

Le tavole 4 (A e B) presentano il diagramma di dispersione disegnato rispetto all'entropia in destinazione. Sull'asse delle ascisse sono riportati i valori dell'entropia in destinazione riferiti al territorio delle 13 ASL; sull'asse delle ordinate è riportata invece la percentuale di utenti provenienti dal bacino territoriale delle altre ASL emiliano romagnole. L'analisi del grafico può essere effettuata in modo analogo al precedente e come indicato nella schema di analisi contenuto nella tavola 4A.

Nel primo quadrante, in alto a destra, si posizionano le ASL che presentano un'elevata percentuale di flussi di mobilità attiva. Inoltre, poiché in questo quadrante l'indice di entropia assume valori superiori alla media regionale, i flussi in entrata riguardano un numero molto elevato di aree di provenienza. Il posizionamento di una ASL all'interno di questo quadrante è certamente un indicatore positivo della sua elevata capacità di attrazione, con un segnale che risulta anche molto disperso sul territorio regionale.

Nel secondo quadrante, in alto a sinistra, si posizionano le ASL che presentano un'elevata percentuale di flussi in entrata ed un indice di entropia in destinazione inferiore alla media regionale (i flussi tendono cioè a provenire da pochi punti sul territorio). Il posizionamento di una ASL in questo quadrante potrebbe segnalare una situazione in cui i flussi in entrata provengono soprattutto dalle aree limitrofe, ovvero ASL territorialmente vicine in cui residenti sono costretti ad uscire non per scarsa qualità delle

Tavola 4A - Entropia in destinazione e flussi di attrazione: schema di analisi

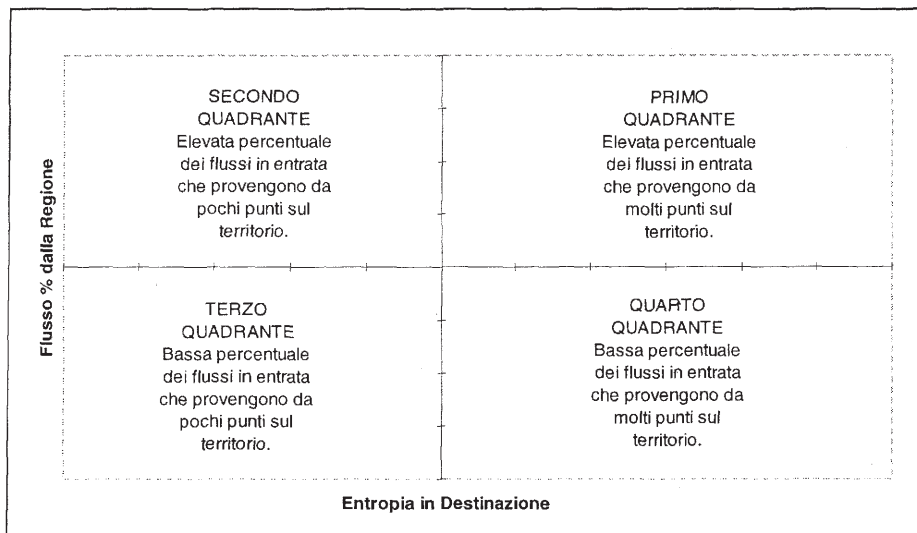
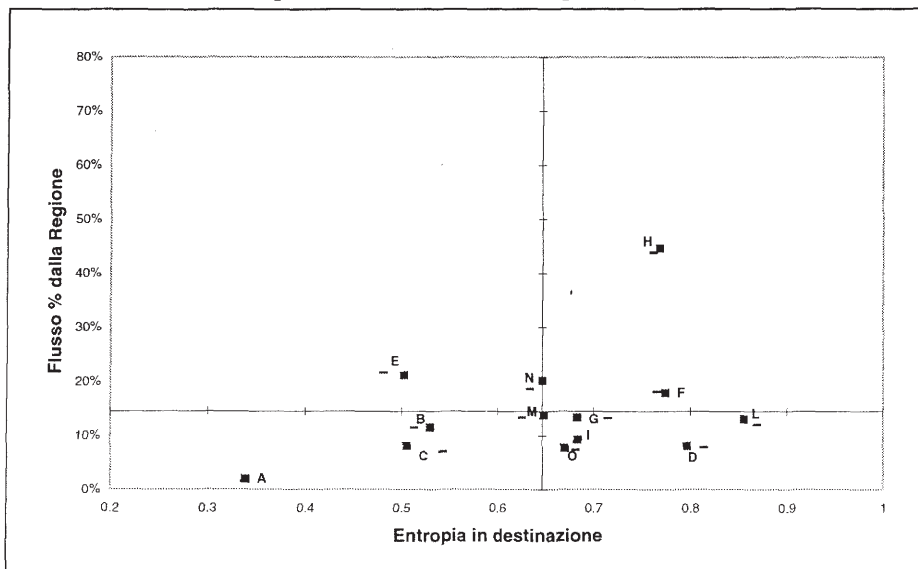


Tavola 4B - Indici di entropia: flussi di mobilità infraregionale, anni 1994-1995



strutture di provenienza ma piuttosto per problemi di congestione o di razionamento.

Nel terzo quadrante, in basso a sinistra, si posizionano le ASL che presentano una percentuale di flussi in entrata inferiore alla media regionale ed un indice di entropia in destinazione al di sotto del suo valore medio. I flussi in entrata non sono quindi particolarmente elevati e tendono per lo più a provenire da pochi punti del ter-

ritorio. Il posizionamento di una ASL in questo quadrante esprime una mobilità in entrata piuttosto contenuta e la capacità attrattiva tende comunque a limitarsi alle ASL geograficamente limitofe.

Nel quarto quadrante, in basso a destra, si posizionano le ASL che presentano una bassa percentuale di flussi in entrata e valori di entropia superiori alla media regionale. I flussi in entrata sono piuttosto contenuti e provengono

da un insieme di aree di provenienza superiore alla media regionale.

La tavola 4B applica questo schema di analisi ai flussi di mobilità infraregionale attiva che hanno caratterizzato i 13 bacini emiliano-romagnoli. I dati 1995 sono rappresentati dal segno ■ mentre i dati 1994 sono contrassegnati con il segno -. I valori medi riportati sono riferiti alla media registrata nel biennio: l'entropia media in destinazione è 0,65, mentre la media dei flussi attratti dal resto della regione è pari al 14,49%.

Si posizionano nel primo quadrante H e F (N si colloca tra il primo ed il secondo quadrante), mentre nel secondo quadrante si colloca solo E, con valori dei flussi in entrata e dell'entropia in destinazione comunque molto vicini ai valori medi. Nel terzo quadrante si collocano A (con i valori più bassi a livello regionale sia per l'entropia che per i flussi di mobilità attiva), C e B; nel quarto quadrante sono presenti M, G, I, O, D e L.

Il confronto tra i valori registrati nell'anno precedente evidenzia per la quasi totalità delle ASL una tendenza all'aumento dei flussi in entrata. In particolare, N presenta una percentuale dei flussi in entrata del 18,60% nel 1994 e del 20,19% nel 1995. Si registrano diminuzioni solo nel caso delle ASL E ed F che presentano comunque variazioni contenute sull'ordine dello 0,30%. Rispetto all'entropia in destinazione, gli andamenti tendono a caratterizzarsi per quadranti: le ASL collocate nel primo e nel secondo quadrante (H, F, N ed E) registrano un generale aumento dell'entropia in destinazione nel passaggio dal 1994 al 1995 e quindi un aumento del segnale reputazionale diffuso sul territorio regionale. Al contrario, tutte le ASL collocate nel quarto quadrante presentano una diminuzione dell'entropia in destinazione. Piuttosto differenziata è la situazione che si osserva nel terzo

quadrante: la ASL A presenta una situazione pressoché invariata tra il 1994 ed il 1995, B ed M registrano un aumento mentre C evidenzia una sostanziale riduzione, con un indice di entropia in destinazione che passa dallo 0,54 registrato nel 1994 allo 0,5 nel 1995.

**4.2. Analisi di alcune variabili esplicative: classi di peso DRG e composizione pubblico-privato**

Le tavole precedenti si riferiscono alla distribuzione dei flussi aggregati in entrata ed in uscita per ciascuna delle ASL prese in esame. È evidente però come il contenuto informativo degli indici di entropia si riveli crescente all'aumentare della disaggregazione dei flussi esaminati. A titolo

esemplificativo, abbiamo calcolato indici di entropia rispetto a due variabili esplicative desunte dalle schede nosologiche: classi di peso DRG (tavole 5, 6 e 7) e composizione pubblico-privato (tavola 8).

Con riferimento alle classi di peso si è adottata la seguente ripartizione:

- peso 1:  $\geq 0.1$ ;  $< 1$ ;
- peso 2:  $\geq 1$ ;  $< 2$ ;
- peso 3:  $\geq 2$ .

Di seguito vengono commentate le informazioni più significative che emergono dalle tabelle relative alle due variabili esplicative prese in esame.

Rispetto all'analisi relativa alle classi di peso DRG, si evidenzia per le ASL A, D, H, F, L una tendenza all'aumento dell'entropia in destinazione per la seconda e la terza classe. Il

segnale di attrazione di queste ASL risulta quindi più forte con riferimento ai DRG di maggiore complessità, ovvero gli utenti non residenti che scelgono queste ASL per un trattamento di classe 2 e 3 provengono da un maggior numero di province. Al contrario, B, C, M, N e O presentano per la classe 2 ma soprattutto per la classe 3 una tendenziale riduzione dell'entropia in destinazione ed una maggiore tendenza ad esportare residenti verso un numero più elevato di possibili destinazioni. All'aumentare quindi della complessità del trattamento sembra quindi ridursi la capacità attrattiva di queste ASL. Per le restanti ASL (E, G e I) il comportamento per classi di peso DRG tende a replicare l'andamento generale.

**Tavola 5 - Indici di entropia: flussi di mobilità infraregionale, anno 1995. Peso 1 (esclusi i flussi interni)**

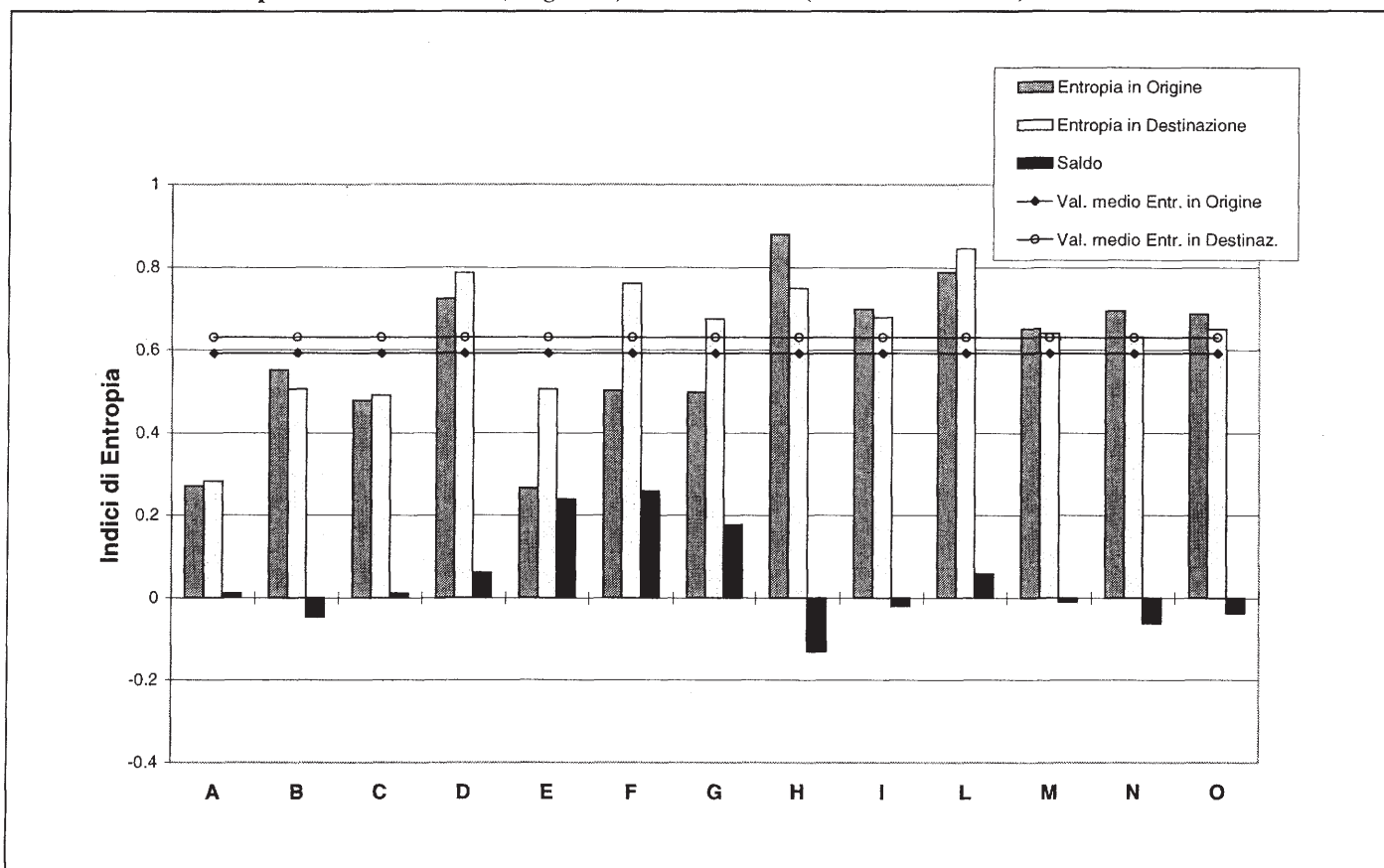
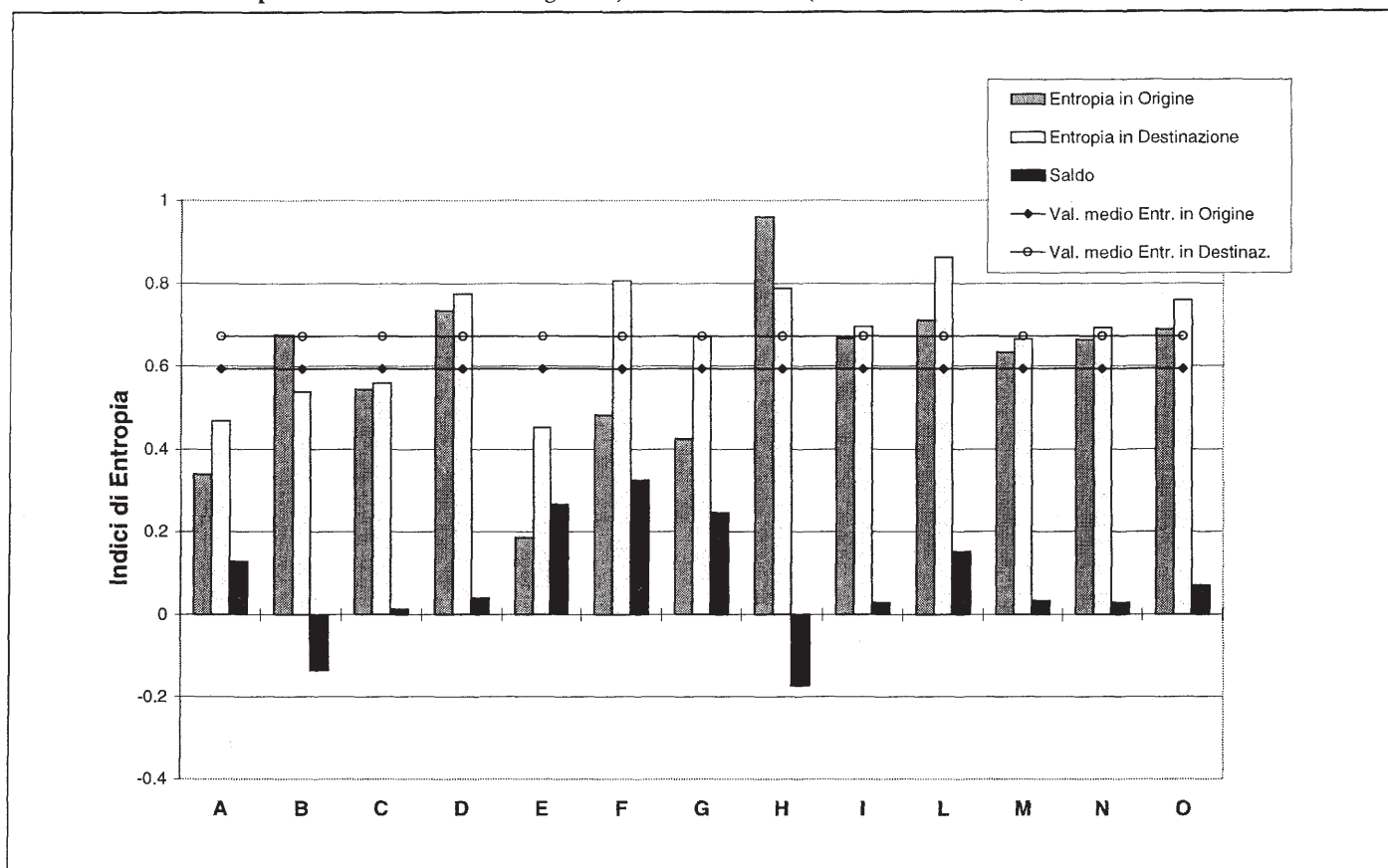


Tavola 6 - Indici di entropia: flussi di mobilità infraregionale, anno 1995. Peso 2 (esclusi i flussi interni)



Con riferimento alle strutture private, le ASL B, D, I, L e O presentano valori dell'entropia in origine al di sopra della media regionale. Il confronto tra pubblico e privato segnala che i residenti in queste ASL che si dirigono all'esterno sembrano privilegiare strutture private piuttosto disperse sul territorio.

Le ASL D, H, L e M presentano valori dell'entropia in destinazione al di sopra della media regionale (L assume il valore più elevato a livello regionale), in altre parole, le strutture private che insistono in queste province sembrano possedere un'elevata capacità di attrazione da un numero molto elevato di aree di provenienza. I valori di entropia di N sono sostanzialmente coincidenti con la media regionale,

mentre per le restanti ASL (A, C, E, G e F) si evidenziano valori sostanzialmente inferiori alla media.

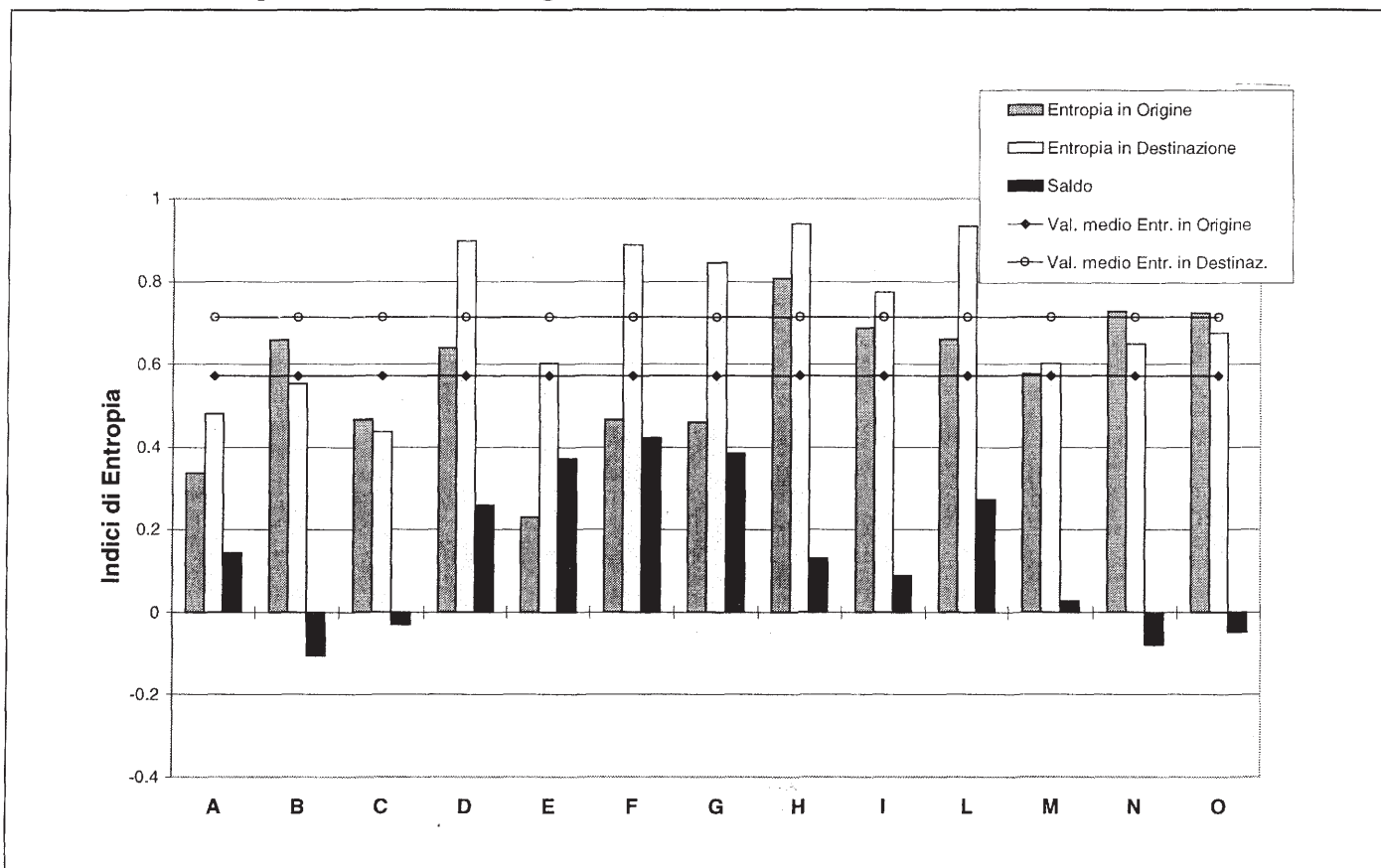
### 5. Conclusioni

In seguito ai cambiamenti introdotti dalla nuova riforma sanitaria, le Regioni si trovano a dover coniugare il principio della libera scelta del cittadino con gli obiettivi di efficienza allocativa e di equità che sono chiamate a perseguire sul territorio. In questo contesto, il nuovo ruolo assegnato alla mobilità sanitaria impone di ricercare altri indicatori che si affianchino a quelli già esistenti e che offrano al programmatore ulteriori strumenti decisionali.

Nella convinzione che la programmazione regionale e aziendale possa essere favorita da una più ampia conoscenza del fenomeno mobilità sanitaria, queste pagine si sono proposte l'obiettivo di riflettere sulle possibilità di utilizzare nuovi indicatori, in particolare il grado di entropia di una matrice dei flussi, come misure sintetiche, e quindi fruibili, di alcune delle informazioni contenute nella matrice stessa.

È nostra opinione che gli indici di entropia possano utilmente entrare a far parte di quel gruppo di indicatori — che comprende ad esempio la rappresentazione matriciale aggregata, il nomogramma di Gandy e la distanza chilometrica percorsa — che nel nuovo contesto istituzionale è chiamato a

Tavola 7 - Indici di entropia: flussi di mobilità infraregionale, anno 1995. Peso 3 (esclusi i flussi interni)



representare le caratteristiche di domanda e di accessibilità dell'assistenza ospedaliera regionale, affiancando gli indicatori di risorse, di utilizzo e di attività tradizionalmente adottati.

Esprimendo il grado di «disordine» di una matrice, gli indici di entropia forniscono precise informazioni sul tipo di distribuzione che caratterizza i flussi di mobilità in entrata ed in uscita da ciascuna unità presa in esame. In un contesto istituzionale in cui gli incentivi ad adottare strategie di contenimento della mobilità sembrano dipendere crucialmente non solo dall'entità dei flussi ma anche dalla loro distribuzione — dal momento che le possibilità di concludere accordi miranti ad impedire l'esercizio della libertà di scelta al di fuori del bacino

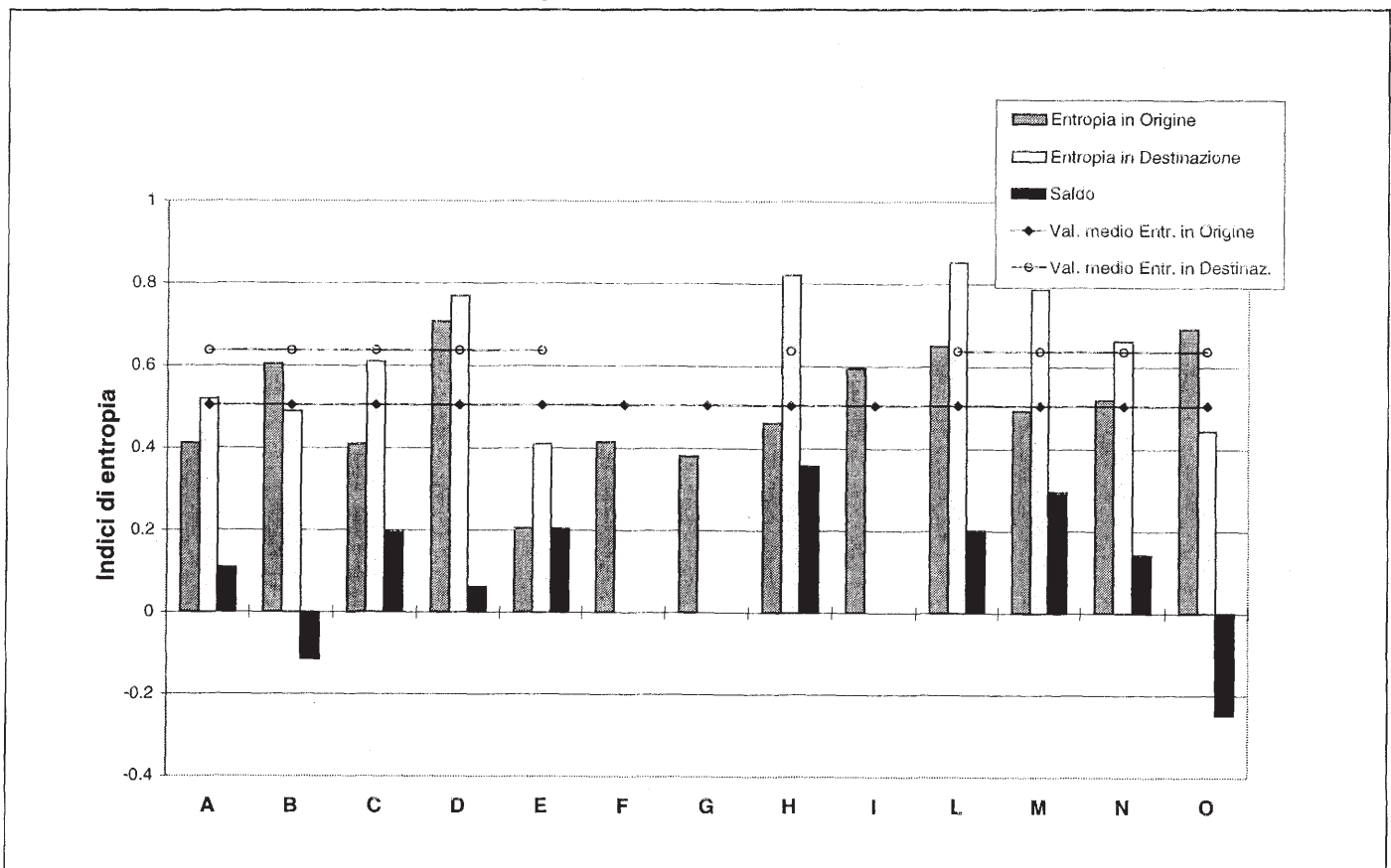
territoriale della ASL di residenza sono crescenti nel caso in cui i flussi in uscita si concentrino su poche destinazioni — le opportunità derivanti da un monitoraggio sistematico di questi indicatori non andrebbero sottovalutate.

In sintesi, il principale risultato dell'analisi qui presentata è quello di aver fornito un saggio del tipo di informazioni che possono essere ottenute dall'applicazione degli indici di entropia ad una matrice di flussi con un elevato livello di aggregazione. Va comunque precisato che l'alta capacità di sintesi che caratterizza questi indicatori ne permette l'applicazione anche a contesti in cui le unità osservate sono diverse e più numerose: pensiamo, ad esempio, all'eventualità di utilizzarli per valutare la minore o maggiore ca-

pacità attrattiva che caratterizza le singole divisioni ospedaliere. In questa direzione, potrebbe essere interessante sviluppare un modello per la valutazione dell'efficienza delle prestazioni ospedaliere che unisca agli indicatori di struttura tradizionalmente adottati come descrittori dell'output divisionale anche indicatori dal lato della domanda — indici di entropia e distanze chilometriche percorse dai flussi di mobilità sanitaria — da utilizzare come proxy della qualità percepita dagli utenti.

(1) La libertà di scelta del luogo di cura e del soggetto erogatore delle prestazioni è entrata a pieno titolo nella normativa nazionale con il decreto legislativo 502/92 (art. 8, comma 5; art. 14, comma 6) e con la legge 23 dicembre

Tavola 8 - Indici di entropia: flussi di mobilità infra-regionale, anno 1995. Privato (esclusi i flussi interni)



1994, n. 724 (art. 6, comma 6). Va però detto che il D.P.C.M. 19 maggio 1995 (Schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari») specifica come questo diritto diventi pienamente operativo «solo nell'ambito dei nuovi rapporti che le regioni e le ASL dovranno attivare entro il 1° gennaio 1996 con i soggetti erogatori in luogo delle attuali convenzioni». In questa prospettiva il diritto alla scelta del cittadino viene circoscritto alle strutture pubbliche e private accreditate sull'intero territorio nazionale.

(2) Una delle cause principali di questa contraddizione nasce da un sistema in cui le ASL si trovano ad essere simultaneamente finanziatori e produttori di servizi sanitari. Il perseguimento degli obiettivi di efficienza e di efficacia richiederebbe che tra ASL e produttori non vi fosse alcun rapporto privilegiato, soprattutto al fine di godere pienamente delle potenzialità competitive che la separazione comporta e di evitare che vengano conservate ad ogni costo posizioni di rendita. Contro le proposte di scorporo dei presidi ospedalieri viene spesso avanzata la necessità di salvaguardare la verticaliz-

zazione integrata rispetto al territorio di riferimento, evitando i rischi di un sistema troppo ospedalocentrico, e la possibilità di un eccessivo aumento dei costi di transazione. Va comunque osservato in proposito che lo scorporo che ha caratterizzato la riforma britannica del 1990 ha investito anche i servizi sociali ed assistenziali: le HAS si propongono come acquirenti non solo dei servizi ospedalieri ma di tutti i servizi necessari per rispondere ai bisogni dei propri assistiti.

(3) Per una rassegna di questi studi il riferimento principale è Porrell-Adams (1995).

(4) Si veda in proposito Zanetti *et al.* (1996), pag. 145.

(5) F. Taroni (1996).

(6) All'interno del già citato progetto «Matrici di mobilità per motivi sanitari», l'analisi descrittiva della mobilità regionale ha imposto di riflettere sulle possibilità di affiancare ai tradizionali indicatori strutturali e di *case-mix* questi due indicatori di mobilità. Per una prima analisi descrittiva delle informazioni desumibili dalla variabile distanza chilometrica percorsa si rimanda a Fiorentini, Rebba, Fabbri

(1997), a Degli Esposti *et al.* (1996) e, soprattutto, a futuri approfondimenti.

(7) La formula di Stirling è:  $n! \approx \sqrt{2\pi \cdot n} \cdot n^n e^{-n}$ . Si veda in proposito Erlander-Stewart (1990).

(8) Infatti ciascun addendo dell'espressione dell'indice di entropia ( $-t_{ij} \log t_{ij}$ ) assume valore 0 in corrispondenza di quote  $t_{ij}$  di flussi assegnati alla cella  $ij$  pari a 0 o a uno, ovvero proprio nel caso in cui la matrice è massimamente concentrata, ovvero tutti i flussi avvengono fra una sola origine e una sola destinazione. È agevole mostrare che l'espressione dell'indice di entropia assume il valore massimo, in valore assoluto, in corrispondenza di una matrice in cui  $t_{ij} = 1/J \cdot 1$ , ovvero la quota dei flussi assegnata alla cella  $(i,j)$  è pari a uno sul totale delle assegnazioni possibili. Si veda Erlander e Stewart (1990).

(9) A questo proposito, i modelli di *club* sviluppati nell'ambito della teoria neoclassica della finanza pubblica suggeriscono processi di allargamento dei bacini di utenza o la realizzazione di accordi di rete per le specialità ad alta intensità, mentre i trattamenti di media e

bassa intensità impongono di garantire maggiori spazi di autonomia alle singole ASL e di favorire una concorrenza fra i presidi che li stimoli a migliorare la qualità delle cure per attirare i pazienti e conseguire i livelli di attività desiderati.

(10) L'entropia viene calcolata prendendo come riferimento il bacino di utenza delle ASL emiliano-romagnole, sia per l'origine che per la destinazione, e vengono quindi considerati i flussi di mobilità sanitaria riferiti a tutte le strutture sanitarie che insistono nel bacino di utenza della ASL: presidi ospedalieri, aziende ospedaliere, case di cura private, accreditate e non.

#### BIBLIOGRAFIA

- COWELL F.A. (1995), *Measuring Inequality*, LSE Handbook in Economics, Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf, Londra, 2nd ed.
- DEGLI ESPOSTI G., RIMONDI M., UGOLINI C., VIRGILIO G. (1996), *Matrici di mobilità per DRG: analisi descrittiva ed applicazioni per la programmazione e le politiche sanitarie regionali*, *Mecosan*, 19, pagg. 53-62.
- ERLANDER S., STEWART N.F. (1990), *The Gravity Model in Transportation Analysis: Theory and Extensions*, VSP, Utrecht.
- FABBRI D., FIORENTINI G. (1996), *Mobilità e consumo sanitario: metodi per la valutazione di benessere*, *Mecosan*, n.19, pagg. 37-52.
- FARLEY D.E. (1989), *Measuring casemix specialization and the concentration of diagnoses in hospital using information theory*, *Journal of Health Economics* 8, pagg. 185-207.
- FARLEY D.E., HOGAN C. (1990), *Case-mix specialization in the market for hospital services*, *Health Service Research* 25, pagg. 757-783.
- FIORENTINI G., REBBA V., FABBRI D. (1997), *La regolamentazione della qualità delle prestazioni ospedaliere mediante tariffe*, in Petretto A. (a cura di), *Economia della Sanità*, Il Mulino, Bologna.
- FOTHERINGHAM A.S., O'KELLEY M.E. (1989), *Spatial Interaction Model: Formulations and Applications*, Kluwer, Berlino.
- FRANCI A., BRUSCAGLIA G. (1987), *La statistica e la gestione dei servizi socio-sanitari*, CIRIEC, ed. Maggioli, Rimini.
- DAYHOFF D.A., CROMWELL J. (1993), *Measuring differences and similarities in hospital caseloads: a conceptual analysis*, *Health Service Research* 28, pp. 293-312.
- PORREL F.W., ADAMS E.K. (1995), *Hospital Choice Model: a Review and Assessment of their Utility for Policy Impact Analysis*, *Medical Care Research and Review*, 52 (2), pagg. 158-95.
- TARONI F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico Ed. (Roma).
- ZANETTI M. ET AL. (1996), *Il medico ed il management*, Accademia Nazionale di Medicina.



# L'APPROCCIO METODOLOGICO DI UN PROGETTO DI BENCHMARKING SULLA MOTIVAZIONE E SODDISFAZIONE DEL PERSONALE IN UN'AZIENDA U.S.L.

di Massimo Sargiacomo

Dipartimento di Studi Aziendali, Università «G. D'Annunzio» - Pescara

**SOMMARIO:** 1. Premessa - 2. Le principali tipologie di *benchmarking* - 3. Sulle differenze formali e sostanziali tra il *benchmarking* competitivo ed il *benchmarking* interno per la migliore applicabilità alla motivazione e soddisfazione del personale nelle aziende U.S.L. - 4. Perché la motivazione e soddisfazione del personale - 5. Come costruire efficacemente un progetto di *benchmarking* sulla motivazione e soddisfazione del personale nell'azienda U.S.L. - 6. La scomposizione del progetto nel ciclo PDCA - 7. Conclusioni ed indicazioni operative.

*Purpose of this paper is to examine a new methodology, which may be helpful to raise all the Quality System in the Public Health. Benchmarking on Personnel Motivation & Satisfaction is a tool to help Local Health Unit Business management improve their work environment and empower all the quality chain. World ongoing research has confirmed that maximizing motivation and satisfaction with the work environment also maximizes business performance; so the quality challenge requires clinicians and all LHM Business personnel to rethink their personal approach to each other as members of different team-work which work synergically, top-down, bottom-up, horizontally, transversally. We must insist to enhance values such trust, recognition, participation/involvement, responsible freedom, feedback, learning, teamwork, etc.*

*This paper is arranged into the following two parts: in the first one we give a concise theoretical discussion about the application of benchmarking in the Public Health in order to choose which of the mentioned typologies agrees better with personnel motivation and satisfaction; in the second part of this paper we outline a way to project Benchmarking on Personnel Motivation & Satisfaction in a LHM Business from the beginning, disaggregating all the steps in a model and in the PDCA cycle. We construct different kinds of indicators, and we depict also performance matrixes, which reflect the way to find the benchmark. This formula has been successfully applied to Pescara LHM Business.*

## 1. Premessa

L'esigenza di verificare l'adattabilità di tecniche di gestione ampiamente conosciute e collaudate nelle imprese operanti sul libero mercato alle aziende U.S.L., ha fornito la giusta spinta per intraprendere uno studio, teorico e pratico, con il quale sperimentare la possibile convenienza della loro applicazione a realtà diverse dal settore privato.

È parso confacente all'attuale processo di aziendalizzazione delle aziende U.S.L., esaminare e testare un possibile ambito di applicazione del *benchmarking* quale leva competitiva per affrontare il delicato nodo della ef-

ficienza, efficacia e qualità dei processi interni e dei servizi erogati.

La motivazione e soddisfazione del personale, nel rispetto della centralità del paziente, utente del servizio, è certamente una leva strategica del successo dell'azienda U.S.L., capace di favorire il superamento di criticità riscontrabili nell'ambito dei processi interni e dei servizi erogati, e di migliorare la qualità nell'accezione più ampia possibile.

La materia, ricca di premesse, ha costituito stimolante sfida nella ricerca di quale tipologia di *benchmarking* fosse concretamente applicabile ai giorni nostri, e, risolta la questione, ha richiesto di sperimentare e verificare

l'applicabilità di un progetto di *benchmarking* sulla motivazione e soddisfazione del personale all'interno di un'azienda U.S.L.

Il fattore motivazione e soddisfazione del personale non è trascurabile in quanto, nonostante siano trascorsi diversi anni dall'avvio del processo di aziendalizzazione, suscitato da un nuovo ordinamento finanziario e contabile e da un nutrito corpo organico di norme, l'azienda U.S.L. presenta degli operatori il cui lavoro è stato per anni disciplinato da contratti collettivi di tipo pubblico, le cui modalità di assunzione, gestione, remunerazione, responsabilizzazione erano e sono diverse da quelle proprie delle aziende

private. L'importanza dell'argomento è ribadita dal fatto che viene pacificamente riconosciuto che in contesti lavorativi caratterizzati da elevata stabilità del posto di lavoro e della remunerazione, i livelli di produttività e di efficienza sono più bassi degli *standard* privatistici.

Il *benchmarking* sulla motivazione e soddisfazione del personale deve essere inteso come strumento volto primariamente alla rinascita di operatori visti per la maggior parte come soggetti demotivati, insoddisfatti, non preparati professionalmente e/o scarsamente produttivi, e che incidono direttamente sulla qualità dei servizi erogati.

Il *benchmarking*, allora è necessario perché, inducendo la sistematica ricerca di nuovi metodi, processi e procedure riguardanti tutte le funzioni aziendali e tutti i settori operativi, da introdurre all'interno della propria organizzazione previo adattamento, inserisce una logica rigenerativa di miglioramento continuo. Esso consente, quindi, di confrontare le prestazioni di una funzione aziendale con le prestazioni della stessa funzione svolta da altre aziende ritenute migliori, per poi implementare, adattandole in maniera congrua ed ottimale, le tecniche migliori all'interno della propria realtà produttivo/erogativa (1).

A questo punto sorgono spontanee le domande: «è possibile utilizzare la metodologia di *benchmarking* nell'azienda U.S.L. per facilitare la risoluzione di problemi organizzativo-gestionali?», «quale tipologia di *benchmarking*, realisticamente parlando, è applicabile oggi per migliorare la motivazione e soddisfazione del personale?» e «come costruire ed attuare efficacemente un progetto di *benchmarking* sulla motivazione e soddisfazione del personale in un'azienda U.S.L.?».

## 2. Le principali tipologie di *benchmarking*

Al fine di rispondere alla prima domanda è necessario ricordare in questa sede che le esperienze maturate negli ultimi anni dalle aziende di produzione fanno ricondurre le possibili tipologie del *benchmarking* alle seguenti tre:

- il *benchmarking* competitivo;
- il *benchmarking* funzionale o di processo;
- il *benchmarking* interno (2).

L'obiettivo di questo paragrafo è quello di delineare le principali caratteristiche delle tipologie di *benchmarking* per verificarne l'applicabilità in senso generale all'azienda U.S.L.

Il *benchmarking* competitivo persegue la finalità di comprendere i fattori determinanti del vantaggio competitivo dei migliori concorrenti diretti, attraverso un confronto della propria organizzazione con altre similari o identiche (Bindell-Boulter-Kelly, 1983). Questa tipologia di *benchmarking* si può denominarla esterna, in contrapposizione al *benchmarking* interno; essa consiste precipuamente nelle aziende di produzione in un *benchmarking* di prodotto, di servizio pre e post-vendita al cliente, di struttura dei costi, tendente a riposizionare gli antagonisti dal punto di vista delle determinanti strategiche, cioè prendendo in considerazione la quota di mercato, il tasso di crescita e dal punto di vista quantitativo il Roe (3). Il *benchmarking* competitivo mostra certamente una realtà composita dove le informazioni vengono raccolte direttamente presso i concorrenti, essendo questa condizione imprescindibile per toccare un grado significativo di equiparazione tra le organizzazioni e le funzioni coinvolte.

Gli ambiti di applicazione nelle aziende U.S.L. appaiono molteplici, dal confronto tra i prezzi dei beni e servizi acquisiti, alla qualità delle pre-

stazioni erogate, dai tempi di degenza media o mediana per reparti omogenei ai tempi e le modalità di processo delle consegne dei referti, ecc.

Il *benchmarking* funzionale o di processo nelle aziende di produzione pone l'attenzione sulle metodologie gestionali e sulle *performance* di un'area funzionale, di un'ASA o di un processo (Leibfried, Mc Nair, 1995). L'obiettivo precipuo è la comparazione di processi, o *business* che presentino una qualche affinità o similarità anche se riferentisi ad altri settori d'impresa. L'idea di fondo, in questo caso, è che se si riesce a concretizzare la superiorità poco alla volta in tutte le funzioni o nei relativi processi, sarà più facile raggiungere lo *status* di migliori. Nel *benchmarking* funzionale le grandezze del prodotto/servizio/processo/area funzionale selezionate vengono rapportate ad imprese di qualsiasi settore purché siano comparabili con l'azienda in oggetto per quella specifica area. In questa tipologia di *benchmarking* vengono posti a confronto i processi gestionali della propria azienda con quelli di aziende che, in base a specifici parametri inoppugnabili, vengono considerate le *best in class* a livello mondiale.

Il primo concreto aspetto di possibile applicabilità di questa tipologia di *benchmarking* è quello di misurare e confrontare la diversa *customer satisfaction* tra un'azienda U.S.L. ed un'azienda considerata *best in class* per tale valore fornito, non necessariamente nel settore pubblico.

Nel *benchmarking* interno vige una maggiore tempestività di applicazione poiché tende ad azzerarsi il tempo necessario per la ricerca di *partner* esterni; la cooperazione tra i soggetti coinvolti è sicuramente maggiore spingendosi verso una maggiore precisione nei confronti degli stessi, anche se l'eccessiva enfasi rivolta all'interno potrebbe far diminuire notevolmente la

certezza di focalizzare le prestazioni migliori in assoluto (*best performance* da utilizzare come termine di riferimento) così come, alle stesse condizioni, la possibilità di determinare le azioni appropriate da intraprendere per soddisfare le esigenze di cambiamento. Il *benchmarking* interno è di facile applicazione nei gruppi caratterizzati da organigrammi divisionali o matriciali, con società controllate attive in luoghi decentrati geograficamente, oppure in grandi aziende corredate da attività differenziate per effettuare confronti tra le azioni, gli *iter*, le metodologie usate nelle funzioni e nelle unità di *business* (Bocchino, 1994). Va da sé che in imprese che denotano tali caratteristiche è più semplice effettuare confronti tra i processi per l'essere caratterizzati da fasi ed operazioni affini, sottoponendo a comparazione le unità produttive, le funzioni amministrative, le unità di vendita, ecc.

Nelle aziende U.S.L., le possibilità di applicazione di questa tipologia di *benchmarking* appaiono illimitate, essendo la particolare struttura delle aziende stesse recettiva a tale tipo di metodologia. La degenza media o mediana di cui si parlava poc'anzi, può essere confrontata per reparti omogenei non solo tra differenti aziende U.S.L., ma anche tra diversi presidi (4) ospedalieri appartenenti alla stessa azienda, e nello stesso presidio se vi sono più reparti della stessa tipologia, tipo Chirurgia generale I e Chirurgia generale II, Medicina I e Medicina II, o Dialisi I e Dialisi II. Così come la tempistica e le procedure di refertazione possono essere rapportate tra i diversi presidi, lo è anche nell'ambito delle prestazioni erogate tra i diversi distretti sanitari di base; così come sarebbe possibile confrontare la *customer satisfaction* tra i diversi presidi ospedalieri per reparti omogenei, o tra i diversi distretti sanitari di base o

tra gli ambulatori territoriali, ecc. È possibile anche, ed è questo di cui ci si occuperà precipuamente, confrontare i diversi livelli di motivazione e soddisfazione del personale tra reparti omogenei nei presidi e tra distretti sanitari di base.

### 3. Sulle differenze formali e sostanziali tra il *benchmarking* competitivo ed il *benchmarking* interno per la migliore applicabilità alla motivazione e soddisfazione del personale nelle aziende U.S.L.

Per rispondere al secondo quesito posto in premessa, «quale tipologia di *benchmarking*, realisticamente par-

lando, è applicabile oggi per migliorare la motivazione e soddisfazione del personale?», si propongono ora le differenze formali e sostanziali tra due delle tipologie di *benchmarking* applicabili all'azienda U.S.L., trascurando necessariamente il *benchmarking* funzionale per economizzare sul lavoro, descrivendone le caratteristiche e le differenze.

Se si stabiliscono dieci «caratteristiche» precipue riscontrabili sia nel *benchmarking* competitivo sia in quello interno, e si graduano in maniera tricotomica le loro intensità (bassa, media, alta), pur nella relatività di questa tripartizione, le matrici esplicative delle loro prestazioni sono quelle rappresentate in figura 1.

Figura 1 - Matrici delle differenti prestazioni del *benchmarking* competitivo ed interno

Matrice delle prestazioni del <i>benchmarking</i> competitivo				
		Basso	Medio	Alto
1	Tempo per rintracciare il <i>benchmark</i> .....			x
2	Tempestività di applicazione .....		x	
3	Cooperazione tra i soggetti interessati .....		x	
4	Precisione nei confronti tra loro stessi .....		x	
5	Disponibilità e facilità nel reperimento dei dati .....	x		
6	Certezza di individuare le prestazioni migliori in assoluto come corretto termine di riferimento ...			x
7	Possibilità di determinare le azioni da intraprendere per soddisfare le esigenze di cambiamento....			x
8	Miglioramento dei risultati delle unità coinvolte...			x
9	Riduzione delle differenze nei livelli di prestazione			x
10	Enfasi rivolta all'interno .....	x		
Matrice delle prestazioni del <i>benchmarking</i> interno				
		Basso	Medio	Alto
1	Tempo per rintracciare il <i>benchmark</i> .....	tendente a 0		
2	Tempestività di applicazione .....			x
3	Cooperazione tra i soggetti interessati .....			x
4	Precisione nei confronti tra loro stessi .....			x
5	Disponibilità e facilità nel reperimento dei dati .....			x
6	Certezza di individuare le prestazioni migliori in assoluto come corretto termine di riferimento ...	x		
7	Possibilità di determinare le azioni da intraprendere per soddisfare le esigenze di cambiamento....	x		
8	Miglioramento dei risultati delle unità coinvolte...		x	
9	Riduzione delle differenze nei livelli di prestazione		x	
10	Enfasi rivolta all'interno .....			x

Esse costituiscono la base informativa per confrontare poi le loro prestazioni nel seguente poligono. L'estrema schematicità dei poligoni è di indubbia utilità per mostrare le differenze intercorrenti tra il *benchmarking* competitivo e quello interno, al fine di meglio valutare la loro migliore applicabilità all'azienda U.S.L. ai giorni nostri (figura 2).

Viene immediatamente all'attenzione che la particolare fisionomia del *benchmarking* interno meglio si addice attualmente all'azienda U.S.L., godendo di maggior tempestività di applicazione, maggiore cooperazione dei soggetti interessati e maggiore precisione nei confronti tra loro stessi, maggiore disponibilità e facilità nel reperimento dei dati. Questa constatazione è anche suffragata dalla mancanza di risposte ad alcune domande fondamentali che nascono spontanee nel *benchmarking* competitivo: «Qual è attualmente l'azienda U.S.L. *benchmark*? Quali sono le altre aziende direttamente concorrenti? In base a quali criteri il *benchmark* e/o le concorrenti dirette sono stati scelti?». Sicuramente il *benchmarking* interno può presentare delle lacune metodologiche e applicative, ma forse esse scompaiono al cospetto dei problemi riscontrabili in una approssimativa applicazione di *benchmarking* competitivo. Perciò si propende verso l'applicazione del *benchmarking* interno nelle aziende U.S.L. per il confronto attuale dei livelli di motivazione e soddisfazione del personale.

#### 4. Perché la motivazione e soddisfazione del personale?

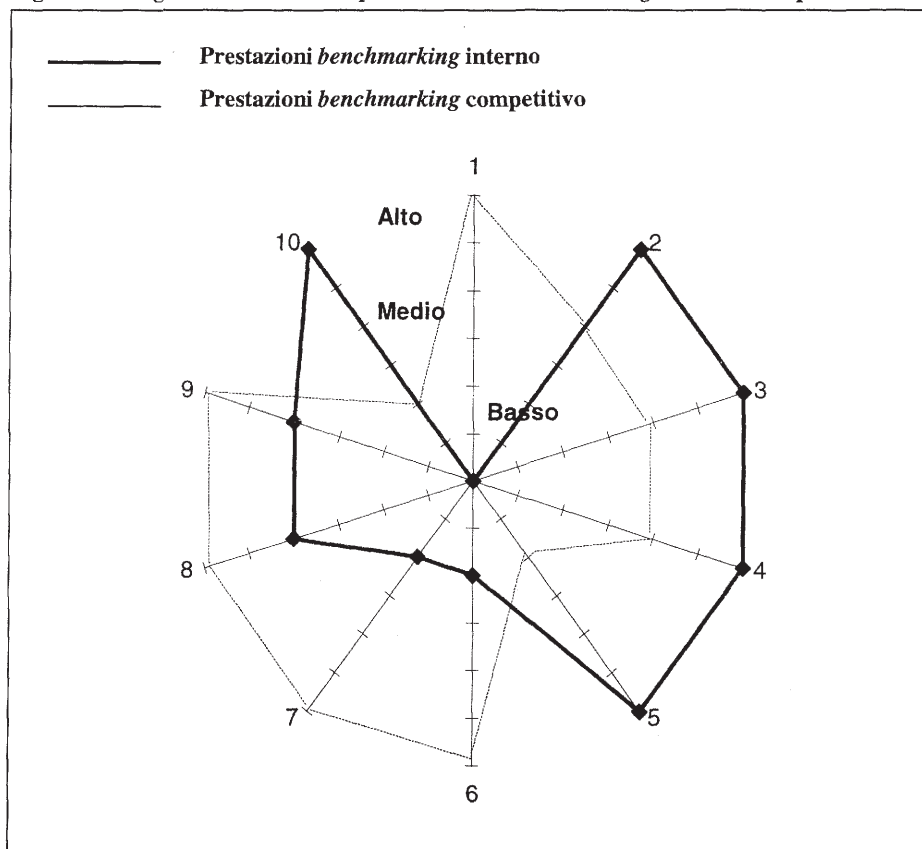
Senza avere la presunzione di intrattenere su di un argomento su cui illustri autori negli ultimi decenni hanno fornito preziosi contributi (5), preme anzitutto sottolineare che la ricerca mondiale, pur nell'ambito di diverse

teorie, ha esaltato negli ultimi anni la massimizzazione della motivazione e soddisfazione del personale quale fattore propulsivo verso la massimizzazione della *performance* in ogni settore.

Questa tendenza è stata suffragata anche da chi, come Normann (1992), non ha studiato i fattori di motivazione e soddisfazione del personale o la loro natura, ma, occupandosi di realtà organizzative nel campo dei servizi, ha considerato essenziale per il conseguimento della qualità del servizio sia la centralità del consumatore, in questa realtà il paziente, sia l'integrazione delle culture professionali esistenti all'interno dell'organizzazione erogativa, in una logica in cui la centralità delle risorse umane diventa necessariamente una condizione imprescindibile di una strategia di qualità totale.

Oggi, più che mai, ampio e acceso è il dibattito nella sanità pubblica sull'efficiente utilizzo delle risorse, sul livello qualitativo delle prestazioni erogate, e sulla soddisfazione dei pazienti. Il problema assume grande dimensione economica perché, stante il ruolo primario assunto dalla tutela della salute, la continua insoddisfazione manifestata dai pazienti può far traslare parte delle risorse pubbliche dalle strutture pubbliche alle strutture private, convenzionate per il rimborso delle prestazioni. E se è vero che si può agire sulla soddisfazione del paziente, si può agire senz'altro dall'interno cercando di massimizzare la motivazione e soddisfazione del personale al fine della massimizzazione delle performance, in grado di influire positivamente e contemporaneamente sulla efficienza nell'uso delle risorse rese

Figura 2 - Poligono delle differenti prestazioni del *benchmarking* interno e competitivo



disponibili, sull'efficacia nel conseguimento degli obiettivi sanitari e sociali dei servizi attivati ed erogati nel rispetto della qualità.

È, perciò, necessario attuare all'interno delle aziende U.S.L. delle misure volte alla esaltazione di tali valori che producano all'interno dell'organizzazione quell'effetto che gli americani definiscono di *empowerment* (6), valorizzando tutta la catena della qualità.

Per comprendere la centralità delle risorse umane nel processo di erogazione del servizio, è necessario pensare, ad esempio, a quanti siano i principali punti di contatto del paziente con il personale delle aziende U.S.L., da quando entra come degente, ad esempio, in un reparto chirurgico, a quando ne esce.

Essi, pur nella relatività e non standardizzabilità della rappresentazione, sono illustrati nella figura 3.

L'iter del paziente, dal suo ingresso in reparto alla sua dimissione, consta di innumerevoli punti di contatto, sia diretti con il personale di *front-office*, in special modo di ruolo sanitario medico e non medico (7), ed anche di ruolo tecnico e professionale (8), ma anche indirettamente con il personale di ruolo amministrativo.

Allo stesso modo, è necessario calarsi nei panni del paziente alle prese con visite e prestazioni ambulatoriali, per evidenziare i principali punti di contatto con il personale dell'azienda U.S.L., dal momento dell'informazione alla refertazione.

Essi, pur nella relatività e non standardizzabilità della rappresentazione, sono illustrati nella figura 4.

Ci si trova di fronte ad un'altra articolazione, ma comunque sia si perviene alle medesime conclusioni: vi sono parecchie criticità per qualsiasi processo si scomponga in fasi; esse vanno genericamente dalla informazione e prenotazione, alla accettazione, alla

prestazione, alla refertazione. Possono riguardare ad esempio i tempi del processo, gli orari di apertura, l'integrazione con il territorio, i colli di bottiglia, la prenotazione e le visite di controllo con procedure agevolate, le

accettazioni decentrate, la gestione delle cartelle cliniche, ...

Tutto ciò riguarda comunque le varie dimensioni della qualità del servizio erogato che vanno dalla tempestività, puntualità e regolarità del servi-

Figura 3 - Probabile iter del paziente nel corso di una degenza medica/chirurgica

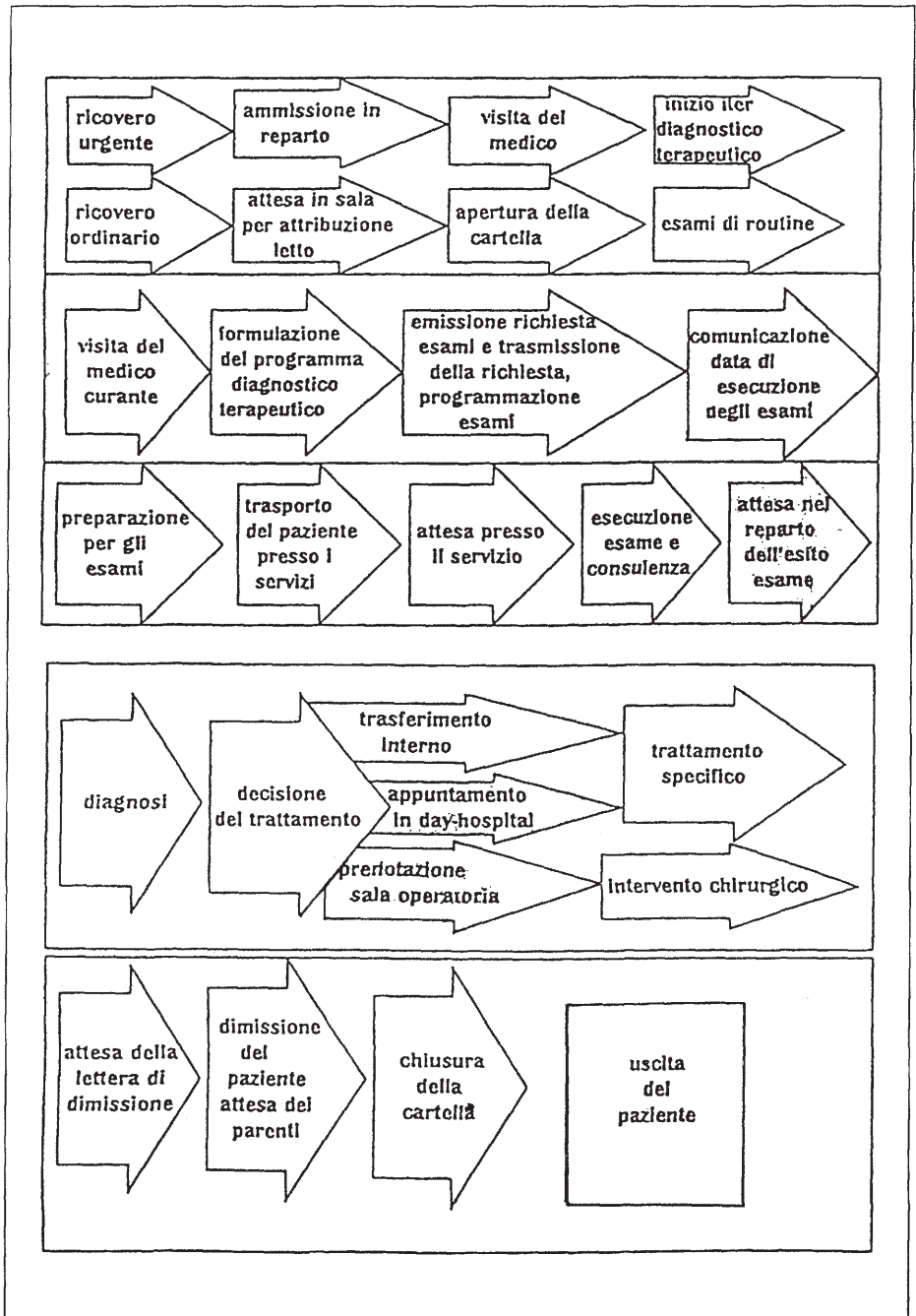
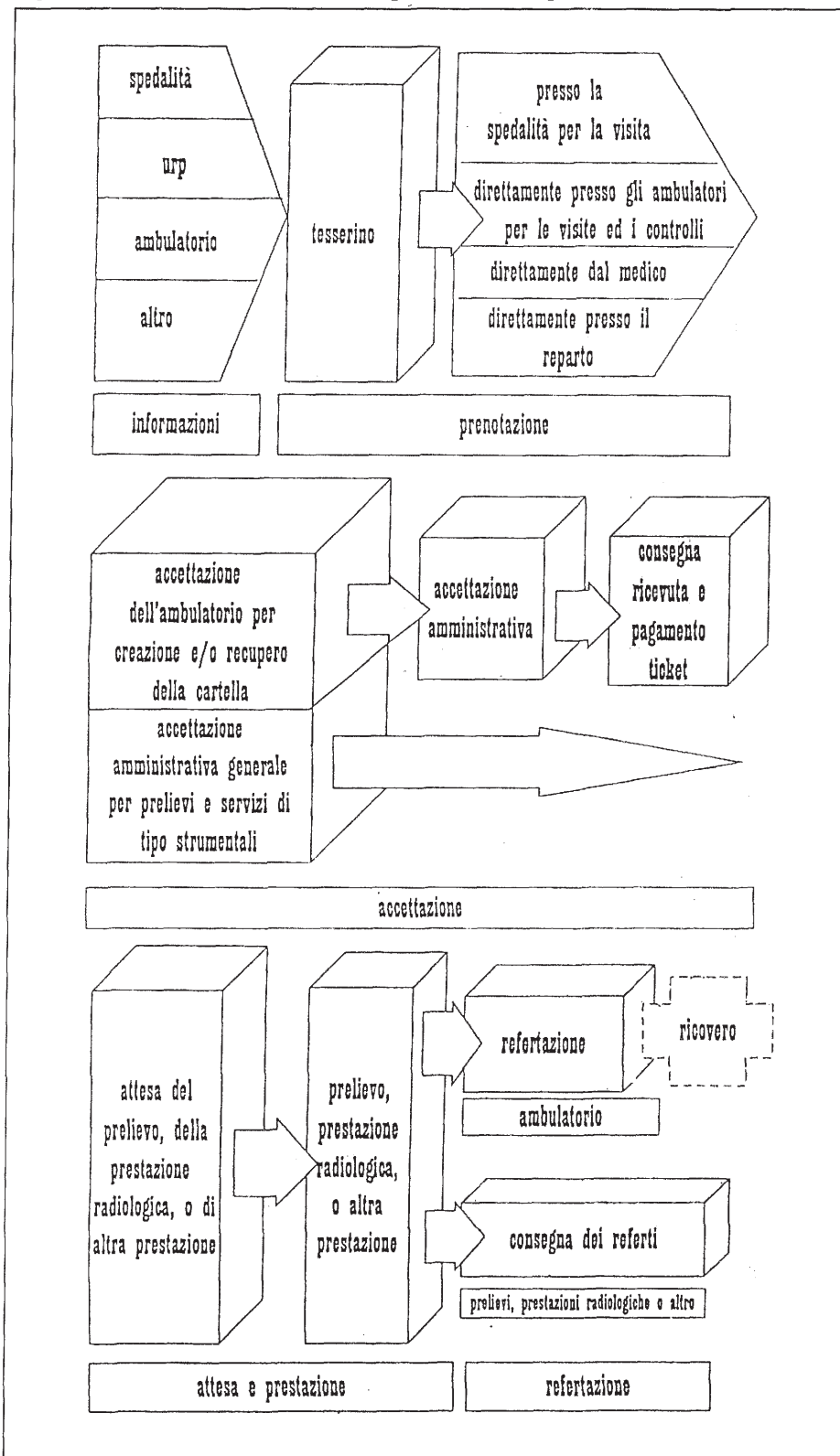


Figura 4 - Probabile iter del paziente alle prese con visite e prestazioni ambulatoriali



zio, alla semplicità delle procedure di accesso ed amministrative, alla comprensibilità e completezza delle informazioni, agli aspetti tangibili di orientamento ed accoglienza nelle strutture sanitarie, al *comfort* ed alla pulizia, alla umanizzazione e personalizzazione del trattamento sanitario, nel rispetto dei principi generali (9) ai quali l'erogazione dei servizi pubblici si deve progressivamente uniformare: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia. Queste dimensioni della qualità vanno lette nell'ambito di un processo sequenziale, che dalla qualità prevista (cosa desidera il cliente), procede verso la qualità progettata (cosa si vuole offrire e come), la qualità prestata (che cosa si eroga realmente), la qualità percepita (cosa ritiene di ricevere il cliente), la qualità paragonata (come ci si posiziona intra-azienda ed inter-aziende).

Nell'ambito della attivazione di misure volte a migliorare la qualità dei servizi, è compito precipuo degli U.R.P. (10), tra gli altri, promuovere iniziative che sviluppino un forte senso di coinvolgimento e partecipazione, comunicazione tra i servizi e gli operatori, senso di appartenenza, autopercezione degli snodi problematici specifici e sistematici, promozione di una «cultura della qualità», formazione specifica in tal senso. Ma tutto questo non è un problema di *marketing* aziendale interno? Non lo si doveva sviluppare anche attraverso la Carta dei servizi sanitari (11)?

Uno degli strumenti attraverso il quale si può risolvere questo problema, di notevole valenza strategica nell'ambito del rapporto azienda-paziente-concorrenza, è un acconcio progetto di *benchmarking* sulla motivazione e soddisfazione del personale.

**5. Come costruire efficacemente un progetto di benchmarking sulla motivazione e soddisfazione del personale in un'azienda U.S.L.**

Per rispondere al terzo quesito posto in premessa, «come costruire ed attuare efficacemente un progetto di benchmarking sulla motivazione e soddisfazione del personale in un'azienda U.S.L.?», è necessario dire che un processo di benchmarking sulla motivazione e soddisfazione del personale non può non partire dalla modellizzazione di un suo progetto. A tal fine viene utilizzato il modello di Watson (Watson 1995), adattandolo alla fattispecie, illustrato dalla figura 5.

Il modello proposto di benchmarking interno sulla motivazione e soddisfazione del personale all'interno dell'azienda U.S.L., è stato necessario per transitare dalla teoria alla pratica nell'esperienza pescarese. Nel modello, il progetto di benchmarking è sviluppato in quattro macro fasi, che sono le seguenti:

- 1) ricerca dell'area critica da sottoporre a benchmarking (che cosa sottoporre a benchmarking);
- 2) ricerca della realtà interna con la quale compararsi (qual è il benchmark);
- 3) misurazione e comprensione delle modalità di funzionamento dell'area interna sottoposta a benchmarking (come lo facciamo);
- 4) misurazione e comprensione della realtà interna che costituisce il benchmark (come lo fanno).

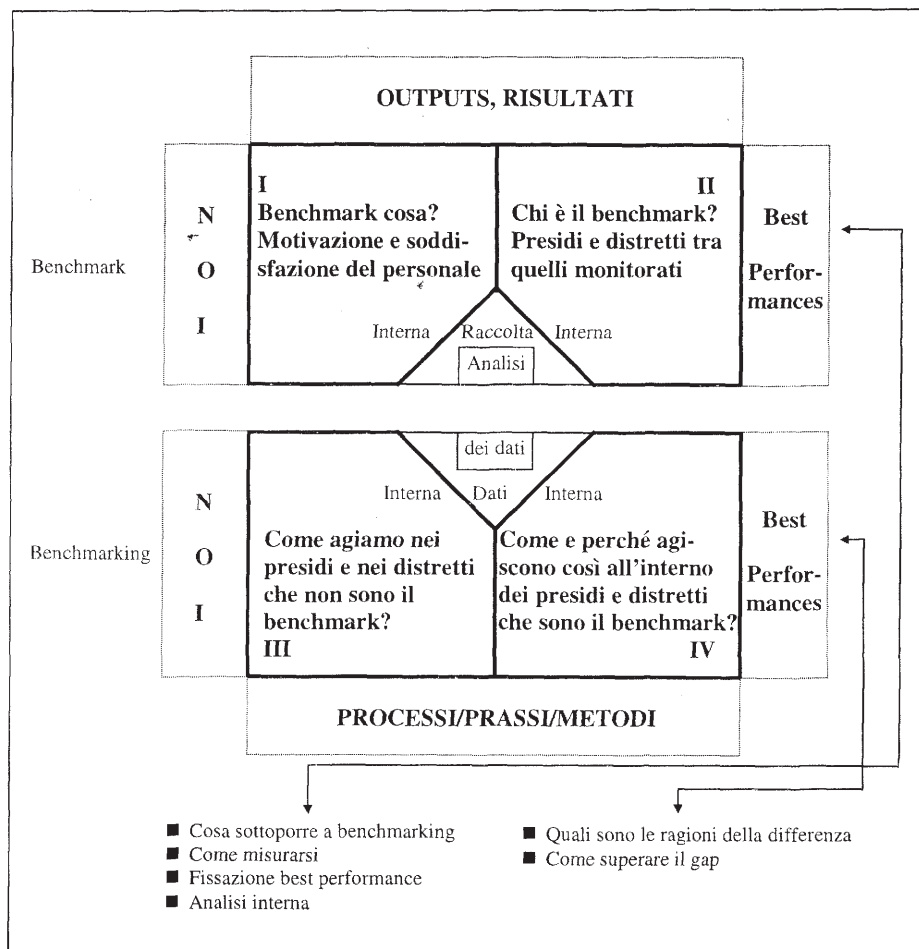
Nel primo quadrante viene risolto il problema del che cosa sottoporre a benchmarking optando verso la motivazione e soddisfazione del personale. L'analisi interna ha lumeggiato le diverse criticità riscontrabili nei processi di erogazione dei servizi, nelle loro correlazioni ed interdipendenze, e da esse abbiamo deciso di intraprendere questa iniziativa. In questa fase non è possibile utilizzare né il diagramma di

Pareto, né l'analisi del valore che, disaggregando le fasi dei differenti processi in gruppi e, separando le attività a valore aggiunto da quelle che non lo hanno, è volta ad individuare le aree dove è necessario apportare dei cambiamenti, cioè dove si effettua troppo lavoro a valore aggiunto nullo.

Nel secondo quadrante la problematica della ricerca del benchmark è risolvibile in funzione della tipologia di benchmarking implicata nel processo, sulle cui precipe caratteristiche già si è detto. Avendo optato, dietro analisi dei punti di forza e di debolezza delle tipologie di benchmarking esaminate, verso l'utilizzo del benchmarking interno, la ricerca del bench-

mark è rivolta a tutti i presidi ospedalieri e tutti i distretti sanitari di base componenti l'azienda U.S.L. Si opta verso la formalizzazione e l'utilizzo di matrici di valutazione delle prestazioni, che pongono in luce i risultati di questionari sottoposti al personale, espressi dalla somma di percentuali di motivazione e soddisfazione, riscontrate nelle diverse dimensioni che la compongono, tramite per la maggior parte dei casi di valutazioni graduate su almeno cinque livelli consecutivi di intensità, più un «non so», valorizzate da differenti punteggi in caso di valutazione delle priorità. In questa fase, nel modello, vi è un'analisi interna tendente a definire le prestazioni mi-

**Figura 5 - Benchmarking interno sulla motivazione e soddisfazione del personale all'interno dell'azienda U.S.L.**



glieri da porre all'apice del processo di confronto. Esse verranno espresse da idonei indicatori di riferimento a seconda delle dimensioni della motivazione e soddisfazione enucleate. La fissazione delle *best performance* è importantissima. Qualora fosse sbagliata metterebbe in crisi i momenti susseguenti del processo di *benchmarking*.

In generale, quindi, si può dire che in questa fase, viene selezionato un partner tra i reparti omogenei appartenenti a diversi presidi ospedalieri nell'ambito della stessa azienda U.S.L., o tra i diversi distretti sanitari di base.

Nel terzo quadrante si affronta la problematica del come si agisce nei presidi e nei distretti che non sono il *benchmark*; è di precipua importanza per il buon fine del processo di *benchmarking* la raccolta, elaborazione ed analisi dei dati afferenti le realtà interne.

Data l'importanza delle informazioni da acquisire, diviene un imperativo la predisposizione alla facile lettura dei questionari, essendo strumenti indispensabili per indagare sulle proprie *performance*. È necessario evitare l'instaurarsi di un clima di diffidenza tra i soggetti interessati ed a tal fine un ruolo preponderante è costituito dalla comunicazione tra gli stessi, possibilmente sempre chiara, fluida, riservata e non foriera di dubbie interpretazioni. Appaiono necessari, a tal fine, colloqui con i primari dei reparti, con i responsabili dei distretti sanitari di base, la dirigenza sanitaria, amministrativa il direttore generale ed i nuclei di valutazione, per la piena consapevolezza e condivisione di ciò che si vuole fare, e del perché lo si vuole fare.

Nel quarto quadrante è affrontata la problematica del come e perché si agisce in una certa maniera all'interno dei presidi e distretti che sono risultati *benchmark*; bisogna focalizzare l'at-

tenzione sui processi ed i metodi che il *benchmark* ha messo in essere per raggiungere certi risultati. Sarà necessaria una sottofase di riorganizzazione che renda le informazioni contenute nei report di *benchmarking* intelligibili ed omogenee, quindi comparabili. Questa sottofase riveste importanza primaria nel processo di trasformazione aziendale perché permette di confrontare tramite grafici, matrici, indicatori ecc., le diverse realtà sottoposte a confronto, cogliendone le diversità negli iter perseguiti e formulando diagnosi e terapie specifiche da attuare per raggiungere gli obiettivi previsti.

Il confronto non deve solamente svilupparsi come fase di raffronto tra misure di risultato atte alla determinazione del *benchmark*, ma deve anche completarsi nella comparazione di prassi e metodi di processo, della storia dei gruppi componenti le aree, della composizione per età dei vari gruppi, della loro diversa provenienza, il tutto tendente alla definizione ed all'attuazione di aconce terapie per conseguire miglioramenti interni. La veridicità e la bontà delle informazioni, così come la profonda conoscenza dei processi e dei meccanismi interni di azienda, il tasso di risposta alle domande del questionario, e la numerosità del campione, qui riveste notevole importanza, essendo la fase del confronto quella che determinerà le differenze con il proprio *benchmark*.

## 6. La scomposizione del modello nel ciclo PDCA

Ai fini del lavoro viene utilizzato il ciclo PDCA, denominato anche «ruota di Deming» (Bindell, Boulter, Kelly, 1993) (12), per scomporre il modello di *benchmarking* interno sulla motivazione e soddisfazione del personale in dieci fasi, cui nella pratica è stata associata una precisa scansione temporale per il rispetto degli adempi-

menti cui ottemperare. Detto strumento è uno di quelli maggiormente utilizzati nella scomposizione dei processi; esso risponde ai principi fondamentali della filosofia *Kaizen* (Imai 1986) (13) e del Policy deployment (14) (figura 6):

— la prima fase chiamata «PLAN» compendia la fissazione di che cosa sottoporre a *benchmarking*, e la determinazione dei metodi per la raccolta dei dati;

— la fase successiva, chiamata «DO», consta precipuamente nella raccolta dei dati, nella quantificazione dei gap esistenti, e nella fissazione del *benchmark*. Il *benchmarking* in se e per se non avrebbe motivo di esistere se non vi fossero differenze più o meno marcate di prestazioni;

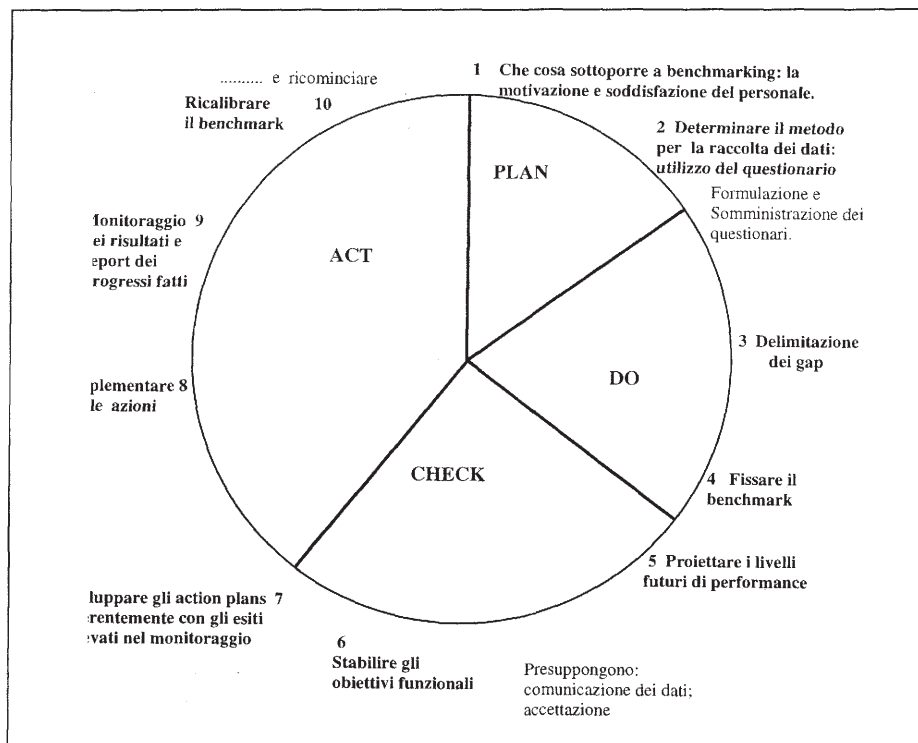
— la terza fase, denominata «CHECK», comincia con la proiezione dei livelli futuri di *performance* e termina con la statuizione degli obiettivi funzionali. Il passaggio tra questi due momenti della terza fase presuppone la comunicazione dei dati e l'accettazione dell'analisi che sono due degli aspetti più critici del processo di *benchmarking*, cioè far riuscire ad accettare dai diretti interessati le nuove prassi e le nuove metodologie scoperte, in un ambiente solitamente permeato da un certo scetticismo e da una sorta di riluttanza ad abbandonare il vecchio per accettare le nuove prassi;

— la quarta fase, denominata «ACT», inizia con lo sviluppo dei piani di azione e prosegue con l'implementazione di congrue azioni; ad essa consegue il monitoraggio dei risultati ed il report dei progressi effettuati, per terminare con il successivo ricalibramento del *benchmark*, se necessario.

Nella prima fase, come risultato dell'analisi delle criticità dei processi, e della valutazione della centralità del fattore umano in ogni ruolo, emerge come area da sottoporre a *benchmarking* la motivazione e soddisfazio-



Figura 6 - Le fasi del *benchmarking* interno sulla motivazione e soddisfazione del personale nel ciclo PDCA



ne del personale. Subito dopo, nasce il problema di come effettuare la raccolta delle informazioni. I metodi che risultano essere più utilizzati dalle imprese che hanno praticato con successo il *benchmarking*, possono in estrema sintesi essere ricondotti a sei fondamentali (Spendolini, 1995):

- interviste telefoniche;
- interviste personali, visite in loco;
- questionari d'indagine;
- pubblicazioni/giornali;
- ricerche d'archivio (15);
- i gruppi per discussioni specifiche (*panel*) (16).

Tralasciando per economia del lavoro i pregi e i difetti delle diverse metodologie esplicitate, va detto che per il particolare tipo di progetto che interessa, dovendo contemperare il notevole numero di domande necessarie per avere una visione completa del fenomeno con il bisogno di riservatezza ed anonimato degli intervistati, il

mezzo che meglio soddisfa le esigenze è il questionario (17), affiancato da diverse visite personali e colloqui con responsabili, primari, dirigenti, che meglio permettessero di intuire le caratteristiche dell'ambiente indagato e l'esistenza di fattori distorsivi (astio nei confronti dei primari o della direzione generale, situazioni di particolari stress contingente, ecc.).

Il questionario può essere definito come una collezione finita di proposizioni esposte sotto forma di quesiti che riguardano il fenomeno oggetto di studio, somministrato a tutto o una parte del collettivo delle unità statistiche sulle quali si manifesta il fenomeno stesso con lo scopo di reperirne delle informazioni qualitative. Si tratta, dunque, di uno strumento essenzialmente statistico che consente di indagare un particolare aspetto di una popolazione o di parte di essa ricavandone delle misure di tipo qualitativo. Detto metodo si è dimostrato partico-

larmente utile nelle indagini di *benchmarking* consentendo di individuare le proprie prassi, ed eventualmente quelle del *partner* esterno nel *benchmarking* competitivo, unificando il metro di misura rispetto ad un unico parametro.

L'utilità e la significatività dello stesso sono però fortemente legate alla sua organizzazione, ed è dunque necessario che nella sua predisposizione vengano rispettate alcune regole basilari:

- innanzi tutto è necessario utilizzare un linguaggio semplice e comprensibile che non generi perplessità interpretative e fuorvii la risposta;

- le locuzioni non dovrebbero essere mai troppo personali e qualora si debba indagare su argomenti delicati è bene ricorrere a domande di tipo indiretto;

- la formulazione del quesito non deve essere tale da influenzare l'intervistato. A tal fine occorre disporre le domande in maniera tale che le prime non influenzino le successive;

- è buona norma dividere le domande in aree omogenee rispetto alla tematica trattata evitando di tornare più volte sullo stesso argomento;

- il tempo occorrente per la compilazione del questionario rappresenta un'altra variabile che deve essere tenuta in debito conto. Infatti, se notevole, si verificheranno nell'intervistato noia e stanchezza, che influiranno soprattutto sulle risposte finali;

- occorre poi dare importanza alla impostazione grafica dello stesso per rendere più facile e piacevole la sua compilazione.

Un discorso a parte va fatto sul modo in cui si possono redigere le domande di un questionario. Infatti, le stesse possono essere classificate, in base al tipo di risposta che è possibile associarvi, in:

- aperte;
- a scelta multipla;

- a scelta obbligata;
- graduate;
- a completamento.

Le prime offrono all'intervistato la possibilità di esprimere liberamente il proprio pensiero nella forma e con i termini che preferisce. La risposta sarà in questo modo totalmente svincolata da qualsiasi limite dando il massimo spazio espressivo al soggetto.

Le seconde prevedono la predisposizione di differenti posizioni di risposte fisse che l'intervistato può, per esprimere il suo pensiero, scegliere liberamente tra le varie opzioni attraverso la «biffatura» o cerchiatura di ogni risposta.

Le domande a scelta obbligata prevedono due posizioni di risposta: affermative e negative. Esse sono utilizzabili in situazioni in cui si conosce la realtà indagata ed è possibile formulare dei quesiti precisi su argomenti specifici.

Nelle domande del quarto tipo, si affrontano quesiti che offrono opzioni fisse graduate e valorizzate attraverso un differente punteggio alle stesse associate. Tale modalità di domanda viene utilizzata quando si vuole appurare il grado di soddisfazione o di gradimento di una determinata variabile.

Nelle domande dell'ultima tipologia, viene richiesto il completamento di una frase o di uno spazio bianco, che quindi come *output* forniscono dati numerici, o testo (omogeneo).

Un altro chiarimento è esposto in merito a chi deve compilare il questionario. Se si opta per l'autocompilazione, il soggetto al quale viene consegnato il questionario potrà:

- segnare caselle;
- cerchiare risposte;
- scrivere numeri o testo.

Agli intervistatori viene in genere richiesto di:

- cerchiare risposte;
- scrivere numeri in apposite caselle.

Al fine della ricerca nella esperienza pescarese, è stato strutturato un questionario ad autocompilazione, con domande di diversa tipologia riguardanti diverse aree di probabile interrelazione personale-azienda U.S.L.-distretti-reparti, seguendo criteri unanimemente riconosciuti di comprensibilità e chiarezza, data la realtà lavorativa da indagare, assai variegata e composita a dire il vero.

Nella formulazione del questionario, dovendo contemperare esigenze informative con esigenze statistiche, è stato necessario accorpate più domande in differenti sezioni, semplificando così il confronto tra le differenti dimensioni della motivazione e soddisfazione del personale enucleate, ed i differenti reparti e distretti monitorati. A tal fine, la letteratura internazionale in merito è stata molto avara, poiché si è a conoscenza di un unico progetto di *benchmarking* sulla motivazione e soddisfazione del personale, quello della multinazionale XEROX (18). Detto progetto inizialmente fu avviato nel 1990 dal «Human Resources Department» di tale compagnia, ed evidenziava la percentuale di dipendenti soddisfatti e motivati sulla base di risposte ad un questionario annuale che interessava le probabili aree di interrelazione tra dipendente ed impresa, che erano identificate nelle seguenti 14: *Immediate boss, Management system, Job satisfaction, Working style, Career development, Pay, Change, Objectives and performance conditions, Benefits, Team spirit, Communication, Training, Job security, Reaction to survey*. Tale piano, partito in sordina, ha subito evoluzioni e variazioni, ma è stato d'esempio per multinazionali che l'hanno adottato, sia nel campo produttivo che erogativo, che per parecchie società di consulenza nel campo della gestione del personale e dell'organizzazione.

Così si è preferito seguire il brillante esempio della XEROX, che ha considerato le risorse umane a disposizione la seconda priorità dell'azienda, ricavando dall'analisi delle risposte fornite nei questionari, degli indicatori sintetici dei gradi di motivazione e soddisfazione di ogni singola area enucleata. Ma, per ricavare gli indicatori è necessario scegliere delle aree scorpendo il questionario in più sezioni, prendendole come assioma. Non volendo peccare di burbanza cercando di ricamare «nuove» probabili aree, si è optato per l'adozione delle stesse attualmente monitorate nell'azienda XEROX, verificando così l'applicabilità nelle aziende U.S.L. di questa tecnica gestionale collaudata dalle imprese operanti sul libero mercato, stilando così una sorta di «certificato di garanzia» valido anche per le aziende sanitarie, ampliandone in tal modo la portata cognitiva. Si è perciò preferito quindi, adottare nominatamente le aree attualmente in uso nel progetto XEROX, formulando un questionario adatto alla fattispecie, evitando la «presbiopia intellettuale» che talora affligge colui che vuole per forza inventare qualcosa di nuovo esplorando i confini ignoti e lontani, trascurando i problemi che più da vicino si incontrano nella programmazione, nell'organizzazione, nella esecuzione, nel coordinamento e nel controllo di un progetto di tale portata.

Il questionario utilizzato nell'azienda U.S.L. pescarese, è stato strutturato nelle diverse sezioni evidenziate nella tabella riportata in figura 7. È stata effettuata la validazione (19) del questionario per verificare la sua accettabilità e la sua affidabilità. Se lo stesso venisse riproposto in un'altra azienda U.S.L., andrebbe comunque fatta una nuova validazione del questionario per accertare la sua sensibilità e la sua specificità.

Figura 7 - Struttura del questionario utilizzato nella azienda U.S.L. di Pescara

Sezione	Dimensione monitorata	Tipologia delle domande formulate
Istruzioni per la compilazione del questionario		
I	Informazioni demografiche	<input type="checkbox"/> scelta mutuamente esclusiva <input type="checkbox"/> scelta multipla <input type="checkbox"/> a completamento
II	Direzione & Comunicazione	<input type="checkbox"/> scelta graduata
III	Apprezzamento del personale	<input type="checkbox"/> scelta graduata
IV	Partecipazione/Coinvolgimento	<input type="checkbox"/> scelta graduata
V	Risorse	<input type="checkbox"/> scelta graduata
VI	Responsabilità e Autonomia	<input type="checkbox"/> scelta graduata
VII	Riscontro	<input type="checkbox"/> scelta graduata
VIII	Riconoscimento	<input type="checkbox"/> scelta graduata
IX	Apprendimento	<input type="checkbox"/> scelta graduata
X	Lavoro di reparto/ambulatorio/ufficio	<input type="checkbox"/> scelta graduata
XI	Fiducia	<input type="checkbox"/> scelta graduata
XII	Pianificazione del cambiamento sulle esperienze	<input type="checkbox"/> scelta graduata
XIII	Valutazione delle priorità	<input type="checkbox"/> a completamento
XIV	Capacità di comando	<input type="checkbox"/> scelta graduata
XV	Disciplina delle risorse umane	<input type="checkbox"/> scelta graduata
XVI	Soddisfazione generale	<input type="checkbox"/> scelta graduata
Istruzioni per eventuali commenti		
XVII	Commenti	<input type="checkbox"/> aperte

La prima sezione è necessaria per avere informazioni riguardanti sesso, provenienza, esperienza lavorativa, qualifica funzionale, ecc., tutte informazioni di carattere generale ma che consentono di costruire la realtà del gruppo esaminato, la composizione come forza lavorativa per ruolo, l'omogeneità o disomogeneità nella provenienza, nell'esperienza.

Le sezioni da II a XII sono necessarie per monitorare le diverse dimensioni della motivazione e soddisfazione scelte appositamente. Gli esiti rilevati ci diranno chi, tra i gruppi omogenei monitorati, è il *benchmark*.

La sezione XIII è necessaria per indicare una priorità tra le dimensioni esaminate. È utile anche per un'eventuale analisi Paretiana per gli interventi formativi e le adeguate azioni correttive, coerentemente con gli esiti rilevati nel monitoraggio.

La sezione XIV serve per valutare la capacità di comando all'interno dei

gruppi confrontati. Esso fornisce un indicatore di sintesi.

La sezione XV fornisce un ulteriore

re indicatore di sintesi in merito alla disciplina delle risorse umane all'interno dei gruppi sottoposti a confronto.

La sezione XVI fornisce un indicatore di soddisfazione generale, che pur non essendo esauriente ed esaustivo di per se, vuol essere un tentativo di riepilogare diversi fattori tra le dimensioni scelte da sottoporre ad osservazione.

L'ultima sezione è volta ad acquisire commenti relativi ad ogni dimensione esplicitata, o commenti generali. Essa è di indubbia efficacia.

Dopo aver deciso la formulazione del questionario, si entra nella fase «DO», dove si affrontano i problemi relativi alla somministrazione degli stessi, alla quantificazione dei *gap* esistenti ed alla fissazione dei *benchmarks*.

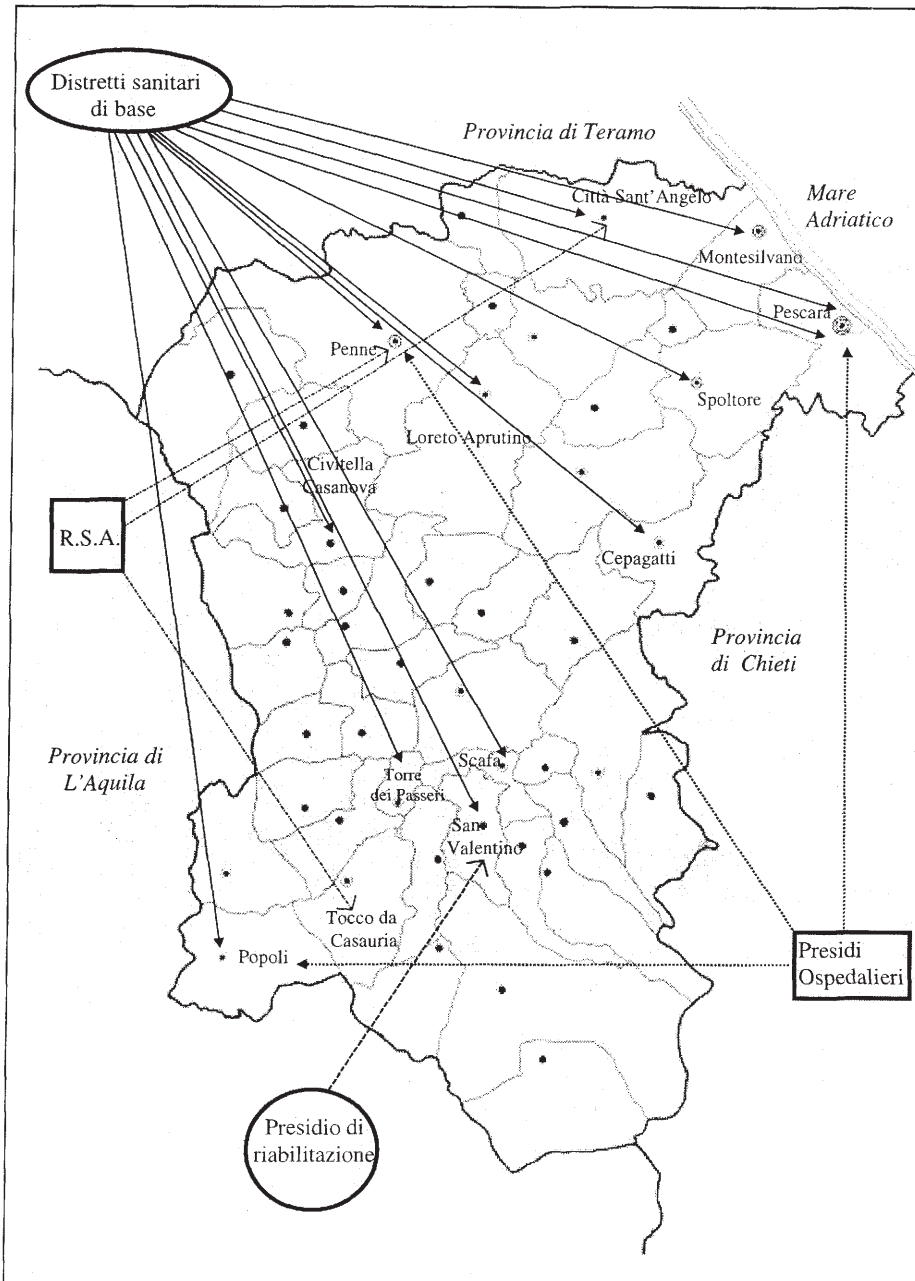
Il territorio di competenza dell'azienda U.S.L. di Pescara comprende 46 comuni, articolati in 13 distretti sanitari di base, e con una popolazione di 293.097 abitanti (20) (figure 8 e 9).

Si è deciso di iniziare per il ruolo sanitario, medico e non medico, e tecnici

Figura 8 - Popolazione della provincia di Pescara visualizzata per municipalità associate ai distretti sanitari di competenza della azienda U.S.L. di Pescara

Distretto	Municipalità associate	Popolazione
<i>Pescara Nord</i>	Pescara .....	117.411
<i>Pescara Sud</i>	Pescara .....	
<i>Cepagatti</i>	Cepagatti, Nocciano, Rosciano .....	13.504
<i>Città S. Angelo</i>	Città S. Angelo, Elice .....	12.687
<i>Civitella Casanova</i>	Civitella Casanova, Brittoli, Carpineto della Nora, Catignano, Civitaquana, Vicoli, Villa Celiera.....	7.553
<i>Loreto Aprutino</i>	Loreto Aprutino, Collecervino .....	12.717
<i>Montesilvano</i>	Montesilvano, Cappelle sul Tavo .....	42.757
<i>Penne</i>	Penne, Farindola, Montebello di Bertona, Picciano.....	16.904
<i>Popoli</i>	Popoli, Bussi sul Tirino, Tocco da Casauria .....	11.564
<i>Scafa</i>	Scafa, Alanno, Cugnoli, Lettomanoppello, Manoppello, Serramonacesca, Turrialignani .....	19.769
<i>Torre dei Passeri</i>	Torre dei Passeri, Bolognano, Castiglione a Casauria, Corvara, Pescosansonesco, Pietranico .....	6.970
<i>San Valentino</i>	S. Valentino in Abruzzo Citeriore, Abbatteggio, Caramanico Terme, Roccamorice, S. Eufemia a Maiella, Salle.....	6.382
<i>Spoltore</i>	Spoltore, Moscufo, Pianella.....	24.879
	<b>Municipalità comprese dall'azienda U.S.L. di Pescara = 46</b>	<b>293.097</b>

Figura 9 - Presidi, distretti ed R.S.A. nell'azienda U.S.L. di Pescara



co, monitorando tutto il personale afferente i reparti di dialisi presenti nei presidi ospedalieri appartenenti all'azienda U.S.L. di Pescara: Pescara (che annovera due reparti di dialisi), Penne e Popoli. In realtà l'azienda pescarese presenta un altro presidio presso San Valentino, ma in esso sono svolte funzioni di riabilitazione.

Per il personale di ruolo amministrativo, monitorando sempre tutto il personale relativo, si è deciso di operare un primo confronto tra i tredici distretti sanitari di base presenti nell'azienda pescarese: Pescara Nord, Pescara Sud, Montesilvano, Città S. Angelo, Penne, Loreto Aprutino, Civitella Casanova, Popoli, Scafa,

Spoltore, San Valentino, Cepagatti, Torre dei Passeri.

Al fine della delimitazione dei gap esistenti è stato necessario costruire delle matrici delle prestazioni rilevate nei singoli reparti dei presidi ospedalieri, per il personale di ruolo sanitario e tecnico. Un esempio in tal senso, per i reparti di dialisi presenti nei singoli presidi ospedalieri, è riportato in figura 10.

Si è provveduto a costruire matrici contenenti indicatori specifici delle prestazioni per reparti omogenei, nei presidi ospedalieri, per il personale sempre di ruolo sanitario e tecnico. Un esempio in tal senso, sempre per i reparti di dialisi, nei relativi presidi ospedalieri, per il personale di ruolo sanitario e tecnico è riportato in figura 11.

In questa maniera il problema della delimitazione dei gap esistenti tra i singoli reparti, e della ricerca del relativo benchmark, è di molto semplificato.

Per il personale di ruolo amministrativo appartenente ai tredici distretti sanitari di base facenti parte dell'azienda U.S.L. di Pescara, sono state utilizzate matrici della stessa tipologia di quelle già evidenziate. In verticale sono rimaste le dimensioni della motivazione e soddisfazione confrontate, mentre in orizzontale, al posto dei reparti omogenei, vi sono tutti i distretti. *Mutatis mutandis*, anche per i distretti sono state costruite matrici evidenziatrici indicatori specifici delle prestazioni nei singoli distretti sanitari. I reports, sotto forma matriciale, in generale sono di indubbia utilità perché predispongono il soggetto interessato alla facile lettura e comprensione dei dati. Un esempio delle matrici utilizzate per il confronto tra i distretti relativamente al personale di ruolo amministrativo è riportato nelle figure 12 e 13.

**Figura 10 - Matrice delle prestazioni nei singoli reparti dei presidi ospedalieri: personale sanitario e tecnico**

	Dialisi I Pescara	Dialisi II Pescara	Dialisi Penne	Dialisi Popoli
Direzione & Comunicazione Apprezzamento del personale Partecipazione/Coinvolgimento Risorse Responsabilità e Autonomia Riscontro Riconoscimento Apprendimento Lavoro di reparto Fiducia Pianificazione del cambiamento sulle esperienze				
<b>Totale</b>				
<b>Benchmark</b>				

**Figura 11 - Matrice degli indicatori specifici delle prestazioni nei singoli reparti dei presidi ospedalieri: personale sanitario e tecnico**

	Dialisi I Pescara	Dialisi II Pescara	Dialisi Penne	Dialisi Popoli	Benchmark
Valutazione delle priorità Capacità di comando Disciplina delle risorse umane Soddisfazione generale					_____

Dopo aver delimitato i *gap*, e fissato i *benchmarks*, si entra nella fase «CHECK», dove si devono proiettare

i livelli futuri di *performance*, e si stabiliscono gli obiettivi funzionali. Quando si proiettano i livelli futuri di

*performance*, si deve avere ben chiaro questo concetto: «Nessuna situazione di privilegio dura a lungo»! In un ambiente dove l'autocompiacimento è fatale, se un dato reparto o distretto dovesse risultare il *benchmark*, esso non deve riposare sugli allori e comunque metterà in essere iniziative volte al miglioramento ed al rafforzamento della sua posizione; se, d'altro canto, esso non dovesse risultare il *benchmark*, deve necessariamente tenere in considerazione che se intraprenderà iniziative per raggiungere il *benchmark*, anche il *benchmark* potrebbe muoversi, e quindi dovrà porre in essere iniziative volte non solo al superamento dell'attuale divario dal *benchmark*, ma anche a medio-lungo termine di quello futuro. Al fine di fornire un'esemplificazione di quanto detto, ci si può avvalere di uno degli strumenti maggiormente utilizzati nel *benchmarking*, chiamato «Carta Z» (21), applicandolo alla motivazione e soddisfazione del personale.

La carta Z normalmente è suddivisa in tre parti:

1) *trend* storico della/e dimensione/i della motivazione e soddisfazione monitorata, o dell'indicatore monitorato nei reparti omogenei o nei distret-

**Figura 12 - Matrice delle prestazioni nei singoli distretti sanitari di base: personale amministrativo**

	Pescara Nord	Pescara Sud	Monte- silvano	Città S. Angelo	Penne	Loreto Aprutino	Civitella Casanova	Popoli	Scafa	Torre dei Passeri	San Valentino	Cepagatti	Spoltore
Direzione & Comunicazione Apprezzamento del personale Partecipazione/Coinvolgimento Risorse Responsabilità e Autonomia Riscontro Riconoscimento Apprendimento Lavoro di reparto Fiducia Pianificazione del cambiamento sulle esperienze													
<b>Totale</b>													
<b>Benchmark</b>													

**Figura 13 - Matrice degli indicatori specifici delle prestazioni nei singoli distretti sanitari di base: personale amministrativo**

	Pescara Nord	Pescara Sud	Monte-silvano	Città S. Angelo	Penne	Loreto Aprutino	Civitella Casanova	Popoli	Scafa	Torre dei Passeri	San Valentino	Cepagatti	Spoltore	Benchmark
Valutazione delle priorità														
Capacità di comando														
Disciplina delle risorse umane														
Soddisfazione generale														

ti: quindi il primo tratto deve evidenziare l'andamento della dimensione interessata o degli indicatori specifici monitorati negli ultimi anni. Nella esperienza pescarese, il primo tratto verrà a mancare perché essendo il 1998 il primo anno in cui si effettua il monitoraggio e si confrontano i relativi risultati, non si hanno i dati relativi al trend storico;

2) il divario di *benchmark*: il grafico continua con un tratto verticale che rappresenta l'attuale divario tra le prestazioni dei vari reparti o distretti, ed il *benchmark*, che risulta necessariamente uno dei reparti, se essi sono gli osservati, all'interno della nostra azienda U.S.L.;

3) *trend futuro del benchmark*: l'ultima linea rappresenta l'andamento delle *performance future* dei reparti o distretti *benchmark*, relativamente ad una o più delle dimensioni monitorate, o ad uno degli indicatori; dopo aver colmato il *gap* attuale le prestazioni continueranno a crescere in seguito all'adozione di prassi ancora migliori, di adeguate azioni correttive e formative coerentemente con gli esiti rilevati nel monitoraggio. Per essere competitivi è necessario quindi che si ricerchino quelle prassi e quelle azioni che permettano non solo di colmare il divario attuale, ma soprattutto i *gap* futuri.

Una possibile rappresentazione grafica della «Carta Z», relativamente alle dimensioni osservate nella motivazione e soddisfazione del personale nei reparti omogenei è riportata in figura 14.

Esistono almeno due modi per riportare dei cambiamenti: uno è il processo di *continuous improvement*, secondo il *Kaizen*, più adatto per la sua essenza all'azienda U.S.L., che segue la logica del miglioramento continuo a piccoli passi, e l'altro è l'approccio *breakthrough* (secondo il *Kairyō*) il cui scopo è migliorare le *performance* aziendali con dei salti qualitativi (che di solito sono più visibili, in special modo agli occhi dell'utente).

Il miglioramento continuo è di solito raggiunto con azioni tattiche, tramite la continua osservazione di operazioni interne al fine di migliorare, con graduali cambiamenti, le fasi ed i punti critici dove si può ottenere maggiore risultato positivo. Il meccanismo del cambiamento è evidenziato nella figura 15.

«L'obiettivo del *benchmarking* è accelerare il processo dei cambiamenti aziendali che portano sia a dei *breakthrough* (grossi cambiamenti dovuti alle innovazioni) che a dei *continuous improvement* (dei miglioramenti continui, ma a piccoli passi) nei prodotti, nei servizi e nei processi» (22).

A livello di *benchmarking*, interno, da applicare all'azienda U.S.L. occorre quindi trovare indicatori chiave (23) specifici da sottoporre a confronto negli anni, studiando le acconce azioni correttive e formative implementabili nell'effettiva realtà, in una logica rigenerativa di miglioramento continuo.

Il passo successivo alla proiezione dei livelli futuri di *performance*, è quello della statuizione degli obiettivi funzionali. *Condicio sine qua non* per

**Figura 14 - «Carta Z» della «Motivazione e soddisfazione del personale»**

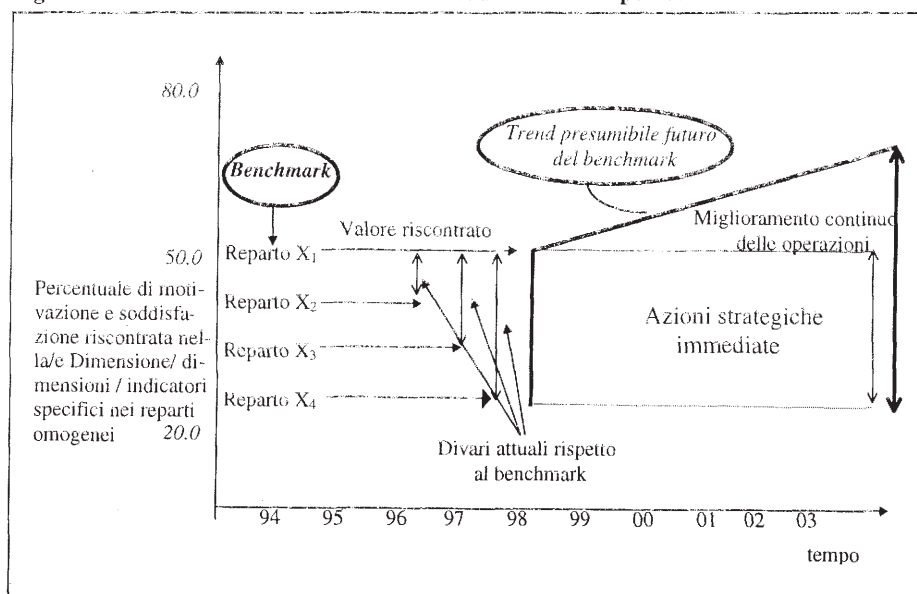
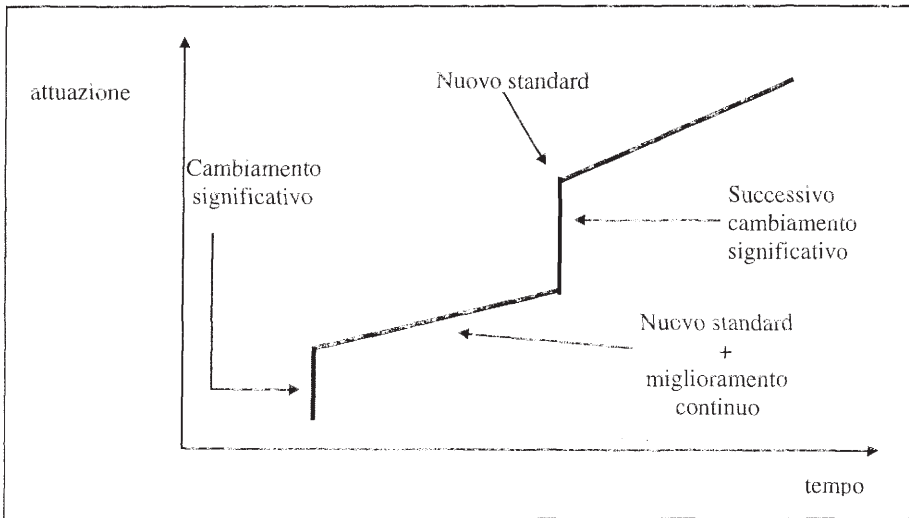


Figura 15 - Il meccanismo del cambiamento



il passaggio tra questi due stadi, sono la comunicazione dei dati ai reparti, uffici, ambulatori, ecc. sottoposti ad osservazione, e la loro totale accettazione dell'analisi. Solo agendo in questa maniera è pensabile poter efficacemente implementare le giuste azioni, dopo averne fissato gli obiettivi funzionali.

Nella fase «ACT», si devono sviluppare i piani di azione (gli *action plans*), coerentemente con gli esiti rilevati nel monitoraggio. Nella fase precedente si erano stabiliti degli obiettivi funzionali, ed in questa si implementano le azioni secondo una scala di priorità, di gravità e di risorse, associando ad esse una precisa scansione temporale, utilizzando per lo più diagrammi di Gantt o reticoli PERT (24).

Verificati i risultati derivanti dall'implementazione delle azioni, si costruiscono dei *reports* per analizzare i progressi fatti secondo la stessa metodologia utilizzata precedentemente; se dall'analisi dovesse ritenersi necessaria anche una ricalibratura dei *benchmark*, essa verrà attuata, ed il processo ricomincerà successivamente partendo dalla sottofase 5 del ciclo PDCA.

## 7. Conclusioni ed indicazioni operative

Un progetto di *benchmarking* interno applicato alla Motivazione & Soddisfazione del personale ha successo se non vengono commessi errori durante la scomposizione della metodologia nelle sue fasi e nella relativa applicazione.

I possibili errori metodologici sono generalmente ascrivibili alle seguenti due aree critiche:

— l'eccessiva enfasi rivolta all'interno, potrebbe far scemare la certezza di focalizzare senza alcun dubbio le prestazioni migliori in assoluto (*benchmarks*), come corretto termine di riferimento; è perciò preferibile affidare la responsabilità di questi progetti ad esperti esterni, e non interni, aventi non solo maggiore preparazione specialistica, ma anche visione più oggettiva dei fenomeni investigati;

— di diretta derivazione dalla suddetta, vi è che se si erra nella fissazione del *benchmark*, si compareranno successivamente prestazioni di reparti, uffici, distretti, ad uno tra loro che non è il migliore! Questo non è solo metodologicamente errato, ma anche improduttivo di effetti migliorativi,

oltre che dannoso! L'improduttività deriva dal fatto che, scemando la certezza di fissare correttamente il *benchmark*, si svilupperanno degli *action plans* non adeguati alle realtà investigate, ma coerenti con gli esiti rilevati nell'errato monitoraggio, da cui è scaturita l'inesatta determinazione del *benchmark*.

Per quello che riguarda alcune indicazioni operative, lungi dal proporre in questa sede suggerimenti alla direzione dell'azienda pescarese per fronteggiare gli aspetti negativi emersi dalla analisi, si preferisce fornire delle indicazioni di massima che ogni azienda dovrebbe adottare.

Sviluppare la comunicazione dalla direzione: nel delicato momento di aziendalizzazione, coerentemente con il concetto di «guida per obiettivi» (25) e di costruzione di piani strategici, è necessario istruire al riguardo tutti coloro che vi partecipano. Le aziende devono rendere note le proprie strategie, gli obiettivi, gli strumenti, a tutti i livelli e non limitarne la conoscenza ai soli vertici. Deve quindi essere posto in essere un ampio programma di comunicazione, che consenta di rendere noto a tutto il personale in servizio, appartenente a tutti i ruoli, le strategie e gli obiettivi primari che dovranno essere raggiunti perché tali strategie abbiano successo.

L'esperienza ha dimostrato che quando gli operatori appartenenti ad una organizzazione comprendono chiaramente gli obiettivi dell'azienda, sono maggiormente motivati, e soprattutto misurano continuamente il proprio rendimento come parte integrante di quegli obiettivi.

Le terapie sono diverse, e tutte attuabili a fronte di bassi costi e brevissimo tempo di attuazione, tra cui l'utilizzo di bacheche localizzate in punti strategici dell'azienda dove vengono spiegati ed aggiornati piani, strategie,

obiettivi, strumenti, o la distribuzione di newsletter per tutti.

Sviluppare il *Feed-back* strategico: tra le dimensioni investigate nella motivazione e soddisfazione del personale, vi era un'area relativa al riscontro ricevuto durante lo svolgimento della propria prestazione lavorativa, ed un'area ulteriore sulla pianificazione del cambiamento sulle esperienze. Per ottenere un miglioramento in quelle aree, è necessario instaurare un clima favorevole al dialogo, alla fiducia, alla partecipazione, al riconoscimento, all'autonomia decisionale, all'apprendimento, all'interno dei propri reparti/ambulatori/uffici o distretti, che favoriscano l'interscambio tra il primario o comunque il responsabile e tutto il personale a disposizione, che non si estrinsechi sterilmente, ma che anzi fornisca la giusta spinta per il miglioramento delle prestazioni e per l'*empowerment*.

Per ottenere ciò, è necessario agire lungo tre vie fondamentali:

— potenziamento delle capacità di leadership dei primari, dei dirigenti di settore e comunque dei responsabili in generale;

— promuovere la comunicazione ed il dialogo all'interno dei propri microcosmi lavorativi;

— incoraggiare l'addestramento e la formazione del personale appartenente a qualsiasi ruolo.

Per quanto riguarda la prima via, occorre avviare iniziative formative sia per i dirigenti medici che appartenenti ad altri ruoli. Non è facile essere un dirigente, è ancora più difficile diventare un *leader*! È di immediata comprensione come questo delicatissimo punto sia legato fondamentalmente anche all'operato dei Nuclei di valutazione (26), ma è importante ribadire come il «continuous learning» (il processo di apprendimento continuo) a riguardo dei dirigenti sia indispensabile. È auspicabile superare

nell'arco degli anni quello che è stato definito da Welch come un «genere di fedeltà paternalistico, feudale e confuso», che molte volte ha favorito le manie di onnipotenza di qualche dirigente in qualsiasi settore. Nessuna azienda può cambiare più velocemente di quanto non lo possano fare i propri operatori. È ovvio che bisognerà combattere contro mentalità e abitudini radicate nel tessuto connettivo delle aziende U.S.L. È certo che qualcosa già sta cambiando, ad esempio nei reparti dove i dirigenti medici di primo livello sono abbastanza giovani, o dove i dirigenti medici di secondo livello sono di stampo innovativo e non baronale-conservatore.

Per ciò che concerne la seconda via da perseguire, non è facile individuare le opportune terapie che, individualmente o solidalmente, possano codeterminare l'innalzamento di valori come il dialogo, la fiducia, l'iniziativa, l'intraprendenza, la partecipazione, ecc. Se compito primario dei dirigenti diventa anche quello di alimentare la fiducia e la conversazione di lavoro, l'iniziativa, ecc. all'interno delle proprie mura lavorative, è certo che quando si creerà l'ambiente che permetterà ai dirigenti la metamorfosi in *leader*, i valori di cui sopra verranno promossi o rinnovati, ed il personale a tutti i livelli entrerà in una logica rigenerativa di miglioramento. Il perché la fiducia ed il dialogo siano così difficili da ottenere, e delicati da conservare, è stato affrontato da parecchi studiosi, ma è certo che se non li si promuove insieme agli altri su evidenziati, diventa veramente difficile ingenerare un fertile cambiamento nella cultura aziendale a tutti i livelli. Questo obiettivo è fortemente correlato al precedente, quindi.

Ultima via da perseguire, e *condicio sine qua non* per la promozione delle altre, è quella dell'addestramento e della formazione del nuovo e vec-

chio personale (27): particolare cura dovrà essere rivolta a questa fase perché occorre lavorare sul materiale umano:

— per il passaggio di cultura che necessita per l'attivazione delle nuove metodologie;

— per aumentare le loro competenze e far sì che gli obiettivi preventivati vengano realmente conseguiti;

— per far sì che le persone lavorino nei gruppi interfunzionali come parte del tutto;

— per la rinascita e la valorizzazione di operatori visti per lo più come soggetti demotivati, insoddisfatti, insufficientemente preparati professionalmente, e/o scarsamente produttivi.

Formazione e qualificazione continua, quindi, per i dirigenti per potenziare e meglio acquisire le capacità di *leadership*, attivare e promuovere una vera e propria disciplina delle risorse umane, ed anche per poter meglio utilizzare gli strumenti della qualità totale all'interno dell'azienda.

Formazione ed addestramento per il personale a tutti i livelli, per favorirne l'integrazione e incrementarne la partecipazione ed il coinvolgimento. Gli operatori vogliono imparare, e quando lo fanno sono gratificati e motivati!

In conclusione si può dire, che a prescindere da terapie generali, e standardizzabili per tutto il settore, è necessario calarsi nei panni delle effettive realtà per indicare i rimedi specifici applicabili ai diversi gruppi di lavoro, essendo la realtà delle aziende U.S.L. assai composita; perciò il vero processo di cambiamento decolla quando si sviluppano gli *action plans* coerentemente con gli esiti rilevati nel monitoraggio.

È bene precisare, allora, che quando si mettono in essere queste iniziative, l'efficacia delle stesse viene vanificata dal non intraprendere, in un secondo momento, le opportune azioni correttive e formative. Perciò suggeriamo



vivamente ai vertici delle aziende che non hanno alcun interesse al cambiamento, a non avviare queste iniziative, solo per vantarsi poi «L'abbiamo fatto anche noi!».

(1) Tra le diverse definizioni attribuite alla tecnica del *benchmarking* nella letteratura aziendale, ricordiamo quella di David T. Kearns, direttore esecutivo della Xerox Co: «Benchmarking is the continuous process of measuring products, services and practices against the thoughtest competitors or those companies recognized as industry leaders».

(2) Camp (1989) ritiene che esista un'ulteriore forma di *benchmarking*, ossia il «*benchmarking* sui processi generici» o *benchmarking* generico. Della stessa opinione è Bocchino (1994).

(3) Benché sia stata dimostrata l'efficacia del *benchmarking* esterno molte aziende non misurano periodicamente e correttamente le proprie *performance*; un freno in tal senso può essere dovuto ai seguenti fattori: a) presunta superiorità dell'invenzione sull'imitazione in quanto i *manager* sono spesso erroneamente convinti che la creatività abbia un suo punto di partenza non ancora raggiunto da altri, senza cioè che ci sia un qualcosa già precedentemente formalizzato da altri che può essere preso come riferimento per creare qualcosa di nuovo: radicata abitudine a non tenere mai adeguatamente presente l'esperienza che gli altri hanno accumulato, come eventuale punto di partenza verso la soluzione dei propri problemi; b) convinzione che le complessità e gli incidenti di percorso caratterizzano la propria diversità rispetto agli altri fino a giungere al punto che questa diversità è usata come barriera all'ingresso di nuovi metodi; c) l'interpretazione distorta che alcuni dirigenti hanno del *benchmarking* confuso come il vero e proprio spionaggio industriale. Cfr. Bocchino U. (1994).

(4) Cfr. D.L. vo 502/92, art. 4, comma 9: «Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'Unità sanitaria locale».

(5) Tra gli autori italiani ricordiamo: Fontana (1993), (1994), (1995). Tra gli autori stranieri ricordiamo: Kats-Kahn (1968); Khun-Slocum-Chase (1972); Herzberg (1966), (1969); McGregor (1975); Vroom (1964); Vroom-Deci (1970); Maslow (1973); Nishibori (1971); Kondo (1972); Zaleznick-Christensen-Roethlisberger (1964).

(6) Cfr. AA.VV. (1996): «Il termine *empowerment*, non facilmente traducibile nella lingua italiana, significa che, a ogni livello del-

la organizzazione, agli operatori devono essere date maggiori opportunità di utilizzare le loro capacità tecniche, il loro talento, la loro voglia di fare meglio in modi tali da rendere l'organizzazione stessa capace di divenire più efficace nella soluzione dei problemi, nella creazione di nuove visioni, nel raggiungere gli obiettivi, nel servire i clienti. *Empowerment* non significa spingere gli operatori a fare le cose nel modo desiderato dal *manager* facendo loro credere che le stanno facendo secondo il modo da loro ritenuto migliore (manipolazione piuttosto che facilitazione)».

(7) Principalmente caposala, infermieri, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, operatori professionali coordinatori dietisti.

(8) Si pensi all'importante figura degli inservienti nell'ambito del reparto per il mantenimento della pulizia e/o del *comfort* appartenenti al ruolo tecnico, o a quanto possa contare la figura dell'assistente religioso nel dispensare l'eucarestia, o nel confessare, o nel fornire comunque un appoggio morale a degenti e parenti.

(9) Cfr. D.P.C.M. 27 gennaio 1994.

(10) Ufficio relazioni con il pubblico di cui all'art. 12, D.L. vo 29/93.

(11) Cfr. D.P.C.M. 19 maggio 1995.

(12) La sigla PDCA, sta per *Plan, Do, Check, Act*; questo modello circolare consente di disaggregare qualsiasi processo in quattro stadi generali, successivamente scomposti in altri sottostadi.

(13) *Kaizen* significa miglioramento a piccoli passi, ma continuo nel tempo, che coinvolge tutta l'azienda, dai dirigenti agli operai; esso sintetizza in una sola parola tutta la filosofia del *management* giapponese. Esso va a ricollegarsi al *benchmarking* per due concetti più volte citati da Robert C. Camp nella sua opera: il primo si rifà ad una massima del generale cinese Sun Tsu (il quale visse attorno al 500 a.C.), che affermò in una determinata circostanza «se conosci il tuo nemico e conosci te stesso non dovrai temere il risultato di cento battaglie»; il secondo al concetto di «*dantotsu*», sforzarsi per essere il meglio del meglio. Quest'ultimo concetto può essere paragonato ad un ombrello che racchiude sotto di sé la maggior parte delle pratiche giapponesi come il giusta *in time*, l'orientamento al cliente, i circoli della qualità, la politica degli zero difetti, ecc. La cultura occidentale è invece abituata a considerare il miglioramento un grosso salto dovuto alle innovazioni (cioè nuovi macchinari, nuove tecnologie, nuovi processi, ecc.) che di tanto in tanto vengono introdotti dal *management*. Questo tipo di miglioramento viene definito *Kairyō*. La filosofia *Kaizen* presuppone che il modo di vivere meriti di essere continuamente miglio-

rato, sia che si tratti del modo di lavorare, sia della vita sociale o della vita personale e familiare. La citazione del generale cinese vuole essere un *dictat* non solo per l'analisi esterna, e quindi competitiva, ma anche per quella interna: solo dopo ciò potrà esserci un confronto costruttivo. Il *Kaizen* è un approccio manageriale di tipo umanistico, in quanto prevede che tutti partecipino al miglioramento dei processi aziendali. L'introduzione della strategia *Kaizen* richiede impegno tanto dall'alto verso il basso, quanto dal basso verso l'alto; siccome lo stile di *management* dall'alto verso il basso comporta un approccio di progettazione (definizione di obiettivi ed elaborazione di mezzi per conseguirli), e lo stile orientato dal basso verso l'alto comporta un approccio di tipo analitico (enfasi sull'esperienza lavorativa) si rende necessario diversificare il momento addestrativo, in modo che ai livelli inferiori vengono forniti strumenti analitici quali ad esempio i sette strumenti del *problem solving* (raccolta dati, istogramma, analisi di Pareto, diagramma causa effetto, stratificazione, diagramma di correlazione, carta di controllo), mentre i livelli più elevati vengono formati ad approcci progettuali quali il «*Policy deployment*».

(14) Processo organizzativo metodologico che consente di impostare e articolare razionalmente una politica-obiettivo in: aree di intervento; sottobiettivi; modalità (tipologie di azioni); responsabilità e risorse necessarie. Cfr. Merli (1991).

(15) Ceccarelli e Calia (1995), inseriscono tra le tecniche più comuni di raccolta delle informazioni quella delle ricerche di mercato. Tale tecnica consisterebbe in una inchiesta su un campione di imprese al fine di raccogliere informazioni non critiche. Forse tale metodologia è eccessivamente impersonale e non permette di individuare, anche per il normale basso grado di risposta che tali ricerche ricevono, gli aspetti caratteristici delle prassi ottimali.

(16) I *panel* si sono dimostrati particolarmente utili nei casi in cui le imprese partecipanti avevano già svolto attività di *benchmarking* attraverso gli intermediari e resesi conto dell'utilità della metodologia vogliono avere contatti diretti con i *partner*. In questi casi le discussioni di gruppo si trasformano in analisi delle precedenti esperienze al fine di migliorare i risultati dei futuri confronti. Gli incontri devono essere attentamente pianificati dall'intermediario che fungerà da moderatore. Lo stesso deve predisporre una traccia su cui si dovranno svolgere le discussioni e concordare con i partecipanti gli argomenti da trattare. Il Miroglio (1997) consiglia di effettuare degli incontri tra le imprese partecipanti al *benchmarking* durante tutto il processo al fine di con-

sentire la migliore integrazione delle modalità di organizzazione e gestione dei processi e il confronto su prassi e misure di processo. Gli incontri dovrebbero essere almeno quattro e dovrebbero interessare la fase di avvio del processo; l'analisi degli assetti organizzativi e delle modalità gestionali e l'individuazione delle differenze qualitative (primo *workshop*); la comparazione dei livelli di *performance* e il collegamento *performance/prassi* gestionale (secondo *workshop*); presentazione dei risultati e analisi delle opportunità/vincoli di implementazione (terzo *workshop*).

(17) Camp (1989) afferma che «la ragione principale dell'uso del questionario è assicurare l'anonimato. Quando è necessaria la riservatezza della fonte di informazione dell'organizzazione, il questionario può essere il solo metodo per ottenere cooperazione nella raccolta dei dati».

(18) Progetto E.A.S. (*Employee Attitude Survey*).

(19) Si utilizzano generalmente il *test kappa* di Kohen, o il *test alpha* di Cronbach: a Pescara è stato utilizzato il primo con un risultato = 0,86.

(20) Questi i dati secondo l'ISTAT al 31 dicembre 1997, di cui 141.840 uomini e 151.257 donne.

(21) Sul tema della «Carta Z» si consulti l'apposito capitolo di Camp (1989) dedicato alla previsione dei livelli di future prestazioni. Sull'applicabilità della «Carta Z» in altre aziende di pubblici servizi si veda il nostro (1998).

(22) Queste le parole di Carla O'Dell, senior vice-president del American Productivity Quality Center, e direttrice dell'International Benchmarking Clearinghouse.

(23) Cfr. Anthony, Young (1992): «In quasi tutte le aziende ed i centri di responsabilità esistono fattori critici di successo. Gli indicatori che permettono di tenere sotto osservazione questi fattori sono detti indicatori chiave o segnali di pericolo. Gli indicatori chiave sono spesso in grado di segnalare il prospettarsi di problemi, soprattutto di natura finanziaria. In molte aziende senza finalità di reddito, ad esempio, il numero di nuovi clienti o il numero di contatti con l'utenza è un fattore critico di successo; in un ospedale, lo stesso vale per la durata media di degenza. Il numero di indicatori chiave è normalmente limitato — non più di cinque per ogni centro di responsabilità —, ed il sistema di *reporting* deve concentrare su di essi l'attenzione della dirigenza. È importante sottolineare che un classico *report* di confronto tra *budget* e consuntivo, con ricavi, costi e scostamenti, spesso non include gli indicatori chiave, e comunque rischia di essere consegna-

to al destinatario quando ormai è troppo tardi. In generale gli indicatori chiave devono essere oggetto di specifici *report*, con frequenza inferiore al mese».

(24) I reticoli PERT (*Program Evaluation and Review Technique*) a volte sono preferibili rispetto ai diagrammi di Gantt in quanto non evidenziano solamente la programmazione dei tempi delle diverse fasi del piano, ma pongono in luce anche le correlazioni e le interdipendenze per poter rappresentare le probabili conseguenze, a causa di anticipi o ritardi, nei confronti del *path* tracciato nel reticolo. Sul tema si rimanda a Maciariello (1978).

(25) Sul tema della «guida per obiettivi» Bastia (1998) ha affermato: «[...] Introdurre un sistema di pianificazione e di *budgeting* in modo diffuso nell'organizzazione sanitaria e ospedaliera significa affermare un principio, supportato da un metodo e da una prassi coerente, di superamento di una gestione individuale e di gruppo lasciata alla *routine*, all'inerzia e all'improvvisazione, oltretutto all'inconsapevolezza nelle decisioni di rilevante impatto economico-finanziario. La descrizione dei programmi relativi alla propria attività e la definizione dei parametri di risultato, che trovano la loro quantificazione economica e finanziaria nella redazione di *budget* operativi analitici, fornisce ai dirigenti e ai quadri coinvolti nel processo di pianificazione una guida per operare in modo più razionale, più congruente con gli obiettivi generali dell'azienda, ma soprattutto con un quadro di riferimento più consapevole. Infatti, in assenza di un'attività di programmazione, domina sulle scelte e sui comportamenti individuali un'incertezza che non proviene soltanto dall'ambiente esterno, ma che invece scaturisce proprio dal contesto organizzativo di appartenenza, che genera segnali discordanti e contraddittori, imprevisti e adattamenti improvvisati ed irregolari. La gestione per obiettivi impegna il singolo responsabile a ragionare in maniera più lungimirante e a seguire un criterio decisionale — l'obiettivo di *budget* — che assicura un certo ambito di autonomia in un quadro di minore incertezza sia ambientale che organizzativa [...]». Sul concetto di *Management by Objectives* si rimanda, tra gli altri, a Drucker (1978), (1990).

(26) Cfr. D.L.vo 29/93, art. 20.

(27) Cfr. D.L.vo 29/93, art. 7, comma quarto, in generale: «Le amministrazioni pubbliche curano la formazione e l'aggiornamento del personale, ivi compreso quello con qualifiche dirigenziali».

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1996), *Il medico e il management*, Accademia Nazionale di Medicina.
- ANSELMINI L. (1995), *Il processo di trasformazione della pubblica amministrazione*, Giappichelli, Torino.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1992), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non-profit*, McGraw Hill, Milano.
- BARBIANI M., GIORGI G. (1994), *Benchmarking e carichi di lavoro*, *Mecosan*, n. 12: pagg. 35-44.
- BASTIA P. (1998), *I sistemi di controllo di gestione*, in Atti del convegno nazionale LUISS: Economia e direzione delle aziende sanitarie: Luci, ombre e prospettive a cinque anni dalla riforma, 6 marzo 1998, Roma.
- BERGMAN B., KLEFSJO B. (1994), *Quality. From customer needs to customer satisfaction*, McGraw-Hill, London.
- BINDELL, BOULTER, KELLY (1983), *Migliorare la propria competitività*, Pitman Publ.
- BOCCHINO U. (1994), *Il benchmarking. Uno strumento innovativo per la pianificazione ed il controllo strategico*, Giuffrè, Milano.
- BOCCHINO U. (1995), *Manuale di benchmarking*, Giuffrè, Milano.
- BORGONOVÌ E. (A CURA DI) (1984), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Giuffrè.
- BORGONOVÌ E. (1995), *La trasformazione di U.S.L. e ospedali in aziende: indirizzi della normativa e processi reali*, L'Arco di Gianno, 7.
- BORGONOVÌ E. (1996), *Principi e Sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano.
- CAMP R.C. (1989), *Benchmarking The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance*, ASQC Quality Press, Milwaukee, trad.it. (1991), *Benchmarking. Come analizzare le prassi delle aziende migliori per diventare i primi*, Editoriale Itaca, Milano.
- CASATI G. (A CURA DI) (1996), *Manuale di contabilità direzionale delle aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- CECCARELLI P., CALIA G. (1997), *Vincere con il benchmarking. La gestione aziendale attraverso il confronto*, Sperling & Kupfer, Milano.
- COSTA G. (1991), *Economia e direzione delle risorse umane*, UTET, Torino.
- COSTA G. (A CURA DI) (1992), *Manuale di gestione del personale*, volume secondo, sezione H, UTET, Torino.

- DEL VECCHIO M., LONGO F. (1993), *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L.vo 502/92*, *Mecosan*, n.6: pagg.49-63.
- DONABEDIAN A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di applicazione*, N.I.S., Roma
- DRUCKER P.F. (1978), *Manuale di management*, ETAS, Milano.
- DRUCKER P.F. (1990), *Management the non-profit organizations*, Harper Collins Publisher.
- FARNETI G. (1995), *Introduzione all'economia dell'azienda pubblica, il sistema, i principi, i valori*, Giappichelli, Torino.
- FARNETI G., MARCHI L., MATAACENA A. (A CURA DI) (1990), *Il controllo di gestione nelle aziende pubbliche*, Maggioli, Rimini.
- FERRI P. (1997), *Il benchmarking nella sanità pubblica: alcune possibili applicazioni ed i conseguenti riflessi organizzativi gestionali*, *Mecosan*, n. 22, pagg. 81-94.
- FONTANA F. (1975), *La programmazione del personale*, Sviluppo & Organizzazione, novembre.
- FONTANA F. (1993), *Il sistema organizzativo aziendale*, Franco Angeli, Milano.
- FONTANA F. (1994), *Lo sviluppo del personale*, seconda edizione riveduta ed ampliata, Giappichelli, Torino.
- GALGANO A. (1990), *La qualità totale*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- HAMMER M. (1990), *Re-engineering Work: Don't Automate, Obliterate!*, Harvard Business Review.
- HAMMER M., CHAMPY J (1994), *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*, Harper Business, New York.
- HERZBERG F. (1966), *Work and Nature of Man*.
- HERZBERG F. (1969), *The Motivation to Work*, John Wiley and Sons, New York.
- IMAI M. (1986), *Kaizen. La strategia giapponese del miglioramento*, Il Sole 24 Ore ed., Milano.
- ISHIKAWA K.(1992), *Che cos'è la qualità totale*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- JURAN J.M. (1984), *Managerial Breakthrough*, McGraw Hill, New York.
- KARLOF & PARTNERS (1995), *Pratiquer le benchmarking*, Les Editions d'organisations, Paris.
- KATS P, KAHN L. (1968), *Psicologia sociale delle organizzazioni*, Etas, Milano.
- KHUN D.G., SLOCUM J.W., CHASE B.R. (1976), *Produttività e soddisfazione nel lavoro*, Problemi di gestione, febbraio.
- KONDO Y. (1992), *Human Motivation. A key factor for Management*, trad. it. *La motivazione. Una chiave per il management*, Editoriale Itaca.
- LEGA F. (1997), *Prospettive e limiti per un approccio dialettico alla pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche*, *Mecosan*, n. 24: pagg. 11-27.
- LEIBFRIED K.H., MC NAIR C.J. (1995), *Benchmarking. Tecniche di confronto per essere i migliori*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- LIZZA F. (1992), *Break-even analysis e controllo di gestione*, Clua, Ancona.
- MACIARIELLO J.A. (1978), *Program-Management Control Systems*, John Wiley & Sons, New York.
- MASLOW A.H. (1973), *Motivazione e personalità*, Armando, Roma.
- MELE R. (1993), *Strategie e politiche di marketing delle imprese di pubblici servizi*, Cedam, Padova.
- MELE R., POPOLI P. (A CURA DI) (1994), *La gestione delle aziende pubbliche*, Maggioli Rimini, SVIMAP Network.
- MERLI G. (1991), *Total Quality Management, La qualità totale come strumento di business*, ISEDI.
- MC GREGOR D. (1975), *Leadership e motivazione nelle imprese*, Franco Angeli, Milano.
- MIROGLIO F. (1997), *Benchmarking dei processi amministrativi. Generale ledger: metodologie di misurazione a confronto*, Economia & Management, n. 1.
- NISHIBORI E.E. (1971), *Humanity and Development of Creativity*, Japan Productivity Center, Tokio.
- NORMANN R. (1992), *La gestione strategica dei servizi*, Etas Libri, Milano.
- OLLA G., PAVAN A. (1996), *Il management nell'azienda sanitaria*, Cosa & Come, Milano.
- RACHELI U., PERRONE V. (1995), *Reingegnerizzazione dei processi aziendali*, Economia & Management, n. 1.
- RAGGETTI G. (1998), *Total Quality Management*, in Atti del convegno internazionale European Association of Radiology, Management in Radiology, 19 marzo 1998, Strassburgo.
- REA M.A. (1998), *Sulla natura delle aziende sanitarie pubbliche*, in RIREA, n. 1/2, pagg. 68-81.
- REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, UTET, Torino.
- RISPOLI M. (1982), *Some Considerations on Strategic Management and Theory of The Firm*, Economia Aziendale, n. 2.
- RUFFINI R. (1994), *Il benchmarking nella sanità pubblica: esperienze straniere e prospettive di intervento nel contesto italiano*, *Mecosan*, n. 12, pagg. 108-115.
- SARGIACOMO M. (1998), *Benchmarking competitivo e benchmarking interno: dall'azienda di produzione all'ente locale*, in Azienda Pubblica, n. 3/4.
- SPENDOLINI M.J. (1996), *Fare benchmarking*, Il Sole 24 Ore, Milano, trad.it. di (1992) *The Benchmarking Book*, Amacom.
- WATSON G.H. (1995), *Il benchmarking*, Franco Angeli, Milano.
- VANINI G., CALAMO SPECCHIA F.P. (1990), *Igiene e metodologia epidemiologica*, UTET, Torino.
- VROOM V.H. (1964), *Work and Motivation*, Wiley, New York.
- VROOM V.H., DECI L. (1970), *Management and Motivation*, Penguin Books, Baltimore.
- ZALEZNICK A., CHRISTENSEN C.R., ROETHLBERGER F.J. (1964), *Motivazioni, produttività e soddisfazione nel lavoro*, Il Mulino, Bologna.
- ZANGRANDI A.(1985), *Il controllo di gestione nelle U.S.L.*, Giuffrè, Milano.
- ZAVATTARO F. (1988), *Il controllo di gestione nelle organizzazioni professionali complesse*, in AA.VV., *La programmazione e il controllo nelle strutture sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- ZEITHMAL V.A., PARASURAMAN A., BERRY L.L. (1991), *Servire qualità. Un metodo pratico per gestire la qualità nelle imprese di servizi*, McGraw-Hill, Milano.



# I SISTEMI DI CONTRATTI IN SANITÀ PER LA REGOLAZIONE DELLA PRODUZIONE: QUALI REALI ASPETTATIVE?

di Antonello Zangrandi

SDA - Università «L. Bocconi» - Milano - Università degli Studi di Parma

SOMMARIO: 1. Premessa: quali spinte oggi per questo sistema di regolamentazione - 2. Le condizioni di contesto per i sistemi contrattuali - 3. Caratteristiche del processo negoziale - 4. Il ruolo della contrattazione - 5. Le caratteristiche del contratto - 6. Conclusioni.

*In order to better define reciprocal obligations in the relationship between purchasers and providers of healthcare services, contracts are needed. In facts contracts make possible for both organisations involved to focus on their specific mission: the control of demand for the former and the efficiency and quality of provision for the latter. Contents of contracts may be very different, essentially they reflect the role assigned to purchaser/provider relationship in the planning and controlling process of the healthcare system considered. The bargain process is a learning process that needs investments in professional skills and information systems.*

## 1. Premessa: quali spinte oggi per questo sistema di regolamentazione

Il contenuto dell'art. 5 del decreto legislativo 502/92, così come rettificato dal decreto legislativo 517/93 e poi modificato dalle leggi finanziarie successive (D.L. 502), evidenzia una modalità di relazione tra strutture accreditate e Unità sanitarie locali profondamente differente dal precedente sistema denominato «convenzionamento» ma basato su «appositi rapporti». Questi rapporti sono da intendersi come definizione di regole per la erogazione delle prestazioni che vedono il finanziamento a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN)

Il SSN sembra spingersi nella direzione già percorsa negli anni passati dal *National Health Service* (1) che individua relazioni contrattuali tra gli erogatori di prestazioni sanitarie — gli *Hospital trust* — e gli acquirenti di prestazioni — le *Health Authorities* —. In realtà il modello italiano risulta comunque fortemente differenziato

almeno per i seguenti tre motivi: la presenza in Italia di un sistema privato accreditato significativo sotto il profilo dei volumi di attività svolta (2), la scarsa determinazione da parte dello Stato e delle Regioni di perseguire questo modello di riferimento (3), la confusione tra produttori di prestazioni e acquirenti di produzione (4). Si tratta in realtà di differenze rilevanti che hanno determinato e determineranno modalità realizzative sicuramente differenti, con risultati attesi che sono evidentemente influenzati dalle caratteristiche istituzionali così differenziate oltre alle modalità di organizzazione e gestione che si realizzeranno nelle varie aziende.

La necessità di sviluppare un sistema contrattuale all'interno del SSN è peraltro evidente sotto molteplici aspetti che possono essere ascritti in via generale alla necessità di sviluppare un serio sistema di controllo della spesa, che non abbia come obiettivo semplicemente quello di razionare la domanda di prestazioni, ma che sappia sviluppare una azione in grado di

selezionare la domanda di prestazioni da un lato e di promuovere una forte attenzione alla efficienza, intesa come riduzione dei costi di produzione dall'altro (5).

In un certo senso la tesi è quella che l'evoluzione strutturale del governo della sanità necessita di un approccio personalizzato, dove le regole generali del sistema definite a livello nazionale e a livello regionale, siano opportunamente specificate a livello locale attraverso non già atti amministrativi unilaterali, ma attraverso un processo di corresponsabilizzazione che può vedere nei *contratti* un utile strumento di governo.

In questo senso il *contratto* diviene il concreto meccanismo di integrazione tra strutture differenziate che siano in grado di promuovere un serio orientamento verso obiettivi comuni. Il contratto non è cioè un meccanismo di per sé conflittuale, ma è orientato a gestire la conflittualità attraverso un processo di condivisione concreta di obiettivi e prassi gestionali.

## 2. Le condizioni di contesto per i sistemi contrattuali

Quattro appaiono i fattori che determinano le spinte strutturali per la realizzazione di sistemi contrattuali:

- le tariffe;
- il controllo della spesa;
- lo sviluppo dell'efficienza;
- il governo della domanda.

### 2.1. Le tariffe

L'introduzione nel nostro Paese di un sistema di finanziamento delle attività specialistiche a tariffa (i DRGs per i ricoveri, un nomenclatore analitico per le prestazioni ambulatoriali) ha comportato una importante innovazione soprattutto per quanto riguarda le strutture sanitarie private, che hanno visto superato il sistema di finanziamento per giornata di degenza. Per quanto riguarda il sistema pubblico l'introduzione del sistema di finanziamento si sta realizzando con gradualità:

— per la presenza all'interno della legislazione di meccanismi «per ammortizzare il cambiamento»;

— per il concreto comportamento delle Regioni che hanno sviluppato azioni tendenti a garantire l'equilibrio finanziario delle singole aziende pubbliche.

La determinazione del sistema delle tariffe è propria di ciascuna Regione, sulla base di un tariffario nazionale espressione delle tariffe massime applicabili. Le Regioni hanno potuto determinare le tariffe in base ai propri obiettivi specifici, anche se in realtà sembra prevalere un forte orientamento alla ricerca dell'equilibrio economico finanziario.

L'introduzione del sistema tariffario porta con sé lo sviluppo di una attenzione al «prodotto» cioè alla valorizzazione dell'attività svolta, l'introduzione di criteri di convenienza economica sempre più espliciti.

Si crea per le aziende pubbliche un legame evidente tra attività e finanziamento che nei precedenti sistemi veniva completamente dimenticato. Le tariffe innovano proprio in questo: favoriscono lo sviluppo di attività, di capacità di produzione. Non vi è dubbio che l'introduzione del sistema tariffario produce un incremento di prestazioni, perché rende particolarmente vantaggioso l'incremento di attività (6).

In questa direzione le tariffe hanno favorito uno sviluppo delle attività, una maggiore produttività del sistema pubblico, una forte spinta a ricercare maggiori volumi di produzione.

Si tratta di un orientamento del tutto innovativo che è in grado di permettere, a parità di altre condizioni, un decremento del costo per caso trattato, proprio perché spinge ad impiegare in modo più produttivo la capacità produttiva e quindi a meglio utilizzare i costi fissi (7).

### 2.2. Sviluppare efficienza

Le tariffe senza dubbio favoriscono lo sviluppo della efficienza che è problema critico della rete sanitaria pubblica. La ricerca della efficienza, intesa come rapporto tra costi e attività, si sviluppa molto spesso nell'incremento delle prestazioni prodotte, in un incremento di produzione. In effetti in considerazione delle caratteristiche della rete pubblica l'introduzione delle tariffe ha spinto, più che ogni altro sistema, alla ricerca di modalità migliori di utilizzo delle risorse esistenti e alla razionalizzazione delle modalità erogative (8).

Come già accennato l'efficienza è fortemente collegata all'incremento di produzione, questo anche in relazione ai rilevanti margini di miglioramento spesso presenti nelle aziende sanitarie pubbliche. In realtà si tratta, proprio per la stessa definizione di efficienza,

di valutare non solo il volume, ma anche il costo, ciò in quanto l'efficienza deve ovviamente considerare anche le modalità di impiego delle risorse rispetto alla domanda.

Il tema dell'efficienza allocativa complessiva è cruciale soprattutto in un settore dove la domanda ha caratteristiche proprie e molto particolari. È noto infatti che la domanda è fortemente influenzata dalle dimensioni e dalle caratteristiche dell'offerta. In un certo senso è cioè necessario che si sviluppi una adeguata attenzione alla riduzione dei costi unitari, ma anche alla riduzione dei costi fissi, attraverso una ristrutturazione del sistema di offerta nel suo complesso.

### 2.3. Il controllo della spesa

Ulteriore elemento cruciale che spinge alla contrattazione è il controllo della spesa sanitaria. Infatti l'incremento di volumi ha comunque effetti non sempre positivi sulla spesa sanitaria soprattutto laddove esista una struttura dell'offerta caratterizzata da una rilevante presenza di imprese private. L'effetto sulla spesa dell'incremento dei volumi da parte di soggetti erogatori pubblici è possibile che sia positivo, in quanto si tende ad incrementare la produttività (aumento di volumi) a costi unitari fortemente decrescenti (migliore utilizzo dei costi di struttura, tipicamente fissi); anche in questo caso è possibile assistere ad un incremento di spesa, ma forse accettabile in considerazione dell'incremento della efficienza complessiva (9).

La presenza di aziende private viceversa comporta che l'incremento dei volumi si traduca immediatamente in incrementi della spesa sanitaria complessiva.

La necessità di controllo della spesa pubblica peraltro è accentuata dalla presenza di fattori comuni alla ristrutturazione della spesa pubblica e al de-

centramento della responsabilità alle regioni (10).

Le Regioni sono chiamate a rispondere in modo diretto delle proprie spese e al fine di realizzare un sostanziale equilibrio finanziario. In questo processo di responsabilizzazione le Regioni sono chiamate a sviluppare azioni non già di mero contenimento dei costi ma di equilibrio tra offerta e domanda sanitaria, allargando il tema del controllo della spesa alla ricerca di sistemi sanitari rispondenti alla regolamentazione dell'offerta per far fronte alla domanda espressa.

In questo contesto il tema della programmazione sanitaria orientata ad individuare le strutture dell'offerta che, come noto, condizionano la domanda sanitaria, non sembra sempre riuscire a modificare i comportamenti, spesso per il prevalere di interessi specifici che condizionano interessi più generali (11).

#### 2.4. Il governo della domanda

In questa ottica di difficoltà di governo dell'offerta appare interessante promuovere una forte attenzione alla domanda e al suo indirizzo. In sanità il tema della domanda è stato spesso sottovalutato come meccanismo di manovra, mentre ora la necessità di controllo della spesa da un lato e difficoltà di programmazione centralizzata dall'altro pongono in evidenza la necessità di trovare strumenti per definire le modalità di indirizzo della domanda.

Soprattutto nel nostro Paese si è ai primi passi in questa direzione: si pensi alle ancora scarse esperienze di coinvolgimento dei medici di base, alle scarsa attenzione ai sistemi di corresponsabilità dei medici nell'uso delle risorse. Il governo della domanda appare una forte esigenza che per le caratteristiche proprie della sanità italiana necessita della individuazioni di specifiche responsabilità. La indivi-

duazione di queste responsabilità appare di importante rilievo non solo organizzativo ma anche istituzionale, soprattutto quando si sviluppa una differenziazione tra aziende di produzione e aziende che svolgono prevalentemente una funzione assicurativa (12).

Uno dei temi fondamentali per rendere esplicito il governo della domanda è da ricollegarsi alla individuazione di una reale responsabilità dei medici, che assumono il ruolo di ordinatori di spesa. L'autonomia clinica (13) dei medici è elemento caratterizzante nei processi di consumo di risorse, e agire sull'autonomia clinica appare possibile solo nelle misure in cui si è in grado di proporre meccanismi di responsabilizzazione diffusi che spesso sono però di difficile realizzazione all'interno delle strutture sanitarie pubbliche.

In sintesi l'esigenza dei *contratti* nasce e si sviluppa come azione di programmazione decentrata dell'attività, al fine di permettere da un lato la ricerca dell'efficienza valorizzata dal sistema di pagamento tariffario, e dall'altro di favorire il controllo dei volumi attraverso il governo della domanda.

Nella figura 1 si evidenzia il ruolo fondamentale del sistema dei *contratti* tra governo della domanda ed efficienza.

### 3. Caratteristiche del processo negoziale

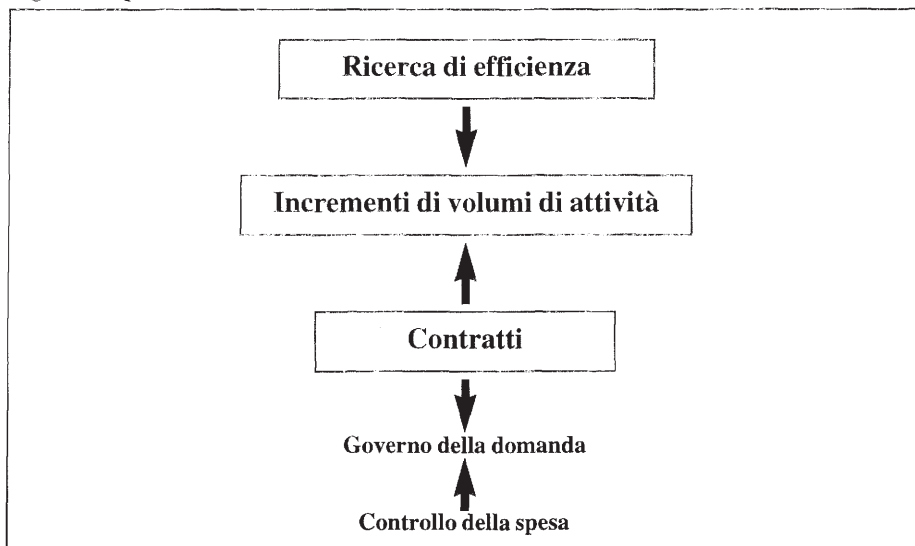
Il sistema dei contratti si sviluppa attraverso un orientamento strategico differenziato tra soggetti «produttori» di servizi sanitari e «acquirenti di prestazioni sanitarie» al fine di garantire i livelli di assistenza sanitaria.

La contrattazione tra acquirenti e produttori di servizi sanitari è caratterizzazione presente anche nell'ordinamento giuridico italiano. Il decreto 502/92 così come rettificato successivamente mette in evidenza all'art. 8 che:

1) l'USL assicura i cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche [...] ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali;

2) allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende ospedaliere, delle istituzioni sanitarie pubbliche o private e dei professionisti;

Figura 1 - Spinte strutturali al contratto in sanità



3) con tali soggetti l'USL intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa.

In realtà è questa forse una delle più rilevanti novità del decreto legislativo 502/92, che introduce in modo chiaro una logica completamente diversa da quella presente nella riforma sanitaria del 1978. In quella riforma, e nei fatti ancora oggi presente nel nostro Paese, la Usl è chiamata ad erogare direttamente la risposta al bisogno di assistenza sanitaria o socio-sanitaria. Le prestazioni, nella logica della riforma del 1978, potevano essere direttamente erogate dalla struttura pubblica o dai privati convenzionati che sono strutture private integrate con il pubblico, dove il sistema pubblico garantisce una quasi equiparazione rispetto alle strutture pubbliche. Assente qualsiasi logica di negoziazione, ma integrazione funzionale, azione di supplenza alla incapacità del pubblico di erogare tutte le prestazioni sanitarie necessarie.

I contratti rappresentano un forte elemento di discontinuità rispetto alla situazione precedente, che, come si è detto, può essere definito come un esplicito accordo tra aziende in cui si stabiliscono regole circa le condizioni di svolgimento di attività. Si tende cioè a regolamentare il rapporto tra aziende in modo che:

— le aziende erogatrici di prestazioni sanitarie siano chiamate a definire le politiche di offerta delle prestazioni, con certezze di risorse disponibili;

— le aziende acquirenti prestazioni sanitarie siano chiamate ad esprimere il bisogno di prestazioni, quindi chiamate a valutare e misurare le caratteristiche della domanda di prestazioni.

Si tratta di un modello di riferimento che, come già accennato, non trova sempre una corrispondenza a livello

regionale. Come è già stato sottolineato la riforma italiana ha sviluppato solo in parte la possibilità di realizzare una vera e propria attività negoziale:

— per la commistione nella stessa istituzione di chi produce e di chi acquista;

— per la mancanza di un vero sistema competitivo sul lato dell'offerta;

— per la assenza di capacità di controllo della domanda sanitaria.

La timidezza della riforma si può misurare anche dai successivi rinvii contenuti nelle varie finanziarie che si sono succedute in questi anni, provvedimenti che ancor oggi tendono a sviluppare di fatto un sistema di controllo dell'offerta per evitare esplosioni di spesa e non già l'inizio di un processo negoziale tra le aziende.

Un elemento molto rilevante per sviluppare una sistematica riflessione sul sistema di accordi tra erogatori e acquirenti di prestazioni è collegato al tema della libera scelta, da parte dell'utente, della struttura a cui rivolgersi per disporre delle prestazioni necessarie.

In effetti anche sotto il profilo economico, oltre che etico, questa situazione appare problematica. Infatti, ipotizzare vincoli alla libertà del cittadino nella scelta delle strutture può significare in realtà costruire un sistema di offerta predefinito, dove le preferenze non permettono di esprimere giudizi sulla qualità e sulla efficienza delle strutture, assenza che tende a ridurre le capacità di adattamento delle aziende alla realtà dei bisogni. Gli stimoli ai processi di cambiamento e adattamento possono ritrovarsi solo nelle aziende acquirenti di prestazioni. L'utente è indirizzato nella ricerca delle prestazioni sanitarie all'azienda acquirente che assume anche il compito di verificare e controllare la qualità dell'assistenza svolta. Questa soluzione può apparire non sempre efficiente in considerazione delle caratteristiche

strutturali di queste aziende cioè della imponibilità da parte dell'utente di scegliere. In via semplificata ci si può chiedere se è possibile far convivere un sistema negoziale tra aziende con un sistema di libera scelta dell'utente.

In via generale è innanzitutto possibile considerare che il contratto può prevedere un sistema che valorizzi la libera scelta, cioè strutturalmente il contratto può o non può essere orientato a valorizzare la capacità di attrattive della singola struttura erogativa. Quindi, se da un lato il contenuto del contratto può permettere di esprimere una libertà di scelta, dall'altro è necessario anche accertarsi se esistono ulteriori ostacoli che ne limitano questa potenzialità.

Uno degli elementi che appaiono ostacolare la libertà di scelta è connesso ai vincoli posti nel contratto circa i volumi di produzione (14). In questo caso la struttura erogatrice ha un vincolo di attività oltre il quale vede più o meno consistentemente ridotto il ricavo di competenza. In questo caso si ha oggettivamente un vincolo alla libertà di scelta dell'utente in quanto le prestazioni erogate oltre al livello programmato non trovano adeguato corrispettivo economico. In realtà però questo limite può essere superato se si considera la variabile tempo, cioè il superamento di questo limite è strettamente connesso alle capacità di permettere un adeguamento dell'offerta alla domanda, da recepire nel contratto.

È nel processo contrattuale stesso che può risolversi questa contraddizione tra limite dell'offerta e potenzialità della domanda; infatti la contrattazione permette strutturalmente di superare un'ottica regolatrice spesso propria del sistema pubblico, dove l'autorità regionale sancisce modalità e criteri a cui adattare l'azione; viceversa con la contrattazione si ipotizza la realizzazione di un accordo tra le



parti, accordo che può considerare le scelte dell'utente e quindi valutare la possibilità di immettere stimoli positivi nel processo di adattamento/cambiamento.

Quindi, in conclusione, è possibile affermare che non è di per sé la forma contrattuale a porre limiti alla libertà di scelta, ma che tale limitazione è legata al contenuto specifico del *contratto* e, in secondo luogo, alle modalità di governo della domanda che, attraverso il *contratto*, permette la realizzazione di accordi che superano un intervento sovraordinato da parte delle amministrazioni pubbliche. È il contenuto del contratto che può limitare la libertà di scelta e non già la forma in sé.

#### 4. Il ruolo della contrattazione

Già si sono accennate le spinte strutturali alla contrattazione, per chiarire è opportuno indicare cosa ci si può aspettare dal sistema contrattuale in termini di:

- 1) programmazione dell'offerta;
- 2) governo della domanda;
- 3) adeguamento dei prezzi (tariffe).

E quali sono le condizioni di sistema sanitario necessarie:

- 1) una effettiva autonomia delle aziende;
- 2) la flessibilità dell'offerta.

##### 4.1. Programmazione dell'offerta

Non vi è dubbio che attraverso i contratti si operano delle scelte di programmazione delle attività. L'azienda acquirente svolge nei fatti un ruolo di regolatore, seppur contrattato, delle dimensioni e delle caratteristiche dell'offerta. Il ruolo della programmazione si esplica nella generazione di un collegamento diretto tra caratteristica della domanda e tipologia di offerta.

Questo ruolo di programmazione comunque presente e decentrato dalla Regione può realizzarsi con intensità diverse con riferimento agli specifici contenuti della contrattazione.

Maggiore è l'ampiezza dei temi decentrati alla contrattazione maggiore è il contenuto programmatico. La contrattazione infatti non può ridursi ad una mera attività di definizione di valori già identificati in altra sede, tipicamente regionale, pena la impossibilità di ottenere quei benefici che lo strumento porta con sé. Tale possibile limitazione delle potenzialità della contrattazione si realizza attraverso un incremento dei vincoli di sistema definiti a livello regionale, che non può che portare ad un incremento degli aspetti formali rispetto al governo della domanda e della ricerca dell'efficienza, ad una riduzione del contenuto autonomo delle azioni delle singole aziende.

La programmazione contrattata dell'offerta comporta un conflitto strutturale tra produttori ed acquirenti, gli uni orientati ad incrementare gli spazi di autonomia sui casi trattati e gli altri alla definizione di una offerta rigida. L'incontro di queste due esigenze può esprimere una programmazione realizzabile, cioè le definizioni di strategie concretamente percorribili.

##### 4.2. Governo della domanda

Il governo della domanda, come già richiamato, appare elemento caratterialmente le possibilità di controllo della spesa pubblica. Tale flessibilità abbisogna di un orientamento strategico di fondo importante e non residuale, cioè è necessario che esista una «mission» prioritaria nell'azienda.

In questo senso attraverso la contrattazione si evidenzia esplicitamente una funzione rilevante da parte dell'azienda e quindi si rafforza in modo

evidente il suo orientamento al governo della domanda.

Infatti la contrattazione, se accompagnata da una chiara responsabilità anche economica, porta con sé un'attenzione a tutti gli elementi caratterizzanti la domanda e ai veri fattori determinante la spesa.

##### 4.3. Adeguamento dei prezzi (tariffe)

La negoziazione può probabilmente spingere sia ad una riduzione dei prezzi delle prestazioni sia ad un adeguamento del sistema tariffario ai costi di produzione.

Innanzitutto l'adeguamento del sistema tariffario appare di grande rilevanza soprattutto in un sistema così complesso anche sotto il profilo tecnico come è quello delle prestazioni sanitarie. Poter adeguare le tariffe alle prestazioni significa sviluppare un sistema che non genera vantaggi economici connessi alla cattiva individuazione del sistema dei prezzi, che in sanità può immediatamente corrispondere a comportamenti eticamente non corretti, come ad esempio alla selezione degli utenti o alla classificazione dei casi in modo improprio e solo parzialmente veritiero.

La negoziazione con numerosi soggetti da un lato e il monitoraggio degli effettivi comportamenti dall'altro può spingere alla realizzazione di un sistema che sappia rapidamente adeguare il sistema dei prezzi alle esigenze delle aziende produttrici al fine di evitare comportamenti opportunistici.

In secondo luogo la contrattazione può ridurre il livello medio delle tariffe applicate, grazie alla spinta concorrenziale tra le strutture, grazie soprattutto alle tipiche caratteristiche dei costi di produzioni di prestazioni sanitarie che vedono rilevanti costi di struttura.

#### 4.4. Una effettiva autonomia delle aziende

L'autonomia aziendale e l'equilibrio economico sono due fondamenti del sistema di contrattazione. L'assenza di questi elementi caratterizzanti favorisce la deresponsabilizzazione e la burocratizzazione della contrattazione. Peraltro questa condizione di autonomia reale e di ricerca di equilibrio economico è elemento essenziale di qualsiasi riforma del sistema pubblico.

#### 4.5. La flessibilità dell'offerta

Con il sistema della contrattazione si vuole realizzare una programmazione realistica dell'offerta. In questa direzione appare rilevante sviluppare una attenzione rilevante verso la flessibilità dell'offerta, soprattutto quella pubblica. Infatti la necessità di modificare l'offerta passa attraverso la necessità di proporre schemi di azione collegati alla realizzazione di un continuo adeguamento della offerta alle caratteristiche della domanda. Senza voler ipotizzare sistemi completamente elastici, soprattutto per il pubblico, è condizione essenziale che il processo di contrattazione si sviluppi valutando la reale possibilità di riconfigurare il sistema di offerta pubblico. In questa direzione la creazione di fondi di riorganizzazione, di ristrutturazione, di gestione degli esuberi di personale possono rappresentare un elemento caratterizzante la effettiva realizzabilità del processo di contrattazione.

### 5. Le caratteristiche del contratto

I contenuti del contratto possono essere molteplici e riguardare vari aspetti della gestione dei servizi e i risultati attesi. L'ampiezza dei contenuti dei contratti è direttamente da collegarsi con l'autonomia aziendale. In

via generale attraverso la contrattazione è possibile definire complessivamente il sistema di offerta oppure più semplicemente all'interno del sistema di offerta delineare gli sviluppi e la riduzione di attività, i prezzi o altri elementi particolari.

In linea semplificata è possibile individuare i seguenti contenuti del contratto e su questi sviluppare qualche riflessione specifica:

- 1) la definizione di programmi di attività, cioè i volumi di attività;
- 2) la individuazione delle tariffe in riduzione rispetto alle tariffe regionali e le modalità di pagamento;
- 3) le tipologie di prestazioni erogate (prestazioni e attività al di fuori dei volumi di attività programmata);
- 4) il sistema dei controlli;
- 5) le caratteristiche delle risorse impiegate.

In realtà possono essere individuati numerosi altri elementi del contratto. È la Regione nella sua potestà programmatica che definisce ciò che è il contenuto del contratto. Infatti all'interno dei contratti possono essere norme ad esempio le modalità di svolgimento delle attività libero professionali, delle attività non proprie del Servizio sanitario nazionale, le caratteristiche di soddisfazione dell'utente per lo svolgimento delle attività, i contenuti giuridico-amministrativi del rapporto che si viene a configurare, il sistema delle sanzioni, ecc.

#### 1) La definizione di programmi di attività

La individuazione delle quantità da acquistare dalla azienda produttrice è, congiuntamente alla definizione del prezzo, un elemento essenziale del processo contrattuale. In linea generale è anche possibile ipotizzare una situazione in cui non vengano posti specifici limiti di volumi, ma è situazione anomala. La definizione dei volumi

può essere correlata alle attività storicamente erogate o ad altri criteri basati sulle epidemiologie o anche collegati a sistemi premianti comportamenti di ricovero coerenti con le politiche dell'azienda acquirente prestazioni.

Definire le quantità significa delimitare ovviamente la potenzialità della struttura. Peraltro la definizione di limiti può essere utile anche alle aziende produttrici per programmare le proprie attività e per determinare i costi e realizzare adeguati investimenti. La definizione dei volumi può misurarsi come ricavi, ricoveri, per DRGs, per prestazioni ambulatoriali o altra misura ritenuta opportuna. I volumi possono poi essere espressi complessivamente oppure per le varie tipologie di attività erogata. Le attività distinte per tipologie (15), permettono di definire specifiche politiche che rientrano nell'ambito della negoziazione. Viceversa la individuazione di volumi complessivi evidenzia la libertà delle strutture di perseguire il *mix* di attività ritenute opportuni.

L'individuazione dei livelli programmati di attività sottende ovviamente numerose decisioni che devono essere prese all'interno del processo negoziale, in relazione alle specificità della domanda da un lato e alle caratteristiche delle strutture accreditate dall'altro. In particolare il contratto può mettere in evidenza specifiche politiche che si vogliono perseguire correlate ai volumi di attività; tra questi a titolo esemplificativo è possibile ipotizzare una corresponsabilità tra struttura accreditata e azienda acquirente circa gli obiettivi da perseguire nella gestione delle liste di attesa o sullo sviluppo di particolari prestazioni che sono orientate all'incremento delle attività chirurgiche o riabilitative; è possibile anche considerare altri elementi quali la realizzazione di specifiche attività non ancora svolte.

## 2) La determinazione delle tariffe

La determinazione delle tariffe in riduzione rispetto alle tariffe massime regionali è elemento molto delicato, sia per le caratteristiche proprie del sistema sanitario, sia per la presenza tra gli erogatori di strutture pubbliche e private. Inoltre il livello di attività programmata deve essere ovviamente compatibile con il finanziamento disponibile. Le caratteristiche proprie delle aziende produttrici pubbliche o private che determinano costi di produzione differenti si possono rispecchiare sul sistema tariffario, che può risultare perciò correlato a queste stesse caratteristiche (16). Elemento fortemente influenzante le tariffe è poi la possibilità di definire con certezza il sistema erogativo e le capacità di sviluppo: in linea generale ci si può attendere che a maggiori elementi di certezza presenti nel contratto corrispondano più ridotte livelli medi delle tariffe negoziate.

È perciò necessario che per ciascuna azienda acquirente si individui la tariffa compatibile con gli obiettivi in termini di attività, e che il sistema delle tariffe sia in grado di sviluppare un reale sistema incentivante l'efficienza promuovendo il livello di qualità delle prestazioni considerato accettabile.

È questo elemento soprattutto per il sistema pubblico di grande rilievo: dalla negoziazione sul sistema delle tariffe è necessario derivare uno stimolo per il sistema degli erogatori pubblici a ricercare effettivamente il migliore livello di efficienza. Come ben dimostra l'esperienza di questi anni in molte Regioni Italiane l'introduzione del sistema di pagamento a tariffa a risvegliato la produttività, in parte sicuramente legata ad aspetti di rilevazione delle informazioni, ma in parte collegata ad effettivo aumento di attività. Il sistema delle tariffe deve perciò essere:

— in grado di spingere il sistema alla ricerca della efficienza;

— all'interno di volumi programmati;

— con sistemi incentivanti il raggiungimento degli obiettivi concordati tra azienda acquirente e azienda produttrice di prestazioni.

Soprattutto questo ultimo aspetto risulta essere di grande rilievo e richiama un problema teorico di grande importanza: la ricerca dell'integrazione in via organizzativa o in via contrattuale. Appare di notevole interesse sviluppare una approfondita riflessione sulla efficacia del sistema contrattuale nel raggiungere gli obiettivi di coordinamento per realizzare livelli qualitativi di servizio valutati accettabili. Infatti il coordinamento attraverso forme contrattuali ha il vantaggio di focalizzare l'attenzione sugli obiettivi comuni e quindi sviluppare azioni con alto livello di integrazione. Il contratto ha proprio come scopo primario di permettere l'integrazione tra obiettivi comuni e interessi particolari. La possibilità di negoziare queste obiettivi appare molto importante per favorire il reale raggiungimento degli obiettivi negoziati.

Il sistema tariffario comporta la individuazione di molteplici fattispecie di calcolo dei ricavi, proprio per favorire la integrazione tra comportamenti

della singola struttura e obiettivi generali. In via semplificata è possibile individuare tre differenti fattispecie:

— le modalità di calcolo delle tariffe in caso di superamento dei livelli programmati di ricovero in ciascuna azienda produttrice;

— le modalità di calcolo delle tariffe in caso di superamento dei livelli di ricovero compatibili con il finanziamento regionale;

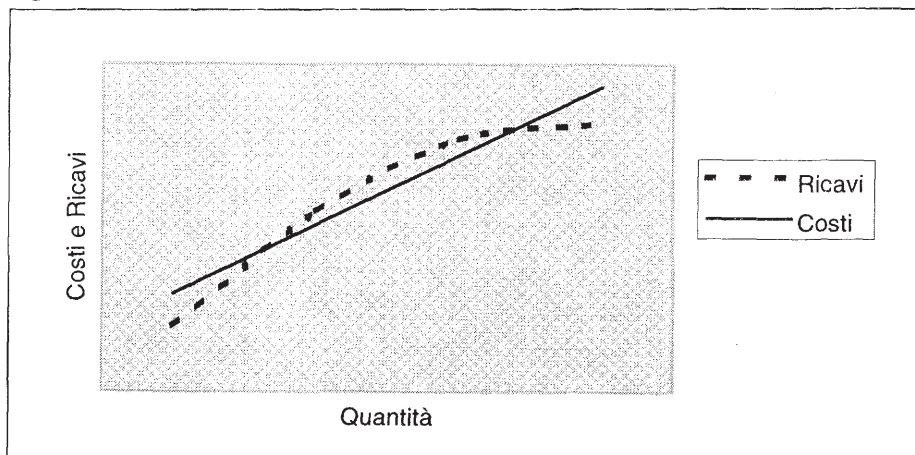
— le modalità di calcolo delle tariffe in caso di raggiungimento dei livelli negoziati di attività.

La riduzione delle tariffe in caso di superamento dei livelli di attività programmata per ciascuna struttura accreditata

È possibile ipotizzare il metodo della riduzione progressiva della tariffa al fine di finanziare i costi marginali delle strutture. In questo caso si tratta di ridurre progressivamente la tariffa per volumi di attività superiori a quelli programmati (17). Si costruisce una curva dei ricavi che ipotizza un decremento a partire da un certo livello di produzione. Nella figura 2 è evidenziata una ipotetica curva dei ricavi confrontata con la curva dei costi.

Nella figura ben si evidenzia come il sistema tariffario può agire da freno

Figura 2 - Costi e ricavi con tariffe decrescenti



nell'incremento dei volumi di attività. Tariffe così strutturate sottendono la conoscenza dell'andamento dei costi al fine sviluppare un sistema in grado di promuovere un efficace indirizzo dei comportamenti dei produttori pubblici e privati.

Le modalità di calcolo delle tariffe in caso di superamento dei livelli di ricovero compatibili con il finanziamento

È possibile inserire all'interno dei contratti delle clausole di salvaguardia, o di solidarietà di sistema (18). In questo caso i ricavi di una struttura vengono a dipendere dal comportamento complessivo del sistema: tipicamente all'incremento delle attività si riducono complessivamente i ricavi delle singole strutture.

Le modalità di calcolo delle tariffe in caso di raggiungimento dei livelli negoziati di attività

È possibile immaginare anche un premio per le attività svolte in conformità agli obiettivi programmati. In questo caso si rafforza il comportamento della struttura a perseguire quanto concordato. Evidentemente è necessario valutare il beneficio del premio rispetto comportamenti alternativi (19).

È all'interno di questo spazio contrattuale che è possibile individuare come variabile significativa per ridurre le tariffe le condizioni di pagamento che dando certezza alle strutture accreditate, permettono di ridurre le tariffe.

### 3) *Le tipologie di prestazioni erogate (prestazioni e attività al di fuori dei volumi di attività programmata)*

All'interno della contrattazione possono trovare posto specificazioni analitiche rispetto alle prestazioni ri-

chieste alle strutture produttrici. In questa direzione si può sviluppare in modo rilevante l'azione di programmazione propria dell'azienda acquirente. In questa logica è possibile concordare azioni mirate a promuovere la realizzazione di particolari prestazioni, la riduzione di determinate attività, lo sviluppo di specifiche ricerche o quant'altro. In questa prospettiva è possibile ancorare dette azioni a specifici finanziamenti che possono divenire elementi innovativi sotto il profilo del processo di adeguamento dell'offerta alla domanda; per realizzare questo contenuto contrattuale è necessario comprendere il ruolo della Regione nella programmazione sanitaria. In questa sede è forse sufficiente considerare che nei fatti in sanità la programmazione è frutto di un sistema decisionale molto complesso, che vede molteplici attori, portatori di interessi particolari, sviluppare ruoli differenziati; tali ruoli arrivano a sintesi attraverso molteplici livelli di negoziazione ed equilibri particolari si concretizzano in processi decisionali non sempre razionali, ma frutto di ricerca di consenso pur nel rispetto di ipotesi guida unitarie e di obiettivi generali esplicitati. In questo contesto la delega della programmazione alle aziende acquirenti di prestazioni è elemento che rappresenta un utile sistema di avvicinamento agli obiettivi, nella misura in cui si sviluppa una delega effettiva del processo decisionale, in una ottica, come peraltro già ricordato, di autonomia aziendale. Si tratta cioè di spostare il processo, che per sua natura è di ordine politico, a livello contrattuale, almeno per la parte di adeguamento delle offerte alle domande di prestazioni (20).

### 4) *Il sistema dei controlli*

Elementi caratterizzanti i contratti sono i controlli da realizzare sul siste-

ma della produzione. Il sistema dei controlli, non vi è dubbio, è elemento caratterizzante in quanto mette in primo piano la capacità di erogare prestazioni con caratteristiche qualitative adeguate. L'azienda acquirente si presenta perciò come fattore di stimolo per la struttura produttrice di prestazioni sanitarie. Tre appaiono gli elementi che potrebbero caratterizzare il sistema di controllo all'interno dei contratti, almeno in prima istanza:

a) il sistema di controllo delle registrazioni delle attività svolte. Deve essere previsto un semplice accesso ai dati della documentazione clinica al fine di verificare la corrispondenza tra attività svolta, registrazione del dato e quantità di prestazioni richieste per il finanziamento. Questo sistema di controllo deve portare ad applicare penali e riduzioni tariffarie nei casi di non corrispondenza delle informazioni o di attività non correttamente registrate. È quindi necessario prevedere all'interno del contratto le modalità di controllo, i criteri di controllo, le sanzioni previste;

b) l'appropriatezza dei ricoveri. Si tratta di concordare con le strutture accreditate l'applicazione di protocolli che permettano di monitorare i cosiddetti ricoveri impropri. Le strutture accreditate (in particolare quelle di ricovero) dovrebbero dotarsi di protocolli che evidenzino il controllo delle attività e l'appropriatezza dei ricoveri;

c) lo sviluppo della qualità. La necessità di promuovere processi di qualità all'interno delle strutture accreditate è favorita da norme contrattuali che accentuino questo elemento. Ad esempio è possibile ipotizzare incentivazioni per lo sviluppo di processi di qualità all'interno delle strutture, sempre che siano visibili e percepibili i risultati conseguiti nel miglioramento dei processi decisionali e produttivi.

### 5) *Le caratteristiche delle risorse impiegate*

Un particolare contenuto del sistema dei contratti è collegato all'individuazione delle caratteristiche delle risorse da impiegare all'interno del processo di erogazione delle prestazioni. Si tratta di una specificazione dei contenuti propri dell'accREDITAMENTO. Sembra del tutto coerente promuovere all'interno del contratto la definizione delle migliori caratteristiche qualitative nell'erogazione delle prestazioni. Questo elemento risulta essere fondamentale per poter introdurre elementi di qualità all'interno del sistema contrattuale e soprattutto appare elemento su cui ricercare con ciascuna azienda produttrice elementi caratterizzanti che siano in grado di sviluppare attenzione alla qualità della prestazioni, che non è solo quella percepita da parte dell'utente.

## 6. Conclusioni

In linea generale le conclusioni possono esprimere alcune preoccupazioni generali sotto il profilo teorico, ma anche, con un riferimento più manageriale, valutare la realistica di quanto proposto.

In un certo senso, seppure con grande rapidità, si vogliono percorrere entrambe queste strade delineando prima alcuni aspetti su cui concentrare la ricerca e la riflessione sistematica per poi valutare alcuni risvolti applicativi.

Si possono individuare i seguenti sette argomenti su cui riflettere, utili anche per enti pubblici che stanno intraprendendo questa strada:

1) l'apprendimento organizzativo è elemento essenziale del processo di contrattazione. Infatti è attraverso la realizzazione di meccanismi operativi aziendali coerenti che è possibile sviluppare aziende in grado di promuovere la ricerca della economicità. La ricerca della economicità del sistema

passa attraverso una costante tensione all'equilibrio economico finanziario all'interno delle aziende, nonché attraverso una capacità di rispondere alle aspettative dell'utenza. In questa direzione la contrattazione deve essere in grado di promuovere effettivi stimoli alla costante tensione verso l'economicità;

2) la chiarezza dei ruoli, delle responsabilità e la coerenza dei poteri. È questo un elemento di disegno istituzionale. Effettivamente la contrattazione porta con sé la necessità di ridisegnare i ruoli e le competenze delle aziende. Come si è richiamato cambia la mission delle aziende. Ciò comporta la necessità di adeguare il sistema dei poteri e delle regole di sistema. La funzione di acquisto di prestazioni, che è assimilabile alla funzione assicurativa, necessita almeno in parte di ripensare il ruolo delle aziende pubbliche e soprattutto le modalità di svolgimento del processo di programmazione;

3) contrattazione e processo di programmazione. È questo un elemento più volte sottolineato che in un certo senso rappresenta l'essenza del sistema negoziale: è un cambiamento forte nelle modalità di presa delle decisioni e di sviluppo delle attività orientate agli investimenti sul futuro. Non vi è dubbio che questo elemento evidenzia prassi non comuni nel sistema pubblico italiano, dove la programmazione segue normalmente modalità fortemente caratterizzate sotto il profilo politico. Peraltro appare estremamente interessante comprendere come si sviluppa la contrattazione per proporre simili modalità anche in altri settori del sistema pubblico;

4) specializzazione nel processo di acquisto di prestazioni sanitarie. Ciò risulta fondamentale per individuare un forte orientamento al governo della domanda. Ma porta con sé anche

una forte capacità di intervenire sull'appropriatezza e sulla selezione della domanda, con un ruolo fondamentale che deve essere sviluppato dai medici. Il successo di questa strategia, che è di contenimento della spesa, è collegato alla ricerca di strumenti di partecipazione degli operatori al processo;

5) la partecipazione degli operatori. Diviene fattore di successo fondamentale in un'ottica di contrattazione che non vuole essere mera attività burocratica di controllo, ma capacità di orientamento, valore aggiunto alle attività sanitarie. In questo senso è necessario ipotizzare modalità e collegamenti differenti tra operatori e azienda, aumentando da un lato la partecipazione diretta, anche in base ai risultati economici, e dall'altro individuando strumenti innovativi che permettano la disponibilità di informazioni finalizzate sui comportamenti effettivamente riscontrati;

6) il ruolo dell'informazione. Nel processo di negoziazione le informazioni devono essere disponibili e distribuite ai vari livelli del sistema con grande tempestività. Progettare il sistema informativo considerando il ruolo dei medici necessita oltre che di importanti investimenti anche di una forte distribuzione delle informazioni stesse;

7) tariffe e concorrenza sui prezzi. Infine non vi è dubbio che appaia del tutto necessario comprendere come rendere compatibile un sistema che sia concorrenziale sui prezzi senza da un lato ridurre la qualità oltre un limite considerato accettabile e dall'altro incrementare i volumi al di sopra di livelli compatibili in termini di spesa sanitaria. È troppo forte ancora oggi l'idea che la concorrenza sui prezzi possa essere sufficiente come regolatore dell'offerta. L'incremento di produzione come equilibratore della singola azienda produttrice è fortemente

conflittuale con l'equilibrio del sistema, anche in considerazione del fatto che parte rilevante della produzione è erogata da strutture pubbliche il cui eventuale *deficit* inevitabilmente trova copertura all'interno della spesa sanitaria.

Sul piano pragmatico tre invece appaiono gli aspetti che permetteranno il successo delle sperimentazioni della contrattazione, elementi che però divengono nel breve periodo assolutamente critici:

1) il *management*. Negoziare significa disporre di competenze manageriali fortemente orientate; soprattutto nel campo dell'acquisto di prestazioni appare molto debole la presenza di queste competenze. È necessario sviluppare rapidamente tali competenze anche attraverso l'individuazione di ruoli *ad hoc*, ruoli che siano in grado di sviluppare in modo creativo la gestione di tutto il processo negoziale con le strutture accreditate;

2) il ruolo del sistema informativo. La negoziazione si basa su specifiche conoscenze delle attività svolte, l'assenza di queste informazioni non consente di sviluppare un adeguato processo di contrattazione;

3) le verifiche economiche. Esse appaiono di grande rilievo soprattutto con riferimento alle conseguenze sull'equilibrio delle aziende. È questo l'elemento che deve divenire punto di sintesi effettivo del processo, spingendo tutti gli attori all'equilibrio. La conoscenza dei costi di produzione oltre che dei costi di acquisto delle prestazioni è il campo su cui le aziende produttrici devono promuovere la loro azione conoscitiva in modo prioritario.

---

(1) Il recente libro bianco sulla esperienza del Regno Unito ben mette in evidenza le caratteristiche di questo processo, i punti di forza e i punti di debolezza.

(2) In molte Regioni italiane il privato assume importanti funzioni e dimensioni complessive sicuramente significative. Il sistema informativo del Ministero della sanità ben mette in evidenza almeno per le attività di ricovero questi elementi.

(3) Sono mancati indirizzi specifici a livello nazionale e anche a livello locale; solo poche Regioni hanno sviluppato indirizzi che hanno favorito la contrattazione.

(4) In quasi tutte le Regioni italiane si è proceduto alla individuazione di ospedali autonomi rispetto alle Unità sanitarie locali in modo limitato. Una eccezione è la Regione Lombardia che con la legge 31 del 1997 ha proceduto in questa direzione in modo significativo.

(5) In sanità i costi di produzione hanno una certa rigidità, sia in termini di personale sia in termini di investimenti. Per questo motivo le scelte di dimensionamento sono fondamentali al fine di ridurre i costi di produzione.

(6) Anche per le strutture accreditate che in precedenza erano finanziate a tariffa per giornata di degenza si manifesta il vantaggio di un incremento di produzione. Ma, mentre in precedenza il numero di posti letto rappresentava di massimo un limite di spesa, con l'avvento del sistema di finanziamento a prestazione i limiti strutturali sono oggettivamente meno efficaci per la ricerca di una maggiore produttività della struttura, grazie ad una maggiore flessibilità delle risorse.

(7) I costi di produzione unitari sono diminuiti infatti in molti ospedali che hanno aumentato sostanzialmente la produzione. In questa direzione la ricerca sui costi di produzione degli ospedali della Regione Emilia-Romagna, ricerca CeRGAS, 1996 e 1997.

(8) I dati elaborati dal Servizio epidemiologico della Regione Lombardia ben mette in mostra l'effetto qui richiamato.

(9) È l'esperienza di molte Regioni che, attraverso il finanziamento a tariffa, hanno promosso negli ospedali pubblici lo stimolo ad una maggiore produzione a costi complessivi sostanzialmente costanti (ad eccezione dell'incremento dei prezzi dei fattori produttivi e di alcuni costi variabili). Ciò ha permesso di avvicinare i valori di ricavo (espressivi delle tariffe per i volumi) e di costo complessivo, riducendo il fabbisogno di finanziamenti aggiuntivi (i cosiddetti fondi di riequilibrio).

(10) I processi di modificazione dello spazio di intervento economico degli enti pubblici sono in forte evoluzione nel nostro Paese negli ultimi. Si tratta di processi che sostanzialmente vanno ad incrementare l'autonomia organizzativa e finanziaria degli enti pubblici.

(11) Paradigmatica è l'esperienza delle norme nazionali concernenti la chiusura dei picco-

li ospedali pubblici. La difficoltà di conseguire questo obiettivo, attraverso una riduzione effettiva di posti letto oppure attraverso la trasformazione di queste strutture per permettere attività alternative al ricovero per acuti, denota la crisi del governo dell'offerta.

(12) Le aziende sanitarie svolgono una funzione assicurativa quando sono chiamate non già ad erogare direttamente delle prestazioni, ma quando per assicurare un certo livello di assistenza si avvalgono di altre aziende con le quali realizzano dei veri propri contratti, che regolano la quantità, la qualità e il prezzo delle prestazioni rese a favore dei propri assistiti. Recenti esperienze come quelle della legge 31/97 della Regione Lombardia accentuano questo tema, istituzionalizzando il governo della domanda.

(13) Sul tema dell'autonomia clinica si veda AA.VV. (1988), *L'ospedale*, Giuffrè, Milano.

(14) Si tratta del cosiddetto tetto di attività che consiste nel porre un limite alle attività delle strutture accreditate, limite oltre il quale ad esempio non si riconoscono ulteriori ricavi o comunque si ipotizzano riduzioni tariffarie.

(15) Le attività svolte all'interno aziende produttrici possono essere molteplici in relazioni alle caratteristiche delle strutture accreditate. Ad esempio si possono distinguere tra:

- ricoveri ordinari,
- ricoveri brevi di un giorno,
- le attività di riabilitazione,
- le attività di pronto soccorso,
- le attività di *day hospital*,
- le attività ambulatoriali.

(16) La determinazione delle tariffe sulla base dei costi di produzione assume spesso elementi molto complessi soprattutto nei servizi sanitari. Peraltro la struttura dei costi delle strutture pubbliche e delle strutture private è molto differenziata. Si pensi ad esempio al personale che ha tipicamente rapporti di lavoro diversi (in un caso costo fisso e nell'altro in gran parte costo variabile), oppure al finanziamento degli investimenti che nel pubblico non partecipano ai costi della gestione o ancora ai costi connessi alla gestione delle forme di garanzia — gare, concorsi — presenti solo nel pubblico.

(17) Si applicano tariffe ridotte percentualmente per scaglioni di attività: ad esempio riduzione del 50% della tariffa per incrementi dell'attività del 5%, riduzione della tariffa dell'80% della tariffa per incrementi ulteriori dell'attività.

(18) Esistono molteplici esempi di questi contratti di solidarietà di sistema. Ad esempio le delibere di finanziamento della spesa sanitaria del 1996 sia della Regione Emilia-Roma-

gna che della Regione Lombardia individuano meccanismi analoghi a quelli indicati.

(19) Ad esempio in alcuni contratti tra aziende ospedaliere e aziende U.s.l. nella Regione Emilia-Romagna sono previsti specifici riconoscimenti economici nel caso di riduzione della mobilità passiva.

(20) Il tema del processo politico di programmazione in sanità è alquanto complesso per la presenza a livello locale di numerosi interessi che ad oggi non trovano adeguati riferimenti istituzionali, come ad esempio quello dei Comuni. Infatti la vicinanza a specifici interessi non sempre permette di operare nel

senso della razionalizzazione dell'impiego delle risorse e d'altra parte l'assenza di specifiche responsabilità economiche produce talora confusioni di ruoli e interferenze decisionali. È questo tema che condiziona senza dubbio il ruolo dell'azienda acquirente di prestazioni.

## RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

*Mecosan* è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

**Saggi e ricerche - Documenti e commenti -  
Esperienze innovative - La sanità nel mondo -  
Sanità e impresa - Biblioteca.**

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

### Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

### Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto, possibilmente ad interlinea singola.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

### Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a piè di pagina).

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

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

- per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

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

### I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

- nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
- titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23  
20135 Milano - Tel. 02/58362600 - Fax 02/58362593-98  
E-mail mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.



# **Documenti e commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>



# CORPORATE GOVERNANCE: DOCUMENTI E RIFLESSIONI DAL NHS

di Mario Del Vecchio

CeRGAS-SDA - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. *Corporate governance* e processi di aziendalizzazione - 2. Le riforme britanniche e la *Corporate governance* - 3. Il comitato Nolan: esplicitazione e codifica dei comportamenti - 4. Gli utenti e le agenzie indipendenti - 5. Alcune riflessioni per il SSN.

## 1. *Corporate governance* e processi di aziendalizzazione

La *Corporate governance* (CG) nel contesto delle imprese è un tema di riflessione che ha visto in tempi recenti una crescente attenzione di studiosi e *manager*. Sebbene non esista una definizione precisa e condivisa del termine, l'ampia area di problemi a cui si fa riferimento è quella delle condizioni e meccanismi che assicurano (o dovrebbero assicurare) che il potere di gestione in l'azienda sia correttamente esercitato in funzione dei legittimi interessi istituzionali, con un evidente collegamento al tema, quasi sovrapponibile, della *accountability* (1). I contributi, di diverse aree disciplinari, trattano quindi di temi che, a titolo di esempio, possono variare dalla tutela dei diritti delle minoranze azionarie, alle modalità di funzionamento dei consigli di amministrazione, alle funzioni degli organi di controllo e sindacato, alla complessiva struttura degli organi massimi di governo, al ruolo dei mercati nel disciplinare i comportamenti manageriali.

Il tema sta iniziando ad assumere una particolare pregnanza anche per le aziende pubbliche e ciò non avviene per un acritico trasferimento di temi

dal contesto delle imprese a quello della P.A., ma è la conseguenza dei processi di trasformazione che stanno cambiando radicalmente i tradizionali rapporti tra sfera del governo e sfera della gestione nel settore pubblico. In realtà in un modello classico di P.A. domande come «A chi rispondono i vertici delle organizzazioni pubbliche?», «Quali meccanismi assicurano che le aziende pubbliche siano governate e gestite nel pubblico interesse?» e «Quali rapporti devono intercorrere tra funzionari e politici?» non sembrano mostrare particolari difficoltà, se non di risposta, almeno di inquadramento concettuale. Secondo il modello tradizionale (2), infatti, il meccanismo elettivo democratico assicura e tiene sotto controllo la responsabilità politica, il sistema politico governa (definisce quindi gli obiettivi e le priorità) la macchina amministrativa ed è da questa rigidamente separato (separazione come garanzia di neutralità e di azione «disinteressata» da parte dell'amministrazione). Alcuni presupposti fondamentali di tale modello, che pure ha rappresentato per un periodo consistente una condizione rilevante di sviluppo della P.A., sono venuti progressivamente indebolendosi nel tempo; così è, per esempio, diven-

tato sempre più irrealistico pensare a una netta separazione tra politica e amministrazione, mentre la logica burocratica, al contempo è sempre meno capace di garantire condizioni di ragionevole efficienza.

Non è questa la sede per una analisi anche sintetica dei processi di modernizzazione e cambiamento che le pubbliche amministrazioni hanno intrapreso in risposta alla crisi del modello tradizionale, è quindi sufficiente segnalare come una parte rilevante del cambiamento sia stata in molti paesi affidata a processi che possono essere genericamente definiti di «aziendalizzazione» e che si rifanno, in maniera più o meno rigorosa a seconda delle diverse esperienze, ai principi (si veda il box 1) del *New Public Management* (NPM).

Un giudizio complessivo sull'impatto delle logiche NPM rispetto ai meccanismi di «governance» non è agevole: da una parte si potrebbe argomentare come la puntuale definizione di finalità e obiettivi sia condizione necessaria per l'esercizio di una qualunque forma di controllo e che quindi una evoluzione in tal senso renda in realtà più «governabili» i vertici tecnici delle organizzazioni pubbliche, dall'altra la fuoriuscita dai vincoli buro-

### Box 1 - Principi del *New Public Management*

Enfasi sul ruolo dei *manager* come figure nominate al vertice dell'organizzazione in grado di esercitare un governo attivo e discrezionale.

Introduzione di espliciti *standard* e misure di *performance* sia in termini di finalità da perseguire che di obiettivi operativi da realizzare.

Maggiore enfasi sul governo e il controllo dei risultati contrapposta alla tradizionale focalizzazione sulle procedure.

Scomposizione dei larghi apparati pubblici in unità più gestibili di minore dimensione e dotate di larga autonomia.

Introduzione e rafforzamento dei meccanismi competitivi quale mezzo per abbassare i costi e migliorare i risultati.

Enfasi su stili e comportamenti manageriali di tipo privato, in particolare per quanto riguarda la flessibilità retributiva.

Enfasi sulla «disciplina finanziaria» fino alla «parsimonia» nell'utilizzo delle risorse.

Adattato da Hood (1991, pagg. 4-5).

cratici e l'ampliamento degli spazi di discrezionalità del *management* rendono potenzialmente disponibile uno spazio di azione per le stesse aziende difficilmente comparabile con quello implicitamente concesso dai tradizionali meccanismi di governo. Se può risultare incerto il risultato prodotto da quelle che possono essere considerate come due tendenze contrastanti, sembra quantomeno evidente che il quadro nel quale si esercitano le relazioni tra proprietà (qualunque significato concreto si voglia poi attribuire nel contesto pubblico a tale espressione) e *management* si sono profondamente modificate e ciò impone un ripensamento dei problemi collegati alla CG.

Il SSN rappresenta un caso forse esemplare delle dinamiche sopra brevemente accennate. Infatti a quindici anni dalla riforma sanitaria che aveva fondato il SSN e le sue aziende, disegnando un sistema di governo e di assetti istituzionali complessivi di tipo tradizionale, la riforma del 1992-1993 puntando decisamente verso l'aziendalizzazione del sistema ha rimesso profondamente in discussione l'intero modello. In particolare sono stati notevolmente allargati i margini di autonomia della aziende sanitarie pubbli-

che affidandone la guida a un direttore generale nominato su base essenzialmente fiduciaria da parte degli organi di governo regionali e le stesse aziende sono state inserite in un contesto di maggiore competizione sia interna al settore pubblico (modello della *public competition*) che esterna (maggiore apertura agli operatori privati).

In tutte le Regioni i cambiamenti introdotti dalla riforma stanno mettendo in discussione assetti e comportamenti consolidati e viene quindi emergendo una interessante dialettica tra tentativi del sistema politico-istituzionale regionale di assicurarsi un grado di controllo sulle aziende sanitarie adeguato alle nuove regole del gioco (per esempio adeguato rispetto alla nuova responsabilità finanziaria delle Regioni stesse) e i comportamenti delle aziende sanitarie pubbliche che utilizzano, o cercano di utilizzare, i nuovi spazi di autonomia garantiti dal progressivo smantellamento dell'intero sistema dei controlli burocratici e dall'introduzione di nuovi meccanismi di finanziamento.

In questo contesto ci sembra che nel caso italiano non sia stata prestata una attenzione sufficiente ai problemi della *governance*, o meglio, che lo scarno

dibattito riconducibile all'argomento in questione abbia subito assunto un taglio «politico-istituzionale» ignorando di fatto l'aspetto più strettamente aziendale del problema. Così, ad esempio, le riflessioni sui ruoli della Regione e del Comune nel governo delle aziende sanitarie pubbliche sono state condotte privilegiando il problema della rappresentanza (quale istituzione rappresenti meglio l'interesse pubblico) piuttosto che quello dei concreti meccanismi che possono consentire a queste istituzioni di svolgere un ruolo di indirizzo, governo e controllo paragonabile a quello esercitato dalla proprietà nelle imprese.

## 2. Le riforme britanniche e la *Corporate governance*

Un utile punto di riferimento per avviare anche in Italia una analisi dei problemi legati alla *governance* nel SSN può essere offerto dal dibattito che sull'argomento ha coinvolto il *National Health Service* (NHS) britannico. Riportare alcuni elementi che hanno caratterizzato tale riflessione consente di predisporre una traccia di raffronto particolarmente significativa almeno per due ordini di considerazioni che in parte si intrecciano. La prima è che il sistema pubblico britannico (comparto sanitario incluso) è tra gli europei quello che per primo, e forse con maggiore coerenza e determinazione, ha intrapreso la strada indicata dal NPM e quindi ha avuto maggiori opportunità di affrontare i problemi posti dall'indebolirsi del modello tradizionale. La seconda è che il NHS ha sempre costituito un punto di riferimento importante per le dinamiche del SSN, a partire dalla sua costituzione che ha ampiamente ripreso i principi sottesi all'esperienza britannica fino alle recenti riforme influenzate dalle esperienze scaturite dal libro bianco «Working for Patients» (1989) che

aveva prodotto un drammatico cambiamento nel NHS.

La riforma britannica del 1990, venuta dopo un quinquennio sostanzialmente segnato dall'affermarsi delle figure dei direttori generali in luogo delle precedenti strutture di direzione collegiale, è particolarmente nota e studiata per aspetti legati alla «architettura di sistema» a partire dalla creazione dei cosiddetti «quasi mercati» e dalla distinzione all'interno di un sistema che rimane essenzialmente pubblico dei ruoli di compratori (*purchasers: health authorities e General Practitioner fundholding*) e fornitori (*providers: trusts ospedalieri e non*) di servizi (3). In effetti cambiamenti rilevanti, seppure meno notati, si sono avuti anche nei sistemi di *governance* tramite un cambiamento nella composizione degli organi massimi delle *health authorities* e dei *trusts*.

Se ci limitiamo alle organizzazioni operative del NHS e quindi alle DHA (*District Health Authorities*), queste erano tradizionalmente «governate» da un comitato composto da 16-19 membri in parte nominati dagli enti locali e in parte in rappresentanza del mondo professionale sanitario, guidati da un presidente indicato direttamente dal governo, con il potere di nomina sul direttore generale. Mentre l'architettura istituzionale ne sottolineava la formale dipendenza verticale dal governo, la composizione dell'organo di governo tendeva a dare effettiva rappresentanza ai diversi interessi che convergevano sulla DHA (anche se in molti documenti ufficiali fosse esplicitamente richiesto ai membri di agire su base individuale e non come rappresentanti di gruppi). In pratica si è sempre avuto un equilibrio instabile tra esigenze di controllo centrale e la autonomia decisionale delle *Health Authorities*.

La riforma del 1990 interviene decisamente stabilendo, per quelli che

ormai sono dei veri e propri consigli di amministrazione (*boards*) (Ferlie, FitzGerald, Ashburner, 1996, pag. 16):

- la fine del sistema di rappresentanza, sia politico a livello locale che professionale, e in particolare la fine dell'obbligo di avere rappresentanti delle professioni sanitarie negli organi di governo;

- la diminuzione del numero dei posti a un massimo di 11;

- una composizione che vede una rilevante presenza del top management rappresentato dagli *Executive Directors* (EDs fino a un massimo di cinque) insieme a componenti esterni (fino a cinque *Non-Executive Directors*, NEDs) e un presidente, sempre esterno, nominato direttamente dal governo;

- un emolumento per i NEDs (precedentemente era pagato solo il presidente) che vengono preferibilmente selezionati tra *senior manager* di impresa (4).

Come è stato notato (Ferlie, Ashburner, FitzGerald, Pettigrew 1996, pag. 126) la riforma ha implicitamente assunto l'esistenza di un *trade-off* tra efficienza manageriale e rappresentanza di differenti gruppi di interesse, cercando da una parte di rafforzare il ruolo e l'influenza del *management* nel governo delle diverse aziende del NHS e dall'altra di slegare i NEDs da interessi settoriali o locali, privilegiando, quindi, quella che si riteneva essere una migliore forma di rappresentanza degli interessi generali. I problemi degli organi massimi di governo venivano rintracciati in orientamenti di tipo «corporativistico», nel senso che i membri delle *Health Authorities* si sentivano più portatori degli interessi dei gruppi di riferimento che di quelli delle organizzazioni loro affidate, ovvero ricondotti a una ambiguità strutturale di ruolo che delegava ai membri la ricerca di un difficile equi-

librio tra dipendenza di tipo verticale (organi del ministero) e la rappresentanza attesa degli interessi locali. In entrambi i casi, sommatoria di interessi particolaristici o ricerca di un difficile equilibrio, veniva meno la possibilità di fare affidamento su un forte senso della missione e dell'identità e quindi di trasmetterlo all'intera azienda. Il forte indebolimento del principio di rappresentatività dei membri e un loro più omogeneo e diretto riferimento alla missione dell'azienda è stata perciò la soluzione prescelta.

Le critiche a tale approccio si sono particolarmente concentrate sul terreno della *accountability*, di quali meccanismi possano assicurare la responsabilizzazione di chi governa queste organizzazioni a fronte di quella che viene vista come una crescita del «deficit di democrazia», l'ascesa di una *new magistracy* e la creazione di un apparato pubblico sostanzialmente basato su meccanismi di nomina e cooptazione. Il punto è ben espresso da alcune linee apparse sul *British Medical Journal* (Pfeffer, Pollock 1993):

*dal 1979, il NHS è stato trasformato in una serie di quangos (5) dirette per la maggior parte da uomini di affari di orientamento conservatore, normalmente selezionati più per la loro posizione professionale che per la loro identificazione con la comunità locale. Non è stato sviluppato alcun insieme di leggi amministrative per regolare la loro attività. Armati di una missione definita nei soli termini dell'efficacia e dell'efficienza, sono stati liberati dai vincoli di una accountability formalizzata nei confronti degli utenti del NHS che lo finanziano attraverso il pagamento delle tasse [Tda].*

Sul piano teorico i difensori della riforma, spostando i termini del problema dalla composizione degli organi di governo ai meccanismi di ambiente che spingono verso il raggiungimento delle finalità, hanno sottolineato il guadagno in termini di democrazia ottenuto tramite il rafforzamento della responsabilizzazione nei con-

fronti dei clienti. Da questo punto di vista, il problema dell'*accountability* non viene più ascrivito all'area dei diritti dei cittadini quanto piuttosto a quella dei diritti e dell'*empowerment* del consumatore; i meccanismi da valutare attentamente non sono più, quindi, quelli istituzionali, ma quelli che garantiscono il corretto funzionamento dei quasi-mercati.

Lasciando da parte il pur rilevante dibattito teorico, ciò che nei fatti è poi avvenuto è che l'intero sistema pubblico, ma il NHS in particolare, ha implicitamente assunto parte delle critiche e cercato di intervenire su alcune aree cruciali ai fini dell'accettabilità dell'operato delle aziende da parte della collettività.

### 3. Il comitato Nolan: esplicitazione e codifica dei comportamenti

Una prima area molto generale è quella della codifica dei principi che dovrebbero guidare i comportamenti di chi governa e opera nelle strutture

pubbliche, codifiche che rappresentano il risultato di accurate analisi e revisioni approfondite di comportamenti effettivi. A partire dal rapporto Cadbury, che rifletteva su alcuni temi della *corporate governance* nelle imprese a seguito di una serie di scandali che avevano coinvolto prestigiosi consigli di amministrazione, sono stati pubblicati i rapporti del *Committee on Standards in Public Life* (meglio conosciuto come comitato Nolan) e almeno altri tre documenti rilevanti: uno del *Chartered Institute for Public Finance and Accounting* (CIPFA) che «rileggeva» le indicazioni del rapporto Cadbury per il settore pubblico, incorporando in parte i contenuti del primo rapporto Nolan e due veri e propri codici di condotta rivolti ai membri dei *Boards* (si veda il successivo box 2).

I risultati più ampiamente menzionati sono quelli del comitato Nolan che, istituito alla fine del 1994 col compito di esaminare i problemi relativi agli *standard* di condotta dei detentori di pubblici uffici e di proporre

suggerimenti atti a migliorare i comportamenti, ha già prodotto quattro rapporti. Il comitato ha posto una particolare enfasi sul ruolo che i codici di condotta, esplicitamente accettati da chi amministra le organizzazioni pubbliche, possono giocare e ha cercato di individuare i principi generali attorno ai quali tali codici devono essere costruiti. Un ruolo altrettanto importante viene poi assegnato ai processi di nomina e alle condizioni per garantirne la massima efficacia e trasparenza. Data la rilevanza e l'interesse dei risultati raggiunti riportiamo i principi definiti dal comitato e la sintesi delle risultanze con le relative raccomandazioni (box 3, 4 e 5).

L'ultimo lavoro prodotto dal comitato sotto la guida di Lord Nolan (dal novembre 1997 la guida è stata assunta da Lord Neill) è il quarto rapporto che verifica i risultati raggiunti sulla base delle indicazioni fornite nel triennio precedente. Le conclusioni sono sostanzialmente positive poiché tutte le raccomandazioni sono state accetta-

Box 2 - Principi adottati da diversi rapporti e codici di condotta pubblici (Hogdes *et al.*, 1996)

Cadbury report 1992	Nolan report 1995	CIPFA framework 1995	NHS Boards 1994	HM Treasury 1994
<i>Principi basilari</i>	<i>Principi della vita pubblica</i>	<i>Principi</i>	<i>Valori del servizio pubblico</i>	<i>Valori del servizio pubblico</i>
Trasparenza	Trasparenza	Trasparenza	Trasparenza	Trasparenza
Integrità	Integrità	Integrità (la definizione include altruismo/disinteresse e obiettività)		Integrità
	Onestà		Probità (la definizione include integrità e onestà)	
<i>Accountability</i>	Altruismo/disinteresse Obiettività <i>Accountability</i>	<i>Accountability</i>	<i>Accountability</i>	Obiettività
				Massimizzazione del <i>value for money</i>

**Box 3 - I sette principi della vita pubblica (comitato Nolan)***Altruismo/disinteresse*

I detentori di posizioni pubbliche dovrebbero decidere esclusivamente in base all'interesse pubblico. Non dovrebbero prendere decisioni in vista di benefici, economici o di altro tipo, per se stessi, le loro famiglie o i loro amici.

*Integrità*

I detentori di pubblici uffici non dovrebbero assumere nessuna obbligazione, economica o di altro tipo, nei confronti di individui o organizzazioni esterne che potrebbero influenzare le loro modalità di esercizio delle funzioni pubbliche.

*Obiettività*

Nel gestire gli affari pubblici e in particolare nelle nomine pubbliche, nell'affidamento dei contratti o nel segnalare individui per ricompense e benefici, i detentori di pubblici uffici dovrebbero basare le loro scelte sul merito.

*Accountability*

I detentori di pubblici uffici devono dare conto e sono responsabili per le loro decisioni e azioni nei confronti della popolazione e devono sottostare a ogni tipo di verifica (*scrutiny*) appropriata per il tipo di incarico loro affidato.

*Trasparenza*

I detentori di pubblici uffici dovrebbero essere il più trasparenti possibile circa le loro decisioni ed azioni. Dovrebbero fornire spiegazione per le loro decisioni e mantenere le informazioni riservate solo nei casi in cui la tutela di un superiore interesse pubblico lo richieda in modo del tutto evidente.

*Onestà*

I detentori di pubblici uffici hanno il dovere di dichiarare ogni loro interesse privato che sia rilevante ai fini dei loro doveri pubblici e devono agire sollecitamente per risolvere ogni conflitto di interesse che possa eventualmente sorgere in maniera tale da proteggere l'interesse pubblico.

*Leadership*

I detentori di pubblici uffici devono sostenere e diffondere questi principi attraverso la *leadership* e l'esempio.

Fonte: Committee on Standards in Public Life 1995 (TdA).

te e attuate. Le uniche perplessità riguardano la carenza di un regolare e formale monitoraggio circa l'adozione, applicazione e diffusione tra i dipendenti dei codici di condotta da parte delle aziende pubbliche, la lentezza di alcuni settori nell'applicare le raccomandazioni e in alcuni casi la mancata contestualizzazione delle procedure suggerite alla rilevanza delle posizioni da attribuire (procedure che in alcuni casi sono diventate inutilmente farraginose). Di particolare interesse possono risultare le osservazioni e i sug-

gerimenti del rapporto che indicano quali sono le aree attuali di intervento (si veda box 6).

È proprio da uno dei suggerimenti del comitato su questo tema che è nato l'OCPA (*Office of the Commissioner for Public Appointments*) con lo scopo di stabilire linee guida e monitorare le nomine in tutto il settore pubblico (delle circa 1.700 nomine del periodo luglio 1996-marzo 1997 sono state sottoposte a revisione formale circa 250 con esito sostanzialmente positivo). Sulla base di quanto suggerito dai

rapporti Nolan, l'agenzia ha definito una serie di principi molto generali da seguire nelle nomine (riconoscimento dei meriti individuali, inclusione nella procedura di valutatori indipendenti, impegno dei candidati sui valori e principi del settore pubblico, trasparenza e adeguatezza delle procedure alle posizioni da coprire), ma soprattutto ha fornito una serie di indicazioni su come concretamente rispettare tali principi generali. Le principali indicazioni, che rappresentano poi i parametri di riferimento per il processo di revisione, possono essere così sintetizzate:

1) le esperienze e competenze richieste per la copertura della posizione con un riferimento alla funzionalità dell'organo di governo nel suo complesso devono essere esplicite e documentate;

2) la descrizione della posizione, le caratteristiche richieste e ogni altra condizione per la nomina devono essere sempre ufficializzate, pubblicamente disponibili, inviate a tutti i candidati e conservate per l'eventuale revisione della procedura, deve essere analogamente documentata l'intera procedura di nomina e resa potenzialmente disponibile;

3) è necessario poter disporre di un vasto gruppo di candidati attivando tutti gli opportuni strumenti che vanno dai metodi usualmente utilizzati per la ricerca del personale alla consultazione di gruppi e istituzioni interessate, è necessario altresì facilitare la proposizione di candidati da parte di chiunque (compresa l'autoproposizione);

4) il processo di selezione di un ristretto numero di candidati da sottoporre agli organi responsabili della nomina deve essere affidato a comitati o gruppi composti da membri indipendenti e nello stesso processo di selezione ogni attenzione deve essere posta per assicurarsi che i candidati rispondano ai requisiti di moralità ri-

**Box 4 - Sintesi del rapporto sulle Quangos**

Esiste una estesa preoccupazione nell'opinione pubblica circa le nomine nei *boards* delle quango e una diffusa convinzione che queste non sempre sono state basate sul merito. Il governo si è impegnato pubblicamente a basare tutte le nomine su criteri di merito.

Sebbene tutte le posizioni individuali debbano sempre essere attribuite sulla base del merito, è importante che la composizione complessiva dei boards rappresenti un insieme appropriato di competenze ed esperienze. Tale insieme deve essere chiaramente ed esplicitamente dichiarato nel profilo richiesto per la posizione.

I ministri dovrebbero continuare a decidere le nomine nei *boards*, ma una autorità indipendente (*Public Appointments Commissioner*) dovrebbe essere nominata per regolare, sorvegliare e riferire pubblicamente circa il processo delle nomine.

Il Governo sta già agendo per produrre e diffondere delle *best practice* e per fare in modo che sia sempre assicurato l'insieme più ampio possibile di candidature. In futuro dovrà essere il *Commissioner* a definire le linee guida e i ministeri dovranno giustificare ogni allontanamento dalle stesse.

Una valutazione formalizzata e imparziale dei candidati è essenziale. I comitati consultivi (*advisory panel*) per le nomine introdotti nel NHS dovrebbero essere generalizzati e dovrebbero tutti includere una componente indipendente. Tutti i candidati che i ministri prendono in considerazione per ogni tipo di nomina dovrebbero avere superato il giudizio di idoneità all'incarico da parte di un comitato consultivo.

In seguito ai recenti scandali, molto è stato fatto per migliorare e standardizzare i meccanismi che dovrebbero assicurare elevati livelli di moralità nelle NDPB. Tale processo deve proseguire. Tutti le aziende pubbliche dovrebbero avere codici di condotta sia per i *boards* che per i dipendenti allineati ai principi applicabili all'intero comparto pubblico...

Ulteriori passi sono necessari per assicurare la correttezza e legittimità dei comportamenti sia dall'interno che dall'esterno. Dall'interno la responsabilità e il ruolo dell'*Accounting Officer* sia per quanto riguarda la correttezza dei comportamenti che le materie più strettamente collegate agli aspetti di gestione finanziaria deve essere rafforzato, e devono essere altresì trovate strade migliori per investigare con discrezione su eventuali sospetti dei dipendenti circa la correttezza.

Dall'esterno il ruolo dei revisori sulla correttezza dei comportamenti deve essere enfatizzato. I meccanismi di revisione dovrebbero essere riconsiderati per assicurarsi che le *best practices* siano diffuse in tutti gli enti.

Fonte: Committee on Standards in Public Life 1995 (TdA).

chiesta e che altri impegni non impediscano loro di dedicarsi pienamente all'ufficio per il quale vengono proposti;

5) la nomina deve essere basata sul merito con lo scopo di raggiungere nell'insieme l'equilibrio di competenze desiderato e, nello stesso spirito, la riconferma non dovrebbe essere automatica e dovrebbe venire sottoposta ad attenta revisione, contemplando l'esame di candidature concorrenti;

6) tutte le nomine dovrebbero essere adeguatamente pubblicizzate e tale pubblicizzazione dovrebbe includere informazioni quali l'eventuale at-

tività politica del nominato o altri incarichi pubblici di cui è detentore e le condizioni economiche dell'incarico in questione e degli eventuali altri.

**4. Gli utenti e le agenzie indipendenti**

Una seconda rilevante direttrice di intervento è stata quella dell'aumento della capacità di pressione dei consumatori/utenti/clienti sulle organizzazioni sanitarie pubbliche. In parte tale linea investe il cuore stesso della riforma con l'introduzione dei quasi-mercato e le varie forme di aumento dei

meccanismi competitivi (maggiore possibilità di scelta per attori individuali e collettivi), ma in parte viene affidata a una maggiore circolazione delle informazioni, a una più puntuale definizione dei diritti e degli *standard* di servizio garantiti e alla predisposizione di meccanismi tesi ad assicurare l'esigibilità di tali diritti. L'iniziativa di maggior rilievo in tal senso è quella che a partire dal 1991 ha lanciato in tutti i settori di servizio pubblico le Carte dei servizi. Per il NHS la carta (*Patient's Charter*) si è tradotta nella formalizzazione di una serie di diritti garantiti ai cittadini parte dei quali risultavano essere una riformulazione di diritti già esistenti, mentre altri rappresentavano vere e proprie innovazioni. La carta, in periodico aggiornamento e punto di riferimento per le carte locali, oltre a comunicare i risultati raggiunti dal NHS specifica due diverse tipologie di «diritti» garantiti ai cittadini:

a) i *rights* che rappresentano ciò che tutti i pazienti potranno sempre ricevere, un esempio è quello del tempo massimo garantito di permanenza in una qualunque lista di attesa che nel 1991 veniva fissato in due anni (vi erano allora circa 50.000 casi che superavano tale limite) e che si sta attualmente riducendo;

b) le *expectations* che rappresentano gli *standard* di servizio che il NHS cerca di raggiungere, ma che non possono essere sempre garantiti o che per il loro contenuto non consentono una formulazione in termini di diritti (es. «È una attesa legittima che il NHS renda facile per tutti l'accesso al servizio»).

Sempre in tale linea si inserisce inoltre il *Code of Practice on Openness* il cui scopo è di garantire al pubblico una piena accessibilità a tutte le informazioni riguardanti i servizi offerti, i costi sopportati dal NHS, i piani e programmi delle diverse orga-



## Box 5 - Raccomandazioni del comitato Nolan (1995)

Riteniamo possa essere utile per coloro ai quali è rivolto il *report* fornire alcune indicazioni di massima circa l'orizzonte temporale di implementazione delle raccomandazioni stesse. Perciò le nostre raccomandazioni vengono articolate in tre differenti categorie:

- [A] raccomandazioni che crediamo possano essere messe in atto immediatamente;
- [B] raccomandazioni che a nostro parere possono essere messe in pratica o perlomeno registrare significativi progressi verso la concreta attuazione entro la fine dell'anno;
- [C] raccomandazioni che necessitano di un periodo più lungo per l'attuazione, ma rispetto alle quali vorremmo esaminarne i progressi nell'ultima parte del prossimo anno.

## Nomine

- 33. La responsabilità ultima per le nomine deve essere conservata dal ministro. [A]
- 34. Tutte le nomine pubbliche devono essere guidate dal principio inderogabile del merito. [A]
- 35. La selezione sulla base del merito dovrebbe tenere conto della necessità di nominare *boards* che includano un insieme equilibrato di competenze, esperienze e provenienze. I presupposti di nomina dei membri e le attese sulle modalità di assolvimento della funzione devono essere esplicite. L'insieme di competenze, esperienze e provenienze ricercate deve essere chiaramente specificato. [A]
- 36. Tutte le procedure di nomina nelle aziende pubbliche dovrebbero prevedere il parere di un comitato o di una commissione che includa una componente indipendente. [C]
- 37. Ogni comitato o commissione deve avere almeno un membro indipendente e di norma i membri indipendenti dovrebbero essere almeno un terzo del totale. [C]
- 38. Deve essere nominata una nuova autorità indipendente (*Public Appointments Commissioner*). [B]
- 39. Il *Public Appointments Commissioner* dovrà monitorare, regolare e approvare le procedure per le nomine. [C]
- 40. Il *Public Appointments Commissioner* pubblicherà ogni anno un rapporto sul funzionamento del sistema delle nomine. [C]
- 41. La *Public Appointment Unit* dovrà essere posta sotto il controllo del *Public Appointments Commissioner*. [B]
- 42. Tutti i ministri dovranno relazionare annualmente sulle nomine effettuate dai loro ministri. [B]
- 43. A tutti i candidati per le nomine dovrà essere richiesto di dichiarare ogni attività politica significativa da loro esercitata negli ultimi cinque anni. [B]
- 44. Il *Public Appointments Commissioner* predisporrà un codice di pratiche da seguire nelle procedure per le nomine pubbliche. Eventuali motivi per il mancato rispetto delle procedure definite dal codice sulla base del principio delle «proporzionalità» [le procedure devono essere coerenti con l'importanza della posizione (NdT)] dovranno essere documentati e sottoposti a revisione. [C]

## Correttezza

- 45. Il governo dovrebbe rivedere, al fine di renderlo più coerente, l'intero quadro giuridico che regola correttezza e *accountability* negli enti pubblici... [C]
- 46. Per ogni azienda pubblica dovrebbe essere resa obbligatoria l'adozione di un codice di condotta per i membri del *board*. [B]
- 47. I *boards* di tutte le aziende pubbliche dovrebbero adottare un codice di condotta per tutti i dipendenti. [B]
- 48. Ai membri dei *boards* e ai dipendenti delle aziende pubbliche dovrebbe essere richiesto al momento della nomina di sottoscrivere l'impegno a rispettare il codice appropriato e il rispetto del codice dovrebbe rappresentare una clausola della nomina [B]
- 49. I ministri di riferimento dovranno elaborare chiare procedure disciplinari comprensive di sanzioni adeguate per il mancato rispetto dei codici da parte dei membri dei *boards*. [B]
- 51. La *Audit Commission* dovrebbe essere autorizzata a pubblicare report di pubblico interesse sulle aziende del NHS a propria discrezione. [B]
- 52. Il Ministero del tesoro dovrà riesaminare le procedure di revisione esterna per tutti gli enti pubblici, cercando di applicare le «migliori pratiche» a tutti. [C]
- 53. Ogni azienda pubblica che non lo abbia già fatto dovrà nominare un alto funzionario o un membro del *board* con l'incarico di investigare su sospetti circa la correttezza segnalati confidenzialmente dai dipendenti. I dipendenti dovrebbero essere messi in grado di fare segnalazioni o rimostranze senza dover necessariamente seguire le linee gerarchiche e dovrebbe esser garantito loro l'anonimato. Dovrebbe essere loro garantito, qualora rimanessero ancora insoddisfatti, una chiara e agevole procedura per rivolgersi direttamente ai ministri di riferimento in caso di questioni riguardanti la correttezza. [B]
- 55. I nuovi membri dei *board* dovrebbero al momento della nomina impegnarsi a sottoporsi ad una attività di formazione che dovrebbe includere la consapevolezza sui valori del settore pubblico e degli *standard* di *probità* e *accountability* richiesti.

Fonte: Committee on Standards in Public Life 1995 (TdA).

nizzazioni sanitarie pubbliche e le ragioni sottostanti le scelte effettuate. Vengono quindi dal codice stabiliti i diritti di informazione garantiti ai cittadini e individuate le linee guida che le strutture del NHS devono seguire per una corretta ed efficace comunicazione e per garantire la piena trasparenza. Ad esempio i *Trusts* (ospedali pubblici indipendenti) devono pubblicare i principali dati economici e finanziari (comprese la remunerazione dei membri del *board*), il *budget* e il piano strategico e tenere almeno una seduta pubblica all'anno degli organi di governo.

Una terzo fenomeno, in parte riconducibile ad alcuni degli interventi menzionati, è la crescita dei meccanismi e degli organi di revisione indipendente, che alcuni autori considerano come la forma emergente di *responsabilizzazione*. L'*Audit Commission*, per esempio, è una NPBD dotata di larga autonomia le cui entrate derivano esclusivamente dai servizi di *auditing* prestati agli enti locali e alle aziende del NHS. Essa ha la responsabilità, attraverso l'esercizio della funzione di *auditing*, di verificare non solo i profili di legalità della gestione, ma anche un compito di verifica e di stimolo su quelli più tipicamente aziendali di efficienza, efficacia ed economicità. Missione e strategia della *Audit Commission* sono sintetizzate nel box 7.

Tale fenomeno non ha mancato comunque di sollevare perplessità (Stewart *et al.*, 1992):

*L'ampio insieme di responsabilità affidate alla Audit Commission sollevano il problema di come tali responsabilità si rapportino tra di loro ovvero se l'insieme delle responsabilità non consenta in pratica il venir meno di alcune singole e specifiche responsabilità. Ciò a sua volta pone la questione verso chi sia responsabile la commissione stessa e attraverso quali meccanismi. È significativo che l'analisi delle performance della commissione nei suoi primo cinque anni sia stata condotta da se stessa.*

**Box 6 - Osservazioni del comitato Nolan (1997)**

**Aziende pubbliche**

1. Le aziende dovrebbe utilizzare qualche spazio di discrezionalità affinché alle forme di comunicazione tradizionale si affianchino altri strumenti per riuscire ad avere un ampio numero di candidati: la pubblicità non dovrebbe essere il solo veicolo per le nomine.
2. È essenziale che le aziende applichino il principio di proporzionalità (procedure adeguate al tipo di incarico), ma è altrettanto importante che le corrette procedure siano rispettate e che le nomine siano basate sul merito. Il principio della proporzionalità non può servire da scusa per procedure «sciatte».
3. Sarebbe opportuno registrare un più ampio flusso di comunicazioni tra le aziende e i ministeri di riferimento nella definizione dei requisiti richiesti per tutte le nomine.
4. È necessario definire meglio cosa si intende per «attività politica» e verificare se essa riesce davvero ad includere tutte le attività politiche significative (cfr. box 5, punto 43).
5. È necessario che tutti gli enti si dotino di procedure esplicite (codici) perché tutte le segnalazione di eventuali scorrettezze possano giungere confidenzialmente dall'interno e se necessario dall'esterno dell'azienda.
6. Le aziende del NHS dovrebbe avere una certa flessibilità nel potere nominare candidati che lavorano nella zona servita, ma che vivono al di fuori di tale area, a condizione, comunque, di poter ampiamente giustificare la scelta.
7. La regola che esclude la riconferma automatica nelle posizioni andrebbe chiarita affinché, pur nel rispetto del principio, i candidati per il reincarico non debbano subire l'intero processo di selezione.
8. Tutte le aziende dovrebbero valutare l'opportunità di tenere una riunione pubblica annuale.

**Tutti gli enti**

17. Gli organi di governo dovrebbero assicurarsi che in tutti gli enti esistano procedure e canali appropriati affinché i dipendenti possano segnalare eventuali scorrettezze o comportamenti censurabili senza dover necessariamente passare lungo le linee gerarchiche.
18. I ministeri di riferimento dovrebbero produrre e diffondere linee guida circa il pagamento delle spese dei membri dei *boards*.
19. Tutti i membri dei *boards* sia eletti che nominati dovrebbero avere un mandato fisso e tale mandato non dovrebbe eccedere i quattro anni.
20. È importante che le procedure che regolano i conflitti di interesse siano diffuse in tutti gli enti.
21. Gli enti che finanziano le attività e le agenzie di regolazione dovrebbero standardizzare la parte dei rapporti annuali dedicati ai problemi della *governance* in tutti gli enti e aziende.
22. Tutte le organizzazioni dovrebbero riesaminare le loro modalità di diffusione dei codici di condotta e di pubblicizzazione delle procedure per la segnalazione confidenziale di comportamenti scorretti al fine di assicurarsi una piena conoscenza delle stesse da parte del personale.

Fonte: Committee on Standards in Public Life 1997 (TDA).

In estrema sintesi, il NHS sta sperimentando una radicale uscita dal modello tradizionale e quindi dai suoi consolidati meccanismi di indirizzo e controllo sull'esercizio dei poteri di governo nelle sue organizzazioni, come quelli costituiti ad esempio dalla catena della rappresentanza (politica in primo luogo, ma anche sociale e professionale) o dai meccanismi burocratici del settore pubblico. Una parte rilevante di tali funzioni è stata implicitamente assegnata alle logiche di

mercato che dovrebbero, soprattutto per i *providers*, «disciplinare» i comportamenti e sanzionare il mancato raggiungimento delle finalità. In coerenza con tale trasformazione modalità di nomina, composizione e orientamenti attesi degli organi di governo hanno quindi subito una modifica altrettanto profonda. Come in parte stava già avvenendo nel settore privato, le logiche di mercato non sono state comunque ritenute sufficienti e in qualche maniera esse stesse ponevano

nuovi problemi di governo. Si sono quindi avute una serie di iniziative che hanno cercato di rafforzare gli stimoli verso il raggiungimento degli obiettivi propri di organizzazioni sanitarie pubbliche e queste hanno riguardato l'area dei comportamenti individuali (compresa la selezione delle persone), quella della trasparenza e dell'*empowerment* degli utenti e dei cittadini e infine il ruolo e la funzione della verifica *ex post* da parte di organi indipendenti.

**5. Alcune riflessioni per il SSN**

Sul terreno della *corporate governance* forse più che in altri è necessaria molta cautela nel rileggere esperienze di altri contesti alla ricerca di indicazioni utili. Nel caso specifico si tratta di tenere nella dovuta considerazione da una parte il fatto che il NHS è un sistema unitario, seppure operativamente decentrato, e ciò ha sempre posto il problema di come garantire una adeguata rappresentatività (nel SSN il tema della rappresentanza è tradizionalmente risolto sul versante istituzionale) e dall'altra le caratteristiche dei modelli di amministrazione di tipo anglosassone che risultano del tutto peculiari rispetto alla nostra esperienza (soprattutto per quanto concerne la formalizzazione).

Nell'osservare dal punto di vista della nostra realtà gli aspetti del NHS schematicamente evidenziati nell'articolo molte considerazioni potrebbero essere fatte e, prendendo spunto da quell'esperienza, potrebbe altresì essere valutata l'opportunità di introdurre anche nel nostro contesto alcuni strumenti o innovazioni. In realtà poiché gli strumenti acquistano un significato preciso solo in relazioni alle più generali condizioni nelle quali vengono utilizzate, un commento non superficiale in tal senso eccederebbe i limiti di questo articolo. È quindi probabile

## Box 7 - Audit Commission

**Compiti principali**

- La nomina dei revisori di tutte le autorità locali e aziende del NHS, in Inghilterra e Galles, i quali devono:
  - i. assicurare che questi enti rispettino le norme: che essi spendano legittimamente e rendano conto della loro situazione finanziaria e si tutelino contro le truffe;
  - ii. aiutino gli enti a migliorare i livelli di *performance* e il rapporto costo efficacia dei loro servizi.
- La definizione degli *standard* da seguire nella attività di revisione.
- La promozione delle *best practice* negli enti locali e nelle aziende del NHS, incoraggiando economicità, efficienza ed efficacia sia nella gestione che nella produzione e cessione dei servizi.
- La *Commission* effettua ogni anno studi dettagliati a livello nazionale su specifici servizi:
  - i. definendo indicatori di *performance*;
  - ii. producendo rapporti comparativi;
  - iii. suggerendo modalità di trasferimento delle pratiche migliori.

**I 6 obiettivi strategici**

— Rafforzare l'*accountability* degli enti pubblici focalizzando l'attività della commissione e le caratteristiche del processo di revisione sulla tutela del denaro pubblico, sui temi della *corporate governance*, e sul processo di misurazione e *reporting* della *performance*.

Promuovere *standard* elevati di revisione nel settore pubblico attraverso la diffusione dei principi della revisione e attraverso una attività che testimoni la concreta adozione di tali *standard*.

Aumentare l'impatto della revisione e l'efficacia del lavoro della commissione operando per promuovere la diffusione dei principi del *value for money*, comunicando più efficacemente, misurando costantemente l'efficacia del proprio lavoro, migliorando il proprio personale.

Aiutare i processi di cambiamento nei diversi enti sostenendoli nel raggiungere il *value for money* e nel gestire il cambiamento, fornendo loro informazioni comparative sulla *performance*.

Focalizzarsi sui cittadini, producendo studi che considerano i servizi dal punto di vista dell'utilizzatore del servizio piuttosto che da quello del fornitore.

Lavorare in *partnership* con i revisori, gli enti sottoposti a revisione e le altre organizzazioni.

Adattato da [www.Audit-Commission.gov.uk](http://www.Audit-Commission.gov.uk) (TdA).

mente più utile proporre in conclusione due ambiti di riflessioni che emergono da quanto fin qui espresso.

Un primo ambito di riflessione riguarda gli assetti degli organi di governo delle aziende. Qui l'aspetto che potenzialmente potrebbe risultare di un qualche interesse, e da approfondire rispetto alle sintetiche informazioni presentate, è quello relativo al ruolo e al funzionamento dei board. Il mantenimento di un organo con le funzioni di consiglio di amministrazione in un quadro di complessiva «verticalizzazione» e di rafforzamento della missione specifica della azienda rappresenta una scelta che, pur con le cautele

sopra richiamate, meriterebbe di essere analizzata nel suo concreto svolgimento al fine di aprire un dibattito con adeguati connotati aziendali sugli assetti di vertice delle nostre aziende sanitarie. Non sembra infatti superfluo chiedersi se l'assenza di un consiglio di amministrazione, o organo equivalente, non renda da una parte troppo fragili e troppo politicamente esposti i direttori generali (rapporto fiduciario diretto con tutte le ovvie conseguenze) e dall'altra consegnino loro troppo potere in presenza di deboli meccanismi di responsabilizzazione sui risultati complessivi (risultati che non possono ovviamente ridursi alle sole risultanze

di bilancio, finanziario od economico che sia). Purtroppo il problema qui posto viene troppo spesso riletto in termini esclusivamente istituzionali e di rappresentanza, per cui la discussione sul consiglio di amministrazione nelle aziende sanitarie pubbliche diventa immediatamente equivalente a quella sul ruolo dei comuni. In pratica non solo non si riesce a tenere separato il tema della «proprietà» da quello dei meccanismi che possono assicurare un efficace controllo del management da parte della proprietà, ma il primo tema assorbe e «soffoca» il secondo. Una rilettura attenta dell'esperienza NHS, oltre a fornire possibili indicazioni di metodo e operative sul funzionamento di eventuali organismi, potrebbe aiutare a chiarire i contorni del problema dimostrando come sia possibile utilizzare il *board* per rafforzare la responsabilizzazione verticale delle aziende.

Un secondo ambito di riflessione, probabilmente di più immediata utilità, è quello relativo alle logiche complessive utilizzate per responsabilizzare persone, aziende e istituzioni sull'esercizio di poteri discrezionali di elevata criticità e sulla correttezza dei comportamenti. Indipendentemente dai concreti strumenti utilizzati, l'idea che emerge è quella che in queste aree di azioni e comportamenti lo strumento non può che essere:

a) l'esplicitazione e adeguata formalizzazione da parte dei soggetti interessati dei criteri che questi seguiranno nell'esercizio dei propri poteri discrezionali o ai quali si uniformeranno nei propri comportamenti;

b) l'adozione di procedure o modalità di azione che tengano traccia dei comportamenti messi in atto rispetto ai criteri predefiniti;

c) la produzione e massima diffusione di informazioni organizzate in modo da raffrontare *standard*, com-

portamenti ed esiti, il tutto anche attraverso l'azione entità specializzate.

Il problema è di indubbia rilevanza anche nel SSN dove i mutamenti istituzionali e politici e i processi di aziendalizzazione hanno ampliato le sfere di discrezionalità, anche formalmente concesse, a politici e *manager*. Se ci limitiamo ai i processi di nomina si pensi nel primo caso alle nomine dei direttori generali e nel secondo caso alla attribuzione delle posizioni dirigenziali. Il nostro sistema non sembra essere ancora riuscito a trovare una logica di governo complessivo di tali spazi di discrezionalità e il dibattito spesso oscilla tra una difesa della legittimazione a decidere, eccessiva perché sottovaluta il problema dei meccanismi che assicurano l'*accountability* (quando non li considera addirittura come limitazioni al potere decisionale), e il tentativo ripristinare sotto nuova veste il sistema dei controlli formali sulle decisioni (con l'ovvio venir meno dei principi di responsabilità). Un discorso sostanzialmente analogo potrebbe poi riguardare il piano dei comportamenti individuali. Su questi terreni, l'approccio seguito dal NHS e molti degli strumenti utilizzati, a partire dai codici di comportamento o dal monitoraggio e pubblicità del sistema delle nomine, potrebbero forse rappresentare un aiuto per il funzionamento del SSN.

(1) Si è preferito lasciare il termine in inglese in quanto è difficile ritrovare un analogo termine in italiano che sinteticamente indichi i meccanismi che assicurano e rendono evidenti le responsabilità. *To be accountable* significa

infatti rispondere a qualcuno delle proprie azioni (decisioni).

(2) Il confronto tra paradigma tradizionale e le esigenze aziendali della P.A. è affrontato lungo tutto il testo di base di Borghonovi (1996) al quale si rimanda. Per una chiara e sintetica descrizione delle caratteristiche del modello tradizionale si veda Hughes (1994, pagg. 23-56).

(3) Una descrizione della struttura del NHS ante riforma si trova in NAHA (1989), in particolare si veda il paragrafo 1.2 per le strutture di governo.

(4) Tale è stata la focalizzazione effettiva nella ricerca dei componenti. Le direttive del ministero così recitavano: «È preferibile che i membri vivano, lavorino o abbiano rapporti con l'area geografica servita dall'*Authority*; la finalità è quella di avere un gruppo di equilibrato di membri, uomini e donne provenienti da esperienze diverse con le competenze, l'orientamento e la determinazione necessarie per aiutare l'*Authority* a fronteggiare i principali problemi strategici e manageriali. Le competenze ed esperienze richieste dovranno essere rintracciate in diversi ambienti compresi con particolare riferimento al mondo degli affari, a quello accademico, a quello dei servizi pubblici e del volontariato [TdA]» (Department of Health, 1990).

(5) Si tratta di un acronimo (*quasi-autonomous non-governmental organisation*) che indica genericamente un insieme di enti pubblici tendenzialmente «aziendalizzati» e quindi non posti sotto lo stretto e tradizionale controllo politico come è il caso ad esempio dei ministeri o parti di essi. Ogni autore o comitato ha poi fornito una più precisa definizione del termine a seconda dei propri interessi o delle necessità di analisi e proposta. Poiché nel seguito faremo ampio riferimento ai lavori del comitato Nolan è opportuno segnalare che per tale comitato sono quando i cosiddetti «executives Non-Departmental Public Bodies» (rimangono fuori le altre categorie di NDPB sostanzialmente rappresentate da agenzie di supporto all'attività dei ministeri e dai tribunali) e le strutture operative del NHS.

## BIBLIOGRAFIA

- BORGONOV E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, EGEA, Milano.
- CM 555 (1989), *Working for Patients*, HMSO, London.
- COMMITTEE ON STANDARD IN PUBLIC LIFE (1995), *Summary of the Committee's First Report*, [www.official-documents.co.uk/document/parlment/nolan/nolan](http://www.official-documents.co.uk/document/parlment/nolan/nolan).
- COMMITTEE ON STANDARD IN PUBLIC LIFE (1995), *Summary of the Nolan Committee's Fourth Report on Standards in Public Life and List of Observations*, [www.official-document/caboff/nolan4/](http://www.official-document/caboff/nolan4/).
- DEPARTMENT OF HEALTH (1990), *Guidance on the Membership of Health Authorities*, EL (90) MB142.
- DEPARTMENT OF HEALTH (1994), *Code of Conduct for NHS Boards, NHS Executives*, Leeds.
- FERLIE E., FITZGERALD L., ASHBURNER L. (1996), *Corporate Governance in the Post 1990 NHS: The Role of the Board*, Public Money & Management, 16 (2) pp. 15-29.
- FERLIE E., ASHBURNER L., FITZGERALD L., PETTIGREW A. (1996), *The new Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford.
- HODGES R., WRIGHT M., KEASY K. (1996), *Corporate Governance in the Public Services: Concepts and Issues*, Public Money & Management, 16 (2) pagg. 7-14.
- HOOD C. (1991), *A public management for all seasons?*, Public Administration, 69 (1), pagg. 3-19.
- HUGHES O.E (1994), *Public Management and Administration: an introduction*, St. Martin's Press, New York.
- NAHA (NATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH AUTHORITIES) (1989), *NHS Handbook*, 4th ed., MacMillan, London.
- PFEFFER N. AND POLLOCK A. (1993), *Public Opinion and the NHS*, British Medical Journal, 307, 750-1.
- STEWART J., LEWIS N., LONGLEY D. (1992), *Accountability to the Public*, paper presentato a European Policy Forum, Londra.

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>



# VALUTAZIONE SULLO STATO DI SVILUPPO DELLA PROGRAMMAZIONE BUDGETARIA NELLE AZIENDE SANITARIE ITALIANE

di G. Casati<sup>1</sup>, I. Mastrobuono<sup>2</sup>, L. Scomparin<sup>2</sup>, E. Guzzanti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

<sup>2</sup> Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Il sistema di programmazione nelle aziende sanitarie italiane - 3. Il budget come strumento di raccordo tra i diversi livelli di gestione della sanità - 4. Il controllo di gestione e la valutazione dei risultati - 5. Conclusioni ed elementi di discussione.

## 1. Premessa

Il settore sanitario è senza dubbio quello, nell'ambito della pubblica amministrazione italiana, che da più tempo è oggetto di maggiori interventi legislativi al fine di promuoverne la modernizzazione. Come in tutti i grandi processi cambiamento, tuttavia, è sempre corretto valutare in che misura essi si sono concretamente realizzati sul campo. Uno dei rischi maggiori, infatti, è che ci si trovi, dopo alcuni anni dall'avvio delle riforme, in una situazione di forte scollamento tra quanto previsto dalle leggi e ciò che accade nella realtà.

Di solito tale rischio si traduce nell'incapacità degli organi legislativi di seguire l'evoluzione dei fenomeni nell'ambiente e che, quindi, propongono soluzioni non più aderenti alle nuove esigenze. Nel caso dei provvedimenti assunti dal 1992 ad oggi in materia di riordino del Sistema Sanitario Nazionale, invece, l'impressione è che si sia generata la situazione opposta. La rilevanza delle innovazioni introdotte e la frequenza con la quale esse vengono modificate ed integrate, anche in sede di applicazione locale, vengono inserite in un contesto che

non sempre è in grado di recepirle o di attuarle nei modi e nei tempi previsti.

Scopo del presente lavoro consiste nel valutare, anche se analizzando un aspetto particolare ossia lo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie, a che punto si trova il processo di aziendalizzazione avviato con il D.L.vo 502/92.

Al fine di chiarire alcuni aspetti che sono sviluppati in altre parti del presente lavoro, si ritiene opportuno introdurre l'argomento in oggetto con una prima analisi dei principali provvedimenti legislativi in materia.

Il tema dell'aziendalizzazione è stato introdotto con la legge n. 421/92, articolo 1, lettera d), dove era prevista la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti legislativi sulla sanità, con l'osservanza di alcuni principi e criteri direttivi, che sono stati, poi, esplicitati nel decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», successivamente modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, dove all'articolo 3 si sancisce che «l'Unità sanitaria locale è azienda dotata di autonomia organizzativa, am-

ministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica», così come all'articolo 4 si stabilisce che «entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei ministri, le regioni costituiscono in azienda con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica» gli ospedali individuati dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità. Inoltre, nel decreto legislativo 502/92 è sancito, all'articolo 5, commi 4 e 5, che «entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo..., le regioni provvedono ad emanare norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127».

Inoltre, «Per conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agencia per i servizi sanitari regionali rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto

interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome». Schema predisposto con D.M. 20 ottobre 1994 e successivamente esteso agli IRCCS.

Per chiarire alcuni punti controversi legati, in particolare, alla definizione del grado di autonomia delle singole aziende sanitarie rispetto alla programmazione regionale, è stato emanato il decreto ministeriale del 10 febbraio 1995, con il quale fu istituito, presso il Ministero della sanità, un «Gruppo di lavoro per la formulazione di proposte dirette a rendere pienamente rispondente alle esigenze dei cittadini il nuovo assetto organizzativo delle strutture sanitarie», con i compiti di individuare tecniche e strumenti che consentissero una maggiore flessibilità e snellezza di procedure nelle strutture sanitarie pubbliche, in un'ottica di razionalizzazione e di miglioramento dell'efficacia e della produttività.

Successivamente, il gruppo di lavoro, con D.M. del 29 maggio 1995, venne trasformato in Osservatorio permanente per l'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale (OPAS), che ha prodotto le linee guida n. 2/96, pubblicate sulla G.U. del 31 maggio 1996, dal titolo «Profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari», nelle quali sono stati ampiamente trattati alcuni temi relativi alla possibilità di avviare il processo di aziendalizzazione nel Paese. Nel documento sono stati chiariti i concetti di autonomia, intesa come la capacità di «combinare le risorse a disposizione in funzione dei fini dell'azienda», di economicità e di responsabilità e sono stati esplicitati i differenti obiettivi delle aziende sanitarie. L'azienda Unità sanitaria locale ha il fine di soddisfare i bisogni della comunità locale garantendo i livelli

uniformi di assistenza, attraverso anche i progetti obiettivo ed azioni programmate, mentre l'azienda ospedaliera ha come fine quello di rispondere a specifici bisogni di salute erogando prestazioni e servizi di diagnosi e cura in quantità e qualità coerente con la domanda.

L'OPAS, dunque, ha affrontato il problema dell'aziendalizzazione in un'ottica più ampia, prendendo in considerazione i vari aspetti che sottendono il concetto stesso, che non può essere limitato ai soli processi di natura contabile. Basti pensare, ad esempio, all'obbligo sancito con i citati D.L. vi 502 e 517 sull'articolazione delle USL in distretti, o all'introduzione obbligatoria dei dipartimenti, concetto successivamente ripreso nella legge n. 382/96 sulla ristrutturazione della rete ospedaliera.

Il tema dell'aziendalizzazione è ripreso anche nel disegno di legge delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, già esaminato presso la XII Commissione affari sociali della Camera, dove sono riportate le ragioni della necessità di portare a compimento il riordino strutturale dell'organizzazione sanitaria avviato con il D.L. vo 502/92, attraverso il «completamento del processo di regionalizzazione e verifica di quello di aziendalizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale», precisando «i criteri distintivi e gli elementi caratterizzanti per l'individuazione delle aziende Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, con particolare riguardo alle caratteristiche organizzative minime delle stesse ed al rilievo nazionale o interregionale di quelle ospedaliere».

La legge delega, dunque, si propone di continuare quanto era stato avviato nella precedente legislatura, soprattutto attraverso l'esplicitazione di alcuni punti strettamente legati al processo di aziendalizzazione, quali, ad esempio:

— l'effettiva integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali, a livello distrettuale;

— l'individuazione dei criteri tendenti a ridefinire le attribuzioni del primo e secondo livello dirigenziale;

— la definizione nel Piano sanitario nazionale dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate a carico del fondo sanitario nazionale;

— la definizione delle modalità e delle garanzie per il rilascio dell'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie.

È in tale contesto che l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (di seguito ASSR), nell'ambito delle sue finalità di ricerca e innovazione in campo sanitario, ha avviato un'indagine conoscitiva sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie (di seguito semplicemente indagine), riferita all'esercizio 1997. Tale indagine è stata svolta in collaborazione con OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane) del Ce.R.G.A.S.-Università Commerciale L. Bocconi (di seguito Ce.R.G.A.S.), in quanto gli scopi della stessa, di seguito illustrati, hanno richiesto l'utilizzo di specifiche sinergie. Tenendo conto di alcune finalità comuni perseguite dai due enti, è stata quindi stipulata una convenzione che ha permesso di affiancare le competenze sanitarie, giuridiche e macroeconomiche dell'ASSR a quelle specificamente tecnico-economiche dell'università Bocconi.

Gli obiettivi di fondo della ricerca sono i seguenti:

— conoscere lo stato di sviluppo degli strumenti della programmazione e del controllo di gestione, quali indicatori del processo di aziendalizzazione;

— diffondere schemi e modelli di riferimento a partire da quelle realtà



che risultassero in questo senso più avanzate.

Con il primo obiettivo si vuole fare il punto della situazione a 5 anni dall'approvazione del D.L.vo 502/92; in pratica, tramite la conoscenza dello stato di sviluppo degli strumenti della programmazione, si cercherà di monitorare lo stato di aziendalizzazione effettiva delle strutture sanitarie del Paese. Si parla, in questo caso, di «aziendalizzazione effettiva», perché lo scopo dell'indagine non consiste nel verificare gli adempimenti normativi delle singole aziende, ma valutare il reale svolgimento del processo di aziendalizzazione. Il quadro della situazione fornito dovrebbe fungere da supporto per le future azioni legislative in campo sanitario, come previsto anche nel disegno di legge delega al Governo per la razionalizzazione del SSN, e al contempo essere fattore di stimolo per le realtà sanitarie che ancora si trovano in una fase progettuale o sperimentale dei sistemi di *budget* e di contabilità direzionale.

Il secondo obiettivo è invece di carattere più tecnico-operativo in quanto si cercherà di svolgere un'azione di supporto e di *benchmarking* alle singole aziende. Rendendo noti gli schemi ed i modelli maggiormente consolidati, infatti, si consentirà alle aziende che hanno già intrapreso la strada della programmazione budgetaria di migliorare ulteriormente i loro processi, o comunque di confrontarsi con altre realtà, e si stimoleranno le aziende più in difficoltà a dotarsi degli strumenti necessari per compiere il tragitto verso l'aziendalizzazione. È, infatti, convinzione dell'ASSR e del Ce.R.G.A.S. che in una realtà così fortemente differenziata come quella italiana, siano indispensabili attività di confronto costruttivo, non al fine di uniformare schemi e modelli, ma al fine di consentire l'adozione dello

schema più adatto alla singola azienda.

Il *benchmarking*, inoltre, permetterà di accelerare i tempi, e di ridurre i costi, della sperimentazione del sistema budgetario per quelle aziende che si trovano, appunto, nella prima fase di implementazione del sistema di *budget*.

Infine, la scelta dell'esercizio 1997, quale periodo di riferimento rispetto al quale raccogliere i dati elementari che hanno consentito l'elaborazione dei risultati commentati nei successivi paragrafi, è da ricondurre alla necessità di disporre in tutte le aziende sanitarie, proprio a partire dalla seconda metà di tale anno, di uno strumento in grado di fissare parametri di riferimento al fine dell'applicazione di quanto previsto nei nuovi contratti collettivi nazionali in materia di retribuzione di posizione e di risultato. Inoltre, il 1997 era l'ultimo degli esercizi cosiddetti «di sperimentazione» del processo di aziendalizzazione previsto dal D.L.vo 502/92 e, quindi, banco di prova immediato al fine di testare il grado di preparazione delle nuove aziende sanitarie al fine di acquisire e gestire definitivamente le autonomie ad esse assegnate.

## 2. Il sistema di programmazione nelle aziende sanitarie italiane

Elementi caratterizzanti la costituzione delle aziende sanitarie sono rappresentati dalla responsabilizzazione sul perseguimento di specifici risultati, sia di natura sanitaria (prevalentemente definiti attraverso la programmazione regionale) sia di carattere economico (equilibrio economico-finanziario), e l'attribuzione di una serie di autonomie (organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica) per poterli raggiungere. Ciò rende le aziende sanitarie soggetti che si devono dotare di adeguati strumenti di governo interni e, in

particolare, degli strumenti della programmazione e controllo di gestione. È infatti attraverso questi ultimi che è possibile stabilire quali obiettivi devono essere perseguiti e le azioni particolari che devono essere intraprese a tale scopo.

La programmazione aziendale, intesa come la ricerca di coerenza tra risorse disponibili, livelli di attività e tempo e della definizione dell'insieme di azioni (programmi) idonee per il loro conseguimento, non è tuttavia un tema semplice da affrontare. Molti sono i soggetti coinvolti e, quindi, i momenti di programmazione da avviare all'interno dell'azienda. Infatti, il diverso impatto che piani e programmi possono avere sulla gestione e sui risultati aziendali ha suggerito di operare una distinzione tra diverse tipologie di attività di programmazione. Una prima riguarda la definizione delle caratteristiche durevoli della struttura dell'azienda (l'orientamento di essa in termini di combinazioni prodotti/mercati, la scelta della capacità produttiva, l'ubicazione degli impianti e, nel caso specifico della sanità, nuove tipologie di servizi in funzione dell'evoluzione dei bisogni, la localizzazione dei presidi, la scelta delle metodiche sanitarie, ecc.). Una seconda si riferisce alla formulazione degli obiettivi operativi della gestione che, dato come vincolo l'attività di programmazione precedentemente descritta, definiscono le azioni da compiere nel breve periodo.

La prima è comunemente denominata «pianificazione di lungo periodo» e comporta la definizione di obiettivi di carattere strategico. La seconda, comunemente denominata come attività di «programmazione direzionale», focalizza l'attenzione del dirigente sulle azioni da compiere, nel breve periodo, per orientare l'azienda verso il perseguimento degli obiettivi strategici e comporta scelte in merito all'ef-

ficacia gestionale ed all'efficiente utilizzo delle risorse. La distinzione effettuata, tuttavia, ha un valore solo da un punto di vista logico. Infatti, pur essendo diversi l'oggetto delle scelte, le metodologie, le informazioni necessarie ai due processi e, spesso, anche gli organi preposti a tali attività, i due livelli di programmazione individuati si sovrappongono in quanto sono finalizzati, in modo strettamente interconnesso ed inscindibile, a fissare gli obiettivi da raggiungere e le azioni da compiere nel futuro affinché l'azienda proceda verso di essi. Più corretto, quindi, sarebbe parlare di «pianificazione o programmazione generale» articolata in più parti che potrebbero essere appunto rappresentate dai piani strategici e dalla programmazione direzionale.

Il sistema di *budget* è lo strumento attraverso il quale viene formalizzata l'attività di programmazione direzionale e mediante il quale l'azienda trasforma in termini monetari i propri piani e programmi, da perseguire nel breve periodo, rappresentando l'elemento di base per la predisposizione del bilancio preventivo. In realtà esso ha scopi ben più ampi rispetto alla mera trasformazione in termini monetari di piani e programmi. Il *budget*, infatti, è il sistema operativo principe della programmazione e del controllo di gestione. In tale ottica esso può essere definito come l'insieme delle regole aziendali attraverso le quali vengono articolati gli obiettivi di breve periodo, con riferimento alla struttura organizzativa e nel rispetto delle responsabilità ed autonomie interne, al fine del loro concreto perseguimento.

Da quanto affermato in merito all'attività di programmazione, risulta peraltro evidente che lo sviluppo del sistema di *budget*, inteso come strumento finalizzato all'articolazione interna degli obiettivi, non può che avvenire in armonia con i livelli di pro-

grammazione superiori. Un sistema di *budget* svincolato dalla programmazione aziendale, sia essa pluriennale o semplicemente annuale, è fattore di disgregazione piuttosto che di unificazione aziendale.

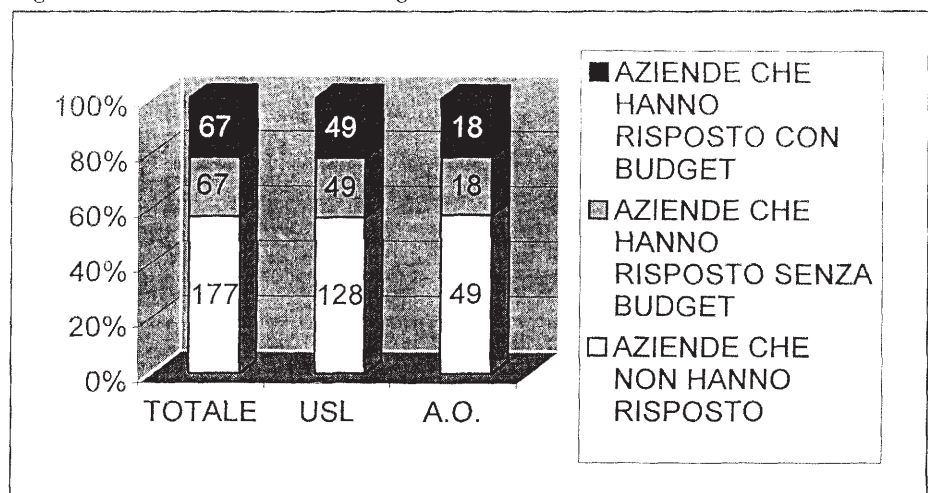
Con il sistema di *budget*, quindi, diventa prioritario trovare il raccordo operativo tra programmazione aziendale e di singola articolazione interna. Ciò rende il *budget* strumento centrale dell'attività decisionale che si sviluppa all'interno dell'azienda, di governo dei comportamenti e dei risultati. È l'efficacia gestionale dell'azienda che misura il successo del processo di *budget*, soprattutto nelle aziende sanitarie per le quali si parla di *management* diffuso, in considerazione del notevole grado di autonomia e responsabilità dei medici e degli altri professionisti.

Il forte orientamento del sistema di *budget* verso il raggiungimento degli obiettivi in esso contenuti, inoltre, è il fattore che maggiormente condiziona la progettazione del sistema stesso. Ogni elemento che costituisce il *budget*, inteso in senso lato, deve essere attentamente studiato al fine di raggiungere gli obiettivi. Un sistema di *budget* che porta alla definizione di obiettivi che non vengono raggiunti è

strumento sterile che viene rapidamente abbandonato dall'azienda per lasciare il posto ad altri modelli decisionali. Da questo punto di vista, quindi, il *budget* non può essere limitato, nel suo significato e nel ruolo che deve svolgere in ambito aziendale, ad uno strumento di natura burocratica e da attivare solo in quanto previsto da leggi e regolamenti. Quest'ultima considerazione al fine di sgomberare il campo da un possibile equivoco: ossia che scopo del presente lavoro sia legato alla valutazione del grado di adempimento di quanto previsto nella normativa in materia. In realtà l'obiettivo consiste nel valutare se e in che misura le aziende sanitarie, costituite in applicazione di quanto previsto dal D.L.vo 502/92, si sono dotate di strumenti di programmazione idonei quale presupposto per orientare l'efficace azione aziendale.

Passando alla valutazione dei risultati dell'indagine sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgetaria, condotta dall'ASSR in collaborazione con il Ce.R.G.A.S., è possibile osservare che la diffusione del sistema di *budget*, dopo circa cinque anni dall'approvazione del D.L.vo 502/92, è ancora piuttosto contenuta (figura 1).

Figura 1 - Diffusione del sistema di *budget* nelle aziende sanitarie italiane



I dati, infatti, mostrano una situazione ben diversa da quella attesa. Le aziende che hanno dichiarato di avere avviato e concluso il processo di *budget*, relativo all'esercizio 1997, sono 67 sulle 134 che hanno risposto (50%) e rappresentano solo il 21,5% del totale delle aziende sanitarie italiane. Se, come è ragionevole supporre e confortato dalla tempestività con la quale sono pervenuti i questionari compilati, le aziende che si sono dotate del sistema di *budget* nel 1997 sono state le più solerti nel fornire le risposte richieste, bisogna ritenere che non più di 75-80 aziende sanitarie, su un totale complessivo di 311, si sono concretamente dotate di tale strumento nell'esercizio di riferimento.

Se i dati raccolti non evidenziano differenze sostanziali di propensione all'adozione del sistema di *budget* rispetto alla forma istituzionale dell'azienda (aziende USL 21,7% e aziende ospedale 21,2%), si registrano invece notevoli differenze analizzando il fenomeno da un punto di vista geografico. Il sud, infatti, appare decisamente in difficoltà (solo il 7,7% del totale delle aziende ha dichiarato di essere dotato del sistema di *budget*) rispetto a quanto avviene nel nord e nel centro d'Italia. La differenza registrata tra nord e centro, a favore di quest'ultima area geografica, va anche letta rispetto alla differente complessità dei sistemi regionali di riferimento e alle notevoli difficoltà nelle quali si sono trovate ad operare grandi regioni come il Piemonte e la Lombardia che per diversi anni non hanno avuto la possibilità, o non hanno tuttora, di avere la necessaria stabilità garantita dalla presenza di un direttore generale di ruolo definitivo (figura 2).

La scarsa diffusione del sistema di programmazione budgetaria in Italia è solo uno degli elementi che generano preoccupazione relativamente all'oggetto dell'analisi. I dati dell'indagine

citata, sintetizzati nella figura 3, evidenziano che il sistema di *budget* rappresenta una novità per il 64,18% delle aziende sanitarie (43 su 67) che lo hanno attivato per il 1997.

Le uniche regioni che, tra quelle con dati statisticamente significativi a riguardo, hanno creato le condizioni necessarie per sviluppare per tempo il sistema di *budget* sono il Veneto e l'Emilia-Romagna nelle quali le aziende si trovano, mediamente, tra la seconda e la terza edizione del sistema di *budget*. In generale, nel resto d'Italia, ci si trova alla prima edizione nel 1997 anche se con alcune sporadiche eccezioni.

L'analisi del numero di edizioni di *budget* effettuate al 1997 è particolarmente rilevante. Infatti il sistema di *budget*, quale strumento della programmazione e controllo di gestione, è finalizzato a promuovere comportamenti e decisioni orientate a migliorare il grado di efficacia ed efficienza della gestione aziendale e dei singoli settori e Centri di responsabilità nei quali essa si articola. In altri termini l'efficacia del sistema di *budget* nell'azienda viene misurata dalla capacità della stessa, o delle sue componenti, di raggiungere gli obiettivi, così come il controllo di gestione non esaurisce

Figura 2 - Diffusione del sistema di *budget* per area geografica

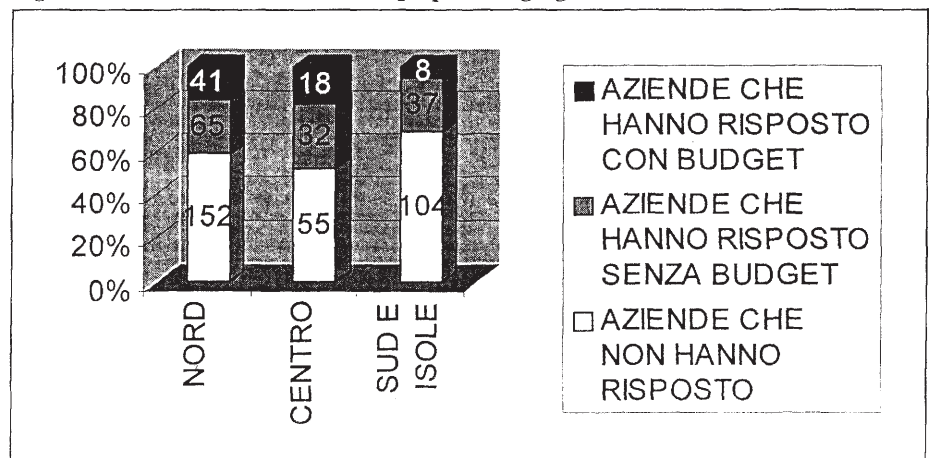
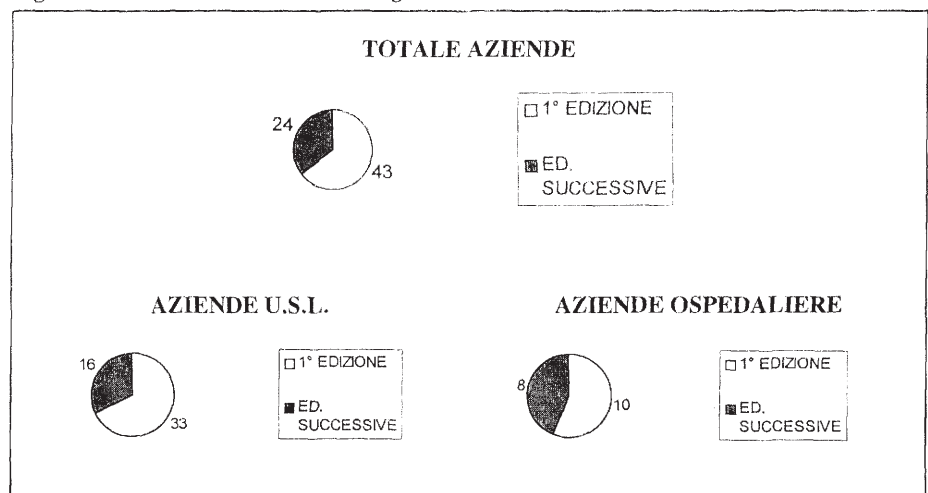


Figura 3 - Anzianità del sistema di *budget*



risce la sua funzione con la produzione dei dati ma deve generare comportamenti ad essi pertinenti.

La complessità dell'organismo azienda sanitaria, la carenza ai vari livelli di una preesistente cultura economica e manageriale e la difficoltà ad avere un quadro informativo adeguato dei risultati prodotti, implicano che, prima di riuscire a generare i comportamenti attesi, gli strumenti di programmazione e controllo di gestione e, più specificamente, il sistema di *budget*, necessitano di un periodo sperimentale che, in termini molto realistici, richiede dai tre ai cinque anni.

Tale affermazione tende a sgombrare il campo da un equivoco di fondo: il sistema di *budget*, nei primi anni della sua applicazione, non produce risultati evidenti. Non genera maggiore efficienza o efficacia nei Centri di responsabilità, non rende più trasparente il processo di allocazione delle risorse aziendali e non rende, in generale, più razionale la gestione dell'azienda.

Esso è «solo» un momento di analisi e valutazione e un formidabile strumento per sviluppare quella cultura gestionale in chiave economica che rappresenta la premessa indispensabile per chiudere la fase sperimentale e passare a quella ordinaria.

Oltre al basso grado di diffusione del sistema di *budget* nelle aziende sanitarie italiane, dai risultati dell'indagine, il dato più scoraggiante emerge quando si cercano le evidenze del grado di coerenza tra i diversi livelli di programmazione. Infatti, nonostante la imprescindibile necessità di collegare gli obiettivi definiti a livello di Centri di responsabilità con quelli aziendali, l'elemento di preoccupazione deriva dalla constatazione che ciò avviene solo in un numero di realtà limitato. La definizione di obiettivi mediante *budget*, infatti, assume valore nel caso in cui vi sia uno stretto collegamento tra diversi livelli di programmazione. La programmazione pluriennale aziendale dovrebbe essere le-

gata alla programmazione regionale, il piano aziendale annuale rappresenta la linea guida delle azioni da avviare mediante il *budget* e, infine, il *budget* diventa lo strumento con il quale si cerca di dare concretezza alle linee aziendali per un loro reale perseguimento.

La definizione di obiettivi per settori dell'azienda, attraverso il sistema di *budget*, senza un'adeguata collocazione degli stessi in un contesto più ampio, è segnale di carenza di unitarietà aziendale. Il concetto di autonomia, che deriva anche dall'impostazione di programmazione budgetaria, non significa potere di stabilire le cose da fare in assenza di vincoli ma, al contrario, la definizione di precisi risultati da conseguire, sempre nell'ottica dell'integrazione e dell'unitarietà aziendale, lasciando spazi decisionali in merito a come perseguire tale scopo.

Dalla tabella 1, infatti, si evince che, nelle aziende nelle quali è stato

Tabella 1 - Grado di diffusione della funzione di programmazione

	Aziende con <i>budget</i> 1997	% su totale	Aziende con programmazione pluriennale			Aziende con programmazione annuale		
			N.	% su <i>budget</i>	% su totale	N.	% su <i>budget</i>	% su totale
<i>Totale aziende</i>								
Italia .....	67	21,5%	34	50,7%	10,9%	45	67,2%	14,5%
Nord .....	41	27,0%	18	43,9%	11,8%	28	68,3%	18,4%
Centro .....	18	32,7%	14	77,8%	25,5%	11	61,1%	20,0%
Sud e isole.....	8	7,7%	2	25,0%	1,9%	6	75,0%	5,8%
<i>Aziende USL</i>								
Italia .....	49	21,7%	25	51,0%	11,1%	30	61,2%	13,3%
Nord .....	30	25,9%	13	43,3%	11,2%	17	56,7%	14,7%
Centro .....	12	28,6%	10	83,3%	23,8%	8	66,7%	19,0%
Sud e isole.....	7	10,3%	2	28,6%	2,9%	5	71,4%	7,4%
<i>Aziende ospedaliere</i>								
Italia .....	18	21,2%	9	50,0%	10,6%	15	83,3%	17,6%
Nord .....	11	30,6%	5	45,5%	13,9%	11	100,0%	30,6%
Centro .....	6	46,2%	4	66,7%	30,8%	3	50,0%	23,1%
Sud e isole.....	1	2,8%	0	0,0%	0,0%	1	100,0%	2,8%

avviato il *budget* 1997, solo 34 aziende (ossia il 50,7%) hanno condotto tale operazione nell'ambito di una programmazione pluriennale di più ampio respiro e che in 45 casi (ossia il 67,2%) si è provveduto almeno a definire un piano generale aziendale per l'anno di *budget*.

La situazione, peraltro, appare ancora più seria se si analizzano dati di dettaglio, non riportati nella tabella, che evidenziano una situazione «a macchia di leopardo». Solo 18 aziende USL e 8 ospedaliere dispongono sia della programmazione pluriennale ed annuale. Sette aziende USL e due ospedaliere hanno il solo documento di programmazione pluriennale; 11 aziende USL e 8 ospedaliere hanno il solo documento di programmazione annuale e 12 aziende USL e 1 ospedaliere non hanno alcun documento di programmazione aziendale.

Tale situazione evidenzia un vero e proprio scollamento, fatta la dovuta eccezione per 26 aziende (ossia il 38,81% di quelle che hanno avviato il *budget* nel 1997), tra i diversi livelli di programmazione. Nella valutazione di tale aspetto, ovviamente, va tenuto doverosamente conto delle già ricordate situazioni di instabilità legate alla presenza di commissari straordinari in molte aziende sanitarie italiane.

### 3. Il *budget* come strumento di raccordo tra i diversi livelli di gestione della sanità

Il *budget*, come si è avuto modo di accennare in precedenza, è lo strumento di raccordo tra obiettivi particolari per Centro di responsabilità e generali d'azienda. Esso, nella forma di consolidato aziendale, è anche lo strumento, almeno da un punto di vista potenziale, di raccordo tra politiche aziendali e quelle del gruppo al

quale quest'ultima appartiene (Regione o Provincia autonoma).

La centralità che il sistema di *budget* assume nei rapporti tra dirigenti interni ed azienda e tra quest'ultima e la regione o provincia autonoma, richiede che essi siano oggetto di specifica regolamentazione, quando necessario anche formale, caratterizzati da reciproci flussi informativi e gestiti con adeguate competenze.

Analizzando specificamente i rapporti tra azienda e dirigenti interni, tali fattori si traducono in:

a) regolamentazione del processo di *budget*;

b) chiara definizione ed adeguata diffusione delle linee programmatiche aziendali;

c) sviluppo di adeguate capacità in merito al ruolo richiesto, nell'ambito del sistema di *budget*, ai dirigenti interni.

Con il termine «processo di *budget*» ci si riferisce ad una parte fondamentale, se non la maggiormente rilevante, di tutto il sistema di *budget*. Si tratta della codificazione dell'insieme di regole aziendali che definiscono, in modo esplicito e trasparente, quali passaggi devono essere compiuti per giungere alla formalizzazione degli obiettivi. Con esso vengono identificati gli attori coinvolti ed il ruolo che essi giocano nell'ambito del sistema. Esso rappresenta sempre una forma di compromesso tra l'esigenza aziendale di garantire il miglior coordinamento, l'integrazione tra i servizi e, soprattutto, la massima aderenza tra obiettivi aziendali e quelli di gruppo o individuali e, contemporaneamente, la necessità di garantire l'autonomia nelle scelte di priorità a livello di Centro di responsabilità. Con il processo di *budget* vengono anche stabilite le fasi e i tempi di sviluppo dello stesso in modo da caratterizzarlo come prevalentemente *top-down* o *bottom up*.

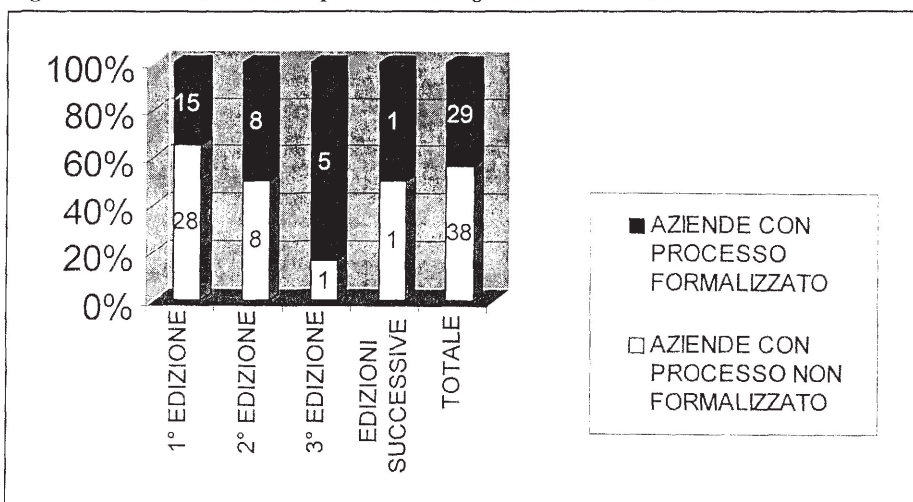
Dei necessari legami tra programmazione aziendale e *budget* di singolo Centro di responsabilità, si è già scritto in precedenza. L'azienda che procede in tale direzione, al fine di garantire l'integrazione e la coerenza tra i diversi livelli di programmazione, non può ritenere esaurito tale compito mediante la predisposizione di un documento. È fattore determinante che, a tale scopo, il documento aziendale venga diffuso, discusso e compreso da tutti i livelli dirigenziali dell'azienda.

Infine, almeno per garantire l'efficacia del *budget* nella fase di definizione ed articolazione degli obiettivi, è fondamentale che i dirigenti abbiano sviluppato capacità di analisi dei dati gestionali storici, compreso le modalità tecniche di esplicitazione degli obiettivi mediante la scheda di *budget* e, soprattutto, la natura e gli scopi del sistema di programmazione e controllo in generale e del sistema di *budget* in particolare. A ciò, in assenza di tradizione, esperienza e cultura gestionale diffusa, si sopperisce mediante l'organizzazione di momenti formativi.

I risultati dell'indagine citata offrono alcuni spunti di riflessione di estremo rilievo al fine di comprendere come, almeno nelle aziende che hanno dichiarato di avere il *budget*, tale problematiche vengono affrontate. Non è una sorpresa, almeno con riferimento al rilevante numero di aziende che hanno avviato il *budget* nel 1997 per la prima volta, rilevare che il processo di *budget* è stato formalmente definito solo da 29 aziende su 67 (43,28%). Elemento di conforto a riguardo, tuttavia, è rappresentato dal fatto che all'aumentare dell'anzianità del sistema di *budget*, aumenta anche la sensibilità e la necessità di regolamentare in modo chiaro e trasparente il processo di *budget* (figura 4).

Elemento di forte preoccupazione, invece, è rappresentato dal fatto che,

Figura 4 - Formalizzazione del processo di *budget* nelle aziende sanitarie



anche nelle aziende in cui il processo di *budget* non è stato formalizzato, si generano effetti formali con la sua introduzione. Essi derivano dalle innovazioni introdotte con i contratti collettivi nazionali di lavoro per la dirigenza sia con riferimento alla graduazione delle posizioni sia alla gestione della retribuzione di risultato.

Il problema che si può generare, infatti, è che non vi sia la necessaria consapevolezza degli effetti derivanti dall'accettare di ricoprire una posizione con responsabilità di *budget* e del grado di rigidità (o flessibilità) degli obiettivi formulati ad inizio anno, in condizioni di incertezza, e degli effetti sul dirigente responsabile e sui suoi collaboratori a fronte di risultati finali parzialmente discostanti.

Se da un lato è vero che, almeno nei primi anni di attuazione, il sistema di *budget* dovrebbe essere gestito con criteri di elasticità in relazione al grado di sperimentabilità del sistema di programmazione, il che giustifica la relativa carenza di regole strutturate e formalizzate, dall'altro, con l'applicazione del contratto, si è creata una situazione estremamente delicata: avviare un processo innovativo e complesso che richiede tempo per consolidarsi e, contemporaneamente, ot-

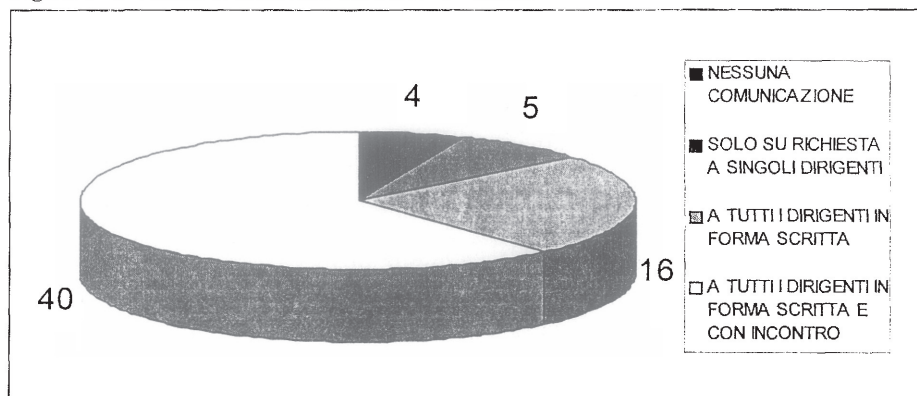
temperare a quanto previsto dalla normativa e dai contratti. In altri termini la possibilità di «sperimentare» il sistema di *budget*, ossia di poterlo provare senza che ciò determini effetti rilevanti nei rapporti formali tra dirigenti ed azienda, è stato concesso come privilegio alle sole realtà che hanno avviato il sistema di *budget* due o tre anni prima dell'entrata in vigore dei nuovi contratti. Sulla base di tali considerazioni ne deriva che proprio nelle aziende che hanno appena imboccato questa strada, e soprattutto quelle che devono ancora iniziare, è necessario stabilire dei «paletti» di riferimento generale e gestire il processo complessivo con una grande atten-

zione agli aspetti di carattere economico.

Per quanto riguarda il grado di diffusione delle linee aziendali, i risultati dell'indagine mostrano una situazione, ancora una volta, preoccupante. Solo 40 aziende su 67 (59,70%) hanno ritenuto opportuno comunicarli sia in forma scritta che mediante l'effettuazione di un incontro con tutti i dirigenti interessati. Le altre modalità, soprattutto quella che non prevede alcuna diffusione degli indirizzi aziendali e quella che ne prevede l'illustrazione ai soli dirigenti che ne hanno fatto richiesta, non rappresentano certo fattore sufficiente per garantire l'unitarietà aziendale nella fase di programmazione e sollecitano, perciò, l'istituzione dei dipartimenti come entità decentrate e responsabili con le quali dibattere dialetticamente le linee aziendali (figura 5).

Un ulteriore elemento qualificante nei rapporti tra azienda e dirigenti interni è rappresentato dall'avvio di progetti formativi mirati alla creazione di una sufficiente base conoscitiva del sistema di *budget*. È infatti necessario considerare che tale processo si inserisce in un contesto normalmente non maturo a recepire tale innovazione gestionale, anche a causa del retroterra culturale dei professionisti chiamati ad assumere un ruolo attivo nella definizione di obiettivi e programmi.

Figura 5 - Modalità di diffusione delle linee aziendali



Buona parte dell'efficacia del processo di *budget*, infatti, dipende da quanto gli operatori sono coinvolti consapevolmente in tale sistema e ne abbiano compreso le finalità gestionali e non di carattere burocratico amministrativo.

La situazione a livello nazionale (vedi figura 6) se evidenzia, da un lato, un sufficiente grado di sensibilità delle aziende (59 su 67), dall'altro, è necessario registrare che le maggiori defezioni si manifestano proprio nella fascia di aziende che ne hanno il maggior bisogno: ossia quelle che si trovano alla prima edizione del sistema di *budget*.

Passando ora all'analisi dei rapporti tra azienda e regione o provincia autonoma, si osserva che essi dovrebbero essere basati, nella sostanza, su un documento che riassume gli obiettivi aziendali sia da un punto di vista economico-finanziario, in modo da poterne valutare il grado di coerenza con il quadro complessivo delle risorse disponibili a livello di sistema, sia sul piano dei risultati complessivi di attività e soddisfacimento dei bisogni quale strumento indispensabile per collocare la singola azienda nel sistema sanitario regionale/provinciale e, quindi, proporre o prevedere una possibile ricollocazione nel futuro. Tale documento viene identificato con il termine «consolidato aziendale» ed è prodotto mediante l'effettuazione della somma di tutti i *budget* dei Centri di responsabilità dell'azienda, integrati con gli elementi determinabili solo a livello aziendale (per esempio rappresentati dai costi generali). In tal modo viene costruito un prospetto economico (costi e ricavi), che rappresenta la base informativa per la predisposizione del bilancio preventivo, integrato da una serie di prospetti che evidenziano gli obiettivi complessivi dell'azienda per settore d'intervento (attività ospedaliera, prevenzione, medici-

na di base, settore amministrativo, ecc.).

La produzione di un consolidato aziendale, oltre ad essere documento di base nei rapporti azienda-regione/provincia autonoma, è essenziale anche nei rapporti con i dirigenti interni. Al termine del processo di *budget*, mediante l'accettazione degli obiettivi in esso contenuti da parte dell'azienda e del Centro di responsabilità, viene di fatto siglato un accordo con il quale l'azienda si impegna, compatibilmente con l'insorgere di eventuali vincoli esterni (per esempio blocco delle assunzioni), a garantire determinati livelli di risorse ai diversi settori aziendali. Ciò presuppone che, prima di giungere all'accordo definitivo, vengano effettuate le necessarie verifiche di compatibilità sul piano delle risorse disponibili rispetto a quelle previste sulla base della sommatoria dei singoli *budget* di Centro di responsabilità.

Tale verifica, tra l'altro, non è limitata al mero confronto tra totali generali, ma anche rispetto all'articolazione delle risorse per natura (personale, beni di consumo, acquisto di servizi, ecc.). La predisposizione del consolidato aziendale ha quindi un valore sostanziale di estremo rilievo. Con esso viene creato il necessario legame eco-

nomico tra sistema di *budget* e bilancio preventivo dell'azienda e viene garantita la realistica degli obiettivi formulati.

Gli aspetti che si ritiene utile analizzare, sempre sulla base dei risultati prodotti dall'indagine, riguardano, in sintesi, i seguenti aspetti:

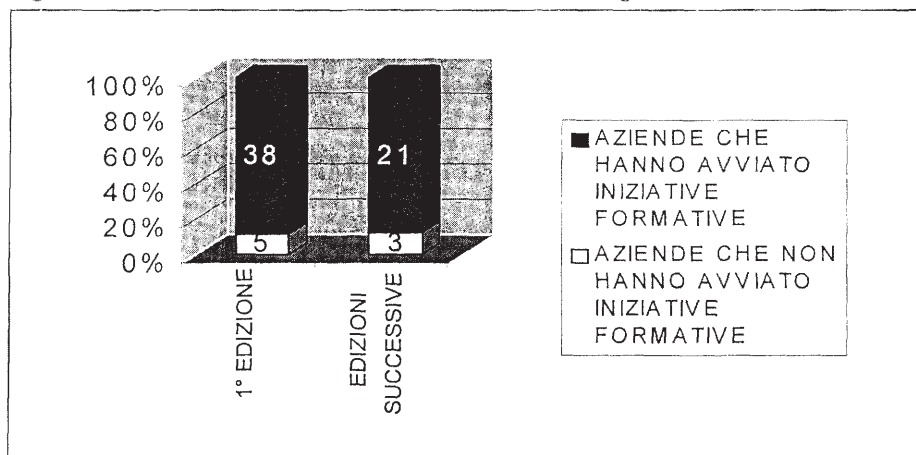
a) l'effettiva produzione di un consolidato aziendale;

b) l'utilizzo del consolidato aziendale, o dei dati contenuti nelle schede di *budget* di Centro di responsabilità, al fine di redigere il bilancio preventivo;

c) l'invio del *budget* consolidato o, in alternativa, delle schede di *budget* di Centro di responsabilità alla regione o provincia autonoma.

Relativamente alla produzione di un consolidato aziendale, si osserva che solo 37 aziende su 67 (55,22%) hanno prodotto tale documento. A tale proposito è appena il caso di sottolineare lo scarso valore di un documento di *budget* negoziato tra Centro di responsabilità ed azienda senza la preventiva valutazione delle compatibilità economiche. In tali situazioni appare naturale che qualunque scostamento nei risultati di attività prodotti possa essere giustificato in ragione di concomitanti variazioni, anche se non particolarmente rilevanti, quali-quant-

Figura 6 - Diffusione di iniziative formative sul sistema di *budget*



titative nelle risorse effettivamente rese disponibili (figura 7).

È da osservare che, anche in questa occasione, il grado di maturità del sistema di *budget* genera una progressiva sensibilità aziendale sul problema in oggetto determinando la progressiva adozione di strumenti di controllo e valutazione più sofisticati come la produzione del consolidato aziendale.

La situazione risulta essere estremamente diversa per quanto riguarda l'utilizzo del *budget* al fine della redazione del bilancio preventivo. I risultati dell'indagine evidenziano al proposito due aspetti rilevanti:

— solo 35 aziende su 62 (56,45%) hanno gestito il sistema di *budget* in concomitanza al nuovo sistema di contabilità generale economica-finanziaria-patrimoniale;

— solo in 35 aziende su 62 (56,45%) il sistema di *budget* ha determinato interventi correttivi sul bilancio preventivo (figura 8).

Il sistema di *budget* ha, al momento attuale, una rilevanza prevalente per quanto riguarda la costruzione di un bilancio consolidato aziendale di tipo economico (costi e ricavi) che presuppone, anche in considerazione di quanto previsto in materia, il contemporaneo passaggio al nuovo sistema di contabilità generale. Relativamente poco efficace, infatti, è l'informazione prodotta dal *budget* al fine di intervenire sul bilancio aziendale costruito sulla base delle regole della contabilità pubblica (spese ed entrate). In questi casi, quindi, è naturale attendersi uno scarso impatto del sistema di *budget* al fine di un possibile collegamento con il sistema di bilancio anche se ne può rappresentare un logico completamento.

Dall'analisi dei dati, invece, è possibile evincere come nelle 35 aziende nelle quali il sistema di *budget* ha prodotto effetti sul bilancio preventivo non in tutte era attivo il nuovo sistema

di contabilità. Da un altro punto di vista il dato potrebbe essere letto anche in questi termini: non tutte le aziende dotate del nuovo sistema di contabilità generale hanno ritenuto opportuno o sono riuscite a trovare un legame tra sistema di *budget* e bilancio preventivo. Ciò determina l'insorgere di un dubbio ulteriore relativo alle modalità e criteri con i quali sono stati formulati i bilanci preventivi di tali aziende se non sono legati a quanto previsto dal *budget* aziendale.

Evidentemente il sistema di contabilità generale dovrebbe essere oggetto di uno studio specifico in modo da comprendere quali sono le reali moda-

lità di predisposizione del bilancio preventivo sia al fine di comprendere ulteriormente il legame esistente con il sistema di *budget*, sia per valutarne l'aderenza con i meccanismi di finanziamento adottati nelle diverse regioni e province autonome.

Per quanto riguarda l'ultimo aspetto rilevante, ossia l'invio del consolidato o delle schede di *budget* alle regioni o provincia autonoma, i risultati dell'indagine mostrano come esso sia considerato di importanza marginale (vedi tabella 2).

Infatti solo 47 aziende su 67 (70,15%) inviano il documento di *budget* in regione e solo 27 in ragione

Figura 7 - Produzione del consolidato aziendale

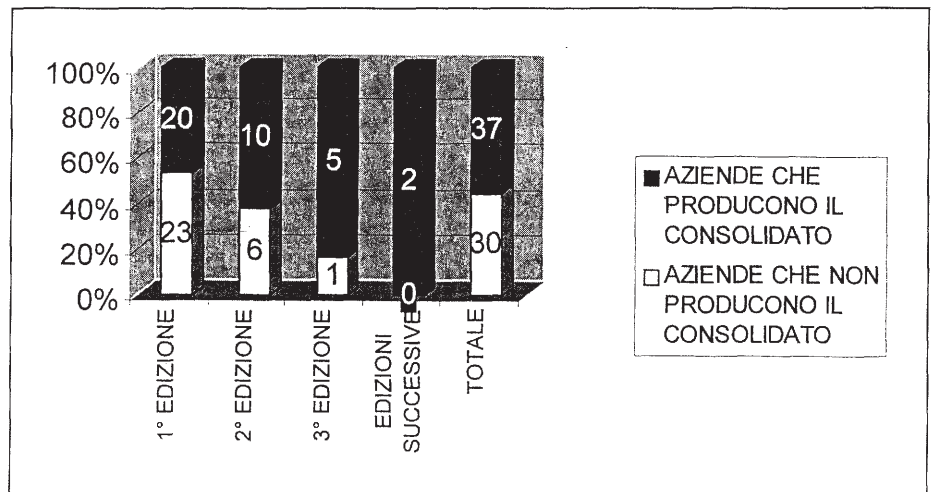


Figura 8 - Impiego del *budget* nella predisposizione del bilancio preventivo

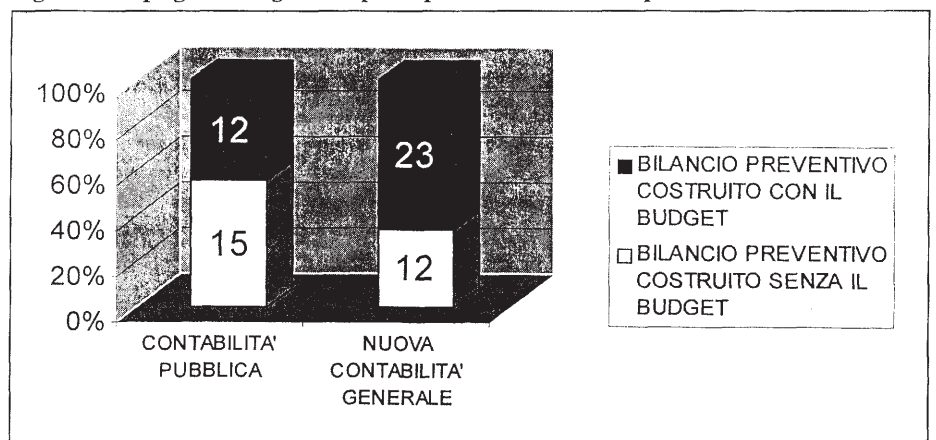




Tabella 2 - Aziende che inviano il *budget* alla regione/provincia autonoma

	Numero aziende		
	USL	Ospedale	Totale
<b>Totale aziende con budget 1997</b> .....	<b>49</b>	<b>18</b>	<b>67</b>
<i>Motivo dell'invio del budget</i>			
Legislazione locale.....	16	11	27
Richiesta regione .....	8	0	8
Iniziativa azienda .....	10	2	12
<b>Totale</b> .....	<b>34</b>	<b>13</b>	<b>47</b>
<i>Forma del documento inviato</i>			
Solo consolidato.....	14	4	18
Solo schede per CDR .....	10	3	13
Entrambi.....	10	6	16
<b>Totale</b> .....	<b>34</b>	<b>13</b>	<b>47</b>

di precise disposizioni in merito. Altre 8 aziende inviano il *budget* su richiesta della regione non supportata da precise disposizioni in materia e 12 su iniziativa della stessa azienda. È da notare che, inoltre, 13 aziende inviano il *budget* come insieme di singole schede senza il supporto di un documento consolidato e, quindi, in una forma del tutto inutilizzabile per gli scopi di controllo e governo del sistema sanitario della regione/provincia autonoma.

È da evidenziare, in ogni caso, il relativo disinteresse degli organismi di programmazione economico-finanziaria delle regioni nei confronti degli obiettivi costruiti nelle singole aziende mediante il sistema di *budget*. Il fatto che solo in 27 casi su 47 (57,45%) l'invio della documentazione di *budget* sia prevista su base normativa, mette in evidenza che le modalità di finanziamento delle aziende adottate dalle regioni sono sostanzialmente svincolate dai risultati di assistenza e attività da conseguire e, soprattutto, dalle modalità con le quali è possibile garantirne il raggiungimen-

#### 4. Il controllo di gestione e la valutazione dei risultati

L'avvio del processo di *budget* e la formalizzazione degli obiettivi rappresentano il punto di partenza del sistema di *budget* e non quello di arrivo. Come si è già avuto modo di accennare, infatti, la finalità del sistema di *budget* consiste nel perseguimento degli obiettivi.

A tale scopo il sistema degli obiettivi aziendali deve essere sottoposto, durante l'esercizio, ad un continuo monitoraggio finalizzato ad evidenziare gli scostamenti della gestione reale da quella attesa e, quindi, consentire in tempi utili gli interventi correttivi necessari.

La valutazione dei risultati non viene effettuata solo durante la gestione ma anche al suo termine. Tale momento ha due finalità fondamentali: l'analisi dei problemi ai fini di una loro riduzione o eliminazione nelle gestioni future e l'attivazione di un sistema premiante legato ai risultati.

Allo scopo di esercitare la funzione di controllo l'azienda si dota di organismi specifici. In alcune realtà si è

provveduto alla costituzione di un unico organismo deputato a svolgere sia la funzione di controllo di gestione in senso stretto, ossia di supporto e stimolo al fine di facilitare il raggiungimento degli obiettivi mediante l'analisi periodica del grado di efficacia gestionale e prevalentemente orientata ai dirigenti di Centro di responsabilità, sia quella di valutazione dei risultati ai fini del sistema premiante. In altre realtà, più coerentemente, si è invece proceduto alla costituzione di organismi distinti, normalmente rappresentati dall'ufficio o servizio controllo di gestione e dal Nucleo di valutazione o Servizio di controllo interno, con ruoli e funzioni separate.

La tabella 3 fornisce un quadro di sintesi relativo al numero di aziende che hanno provveduto alla costituzione di un ufficio o servizio di controllo di gestione, distinto nella composizione e nei compiti ad esso attribuiti dall'eventuale Nucleo di valutazione o Servizio di controllo interno ex D.L.vo 29/93, e della loro composizione.

Dai dati rilevati emerge che 60 aziende su 67 (89,6%) hanno costituito il Servizio o Ufficio controllo di gestione e che ciò è stato realizzato nella quasi totalità delle aziende ospedaliere. In merito alla numerosità, in termini di operatori coinvolti, di tale servizio risulta essere maggiore quella delle aziende USL (5,04 operatori contro i 3,88 delle aziende ospedaliere) elemento che può essere interpretato in ragione della complessità dei fenomeni da governare. Per quanto riguarda la composizione, si osserva che vengono scarsamente coinvolte professionalità mediche, indispensabili per comprendere le dinamiche gestionali in ambito sanitario, e una discreta partecipazione di professionalità provenienti dall'esterno. Quest'ultimo dato, da un certo punto vista, rappresenta sia la conferma del grado di sperimen-

**Tabella 3 - Aziende con controllo di gestione distinto da NDV**

	Totale aziende	Aziende con budget 1997	Aziende con CdG	% su aziende con budget
Totale aziende .....	311	67	60	89,6%
Aziende Usl .....	226	49	43	87,8%
Aziende ospedali.....	85	18	17	94,4%
<i>Composizione media controllo di gestione</i>				
	<b>Aziende USL</b>			
	<b>Interni</b>	<b>Esterni</b>	<b>Totale</b>	
Medici .....	0,57	0,02	0,60	
Laureati sanitari .....	0,20	0,02	0,22	
Economisti .....	1,46	0,34	1,80	
Altri .....	2,32	0,10	2,41	
<b>Totale.....</b>	<b>4,55</b>	<b>0,49</b>	<b>5,04</b>	
	<b>Aziende ospedale</b>			
	<b>Interni</b>	<b>Esterni</b>	<b>Totale</b>	
Medici .....	0,38	0,00	0,38	
Laureati sanitari .....	0,13	0,00	0,13	
Economisti .....	0,75	0,38	1,13	
Altri .....	2,19	0,06	2,25	
<b>Totale.....</b>	<b>3,44</b>	<b>0,44</b>	<b>3,88</b>	

talità del sistema di *budget* nella maggioranza delle realtà sanitarie italiane sia la notevole difficoltà nel reperire, all'interno dell'azienda, professionalità adeguate.

Nella tabella 4 vengono presentati i dati relativi al numero di aziende che hanno provveduto a costituire il Nucleo di valutazione aziendale (o Servizio di controllo interno) e alla composizione media di tale organismo, sia che ad esso venga attribuita l'esclusiva funzione di organismo deputato alla valutazione dei risultati ai fini del sistema premiante, sia che ad esso, al precedente, venga anche attribuito il compito di esercitare le funzioni tipiche del controllo di gestione.

I dati evidenziano che 58 aziende su 67 (86,6%) hanno provveduto alla costituzione del Nucleo di valutazione o Servizio di controllo interno e, anche in questo caso, si registra una maggiore propensione delle aziende ospedaliere rispetto a quelle USL.

Un dato piuttosto singolare, relativo al numero di operatori coinvolti, è rappresentato dal fatto che, mediamente, tali organismi sono stati costituiti con un numero di operatori superiore a quello previsto per il servizio o ufficio controllo di gestione. In realtà, anche in ragione della mole di lavoro richiesto, dovrebbe accadere l'esatto opposto. Le professionalità mediche, nel caso dei Nuclei di valutazione, vengono coinvolte con maggiore intensità

sebbene non rappresentino la maggioranza degli operatori coinvolti.

Rispetto a quanto osservato in merito alla composizione del servizio controllo di gestione, che si articolano sia in termini di professionalità che di apporto fornito da professionalità esterne in modo sostanzialmente omogeneo tra aziende USL ed ospedaliere, nel caso dei Nuclei di valutazione è possibile registrare notevoli differenziazioni.

La prima riguarda l'apporto fornito da professionalità di tipo economico-aziendale: nel caso delle aziende ospedaliere essa rappresenta quasi il 50% degli operatori coinvolti contro il 30% circa delle aziende USL. Ciò potrebbe essere legato al fatto che la differente modalità di finanziamento adottata per le due tipologie d'azienda ha generato un approccio più orientato a valutare i risultati economici nelle aziende ospedaliere di quanto non sia accaduto in quelle USL. La seconda riguarda il contributo fornito da professionalità esterne, pari a circa il 30% nelle aziende USL e ad oltre il 50% in quelle ospedaliere, che, da un certo punto di vista, è coerente con l'osservazione precedente. La focalizzazione del Nucleo di valutazione su aspetti economici, infatti, determina la necessità di disporre di professionalità difficilmente reperibili all'interno dell'azienda.

Al fine di valutare lo sviluppo della funzione di controllo all'interno dell'azienda, oltre agli aspetti già evidenziati, risulta cruciale analizzare le modalità con le quali è attivato il meccanismo di diffusione delle informazioni gestionali al fine di consentire l'effettuazione di azioni correttive sulla gestione e, quindi, di garantire il massimo grado possibile di efficacia dei Centri di responsabilità e dell'azienda.

Se la finalità ultima del sistema di *budget* è quella del perseguimento de-

Tabella 4 - Aziende con nucleo di valutazione

	Aziende universo	Aziende con budget 1997	Aziende con NDV	% su aziende con budget
Totale aziende.....	311	67	60	86,6%
Aziende Usl.....	226	49	42	85,7%
Aziende ospedali.....	85	18	16	88,9%
<i>Composizione media nucleo di valutazione</i>				
	<b>Aziende USL</b>			
	<b>Interni</b>	<b>Esterni</b>	<b>Totale</b>	
Medici.....	1,38	0,43	1,81	
Laureati sanitari.....	0,31	0,00	0,31	
Economisti.....	0,64	0,98	1,62	
Altri.....	1,24	0,21	1,45	
<b>Totale.....</b>	<b>3,57</b>	<b>1,62</b>	<b>5,19</b>	
	<b>Aziende ospedale</b>			
	<b>Interni</b>	<b>Esterni</b>	<b>Totale</b>	
Medici.....	0,94	0,44	1,38	
Laureati sanitari.....	0,13	0,19	0,31	
Economisti.....	0,69	1,44	2,13	
Altri.....	0,44	0,31	0,75	
<b>Totale.....</b>	<b>2,19</b>	<b>2,38</b>	<b>4,56</b>	

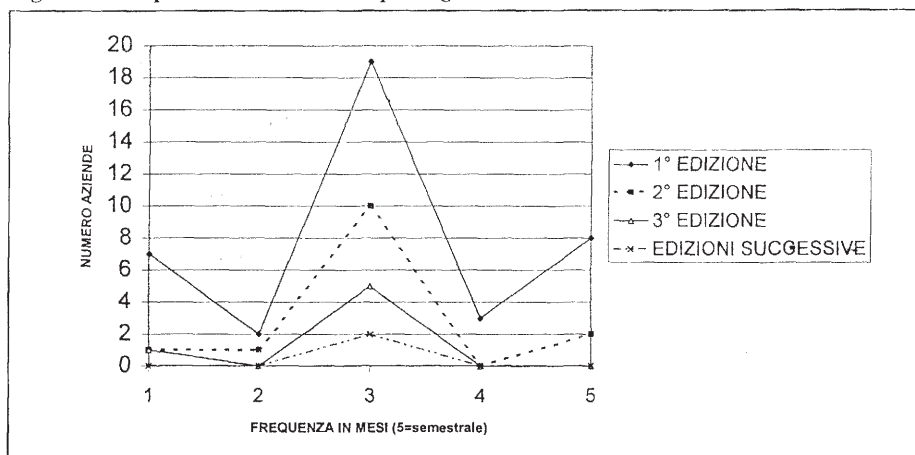
gli obiettivi in esso definiti, infatti, risulta vincente un approccio che porti alla progettazione ed alla attivazione di un sistema di *reporting* che, oltre alle normali caratteristiche di un sistema contabile, sia:

a) organizzato su una frequenza infrannuale tale da garantire la possibilità di interventi correttivi significativi;

b) sufficientemente tempestivo da garantire, oltre alla significatività dell'azione correttiva, anche la sua efficacia.

Per quanto riguarda la frequenza del sistema di *reporting*, i risultati dell'indagine mostrano una situazione poco rassicurante.

Il grafico di figura 9, infatti, evidenzia che 13 aziende su 61 (21,31%)

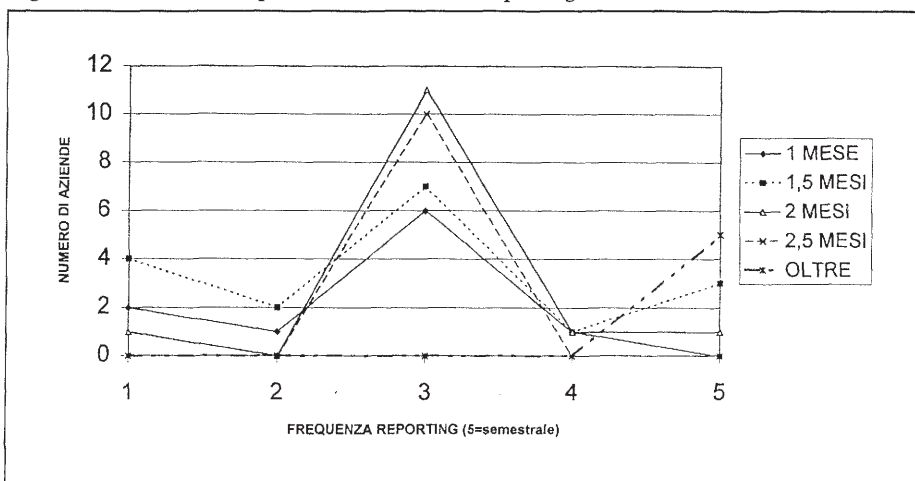
Figura 9 - Frequenza del sistema di *reporting*

hanno adottato un sistema di *reporting* quadrimestrale o semestrale. Tale cadenza temporale, in effetti, non consente, anche in considerazione dei tempi di produzione delle informazioni necessari, interventi gestionali significativi. È da osservare, infatti, che anche quando l'informazione venisse resa disponibile in tempi estremamente brevi, per esempio ad un mese dalla chiusura contabile del periodo considerato, l'eventuale intervento gestionale potrebbe essere effettuato, in relazione anche ai necessari tempi di reazione, solo quando resta da trascorrere meno della metà dell'esercizio contabile. Con il passare delle edizioni, tuttavia, si osserva una decisa tendenza ad adottare una frequenza del sistema di *reporting* almeno trimestrale.

Relativamente alla tempestività con la quale vengono prodotte le informazioni, la situazione risulta essere ancor più preoccupante. La situazione generale è infatti caratterizzata da notevoli ritardi, da due mesi ed oltre, nella produzione dei report dopo la chiusura del periodo contabile infrannuale di riferimento (figura 10).

In particolare si rileva che 29 aziende su 56 (51,79%) hanno ritardi superiori o uguali ai due mesi. L'informazione prodotta con tale ritardo vanifi-

Figura 10 - Grado di tempestività del sistema di reporting



ca di fatto lo sforzo prodotto da sistemi di reporting con frequenza trimestrale o inferiore. Il momento in cui si rende possibile l'effettuazione di azioni correttive, infatti, si colloca in un periodo temporale, considerando anche i normali tempi di reazione legati all'analisi del problema ed alla elaborazione di azioni correttive, che è lontano dalla chiusura del periodo contabile di riferimento per un numero di mesi uguale o superiore a quelli di rilevazione.

Incrociando i dati relativi alla frequenza del sistema di reporting con quelli relativi ai ritardi con i quali vengono prodotte le informazioni e individuando, per il primo dato, la frequenza almeno trimestrale come valore di riferimento sufficientemente ragionevole per poter produrre azioni significative e, per il secondo, un ritardo pari o inferiore al mese e mezzo al fine garantire l'efficacia dell'azione correttiva, si osserva che solo 22 aziende su 56 (39,29%) dispongono di un sistema di reporting adeguato alle esigenze del controllo di gestione.

Spesso l'inadeguatezza del sistema di reporting è correlato ad uno sviluppo insufficiente dei supporti informatici necessari. Anche in questo caso i risultati dell'indagine evidenziano una situazione che è sostanzialmente

sovrapponibile a quella evidenziata in merito al sistema di reporting.

Il sistema contabile del controllo di gestione è infatti supportato da collegamenti informatici in rete solo in 43 casi su 67 (64,18%) e in 40 casi su 64 (62,5%) il sistema di budget e di reporting è gestito mediante un software appositamente progettato. In merito a quest'ultimo aspetto si sottolinea che spesso supporti software di tipo generico (*excell* o *access*) garantiscono una maggiore flessibilità nella produzione di prospetti informativi ma richiedono sforzi di produzione molto più rilevanti rispetto a quelli necessari nei casi in cui si rende disponibile un supporto specifico.

## 5. Conclusioni ed elementi di discussione

Sulla base dei risultati analizzati, si può affermare che a circa cinque anni dalla data di promulgazione del D.L.vo 502/92 lo sviluppo dei sistemi di programmazione in generale e, in particolare, del sistema di budget nelle aziende sanitarie pubbliche italiane è piuttosto lontano dalla situazione attesa o sperata. Di fronte ad uno stato dell'arte così arretrato è ragionevole sviluppare alcune considerazioni di fondo relativamente alla:

- comprensione delle cause che hanno determinato l'attuale situazione;

- analisi delle problematiche che dovranno essere affrontate nei prossimi tre-cinque anni anche in relazione ai provvedimenti attualmente in vigore in materia di gestione delle aziende sanitarie pubbliche;

- analisi delle prospettive in merito a possibili interventi legislativi sia a livello nazionale che regionale in materia di riordino dell'attuale sistema sanitario;

- individuazione delle possibili azioni per modificare in tempi ragionevolmente brevi l'attuale grado di sviluppo dei sistemi di programmazione nelle aziende sanitarie.

Si tratta evidentemente di temi particolarmente rilevanti che certamente non possono trovare nel presente lavoro una risposta definitiva. Tuttavia è possibile evidenziare, almeno per linee generali, gli aspetti di maggior rilievo.

Per quanto riguarda le cause che hanno determinato l'attuale situazione, è possibile individuarne almeno tre:

- la forte instabilità, soprattutto in alcune regioni, sia con riferimento alla figura del direttore generale di ruolo sia al modello istituzionale delle aziende di riferimento, ha generato una reale difficoltà nello svolgere una adeguata funzione di programmazione da parte degli organi apicali dell'azienda. È evidente, infatti, che l'azione di un commissario straordinario, per quanto preparato ed orientato alla introduzione di sistemi di gestione innovativi, difficilmente può andare oltre alla gestione del contingente. Da un lato, infatti, è estremamente complesso intraprendere azioni che condizioneranno la vita dell'azienda per un periodo pluriennale e, al contempo, non avere alcuna garanzia di poter proseguire in prima persona i processi

di cambiamento più rilevanti. Così come è complesso far accettare decisioni di particolare rilevanza ad un organismo aziendale che non sa per ancora quanti mesi verrà seguita una certa linea di gestione. Le stesse considerazioni valgono, anche se con un taglio leggermente diverso, per tutte quelle realtà aziendali oggetto di forte turbolenza in relazione al modello istituzionale adottato. Molte sono le regioni, ed in alcune tale processo è ancora in atto, che procedono a revisioni degli ambiti territoriali di competenza delle USL e/o della collocazione degli ospedali quali presidi di USL o come aziende autonome;

— il periodo triennale (1995-1997) di sperimentazione del dettato del D.L.vo 502/92, e successive modificazioni ed integrazioni, è senza dubbio un altro dei motivi fondamentali che hanno determinato un limitato sviluppo della funzione di programmazione aziendale. Ciò si riflette sostanzialmente su due aspetti principali: l'adozione di modalità di finanziamento e criteri di valutazione dell'operato aziendale, quindi del direttore generale, solo formalmente aderenti a quanto previsto dal D.L.vo 502/92. È infatti difficile ipotizzare lo sviluppo di strumenti, che sul piano dello sforzo organizzativo possono essere anche estremamente costosi, quando il prodotto da questi generato risulta sostanzialmente inutile sia per quanto riguarda la negoziazione delle risorse con la regione sia al fine di valutare i risultati gestionali conseguiti. La progettazione e l'avvio di sistemi gestionali, infatti, non avviene perché previsto dalle leggi, ma in quanto elementi fondamentali per garantire la sopravvivenza dell'azienda. È infine corretto evidenziare che in molte regioni si registra una forte carenza dell'attività di programmazione da parte dell'organo di coordinamento centrale. In tali contesti è difficile che si sviluppi una ade-

guata funzione di programmazione a livello aziendale almeno per gli aspetti che superano la gestione delle problematiche di carattere contingente;

— la possibilità di sviluppare sistemi di gestione innovativi dipende anche dalla possibilità di disporre delle condizioni operative elementari. In particolare ci si riferisce ai seguenti aspetti: *know how*, professionalità da inserire all'interno del gruppo che si occupa della programmazione e del controllo di gestione; risorse finanziarie per adattare i supporti informatici esistenti e renderli adeguati alle nuove esigenze aziendali. Per quanto riguarda il *know-how*, si registra, riprendendo i risultati dell'indagine, un rilevante ricorso a professionalità esterne. Oltre il 50% delle aziende dotate del sistema di *budget* nel 1997 ha infatti dichiarato di aver usufruito di consulenze fornite da organizzazioni o professionisti esterni all'azienda. Tale aspetto non è preoccupante di per sé. È evidente, infatti, che a fronte di una carenza interna si rende necessario richiedere un intervento esterno. L'aspetto di preoccupazione è rappresentato dal fatto che, spesso, ciò è avvenuto al di fuori di interventi di più ampio respiro volti alla definizione di modelli generali di riferimento anche al fine di garantire una omogeneità, almeno minimale, dei progetti realizzati. Relativamente alle risorse umane ed informatiche, sono generalmente risaputi i seguenti aspetti: fino a quando la programmazione ed il controllo di gestione sono stati considerati strumenti di importanza marginale, sono stati destinati a tale funzione le professionalità «non altrimenti riciclabili» o nuovi assunti «lanciati allo sbaraglio» senza concrete politiche di sviluppo delle professionalità interne; allo stesso modo il sistema informativo aziendale e, di conseguenza, lo sviluppo dei sistemi informatici di supporto, sono stati, nella maggioranza dei casi, pro-

gettati al fine di garantire la produzione delle informazioni di carattere burocratico-amministrativo indispensabili all'azienda e, solo in rari casi, anche allo sviluppo di sistemi informativi di carattere gestionale. Ora che il processo di «aziendalizzazione» deve proseguire è evidente che il differenziale da colmare è particolarmente rilevante e richiede un impegno, sul piano degli investimenti, non sempre sostenibile nel breve o brevissimo periodo.

La situazione appena descritta ha evidenti e rilevanti conseguenze sul grado di applicabilità di una serie di provvedimenti assunti in campo sanitario e che, per essere compiutamente realizzati, richiedono il sostegno degli strumenti della programmazione e del controllo di gestione.

In particolare vengono fortemente penalizzati i sistemi di programmazione generale del sistema sanitario di ciascuna regione e la conseguente adozione di modelli di finanziamento progressivamente coerenti con il D.L.vo 502/92, lo sviluppo di modelli di sistema sanitario basati sulla competizione tra strutture pubbliche e private nell'ambito del sistema di accreditamento, la piena attuazione degli elementi di maggiore innovatività previsti nei contratti collettivi nazionali di lavoro per la dirigenza basati sulla graduazione delle posizioni e sulla retribuzione di risultato oltre, ovviamente, alla possibilità di disporre di strumenti di gestione dell'azienda in grado di garantire l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese.

Le prospettive per il prossimo futuro non sono quindi particolarmente rosee. Anzi è possibile registrare ulteriori elementi di preoccupazione. Essi, nella sostanza, derivano dalla possibilità che in tempi brevi si giunga alla emanazione di ulteriori provvedimenti in materia di riordino del sistema sanitario nazionale. In effetti uno dei

problemi di maggiore rilevanza che non hanno consentito lo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo di gestione è rappresentato proprio dalla instabilità dell'attuale sistema. Con il primo gennaio 1998 avrebbe dovuto considerarsi definitivamente chiuso il periodo sperimentale, previsto dal D.L.vo 502/92, al fine di passare alla piena applicazione di quanto in esso previsto. In realtà, anche sulla base di quanto analizzato nel presente lavoro, si renderebbe necessario un'estensione del periodo sperimentale per ulteriori tre-cinque anni.

Evidentemente un'affermazione di tale natura richiede ulteriori approfondimenti. In prima istanza è necessario evidenziare che il nostro sistema sanitario richiede un periodo di stabilità per poter assimilare tutte le innovazioni introdotte dal 1992 ad oggi. Ciò, ovviamente, a patto che il modello di sanità disegnato allora sia ancora politicamente attuale. Ossia un modello che prevede: un ruolo politico a livello di indirizzi nazionali e regionali ma non a livello di singola azienda, la quale diventa lo strumento di realizzazione delle politiche generali; sistemi di finanziamento basati sui bisogni (quota capitaria) e/o sui risultati (sistema di tariffazione delle prestazioni) e non, come accadeva in passato, in ragione della distribuzione e consistenza delle strutture d'offerta (spesa storica); lo spostamento dell'ottica del governo del sistema dalle risorse ai risultati, passaggio segnato anche dall'adozione del nuovo sistema di contabilità generale; lo sviluppo della competitività tra strutture pubbliche e private e la, almeno parziale, distinzione tra funzioni di compratore e produttore di prestazioni sanitarie.

Se tale modello non fosse più condiviso a livello politico è evidente che l'avvio di ulteriori processi di cambiamento non potrebbero essere bloccati a causa dell'assenza o del limitato svi-

luppo dei sistemi di gestione. Tuttavia se gli interventi previsti fossero tali da non mettere in discussione alcuni principi fondamentali del D.L.vo 502/92, allora il problema di «stabilizzare» il sistema si pone in tutta la sua rilevanza.

Stabilizzare il sistema non deve comunque significare bloccare lo sviluppo del processo di cambiamento avviato con il D.L.vo 502/92 in tutte le regioni italiane. In alcune realtà, infatti, lo sviluppo del processo di aziendalizzazione può essere considerato adeguato e comunque meritevole di essere proseguito anche al fine di rappresentare un punto di riferimento importante per le situazioni maggiormente arretrate. È inoltre da considerare che molte innovazioni, soprattutto quelle introdotte con i contratti collettivi nazionali di lavoro, rappresentano per le aziende adeguatamente preparate un'opportunità formidabile per il miglioramento della gestione.

Garanzie di stabilità possono derivare: dalla conferma che il modello generale di sistema sanitario, a livello nazionale, non subirà modifiche rilevanti, soprattutto nei suoi aspetti fondamentali, per un periodo di tre-cinque anni; dall'adozione di regole per la nomina dei direttori generali più flessibili rispetto al passato e tali da sottolineare il rapporto fiduciario che deve esistere tra regione e direttore generale d'azienda e da evitare i continui ricorsi al TAR che, inevitabilmente, determinano periodi di ingovernabilità della singola azienda talvolta anche incomprensibilmente lunghi; l'assunzione, da parte delle regioni, dell'impegno a mantenere inalterata la struttura dell'azienda (ambiti territoriali di USL e scorpori di presidi ospedalieri per renderli aziende autonome) per tutta la durata dell'incarico assegnato ad un direttore generale.

L'eventuale estensione del periodo di sperimentazione che, almeno nelle

regioni più arretrate sul piano dello sviluppo dei sistemi di gestione, dovrebbe interessare tutte o gran parte delle innovazioni introdotte fino ad oggi in materia di riordino del sistema sanitario, dovrebbe comunque essere caratterizzato da un ruolo attivo da parte degli organi di governo centrale (Ministero della sanità e regioni). Infatti, un processo di cambiamento non si realizza solo mediante l'adozione di provvedimenti ma richiede di essere costantemente monitorato e stimolato. Il rischio, infatti, è di vedere trascorrere i prossimi tre-cinque anni per ritrovarci in una situazione del tutto simile a quella attuale.

Da un certo punto di vista si tratta di attivare il medesimo sistema di programmazione e controllo che si auspica si sviluppi in tutte le aziende sanitarie. Definiti gli obiettivi, ossia la realizzazione di determinati strumenti, si tratta di monitorarne lo sviluppo nel tempo al fine di intervenire con azioni correttive quando necessario.

La prima azione da compiere, quindi, consiste nel rendere routinaria la rilevazione di dati elementari che consentono, al pari di quanto è stato fatto con l'indagine promossa dall'ASSR e dal Ce.R.G.A.S. dell'Università Bocconi, di valutare sistematicamente lo stato di sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo di gestione.

Più complesso, invece, risulta essere la definizione delle azioni correttive necessarie per consentire o supportare lo sviluppo di tali strumenti. Ciò è legato a due fattori fondamentali: il primo è rappresentato dal fatto che i problemi si manifestano con connotazioni sempre differenti e, quindi, la ricerca della soluzione più adeguata va effettuata sulla base di un'attenta lettura delle cause determinanti; il secondo è rappresentato dalle difficoltà che un intervento a livello centrale (ministero) potrebbe incontrare in sede di attuazione locale (regioni) a causa della

necessità di rispettare i differenti livelli di autonomia. Tuttavia, prendendo ad esempio la situazione descritta nei paragrafi precedenti, è possibile delineare alcune azioni con contenuto propositivo o propulsivo, quando adottate a livello nazionale, e anche obbligatorio, quando adottate a livello regionale.

Una prima azione, con valenza nazionale, consiste nell'organizzare un osservatorio con lo scopo di rilevare ed analizzare i diversi modelli di programmazione generale, di sistema di *budget* e di sistema di *reporting* attuati nelle aziende sanitarie per diffondere quelli di maggiore successo. Ciò darebbe l'opportunità, alle aziende già dotate di tali sistemi, di individuare i possibili interventi migliorativi o, per le aziende che ne sono sprovviste, di adottare modelli già sperimentati e, quindi, di ridurre notevolmente i costi e tempi di progettazione. L'adozione di modelli di riferimento a livello regionale, invece, potrebbe determinare l'adozione di linee guida minimali obbligatorie al fine di garantire una sufficiente omogeneità negli strumenti adottati nelle diverse aziende.

È da sottolineare che, inoltre, la diffusione dei modelli di maggiore successo orienterebbe anche i comportamenti delle società di consulenza del settore, che si troverebbero inevitabilmente confrontate tra loro, verso la progettazione di sistemi già testati e, quindi, da offrire a costi più contenuti.

Non è inoltre da escludere che tale iniziativa possa essere replicata con riferimento agli aspetti informatici legati al sistema di programmazione e controllo di gestione. La possibilità di analizzare le soluzioni informatiche e procedurali adottate nelle diverse aziende potrebbe garantire, infatti, la

diffusione dei modelli di maggior successo e al minor costo possibile e anche favorire il confronto tra i diversi prodotti informatici offerti dal mercato.

Un'altra azione particolarmente utile, questa volta finalizzata a garantire lo sviluppo di professionalità interne alle aziende, può essere realizzata mediante la progettazione di un percorso regionale di inserimento di personale neo assunto attraverso l'effettuazione di corsi di formazione specifici e, soprattutto, di periodi di *stage* presso le aziende più progredite. Si tratta evidentemente di un investimento rischioso, in quanto lo sviluppo di professionalità rende tali risorse «apetibili» non solo sul mercato delle aziende sanitarie ma anche di quello delle società di consulenza, ma anche estremamente vantaggioso nel momento in cui la regione riesce a collocare risorse formate sullo specifico tema della programmazione e controllo di gestione nelle aziende di propria competenza.

Un'ultima azione rilevante, peraltro di estrema complessità realizzativa a causa di problematiche precedentemente evidenziate, consiste nell'agire sulle risorse allocate. Uno dei livelli assistenziali uniformi previsti nell'ultimo Piano sanitario nazionale approvato è, infatti, rappresentato dallo sviluppo di tutta l'area dei servizi di supporto ed amministrativi. Tali interventi, che potrebbero essere realizzati a livello nazionale e/o regionale, potrebbero essere orientati a vincolare significativamente l'ammontare di risorse destinato a tale settore dell'attività delle aziende anche allo sviluppo dei sistemi di gestione. In ipotesi, tali interventi potrebbero essere progressivamente vincolanti, in ragione dello

stato dell'arte osservato nelle diverse regioni e/o aziende sanitarie, finalizzando in modo crescente le risorse disponibili allo sviluppo degli strumenti ritenuti maggiormente rilevanti.

Al termine della presente analisi si ritiene opportuno evidenziare anche alcuni aspetti positivi. In prima istanza va sottolineato l'importante sforzo compiuto in numerose aziende, anche se sono ancora troppo poche, al fine di adottare strumenti di gestione innovativi e complessi come il *budget*. In alcune regioni, tra l'altro, ciò è avvenuto in un contesto che ha visto l'organismo centrale particolarmente attivo e con un ruolo propositivo decisivo. È inoltre da osservare che l'analisi dei documenti di supporto ai questionari utilizzati nell'ambito dell'indagine dell'ASSR-Ce.R.G.A.S., che saranno oggetto di successive pubblicazioni, stanno evidenziando che i modelli adottati, almeno con riferimento al sistema di *budget*, sono spesso di livello medio-alto. Ciò a testimonianza di approcci studiati e sperimentati con un elevato grado di professionalità.

Tale fattore di positività deve essere considerato un formidabile patrimonio di sperimentazioni e conoscenze, maturate all'interno del sistema sanitario disegnato con il D.L.vo 502/92, e rappresenta il segnale di fondo che il processo di modernizzazione avviato nella sanità pubblica può essere proseguito con successo. A tale scopo, tuttavia, risulta decisivo un approccio che preveda un ruolo molto attivo, fino ad oggi purtroppo estremamente carente, da parte degli organismi di governo centrale (ministero e regioni) finalizzato a creare le condizioni base affinché le esperienze maturate possano essere rapidamente diffuse su tutto il territorio nazionale.