

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

*di Eugenio Anessi Pessina e Elena Cantù*

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

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

- ▶ Che il dibattito non possa limitarsi alle «ricette», agli aspetti di principio, ai presunti punti di forza e di debolezza di alternativi modelli «ideali» o comunque di alternative formule e architetture istituzionali, ma debba estendersi all'osservazione della realtà, ai risultati effettivi e concreti che le «ricette» di volta in volta formulate o rivisitate sono in grado di produrre.
- ▶ Che la responsabilità di un centro di ricerca sia di immettere nel sistema e nel dibattito politico, istituzionale e sociale dosi massicce di conoscenze per incidere sulle tre determinanti del cambiamento, ossia sapere, volere e potere. A quest'ultimo riguardo va segnalato il sito del CERGAS ([www.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it)), che presenta i principali dati del SSN e permette di accedere ai file di tutti i Rapporti OASI, organizzati sia per anno che per temi.

Come premessa metodologica di fondo, OASI indaga il sistema sanitario secondo l'approccio economico-aziendale. Si tratta di una precisazione doverosa perché il sistema sanitario può essere indagato secondo diversi approcci: clinico, giuridico, politico, sociologico, economico generale, economico aziendale ecc. Pur nel pieno rigore metodologico, ogni approccio applica al sistema sani-

tario i propri «schemi concettuali» e le proprie «chiavi di lettura», il che «porta ad analisi e interpretazioni della realtà che danno rilievo a differenti elementi che la caratterizzano» (Borgonovi, 1984, p. 6).

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

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

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

Le seconde sono invece più indicate (Yin, 1994) per analisi approfondite, per cogliere i dettagli e comprendere le relazioni di causa-effetto tra le diverse variabili interne ed esterne all'azienda, per rispondere a domande del tipo: perché? (per esempio, perché l'azienda impiega determinati indicatori di budget?); come? (per esempio, come si svolge la negoziazione di budget nell'azienda?).

Queste considerazioni acquistano particolare significato nel sistema sanitario pubblico, dove frequenti sono i comportamenti «isomorfici» (Powell e Di Maggio, 1983), di adesione solo formale a prescrizioni normative o a principi e soluzioni che riscuotono il consenso del contesto di riferimento (per esempio, l'introduzione di forme di centralizzazione degli acquisti, l'adozione di sistemi di valutazione multidimensionale della performance, la dipartimentalizzazione delle strutture organizzative) e dove quindi è molto rischioso fermarsi alle apparenze dichiarate nei documenti, nei questionari, nelle interviste strutturate.

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

## 1.2 Il modello di analisi

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

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

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

L'*assetto istituzionale* identifica i soggetti primari e le regole del gioco fondamentali dell'azienda ed è definito come la configurazione dei soggetti nell'interesse dei quali l'azienda nasce e opera (i cosiddetti *portatori di interessi istituzionali*); dei contributi che tali soggetti forniscono all'azienda; delle correlate aspettative nei confronti dell'azienda stessa; delle modalità di partecipazione dei diversi soggetti al governo dell'azienda; delle strutture e dei meccanismi che regolano tale partecipazione. Nell'impostazione qui accolta, per le aziende sanitarie pubbliche i portatori di interessi istituzionali sono le persone che compongono la collettività di riferimento e le persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La collettività di riferimento, in particolare, contribuisce all'attività dell'azienda prevalentemente attraverso il prelievo tributario. Le sue aspettative riguardano in primo luogo la disponibilità di adeguati servizi sanitari, ma non di rado si estendono ad altri aspetti (per esempio la tutela dei livelli occupazionali). La sua partecipazione al governo dell'azienda si esplica tipicamente attraverso la rappresentanza politica: prevalentemente a livello di comune nell'ar-

chitettura originale del SSN, essenzialmente a livello di regione dopo il D.lgs. 502/1992. Non mancano, comunque, altri canali attraverso cui i componenti della collettività possono cercare di influenzare le scelte aziendali: in alcune regioni gli Enti Locali hanno riconquistato un ruolo anche formale; alcune associazioni di pazienti e cittadini sono molto attive; significative evoluzioni si riscontrano nell'*empowerment* dei pazienti stessi. Infine, nell'architettura originale del SSN, le principali strutture di governo erano rappresentate dall'assemblea generale e dal comitato di gestione, poi sostituite (attraverso varie fasi) dall'organo monocratico di direzione generale. Regole particolari (anch'esse in forte evoluzione) disciplinano l'assetto istituzionale delle strutture «equiparate», tra cui le Aziende Ospedaliere Universitarie integrate con il SSN e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Il riferimento a regioni e comuni richiama il tema delle *relazioni di natura istituzionale* con altre aziende. Queste relazioni caratterizzano in modo significativo l'assetto istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche. Le riforme introdotte dal D.lgs. 502/1992, in particolare, hanno ridefinito i Servizi Sanitari Regionali (SSR) come gruppi di aziende (sanitarie locali e ospedaliere) guidati dalla regione: di qui il frequente riferimento alla regione come «capogruppo» o «holding».

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

Una caratteristica fondamentale delle combinazioni economiche è la loro estensione, ossia la loro dimensione, numerosità ed eterogeneità. Al riguardo si può osservare come in origine le Unità Sanitarie Locali (USL) si caratterizzassero per l'elevata estensione, al fine di perseguire i vantaggi connessi all'integrazione sia orizzontale (convergenza di tutti i servizi e attività attinenti alla salute in un'unica azienda), sia verticale (scarsa diffusione dell'esternalizzazione); come gli anni Novanta del secolo scorso siano stati invece caratterizzati da generali fenomeni di deintegrazione sia istituzionale (per esempio, scorporo delle Aziende Ospedaliere), sia gestionale-organizzativa (per esempio, specializzazione delle aziende in risposta alle convenienze generate dal sistema di finanzia-

mento; diffusione dell'*outsourcing* anche per attività precedentemente considerate *core*), quindi da aziende sanitarie pubbliche con combinazioni economiche meno estese; come infine dal 2000 sia di nuovo iniziata la ricerca di integrazione, in termini sia di reintegrazione istituzionale (es. riaccorpamento di ASL e AO), sia di riconnessione interistituzionale (es. creazione di aree vaste).

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

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

L'*organismo personale* è l'insieme delle persone che prestano il proprio lavoro all'interno dell'azienda. La teoria aziendale riconosce che il concetto di «organismo personale» può essere interpretato in modo più o meno ampio (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994). Nel SSN questa precisazione appare particolarmente rilevante per i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) che, seppure non legati da contratti di lavoro dipendente, rappresentano una risorsa strategica per le aziende.

L'*assetto tecnico*, infine, è dato dall'insieme di elementi che qualificano la configurazione fisico-tecnica dell'azienda, quindi dagli aspetti fisico-tecnici delle immobilizzazioni (fabbricati, impianti, attrezzature ecc.) e dei processi produttivi. In particolare, per le aziende sanitarie, l'assetto tecnico comprende il *layout* delle strutture (per esempio, la localizzazione dei posti letto, delle sale operatorie, dei magazzini

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

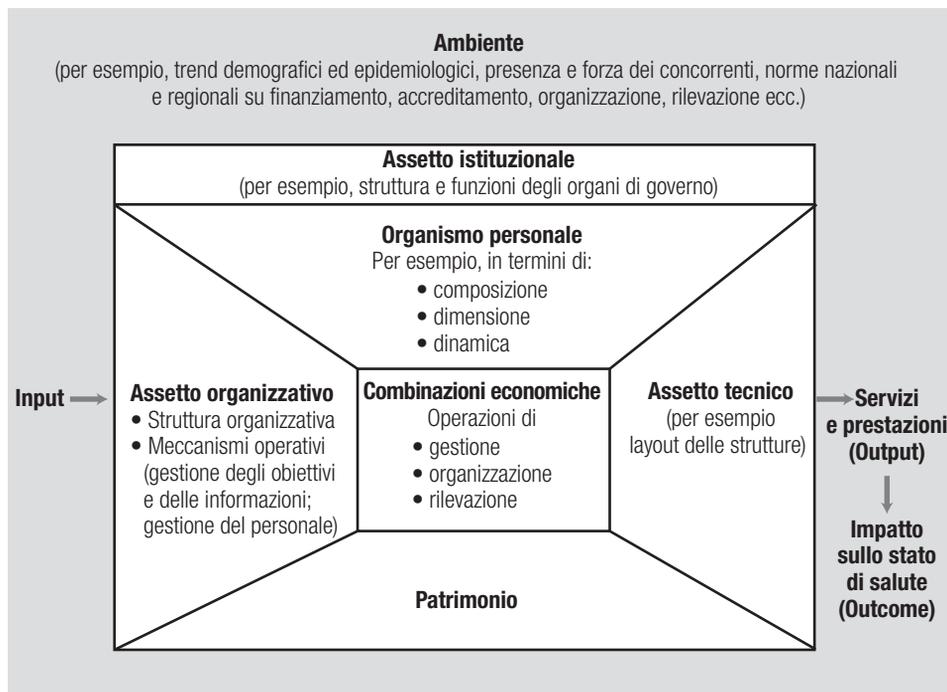
Naturalmente, tutti questi elementi sono interdipendenti e presentano un forte fabbisogno di coerenza. L'azienda è inoltre inserita in un *ambiente* che ne influenza significativamente il funzionamento, le fornisce gli *input* e ne riceve gli *output*. A questo riguardo assumono particolare rilevanza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

### 1.3 La struttura del Rapporto

La struttura del Rapporto riflette la Figura 1.1.

La prima parte («Il quadro di riferimento») fornisce alcune informazioni di sintesi sulla struttura del SSN, dei SSR e delle singole aziende, con particolare riferimento all'assetto tecnico, all'organismo personale, alle principali caratteristiche della rete di strutture e professionisti pubblici e privati accreditati e convenzionati. Inoltre, evidenzia i compiti fondamentali che spettano alla regione in quanto «capogruppo» del sistema regionale; sviluppa in particolare i temi del numero e delle caratteristiche delle aziende, che si modificano ogni anno a seguito degli interventi di «riordino» dei SSR; propone un quadro sintetico delle normative regionali che regolano l'assetto del SSR; presenta i dati di *turnover* dei Direttori Generali. Successivamente, analizza gli *input*, gli *output* e gli *outcome* delle aziende sanitarie in termini quantitativi (per esempio tipologie, volumi,

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



Fonte: adattato da Aroldi, Brunetti e Coda (1991, p. 88).

indicatori di qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate) e monetari (spesa, finanziamento, disavanzo). Nel quadro della progressiva responsabilizzazione finanziaria delle regioni, particolare attenzione viene dedicata alle misure regionali di copertura dei disavanzi. Inoltre, al fine di rendere più completa l'analisi, è stato ampliato il confronto con i dati di altri paesi dell'Unione Europea (UE-15 e UE nuovi paesi), extra UE (Norvegia e Svizzera) ed extra-europei (Stati Uniti, Canada, Australia e Giappone).

Sempre in questa prima parte vengono proposti due approfondimenti su tematiche emergenti di grande rilevanza per il sistema sanitario. Il § 4 affronta il tema dei fondi sanitari integrativi. I recenti decreti del 2008 e, soprattutto, del 2009 ne hanno, infatti, rilanciato lo sviluppo, collocandoli nell'ambito di un'ampia proposta di riforma «multi-pilastro» del sistema sociale italiano (basata su tre pilastri: SSN, «fondi integrativi» negoziali o istituiti su basi volontarie, privato basato su polizze assicurative individuali). Il risultato è stato una rapida accelerazione, negli anni più recenti, del numero di fondi sanitari – soprattutto negoziali – che ha allargato di molto la platea dei beneficiari. Il capitolo ripercorre quindi l'evoluzione dei fondi sanitari integrativi, ne discute il funzionamento at-

tuale e propone alcune riflessioni sul futuro e sul ruolo che regioni e aziende sanitarie pubbliche possono svolgere nello sviluppo di tali fondi. Il § 5 è invece dedicato ai contenuti della recente direttiva comunitaria in tema di mobilità internazionale e al suo presumibile impatto sul funzionamento del SSN.

La seconda parte («I sistemi sanitari regionali») si focalizza sui SSR, evidenziando ancora una volta la forte differenziazione interregionale. In particolare, il § 6 traccia un profilo di cinque SSR variamente rappresentativi del contesto nazionale (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Abruzzo e Sicilia), indagando per ciascuno il quadro di riferimento, la configurazione istituzionale, le *policy* emergenti e le principali criticità, per poi proporre, nelle conclusioni, alcune riflessioni sui rapporti tra capogruppo e aziende, sull'evoluzione dei servizi offerti e sullo stato di salute del management. Il § 7 si focalizza invece sul governo regionale della spesa farmaceutica, presentando il quadro complessivo delle politiche regionali, analizzando i principali indicatori regionali di spesa farmaceutica pubblica e privata e, infine, proponendo un'indagine statistica tesa a quantificare l'impatto sulla spesa, nel tempo e tra le diverse regioni, delle politiche farmaceutiche adottate a livello regionale.

Le successive tre parti sono dedicate più specificamente alle aziende. Nella terza parte («Assetti istituzionali e combinazioni economiche»), il § 8 propone un *framework* per valutare la *performance* dei progetti di cambiamento della *supply chain* in sanità (con particolare riferimento ad acquisti e logistica) e lo applica a quattro casi nazionali e internazionali, evidenziando tra l'altro come il *management* aziendale si senta sempre più legittimato a incidere direttamente sui processi di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, un tempo considerati prerogativa esclusiva dei professionisti. Ancora più radicali, da questo punto di vista, sono le innovazioni presentate nel § 9. Tale contributo descrive l'emergere, nel contesto della sanità «privata-privata», di iniziative che si ispirano alla logica del *low cost*, cercando di combinare tariffe convenienti con l'attenzione alla qualità. Pur collocandosi in una nicchia particolare (quella della «sanità leggera», ossia della sanità ambulatoriale a basso livello di complessità), queste iniziative hanno molteplici implicazioni per il SSN, tra cui l'opportunità di una riflessione sui livelli di efficienza operativa degli erogatori tradizionali. Più orientato agli assetti istituzionali, infine, è il § 10, che presenta un'analisi delle retribuzioni dei DG, DA e DS delle aziende sanitarie pubbliche, utilizzando come parametri di riferimento le retribuzioni dei direttori di dipartimento, dei *top manager* di aziende sanitarie private accreditate e dei CEO di *Hospital Trust* inglesi.

Nella quarta parte («L'organizzazione»), il § 11 sviluppa il tema della valutazione delle competenze manageriali dei professionisti. In particolare, il capitolo descrive l'applicazione in una ASL del sistema di valutazione a 360°, evidenziandone fattibilità e benefici, ma anche esplicitandone criticità, margini di miglioramento, condizioni di successo. Il § 12 è dedicato all'introduzione del nuovo mo-

dello organizzativo per intensità di cura negli ospedali toscani, mentre il § 13 presenta e applica a due casi aziendali un modello metodologico per l'analisi e la riprogettazione delle reti ospedaliere di aziende multipresidio.

La quinta parte («La rilevazione»), infine, propone nel § 14 una mappatura delle principali differenze attualmente esistenti nelle normative contabili regionali e un'analisi delle principali esperienze regionali e aziendali di introduzione della revisione contabile. Segue un capitolo (§ 15) dedicato alle principali innovazioni introdotte dai Servizi programmazione e controllo delle aziende sanitarie, da cui emerge tra l'altro come tali Servizi continuino a svolgere un ruolo molto ampio, che si estende spesso all'analisi e riprogettazione dei processi aziendali. Conclude il Rapporto un capitolo sul *project finance* (§ 16), che indaga le criticità incontrate da tale strumento nell'opinione degli operatori privati.

## 1.4 I principali risultati

Il principale filo conduttore del Rapporto 2011 è la centralità della dimensione economico-finanziaria, che condiziona fortemente le scelte di politica sanitaria e i comportamenti aziendali. La maggior parte dei capitoli evidenzia, infatti, la ricerca di risparmi e di razionalizzazioni, mentre scarso spazio sembrano avere le iniziative di sviluppo e innovazione.

L'intensità dei vincoli finanziari ha significative implicazioni sia per la spesa pubblica, quindi per il SSN, sia per quella privata, quindi per quella parte del sistema sanitario (peraltro dai confini sempre meno definiti) che esula dal SSN. Rispetto al passato, il Rapporto 2011 dedica attenzione non solo alla prima, ma anche alla seconda.

Per quanto riguarda la spesa pubblica, già dai dati essenziali traspare la centralità delle iniziative di contenimento: il 2010 si è caratterizzato per una crescita molto contenuta della spesa (+0,9%), che mantiene l'Italia al di sotto della media UE-15 sia in termini pro-capite, sia (malgrado l'incapacità di crescere dell'economia italiana) in rapporto al PIL; i disavanzi permangono, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori medi nazionali (nel 2010, circa 2% del finanziamento e 0,15% del PIL). Tutto ciò riflette e sintetizza un profondo mutamento negli atteggiamenti delle aziende rispetto ai vincoli economico-finanziari: se in passato i vincoli venivano spesso giudicati irrealistici e non incidevano quindi sugli effettivi comportamenti aziendali, generando circoli viziosi di generazione e copertura dei disavanzi, oggi gli stessi vincoli sono giudicati pienamente credibili e condizionano fortemente le scelte gestionali.

Sotto il profilo degli equilibri economici di breve periodo, l'unico elemento di forte preoccupazione è la differenziazione interregionale, con tre Regioni (Lazio, Campania e Sicilia) che da sole hanno prodotto il 69% sia del disavanzo 2010, sia

del disavanzo cumulato 2001-10. L'identità tra il dato puntuale 2010 e quello cumulato del decennio, tra l'altro, riflette in modo molto efficace la natura strutturale delle criticità istituzionali, organizzative e gestionali di queste tre regioni, sebbene il dato puntuale 2010 del loro disavanzo complessivo (1,6 miliardi di Euro) sia ben al di sotto del massimo storico di 4 miliardi raggiunto nel 2005.

Alcune criticità significative si riscontrano anche sotto il profilo finanziario, come testimoniano le rilevazioni circa i tempi di pagamento dei fornitori. Sui flussi di cassa esistono, peraltro, alcune opacità, che il recente D.lgs. 118/2011 cerca in parte di sanare con l'obbligo di accensione, a livello regionale, di specifici «conti di tesoreria intestati alla sanità», diversi da quelli che accolgono le risorse destinate a finanziare le altre funzioni regionali, al fine di poter tracciare in modo più preciso i flussi di cassa dallo Stato alle regioni e dalle regioni alle aziende.

La questione più critica, però, concerne la probabile accumulazione di ampi «debiti impliciti», di cui dovranno farsi carico le future generazioni sotto forma di maggiori spese e/o minori servizi. In merito si possono citare due esempi, il primo acclarato, il secondo per ora soltanto presunto.

L'esempio acclarato riguarda il sostanziale blocco degli investimenti, per l'effetto congiunto della limitatissima disponibilità dei fondi pubblici, dell'incapacità di spendere bene i fondi esistenti, del crescente scetticismo di regioni e aziende verso gli strumenti di finanza innovativa (es. *project finance*) dopo alcune esperienze negative in termini di convenienza economica delle operazioni (§ 16).

L'esempio per ora soltanto presunto riguarda l'impatto che le iniziative di contenimento della spesa potrebbero avere sullo stato di salute dei cittadini. In linea di principio, tali iniziative dovrebbero identificare e incidere su situazioni di inefficienza e quindi salvaguardare gli attuali livelli di servizio. Laddove invece il contenimento dei costi sia ottenuto riducendo i servizi offerti, si potrebbe generare un impatto negativo di medio periodo sulle condizioni di salute della popolazione. Si creerebbe, quindi, un debito implicito, dal momento che tutti gli studi sui costi sociali delle malattie mostrano quanto sia significativo il peso economico della mancata salute. Naturalmente, il rischio è più accentuato nelle regioni assoggettate a piano di rientro dai disavanzi, dove le iniziative di contenimento della spesa sono state più intense.

Se i «debiti impliciti» riguardano prevalentemente le future generazioni, una questione già fortemente attuale concerne l'impatto di tali iniziative sull'equità. L'equità costituisce principio fondante del SSN, ma già in tempi relativamente floridi era passata in secondo piano rispetto al binomio «efficacia-efficienza» ed ora, a maggior ragione, è messa a rischio dalla necessità di «tagliare la spesa».

Quanto sopra esposto suggerisce di analizzare nel dettaglio gli strumenti utilizzati per perseguire risparmi e razionalizzazioni. Il tema può essere affrontato essenzialmente a due livelli: nel rapporto tra Stato e regioni e in quello tra regioni e aziende.

Il rapporto tra Stato e regioni non è trattato estesamente nei Rapporti OASI, perché per sua natura interpretabile alla luce di modelli e teorie propri degli ambiti politici e istituzionali più che di quelli aziendali. Rileva qui evidenziare l'importanza di alcuni strumenti con cui il livello centrale cerca di guidare e stimolare le iniziative di razionalizzazione e di contenimento della spesa da parte di regioni e aziende. Tali strumenti, del resto, sono sempre ben visibili sullo sfondo dei capitoli dedicati alle scelte regionali e locali. Il riferimento è innanzitutto alle regole che governano la sottoscrizione e l'attuazione dei piani di rientro (trattati estesamente nel Rapporto 2010) nonché, in prospettiva, alla revisione dei criteri di finanziamento sulla base dei cosiddetti «costi standard». Vi è poi un insieme di strumenti più specifici quali, per esempio, la definizione di standard più stringenti per la dotazione di posti letto e il tasso di spedalizzazione, le norme relative al personale (blocco del *turnover*, valutazione, incentivazione), gli interventi su particolari voci di spesa quali l'assistenza farmaceutica (§ 7). Sempre riconducibili al livello centrale, ma più direttamente attinenti all'impostazione aziendale, sono alcune iniziative significative in materia di misurazione e rappresentazione delle *performance*, nella duplice accezione di rafforzamento dei sistemi di misurazione più tradizionali, focalizzati sulle *performance* economico-finanziarie, e di attenzione ad altre dimensioni di *performance*, in ottica multidimensionale. Rispetto agli strumenti più tradizionali, spicca quest'anno l'emanazione di norme in tema di armonizzazione contabile e certificabilità dei bilanci (§ 14). L'esigenza di garantire sistemi di rendicontazione economico-finanziaria che producano numeri comparabili e attendibili è condizione necessaria per attuare la progressiva responsabilizzazione delle regioni, responsabilizzazione che si inserisce comunque in un sistema che prevede forme di solidarietà interregionale per il finanziamento del SSN. Si tratta di norme attese da tempo, su cui le difficoltà economico-finanziarie generano effetti di segno opposto. Da un lato, comparabilità e attendibilità diventano ancora più imprescindibili, il che spiega l'accelerazione imposta dal livello centrale con gli ultimi decreti di attuazione della L. 42/2009 sul federalismo. D'altro lato, però, le forti pressioni sul raggiungimento e mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario possono indurre regioni ed aziende a ricercare intenzionalmente «politiche di bilancio» che possano allentare almeno parzialmente i vincoli posti dalle nuove regole. In queste condizioni potrebbe, quindi, venir meno quel *commitment* che pare essenziale per conseguire armonizzazione e certificabilità. È inoltre evidentemente difficile investire risorse (denaro, tempo, entusiasmo) su sistemi gestionali seppur utilissimi, quando si fatica a garantire i servizi essenziali all'utenza finale.

All'interno della cornice delineata dal livello centrale, i soggetti su cui ricadono le principali responsabilità di governo e di gestione (e quindi, oggi, di razionalizzazione) del sistema sono naturalmente regioni e aziende.

A livello regionale, dal Rapporto emerge un'ampia gamma di iniziative, che per semplicità può essere organizzata in quattro classi. Un primo gruppo di iniziative si può ricondurre all'idea di «razionalizzazione produttiva». Esse includono, in particolare, le scelte di riduzione dei posti letto, soprattutto in regime ordinario e nelle strutture pubbliche, nonché, seppur in misura molto più contenuta, di riduzione del personale (in termini di numero e di incidenza sulla spesa), con la conseguente riduzione dell'attività ospedaliera (ricoveri e giornate di degenza). Si tratta peraltro di iniziative che rischiano di essere inefficaci o addirittura controproducenti se non accompagnate da coerenti innovazioni gestionali e organizzative. Fortunatamente, di questo rischio pare esistere nel sistema sufficiente consapevolezza, come dimostrano i riferimenti, in vari punti del Rapporto, a soluzioni quali: la definizione di reti ospedaliere secondo modelli «hub & spoke» o «poli e antenne» (§§ 6 e 13); la riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura (§ 12); il potenziamento (almeno progettato) di servizi intermedi (fase sub acuta, lungodegenza, riabilitazione, strutture protette) e l'introduzione di modelli di *transitional care* (come i CReG lombardi o i PDTA, § 6); il rafforzamento delle forme di svolgimento associato della medicina generale (Presidi Territoriali di Assistenza siciliani, CReG lombardi, Nuclei di Cure Primarie emiliani, Gruppi di Cure Primarie piemontesi, § 6).

Parallelamente molte regioni hanno proseguito iniziative di «razionalizzazione istituzionale», nella duplice veste di reintegrazione (accorpamento di ASL e AO, Tabella 2.3) e di riconnessione (definizione di meccanismi che legano fra loro le diverse aziende). Con riferimento alla reintegrazione, il totale di ASL e AO è sceso a 227 e il modello della ASL sistematicamente sub-provinciale esiste solo nel Veneto e nel Friuli VG. Con riferimento invece alla riconnessione, le principali iniziative riguardano la centralizzazione degli acquisti, eventualmente estesa anche ad altre funzioni amministrative quali la gestione della logistica e l'amministrazione del personale. Tali iniziative di riconnessione istituzionale influenzano anche i processi *core*, per almeno tre motivi. Primo, l'organizzazione dei processi di acquisto a livello interaziendale rappresenta un momento fondamentale di intervento sui comportamenti dei professionisti e una delle occasioni più propizie per introdurre logiche di *clinical governance*. Secondo, tra le iniziative di riconnessione si può classificare anche l'attivazione delle reti ospedaliere, laddove queste coinvolgano più aziende. Terzo, vi sono casi in cui la riconnessione è andata al di là della mera razionalizzazione, per assumere una valenza di programmazione strategica (per esempio, concertazione di area vasta in Emilia Romagna).

A fianco di «razionalizzazione produttiva» e «razionalizzazione istituzionale», le regioni hanno messo in atto una terza classe di iniziative, sinteticamente riconducibili al concetto di «accentramento decisionale a livello regionale». Queste iniziative sono presenti da tempo, ma recentemente sono state ulteriormente incentivate e agevolate sia dalla crescente centralità della dimensione

economico-finanziaria, sia dalla riduzione del numero delle aziende. Un ulteriore elemento di novità è che queste iniziative si stanno manifestando anche in regioni tradizionalmente deboli, pur presentando come sempre un differente grado di intensità nelle diverse realtà. All'accentramento regionale sono riconducibili anche i tentativi di rafforzare le attività di indirizzo e controllo nei confronti del privato accreditato, anche in regioni che tradizionalmente non avevano mai investito in tal senso e spesso in un'ottica di significativa compartecipazione del privato ai sacrifici economici imposti al SSR. La questione assume particolare rilevanza anche perché il peso del privato accreditato nel SSN è in costante aumento, soprattutto nelle aree dei bisogni emergenti (lungodegenza, cronicità, assistenza territoriale di anziani e disabili).

Con riferimento all'accentramento regionale si pongono poi due questioni più generali. La prima questione riguarda il ruolo assegnato ad altri *stakeholder*, nonché le modalità e i meccanismi con cui si ritiene questo ruolo debba essere esercitato. Il riferimento è soprattutto agli enti locali e ai professionisti. Gli enti locali sono portatori di risorse (non finanziarie) critiche per la realizzazione della missione delle aziende sanitarie pubbliche, di nuovo soprattutto nelle aree dei bisogni emergenti; questo ruolo è, però, affiancato da una sostanziale impossibilità di partecipare ai «rischi finanziari», che ne limita sia l'influenza effettiva e potenziale sulle scelte strategiche, sia la sensibilità alle esigenze di contenimento dei costi. I professionisti sono essenziali per assicurare la qualità e l'appropriatezza della produzione e dei consumi ed è quindi fondamentale acquisirne il consenso. In queste condizioni, alcune delle regioni più solide sul versante economico finanziario hanno sperimentato una sorta di ripartizione dei ruoli: la regione si concentra prevalentemente sulle verifiche di equilibrio economico-finanziario; gli enti locali sono chiamati a vigilare soprattutto sul livello di estensione del *welfare* socio-sanitario, sull'accessibilità ai servizi e sullo sviluppo infrastrutturale; i professionisti dovrebbero prestare attenzione allo sviluppo organizzativo e tecnologico; le aziende si dotano di soluzioni istituzionali e organizzative per consentire la partecipazione dei citati portatori di interesse ai processi programmatori e decisionali (es. Conferenza dei sindaci del distretto, collegi di direzione) e ricercano un equilibrio tra le diverse esigenze e aspettative. Nelle regioni in maggiore difficoltà finanziaria, invece, l'attenzione deve focalizzarsi sul contenimento dei costi; inevitabilmente, il tentativo è quindi quello di limitare l'influenza dei vari portatori di interesse, che peraltro assume spesso caratteri rivendicativi.

La seconda questione riguarda l'inevitabilità dell'accentramento. Indubbiamente è vero che, anche nei gruppi di imprese, l'accentramento è una risposta molto diffusa al manifestarsi di tensioni economico-finanziarie. Resta però il dubbio che, almeno in parte e almeno in alcune regioni, l'esigenza di centralizzare derivi dalla storica e perdurante incapacità della regione di valorizzare l'autonomia e la responsabilità delle aziende, per esempio attraverso opportuni siste-

mi di finanziamento, di programmazione e controllo del «gruppo sanitario pubblico regionale», di selezione, formazione, valutazione e remunerazione dei Direttori Generali. Questa criticità è stata evidenziata in tutte le edizioni del Rapporto OASI. Quest'anno, il tema viene approfondito con specifico riferimento alle remunerazioni dei DG, DA e DS (§ 10). Queste ultime risultano essere relativamente basse se confrontate con quelle dei Direttori di dipartimento delle medesime aziende, del *top management* di aziende sanitarie private accreditate o dei CEO degli ospedali inglesi; sono inoltre abbastanza omogenee a livello interregionale e infraregionale, il che stride con l'ampia differenziazione che caratterizza le aziende in termini di dimensioni, complessità, autonomia e responsabilità. Ciò, unitamente ad altre peculiarità delle condizioni contrattuali, certo non favorisce l'attrazione e la permanenza dei manager più meritevoli e capaci.

Tornando all'analisi delle iniziative regionali, per completezza va segnalata una quarta ed ultima classe, in cui confluiscono iniziative specifiche su singole voci di spesa. Nel Rapporto di quest'anno (§ 7), in particolare, si torna a dedicare specifica attenzione alla spesa farmaceutica. Gli interventi attivati dalle regioni in questo campo spaziano dalle compartecipazioni al governo del comportamento prescrittivo, dalla distribuzione diretta e per conto al governo del farmaco in ambito ospedaliero. Gli effetti di tali interventi sono ben sintetizzati dal dato secondo cui, a livello nazionale e in ogni singola regione tranne la Calabria, nel decennio 2001-10, il tasso di crescita medio composto annuo della spesa farmaceutica procapite è stato inferiore a quello della spesa sanitaria pubblica complessivamente intesa. Sempre per completezza, va infine osservato che in molti casi il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario da parte delle regioni non ha riguardato solo il lato dei costi, ma si è esteso a quello dei proventi tramite la raccolta di ulteriori risorse finanziarie «extra-fondo».

All'interno di questo scenario, le aziende vivono una situazione paradossale. I loro gradi di libertà sono fortemente ridotti dalla contrazione delle risorse economico-finanziarie e dal sistema di vincoli e controlli con cui si esprime l'accentramento regionale. I sistemi regionali che dovrebbero orientarne i comportamenti (finanziamento, programmazione e controllo ecc.) sono deboli. La legittimazione istituzionale del loro ruolo si è ridotta. Le iniziative di ingegneria istituzionale (effettive, progettate o anche semplicemente ipotizzate) presuppongono che le aziende si possano perfettamente e istantaneamente adattare ad ogni ridisegno. Le politiche di selezione, retribuzione, valutazione del *top management* rischiano di impoverire il *pool* di persone disponibili ad assumere la direzione delle aziende. Il paradosso sta nel fatto che, nel contempo, è alle aziende che si chiede di trovare le soluzioni per continuare a garantire i livelli essenziali di assistenza: sulle aziende le regioni tendono a scaricare i problemi di conseguimento dell'equilibrio economico e di temperamento con le altre dimensioni di *performance* e con le aspettative degli altri *stakeholder*; alle aziende, come visto, le regioni richiedono opportune inno-

vazioni organizzative e gestionali, che implicano però un ampio e complesso lavoro aziendale di adattamento, sviluppo di competenze, sperimentazione e valutazione. Dal Rapporto parrebbe che le aziende stiano continuando a investire sulla qualità del proprio funzionamento, anche in aree su cui l'aziendalizzazione aveva faticato a incidere (per esempio, la valutazione del personale, § 11) o non aveva addirittura osato intervenire (per esempio, la gestione dei processi, § 8 e, indirettamente, § 15). Come già evidenziato, però, è difficile investire sui sistemi gestionali se scarseggiano le risorse per i servizi essenziali. In prospettiva, un tema di grande rilievo sarà quindi rappresentato da ruoli e contenuti del «management sanitario al tempo della crisi». Ovviamente, l'esito più auspicabile sarebbe il definitivo superamento dell'innovazione gestionale fine a se stessa e la sua costante finalizzazione agli effettivi fabbisogni aziendali. Va però ricordato come ogni innovazione richieda un minimo di spazio per sperimentazioni ed errori.

Un'ultima riflessione riguarda la «spesa privata», ossia la parte del settore sanitario che esula dal SSN. Qui gli elementi di rilievo sono fondamentalmente tre.

Primo, si tratta di un insieme quantitativamente rilevante (in Italia, più del 20% della spesa sanitaria e del 2% del PIL), ma rispetto al quale l'attendibilità dei dati è sicuramente inferiore rispetto al SSN. È inoltre un insieme dai confini sempre meno definiti, come dimostra, per esempio, il passaggio da concezioni della salute ancorate al concetto di sanità a quelle che, invece, prendono a riferimento il «benessere».

Secondo, si tratta di un insieme che contribuisce fortemente alla pluralità del sistema sanitario, in quanto coinvolge un'ampia platea di soggetti, tra cui: aziende sanitarie del cosiddetto «privato-privato» (alcune delle quali hanno iniziato a proporre con successo soluzioni che si richiamano alla filosofia del *low cost*: § 9); strutture sanitarie estere (§ 5); assicurazioni e fondi che garantiscono diverse forme di copertura con ruolo complementare, supplementare e/o duplicativo rispetto al SSN (§ 4).

Terzo, dal punto di vista del SSN sono cruciali almeno due aspetti. A livello di *policy*, occorre stabilire quanto cercare di riportare il «privato-privato» sotto l'ombrello del SSN (come provano in parte a fare, per esempio, le direttive comunitarie in materia di mobilità internazionale); quanto favorirne una ristrutturazione coerente con i principi universalistici e solidaristici (come nel caso dei fondi integrativi, su cui verrebbero convogliate risorse attualmente spese *out-of-pocket*, garantendo così maggiore equità ed estendendo l'opportunità di condivisione del rischio dalla famiglia a una molteplicità di soggetti); quanto invece limitarsi alla regolamentazione minima comunque richiesta dalla peculiarità del settore (è paradossale, per esempio, che esistano norme che regolano il «sotto-costi» nella distribuzione, ma non nella sanità). A livello aziendale, occorre stabilire come posizionarsi rispetto a questi fenomeni e specificamente se adottare una postura neutrale, competitiva, oppure collaborativa. Rientrano in quest'ulti-

ma impostazione, per esempio, la definizione di accordi transfrontalieri (§ 5); la capacità di proporsi come interlocutori credibili di assicurazioni e fondi, superando le difficoltà tradizionalmente incontrate nella gestione della libera professione intramuraria e dell'area a pagamento (§ 4); la valorizzazione ed il supporto (ad esempio attraverso la concessione di spazi fisici e strutture) a forme di erogazione «privata-privata» laddove questa consenta di dare risposta, a prezzi contenuti, a bisogni considerati meritevoli di tutela da parte della collettività, ma che il SSN non riesce a soddisfare in modo adeguato (es. odontoiatria).

## Bibliografia

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