Capitolo 3
Efficienza

3.1 - L'efficienza dei Sistemi Sanitari Regionali
Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie per la sanità

Fioravanti L.[1], Spandonaro F.[1]

3.1.1 Introduzione

Il presente contributo analizza i modelli di autonomia (decentramento/accentramento delle responsabilità finanziarie) adottati dalle Regioni nel 2005[2] ed evidenzia un tratto comune nelle scelte regionali, ossia far fronte alle condizioni di disavanzo esistenti.
Le scelte regionali sono generalmente legate alla situazione socio-economica e finanziaria locale, per cui sembra di poter confermare, come già evidenziato nelle edizioni passate del Rapporto CEIS Sanità, che sono i gradi di libertà, esercitabili in funzione del livello di disavanzo strutturale esistente, il driver delle diverse scelte di distribuzione delle risorse a livello regionale.
Anche nei modelli di finanziamento più decentrati, con risorse destinate direttamente alle aziende sanitarie territoriali, sono presenti diversi modelli negoziali tra aziende acquirenti e aziende erogatrici (ospedaliere), nonché vincoli di destinazione e di spesa, che tengono conto della struttura dell'offerta e dei livelli di costo locali. Tali situazioni hanno l'effetto di riportare anche i modelli più "decentrati" verso una situazione che è stata definita (neo)centralismo[3].

3.1.2 Le scelte regionali

L'analisi è stata condotta partendo dalla quota di finanziamento indistinta per la sanità assegnata nell'anno 2005 a sette Regioni (Calabria, Campania, Lazio, Piemonte, Sicilia, Sardegna e Toscana) e analizzando le scelte regionali di assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie.
Tali assegnazioni, non più soggette a vincoli di destinazione come previsto dal D.Lgs. 56/2000[4], comportano un onere tutto a carico delle Regioni nella copertura degli even-

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*

[2] *Come per gli anni 2003 e 2004, Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).*

[3] *Il (neo)centralismo regionale può essere considerato come il segnale della percezione a livello regionale della inadeguatezza degli attuali strumenti competitivi al fine di perseguire una razionalizzazione del sistema. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).*

[4] *Le disponibilità finanziarie assegnate sono soggette a due limiti generali: la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e il raggiungimento di obiettivi di efficienza a livello regionale.*

Tabella 1 - Fabbisogno Sanitario Regionale nel 2005 (euro)

REGIONI	FABBISOGNO SANITARIO
Piemonte	6.622.600.757
Toscana	5.594.453.637
Lazio	7.764.490.374
Campania	7.962.288.536
Calabria	2.917.739.679
Sicilia	7.217.363.396
Sardegna	2.357.013.787

Fonte: Ministero della Salute, 2006

tuali disavanzi di gestione finanziaria. Tutte le Regioni analizzate hanno adottato un sistema di assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie prevalentemente basato sulla quota capitaria pesata, differenziato per livelli di assistenza[5]. In sostanza, ciascuna Regione segue i criteri previsti dal sistema di riparto nazionale, ma spesso assegna ai livelli di assistenza sanitaria quote di risorse finanziarie differenziate rispetto agli obiettivi fissati nel DPCM 29 novembre 2001, a riprova della propria autonomia. Ad esempio, un indicatore dell'autonomia regionale è rappresentato dalle risorse assegnate all'assistenza territoriale e all'assistenza ospedaliera. I dati mostrano una elevata variabilità regionale: la quota di FSR assegnata all'assistenza ospedaliera nel 2005 varia dal 41,0% della Campania e della Sardegna al 48,0% della Sicilia; la variabilità (nominale) è ancora maggiore per l'assistenza territoriale, si passa dal 28,6% della Campania al 52,0% della Toscana[6]. Ciò può essere in parte spiegato dalle modalità di riparto regionali: in alcune Regioni (es. la Campania) la voce "Altro" spesso racchiude risorse di "natura territoriale" destinate all'ARPA (Agenzia Regionale per l'Ambiente), alla Salute Mentale, ad Osservatori epidemiologici, ecc.
L'autonomia finanziaria delle Regioni permette poi di assegnare fondi ad attività specifiche non incluse "in maniera specifica" nei livelli di assistenza: ad esempio Campania, Lazio, Sicilia e Sardegna destinano una parte delle loro disponibilità specificamente e in maniera vincolata ad Aziende Sanitarie e Ospedaliere, per un ammontare pari al 5,5% del Fondo Sanitario Regionale (FSR) in Sardegna, al 7,8% nel Lazio e al 2,9% in Sicilia.
La differenziazione osservata nelle quote assegnate da ciascuna Regione ai livelli di assistenza dovrebbe essere imputabile, nella logica federalista, al raggiungimento di un obiettivo di aumento dell'efficienza interna, che si dovrebbe tradurre in una allocazione più aderente alle specificità regionali (ad esempio la struttura per età della popolazione). Sussiste peraltro il rischio che le quote vengano invece determinate *ex-post* sulla base della spesa storica e, quindi, delle scelte (o "non scelte") fatte nel tempo in termini di programmazione sanitaria e in particolare di riqualificazione dell'offerta.

[5] *Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).*

[6] *Questi dati confermano i risultati di variabilità riportati per gli anni 2003 e 2004 nel Rapporto CEIS Sanità 2005.*

Tabella 2 - Il finanziamento dei LEA

REGIONI	ASSISTENZA OSPEDALIERA			ASSISTENZA TERRITORIALE			ASS. SANITARIA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO			ALTRO		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Calabria	n.d.	n.d.	44,0%	n.d.	n.d.	51,0%	n.d.	n.d.	5,0%	n.d.	n.d.	-
Campania	41,0%	n.d.	41,0%	35,4%	n.d.	28,6%	5,0%	n.d.	-	18,6%	n.d.	30,4%
Lazio	47,6%	48,5%	44,7%	47,4%	46,6%	42,9%	5,0%	4,9%	4,6%	-	-	7,8%
Piemonte	n.d.	n.d.	46,0%	n.d.	n.d.	49,2%	n.d.	n.d.	4,8%	n.d.	n.d.	-
Sardegna	n.d.	n.d.	40,9%	n.d.	n.d.	48,6%	n.d.	n.d.	5,0%	n.d.	n.d.	5,5%
Sicilia	47,0%	n.d.	48,0%	52,3%	n.d.	48,0%	0,7%	n.d.	5,0%	-	n.d.	2,9%
Toscana	43,0%	43,0%	43,0%	52,0%	52,0%	52,0%	5,0%	5,0%	5,0%	-	-	-

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

Per esempio, riguardo l'assistenza ospedaliera, un finanziamento legato ai posti letto esistenti capace di coprire i costi delle strutture, ma che non tenga conto dell'effettiva domanda appropriata di assistenza, potrebbe determinare il perpetuarsi di una situazione di inefficienza piuttosto che configurare un incentivo verso la razionalizzazione del sistema di offerta. L'analisi delle determinazioni regionali in tale ambito sembra far emergere che anche per il 2005[7] un maggior numero di posti letto sia effettivamente associato ad un finanziamento maggiore dell'assistenza ospedaliera. Il Lazio, rispetto al gruppo di Regioni osservato, destina la maggior quota di risorse all'assistenza ospedaliera (52,5%, suddiviso nel 44,7% "libero" e 7,8% vincolato per finalità specifiche di Aziende Ospedaliere) e presenta contemporaneamente il maggior numero di posti letto (5,2 posti letto per 1.000 abitanti). L'autonomia e la responsabilizzazione delle aziende sanitarie è ancora più evidente analizzando la destinazione delle risorse assegnate ai singoli livelli di assistenza e la variazione che è avvenuta nel 2005 rispetto agli anni 2003 e 2004. Con particolare riferimento al livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro"[8], è possibile osservare che mentre in Regioni come la Sardegna, ove l'assegnazione è vincolata solo in minima parte per finalità di prevenzione, le aziende sanitarie hanno completa autonomia e il controllo sarà effettuato *ex-post*, in altre Regioni (es. Campania[9]) dove ai livelli essenziali tradizionalmente identificati si aggiungono finanziamenti specifici inclusi nella voce "Altro", destinati di fatto a finalità territoriali specifiche ("Salute Mentale" e ad "Altre funzioni"), si determina un'autonomia programmatoria aziendale limitata.

[7] *La stessa relazione si è mostrata vera nell'analisi presentata nel Rapporto CEIS Sanità 2005 per la Regione Basilicata. Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).*

[8] *Il livello essenziale di assistenza "Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro" in alcune Regioni, come il Lazio, è sostituito dal termine di prevenzione.*

[9] *Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).*

3.1.3 Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale

Le risorse finanziarie a gestione diretta della Regione spesso rappresentano il "polmone" finanziario per garantire un allineamento delle risorse alle spese storicamente determinatesi a livello locale e sono generalmente utilizzate nel corso dell'esercizio finanziario per esigenze di carattere generale (maggiori costi, obiettivi strategici o spese impreviste).
Di conseguenza un basso grado di autonomia finanziaria assegnato alle aziende locali ed una quota di risorse direttamente controllate e gestite dalla Regione sono la risposta alla necessità di far fronte al finanziamento dei servizi, indipendentemente dalla loro efficacia.

Tabella 3 - Centralizzazione/Decentralizzazione delle risorse finanziarie regionali per la sanità

Regioni	FSR QUOTA ASSEGNATA ALLE ASL			FINANZIAMENTO DIRETTO DELLA REGIONE		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Calabria	n.d.	n.d.	95,4%	n.d.	n.d.	4,6%
Campania	88,4%	n.d.	89,5%	6,7%	n.d.	10,5%
Lazio	95,0%	95,1%	95,4%	5,0%	4,9%	4,5%
Sardegna	n.d.	n.d.	95,6%	n.d.	n.d.	4,4%
Sicilia	97,1%	n.d.	97,1%	2,9%	n.d.	2,9%
Toscana	100,0%	100,0%	100,0%	-	-	-

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

La Regione Campania presenta il più elevato grado di centralismo regionale, infatti il 10,5% delle risorse totali è direttamente gestito a livello centrale[10]. In generale si osserva una forte variabilità regionale, si passa dal 2,9% in Sicilia al 10,5% in Campania.
Di contro, la quota parte di risorse del FSR destinate direttamente alle aziende presenta i valori maggiori in Toscana (100%) e in Sicilia (97,1%), nel 2005; in questo modo si lascia alla negoziazione l'allocazione delle risorse tra assistenza territoriale e assistenza ospedaliera. Anche la Calabria attribuisce una elevata autonomia alle ASL (95,4% del FSR), ma impone dei limiti: tetti alla produzione, come ad esempio il tetto alla spesa farmaceutica, alla spesa territoriale e alla produzione. Il sistema dei tetti può limitare l'autonomia delle ASL, ma in alcune Regioni (es. Toscana) non ha un ruolo centrale, quanto quello di scoraggiare gli incrementi di attività (o di spesa). Di conseguenza, ancora una volta, sembra che prevalgano le preoccupazioni di ordine finanziario sulle aspettative di razionalizzazione del sistema attraverso una concorrenza, sebbene amministrata, fra erogatori[11].

[10] *Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).*

[11] *Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M. Spandonaro F. (2005).*

3.1.4 Conclusioni

L'analisi (un'estensione degli studi riportati nel Rapporto CEIS Sanità 2004 e 2005[12]) dimostra che non è possibile definire un modello di finanziamento regionale ottimale.
Sembra quindi possibile affermare che l'analisi congiunta delle politiche messe in atto *ex-ante* e dei risultati (*ex-post*), in termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione, faccia emergere come la Regione sia condizionata in sede di scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere, a breve termine, risparmi sul versante finanziario.

Tabella 4 - Disavanzi regionali (% del FSR)

Regioni	2005
Calabria	(5,38%)
Campania	14,73%
Lazio	18,54%
Piemonte	(0,28%)
Sardegna	8,71%
Sicilia	4,44%
Toscana	1,52%

Fonte: Nostra elaborazione su dati MInistero della Salute

Incrociando le informazioni relative alle decisioni regionali e i risultati finanziari (disavanzi/avanzi sanitari) sembra sia confermato che un alto disavanzo determini un maggiore (neo)centralismo regionale.
I risultati riportati nella Tabella 4 sembrano confermare le nostre considerazioni, infatti la Regione Campania presenta un elevato disavanzo sanitario (14,73% del FSR) e accentra le risorse disponibili.
Il Lazio, anch'esso caratterizzato da un elevato disavanzo (18,54% del FSR), presenta una autonomia finanziaria "formale" a favore delle ASL, nel senso che mantiene il controllo delle risorse finanziarie assegnate ad ASL e Aziende Ospedaliere.
La Regione che presenta la minore incidenza di deficit rispetto al FSR è la Toscana (1,52%) ed è anche quella che assegna il maggior ammontare di risorse alle ASL.
Concludendo, si può ipotizzare che le inefficienze regionali dipendano da tre aspetti principali:
• primo, dal fatto che i meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo, ma condizione necessaria per esplicare la loro funzione è quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori;
• secondo, la mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori che, oltre ad impedire di trasformare i "segnali" di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzo strutturale) in sanzioni efficaci, come ad esempio la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti, determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappro-

[12] *Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).*

priatezza;
• terzo, gli scostamenti dalle indicazioni nazionali sui LEA possono essere interpretati in due modi: come il perseguimento di una maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, oppure come un adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri.
Quindi, in assenza di un piano straordinario che sani le situazioni di disavanzo patologico, si perde la possibilità di utilizzare la leva competitiva per razionalizzare il mercato.

Riferimenti biliografici

• Arachi G, Zanardi A (1999), "Sanità alle Regioni, il rischio di due velocità. Restano insufficienti i meccanismi perequativi" Il Sole 24 Ore.
• Atella V, Mennini FS, Spandonaro F (2004), "Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano", Politiche Sanitarie, anno V, n. 1, gennaio-marzo 2004, Pensiero Scientifico Editore.
• Carbone C et al. (2005), "Rapporto OASI 2005", Milano EGEA.
• Cuccurullo C, Meneguzzo M (2003), "Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie. Le tendenze in atto nell'area del federalismo", Rapporto CEIS Sanità 2003, Italpromo.
• Del Vecchio M (2004), "Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione", in Jommi C. (2004), Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, Milano, Egea.
• Dirindin N (1996), "Chi paga per la salute degli italiani?", Il Mulino, Bologna.
• D.P.C.M. 29 novembre 2001.
• Fioravanti L, Spandonaro F (2004), "La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità", in Rapporto CEIS Sanità 2004.
• Fioravanti L, Ratti M, Spandonaro F (2005), "L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità", in Rapporto CEIS Sanità 2004.
• Jommi C (2000), "I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie", in Anessi Pessina E e Cantù E (a cura di), L'Aziendalizzazione della sanità in Italia – Rapporto Oasi 2000, Milano, Egea.
• Jommi C (2004), "Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche", Milano, Egea.
• Ministero della Salute. "Dati economico-finanziari del SSN", Programmazione sanitaria e qualità.
• Petretto A (2001), "Il futuro del finanziamento pubblico in sanità", Fondazione Smith Kline.

Fonti normative regionali

• Regione Calabria, Deliberazione Giunta Regionale del 6 maggio 2006 n. 334.
• Regione Campania, Deliberazione Giunta Regionale del 23 settembre 2005 n. 1215.
• Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 20 dicembre 2002 n. 1762.
• Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 9 luglio 2004 n. 602.
• Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 22 marzo 2006 n. 43.

- Regione Sardegna, Deliberazione Giunta Regionale del 13 luglio 2005 n. 32/3.
- Regione Sicilia, Decreto Assessore Sanità del 30 dicembre 2005 n. 9.
- Regione Toscana, Piano Sanitario Regionale 200s2-2004.
- Regione Toscana, Piano Sanitario Regionale 2005-2007.

3.2 - L'efficienza delle Aziende Ospedaliere

Fioravanti L., Polistena B., Spandonaro F.[1]

3.2.1 Introduzione

Il presente contributo vuole fornire una valutazione dell'efficienza delle strutture ospedaliere italiane.

Sebbene il tema sia di ovvia importanza, per comprenderne i molteplici impatti si consideri che lo spostamento del *core* assistenziale dall'ospedale al territorio è ormai da alcuni anni un tema centrale delle politiche sanitarie, che per essere realizzato necessita di una liberazione di risorse in favore delle cure primarie, senza che questo implichi, però, una diminuzione della funzionalità ospedaliera: un obiettivo ambizioso perseguibile, evidentemente, solo con recuperi di efficienza.

Gli effetti di questa scelta di politica sanitaria sono tangibili: si osservi la progressiva espansione della quota di risorse destinate al LEA "assistenza territoriale" e la parallela contrazione di quello destinato all'"assistenza ospedaliera", che oggi vede come indicazione il 49,5% per la prima e il 45,5% per la seconda. A livello regionale il processo, seppure con notevoli inerzie, specialmente nelle Regioni meridionali, si è effettivamente attivato, riducendo la quota di spesa ospedaliera (secondo i dati sul monitoraggio dei costi dei LEA diffusi dall'ASSR) a quote variabili fra il 43,8% dell'Emilia Romagna (quindi persino "sotto" il LEA previsto) al 53,8% della Valle D'Aosta.

I costi dell'assistenza ospedaliera sono, comunque, secondo le stime ISTAT, pari a € 44,9 mld., ovvero al 51,7% del totale della spesa. Si consideri, ancora, che convenzionalmente nella voce Assistenza Ospedaliera non vengono ricomprese tutte le forme di residenzializzazione, quali Residenze Sanitarie per Anziani, Hospice ecc., che sono "appoggiate" sul LEA dell'Assistenza Territoriale. Il problema dell'efficienza si pone quindi prioritariamente per i presidi per acuzie che rappresentano, per dimensione e costo, la quota più rilevante del LEA Assistenza Ospedaliera. Considerando poi che la questione dell'efficienza è al centro delle preoccupazioni delle politiche sanitarie (in larga misura) per effetto della crescita dei costi dei sistemi sanitari pubblici, si giustifica perché il *focus* del presente contributo sia stato posto sui presidi ospedalieri a gestione diretta pubblica, e in particolare di quelli che hanno avuto lo status di azienda dotata di autonomia imprenditoriale in ossequio alla sua complessità e rilevanza. A questa classe di presidi si è rivolto il legislatore, nella riforma degli anni 1992-1993 prevedendo, almeno nell'assetto originario della norma, il finanziamento a prestazione resa (per DRG). Il pagamento prospettico degli ospedali, sebbene rimasto per lo più sulla carta (cfr. cap. 3.1, Fioravanti, Spandonaro), ha certamente inciso profondamente sulle performance del sistema di assistenza ospedaliera, come già evidenziato in precedenti contributi[2]: la progressiva contrazione della degenza media ha oggi

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".*

[2] *Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).*

portato ad una degenza media in acuzie di 6,7 giorni, con un tasso di ospedalizzazione che, rispetto al valore di 160 ricoveri ogni 1.000 abitanti previsto dall'art. 1 L. 662/1996, passa da 126,49 per mille abitanti della Val d'Aosta a 225,66 per mille abitanti dell'Abruzzo (cfr. cap. 1.5, Rocchetti, Spandonaro).
Obiettivo del presente contributo è quindi valutare i livelli relativi di efficienza tecnica delle aziende ospedaliere autonome, replicando e aggiornando il lavoro econometrico presentato nel Rapporto CEIS Sanità 2005[3].
A tal fine si utilizza come misura di prodotto "l'unità di ricovero omogeneo": in altri termini l'attività effettiva, in termini di ricoveri, è stata preventivamente resa omogenea, utilizzando le differenze medie attese di assorbimento di risorse, secondo quanto previsto a priori dal sistema tariffario per DRG.
In questo modo è possibile stimare quali fattori contribuiscano all'(in)efficienza delle aziende ospedaliere, effettuando anche un *benchmarking* significativo fra i costi per caso trattato nei diversi presidi.

3.2.2 I dati e l'elaborazione del costo medio per ricovero standardizzato

Per valutare l'efficienza delle aziende ospedaliere è prioritariamente necessario definire un costo per unità di prodotto confrontabile.
A tal fine si sono utilizzati i dati di costo desumibili dai cosiddetti CE ministeriali, ovvero dai conti economici standardizzati secondo la riclassificazione richiesta dai livelli centrali di governo.
Per quanto concerne il volume del prodotto, sono note in letteratura le difficoltà di misurazione nel caso di imprese di servizi e multi-prodotto[4]. In via di prima approssimazione si è optato per elaborare una misura di prodotto espressa in punti DRG, assumendo che l'attuale sistema tariffario rappresenti ("abbastanza bene") la complessità ("economica") dei casi trattati.
In altri termini per ogni ospedale si è calcolato il costo unitario per unità di peso secondo il tariffario DRG nazionale. La scelta di utilizzare il tariffario nazionale discende da ragioni di confrontabilità fra Regioni.
Si consideri, infine, che l'assunzione fatta relativamente alla capacità del sistema tariffario di rappresentare correttamente la complessità trattata, dati i fini di *benchmarking*, va intesa in termini sostanziali: ovvero non sui valori assoluti, quanto di rapporti relativi di assorbimento di risorse in condizioni di efficienza.
Sono stati altresì utilizzati i dati pubblicati dall'ASSR[5] relativi agli indici di attività e costo delle Aziende Ospedaliere per gli anni 2001, 2002 e 2003.
I dati disponibili riguardano 102 Aziende Ospedaliere pubbliche per gli anni 2001 e 2002 e 97 per il 2003: nelle elaborazioni si sono però considerate solo 89 Aziende Ospedaliere, in quanto in alcuni casi i dati risultavano incompleti o incoerenti.

[3] *Cfr. Fioravanti L., Polistena B., Spandonaro F. (2005), Maruotti A., Pieroni E., Spandonaro F., 2004.*

[4] *Cfr . Measuring Efficiency in Health Care, maggio 2006.*

[5] *ASSR (2004).*

La banca dati predisposta si riferisce a strutture appartenenti a tutte le 20 Regioni[6], dotate di 77.189 posti letto nel 2003, con un decremento del 2,73% rispetto alle stesse aziende ospedaliere al 2002. Il numero di ricoveri è passato da 3.842.614 del 2002 a 3.781.711 nel 2003, mentre il numero delle giornate di degenza è passato da 22.865.072 a 21.713.149 con una riduzione del 5,3%.
Complessivamente le aziende considerate hanno impiegato nel 2003 212.167 unità di personale, di cui 37.516 medici e 88.189 infermieri.
Le aziende considerate hanno avuto un costo totale pari nel 2003 a € 14.270 mil., equivalenti a € 186.465 per letto e € 3.741 per ricovero.
Per ogni Azienda Ospedaliera sono stati rielaborati indicatori di attività (ad es. tasso di occupazione, peso medio dei DRG, indice di attrazione, ecc.), indicatori di costo (per giornata di degenza, per ricovero, oltre al costo medio del personale) e indicatori relativi all'efficienza dei fattori di produzione (ad es. dimessi per medico, infermieri per posti letto).
Concentrandoci sugli indicatori di costo, osserviamo che fra il 2002 e il 2003 il costo medio per giornata di degenza è aumentato del 4,5% e infine il costo per unità di personale è rimasto pressoché costante (+ 0,04%).
Ovviamente gli indicatori precedenti risentono delle diverse complessità trattate e non si prestano ancora a confronti fra strutture.

3.2.3 Il costo per unità di ricovero omogeneo nelle Aziende Sanitarie pubbliche italiane

Il costo per unità di ricovero omogeneo, ovvero il costo per punto DRG[7], per le 89 Aziende Ospedaliere considerate, risulta essere in media pari a € 3.555,830 nel 2002 e € 3.627,76 nel 2003, con un valore massimo passato rispettivamente da € 6.779,86 a € 7.351,66 ed uno minimo da € 1.867,64 a € 2.080,22.
Si evince immediatamente come, contrariamente alle aspettative, il costo per caso trat-

Tabella 1 - Principali indicatori di costo: aziende ospedaliere

Costo per punto DRG	2002	2003
Osservazioni utilizzabili	89	89
Media Nazionale	3.555,83	3.627,76
Mediana	3.480,80	3.518,13
Standard deviation	843,97	879,23
Max	6.779,86	7.351,66
Min	2.080,22	1.867,64
Max/min	3,26	3,94

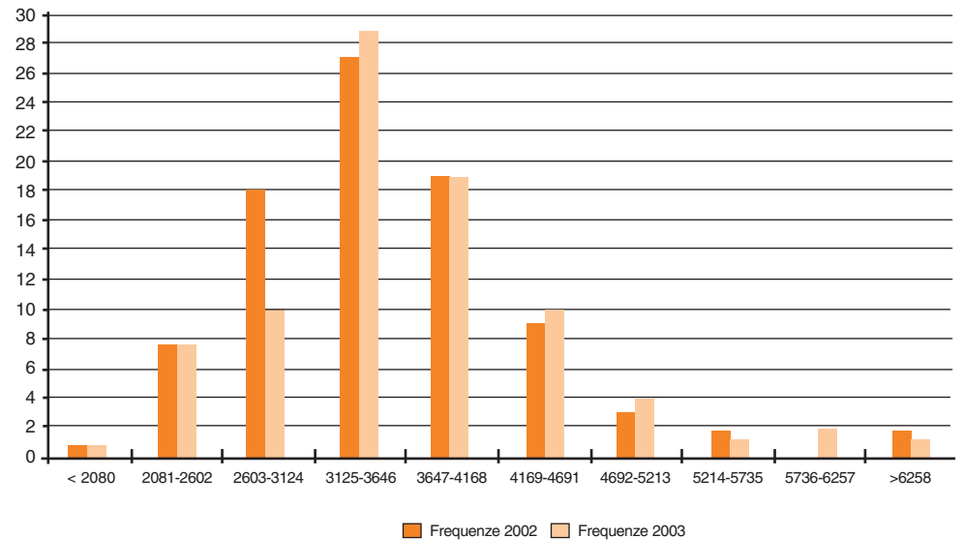
Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

[6] *Come è noto alcune Regioni hanno reso autonomi tutti i presidi ospedalieri, mentre altre non ne hanno "scorporato" alcuno.*

[7] *Cfr. Fioravanti, Polistena, Spandonaro (2005), per i dettagli tecnici.*

tato (confrontabile) è estremamente difforme: il valore massimo è pari al 394% nel 2003 e 326% nel 2002 del valore minimo (era 312% nel 2001)[8].
Nel periodo dal 2001 al 2003, si nota quindi una tendenza ad un aumento dei costi, ma principalmente della variabilità.

Grafico 1 - Distribuzione delle aziende ospedaliere per costo per punto DRG



Nel grafico 1 si riporta la distribuzione delle aziende ospedaliere in base al costo per punto DRG.
I dati sopra riportati confermano, anche per il 2003, i risultati già ottenuti per il biennio 2001-2002 (Fioravanti, Polistena, Spandonaro, 2005), consolidandone l'attendibilità.
In particolare, a fronte di questa preoccupante difformità di performance fra le aziende ospedaliere, rimane irrisolta la spiegazione del fenomeno, che può essere attribuito a inattendibilità dei bilanci, inaffidabilità del sistema di pagamento a DRG nel rappresentare la complessità dell'attività svolta, oppure a inefficienza gestionale.
Il mancato riavvicinamento dei valori implica quantomeno che non è in atto un processo di miglioramento della qualità contabile (in questo caso riferita ai cosiddetti CE ministeriali), né una riconsiderazione delle politiche tariffarie nel segno dell'eliminazione delle distorsioni relativamente alla valutazione della complessità assistenziale.
Ai fini della seguente analisi è però maggiormente interessante analizzare la questione dell'efficienza tecnica e organizzativa, onde valutarne livelli e relazioni con le caratteristiche strutturali e gestionali dei presidi.

[8] *Il dato si riferisce a un campione di 96 aziende.*

3.2.4 Le determinanti dell'(in)efficienza ospedaliera

La letteratura economica propone diversi approcci per la misura dell'efficienza (cfr. Jacobs, Smith, Street, 2006); in particolare si ricorre a tecniche parametriche o non parametriche, stocastiche o deterministiche.

Già dai primi studi pionieristici[9] sono state individuate molte caratteristiche relative agli ospedali utilizzabili per l'analisi della funzione di costo e quindi dell'efficienza:

- dimensione (numero di posti letto);
- indicatori dell'attività dell'ospedale, come ad esempio il tasso di occupazione o la degenza media;
- il salario medio del personale;
- indicatori dei servizi e delle attrezzature dell'azienda;
- case mix;
- caratteristiche demografiche e socio-economiche (reddito medio regionale, densità della popolazione, ecc.).

Come già in Fioravanti, Polistena, Spandonaro (2005), nella scelta del modello qui adottato ci si è attenuti alle indicazioni presenti in letteratura, con il vincolo peraltro della disponibilità di dati, ma anche dell'interesse che suscitano le seguenti ulteriori osservazioni:

a. nel campione sono presenti ospedali specialistici, per i quali esiste evidenza in letteratura di una non applicabilità del sistema di pagamento a DRG, di cui tenere conto;
b. le aziende ospedaliere potrebbero avere caratteristiche (tipicamente la presenza o meno del pronto soccorso, che pure era normativamente requisito necessario per il riconoscimento dell'autonomia aziendale) che potrebbero spiegare le differenze di costo;
c. differenti costi unitari dei fattori produttivi a livello locale potrebbero altresì spiegare le differenze di costo;
d. le dimensioni degli ospedali risultano molto differenti, potenzialmente giustificando eventuali inefficienze da complessità organizzativa e/o da diseconomie di scala;
e. la spinta derivante dall'adozione di tecniche budgetarie ha spinto alla ricerca di una maggiore efficienza negli ospedali, attraverso la riduzione della degenza media e l'aumento della produttività degli operatori; la giustificazione di ciò si può far risalire alla constatazione che, in un contesto pubblico, il fattore lavoro, che genera la quota di gran lunga predominante dei costi, viene considerato alla stregua di un costo fisso;
f. sempre in considerazione della rigidità del fattore lavoro, assume grande rilevanza la "struttura" della pianta organica.

3.2.5 Il modello econometrico

Per quanto sopra argomentato, si è in primo luogo proceduto a integrare la banca dati, con l'indicazione della natura monospecialistica o meno delle aziende ospedaliere.

Non si è invece riusciti a integrare la banca dati con informazioni utili a valutare le funzioni assistenziali, quali il pronto soccorso nonché sulla qualità dell'assistenza.

Il modello stimato è quindi il seguente:

[9] *Si veda ad es. Breyer F. (1987).*

CMS = f(COST, CMP, PL, RC, DM , PMED, AP, DMS, DREG)
dove:
CMS = Costo medio per ricovero standardizzato
COST = Costante
CMP = Costo medio del personale
PL = Posti letto
RC = Quota di ricoveri con peso > 2,5
DM = Degenza media
PMED = Dimessi per medico
AP = Quota di personale non sanitario
DMS = Dummy struttura specialistica
DREG = Dummy Regione Sicilia

A parte il costo del fattore produttivo lavoro CMP (che, come è noto, rappresenta di gran lunga la quota maggiore dei costi), si è considerata la dimensione PL (posti letto), la complessità assistenziale, rappresentata dalla *proxy* RC (quota di ricoveri con peso maggiore di 2,5); si è poi considerata la produttività, in termini di degenza media DM e di dimessi per medico PMED e il *mix* delle professioni AP nella pianta organica.
L'equazione stimata con un modello di regressione multipla sui dati 2002 e 2003 ha fornito i seguenti risultati.

Tabella 2 - Significatività del modello econometrico

Modello	R	R Quadro	R quadro corretto	Std. Error della stima
2002	0.8249	0.6805	0.6485	0.1329
2003	0.8709	0.7584	0.7340	0.1189

Il modello spiega il 68,05% della variabilità totale del costo totale per punto DRG nel 2002 e il 75,84% nel 2003.
Tutti i coefficienti sono significativi (tranne la dimensione dell'ospedale) e i segni quelli attesi. Per il 2003 è significativa la *dummy* Sicilia che coglie la diversa fonte contabile utilizzata per i presidi siciliani.
Trova verifica l'ipotesi che il sistema di finanziamento a DRG non può essere direttamente esteso alle strutture monospecialistiche, che costano in media il 13,4% in più.
Inoltre emerge come un differente costo medio del personale sia effettivamente e significativamente un motivo di differenza nei costi dell'ospedale.
Abbiamo poi una indiretta conferma che differenti livelli di efficienza spiegano una significativa parte della variabilità della variabile dipendente.
Degenze medie basse e alta produttività del personale sanitario (si è scelto di usare la produttività per medico, ma evidentemente quella per infermiere è a questa correlata) implicano costi per caso trattato minori.

Tabella 3 - Coefficienti di regressione e significatività delle variabili

Modello		Coefficiente non standardizzati		Coefficiente standardizzati	P>|t|
		B	Std. Error	Beta	
2002	(Costante)	4.857	2.327		0.040
	Appartenenza Regione Sicilia	-0.065	0.048	-0.113	0.177
	Totale posti letto	-0.023	0.029	-0.064	0.419
	% ricov.ordinari con peso > 2,5	-0.140	0.048	-0.318	0.004
	Costo medio per unità di personale	0.469	0.190	0.218	0.016
	% altro pers.	0.350	0.131	0.223	0.009
	Dimessi (totali) per medico	-0.670	0.079	-0.747	0.000
	Tipo spec. strutt.	0.168	0.047	0.266	0.001
	Degenza media ric. ord.	0.284	0.117	0.305	0.017
2003	(Costante)	0.284	2.329		0.903
	Appartenenza Regione Sicilia	-0.125	0.045	-0.211	0.007
	Totale posti letto	0.045	0.026	0.117	0.093
	% ricov.ordinari con peso > 2,5	-0.101	0.038	-0.219	0.010
	Costo medio per unità di personale	0.787	0.191	0.330	0.000
	% altro pers.	0.486	0.115	0.309	0.000
	Dimessi (totali) per medico	-0.603	0.069	-0.667	0.000
	Tipo spec. strutt.	0.185	0.043	0.287	0.000
	Degenza media ric. ord.	0.221	0.096	0.222	0.024

Ci sembra anche una indiretta conferma dell'utilità di politiche manageriali tese ad aumentare la produttività[10]. Una giornata di degenza media in meno provoca una riduzione del costo totale per punto DRG dello 0,006% e dello 0,008% rispettivamente nel 2002 e nel 2003. Analogamente un dimesso per medico in più riduce il costo per punto DRG € 0,673 nel 2002 e € 0,603 nel 2003.

La presenza di una quota elevata di "personale non sanitario" incide negativamente sulla performance, implicando un aumento del costo medio per ricovero standardizzato; un aumento dell'1% della quota di "altro personale" implica un aumento del costo totale

[10] *Dobbiamo però ricordare che la nostra analisi non riesce a misurare la qualità dell'assistenza.*

per punto DRG dello 0,010% nel 2002 e dello 0,133% nel 2003.
Sembra infine interessante notare come gli ospedali a più elevata complessità abbiano costi medi per caso standardizzato mediamente inferiori: la spiegazione può essere tanto nel fatto che la maggiore complessità clinica è correlata a migliore organizzazione dei servizi, sia che l'attuale sistema tariffario sovrastima il costo degli interventi maggiori (con peso maggiore di 2,5).

3.2.6 Conclusioni

L'analisi econometrica tesa a valutare l'(in)efficienza delle strutture ospedaliere pubbliche permette, con sufficiente convinzione, di affermare che nel sistema ospedaliero italiano, analizzato limitatamente alle aziende ospedaliere pubbliche, esistono problemi significativi sia sul lato del finanziamento che su quello dell'efficienza.
Pur rimanendo il dubbio che possano esistere rilevanti problemi di confrontabilità dei dati contabili, la cui importanza quantitativa è peraltro allo stato attuale non inferibile, emergono alcune indicazioni di inadeguatezza dell'attuale sistema tariffario basato sui DRG.
Le strutture monospecialistiche risultano infatti penalizzate (almeno sulla carta, perché in molte Regioni ricevono finanziamenti aggiuntivi), mentre quelle con quote rilevanti di ricoveri ad alta complessità potrebbero essere in qualche modo favorite.
L'ultimo dato potrebbe però attribuirsi anche ad una maggiore efficienza di tali strutture rispetto a quelle a bassa intensità assistenziale: si consideri peraltro che per effetto delle diverse politiche regionali, in alcune Regioni tutti (o molti) presidi risultano Aziende Ospedaliere autonome, indipendentemente dalla loro complessità.
Sembra altresì emergere chiaramente una dimostrazione dell'esistenza di problemi di inefficienza tecnica, sia a fronte dell'associazione statistica di maggiori livelli di produttività con minori livelli di costo, sia di una quota rilevante di variabilità residua, sia sovraregionale che a livello di singola Regione, che non trova spiegazione in fattori strutturali o attinenti alla natura (contabile e tariffe DRG) dei dati utilizzati.
Peraltro le dimensioni stesse degli scarti (una differenza che ricordiamo essere dell'ordine di oltre tre volte fra struttura più costosa e struttura meno costosa e per di più crescente nel tempo) di per sé suggerisce che è impensabile possa dipendere da soli fattori contabili o di distorsione tariffaria.
Quanto sopra (ri)porta quindi la questione dell'efficienza tecnica del sistema ospedaliero al centro dell'attenzione delle politiche sanitarie.
I DRG hanno sicuramente incentivato una maggiore produttività e le nostre stime indicano che questa si è almeno parzialmente trasformata in maggiore efficienza; i criteri di tariffazione unica per le aziende ospedaliere autonome evidenziano però forti criticità: ai fini di una più corretta incentivazione di comportamenti virtuosi da parte delle aziende sanitarie, sarebbe auspicabile che le tariffe fossero definite per singola tipologia di struttura, tenendo conto di fattori aggiuntivi, quali ad esempio la complessità clinica.
Si evidenziano inoltre seri problemi sul versante delle modificazioni strutturali dell'assetto produttivo: piante organiche squilibrate sembrano rappresentare elementi davvero critici per l'efficienza delle strutture.
Attualmente i sistemi di finanziamento regionale suppliscono ai limiti intrinseci nell'at-

tuale sistema di tariffazione, riconoscendo finanziamenti aggiuntivi per funzione, o semplicemente *ad hoc*. Il rischio è che così prevalga la logica del finanziamento a pié di lista (o storico), vanificando le proprietà del sistema di pagamento prospettico in termini di incentivazione dell'efficienza del settore ospedaliero.
Si tratta quindi di trovare nuovi strumenti che premino le aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performance peggiori.
I risultati ottenuti, letti congiuntamente ad una analisi effettuata sui finanziamenti medi per punto DRG corrisposti alle case di cura private iscritte all'AIOP (Piasini, Spandonaro, 2006), pongono anche rilevanti problemi di interpretazione sul ruolo di committenza svolto dalle ASL. Emerge infatti un rilevante gap di costo per i SSR (dell'ordine del 50%), a favore dell'uso dei servizi in convenzione/accreditamento rispetto a quello dell'uso dei sevizi diretti.
Le dimensioni della differenza non sembrano giustificabili con le sole funzioni assistenziali specifiche di cui si fanno carico le aziende pubbliche, ad esempio l'emergenza.
Piuttosto sembra opportuno indagare il differenziale di costo relativo ai fattori produttivi, in primo luogo il personale, ma anche quello degli approvvigionamenti.
Tale differenziale è peraltro almeno in parte attribuibile a distorsioni di mercato derivanti dall'attività extra-moenia del personale pubblico.
Come già proposto nel Rapporto 2005, sembra auspicabile la stesura di classifiche degli ospedali per performance, sia per incentivare una maggiore attenzione delle aziende verso l'efficienza, sia per integrare l'elemento economico con quello qualitativo.

Riferimenti biliografici

- ASSR (2003). "Confronto tra le aziende ospedaliere 2001". Monitor 6, pp. 49-61.
- ASSR (2004). "Focus on: quali livelli di assistenza sanitaria?" Monitor 10, pp. 8-63.
- ASSR (2004). "Confronto tra le aziende ospedaliere 2002". Monitor 11, pp. 41-59.
- Fioravanti L, Polistena B, Spandonaro F (2005). "La misurazione dell'efficienza delle aziende ospedaliere", in Rapporto CEIS Sanità 2005.
- Fioravanti L, Ratti M, Spandonaro F (2005). "L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità", in Rapporto CEIS Sanità 2005.
- Harris JE (1990). "The boren amendament: Medicaid reimbursement to hospital nursing facilities". American Public Welfare Association, Washington DC.
- Jacobs R, Smith PC, Street A (2006). "Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy". University Press, Cambridge, United Kingdom.
- Maruotti A, Pieroni E, Spandonaro F (2004). "Tre domande in cerca di risposta". Il Bisturi n. 5, Italpromo Esis Publishing, Roma.
- OECD (1992). "The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries". Paris.
- OECD (1994). "The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seventeen OECD Countries". Paris.
- Piasini L, Spandonaro F (2006). "Paradosso della spesa sanitaria". Relazione al convegno AIOP.
- Wang J (2001). "Estimation of hospital cost functions and efficiency measurement: an overview". China Center for Economic Research, Working Papers Series, n. E2001004

3.3 - L'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale: il supporto di Consip all'innovazione dei processi e alla razionalizzazione degli acquisti per le aziende sanitarie

Bettacchi R.[1] , Russo A.[2]

3.3.1 Introduzione

Il Programma per la Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi per le Pubbliche Amministrazioni, che Consip gestisce per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), rappresenta uno dei progetti di *e-government* che, nel tempo, ha dimostrato di promuovere l'innovazione tecnologica e di processo all'interno delle P.A., consentendo un forte recupero di efficienza.
Il modello organizzativo del Programma, attraverso i suoi strumenti operativi, il sistema delle convenzioni, il mercato elettronico della P.A., le gare telematiche e i progetti a supporto della P.A., ha avviato un processo, in costante evoluzione, di introduzione di rilevanti novità sulle modalità di acquisto di beni e servizi da parte delle Amministrazioni, allo scopo di procurare benefici riconducibili non solo ai costi diretti, ma anche ai livelli di servizio dei fornitori e alla semplificazione dei processi interni.
Il fine del Programma, infatti, non è solo quello di consentire un recupero di efficienza e di risorse finanziarie nell'ambito della realtà amministrativa pubblica, ma anche di fare della P.A. il motore del cambiamento della società.

3.3.2 Cenni sull'evoluzione normativa

L'*e-procurement* fa ormai parte delle politiche di sviluppo economico di tutti i Paesi industrializzati e della stessa Unione Europea (UE). Il pieno ricorso alle nuove tecnologie nel settore degli appalti pubblici è stato più volte, in sede europea, proposto e sollecitato in virtù del convincimento che l'*e-procurement* sia uno strumento in grado di incentivare la concorrenza, attraverso una più ampia partecipazione e dinamicità del mercato e di fornire una maggiore trasparenza, economicità e rapidità delle gare.

[1] *Consip, Mercato Sanità.*
[2] *Consip, Marketing.*

Infatti, la Direttiva Europea[3] relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di forniture, servizi e lavori, persegue diverse finalità: l'adozione di un testo unico, armonico e privo di incongruenze, la semplificazione, il rafforzamento e la modernizzazione della normativa.
La finalità di modernizzazione è perseguita principalmente attraverso l'applicazione al settore degli appalti dell'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche e telematiche non solo nelle comunicazioni, ma anche nelle stesse procedure di gara, prospettando, per la prima volta, un sistema di appalti per via elettronica nei Paesi membri dell'UE.
In Italia il recepimento della Direttiva Europea è stato garantito mediante l'entrata in vigore del nuovo Codice per gli appalti[4] che, ispirandosi appunto ai principi di modernizzazione del *public procurement* e rafforzamento della normativa, introduce i cosiddetti "istituti innovativi": centrale di committenza, accordo quadro, sistema dinamico di acquisto, asta elettronica e dialogo competitivo. Consip, tra l'altro, ha già avviato un'attenta analisi degli istituti, con particolare attenzione all'accordo quadro, al sistema dinamico di acquisto e all'asta elettronica, al fine di valutarne l'opportunità di utilizzo nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti.
Rimanendo ancora in un ambito più prettamente nazionale, a partire dal secondo semestre 2004 e nel corso del 2005 il Programma è stato oggetto di diversi interventi normativi volti anche a garantire a tutte le Amministrazioni, centrali e locali, l'autonomia delle proprie decisioni rispetto ad eventuali scelte di acquisto centralizzate, pur nel rispetto dei criteri di economicità complessiva, e a promuovere un'efficace cooperazione fra diversi soggetti istituzionali che si trovino ad affrontare problemi simili. Il DPCM[5] n. 325/2004 formalizza i principi generali su cui Consip da sempre si ispira nell'esercizio delle sue attività: parità di trattamento nell'ambito dell'aggiudicazione delle gare, garanzia della massima trasparenza delle procedure, garanzia della massima e più diffusa pubblicità delle iniziative e delle caratteristiche dei beni/servizi oggetto delle convenzioni e così via. Consip, oltre ad emanare Direttive e criteri su tempi e modalità di divulgazione delle informazioni ai soggetti interessati alle proprie iniziative, predispone formulari per la raccolta di informazioni sugli aspetti quantitativi e qualitativi dei beni e dei servizi cui le P.A. sono interessate. Questa ultima azione risponde all'esigenza di incrementare l'aderenza delle iniziative Consip alle esigenze delle Amministrazioni, coinvolgendole sempre di più nel processo di rilevazione dei fabbisogni. La Legge Finanziaria 2005 ha ulteriormente rafforzato la volontà del Governo di riduzione, contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica, al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica fissati in sede comunitaria e stabilendo che la spesa complessiva delle Pubbliche Amministrazioni non deve superare il limite del 2% rispetto alle previsioni del precedente anno.

[3] *Direttiva 2004/18/CE del 31 marzo 2004, relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi. (G.U.C.E. n. 134 del 30 aprile 2004).*

[4] *D.Lgs. 12-4-2006 n. 163 – Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 2 maggio 2006, n. 100, S.O.*

[5] *DPCM n. 325 dell'11 novembre 2004, pubblicato in Gazzetta Ufficiale nel gennaio 2005, disciplina le procedure di gara Consip non ancora concluse e conferma i principi generali di indirizzo per le gare bandite dalla Consip.*

3.3.3 La collaborazione con le strutture regionali dei SSR

Al fine di formare un sistema nel settore del *procurement* pubblico, occorrono iniziative finalizzate ad incrementare il livello di collaborazione e integrazione con gli enti territoriali (vedi anche Legge Finanziaria per il 2006[6] e le recenti linee di indirizzo del MEF). Da un'attenta analisi dei diversi modelli di aggregazione esistenti a livello regionale sono emersi, da un lato, specifici ambiti di intervento e, dall'altro, ambiti favorevoli ad un approccio sinergico tra le strutture territoriali e la Consip.

Consip, infatti, ha realizzato e ha attualmente in corso numerose iniziative di collaborazione con gli aggregatori di spesa territoriali (protocolli di intesa, partecipazione a gruppi di lavoro congiunti, supporto su specifiche iniziative, ecc.). L'esigenza di instaurare una partnership con le realtà locali si avverte in modo particolare nell'area Sanità, in cui ormai tutte le Regioni si stanno dotando di una modalità di aggregazione per la gestione centralizzata degli acquisti. La partnership consente il raggiungimento di benefici ad entrambe le parti: se da un lato la Consip si consolida quale centro di competenza nazionale in materia di *e-procurement* e favorisce lo sviluppo delle aggregazioni territoriali secondo logiche di complementarietà rispetto al proprio sistema per gli acquisti, dall'altro il territorio persegue l'obiettivo di ampliamento del portafoglio di offerte costituito dal giusto mix di iniziative di spesa comune e specifica, di acquisizione del *know-how*, servizi specialistici, semplificazione amministrativa e riduzione dei costi di processo, ecc.

Tale scenario è perfettamente in sintonia – e in un certo senso anticipa – con il DPEF 2007-2011, in cui in un'ottica di rilancio e di ulteriore sviluppo della Consip ci si prefigge "la creazione di un "sistema a rete" coordinato fra i diversi livelli di governo responsabili della spesa pubblica. Occorrerà identificare con precisione il ruolo della centrale statale e valorizzare, attraverso la creazione di centrali regionali di acquisto, una dimensione, quella regionale appunto, in grado di interpretare al meglio le esigenze delle autonomie locali, governare sul territorio le forniture di beni e servizi, specie quelle sanitarie... In tale contesto la missione della Consip si sviluppa in più direzioni: gestore della centrale per le P.A. dello Stato con azioni mirate su settori di spesa specifica, facilitatore dello sviluppo delle centrali regionali in particolare con il trasferimento di metodologie e *know-how* ed un osservatorio nazionale che consenta la condivisione delle migliori pratiche, promotore di tecnologie e procedure innovative di *public procurement*, responsabile di progetti per la messa a fattor comune delle piattaforme informatiche, specie con riferimento al mercato elettronico..."

Significativi esempi di collaborazioni avviate, che hanno già prodotto risultati in termini di sinergie e innovazione, sono riportati nel paragrafo descrivente le attività progettuali.

3.3.4 Il nuovo ruolo di Consip alla luce degli interventi normativi

Nel corso del tempo l'attenzione del Programma è stata rivolta non solo a rendere dispo-

[6] *Legge finanziaria n. 266 del 23 dicembre 2005 – Art. 1 comma 160: «Anche al fine di conseguire l'armonizzazione dei sistemi, gli enti locali e gli enti decentrati di spesa possono avvalersi della consulenza e del supporto della CONSIP, anche nelle sue articolazioni territoriali».*

nibili alle Amministrazioni modelli evoluti di acquisto per la riduzione della spesa e l'ottimizzazione dei processi, ma anche all'introduzione di nuovi modelli organizzativi per gli acquisti e la creazione e il costante sviluppo di strumenti a supporto del modello. Tali strumenti, considerati nel complesso, mutano fortemente l'ottica dei processi tradizionali, legati molto spesso a prassi non codificate, a favore di una nuova gestione caratterizzata dalle tecnologie informatiche. Questo aspetto, in particolare, ha spinto il Legislatore ad implementare e successivamente potenziare l'attività di supporto e consulenza verso le Pubbliche Amministrazioni in tema di approvvigionamento di beni e servizi, con l'obiettivo di consentire la più rapida e completa diffusione e, laddove possibile, replica delle conoscenze e delle migliori esperienze presso le medesime. Si evidenzia quindi una sostanziale evoluzione del modello operativo di Consip, che passa da una logica di obbligatorietà a un regime di libera scelta della Pubblica Amministrazione. Consip, infatti, nella realizzazione del Programma di razionalizzazione degli acquisti, lavora al fianco delle P.A. secondo due diversi approcci:

1. supporto diretto alle Amministrazioni, attraverso i sistemi di *e-procurement* messi a disposizione delle P.A. (Sistema delle convenzioni, mercato elettronico della P.A., piattaforma per le gare telematiche e *account management*);
2. consulenza e *project management* in materia di acquisti, attraverso interventi formativi, anche personalizzati, sugli strumenti di *e-procurement*, supporto a singole Amministrazioni per la realizzazione di gare telematiche (anche in modalità ASP[7]) e sviluppo di progetti specifici *on demand*, supporto tecnologico per lo sviluppo di piattaforme autonome di *e-procurement*.

Inoltre, l'introduzione progressiva dei nuovi e più flessibili strumenti di acquisto introdotti dalle recenti normative e dal Codice degli appalti, può consentire alla Consip di raggiungere un posizionamento ideale poiché essa ha la possibilità di diversificare in modo più ampio la propria offerta di servizi, utilizzando di volta in volta lo strumento ritenuto più idoneo, in funzione della categoria merceologica affrontata, delle esigenze delle Amministrazioni e, più in generale, delle caratteristiche del mercato di fornitura. Un'attenta analisi della norma e degli Istituti introdotti evidenzia che il Codice fa espressamente salva la normativa relativa a Consip, confermando la possibilità per le Amministrazioni di far ricorso alle centrali di committenza. I nuovi Istituti introdotti dalla normativa, pur con le opportune differenze, sono già di fatto utilizzati dalla Consip.

Consip, già da alcuni anni, fa ricorso alle gare telematiche (asta elettronica) per la selezione dei fornitori e la stipula delle relative convenzioni e fornisce la piattaforma telematica del MEF in modalità ASP alle Amministrazioni che vogliono sperimentare le nuove procedure di acquisto. Ad esempio per quanto attiene alle strutture del SSN, nel luglio 2006 si è conclusa, con la relativa aggiudicazione, la gara telematica del Centro Servizi

[7] *In una gara telematica in modalità ASP (Application Service Provider) viene consentito l'accesso con qualsiasi connessione internet (http) ai servizi applicativi messi a disposizione e il loro utilizzo da parte degli utenti. In questo modo l'utente non deve acquistare nessuna licenza software, né alcun tipo di hardware, ma può usufruire gratuitamente della piattaforma telematica del MEF per l'espletamento della gara.*

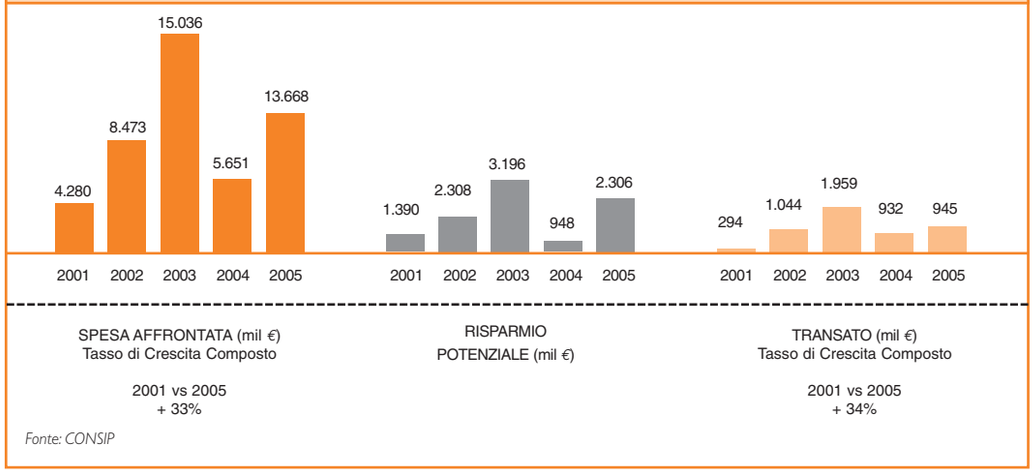
Condivisi (CSC) della Regione Friuli Venezia Giulia (consorzio regionale delle strutture sanitarie) per la categoria "vaccini", gara gestita interamente sulla piattaforma del MEF con il supporto di Consip. Le attuali convenzioni offerte da Consip altro non sono che la forma più semplice degli accordi quadro introdotti dal Codice, scenario in cui esiste un singolo aggiudicatario e le condizioni contrattuali sono prefissate. Il Sistema dinamico di acquisto, infine, pur con le dovute differenze, ha molte similitudini con il mercato elettronico della P.A. (MEPA). È bene a tale proposito ricordare che il DPR n. 101/02[8], la norma basilare del MEPA, è tuttora vigente e che si riscontra un crescente utilizzo del MEPA da parte delle Amministrazioni afferenti al SSN (vedi capitolo sul MEPA).

3.3.5 Attività e risultati 2005 del Programma rispetto alle strutture sanitarie

3.3.5.1 Le Convenzioni

L'anno 2005, coerentemente con la strategia complessiva del Programma, è stato caratterizzato da un sostanziale riequilibrio tra le componenti dell'offerta del Programma e dal rafforzamento del Sistema delle convenzioni, consolidamento del mercato elettronico della P.A., sviluppo di attività di consulenza a supporto della Pubblica Amministrazione e perfezionamento delle procedure di gara telematica.
Complessivamente i risultati raggiunti sono stati estremamente soddisfacenti non solo in termini di complementarietà dell'offerta di acquisto messa a disposizione della Pubblica Amministrazione, ma anche come capacità di Consip di accreditarsi quale interlocutore privilegiato delle Amministrazioni sulle tematiche del *public procurement*.

Grafico 1 - Trend sui principali indicatori del Programma



Fonte: CONSIP

[8] *Il DPR 101 del 4 aprile 2002 introduce nuovi processi di acquisto basati su tecnologie innovative. Oltre alle modalità di acquisto della Pubblica Amministrazione (trattativa privata, pubblico incanto, licitazione privata) introduce il Mercato Elettronico della PA – soltanto per acquisti sotto soglia – e la Gara Telematica per attuare la gestione on-line dell'intero processo di gara, per acquisti sia sopra che sotto la soglia di rilievo comunitario.*

Nel 2005 il Sistema delle convenzioni ha fatto osservare un significativo incremento dei valori di spesa affrontata[9] e risparmio potenziale[10], grazie all'aggiudicazione di nuove iniziative e al rinnovo di convenzioni scadute/esaurite, offrendo un paniere di beni e servizi sempre più ampio e in linea con il fabbisogno atteso. Il volume del transato[11] si attesta sullo stesso livello dell'anno precedente.

Nel grafico 1 si evidenzia l'andamento generale sulle principali grandezze (spesa affrontata, risparmio potenziale e transato generato dal Sistema delle convenzioni) dal momento dell'avvio del Programma sino alla fine del 2005.

Nel 2005 il valore complessivo di spesa affrontata è stato pari a circa € 13,7 mld., superiore al valore previsto di € 12,5 mld., con una riduzione media dei prezzi unitari di beni e servizi del 16,7%. Dal punto di vista dell'utilizzo del sistema, gli ordinativi emessi hanno fatto registrare un *trend* di crescita costante che conferma i risultati ottenuti dall'avvio del Programma sino ad oggi, nonostante il rallentamento delle attività occorso nel 2004. La "spesa affrontata" nel 2005 relativamente al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è stata pari a € 6.288 mil. Nel corso dell'anno sono state rese disponibili due importanti nuove iniziative di spesa specifica sanità, quali "ausili per incontinenti" e "gestione integrata delle apparecchiature elettromedicali".

Per quanto riguarda la partecipazione al Programma delle Amministrazioni del SSN, in termini di volume degli ordinativi effettuati tramite il Sistema delle convenzioni, particolare attenzione merita il risultato del transato che nell'anno 2005 ha raggiunto i € 185 mil. (su un totale di 945), un risultato sostanzialmente superiore a quello dell'anno 2004, benché l'ambito di intervento del Programma fosse sostanzialmente differente. Al progressivo esaurimento delle convenzioni a causa della sospensione di nuove gare che ha carat-

[9] *Per spesa affrontata s'intende la spesa annua riconducibile ai servizi o ai beni oggetto delle iniziative di risparmio attivate. Una categoria merceologica di beni/servizi può essere affrontata da più iniziative di risparmio, a fronte di una copertura della gamma offerta, con diverse modalità e tempistiche di gara. La capacità di aumentare la spesa di riferimento per le categorie affrontate si basa sull'avvio di nuove iniziative di risparmio per ulteriori categorie merceologiche.*

[10] *La percentuale di riduzione dei costi unitari è lo sconto medio ottenuto, a valle della procedura di gara, con riferimento anche all'inflazione media e ai prezzi correntemente pagati dalle Amministrazioni per beni e servizi paragonabili a quelli convenzionati, in termini di qualità e di livello di servizio del fornitore.*

Un'indagine statistica, condotta in collaborazione con il MEF, l'ISTAT e Consip, ha permesso di procedere ad una rilevazione puntuale dei prezzi medi P.A. su alcune categorie merceologiche, evidenziando, sostanzialmente, la corretta stima dei valori assunti in merito al risparmio potenziale.

Il risparmio potenziale complessivo considera anche l'effetto benchmark, per le P.A. che hanno facoltà di aderire alle convenzioni e che devono utilizzare i parametri di qualità e di prezzo per l'acquisto di beni comparabili.

[11] *Per transato in convenzione, in base alla specifica iniziativa attiva, si fa riferimento alternativamente al:*

- *costo dei beni ordinati;*
- *valore dell'ordine per le convenzioni che prevedono il noleggio/leasing;*
- *valore del traffico in convenzione (per esempio per la telefonia fissa);*
- *valore dei progetti definitivi o in attesa della formalizzazione degli ordinativi preliminari (per esmpio per la convenzione centrali telefoniche).*

terizzato il 2004, si è infatti contrapposto nel 2005 il processo di rilancio del Sistema delle convenzioni, che ha fisiologicamente impegnato gran parte dell'anno, rendendo disponibili i prodotti nel secondo semestre con l'attivazione di nuove convenzioni.
Sono state, poi, poste in atto delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei criteri di trasparenza procedurale e accessibilità al Programma di razionalizzazione e, al contempo, sono stati rafforzati i rapporti con le Autorità di controllo e di vigilanza al fine di garantire il pieno rispetto delle regole di mercato.

Tabella 1 - Valore della spesa e del transato del SSN (€ migliaia)

Iniziative attive 2005	Spesa complessiva SSN per le iniziative che hanno prodotto transato nel 2005	% di risparmio costo medio unitario P.A.	Transato
Autovetture (in acquisto)	n.d.	5%	133
Ambulanze	44.000	26%	2.794
Arredi didattici e per ufficio	98.000	36%	16
Ausili per incontinenti	200.000	15%	20.869
Noleggio autoveicoli	11.000	8%	4.444
Biodiesel da riscaldamento	2.000	11%	158
Buoni Pasto	131.000	6%	62.597
Carburanti extrarete	5.000	11%	76
Carburanti rete – buoni acquisto	2.000	3%	3.925
Carburanti rete – fuel card	2.000	3%	6.705
Carta in risme	22.000	13%	12
Centrali telefoniche	15.000	53%	1.181
Ecotomografi	107.000	34%	1.040
Farmaci	3.228.000	5%	14.076
Fax	4.000	23%	38
Fotocopiatrici	26.000	39%	814
Gasolio da riscaldamento	40.000	20%	1.186
Licenze Microsoft	33.000	13%	891
Reti fonia – dati	7.000	47%	1.977
Servizi integrati app. elettromedicali	562.000	15%	4.132
Soluzioni di videocomunicazione	6.000	42%	170
Stampanti	12.000	36%	21
Telefonia fissa	281.000	8%	57.000
Telefonia mobile	26.000	82%	323
Videoproiettori	3.000	35%	166
Totale	4.883.000		184.744

Fonte: Consip

Conseguentemente è cresciuto il supporto alle Pubbliche Amministrazioni nella redazione della documentazione di gara al fine di evitare lunghi, e talvolta costosi, contenziosi.
In relazione al SSN si riportano in tabella 1 alcuni dati di dettaglio:
- le iniziative attive nel 2005;
- il valore della spesa complessiva del SSN relativa a tali iniziative;
- la percentuale attesa di riduzione dei costi medi unitari;
- il valore del "transato" del 2005 generato dalle aziende appartenenti al SSN.

Si segnala, come evidenziato nella tabella 1, che le strutture sanitarie si avvalgono di tutte le convenzioni offerte dal Programma.
Per quanto riguarda, invece, il livello di gradimento da parte del mondo della Sanità verso le iniziative del Programma, questo si può misurare attraverso le adesioni del SSN al Sistema delle convenzioni che risulta incrementato rispetto al 2004. La quasi totalità delle strutture è ormai da tempo registrata al Sistema delle convenzioni e ha effettuato almeno un ordine sulle convenzioni attive. Il numero complessivo di ordini, alla fine del 2005, è pari a 23.406 (rispetto a 19.504 di fine 2004). I Punti Ordinanti (PO) del SSN registrati al sistema sono 1.633, di cui 1.060 in modalità *on-line*.

3.3.5.2 Le iniziative sul mercato elettronico della P.A.

Relativamente al mercato elettronico per la Pubblica Amministrazione, obiettivo del 2005 è stato il consolidamento del modello di sviluppo del mercato elettronico in un'ottica di integrazione e complementarietà con il Sistema delle convenzioni, in termini di apertura al mercato, contributo di trasparenza e supporto all'innovazione e all'efficienza della P.A.
Particolare attenzione merita la progressiva crescita del transato nel corso dell'anno, a testimonianza della maggiore diffusione dell'utilizzo dello strumento da parte delle Amministrazioni, che ha portato a superare le stime previsionali effettuate ad inizio 2005. Certamente tale risultato è stato realizzato anche attraverso la fidelizzazione dei punti ordinanti attivi con specifiche azioni di supporto continuativo e specializzato. Le attività poste in essere nel corso del 2005 hanno percorso una duplice direzione: dal lato della domanda, un sempre maggiore coinvolgimento delle Pubbliche Amministrazioni, inteso come effettivo utilizzo dello strumento, insieme ad un riequilibrio del rapporto tra le due tipologie di acquisto del mercato elettronico, ordine diretto o richiesta di acquisto, inizialmente sbilanciato a favore del primo; dal lato dei fornitori, l'ampliamento e la razionalizzazione della gamma di categorie merceologiche presenti sul mercato elettronico, necessario per assicurare alle Pubbliche Amministrazioni un set di offerta in linea con le loro aspettative ed una maggiore estensione della copertura geografica connessa ad un ampliamento del numero dei fornitori abilitati. Al 31 dicembre 2005 erano presenti sul mercato elettronico complessivamente 190.484 articoli appartenenti a 19 categorie merceologiche. Alla stessa data risultavano abilitati complessivamente 597 fornitori, con ampia partecipazione delle piccole e medie imprese locali distribuite su tutto il territorio nazionale, per un totale di 771 cataloghi (un singolo fornitore può infatti essere presente con propri cataloghi abilitandosi a più bandi).
Per l'inserimento delle categorie merceologiche all'interno del MEPA è stata valutata sia la frequenza di acquisto/livelli di spesa delle Amministrazioni sia l'adattabilità della categoria allo

strumento informatico. Sono stati altresì sperimentati i primi mercati elettronici di servizi (Igiene ambientale e Formazione).
La proficua collaborazione con le confederazioni imprenditoriali ha favorito la partecipazione delle aziende alle diverse iniziative fin dalla fase di predisposizione della documentazione (bando, capitolato, schede tecniche dei prodotti), contribuendo così alla crescita della fiducia in questo strumento.
Al 31 dicembre 2005 i Punti Ordinanti del SSN registrati al mercato elettronico erano 261. Le strutture sanitarie attive (che hanno effettuato almeno un ordine di acquisto utilizzando il MEPA nel corso del 2005) sono state 147 e hanno effettuato un numero complessivo di transazioni pari a 881, generando un "transato" di € 4.398.563 (su un complessivo di € 29,9 mil. generati dall'intera Pubblica Amministrazione). Con l'obiettivo di supportare le Amministrazioni nel loro processo di abilitazione e di utilizzo del Sistema, il ministero dell'Economia e delle Finanze ha previsto nel corso dell'anno la distribuzione gratuita di firme digitali. Sono circa 80 le strutture sanitarie che hanno richiesto e beneficiato di tale iniziativa.

3.3.6 Attività progettuali attraverso collaborazioni con le amministrazioni territoriali del SSN

Le attività di consulenza in favore delle Pubbliche Amministrazioni hanno portato allo sviluppo di molteplici iniziative di collaborazione e supporto specifico per le quali la Consip è in grado di fornire competenze qualificate, volte a promuovere l'avvio di iniziative locali e di altri progetti innovativi trasversali. Tali iniziative hanno avuto come ambito di intervento la semplificazione dei processi, la razionalizzazione organizzativa e la consulenza tecnico-merceologica e di utilizzo degli strumenti di *e-procurement*, con l'obiettivo di rafforzare le relazioni con le Pubbliche Amministrazioni e di dare in tal modo un contributo significativo allo sviluppo del Programma.
La selezione dei progetti da avviare è stata basata su parametri oggettivi e fortemente legati ai temi dell'innovazione e ha costituito il veicolo attraverso cui diffondere le migliori esperienze sul tema degli approvvigionamenti pubblici.
Tra le attività più importanti si possono citare quelle relative a:
• supporto per la riorganizzazione dei processi interni alle strutture sanitarie;
• assistenza merceologico-legale per studi di fattibilità su specifiche merceologie;
• supporto nella predisposizione delle documentazioni di gara, anche attraverso la costituzione di kit per merceologie specifiche;
• disponibilità della piattaforma di *e-procurement* per l'espletamento di procedure di gara telematiche.
Nel 2005 sono stati realizzati e completati 22 progetti di cui 6 specifici a favore delle strutture sanitarie. Di seguito vengono descritti due progetti ritenuti particolarmente interessanti proprio nell'ottica dell'innovazione e rivisitazione dei processi che possono portare a significativi risparmi di spesa e a maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi ai pazienti.

3.3.6.1 Riorganizzazione dei processi di logistica dei farmaci e dei beni sanitari nelle ASL/AO del Comune di Torino

L'obiettivo del progetto (perseguito dall'AReSS – Agenzia Regionale Servizi Sanitari della Regione Piemonte) è stato quello di sviluppare uno studio a supporto di un eventuale intervento

di riorganizzazione dei processi di approvvigionamento e di magazzino dei farmaci e dei beni sanitari nelle ASL/ASO presenti nel territorio del Comune di Torino. Analogamente a quanto svolto per la ASL di Viterbo, è stata effettuata l'analisi del modello attuale ed è stato individuato un nuovo modello che propone di centralizzare i magazzini che gestiscono farmaci e materiale sanitario delle diverse strutture, affidando l'erogazione del servizio ad un operatore esterno. L'analisi costi-benefici ha previsto quattro possibili scenari come di seguito descritto.

• Il primo scenario prevede che il personale venga riallocato nelle strutture sanitarie e che la proprietà delle scorte resti in capo alle stesse.

• Il secondo scenario prevede che parte del personale venga assorbito dall'operatore esterno e in parte riallocato internamente e che la proprietà delle scorte resti in capo alle strutture sanitarie.

• Il terzo scenario prevede che il personale venga riallocato internamente e che la proprietà delle scorte vada in capo all'operatore esterno.

• Il quarto scenario prevede che parte del personale venga assorbito dall'operatore esterno e in parte riallocato internamente e che la proprietà delle scorte vada in capo all'operatore esterno. Nel modello attuale i costi annui sono pari a circa € 10 mil. Il flusso di cassa stimato dell'iniziativa evidenzia un risultato positivo, con un risparmio netto cumulato al terzo anno, che oscilla dai 4 milioni di euro dello scenario 2 (caso migliore), a € 1,2 mil. dello scenario 3 al quinto anno (caso peggiore).

3.3.6.2 Riorganizzazione dei processi di "risk management sanità" delle strutture sanitarie del Friuli Venezia Giulia

Il progetto verte sull'analisi del contesto europeo e nazionale e sullo studio di fattibilità per la razionalizzazione della spesa assicurativa (RC medica) delle strutture sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia. Lo studio, oltre a definire la metodologia con la quale effettuare una tracciatura sistematica dei sinistri (e quindi dei relativi rischi), ha identificato due possibili scenari descritti nel seguito.

• Il CSC (Centro Servizi Condivisi) diviene la struttura di risk management per tutta la Regione FVG. Pur permanendo un rapporto diretto tra le aziende sanitarie e le compagnie di assicurazione, la raccolta sistematica di tutte le informazioni inerenti i rapporti assicurativi delle strutture, consente di avere un database strutturato ed una possibilità di analisi dei rischi e degli scenari a livello aggregato, che costituiscono un potere di negoziazione nei confronti del mercato assicurativo di assoluto interesse, senza contare i benefici in termini di risparmi amministrativi nel bandire un numero limitato di gare (magari anche solo una) con polizze strutturate realmente in funzione dei rischi.

• La Regione conferisce direttamente al CSC i fondi per la gestione dei rischi assicurativi, che diviene una *captive insurance company*. La *captive insurance company* è una compagnia di assicurazione (o di riassicurazione) giuridicamente uguale a qualsiasi altra compagnia, di emanazione e proprietà della struttura sanitaria utilizzata da quest'ultima per assicurare i propri rischi puri.

Il maggior fattore di razionalizzazione riguarda il patrimonio informativo relativo ai sinistri e ovviamente alle eventuali azioni per la loro minimizzazione, che consente di ricorrere alla copertura assicurativa solo dove effettivamente necessario.

3.4 - Rafforzare le capacità di cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie

Tanese A.[1]

3.4.1 Autonomia organizzativa: a che punto siamo?

La dimensione organizzativa è stata al centro del processo di cambiamento delle aziende sanitarie in questi ultimi dieci anni. Con l'istituzione delle aziende, infatti, dotate di autonomia strategica e gestionale, è sorta la necessità di considerare la "variabile organizzativa" una leva manageriale per il cambiamento.

Le aziende sanitarie, a differenza delle USL, non sono più mere articolazioni territoriali del Sistema Sanitario Nazionale, ma vere e proprie autonomie territoriali operanti, seppur in una logica di rapporto strumentale con le Regioni, con una forte connotazione "imprenditoriale". Anche l'assetto organizzativo richiede l'adozione di logiche e strumenti di progettazione e implementazione nuovi, di tipo aziendale. Per questo ogni azienda sanitaria ha avuto la possibilità (oltre che la necessità) di progettare e modificare la propria macrostruttura, di "disegnare" l'organigramma e di adattare strutture e processi organizzativi in funzione delle proprie specifiche esigenze, senza dover far riferimento ad un unico modello e a modalità di articolazione delle funzioni predefinite.

Quali sono state le implicazioni concettuali e operative di questa condizione di autonomia organizzativa?

Innanzitutto, il passaggio da un approccio giuridico-formale all'organizzazione ad un approccio strumentale. La logica che deve ispirare le scelte organizzative, in una prospettiva aziendale, non può più essere infatti quella della mera applicazione *ex ante* di norme, principi e modelli precostituiti e validi universalmente, ma quella della ricerca continua e dell'attuazione di soluzioni organizzative coerenti con la missione e gli indirizzi strategici dell'azienda. Il Direttore Generale, in qualità di organo di governo dell'azienda, deve costantemente adattare strategia e struttura, vale a dire gli obiettivi che intende realizzare con l'assetto organizzativo interno. L'uno vincola e al tempo stesso favorisce l'altro dei due aspetti, in un rapporto di forte interdipendenza: obiettivi troppo ambiziosi possono essere non sostenibili con l'organizzazione di cui si dispone, ma al tempo stesso la capacità di innovazione organizzativa può costituire il presupposto e lo stimolo ad un rilancio strategico e al raggiungimento di più elevati livelli di performance.

Un'ulteriore implicazione del nuovo statuto di autonomia organizzativa delle aziende sanitarie è stata la "scoperta" del carattere contingente dell'organizzazione, la rinuncia alla ricerca del modello ideale, valido per i diversi contesti territoriali e le differenti tipologie di

[1] *Direttore amministrativo ASL Roma E. Docente di Organizzazione e marketing aziendale e di Gestione del cambiamento organizzativo presso la Facoltà di Scienze Sociali dell'Università di Chieti-Pescara.*

aziende. A partire dalla metà degli anni ’90, sono stati adottati dalle aziende modelli organizzativi fortemente differenziati, anche all’interno degli stessi contesti regionali.
Un’altra implicazione è l’esigenza di flessibilità degli assetti organizzativi. Nessun modello può infatti resistere nel tempo senza evidenziare la necessità di interventi correttivi, di verifiche della reale efficacia delle soluzioni sperimentate. Molte aziende sanitarie, infatti, possiedono oggi macrostrutture organizzative di terza o quarta generazione.
Con il riconoscimento dell’autonomia organizzativa delle aziende, il Servizio Sanitario Nazionale ha rinunciato alla pretesa di un’apparente universalità e omogeneità dei modelli, di fatto smentita da reali e profonde differenze nei livelli di assistenza da Regione a Regione e da USL a USL, per riconoscere in modo esplicito la rilevanza delle persone e del loro modo di lavorare insieme nel condizionare la qualità dei servizi e, in ultima analisi, la garanzia di un servizio sanitario pubblico all’altezza delle aspettative.
Nessuno può dunque obiettare che sin dalla loro istituzione le aziende sanitarie hanno potuto disporre di ampi margini di manovra per innovare l’organizzazione.
Dal punto di vista pratico, tuttavia, ogni riforma deve essere valutata non tanto per le condizioni che crea, pur necessarie, ma per la capacità da parte degli attori chiamati in causa a dare concretezza e attuazione a scelte e interventi che modificano realmente il sistema.
Nel nostro caso, ad esempio, la maggiore autonomia organizzativa e, quindi, il potere di scelta concesso ai Direttori Generali, non ha garantito di per sé l’adozione da parte delle aziende sanitarie di nuovi e più efficaci assetti organizzativi. Quest’ultima richiede l’esercizio di nuove e specifiche competenze di analisi/diagnosi organizzativa, di progettazione organizzativa e, ancor più, in quanto non facilmente delegabili, di competenze nella gestione del cambiamento organizzativo.
Incidere in termini organizzativi sulle aziende sanitarie, istituti nati dall’accorpamento (o dallo scorporo, per le aziende ospedaliere) dalle precedenti USL non è stata in questi anni un’operazione facile e indolore; i Direttori Generali infatti sono stati chiamati non già a dirigere aziende costituite *ex novo*, ma a trasformare un sistema di relazioni preesistente, organizzazioni già fortemente caratterizzate da oltre un decennio di esistenza del SSN e, a voler guardare più a fondo, ancora segnate dalla provenienza per buona parte dai precedenti enti mutualistici ante L. n. 833/78.
Andare fino in fondo nell’esercizio dell’autonomia organizzativa richiedeva alle aziende (e ai Direttori Generali in *primis*) la capacità di colmare un deficit di conoscenza e di governo complessivo delle strutture, dei processi e delle culture organizzative presenti all’interno della sanità italiana, a partire dal livello locale.
A distanza di dieci anni dall’istituzione delle aziende, occorre recuperare il senso originario e profondo dell’autonomia organizzativa delle aziende; quest’ultima non può essere un semplice attributo, una proprietà detenuta dall’azienda in virtù del suo stato giuridico, ma deve essere considerata una delle principali leve per dare concreta attuazione alla riforma, un modo di progettare e gestire il cambiamento organizzativo all’interno dei diversi sistemi sanitari regionali.
Qual è oggi lo stato dell’arte di questo cambiamento? Quanto la condizione di autonomia organizzativa è stata esercitata ed è ostacolata o favorita dal livello regionale e nazionale? Quali sono state le principali applicazioni e quali i limiti di un processo di sviluppo organizzativo?

Analisi e ricerche condotte in questi anni confermano che la dimensione organizzativa è stata e rimane un aspetto centrale e al tempo stesso fortemente problematico del cambiamento. Nei prossimi due paragrafi cercheremo di fornire un quadro d'insieme dei principali ambiti di innovazione organizzativa praticati nel decennio 1996-2005 e, successivamente, alcune ipotesi di sviluppo che tengano conto dei rischi e delle opportunità che sembrano profilarsi in questi ultimi anni.

3.4.2 L'innovazione organizzativa nel decennio 1996-2005

In modo schematico, possiamo ricondurre i principali ambiti di innovazione organizzativa praticati dalle aziende sanitarie nell'ultimo decennio ai seguenti:
- la riorganizzazione in chiave dipartimentale degli ospedali;
- la ricerca di nuovi assetti organizzativi nei servizi territoriali (unicamente per le ASL);
- lo sviluppo di funzioni innovative a supporto del governo aziendale;
- la razionalizzazione delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo.

Per ognuno di essi analizzeremo le principali tendenze organizzative e gli interventi più diffusi sul territorio nazionale.

Tabella 1 - I principali ambiti di innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie (1996-2005)

Servizi ospedalieri	Dipartimenti Reti ospedaliere infra e interaziendali Specializzazione e innovazione tecnologica Percorsi del paziente e governo clinico Area delle professioni sanitarie Integrazione ospedale-territorio
Servizi territoriali	Rafforzamento dei distretti Gestione della matrice "distretti-dipartimenti" Organizzazione delle cure primarie Integrazione socio-sanitaria Informatizzazione sistemi di accesso alle prestazioni Continuità assistenziale
Funzioni di staff	Sviluppo di nuove funzioni di supporto al governo aziendale - pianificazione, programmazione e controllo di gestione - marketing - finanza - ingegneria clinica - formazione e valutazione del personale - sviluppo organizzativo - ..... Sperimentazione di nuovi processi gestionali
Servizio tecnico-amministrativi	Informatizzazione e utilizzo nuove tecnologie nelle procedure Scelte tra accentramentro-decentramento Esternalizzazioni Reti integrate interaziendali Centrali di acquisto

1. Per quanto riguarda il primo aspetto, è un dato acquisito che quasi tutte le aziende si sono impegnate, a partire dalla fine degli anni '90, in percorsi di "dipartimentalizzazione", soprattutto in ambito ospedaliero.
Il dipartimento, già previsto dalla cd. riforma Mariotti del 1969, ha trovato a seguito del processo di aziendalizzazione nuova linfa, in virtù dei vantaggi potenziali derivanti dall'accorpamento delle strutture, non riconducibili unicamente a una maggiore integrazione dei processi di diagnosi e cura (peraltro limitata nei dipartimenti per aree specialistiche funzionali), ma soprattutto a possibili economie di scala, all'utilizzo di risorse comuni, alla semplificazione dei processi decisionali. Attualmente, secondo le più recenti indagini, quasi tutte le aziende ospedaliere e gran parte delle aziende sanitarie locali hanno istituito i dipartimenti in ambito ospedaliero, come prevalente forma di organizzazione.
Tale processo è avvenuto con tempi, modalità e soluzioni differenziate, a seconda dei criteri di aggregazione delle unità operative, della scelta tra soluzione funzionale o strutturale della forma dipartimentale, o ancora dell'accorpamento di unità operative tutte interne allo stesso presidio (secondo un modello "verticale" di dipartimento) o afferenti a presidi diversi, secondo un modello di tipo "orizzontale".
La riorganizzazione in chiave dipartimentale degli ospedali è stata caratterizzata in questi anni da alcune criticità ed evoluzioni:
a) in primo luogo, una diffusa tendenza a considerare il dipartimento di per sé una soluzione, quindi in un certo senso imprescindibile, salvo il riscontro nel tempo di una estrema difficoltà nel trasferire la logica dipartimentale nei processi e nelle culture organizzative; di qui, come ampiamente segnalato da alcune ricerche, il rischio di definire "dipartimenti sulla carta" non supportati nella loro attuazione da adeguati processi di progettazione, implementazione e sviluppo organizzativo, spesso contrastati da logiche professionali e assetti organizzativi preesistenti;
b) una maggiore attenzione agli aspetti strutturali e regolamentari dei dipartimenti, ma una minore attenzione alla costruzione dei processi, delle risorse e delle competenze necessari alla loro attuazione; di qui una diffusa debolezza del dipartimento come macrostruttura in grado di costituire realmente, all'interno di un'azienda sanitaria, un riferimento forte e condiviso, dall'alto e dal basso, nella programmazione delle attività, nella gestione delle risorse e nella valutazione dei risultati;
c) il progressivo spostamento, nelle più recenti applicazioni, da modelli dipartimentali funzionali, in cui le Unità Operative aggregate condividono obiettivi ma poche risorse e il Capo Dipartimento svolge funzioni di coordinamento, a modelli più strutturali, in cui prevale la condivisione delle risorse e il ruolo gerarchico e gestionale del Capo Dipartimento; le finalità organizzativo-gestionali che sottendono il ritrovato interesse per il Dipartimento ospedaliero in questi ultimi anni richiedono di dotare chi lo dirige di maggiori poteri e di vincolare le Unità Operative che ne fanno parte ad una programmazione e gestione condivisa di obiettivi e risorse; è evidente come in questo caso sia rilevante la nomina del Capo Dipartimento, la sua legittimazione da parte della direzione aziendale, l'effettivo funzionamento degli organi dipartimentali, l'esistenza di processi strutturati di programmazione, gestione e valutazione dei risultati;
d) un più recente orientamento, almeno a livello concettuale, a dare sempre minore

importanza al dipartimento ospedaliero come forma organizzativa e a considerarlo soprattutto come strumento di supporto al governo clinico; il tentativo, quindi, di riportare al centro dei processi di riorganizzazione aziendale la dimensione clinica e professionale.

2. Sempre con riferimento ai servizi sanitari, un secondo grande asse di riorganizzazione ha riguardato negli ultimi anni i servizi territoriali. A differenza dell'ambito ospedaliero, qui le soluzioni formali sono state fortemente eterogenee, trattandosi di servizi che all'atto dell'istituzione delle aziende presentavano assetti e gradi di maturità molto diversi sul territorio nazionale. Benché il D.Lgs. n. 229/99 abbia ribadito e rafforzato la centralità del distretto socio-sanitario non solo come luogo fisico di erogazione dei servizi ma come modello di presa in carico dei bisogni di salute della popolazione, i processi di riorganizzazione da parte delle aziende non sono stati affatto lineari e hanno dovuto fare i conti con due criticità:

- da un lato, l'esistenza all'interno delle aziende di servizi o dipartimenti territoriali (Salute Mentale, Materno-Infantile., Riabilitazione, Dipendenze, Prevenzione, ecc.) che inevitabilmente creano un'organizzazione matriciale, che incrocia la dimensione geografico-territoriale dei distretti con quella specialistico-funzionale dei singoli settori di intervento; essendo nella maggior parte dei casi molto più consolidati dei distretti dal punto di vista organizzativo e professionale, i dipartimenti costituiscono naturalmente l'asse più forte della matrice;
- dall'altro lato, il carattere più contingente e reticolare del modello distrettuale rispetto al dipartimento ospedaliero, e quindi una maggiore difficoltà nel riempirlo di contenuti; il distretto infatti, a differenza del dipartimento, non nasce dall'aggregazione di strutture preesistenti o con qualche livello di affinità, ma dalla necessità di ripensare, integrare e far lavorare diversamente servizi anche molto eterogenei, o di istituirne di nuovi; organizzare il distretto significa costruire una rete di servizi che comprende, al tempo stesso, l'organizzazione delle cure primarie, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, l'integrazione socio-sanitaria, il governo della spesa farmaceutica, ecc. Tutti ambiti difficili da pensare come "modelli" e che richiedono una grande capacità di adattamento e di progettazione ad hoc in funzione delle caratteristiche della popolazione e del territorio, del grado di sviluppo dell'offerta pubblica e privata, ma anche delle culture e dei comportamenti sanitari diffusi nella comunità.

Di qui, a differenza del contesto ospedaliero, una ricerca ancora in corso di nuovi assetti organizzativi per il territorio. A ben guardare, negli ultimi tempi, proprio in virtù della sopra richiamata centralità dei processi di governo clinico, i due ambiti di riorganizzazione – ospedale e territorio – appaiono come punti di vista diversi di uno stesso problema. Rimane tuttavia molto difficile la ricerca delle soluzioni e la pratica dell'integrazione organizzativa, laddove si moltiplicano le dimensioni da tenere in considerazione (territoriale, specialistico-funzionale, professionale) e si amplia il quadro delle relazioni e degli interessi in gioco con il coinvolgimento degli altri attori locali.

Vi è infine da sottolineare che, oltre ad una visione più integrata tra ospedale e territorio, e forse proprio in virtù di essa, i processi di riorganizzazione dei servizi sanitari negli ultimi anni hanno affiancato agli interventi sulla struttura organizzativa iniziative di ridisegno

dei processi e di costituzione di reti sanitarie. Processi e reti organizzative appaiono sempre più determinanti per uscire da una logica in un certo senso "statica" dell'organizzazione, quella che interpreta il cambiamento unicamente come diversa articolazione delle strutture e dei livelli di responsabilità (in buona sostanza, una modifica dell'organigramma). In realtà, l'azienda sanitaria opera attraverso processi assistenziali e gestionali la cui qualità ed efficienza condizionano molto più delle strutture l'esito finale, così come la stessa azienda, proprio nello svolgimento di tali processi, è sempre più chiamata a interagire e a cooperare con altri soggetti pubblici (altre aziende sanitarie, enti locali, agenzie di protezione dell'ambiente, università) e privati (erogatori accreditati, imprese e cooperative fornitrici di beni e servizi, istituti finanziari). In pratica, l'organizzazione delle aziende sanitarie è sempre meno riconducibile all'interno dei confini giuridicamente definiti per coincidere con un reticolo di relazioni interne ed esterne non facilmente né utilmente separabili.

3. Un terzo ambito di intervento nei processi di innovazione organizzativa ha riguardato il rafforzamento delle funzioni di staff alla direzione aziendale. Lo scopo di questi interventi sulla macrostruttura appare comune, indipendentemente dal fatto che si tratti di un unico staff di direzione o di staff differenziati per le tre direzioni generale, sanitaria e amministrativa: rafforzare i processi decisionali e di governo strategico dell'azienda. Sono state infatti istituite o potenziate funzioni inesistenti o molto deboli all'interno delle precedenti USL, quali ad esempio pianificazione strategica, programmazione e controllo di gestione, sviluppo organizzativo, comunicazione e relazioni con il pubblico, marketing, ingegneria clinica, valutazione e formazione del personale. Alcune ricerche hanno evidenziato la tendenza nelle aziende a strutturare e collocare queste funzioni alle dirette dipendenze della direzione e a farle evolvere rapidamente prevalentemente attraverso l'acquisizione di competenze esterne o una rapida riqualificazione di personale interno.

Anche con riferimento alle funzioni di staff possiamo individuare alcune linee di tendenza comuni:

- la forte dinamicità: a differenza degli altri ambiti di innovazione, la riorganizzazione delle funzioni di staff ha seguito in questi anni una rapida e continua evoluzione; trattandosi di ruoli che richiedono un rapporto di fiducia particolare con la direzione aziendale, la loro strutturazione appare spesso provvisoria e in qualche modo precaria: uffici e funzioni in staff possono nascere e morire, veder aumentata o ridotta rapidamente la dotazione di personale, cambiare nome, responsabile e figure professionali dedicate;
- una maggiore indeterminazione nel ruolo: la struttura di staff, chiamata a svolgere funzioni in genere ad alto contenuto innovativo e che richiedono prevalentemente un investimento in capitale intellettuale e immateriale, è meno direttamente coinvolta delle funzioni di *line* nella gestione diretta dei servizi; al tempo stesso però, disponendo di conoscenze e competenze rilevanti per il governo dell'azienda, può assumere un peso e un potere rilevanti all'interno dell'azienda;
- una minore criticità organizzativa: in genere la progettazione organizzativa delle funzioni di staff richiede un minor investimento di tempo ed energie rispetto ai dipartimenti o ai distretti sanitari, in quanto trattasi di funzioni che non possiedono standard e modelli di riferimento precisi, né in genere esperienze già consolidate in azienda, che possono

costituire naturali resistenze al cambiamento.
4. Un ultimo ma non meno rilevante ambito di innovazione organizzativa è quello dei servizi tecnico-amministrativi. A differenza dei casi precedenti, gli interventi realizzati in quest'ambito non hanno riguardato tanto le strutture organizzative quanto i processi o le formule di gestione. E in particolare:
a) la razionalizzazione e l'integrazione delle procedure, attraverso l'informatizzazione, l'applicazione delle norme sulla semplificazione amministrativa, la diffusione dell'*e-procurement* e di altre forme innovative di acquisto;
b) le scelte di accentramento e di decentramento delle attività, in genere finalizzate a rafforzare il governo unitario della funzione (es. centralizzazione delle gare, dei processi di amministrazione delle risorse umane, delle funzioni di archivio e protocollo, del contenzioso, della contabilità) e a decentrare la gestione operativa delle risorse (gestione del personale, monitoraggio dei consumi di beni e servizi, controlli);
c) le scelte di esternalizzazione di attività e servizi, soprattutto per l'area tecnico patrimoniale (manutenzioni edilizia, impianti, rete informatica), i servizi alberghieri (pulizia, lavanderia, ristorazione) e la logistica (magazzini, trasporti), benché con modalità molto differenti di valutazione economica delle alternative *make or buy*, di selezione del fornitore e soprattutto di gestione del contratto e di verifica delle prestazioni erogate;
d) più recentemente, la ricerca di forme associative o di *networking* interaziendale (gare centralizzate a livello di area vasta, costituzione di consorzi, istituzione di dipartimenti interaziendali, progetti di gestione unitaria dei magazzini, ecc.), che costituiscono indubbiamente la principale sfida all'innovazione organizzativa nei prossimi anni in questo ambito.

3.4.3 Limiti e prospettive di cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie

Il dinamismo che ha caratterizzato l'assetto delle aziende sanitarie in questi dieci anni è stato il segno tangibile di una assoluta rilevanza della dimensione organizzativa e una prova della condizione di autonomia in cui le aziende operano.
Occorre tuttavia interrogarsi, da un lato, sull'efficacia del cambiamento indotto da tali processi e, dall'altra, sul grado di reale autonomia in cui le aziende si trovano ad operare. L'ipotesi è che esistano elementi endogeni al Servizio Sanitario Nazionale che, a nostro avviso, possono condizionare e limitare fortemente sia l'efficacia del cambiamento che il grado di autonomia delle aziende.
Più che di limiti effettivi, si tratta di rischi potenziali, ossia di possibili derive innescate da alcune caratteristiche degli interventi di riorganizzazione in questi anni, aspetti che è bene analizzare e conoscere per evitare eventuali conseguenze negative. In funzione di questa analisi, saranno di seguito indicate alcune prospettive lungo le quali riorientare i processi di cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie (fig. 3).
1. Il primo aspetto da considerare è il rischio di una progressiva coincidenza tra Atto aziendale e assetto organizzativo. È infatti invalsa negli ultimi anni la convinzione che l'Atto aziendale sia, in buona sostanza, il documento con il quale l'azienda descrive il proprio modello organizzativo. Convinzione maturata sulla base dei casi in cui le linee guida

regionali per la redazione dell'Atto aziendale hanno esplicitamente previsto che in esso le aziende inseriscano anche la declinazione delle strutture aziendali e delle relative competenze. Vi sono peraltro molte aziende che, indipendentemente dalle direttive regionali, considerano comunque l'Atto aziendale il principale strumento di organizzazione dell'azienda.

Se da un lato è comprensibile che le Regioni vogliano favorire, attraverso l'Atto aziendale, uno sviluppo organizzativo omogeneo dei diversi contesti territoriali, questa tendenziale identificazione dell'Atto aziendale con la descrizione della struttura organizzativa è foriera di alcune possibili derive:

- innanzitutto l'irrigidimento dei processi di cambiamento della struttura, vincolati al medesimo iter previsto per l'approvazione e la modifica dell'Atto aziendale, con tempi lunghi e processi autorizzativi che sembrano in contraddizione con l'idea di autonomia e di flessibilità organizzativa che il concetto di azienda evoca;
- secondariamente, una sbagliata identificazione dell'organizzazione aziendale con l'elenco delle strutture e, di conseguenza, con le posizioni rispetto alle quali attribuire gli incarichi dirigenziali, lasciando in secondo piano tutti gli aspetti relativi ai processi, ai progetti, e ad ogni altra forma di organizzazione non connessa unicamente all'afferenza ad una precisa struttura;
- la perdita di una visione più incrementale e progressiva del cambiamento organizzativo, che dovrebbe passare attraverso l'elaborazione di un Piano, di un progetto di cambiamento piuttosto che attraverso l'elaborazione di un Atto definitivo; quest'ultimo sembra più adatto per l'esplicitazione dei principi, della missione e dell'assetto istituzionale dell'azienda, per rendere trasparenti le sue logiche di azione più che per definire nel dettaglio le specifiche soluzioni organizzative adottate;
- da ultimo, il rischio di un ritorno ad un approccio più giuridico-formale che sostanziale dell'organizzazione, in cui la forma prevale sulla sostanza e la struttura, una volta definita, appare più un vincolo alle capacità di sviluppo dell'azienda che non una variabile da modificare e adattare costantemente in relazione alle strategie perseguite e concretamente realizzate.

Una via per evitare queste possibili limitazioni consiste, a nostro avviso, nella costruzione di atti aziendali che si limitino a definire la "cornice" istituzionale e strategica entro la quale le aziende si muovono, demandando ad altri strumenti (il Piano di organizzazione, regolamenti attuativi, atti di organizzazione interna) la definizione e la gestione dei processi di cambiamento organizzativo. A tal fine è opportuno che le stesse Regioni emanino direttive e linee guida non eccessivamente vincolanti nei contenuti dell'Atto; limitando di fatto l'autonomia organizzativa delle aziende si ottiene l'effetto opposto (e perverso) di una deresponsabilizzazione delle stesse sull'esercizio di un potere discrezionale di autorganizzazione.

Il Piano di organizzazione, a differenza dell'Atto aziendale, deve rappresentare il percorso di cambiamento coerente con la strategia (definita in un eventuale Piano Strategico aziendale) da realizzare in prospettiva pluriennale, con tutte le possibilità di modifica in itinere derivanti dal sopraggiungere di nuove esigenze o dalla valutazione dei risultati raggiunti (Fig. 2).

2. Un secondo limite alle prospettive di sviluppo organizzativo delle aziende è l'assoluta predominanza di interventi sulla struttura organizzativa. Troppo spesso si identifica il cambiamento organizzativo con l'atto di formalizzazione di nuove strutture (a livello sia macro che micro organizzativo): l'istituzione di dipartimenti, la modifica di strutture semplici o complesse, l'istituzione di nuove strutture di coordinamento o specialistiche. Il cambiamento organizzativo sembra insomma ridursi a soluzioni strutturali, attraverso le

Figura 2 - Funzioni del Piano di Organizzazione

quali tener conto di tutti i possibili criteri di aggregazione delle unità semplici. Per fare un esempio, nell'ambito dei servizi territoriali di un'azienda sanitaria possono coesistere la logica territoriale (il distretto), la logica specialistico-funzionale (i dipartimenti e i servizi) e la logica professionale (medica, degli psicologi, delle professioni sanitarie, ecc.). Spesso per soddisfare in qualche modo tutte e tre queste dimensioni l'azienda prevede la coesistenza di più strutture (il distretto, il DSM e il servizio per le professioni sanitarie) cui ad esempio un infermiere o un assistente sociale si può trovare ad afferire contemporaneamente, in termini gerarchici o funzionali. Negli ospedali, la stessa introduzione della forma dipartimentale sembra aver posto in secondo piano la ricerca di nuove soluzioni organizzative nei modelli di assistenza.

L'identificazione del cambiamento organizzativo con il cambiamento della struttura è peraltro fortemente rafforzata dai Contratti Collettivi di lavoro della dirigenza, che in qualche modo creano una correlazione molto forte tra incarichi dirigenziali e articolazione delle strutture nei diversi gradi di complessità, lasciando ben pochi spazi alla valorizzazione delle professionalità o a trattamenti economici differenziati al di fuori di un'unica e naturale progressione di carriera connessa al grado di complessità della struttura diretta.

Il cambiamento organizzativo, tuttavia, non passa unicamente attraverso modifiche della struttura organizzativa, ma molto più attraverso una ridefinizione dei processi, lo sviluppo di sistemi operativi e di gestione, azioni di comunicazione, di motivazione e di coinvolgimento degli operatori.

Occorre prendere atto che un'azienda sanitaria è un'organizzazione molto complessa, caratterizzata da molteplici linee produttive e differenti criteri di differenziazione delle strutture; la "matrice" organizzativa, che incrocia differenti criteri di organizzazione, è di per sé irriducibile. Quindi, anziché cercare semplificazioni e soluzioni alla complessità intervenendo costantemente sulla riprogettazione della struttura organizzativa, occorre mettere in atto altri strumenti e processi per favorire l'integrazione (gruppi di progetto, team interfunzionali, processi interdipartimentali, ecc.).
In altri termini, la gestione del cambiamento organizzativo appare sempre molto problematica e il rischio corso dalle aziende è spesso quello di limitare il cambiamento all'atto di riorganizzazione formale. La debolezza dei piani di organizzazione e l'enfasi posta sull'Atto aziendale, di cui al punto precedente, possono ulteriormente rafforzare questa tendenza.
3. Un terzo possibile ostacolo allo sviluppo organizzativo delle aziende è la difficoltà di capitalizzare le esperienze e le competenze sviluppate negli ultimi dieci anni. Sono rari i casi in cui il processo di cambiamento organizzativo ha seguito nelle aziende un percorso lineare; molto più spesso i cambiamenti degli organi di governo, così come gli ostacoli incontrati nell'implementazione di determinati modelli, conducono a rimettere in discussione le scelte già fatte, le soluzioni sperimentate. Spesso si modifica l'assetto organizzativo dell'azienda senza aver acquisito e condiviso sufficienti elementi di valutazione dei suoi punti di forza e di debolezza. Ciò può generare una condizione di instabilità o di precarietà dell'organizzazione che non ha nulla a che vedere con la flessibilità, poiché si trasforma in incertezza. È il caso, ad esempio, di molti ospedali di piccole dimensioni che nel corso del tempo sono stati oggetto di progetti discordi, dalla chiusura alla riconversione, dal potenziamento alla cessione, senza che si affermi un progetto chiaro. O ancora, è il caso dei distretti sanitari, sempre indicati come elemento centrale per una presa in carico dei bisogni della popolazione e poi spesso sistematicamente indeboliti dall'assenza di risorse o di una progettualità ben definita.
Se i primi anni dell'aziendalizzazione sono stati indubbiamente un momento di ingresso e di confronto con nuovi modelli organizzativi, creando una condizione favorevole all'innovazione, si assiste oggi in alcune realtà ad un ripiegamento, un sentimento di "stanchezza organizzativa"; cambiano le direzioni aziendali, si succedono gli interventi di riorganizzazione, ma i nodi critici del funzionamento aziendale permangono irrisolti.
Insomma, i processi di apprendimento organizzativo, per essere tali, hanno bisogno di "istituzionalizzare" nuovi modelli, nuove *routines* organizzative, che possano sostituire schemi del passato e logiche d'azione preesistenti; nelle aziende sanitarie, invece, spesso permangono culture e comportamenti che ostacolano e resistono fortemente all'innovazione organizzativa e che riemergono più forti a seguito di cambiamenti annunciati e non realizzati.
Si rischia così di perdere un patrimonio di innovazione che pure in questi anni è stato molto ricco. Sarebbe opportuno promuovere a livello nazionale e regionale una maggiore sistematizzazione e diffusione delle conoscenze su modelli e soluzioni innovative, far circolare informazioni su sperimentazioni di successo e buone pratiche, creare attenzione intorno ad alcuni temi di rilievo (il governo clinico, l'integrazione socio-sanitaria, i processi amministrativi e gestionali, per citarne solo alcuni) per non perdere la tensione al cambiamento e

fare tesoro delle riflessioni e delle esperienze condotte a livello nazionale.
Ma anche all'interno delle singole aziende diventa indispensabile iscrivere il cambiamento in un percorso continuo e radicato nel vissuto e nella memoria dell'organizzazione, trovando il modo ad esempio di riconoscere e valorizzare le punte di eccellenza, di non rimettere in discussione soluzioni che hanno funzionato, di far crescere costantemente le conoscenze e le competenze organizzative degli operatori. L'autonomia e la pluralità di culture professionali all'interno di un'azienda sanitaria sono un potenziale ostacolo all'integrazione organizzativa; per trasformare eventuali resistenze in spinte al cambiamento non vi è altra strada che valorizzare tali professionalità nella condivisione di obiettivi strategici aziendali e nel riconoscimento delle capacità di innovazione provenienti dal basso.
Il limitato investimento sulle persone e sulle professioni è uno dei fattori di maggiore ostacolo al cambiamento e di rafforzamento dei potenziali fattori disgreganti dell'organizzazione.
4. Le riflessioni appena condotte si legano molto bene ad un altro aspetto oramai critico nei processi di cambiamento organizzativo delle aziende sanitarie, che riguarda gli strumenti e i processi di gestione del personale. È singolare come organizzazioni mediamente così grandi e complesse in termini di dotazione quanti-qualitativa di personale (basti pensare alla percentuale di personale laureato ben superiore alla media di altre aziende pubbliche e private) abbiano ancora sistemi di gestione del personale prevalentemente tradizionali e scarsamente evoluti. Non vi può essere innovazione senza una visione completamente rinnovata della dotazione di personale come patrimonio da valorizzare. Non è questa la sede per sviluppare una riflessione sugli strumenti innovativi di gestione del personale, dalla selezione alla formazione, dalla gestione dei percorsi di carriera alla valutazione. Indubbiamente la loro adozione, anche in conformità con gli spazi già previsti dall'ordinamento contrattuale, è condizione necessaria per costruire percorsi stabili di apprendimento organizzativo.
Spesso inoltre si rischia di istituire o potenziare funzioni di staff (anche con riferimento alla valutazione del personale o alla formazione) penalizzando tuttavia una crescita dei servizi di *line* cui è affidata la gestione del personale. Sottesa a queste situazioni vi è la convinzione che i servizi tecnico-amministrativi possano essere distinti tra "tradizionali" e "innovativi", garantendo ai primi una certa continuità di organizzazione e investendo più sullo sviluppo dei secondi.
Questa impostazione sottovaluta il potenziale di innovazione presente nei processi di gestione delle risorse (bilancio, acquisti, personale) e il forte carattere integrato di tali processi; se eventuali funzioni di staff (come il controllo di gestione, ad esempio, o lo sviluppo organizzativo) non generano ricadute sulla qualità delle funzioni di *line*, o si riassorbono in esse, l'azienda difficilmente potrà generare dei cambiamenti stabili e duraturi al proprio interno.
5. Un ultimo ma non meno importante aspetto riguarda le relazioni tra l'azienda e i diversi soggetti pubblici e privati con i quali è chiamata a interagire, soprattutto per quanto attiene lo sviluppo di politiche di rete nell'offerta dei servizi. In quest'ambito il rischio da evitare è quello di non tener conto della reciprocità di tali relazioni. Le aziende sanitarie sono spesso viste dai soggetti privati o come concorrenti (per l'attività di produzione) o come finanziatori (per l'attività di committenza o di acquisizione di beni e servizi), o come

autorità (per l'attività di controllo e di ispezione); in realtà se il focus dell'attenzione si sposta sui processi di innovazione organizzativa, aziende sanitarie e soggetti privati (ma anche altri soggetti pubblici) devono necessariamente diventare partner. La cooperazione deve essere vista come disponibilità a condividere risorse per il cambiamento, che non può essere a carico di un'unica parte, pena la non sostenibilità del cambiamento stesso. Erogatori privati, enti locali, farmacie, imprese, associazioni, sono tutti soggetti chiamati a svolgere sempre più un ruolo di cooperazione per lo sviluppo dei sistemi sanitari locali. Le innovazioni organizzative di maggior successo sinora realizzate poggiano proprio su un diverso rapporto dell'azienda sanitaria con la comunità locale e, più in generale, con gli altri soggetti presenti nel contesto istituzionale, economico e sociale di riferimento. Di qui l'ultima delle nostre riflessioni, che riteniamo tocchi il cuore del cambiamento, e che riguarda la capacità di costruire nuovi sistemi di *accountability* e di partecipazione a livello locale. L'azienda sanitaria non può essere considerata di per sé solo per ciò che acquista e produce, ma deve interpretare la propria missione come soggetto in grado di guidare e condividere, con la Regione in primo luogo e con gli altri attori presenti nel proprio contesto, un sistema di *governance* per la salute dei cittadini, sostenibile dal punto di vista economico e orientato al medio-lungo periodo. L'innovazione organizzativa si sposa così con l'innovazione istituzionale e sociale. Ed è forse questa la prospettiva di cambiamento alla quale fare riferimento per ripensare lo stesso concetto di autonomia organizzativa e individuare per i prossimi anni nuovi spazi d'azione per le aziende sanitarie.

Figura 3 - Cinque prospettive d'azione per rilanciare lo sviluppo organizzativo delle aziende sanitarie

Riferimenti bibliografici

- Bergamaschi M (a cura di), "Manuale di organizzazione delle aziende sanitarie", McGraw-Hill, Milano, 2000.
- Carbone C, Cattabeni L, "Analisi organizzativa dei servizi di supporto non sanitari", in Anessi Pessina E, Cantù E, Rapporto Oasi 2005, Egea, Milano, 2005.
- Cavallo C, Gerzeli S, Vendramini E, "Organizzazione e gestione delle cure primarie", McGraw-Hill, Milano, 2001.
- Cicchetti A, "La progettazione organizzativa: principi strumenti e applicazioni nel settore sanitario", Franco Angeli, Milano, 2004.
- De Pietro C, "Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche e strumenti", McGraw-Hill, Milano, 2005.
- De Pietro C, Lega F, Pinelli N, "L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: organizzazione e personale", in Anessi Pessina E, Cantù E, Rapporto Oasi 2003, Egea, Milano, 2003.
- Lega F, "Orientare all'innovazione gli ospedali: aspetti strategici, organizzativi e gestionali", in Anessi Pessina E, Cantù E, Rapporto Oasi 2003, Egea, Milano, 2003.
- Longo F, "ASL, distretto e medico di base", EGEA, Milano, 1999.
- Meneguzzo M, Roncetti L, Rossi AG, "Ricentralizzazione delle Regioni (grip back) ed aziende sanitarie; centrali di acquisto e servizi in rete", in Rapporto Ceis Sanità 2004. Università di Roma Tor Vergata, Italpromo Esis Publishing, Roma, 2004.
- Tanese A, "Interessi in gioco, strategie degli attori e responsabilità sociale. La centralità dei sistemi locali nel governo della sanità", Mecosan, n. 57, 2006.
- Tanese A, "L'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie", in Hinna L (a cura di) Management in Sanità. Scenari, metodi e casi, Aracne, Roma, 2002.

3.5 - La Balanced Scorecard tra finalità e contesti eterogenei nel confronto tra alcune esperienze internazionali

Ferrari D.[1], Greco S.[2], Merlini L.[3]

3.5.1 Introduzione

Il presente contributo si propone di illustrare le principali leve di azione a cui si sono ispirati alcuni progetti d'introduzione della *Balanced Scorecard* (BSC) a livello internazionale[4]. Più che mirare alla completezza ed esaustività nella descrizione delle esperienze selezionate, è esplicita intenzione degli autori di focalizzare l'attenzione su alcuni aspetti peculiari e distintivi di tre realtà in cui la BSC ha trovato terreno fertile per un'applicazione sistematica: l'Ente Ospedaliero Cantonale (Svizzera), l'*Agència Valenciana de Salut* (Spagna) e il *Vinzenz-Gruppe* (Austria).

Il filo conduttore che s'intende far risultare dalla trattazione è il dato di fatto che l'applicazione nelle aziende sanitarie del modello di Kaplan e Norton risulta lontana dal modello teorico e che la pluralità di sistemi di BSC esistenti dipende in larga misura da almeno due rilevanti sfere di eterogeneità:

- eterogeneità del tipo di azienda sanitaria in cui la BSC viene applicata (azienda ospedaliera pubblica, rete di strutture sanitarie, azienda ospedaliera privata, azienda sanitaria locale, ecc.);
- eterogeneità delle aspettative rispetto allo strumento BSC (strumento di controllo strategico, strumento di comunicazione, strumento per la definizione e la distribuzione di incentivi, strumento di sintesi del sistema informativo, ecc.).

3.5.2 Ente Ospedaliero Cantonale della Svizzera Italiana

L'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) nasce nel 1982 per riunire sotto un'unica direzione strategica gli ospedali pubblici del Canton Ticino. La creazione di questa azienda con personalità propria di diritto pubblico ha permesso di conseguire, nel corso degli anni, importanti risultati in termini di efficienza nell'utilizzo delle risorse, di efficacia terapeutica e di coordinamento dell'offerta di prestazioni. D'altro canto la gestione di un ospedale mul-

[1] *Università della Svizzera italiana e Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana.*

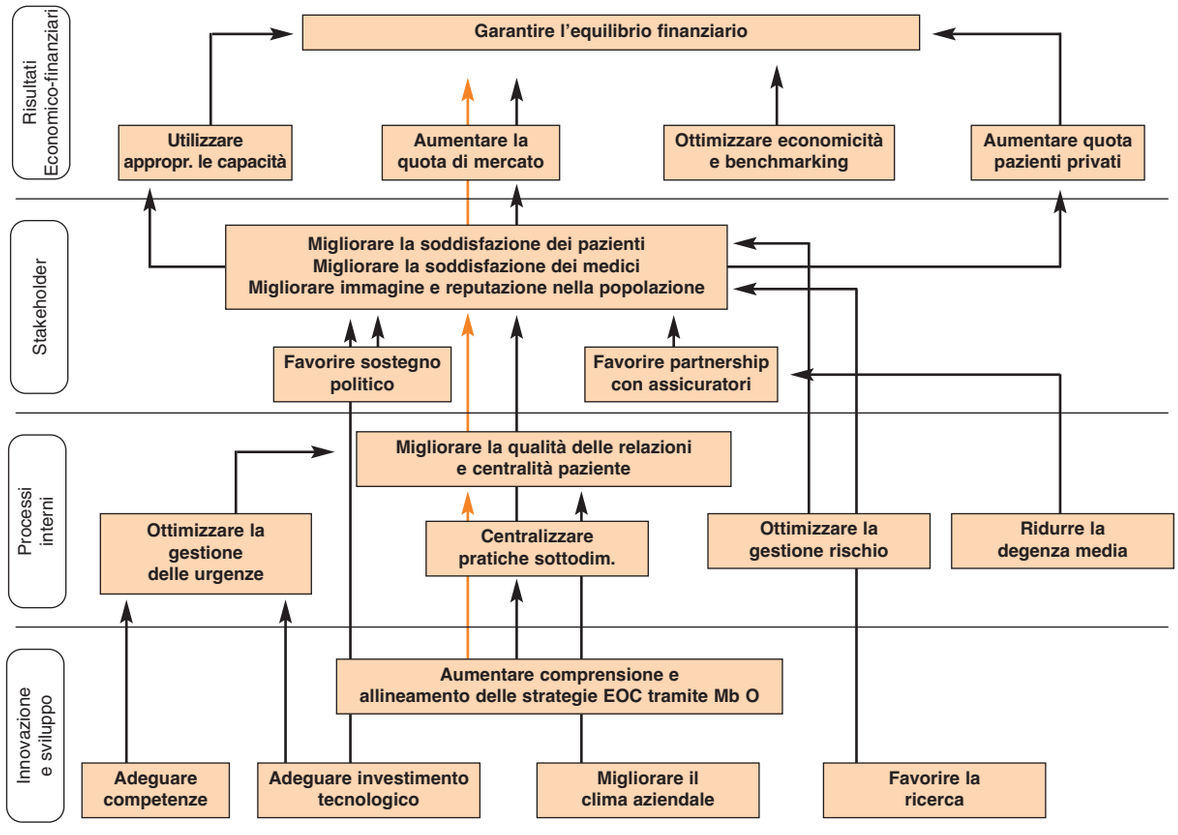
[2] *Università della Svizzera italiana, Ospedale Regionale La Carità di Locarno e Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione di Brissago.*

[3] *Università della Svizzera italiana e Ospedale Regionale La Carità di Locarno.*

[4] *Le informazioni contenute in questo contributo prendono spunto dalle relazioni svolte nell'ambito dell'atelier Balanced Scorecard organizzato dall'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS), svoltosi a Lugano, presso l'Università della Svizzera Italiana, il 2 giugno 2006.*

tisito (7 istituti acuto-somatici, 1 clinica di riabilitazione, per un totale di circa 1.000 posti letto, 36.000 pazienti e 320.000 ricoveri all'anno) impone un impegno importante della direzione generale in termini non solo di definizione delle strategie, ma soprattutto di comunicazione delle stesse a tutti i collaboratori e di monitoraggio continuo del raggiungimento degli obiettivi strategici (controllo strategico). In tal senso, l'implementazione di una mappa strategica (Figura 1) e di una BSC hanno dato all'EOC la possibilità di tradurre la strategia in un sistema semplice di indicatori e di conseguire un allineamento delle prestazioni individuali e di gruppo alla strategia stessa. Quest'ultimo proposito è alla base di un sistema incentivante, secondo il quale una parte della retribuzione della dirigenza risulta legata al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e di gruppo secondo la BSC, che si propone così come vera e propria piattaforma di negoziazione nell'ambito del sistema di *Management by Objectives*[5].

Figura 1 - La mappa strategica dell'EOC



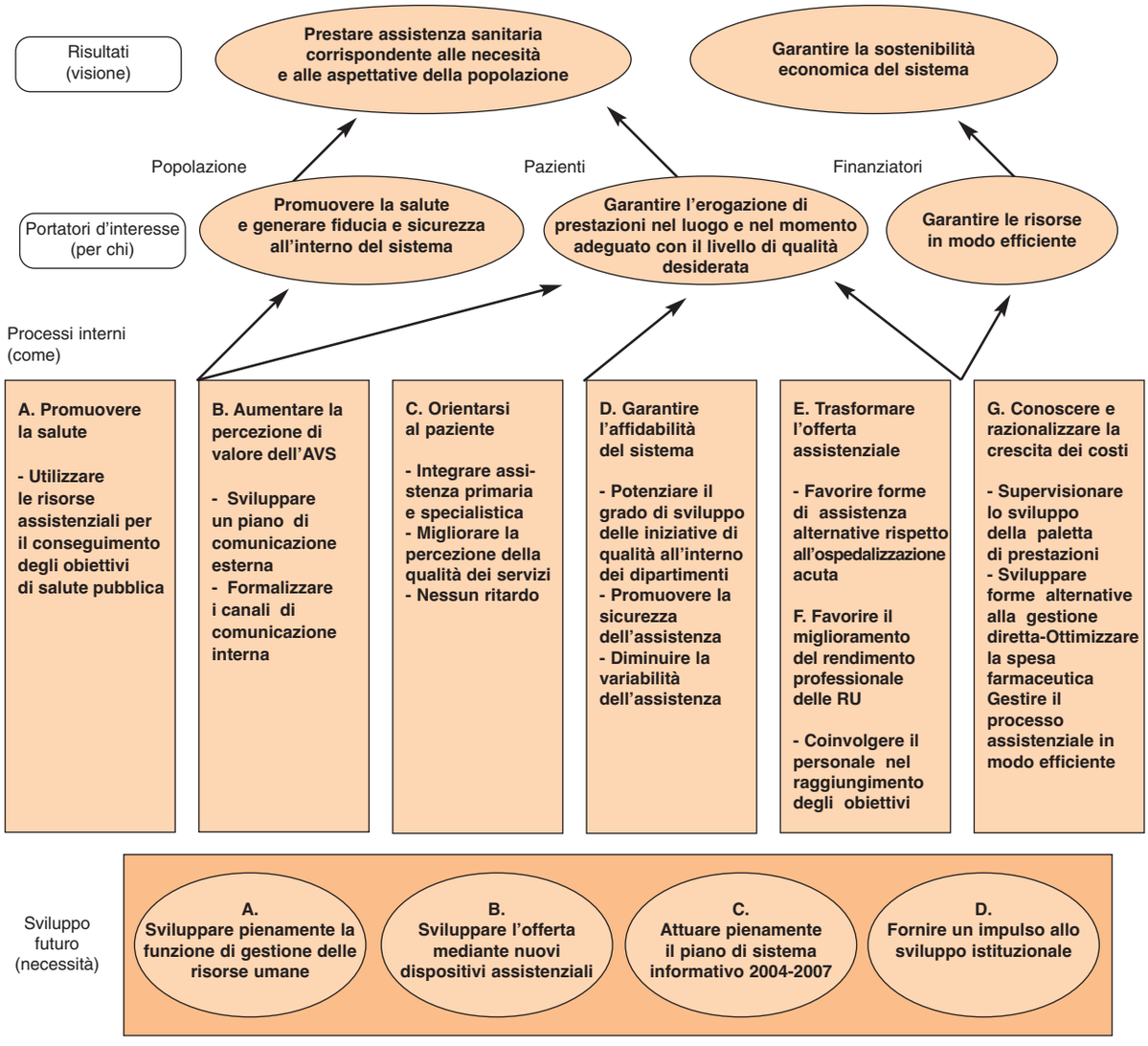
[2] *Maggiori dettagli, sia sul modello di negoziazione che sulle modalità di attuazione della BSC all'interno dell'EOC, sono contenuti in Greco et al., 2005.*

Relativamente alle modalità di implementazione, va notato come la BSC sia stata dapprima introdotta, nel 2002, presso un ospedale pilota (nella fattispecie l'Ospedale Regionale di Locarno "La Carità") al fine di testarne la validità, per poi essere estesa, su impulso della Direzione Generale, alle altre sedi dell'ospedale multisito.
Ciò testimonia come la Direzione dell'EOC sia ben lungi dal sovrastimare la portata strategica della BSC, che si rivela in grado di illustrare la strategia aziendale in modo più sistematico ma non ha certamente condotto ad un ripensamento sostanziale di un processo di definizione della strategia consolidato da anni, tanto più che i rischi costituiti da una possibile mancanza di coerenza dei legami di causa-effetto tra le diverse aree chiave di obiettivi e la quantificazione sempre difficoltosa degli indicatori di carattere non finanziario possono in ogni momento intaccare la logica sottesa al modello di BSC definito dall'azienda.

3.5.3 Agència Valenciana de Salut

Rispetto al caso precedente, concernente un ospedale multisito, con l'*Agència Valenciana de Salut* (AVS) il punto di vista diventa quello di un intero sistema sanitario territoriale, avvicinandosi in larga misura a quello tipico di un Sistema Sanitario Regionale italiano. Il territorio coperto dall'AVS, creata nel 2003, comprende 21 dipartimenti sanitari, laddove l'AVS stabilisce le politiche sanitarie da porre in essere e offre l'inquadramento istituzionale necessario ai dipartimenti, a cui vengono assegnate le risorse per l'organizzazione dei processi assistenziali. Ciascun dipartimento – che può essere parzialmente assimilato ad un'Azienda Sanitaria Locale italiana – dispone di una propria compagine di direzione, la quale gestisce l'insieme delle risorse, organizza le prestazioni e coordina i professionisti. A livello di prestazioni erogate, nel territorio di competenza dell'AVS operano circa 45.000 unità di personale a tempo pieno, che garantiscono la gestione di circa 400.000 ricoveri all'anno e oltre 50 mil. di "consultazioni" nell'assistenza primaria.
Rispetto all'impiego della BSC, occorre innanzitutto evidenziare come il piano strategico sia stato impostato proprio secondo questa logica. La Figura 2 mostra la mappa strategica dell'AVS, dalla quale risulta evidente l'ispirazione all'approccio BSC, dal momento che vengono evidenziati i risultati attesi, i portatori d'interesse, le leve di azione a livello di processi interni e i *driver* dello sviluppo futuro.
Come si può constatare, il modello di BSC si articola in 4 prospettive, 3 portatori d'interesse con le relative proposte di valore, 7 linee d'intervento e 4 tematiche di sviluppo futuro. In totale risultano 24 obiettivi strategici, rispetto ai quali sono stati definiti 43 indicatori.
In particolare, è interessante notare come la tradizionale prospettiva economico-finanziaria sia stata denominata, in modo più ampio, prospettiva dei risultati, vista la necessità di esplicitare che l'obiettivo primario dell'AVS è costituito dal fornire un'assistenza sanitaria corrispondente alle aspettative della popolazione, tenendo sotto controllo la sostenibilità economica dell'intero sistema sanitario di riferimento.
Una scelta di fondo dell'AVS nella configurazione del modello di BSC è stata inoltre quella di conferire alla prospettiva dei processi interni un'articolazione estremamente dettagliata in termini di aree chiave di performance (ne sono state identificate ben 15), al fine di rappresentare compiutamente le numerose leve di azione su cui l'AVS intende agire.

Figura 2 - La mappa strategica dell'AVS



Un aspetto peculiare del sistema di BSC dell'AVS è il ruolo da esso ricoperto nel perseguire un'ottimizzazione dell'allineamento strategico tra il livello *corporate* e i singoli dipartimenti. La mappa strategica dell'intera organizzazione (che può essere considerata, appunto, come una mappa strategica *corporate*) si trova infatti a svolgere una funzione di riferimento rispetto all'azione dei singoli dipartimenti. Il rischio è in effetti quello che i piani strategici territoriali di dipartimento possano divergere dal piano d'insieme dell'intera organizzazione.

Al fine di analizzare la coerenza dei 21 piani territoriali con il piano strategico *corporate*

vengono utilizzati due criteri:
• il contributo (cioè se un dipartimento contribuisce direttamente o meno al raggiungimento di un obiettivo *corporate*);
• il tasso di allineamento (cioè la percentuale di obiettivi di ciascun dipartimento che hanno un legame diretto con un obiettivo *corporate*).
Risulta così la tassonomia di situazioni illustrata nella matrice della Figura 3, dove i due estremi sono rappresentati dal quadrante 1 (situazione peggiore) e dal quadrante 4 (situazione ideale). Inoltre, la situazione del quadrante 2 (contributo elevato e tasso di allinea-

Figura 3 - I possibili scenari di allineamento tra AVS e dipartimenti

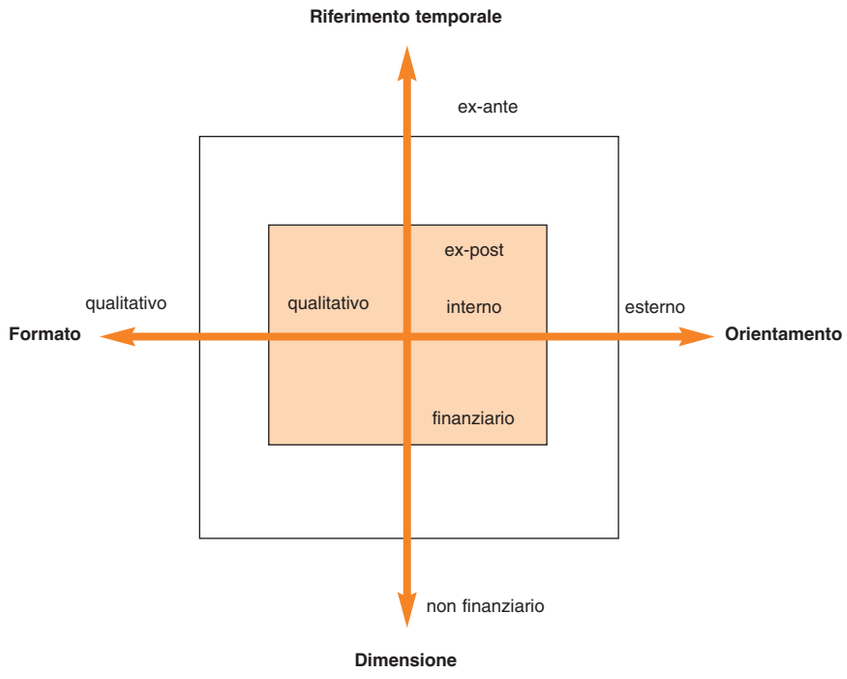
mento ridotto) potrebbe essere legata alla presenza di un numero eccessivamente alto di obiettivi di dipartimento, mentre quella del quadrante 3 può derivare dal fatto che gli obiettivi per i quali si constata l'allineamento risultano troppo micro per generare un impatto significativo sugli obiettivi complessivi dell'AVS.
Degne di nota sono pure le tre iniziative complementari messe in atto dall'AVS per supportare la gestione della BSC, che si rivela estremamente articolata proprio a seguito dell'ampiezza ed eterogeneità del territorio da monitorare. Esse sono:
• un ufficio di progetto, il cui ruolo è quello di controllare e assicurare l'esecuzione delle azioni, rendere affidabili i processi e accompagnare le *équipe* qualora si rivelasse necessario;
• l'integrazione della BSC con altri strumenti quali il contratto di programma dei diparti-

menti (in cui sono definiti gli obiettivi attribuiti a questi ultimi e le relative modalità di finanziamento) e il sistema di definizione dei percorsi professionali e della remunerazione variabile;
• la creazione di una comunità virtuale per le compagini di direzione, destinata a favorire la professionalizzazione della gestione, la comunicazione orizzontale e l'apprendimento.

3.5.4 Vinzenz-Gruppe

Il *Vinzenz-Gruppe* (VG) è un gruppo di cliniche private afferente ad un ordine religioso (l'Ordine di San Vincenzo, appunto) leader di mercato in Austria e comprendente 6 ospedali di cure acute, per un totale di 2.100 letti e di 6.000 collaboratori circa. La struttura è quella tipica di un gruppo di aziende, dove presso la capofila (*holding*) sono ospitati una serie di servizi centralizzati. Le prestazioni erogate negli ospedali VG sono da considerarsi di eccellenza rispetto allo *standard* dell'assistenza ospedaliera austriaca, con un ampio ventaglio di specialità offerte, mentre i fattori che distinguono il VG agli occhi dei loro pazienti/clienti (cioè le *Unique Selling Proposition*) sono la qualità e personalizzazione delle cure, il clima piacevole di soggiorno per i pazienti e l'efficienza in termini di costi.
L'introduzione della BSC si inserisce in un contesto di cambiamento strategico volto ad ottenere un riposizionamento sul mercato mediante:
• la ridefinizione del portafoglio di attività (in termini sia di coerenza che di efficacia);
• un rafforzamento dell'influenza sul piano politico-istituzionale;
• l'acquisizione di nuove strutture;
• la definizione di nuovi partenariati strategici.
Il modello di BSC del VG è impostato su 5 prospettive, denominate rispettivamente:
• asse delle posizioni strategiche di successo;
• asse finanziario;
• asse clienti e mercati;
• asse interno;
• asse dell'apprendimento e sviluppo.
Rispetto ai due casi analizzati in precedenza, va segnalata la rilevanza attribuita all'asse finanziario, giustificata dal carattere privato dell'assetto proprietario.
Di particolare interesse è inoltre l'approccio adottato dal VG per la definizione degli indicatori, che è articolato secondo le 4 dimensioni illustrate nella Figura 4.
In sintesi è possibile affermare che il VG ha raggiunto, anche e soprattutto grazie all'opera di chiarificazione delle linee strategiche future svoltasi al momento dell'introduzione della BSC, i seguenti risultati:
• una *vision* condivisa (tra Consiglio, Direzione e Ordine religioso);
• delle *mission* ridefinite in funzione delle masse critiche;
• una definizione esauriente delle priorità e dei progetti da realizzare;
• un *business plan* per la *holding* e per ogni ospedale del Gruppo;
• l'identificazione di alcuni ospedali e cliniche da acquistare;
• un maggiore orientamento alla performance della cultura aziendale, che resta comunque di impronta cristiana;
• un allineamento della struttura organizzativa alle nuove strategie (ad esempio tramite

Figura 4 - Le dimensioni considerate dal VG per la definizione degli indicatori



una revisione dell'assetto del Consiglio di amministrazione);
• un ancoraggio politico nettamente migliore, sia a livello locale che a livello regionale e nazionale.

3.5.5 Conclusioni

Dall'analisi delle realtà presentate appare evidente come nelle aziende sanitarie non si possa parlare, almeno per ora, di un'implementazione della BSC secondo il modello definito da Kaplan e Norton, ma piuttosto di una pluralità di modelli frutto della diversa modalità di approccio al tema. La distanza dal modello ideale dipende, a nostro parere, da una serie di fattori di criticità che possono essere letti in relazione al contesto e in chiave aziendale.
L'elemento della multidimensionalità sembra essere una discriminante forte nel rapporto pubblico-privato: nel privato, infatti, vi è una tendenza alla divisione delle 4 prospettive, finalizzata alla migliore comprensione delle determinanti del profitto; ciò non si ha nel pubblico dove, invece, il risultato economico è considerato come fine parziale e non esaustivo, accanto al quale deve porsi anche il perseguimento di finalità non economiche, che la BSC dovrebbe perlomeno esplicitare. Individuando nel risultato economico una condizione necessaria ma non sufficiente per le aziende sanitarie, emerge, dunque, una complessità del contesto che incentiva l'utilizzo di strumenti, come la BSC, i quali,

laddove ben consolidati, dovrebbero aiutare a ridurre la complessità stessa. Peraltro, l'elemento della multidimensionalità sottende anche una diversità di analisi delle prospettive che, mentre nel settore privato si focalizza maggiormente sull'aspetto economico, nel pubblico, invece, comporta un costante parallelismo tra la prospettiva economica e quella del cliente-paziente. Da ciò deriva un'ulteriore diversità rispetto alla tensione economica, che è evidentemente meno accentuata nelle organizzazioni pubbliche e comunque solo in parte discriminante per le scelte di politica sanitaria.
Un elemento che sancisce la distanza tra il modello ideale e i casi illustrati riguarda poi la peculiarità delle organizzazioni sanitarie che, trattandosi di organizzazioni professionali per eccellenza, convivono costantemente con il problema della condivisione tra le diverse categorie di professionisti attivi all'interno delle stesse: la BSC dovrebbe di conseguenza, nelle realtà sanitarie, riuscire a far dialogare, coinvolgere e collaborare il *management* con i professionisti, e ciò in quanto la difficoltà di rintracciare dei nessi causali tra la prospettiva economica e quella del cliente potrebbe essere risolta laddove tali nessi venissero garantiti nel rapporto tra i soggetti (*manager* e medici) che, con il loro operare, influenzano tali prospettive. In questo modo l'organizzazione riuscirebbe, infatti, a beneficiare maggiormente dei legami che vengono ad instaurarsi tra le persone rispetto a quelli sanciti in modo deterministico e quantitativo.
Da ciò risulta una configurazione della BSC nelle organizzazioni sanitarie più come mezzo di comunicazione che come strumento gestionale.
Infine, rispetto al modello tracciato per le imprese, nelle aziende sanitarie è presente, in qualche caso, un *deficit* di strumenti e competenze adeguate a supportare lo sviluppo della BSC e, in altri, un sovraccarico di obiettivi e risultati ad essa legati: tale disomogeneità può essere un freno alla realizzazione di processi imitativi, che invece potrebbero aversi tra aziende operanti nello stesso contesto.

Riferimenti bibliografici

• AA.VV. (2006), "Atti dell'atelier Balanced Scorecard" organizzato dall'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS), Lugano, 2 giugno 2006.
• Baraldi S. (2005), "Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie", McGraw-Hill, Milano.
• Greco A, Luchessa G, Maggini C e Merlini L. (2005), "Ente Ospedaliero Cantonale della Svizzera Italiana", in Baraldi S, Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano.
• Kaplan RS, Norton DP (2001), "The strategy focused organization", Harvard Business School Press, Boston.

3.6 - Le relazioni tra Balanced Scorecard e Activity Based Costing

Frittoli G.[1], Granzotto S.[2]

3.6.1 La *Balanced Scorecard* e *l'Activity Based Costing*

Durante la metà degli anni Ottanta si sviluppava la critica ai sistemi di *management accounting* e si evidenziava la loro "rilevanza perduta" rispetto alle necessità reali del *management*[3]. Le necessità informative per il controllo direzionale si sono negli ultimi venti anni significativamente modificate. Tra gli elementi che più hanno influenzato tali bisogni (soddisfacendoli e alimentandoli) vi è lo sviluppo delle tecnologie informatiche. Con l'evoluzione delle possibilità di raccolta e di fruizione tempestiva delle informazioni si sono sviluppati i bisogni informativi e di controllo. La crisi dei sistemi di misurazione ha stimolato sperimentazioni e nuove procedure di contabilità direzionale che si adeguassero ai cambiamenti tecnologici e alle nuove "filosofie" gestionali (*total quality management, just in time, reengineering*,...). Le esperienze più significative riguardano le varie tecniche di *cost management*, i sistemi *activity based*[4] e, relativamente al controllo direzionale, si è diffuso lo *Strategic* o *Advanced Management Accounting* (SMA o AMA), che in Italia si è definito come Contabilità Direzionale Integrata (CDI)[5]. In questo articolo, cercheremo di illustrare le possibili relazioni tra due di queste metodologie: la *Balanced Scorecard* (BSC) e l'*Activity Based Costing* (ABC), evidenziandone le connessioni e presentando l'opportunità di un loro utilizzo complementare. Sottolineeremo il loro utilizzo in sanità tralasciando la descrizione delle due metodologie, che rimandiamo alla bibliografia allegata[6]. Kaplan[7], alla specifica doman-

[1] *Ce.Ri.S.Ma.S. Centro di ricerche e studi in management sanitario.*

[2] *Direttore Amministrativo Fondazione Sospiro.*

[3] *Johnson e Kaplan (1987).*

[4] *Per il "cost management" vogliamo riferirci al target costing, kaizen costing, life cycle costing,, mentre per i sistemi "activity based" intendiamo: ABM activity base management, ABC activity based costing, ABB activity based budgeting.*

[5] *Esiste una vasta bibliografia sull'argomento. Per approfondimenti sulle soluzioni più innovative si rimanda a due manuali, due "classici" del management accounting nelle loro edizioni italiane: il primo Kaplan RS, Atkinson AA (2000) tradotto e arricchito da Alberto Bubbio e Carmine Bianchi; il secondo di Horngren CT, Foster G, Datar SM (1997) tradotto da Santesso e Cinquini che propone una vasta e sistematica panoramica delle attività di cost management e controllo direzionale.*

[6] *Si segnalano in particolare quali opere generali sul performance management: Cooper e Kaplan (1988 e 1991), Adkins (2006), Simons (2000, 2005); mentre per l'ABC e ABM: Brimson e Antos (1994), Bubbio (2001), Casati e Vichi (2002) e Cooper (2005); infine per la BSC, oltre ovviamente ai libri di Kaplan e Norton (1992, 1996, 2001 e 2003) si suggerisce Baraldi (2005) la più completa analisi sia della metodologia, sia della sua applicazione in sanità.*

[7] *Kaplan e Norton (1992, 1996, 2001 e 2003) sono gli ideatori della metodologia BSC.*

da sulla natura del rapporto fra BSC e ABC, ha risposto definendo le metodologie "complementari". Per le aziende sanitarie la relazione tra BSC e ABC assume rilevanza proprio per le caratteristiche dei servizi offerti. Come evidenziato da Kaplan l'ABC, come sistema di controllo dei costi, non può misurare il valore del servizio erogato agli utenti, in quanto «Il sistema di ABC identifica i driver del costo di un'organizzazione e le iniziative che può prendere per ridurre i costi, pur continuando a offrire al cliente lo stesso valore. Invece la BSC identifica i driver del valore della strategia di un'organizzazione e un nuovo sistema di *management* per allineare l'organizzazione alla strategia»[8]. L'ABC viene vista come una "applicazione analitica" in grado di «misurare al meglio il valore economico per l'azionista e il *management* dei rapporti con il cliente». Quindi i due sistemi, ABC e BSC, «si integrano bene»[9]. È opinione diffusa che l'*Activity Based Management* (ABM) sia strumento fondamentale a servizio della BSC, quasi una pre-condizione per il suo successo. La performance di processo che finisce per influire sui risultati finali dell'azienda trova nell'ABM un potente mezzo di analisi. L'ABC è uno dei costituenti fondamentali dell'ABM, ma può essere applicato anche autonomamente. ABC e ABM hanno due prospettive differenti:
1) L'ABC analizza quali attività producono valore, allocando i costi in base a driver il più possibile correlati all'attività svolta; ha quindi una propria utilità come strumento di supporto nella definizione delle strategie di medio termine.
2) Anche L'ABM promuove l'ottimizzazione dell'uso delle risorse senza compromettere la qualità dei servizi erogati, ma si pone in un'ottica diversa: identificare le cause che generano i costi, ossia il "come" questi costi vengono generati e quindi come possono essere ridotti. In un certo senso, l'ABM risponde alla "domanda successiva" di un'analisi ABC (che identifica i driver di costo, senza interrogarsi sul perché i processi siano proprio quelli e se siano migliorabili). In questo senso, possiamo definire la prospettiva dell'ABM come operativa, e quella dell'ABC come strategica. L'approccio *Critical Success Factors* (CFS) rappresenta l'aspetto di collegamento tra BSC e ABM. È dall'individuazione delle variabili necessarie per poter gestire efficacemente che deriva conseguentemente la focalizzazione sulle attività ad esse correlate, suggerendo in tal modo il livello di analiticità del sistema contabile a supporto[10]. Il sistema di controllo si trasforma in *strategic cost management*. È plausibile pensare che l'analisi possa abbracciare logiche di valutazione del valore della prestazione erogata. La difficoltà è nella misurazione: a fronte di un prodotto/servizio, le singole attività analitiche che lo compongono lungo la catena del valore possono essere molto numerose ed è necessario individuare i parametri che consentano le opportune valu-

[8] *Kaplan e Norton (2001) pp 372.*

[9] *Kaplan e Norton (2001), pp 324.*

[10] *È indispensabile dotarsi di un adeguato sistema informativo orizzontale, ovvero interfunzionale, tale da evidenziare i dati chiave relativi a tutte le attività esaminate. È altrettanto importante "visualizzare", "mappare" le interconnessioni tra le attività analizzando tutti gli aspetti, interni ed esterni all'azienda che possono avere un peso sul risultato del processo. In questo modo risulta evidente il rapporto tra il sistema di contabilità e le valutazioni di carattere strategico cui si richiamano i CSF.*

tazioni. Indici di pertinenza e qualità potrebbero essere una soluzione soddisfacente[11]. Ovviamente la valorizzazione economica di queste valutazioni può avvenire solo se si adotta un sistema di ABM.

3.6.1.1 L'applicazione dell'ABC nelle aziende sanitarie

Secondo le dottrine manageriali lo strumento dell'ABC è indicato soprattutto in contesti di forte competitività e/o di attenzione sul costo del prodotto (competizione sui prezzi). Il settore sanitario (se pensiamo alla situazione italiana, segnatamente per le aziende pubbliche) non sembra avere le suddette caratteristiche. Quindi, perché applicarlo?

1. Perché si focalizza sui processi. L'implementazione di un sistema di *accounting* basato sull'ABC richiede un approfondito studio dei processi. Per allocare correttamente gli *overhead* impiegati per la produzione/realizzazione di un determinato prodotto/servizio è necessario stimare i tempi di impiego delle risorse coinvolte, tradotti poi in valori economici. L'analisi dei tempi comporta necessariamente lo studio dei processi di produzione/erogazione.
2. Perché più vicino al modo di pensare dei clinici. Una analisi, che entra nel merito dell'utilizzo delle risorse (servizi diagnostico-terapeutici, servizi sanitari di supporto, …) è più prossima all'operatività del personale sanitario. Utilizzare la metodologia ABC per una struttura di ricovero e cura significa orientarsi al trattamento diagnostico terapeutico da valutare in modo trasversale in tutti i passaggi[12].

L'ABC può supportare il *management* analizzando le attività svolte sotto diverse prospettive. Se, ad esempio, è prioritario analizzare la produttività o l'efficienza di un servizio, i *cost objects* sotto esame sarebbero le linee di servizio, mentre se sono sotto esame determinate patologie o tipologie a pazienti, i *cost object* saranno queste ultime. In tal senso, vediamo come l'ABC sia efficace come strumento di supporto decisionale in quanto identifica i processi che creano valore e consente di ottimizzare i processi, in un'ottica di miglioramento continuo. Una delle difficoltà dei sistemi di *accounting* tradizionali per le aziende sanitarie è nella valorizzazione dei servizi sani-

[11] *Il grado di pertinenza è dato dall'esistenza di un'effettiva domanda di un'attività, il cui rapporto qualità/prezzo sia competitivo rispetto a soluzioni alternative atte a soddisfare lo stesso bisogno. Al di fuori di questa categoria le attività possono dividersi in obbligatorie, poiché imposte da normative, ad esempio, oppure possono essere espressione di scelte o politiche aziendali deliberate. La qualità è la seconda condizione per cui un'attività possa creare valore, e fa riferimento alla appropriatezza, alla tempestività, e tutte le condizioni complementari a quelle che determinano il livello di pertinenza.*

[12] *Una delle modalità per massimizzare l'efficacia dell'ABC nel contesto sanitario è rapportare il numero massimo di attività (ovvero: allocare quanti più costi) direttamente al paziente. L'ABC dimostra la sua efficacia soprattutto in contesti di multiprodotto/multiservizio. Nel contesto sanitario, significa identificare e classificare la casistica trattata per raggruppamenti omogenei e considerare questi raggruppamenti (es. per famiglia di patologie) come i servizi forniti dalla struttura. In tal modo, il management avrà risposte sulla redditività della casistica (confronto tra costi effettivi e remunerazione DRG) e sulla qualità dei processi di diagnosi e cura (evidenza delle attività a valore aggiunto).*

tari di supporto[13]. Proprio questo è uno dei motivi principali per cui l'ABC può essere utile nel settore sanitario e può bene integrarsi con la BSC. Per il *management* sanitario è più efficace una chiave di lettura che non si focalizzi sul centro di costo o di responsabilità, ma sulle attività svolte (casi trattati, richieste ai servizi diagnostico-terapeutici, procedure e interventi, consulenze): per usare un termine organizzativo, "sui processi"; per usare un linguaggio clinico, "sui pazienti".

3.6.2 L'applicazione della BSC nelle aziende sanitarie straniere

La BSC in sanità, nell'analisi delle esperienze straniere, risulta estesamente conosciuta, diffusa e applicata: non «un modello teorico, bensì una soluzione concretamente praticabile»[14]. Nell'esperienza italiana l'unica indagine disponibile è quella realizzata dal Ce.Ri.S.Ma.S., che evidenzia come la BSC sia ancora poco conosciuta e le aziende "pioniere" siano «attualmente impegnate nelle prime fasi di sviluppo dei progetti»[15]. Le esperienze avviate in questi anni vedono soprattutto impegnate le aziende del centro-nord. Il processo di diffusione in azienda di tale metodologia richiede alcuni anni di lavoro e la costante legittimazione dei vertici aziendali. Sicuramente risulta fattore critico il fatto che le Direzioni generali abbiano una durata media inferiore al tempo di avvio della BSC! Sarà interessante osservare nei prossimi anni la diffusione della BSC nelle aziende sanitarie in quanto tale metodologia contribuisce a risolvere la necessità gestionale ritenuta oggi tra le più rilevanti in sanità: coniugare le strategie con gli strumenti di programmazione e controllo. Il tradizionale sistema di budget è talvolta considerato come: un esercizio fine a se stesso; un sistema di controllo delle performance individuali; uno strumento di controllo delle performance dell'unità operativa. Rendere i sistemi di programmazione e controllo parte integrante del sistema di controllo strategico è la difficoltà principale a cui va incontro il *management*[16].

[13] *Considerarli come costi indiretti dei reparti cosiddetti "produttivi" li fa scomparire al termine delle operazioni di ribaltamento, penalizzando i responsabili di suddette unità anche e soprattutto dal punto di vista delle informazioni utili ad orientare i comportamenti. Un secondo aspetto da tenere in considerazione sono le modalità di ribaltamento dei costi: ad esempio un servizio di sala operatoria può essere ripartito sulla base delle ore di impegno delle sale, ma se non si considera il differente impegno richiesto dalle diverse tipologie di intervento (nel caso specifico, il driver potrebbe essere la durata media degli interventi per tipologia) si rischia di sovrastimare o sottostimare gravemente la redditività/efficienza di taluni processi. Questo è tanto più vero, quanto più variegata è la casistica trattata.*

[14] *Baraldi (2005), p. 262.*

[15] *Baraldi (2005), pp 303-334.*

[16] *In questo senso, l'uso della BSC in sanità risulta particolarmente efficace in quanto:*
a) supera la diffidenza del personale nei confronti dei sistemi di misurazione delle performance di strumenti che appaiono finalizzati a valutare le prestazioni del singolo. La BSC ha una visione strategica ad ampio respiro che appare maggiormente accettabile e meno "minacciosa" agli occhi degli operatori, anche di professionisti poco avvezzi e culturalmente bendisposti nei confronti di valutazioni oggettivabili. È orientata al futuro, non guarda al passato come altri sistemi di misura, è rivolta alla ricerca costante dell'allineamento tra strategie, risultati e allocazione delle risorse.
b) Propone un sistema di controllo orientato al risultato al processo e non solo alla dimensione economica, capace quindi di rappresentare gli aspetti ritenuti importanti dai professionisti (qualità del servizio, aspetti clinici, l'outcome).
c) Infine la BSC è uno strumento di efficace comunicazione consente di declinare la strategia dell'azienda dal livello top fino alla singola unità con un linguaggio comune, efficace e condiviso.

3.6.3 Complementarietà e sinergie tra ABC e BSC

Quali che siano gli strumenti con i quali comunicare e misurare la strategia, è fondamentale che riescano ad orientare i comportamenti organizzativi. L'esame della prospettiva economico-finanziaria di un processo (e in contesto sanitario possiamo considerare il trattamento di una patologia o famiglia di patologie, alcune procedure diagnostiche, ecc.) anziché di un centro di costo o dipartimento è più significativa per chi ne deve usufruire. Per questi motivi, il "linguaggio" dell'ABC è molto più simile a quello dei dirigenti medici responsabili di spesa, rispetto alle metodologie di *accounting* tradizionali[17]. Utilizzare la BSC come linguaggio strategico unico, pur declinato diversamente ai vari livelli dell'organizzazione, ha il vantaggio di utilizzare misure e definizioni omogenee, anche se i diversi utenti ne usufruiranno in modi e con viste diverse. A livello strategico, considerando ad esempio la prospettiva finanziaria, la BSC aggregherà i dati di costo a livello di consolidato aziendale. A questo livello, l'utilizzo di strumenti di *accounting* avanzati o tradizionali fanno poca differenza, giacché il dato è aggregato e non risente di differenti sistemi di ripartizione costi o di "viste". Ma a livello più operativo (con ciò si intende la visione dei dirigenti di dipartimento o di struttura così come anche un *drill down* dei dati aggregati da parte della direzione strategica), l'utilizzo dell'ABC aiuta a tradurre le misure della *scorecard* o del *dashboard*, del "cruscotto" strategico in dettami operativi.

L'ABC riveste quindi una duplice funzione:

1) a livello strategico, aiuta a tradurre le linee strategiche in obiettivi economico finanziari misurabili e facili a capirsi;

2) a livello operativo, rende gli obiettivi economico-finanziari più comprensibili, traducendoli in evidenze di creazione o mancata creazione di valore; orienta meglio i comportamenti, dando valori di costo di prodotto/servizio più affidabili; rende compartecipi tutti i responsabili di Unità Operativa coinvolti nel medesimo processo diagnostico terapeutico[18] orientando i comportamenti in modo coerente e contribuendo a superare dicotomie "cliente-fornitore". In questo senso, BSC e ABC concorrono a creare una soluzione olistica che combina le differenti visioni e percezioni dell'attività aziendale. Su piani diversi, entrambi concorrono ad orientare i comportamenti strategici, organizzativi e operativi. Abbiamo visto come BSC e ABC siano strumenti complementari e che, pur da ottiche diverse, contribuiscano agli stessi risultati strategici: allineamento dei comportamenti, consapevolezza del *management*, miglioramento continuo, focus sui processi e sulle *best practices*. Ci possiamo quindi aspettare che siano mutuamente complementari, che l'utilizzo dell'uno favorisca l'introduzione dell'altro e che il loro impiego combinato migliori ulteriormente le performance[19]. La relazione tra

[17] *Prova ne è ad esempio il fatto che pur essendo precipuamente uno strumento di allocazione dei costi, richiede lo sviluppo di misure non finanziarie, che ad esempio possono identificare le attività a basso valore aggiunto (es. tempi di attesa del paziente per accedere a una diagnostica).*

[18] *Per esempio: servizio di accettazione, servizi diagnostico terapeutici, reparto di degenza, sala operatoria, terapia intensiva, riabilitazione, servizi albergheri.*

[19] *Newing (1995).*

le due metodologie è però da dimostrare: è l'ABC che favorisce l'implementazione della BSC, o viceversa? O sono vere entrambe le cose? Da quanto sopra esposto e dalle esperienze riportate di seguito, appare difficile dare una gerarchia tra i due strumenti, anche se tradizionalmente si ritiene che l'ABC possa essere uno dei componenti della BSC. È possibile usare la BSC come strumento di introduzione di un sistema ABC, o vedere BSC e ABC come elementi di un più complesso sistema di *activity-based management*.

3.6.4 L'uso dell'ABC per l'introduzione e l'affermazione della BSC

L'evoluzione del concetto di BSC, che si è sviluppato di pari passo con la sua affermazione nel mondo delle imprese, suggerisce che quando la *balanced scorecard* si afferma come strumento centrale di controllo strategico, l'ABC e l'ABM ne diventano parte integrante, dando visibilità ai fattori endogeni ed esogeni che impiegano risorse e generano costi[20]. In un recente studio[21], si sono esaminati gli effetti complementari della BSC e dell'ABC sulle performance organizzative. L'analisi, condotta su 83 *business units* di imprese manifatturiere americane che avevano applicato entrambe le metodologie, ha mostrato che per quanto riguarda le performance organizzative, l'implementazione dell'ABC in realtà organizzative che utilizzano la BSC può contribuire a migliorare i processi di produzione.
Entrando maggiormente nel merito dell'azione sinergica dell'ABC rispetto al raggiungimento degli obiettivi strategici indicati nella BSC, lo studio ha analizzato se e in che misura esista una relazione positiva tra l'applicazione dell'ABC e i *key performance indicators* della *scorecard* per le 4 prospettive. Il risultato è che tutte e 4 le prospettive tradizionali della BSC sono favorevolmente influenzate dall'applicazione dell'ABC.
Se ne può dedurre che l'utilizzo dell'ABC favorisca non solo l'introduzione e l'applicazione della BSC, ma che contribuisca in modo fattivo al raggiungimento degli obiettivi strategici[22].

3.6.5 L'uso della BSC per l'applicazione dell'ABC e dell'ABM

Altri studi hanno esaminato l'utilizzo della *balanced scorecard* allo scopo di verificare se la BSC può favorire l'applicazione di un sistema ABC e, più in generale, di *Activity Based Management*. Il Dipartimento medico dell'esercito americano, avendo preso la decisione di passare ad un sistema di ABM, ha optato di introdurre la BSC per prima[23]. L'intenzione è quella di trasferire la strategia del *top management* attraverso la linea gerarchica. Il piano strategico, che aveva orizzonte quinquennale, è stato tradotto in obiettivi e iniziative ad orizzonte annuale tramite la BSC. Sempre la BSC, a cascata, è stata utilizzata per definire gli obiettivi annuali dei singoli dipartimenti. Gli obiettivi annuali comprendevano attività propedeutiche all'introduzione dell'ABC, con un'at-

[20] *Newing (1995).*
[21] *Jacobs e Maiga (2003).*
[22] *Dowless R. (1997).*
[23] *Holt (2001).*

tenzione particolare rivolta alla qualità dei processi clinici. Possiamo ipotizzare che la diffusione e articolazione della strategia tramite la BSC costituisca una solida base per l'implementazione di strumenti manageriali ad essa coerenti. Abbiamo già affermato che una delle caratteristiche che maggiormente qualificano la BSC è proprio l'efficacia comunicativa.
Per l'applicazione di entrambi gli strumenti, è critico il supporto del sistema informativo. La capacità di gestire dati multidimensionali (dati economici, di attività, qualitativi), "bidirezionali" (dalla Direzione aziendale alla "periferia" dei centri di responsabilità e viceversa), nonché un sistema di *reporting* tempestivo, sono elementi critici per il successo nell'introduzione sia dell'ABC che della BSC[24]. Secondo molti operatori nel settore del software strategico il massimo interesse dei manager, in ambito imprenditoriale, in particolare per aziende innovative o che investono in R&D, è nella correlazione tra iniziative/progetti e creazione di valore[25]. La correlazione deve essere resa immediatamente percepibile agli attori coinvolti: la visibilità crea consapevolezza e contribuisce ad allineare i comportamenti. Questo è uno dei vantaggi dello strumento BSC.

3.6.6 Conclusioni

L'ABC diventa pertanto uno strumento a servizio della BSC, contribuendo per esempio all'analisi dei valori all'interno della prospettiva economico-finanziaria, e dall'altro fornendo utili elementi per la *internal perspective*, la prospettiva dei processi interni, attraverso la misurazione dei costi per attività e processi critici. «Only an ABC model can accurately trace organizational expenses to a procurement, manufacturing, distribution, or delivery process. So a properly constructed ABC model is central to measuring costs in the BSC's internal perspective»[26]. È evidente che quando tra le strategie aziendali sia prioritario il controllo dei costi o la comprensione delle relazioni tra i costi e una vasta gamma di prodotti/servizi (è sicuramente il caso delle aziende sanitarie), l'ABC offre gli strumenti più efficaci per la comprensione degli accadimenti. Il BSC può dare un apporto ulteriore, che ha la portata e il contributo di un modello cognitivo, di interazione, comunicazione e riflessione strategica, al quale nessun tipo di azienda, e forse ancor di più l'azienda sanitaria, dovrebbe rinunciare. Terminiamo

[24] *Va da sé che l'uso dei 2 strumenti deve essere coerente e integrato. Coerente perché entrambi devono indirizzare i comportamenti; integrato perché come abbiamo già affermato, l'ABC rientra tra gli strumenti che possono essere integrati nella BSC in particolare per quanto riguarda le prospettive finanziaria e interna. Per realizzare ciò, è necessaria un'architettura informativa e informatica adeguata.*

[25] *Questa considerazione, trasferita nella realtà sanitaria pubblica e not for profit, può tradursi in: correlazione tra attività svolte (processi di diagnosi e cura) e rispondenza alle linee strategiche (aspettative degli stakeholders e compatibilità economica). Utilizzare la BSC per una visione integrata (olistica) dell'azienda, a livello top, comporta l'assemblaggio dei classici KPI (turnover del personale, tempi di attesa, costi diretti) multidimensionali che per essere efficaci (orientare la gestione) devono essere il più tempestivi possibile.*

[26] *Kaplan e Norton (2003), p. 85.*

con le parole di Kaplan e Norton in risposta ad un quesito sulla priorità nell'adottare i due sistemi. Prima il BSC o l'ABC? «Probabilmente le imprese che devono chiarire la propria linea strategica ed allineare l'organizzazione a una nuova strategia orientata dal cliente troveranno che la BSC ha un livello di priorità immediata più elevato, mentre le imprese che devono focalizzarsi nell'immediato sull'escalation dei costi, sulla proliferazione di prodotti e clienti e sulla competitività dei costi, potrebbero cominciare con un sistema di ABC. Riteniamo comunque che le organizzazioni possano trarre beneficio dall'uso di entrambi i sistemi in modo da misurare e gestire i driver del valore nonché i driver di costo»[27].

Riferimenti bibliografici

- Adkins TC (2006), "Case Studies in Performance Management: A Guide from the Experts", John Willey & Sons Inc., New York.
- Baker J (1998), "Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care", Aspen Publishers Inc., U.S., 1998.
- Baraldi S (2005), "Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano.
- Brimson JA, Antos J (1994), "Activity-based management for service industries, government entities and non profit organizations", John Willey & Sons Inc., New York.
- Bubbio A (2001), "Calcolo dei costi per attività: activity based costing", Guerini e Associati, Milano.
- Casati G, Vichi MC (2002), "Il percorso assistenziale del paziente in ospedale", McGraw-Hill, Milano.
- Cooper R, Kaplan R (1988), "How Cost Accounting Distort Product Costs", in Management Accounting, Aprile.
- Cooper R, Kaplan R (1991), "The design of cost management systems", Prentince Hall, Englewood Cliffs.
- Cooper R (2005), "Design of Cost Management Systems: Easy ABC Package", Prentince Hall, Englewood Cliffs.
- Dowless R (1997), "Using activity-based costing to guide strategic decision making", Healthcare financial management, Giugno.
- Frittoli G, Mancini M (2004), "BSC e Aziende sanitarie", Mecosan, 49 (gennaio-marzo).
- Holt T (2001), "Developing an ABM system for the Army Medical Department", Journal of health care finance, n. 27, p. 41.
- Jacobs F, Maiga A (2003), "Balanced Scorecard, Activity-Based Costing and Company Performance: An Empirical Analysis", Journal of Managerial Issues, vol. 15.
- Johnson TH, Kaplan R (1987), "Relevance Lost. The rise and fall of management accounting", Harvard Business School Press, Boston.

[27] *Kaplan e Norton (2003), p. 373.*

• Kaplan, R, Atkinson A (2000), trad. it. a cura di Bianchi C e Bubbio A, "Advanced Management Accounting: gli strumenti del controllo di gestione", Isedi, Torino.
• Kaplan R, Cooper R (1997), "Cost and Effect: Using Integrated Cost Systems to Drive Profitability and Performance", Harvard Business School Press, Boston.
• Kaplan R, Norton D (1992), "The Balanced Scorecard. The measure that drive performance", Harvard Business Review, Jan-Feb.
• Kaplan R, Norton D (1996), Balanced ScoreCard: translating strategy into action", • Harvard Business School Press, Boston, 1996 (trad. it. "Balanced scorecard: Tradurre la strategia in azione", ISEDI, Torino).
• Kaplan R, Norton D (2001), "The strategy focused organization", Harvard Business School Press, Boston (trad. it. "L'impresa orientata alla strategia", ISEDI, Torino).
• Kaplan R, Norton D (2003), "Strategy Map. Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes", Harvard Business School Press, Boston, 2003 (trad. it. "Mappe strategiche. • Come convertire i beni immateriali in risultati tangibili", ISEDI, Torino).
• Lippi G (2004), "L'activity-based management nelle aziende sanitarie: un modello applicativo sviluppato per l'Azienda Sanitaria di Firenze, Grosseto.
• Newing R (1995), "Wake up to the balanced scorecard", Management accounting, Marzo.
• Simons R (2000), "Performance Measurement & control Systems for Implementing Strategy", Prentince Hall, Englewood Cliffs, 2000 (trad. it. a cura di Amigoni F: "Sistemi di controllo e misure di performance", Egea, Milano).
• Simons R (2005), "Levels of organization design: how managers use accountability systems for greater performance and commitment", Harvard Business School Press, Boston, 2005 (trad. it. a cura di Agliati M: "La gestione delle performance aziendali", Egea, Milano).
• Toscano G (1996), "La misurazione delle performance di processo: tra non financial indicators ed activity accounting", Budget, n. 5.

3.7 - La gestione dei processi assistenziali

Casati G.[1], Marchese E.[2], Roberti V.[2], Vichi M.C.[2]

3.7.1 La Clinical Governance

Il concetto di *Clinical Governance* nasce nel Regno Unito e, nello specifico, nell'ambito del Piano Sanitario del 1998 denominato *A First Class Service*, sulla base della sistematica osservazione della grande variabilità esistente nel comportamento adottato dalle diverse strutture sanitarie e, al loro interno, da singoli professionisti nell'affrontare e trattare specifici problemi di salute[3]. Il Piano Sanitario inglese evidenzia poi come, anche grazie alla progressiva consapevolezza che i pazienti assumono in materia di trattamenti sanitari, una così significativa variabilità dei comportamenti generi confusione nel paziente e i suoi famigliari e dubbi sulla qualità del servizio che essi possono ricevere da una struttura sanitaria.

Un ruolo centrale nella *Clinical Governance*, che si caratterizza comunque come un insieme di azioni più articolato, è di conseguenza ricoperto dalla formulazione di standard clinico-assistenziali da assicurare ai pazienti, definiti con un processo di forte coinvolgimento dei professionisti interessati, e la sistematica comparazione di questi ultimi con i risultati effettivamente conseguiti.

La *Clinical Governance*, tuttavia, non implica un rifiuto del modello aziendale di gestione della sanità ma, più semplicemente, si propone di integrarlo con nuovi strumenti e logiche di indirizzo maggiormente coerenti, rispetto alle precedenti, sia con la mission delle organizzazioni sanitarie (tutelare la salute), sia con le peculiarità che caratterizzano tali organismi sul piano della natura dell'attività svolta (poco standardizzabile) e su quello della concreta misurabilità dei risultati mediante l'utilizzo di indicatori monetari (scarsa). I vincoli economici, così come i principi organizzativi e gestionali tipici dell'azienda, sono elementi che fanno parte integrante del modello della *Clinical Governance*. Allo scopo di rispondere alle attese, l'azienda deve sviluppare i propri processi produttivi, ossia deve essere gestita, fondendo in modo equilibrato la dimensione economico-finanziaria e quella qualitativo-professionale.

[1] *Amministratore Unico, Sanità & Management Consulting Srl.*

[2] *Partner, Sanità & Management Consulting Srl.*

[3] *Lo stesso Piano cita esempi: «In una regione, con 35 chirurghi, la percentuale di mastectomia per carcinoma alla mammella varia dallo zero per cento, il che significa che tutte le donne sono state sottoposte ad interventi chirurgici di carattere conservativo, fino all'80%. La media complessiva registrata era pari al 18%.»*

3.7.2 La gestione per processi

Nell'ultimo decennio hanno riscosso una grande attenzione i percorsi assistenziali[4], strumenti applicati inizialmente in ambito ospedaliero, che consentono la rappresentazione delle attività, delle risorse e dei risultati attesi in corrispondenza di ogni momento temporale che segna lo sviluppo del processo, per come esso si sviluppa all'interno di una determinata organizzazione. Questi piani sono utilizzati come base per il monitoraggio e la valutazione degli scostamenti che normalmente si verificano nella pratica assistenziale, in una logica di miglioramento continuo. Concretamente, i referenti delle professioni e discipline coinvolte si confrontano al fine di dare una rappresentazione condivisa del processo, registrando le informazioni, con il supporto di un coordinatore aziendale, all'interno di schede come quella rappresentata nella Tabella 1[5]. Attraverso le colonne, sono identificate le principali fasi in cui si articola il processo, insieme al luogo in cui esse si svolgono e il tempo che esse impiegano per essere completate. Sotto ciascuna colonna è rappresentato il dettaglio delle attività caratteristiche, distinto per categorie, e i traguardi attesi rispetto alle condizioni del paziente. Il percorso assistenziale, quindi, è lo strumento che rende evidente il miglior processo produttivo di una determinata organizzazione (percorso di riferimento) e che consente, tramite la valutazione sistematica degli scostamenti che nella pratica si verificano tra di esso e la gestione dei singoli pazienti (percorsi effettivi), di avviare il ciclo di miglioramento continuo[6].

[4] *È stato documentato che, nel corso degli anni Novanta, i clinical pathways hanno acquisito crescente popolarità negli Stati Uniti, in Australia, nel Regno Unito, in Belgio e nei Paesi Bassi e in molti altri sistemi sanitari dei Paesi occidentali, e così accade, negli ultimi anni, anche nel Servizio Sanitario Nazionale (Vichi, 2005). A determinare l'interesse verso i percorsi sono sia un numero crescente di applicazioni anticipatrici sia gli orientamenti programmatori nazionali e delle Regioni. La normativa nazionale ha stabilito l'obbligo di sviluppo dei processi a più riprese, a partire dal 1996 (Casati, 2002), mentre tutti i piani sanitari e socio sanitari regionali prevedono da tempo obiettivi in capo alle aziende sanitarie su questo fronte, in termini generali o in modo mirato rispetto a specifiche patologie (Di Stanislao e Roberti, 2004). Lo sviluppo e l'audit dei processi, sulla base di dati di monitoraggio, ai fini del miglioramento della qualità è inoltre previsto dalla certificazione ISO, dal modello della European Foundation for Quality Management (EFQM), dall'accreditamento istituzionale, dalle iniziative di accreditamento professionale e dal modello della Joint Commission (JCAHO - JCI) (Vichi, 2005).*

[5] *Di norma la scheda utilizzata per rappresentare il percorso è la stessa con la quale è condotto il monitoraggio degli scostamenti che si verificano su singoli casi trattati, e su di una scheda dedicata sono registrate le motivazioni che li hanno generati (condizioni specifiche del paziente e la sua compliance, ragioni organizzative, percezione di particolari opportunità o rischi…). Possono così essere registrate attività anticipate o ritardate, attività mancate, duplicate o non previste, attività che si sviluppano secondo modalità diverse all'atteso e, non ultimo, possono essere documentate le situazioni in cui non è stato conseguito un traguardo sanitario atteso e ciò che nella gestione del percorso esso ha comportato.*

[6] *Nella pratica, sono egualmente diffusi due differenti approcci per l'avvio di questo ciclo di miglioramento che definisce la gestione per processi: uno parte dalla registrazione del percorso nel diverse modalità con le quali esso effettivamente si sviluppa e identifica, tra di esse, la migliore; l'altro parte dalla identificazione degli standard che il processo dovrebbe assicurare, per poi calarlo all'interno dell'organizzazione. In entrambi i casi, il patrimonio delle conoscenze di diverse discipline e i risultati della ricerca scientifica hanno un ruolo centrale nel determinare quali contenuti, e in che termini, entrano a fare parte del percorso, che ha valenza clinica e organizzativa ad un tempo (Casati, 2002).*

Tabella 1 - Scheda di percorso per l'infarto miocardico st elevato

Infarto Miocardico ST elevato	Emodinamica: Coronarografia, Angioplastica	UTIC prime 24 ore	UTIC seconde 24 ore, poi trasferimento in Cardiologia degenze	Cardiologia degenze (degenza di riferimento: 5 giorni)
Valutazione		Valutazione clinica All'arrivo: VAS, Anamnesi complessiva (INF) Diagnosi infermieristica e pianificazione percorso infermieristico	Valutazione clinica Passaggio di consegne al trasferimento e accompagnamento paziente in cardiologia	Valutazione necessità di dimissioni protette Programmato follow up a 1-2 mesi
Osservazione - monitoraggio	Monitoraggio ECG e invasivo pressione arteriosa e SaO2 Controllo tracciato (1 INF)	Monitoraggio continuo ECG, Pressione (non invasivo o invasivo), SaO2 Dolore 1v / turno; T 2v/die Bilancio parziale ore 12 e 18, totale ore 6 Controllo polsi periferici, sensibilità, sanguinamento punto di inserzione (in media 6 volte nelle 24 ore)	Monitoraggio continuo ECG, Pressione (non invasivo o invasivo), SaO2 Dolore 1v / turno; T 2v/die Bilancio parziale ore 12 e 18, totale ore 6 Controllo polsi periferici, sensibilità, sanguinamento punto di inserzione (in media 6 volte ogni 24 ore)	PV 1-2v/die Peso e BMI prima della dimissione Prosegue con telemetria al trasferimento in reparto, per almeno 48 ore Telemetria per 24 ore in predimissione
Indagini		Enzimi (Troponina, CKMB massa, Mioglobina) ogni 3 ore per prime 12 ore, successive ogni 6 PTT ogni 6h ECG 12d; Rx Torace (se non fatta in PS)	Enzimi (Troponina, CKMB massa, Mioglobina) ogni 6 h Batteria esami di base: Emocromo, VES, Urine, Urea, Bilirubina diretta e totale, Calcio, Cloro, Colesterolo tot – HDL – LDL, Creatinina, Gamma GT, glucosio, GOT, GPT, Potassio, Proteine tot, Sodio, Trigliceridi, Elettroforesi, Ferritina, PCR, lipoproteina (a), PTT ECG 12d	In predimissione: Ecocardio, emocromo, VES, elettroliti (Astra 8), esame urine ECG 12d a riposo in predimissione (eventuale da sforzo)
Trattamenti	Tricotomia, posizionamento, accesso venoso periferico (2 linee), trasporto in sala Inibitori della glicoproteina: tirofiban secondo schema di somministrazione (consumo 1 flacone / 1,5) Eventuale morfina Coronarografia (riferimento: 20', 1MED, 2 INF di giorno, altrimenti 1) Prima dello stent: aspirazione del trombo (catetere export) Uso del pallone. Riferimento: Stent (ind 95%) – non medicati (driver) salvo situazioni particolari Dispositivo emostatico (angioseal perclose starclose) (1 MED e 1 INF di supporto per tutta la procedura, da 10 a 40')	Mantiene 2 aghi cannula, gestione terapie e medicazione accesso venoso - Clopidogrel (75 mg) os - inizio terapia con betabloccanti, con carico iniziale (atenololo - 1 bolo di 5mg iv seguito da 50 mg*2 os; metoprololo - 50 mg os 2v; bisoprololo - 1,25-2,5 mg) - inizio terapia con aceinibitore (lisinopril 20 mg os; ramipril 5mg os) - inizio terapia con statine (simvastatina 20-40 mg e parvastatina 20-40mg) - continua Eparina non frazionata oppure sc - Inibitori della glicoproteina per 12-18 ore da angioplastica - ev lasix IV; ev potassio IV	Sospesa terapia infusiva; mantiene 2 aghi cannula prosegue terapia impostata	Prosegue terapia impostata con aspirina, aceinibitori, statine, clopidogrel, betabloccanti Rimossi aghi cannula Eparina sc per i primi 1-2 giorni Prescrizione terapia domiciliare: - aspirina - statine - aceinibitori - betabloccanti
Mobilizzazione, sicurezza		Paziente a letto, aiuto completo nella assistenza di base (INF 90')	Paziente a letto Mobilizzazione in poltrona prima del trasferimento	Programma mobilizzazione a stadi (1 stadio / die)
Nutrizione - idratazione	- Digiuno - Fisiologica (continua)	Digiuno prime 12 ore – poi dieta leggera; Fisiologica	Dieta leggera Fisiologica	Dieta libera
Educazione paziente e famiglia	Consenso informato alla procedura Spiegazione condizioni cliniche (paziente prende visione condizioni coronariche)	Verifica comprensione del percorso seguito e del suo stato aiuto nell'accettazione della malattia	Sostegno psicologico e informazioni	Valutazione psicologica e educazione sui fattori di rischio, assunzione terapie
Traguardi per il paziente	Riapertura della coronaria Riduzione o scomparsa del dolore Riduzione o scomparsa tracciato ECG sopraslivellato (riduzione del 50% sopraslivellamento complessivo e stenosi residua <50%)	Assenza sanguinamento punto di inserzione Riduzione o scomparsa del dolore Assenza aritmie Paziente Orientato Paziente non con catecolamine in corso	Assenza sanguinamento punto di inserzione Riduzione o scomparsa del dolore Assenza aritmie Paziente Orientato Paziente non con catecolamine in corso	Stabilità clinica (no recidive ischemiche) Assenza di aritmie Criteri di dimissione da ricovero ordinario

La conoscenza dei propri processi, inoltre, è base per il confronto con i piani assistenziali di altre organizzazioni e con gli standard professionali proposti dalle linee guida (in forma di raccomandazioni), dalla letteratura e dagli attori di sistema (Stato, Regioni) in ragione dell'avvio di un programma di Governo Clinico. Questo confronto può portare alla definizione di un percorso completamente nuovo (percorso obiettivo), che per essere implementato richiede di intervenire sull'organizzazione, sulle capacità professionali, sull'introduzione di nuova tecnologia, sulla logistica, sulle risorse disponibili, sul sistema delle responsabilità.
Così facendo, la conoscenza approfondita dei propri processi diventa la leva per uscire dall'autoreferenzialità (già che nel tempo il confronto tra il proprio standard e i propri percorsi esaurisce la propria forza propulsiva) e per valutare l'introduzione di cambiamenti più significativi, nel luogo e nel momento opportuno, con la definizione di un percorso reingegnerizzato.

3.7.3 Il CeBePS – Centro Benchmarking dei Processi in Sanità

Il Centro Benchmarking dei Processi in Sanità (di seguito CeBePS), gestito da Sanità & Management Consulting Srl in partnership con AstraZeneca Spa e Pfizer Italia Srl e in collaborazione con Eurosoft Informatica Medica Srl, nasce nel 2004 con l'intento di mettere a confronto i processi assistenziali (inizialmente solo per l'attività ospedaliera), prodotto delle iniziative che si sviluppano autonomamente nelle singole organizzazioni sanitarie aderenti.
Alla chiusura del primo biennio di attività, la proposta di adesione al CeBePS, aperta a tutte le organizzazioni sanitarie operanti sul territorio nazionale, ha generato un network di 65 organizzazioni, rappresentativo di più di un quinto delle aziende sanitarie pubbliche sul territorio nazionale.
Con riferimento al numero di processi studiati e inviati al CeBePS, ci si attende di potere entro la fine dell'anno superare il numero di cento.
Il CeBePS restituisce alle aziende partecipanti elaborati di confronto, in forma sintetica e analitica, allo scopo di:
• permettere, in una logica di consultazione, la conoscenza delle principali caratteristiche dei processi;
• supportare le singole aziende partecipanti nello sviluppo di analisi di benchmarking;
• promuovere il miglioramento della qualità, tramite l'imitazione di altre best practice locali.
Sia gli elaborati di sintesi sia gli elaborati analitici, intestati a specifiche diagnosi o procedure, contengono batterie di indicatori oggetto di calcolo con riferimento a ciascun processo, con in chiaro il nome dell'azienda. Gli indicatori sono organizzati in tre dimensioni distinte: economica, organizzativa e professionale[7]. Gli indicatori della dimensione

[7] *Il sistema è strutturato in modo da garantire la consultazione in report distinti degli indicatori di queste tre dimensioni, che sono a tutti gli effetti da considerarsi "inconciliabili" nelle analisi di benchmarking. In altre parole, la performance complessiva di un processo può essere espressa, ad un massimo livello di sintesi e attraverso un opportuno sistema di pesi che ciascuna azienda partecipante liberamente configura, con un numero minimo di tre punteggi, uno per ciascuna dimensione.*

Tabella 2 - Indicatori di sintesi dei rapporti CeBePS per la dimensione economica e organizzativa

Trattamento chirurgico dell'ernia inguinale	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiorna-mento
AUSL di Reggio Emilia	300	1	0	1	5	33	0	5,21	28,21	164,22	No	27/06/2004
AO Fondazione Macchi - Varese	262	1	0	1	4	49	0	9,38	75,96	446,06	No	21/06/2004
ASL 20 Alessandria e Tortona	190	1	0	1	5	33	0	-	45,76	285,17	No	01/06/2004
AO Ospedale San Salvatore - Pesaro	310	1	0	1	5	58	0	3,01	81,40	132,50	Si	26/10/2004
ASO San Giovanni Battista - Torino	184	1	0	1	5	167	0	1,92	41,63	268,68	No	11/07/2004
ASO Maggiore della Carità - Novara	481	3	0	1	5	118	0	2,95	132,10	307,68	Si	07/07/2004
AO S. M. Angeli - Pordenone	109	0	0	1	5	189	0	5,24	38,32	296,71	No	01/07/2004
ASL 9 - Ivrea	200	4	0	1	5	72	0	81,14	48,95	462,55	No	19/12/2005
AO San Carlo Borromeo (MI) - Pediatrico	330	1	0	1	5	35	0	-	31,97	60,62	No	14/05/2004
Trattamento chirurgico della cataratta	**pazienti trattati**	**n° prestazioni ambulatoriali**	**n° prestazioni ric.ordinario**	**n° prestazioni ricovero diurno**	**numero di accessi**	**durata processo in giorni**	**giornate di degenza ord.**	**totale costo farmaci (€)**	**totale costo diagnostica (€)**	**totale costo personale (€)**	**dati di monitoraggio**	**Ultimo aggiorna-mento**
A.O. Fondazione Macchi - Varese	1810	2	0	1	3	19	0	2,43	65,31	80,42	No	05/12/2004
AO Ospedale San Salvatore - Pesaro	869	1	0	1	5	35	0	1,34	59,81	128,22	Si	02/11/2004
AO "S. M. Angeli" - Pordenone	450	0	0	1	3	24	0	0,33	94,60	85,20	No	26/08/2004
ASO Maggiore della Carità - Novara	943	0	0	1	3	11	0	10,49	119,21	440,34	Si	28/04/2004
AUSL di Reggio Emilia	2000	1	0	1	4	21	0	0,37	50,34	216,96	No	02/09/2004
AO G.Salvini - Garbagnate	1096	1	0	1	4	54	0	-	47,32	-	No	18/05/2005
Trattamento in ricovero ordinario della BPCO riaculizzata	**pazienti trattati**	**n° prestazioni ambulatoriali**	**n° prestazioni ric.ordinario**	**n° prestazioni ricovero diurno**	**numero di accessi**	**durata processo in giorni**	**giornate di degenza ord.**	**totale costo farmaci (€)**	**totale costo diagnostica (€)**	**totale costo personale (€)**	**dati di monitoraggio**	**Ultimo aggiorna-mento**
A.O. Fondazione Macchi - Varese	233	0	1	0	1	12	12	41,48	65,31	252,22	No	04/11/2004
AO Ospedale San Salvatore - Pesaro	373	0	1	0	1	10	9	-	94,71	265,05	No	27/06/2004
ASO Maggiore della Carità - Novara	200	2	1	0	3	14	10	-	446,14	-	Si	23/08/2004
AO San Carlo Borromeo - Milano	100	0	1	0	1	3	2	4,70	69,55	69,80	No	18/07/2004
AO Santa Corona - Pietra Ligure	500	0	1	0	1	8	8	74,85	305,98	825,64	No	09/02/2005
AO S.Giovanni Battista - Le Molinette	100	0	1	0	1	10	10	-	488,71	-	No	08/09/2005

Segue pag. 216

Tabella 2 segue da pag. 215

Trattamento in ricovero ordinario Dell'ictus ischemico	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiornamento
ASL Valle d'Aosta (trombolisi)	9	3	1	0	5	372	8	692,94	960,35	1158,96	Si	05/12/2004
ASO San Giovanni Battista - Torino	237	1	1	0	2	43	12	61,78	469,55	397,10	No	15/09/2004
AO Santa Corona - Pietra Ligure (trombolisi)	20	3	1	0	4	281	7	675,43	1097,72	827,70	No	25/07/2004
AO Ospedale Mauriziano Umberto I - Torino	401	1	1	0	2	45	14	-	1120,67	1182,72	No	14/11/2004
AO Ospedale San Salvatore - Pesaro	100	3	1	0	4	403	10	-	166,28	-	No	16/09/2005
ASUR Zona 5 - Jesi	200	3	1	0	4	407	14	-	309,84	-	No	30/06/2005
ASL 1 - Nocera Inferiore	773	0	1	0	1	7	7	-	297,01	-	Si	06/07/2004

Coxartrosi: intervento per protesi d'anca e riabilitazione	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiornamento
ASO Magg. della Carità - Novara (intervento + riabilitazione)	118	2	1	0	7	349	8	125,00	84,99	1255,12	Si	26/02/2005
AO Santa Corona - Pietra Ligure (intervento)	733	5	1	1	7	526	6	21,83	164,57	755,90	Si	25/07/2004
ASL 8 - Chieri (riabilitazione)	20	1	1	1	23	77	15	-	43,28	-	No	29/11/2004

Trattamento chirurgico calcolosi della colecisti	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiornamento
ASO Maggiore della Carità - Novara	100	2	0	2	5	141	0	80,56	61,59	520,77	Si	30/03/2005
AO Santa Corona - Pietra Ligure	86	4	1	0	5	43	4	-	86,11	856,00	No	07/11/2004
AO San Carlo Borromeo - Milano	999	0	0	1	3	13	0	10,24	129,60	94,10	No	28/10/2004
ASL 8 - Chieri	100	3	1	0	4	23	4	7,99	119,10	154,99	No	08/10/2005

Tabella 2 segue

Parto fisiologico	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiornamento
ASL 8 - Chieri	50	1	1	0	2	35	4	-	-	362,10	No	02/11/2005
AO Santa Corona - Pietra Ligure	580	0	1	0	1	3	3	-	3,20	200,42	No	20/09/2004
AO S. M. Angeli - Pordenone	728	1	1	0	2	17	4	-	23,94	168,92	Si	09/01/2005
Trattamento IMA con ST sopraslivellato	**pazienti trattati**	**n° prestazioni ambulatoriali**	**n° prestazioni ric.ordinario**	**n° prestazioni ricovero diurno**	**numero di accessi**	**durata processo in giorni**	**giornate di degenza ord.**	**totale costo farmaci (€)**	**totale costo diagnostica (€)**	**totale costo personale (€)**	**dati di monitoraggio**	**Ultimo aggiornamento**
AO Busto Arsizio (PTCA prim)	292	0	1	0	1	7	7	5,29	625,32	671,90	Si	12/09/2005
ASL - Reggio Emilia (fibrinolisi)	91	0	1	0	1	9	9	759,10	735,62	620,88	Si	30/06/2005
ASUR Zona 5 - Jesi (fibrinolisi)	190	1	1	0	3	369	7	-	438,17	-	Si	30/09/2005
AO Ospedale San Salvatore - Pesaro	91	0	1	0	2	38	7	-	39,17	-	No	20/12/2004
Frattura del femore nell'anziano (trattamento chirurgico)	**pazienti trattati**	**n° prestazioni ambulatoriali**	**n° prestazioni ric.ordinario**	**n° prestazioni ricovero diurno**	**numero di accessi**	**durata processo in giorni**	**giornate di degenza ord.**	**totale costo farmaci (€)**	**totale costo diagnostica (€)**	**totale costo personale (€)**	**dati di monitoraggio**	**Ultimo aggiornamento**
ASL 8 - Chieri	120	0	1	0	1	10	10	-	-	-	No	10/08/2005
ASO Maggiore della Carità - Novara	150	2	1	0	3	73	10	-	240,09	1267,79	Si	25/05/2004
AO Santa Corona - Pietra Ligure	90	5	1	0	6	561	10	370,24	229,87	1569,26	Si	02/09/2004

professionale sono specifici a ciascuna patologia studiata, e attualmente in fase di sviluppo con il contributo delle aziende che hanno già studiato i rispettivi processi[8]. In ciascun report sono sempre riportati la data di aggiornamento, il numero di pazienti trattati su base annua e la presenza di indicatori di monitoraggio (il prodotto dell'attività di audit aziendale) trasmessi al CeBePS.

Alcuni indicatori di sintesi, per le dimensioni organizzativa ed economica, sono oggetto di divulgazione estesa, attraverso rapporti di ricerca quadrimestrali, presso tutte le aziende sanitarie operanti sul territorio nazionale, a scopo di sensibilizzazione (si tratta di ele-

[8] *Nei rapporti CeBePS, al sito www.samaco.it, è possibile consultare le proposte di indicatori avviate a discussione per i processi dell'ernia inguinale, della BPCO riacutizzata, dell'ictus ischemico e della protesi totale d'anca.*

menti importanti già che, anche in una condizione ideale di parità di orientamenti seguiti nella gestione clinica, non esiste un percorso uguale ad un altro) e di promozione per l'adesione al progetto.
Le aziende partecipanti hanno invece accesso ai confronti analitici e a tutti gli indicatori di monitoraggio trasmessi, nonché la facoltà di richiedere al CeBePS i piani di assistenza nel dettaglio.
Nel proseguimento delle attività del CeBePS, si prevede di:
• potenziare in modo significativo l'attività di raccolta dei processi;
• migliorare la qualità del dato: a fronte di un numero di processi di buona qualità, esistono aspetti di incompletezza o più spesso carenze di metodo (i processi sono molto dettagliati ma non se ne desumono le specificità, oppure sono intestati a categorie di pazienti troppo ampie), chiaramente identificati nelle analisi comparative di dettaglio, che inficiano per essi gli indicatori di sintesi;
• spostare l'attenzione delle aziende dalla semplice consultazione di *report* comparativi alla effettuazione di analisi di *benchmarking*, in grado di ordinare i processi per livello di performance.
Grande interesse viene dalle aziende coinvolte nel progetto nell'esplorare nuovi ambiti applicativi e definire, al riguardo, orientamenti condivisi nello sviluppo di iniziative pilota. Questi riguardano percorsi territoriali o di altri settori dell'integrazione socio-sanitaria (come la salute mentale o la malattia e disabilità dell'età evolutiva), processi gestionali (come budget e valutazione del personale), processi collaterali (come laboratorio, radiodiagnostica, trasfusionale, riabilitazione).

Riferimenti bibliografici

• Buetow SA, Roland M (1999), "Clinical Governance: Bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care", Qual Health Care; 8:184-190.
• Casati G (1999) (a cura di), "Il percorso del paziente". EGEA, Milano.
• Casati G (2002), "La gestione per processi in sanità", QA, Vol. 13, N. 1.
• Casati G, Vichi MC (2002) (a cura di), "Il percorso assistenziale del paziente in ospedale", McGraw-Hill.
• Casati G, Di Stanislao F, Caroli G (2003), "Processi Clinici allo Specchio", Sanità e Management – Sole 24 ore Sanità, N. 12, Dicembre.
• Di Stanislao F (2001), Evidence Based Medicine e profili di assistenza strumenti di integrazione e di innovazione organizzativa, il miglioramento dell'efficacia e di razionalizzazione della spesa, Aress, I N. 3 22-24.
• Di Stanislao F, Roberti V (2003), "La qualità si fa per processi", Sanità e Management, Sole 24 Ore Sanità, N. 12, Dicembre.
• Donabedian A (1990), "La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume", NIS, Firenze.
• Grilli R, Penna L, Liberati S (1995), "Migliorare la pratica clinica: come promuovere le linee guida, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
• Guzzanti, "Governo clinico. Responsabilità comuni per chi presta assistenza".
• Institute of Medicine (1992), "Guidelines for clinical practice: from development to use", National Academic Press, Washington D.C.

• Morosini P, Perraro F (2001), "Enciclopedia della gestione di qualità in sanità", Centro Scientifico Editore, Torino.
• NHS (1998), "White Paper: A First Class Service".
• Panella M, Moran N, Di Stanislao F (1997), "Una metodologia per lo sviluppo di profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali", QA; 8(1).
• Sanità & Management Consulting: Rapporti CeBePS – numeri da 1 a 6 (Centro Benchmarking sui Processi in Sanità), stampato in proprio, San Donato Milanese, 2004-2006.
• Schriefer J (1984), "The sinergy of pathways and algorithms: two tools work better than one, Journal on quality improvement, Vol. 20, N. 9.
• Spath PL (1997), "Beyond Clinical Paths", American Hospital Association.
• Taroni F, Grilli R (2000), "È possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?" Politiche sanitarie, marzo-aprile.
• Vichi MC (2005), "La gestione dei processi", in Roberti V. (a cura di), La gestione dei processi e la rete dei servizi per la salute mentale, Franco Angeli Editore.
• Zander K (1995), "Managing outcomes through collaborative care", AHA.

3.8 - Assicurazioni sanitarie private e spesa out of pocket: livelli di protezione

Borgia P.[1], Doglia M.[2], Spandonaro F.[3]

3.8.1 Premessa

Le assicurazioni sanitarie private contribuiscono ad una più completa copertura delle famiglie dai rischi di spese per le cure mediche (OECD 2004).
L'impatto delle spese sanitarie può risultare particolarmente gravoso e talvolta insostenibile soprattutto sui bilanci delle famiglie con reddito medio basso (Doglia e Spandonaro, 2005).
D'altra parte anche le famiglie con reddito medio alto si trovano spesso ad affrontare ingenti spese sanitarie che segnalano una richiesta all'*opting out*.
Si evidenzia quindi l'utilità di un sistema assicurativo che da una parte tuteli le famiglie più deboli e dall'altra offra a quelle benestanti la possibilità di scelta fra pubblico e privato.
In Italia l'assicurazione sanitaria privata è tuttavia ancora poco sviluppata.
I premi incassati dalle 93 Compagnie operanti nel Ramo Malattia nel 2005 sono stati pari a € 1.716 mil. e hanno rappresentato solo il 4,7% del portafoglio dei Rami Danni e circa l'1% della spesa sanitaria nazionale.
Al fine di indagare sulle motivazioni alla base delle difficoltà di sviluppo dell'assicurazione sanitaria in Italia, in questo lavoro è stato analizzato il livello di protezione offerto dalle polizze sanitarie e l'incidenza dell'assicurazione sulla spesa *out of pocket* (OOP) delle famiglie. In particolare, partendo dalle osservazioni di un precedente lavoro (Borgia, Doglia e Spandonaro, 2005), si è voluto approfondire lo studio sul livello di OOP delle famiglie assicurate che risultava sorprendentemente maggiore o quantomeno uguale a quello delle famiglie non assicurate.
Infine, attraverso lo studio dei differenziali di spesa sanitaria delle famiglie assicurate e non, sono state sviluppate alcune considerazioni sui livelli di protezione attualmente offerti dalle polizze malattia e sui possibili interventi per promuoverne l'utilità sociale.

3.8.2 Dati e metodologia

Lo studio utilizza i dati provenienti da molteplici fonti (Banca d'Italia, Istat, Nomisma, Ceis); tuttavia gran parte delle elaborazioni è stata effettuata sui microdati dell'indagine Istat sui consumi delle famiglie relativa all'anno 2004. Nella spesa *out of pocket* sono state considerate le spese di ospedalizzazione, le visite specialistiche, infermieristiche e di assistenza, le odontoiatriche, quelle per l'acquisto o l'affitto di apparecchi sanitari, le farmaceutiche e i trattamenti termali.

[1] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".*
[2] *ISTAT.*
[3] *CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".*

Essendo il livello di reddito fortemente correlato sia con il livello di spesa OOP che con la probabilità di acquisto di un'assicurazione privata, si è provveduto a rimuoverne l'effetto confondente, stratificando le famiglie in base ai quintili di consumo standardizzato[4].
Si sono quindi confrontati i livelli di spesa OOP per le famiglie con e senza assicurazione all'interno di uno stesso quintile. I dati riportati in tabella 1 evidenziano, come era lecito aspettarsi, una forte concentrazione di famiglie assicurate[5] fra quelle appartenenti ai quintili più elevati. Pertanto, anche al fine di mantenere la rappresentatività del campione, si è indirizzata l'analisi soprattutto al quarto e quinto quintile (che contengono circa il 74,2% delle famiglie assicurate). Dove è stato possibile, si è incluso anche il terzo quintile (arrivando quindi ad includere circa l'84,8% delle famiglie assicurate).

Tabella 1 - Distribuzione delle famiglie con spesa per assicurazione sanitaria (Italia 2004)

Quintili di consumo standardizzato	Famiglie con spesa per assicurazioni sanitarie
1° Quintile	3,2%
2° Quintile	8,0%
3° Quintile	14,6%
4° Quintile	25,7%
5° Quintile	48,5%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

3.8.3 Analisi

Come si evince dalla tabella 2, la spesa media OOP per le famiglie assicurate e quelle non assicurate appartenenti allo stesso quintile risulta fondamentalmente simile.

Tabella 2 - Spesa OOP media effettiva (Italia 2004)

Quintili di consumo standardizzato	Spesa OOP media familiare effettiva	
	famiglie senza assicurazione	famiglie con assicurazione
1° Quintile	€ 720	€ 756
2° Quintile	€ 1.044	€ 1.584
3° Quintile	€ 1.380	€ 1.344
4° Quintile	€ 1.932	€ 1.836
5° Quintile	€ 3.144	€ 3.096

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

[4] *Il reddito non è direttamente disponibile nell'indagine sui consumi delle famiglie. Pertanto si è utilizzato il livello di consumo standardizzato come variabile proxy per la stima del livello del reddito.*

[5] *Per famiglie assicurate si intendono quelle per le quali è stata registrata una spesa per premi di assicurazione.*

Le differenze fra le medie di spesa sono state sottoposte al t-test. L'analisi ha mostrato che, anche nei casi in cui le differenze siano risultate statisticamente significative, il *gap* è risultato così basso da non risultare economicamente significativo (tabella 3).

Tabella 3 - Differenze nelle spese OOP medie effettive tra le famiglie con e senza spesa per assicurazione (Italia 2004)

Quintili di consumo standardizzato	Differenza fra le medie
3° Quintile	€ 36
4° Quintile	€ 96
5° Quintile	€ 48

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

Considerando, ad esempio, il quarto quintile, è possibile notare come una famiglia assicurata abbia avuto nel 2004 una spesa media effettiva[6] OOP di € 1.836. Per una famiglia non assicurata appartenente allo stesso quintile, la spesa effettiva media risultava invece di € 1.932. La differenza media stimata tra le due spese risulta dunque pari a € 96, che non può in generale giustificare i premi pagati.
In altri termini non è lecito affermare che le polizze malattia contribuiscano ad una efficace protezione dalle spese sanitarie OOP.
Al fine di verificare ulteriormente la tesi, si è ricorso anche ad una modellizzazione di tipo ANOVA. Tale studio ha evidenziato l'assenza di una relazione lineare tra OOP e assicurazione e ha confermato che la variabilità delle spese OOP è solo in minima parte dovuta alla presenza o assenza di una polizza assicurativa.

3.8.4 Discussione

Da quanto sopra riportato, si delinea come l'assicurazione sanitaria privata in Italia apparentemente non provveda ad una effettiva protezione dalla spesa OOP. È comunque opportuno considerare i seguenti aspetti:
1. I dati utilizzati per le coperture assicurative potrebbero comprendere anche le polizze che non prevedono il rimborso delle spese sanitarie (ad esempio indennità, diarie e simili). L'indagine Istat sui consumi delle famiglie infatti considera solo la spesa effettuata per una polizza malattia senza specificare il tipo di copertura. Tuttavia (Borgia, Maruotti, e Spandonaro, 2004) tali tipologie di garanzie rappresentano una quota estremamente marginale del mercato e non possono quindi essere considerate distorsive ai fini della nostra analisi.

[6] *Per spesa media effettiva si intende la spesa media calcolata solo sulle famiglie che hanno effettivamente sostenuto quel tipo di spesa, escludendo le famiglie che non hanno avuto la spesa OOP.*

2. Ad una prima analisi si potrebbe concludere che il fenomeno osservato sia riconducibile ad un livello di salute peggiore degli assicurati, che li porterebbe ad affrontare un maggior quantitativo di spese sanitarie, nonostante la copertura assicurativa. Peraltro, le compagnie sottoscrivono contratti di assicurazione solo dopo aver controllato lo stato di salute dei potenziali clienti attraverso appropriati questionari. Cosicché per affermare uno stato di salute peggiore negli assicurati rispetto ai non assicurati si dovrebbe presupporre un errore sistematico da parte delle compagnie. Una tale ipotesi appare alla luce delle nostre conoscenze poco plausibile, anche data la selezione per età fatta dalle compagnie.
3. Un'altra ipotesi è che i rimborsi erogati dalle Compagnie costituiscano risorse finanziarie aggiuntive, da contabilizzare in aumento al reddito disponibile. Queste disponibilità aggiuntive potrebbero essere utilizzate per l'acquisto di prestazioni sanitarie non coperte dal Sistema Sanitario Nazionale o dalle polizze. Se ciò avvenisse dovremmo però osservare una differente distribuzione delle spese OOP fra le famiglie assicurate e quelle non assicurate; ciò non appare però evidente nella nostra analisi (tabella 4). Piuttosto le evidenze lasciano intravedere un ruolo duplicativo delle coperture assicurative private.
4. La similitudine dei livelli di spesa OOP potrebbe anche essere spiegata supponendo

Tabella 4 - Composizione della spesa OOP per le famiglie assicurate e quelle non assicurate (Italia 2004)

Voci di Spesa OOP	Famiglie assicurate	Famiglie non assicurate
Ospedaliera	3,32%	1,45%
Specialistica	16,70%	13,02%
Dentista	22,59%	21,09%
Ausiliari	3,10%	2,24%
Analisi	8,58%	7,15%
Apparecchi	7,03%	7,43%
Termali	0,01%	0,44%
Farmacia	38,67%	47,18%
Totale OOP	100,00%	100,00%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

che sia uguale il livello delle franchigie e dei ticket. In altre parole si potrebbe immaginare che le quote di spesa non garantite dall'assicurazione privata e quelle non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale siano simili. Anche in questo caso, però, si dovrebbe concludere che l'assicurazione privata non sia efficace nel proteggere le famiglie dalla spesa OOP.
5. Ci sembra inoltre che vada evidenziato come l'analisi condotta supporta l'idea che almeno parte della spesa OOP delle famiglie assicurate sia dovuta ad una forma di selezione avversa operante nel mercato assicurativo; in altri termini, le dimensioni infime del mercato comportano alti premi (per ragioni cautelative) che finiscono per selezionare solo

le famiglie che tendono ad avere *expensive tastes*, così che l'uguaglianza ex post delle spese OOP sarebbe spiegabile con un differente livello di consumo ex ante.

3.8.5 Conclusioni

La nostra analisi ha confermato come la spesa OOP aumenti al crescere del livello del reddito. Ciò è evidente sia per le famiglie assicurate sia per quelle non assicurate.
Piuttosto sorprendentemente l'assicurazione sanitaria privata non sembra ridurre significativamente la spesa OOP e le famiglie assicurate presentano una distribuzione di spesa molto simile rispetto a quelle non assicurate.
Considerando il ruolo principalmente duplicativo dell'assicurazione sanitaria in Italia, è possibile rilevare come questa non consenta una effettiva protezione dalle spese OOP. È tuttavia evidente come l'assicurazione possa contribuire positivamente ad aumentare le opportunità di accesso alle cure, assecondando quelle che sono le preferenze dei cittadini (Borgia, Doglia e Spandonaro, 2005). Purtroppo gli importi richiesti per i premi di tali coperture[7] risultano abbastanza elevati e tali opportunità sono ancora quasi esclusivamente riservate alle famiglie con reddito più elevato.
Se teniamo anche conto della bassa redditività delle Compagnie di assicurazione sul Ramo Malattie, che nel 2005 ha evidenziato un rapporto sinistri a premi del 75,4%, sono difficilmente ipotizzabili maggiori spazi di crescita dell'assicurazione sanitaria privata in Italia.
Peraltro uno sviluppo dell'assicurazione integrativa sarebbe auspicabile al fine di aumentare il livello di equità a livello di spese OOP (Borgia, Maruotti e Spandonaro 2004).
L'assicurazione privata dovrebbe essere prerogativa non solo delle famiglie più ricche: l'intervento pubblico dovrebbe quindi mirare ad un sistema di incentivazione che non solo favorisca coloro che abbiano un reddito più basso, ma che tenga anche conto della tipologia delle prestazioni coperte.
Quest'ultima condizione è necessaria per evitare la stipula di polizze di fatto duplicative, il cui valore sociale è modesto.
Si potrebbe così anche ottenere un allargamento della popolazione assicurata che, oltre a comportare una maggiore dispersione del rischio e quindi presumibilmente una possibilità di contenimento dei premi richiesti dalle Compagnie, è anche condizione necessaria per evitare la selezione avversa evidenziata nel presente studio e quindi il fallimento del mercato assicurativo privato.

Riferimenti bibliografici

- ANIA (2005), "L'assicurazione italiana nel 2004/2005", Roma.
- Banca d'Italia (2004) "I Bilanci delle famiglie italiane".
- Borgia P, Doglia M, Spandonaro F (2005), "I comportamenti di consumo sanitario delle famiglie assicurate e le prospettive di sviluppo dell'assicurazione malattia" in Rapporto CEIS Sanità 2005, Italpromo Esis Publishing, Roma.
- Borgia P, Maruotti A, Spandonaro F (2005), "Costi delle forme di assistenza sanitaria

[7] *Il premio annuale medio è circa € 390 individuo (ANIA).*

integrativa e prospettive di sviluppo" in Sanità Pubblica e Privata n. 1-2/2005, Maggioli.
- Bruni (2002), "Le determinanti della domanda di assicurazioni integrative: un'analisi empirica del caso italiano", Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna.
- Doglia M, Spandonaro F (2005), "La fairness del Servizio Sanitario Nazionale Italiano" in Rapporto CEIS Sanità 2005, Italpromo Esis Publishing, Roma.
- ISTAT (2002), "Indagine Multiscopo sulla famiglia Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000".
- OECD (2004), "Towards High - Performing Health Systems: The OECD Health Project".
- OECD (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems – Health Working Papers.
- OECD (2005), "Health Data".
- R.I.B. (2002), "L'industria delle assicurazioni ed il mondo della sanità che cambia" in Atti del 9° Convegno.