

Didattica e formazione

Management sanitario
e *governance* della complessità

a cura di
Pietro Previtali



Pavia University Press

Management sanitario e governance della complessità / a cura di Pietro Previtali. - Pavia : Pavia University Press, 2018. – VIII, 253 p. : ill. ; 24 cm.

(Didattica e formazione)

<http://archivio.paviauniversitypress.it/oa/9788869520969.pdf>

ISBN 9788869520952 (brossura)

ISBN 9788869520969 (ebook PDF)

© 2018 Pavia University Press, Pavia

ISBN: 978-88-6952-095-2

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento anche parziale, con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i paesi.

La fotoreproduzione per uso personale è consentita nei limiti e con le modalità previste dalla legislazione vigente.

Il curatore è a disposizione degli aventi diritto, con i quali non è stato possibile comunicare, per eventuali involontarie omissioni o inesattezze.

Prima edizione: dicembre 2018

Pavia University Press – Edizioni dell'Università degli Studi di Pavia

Via Luino, 12 – 27100 Pavia (PV) – Italia

www.paviauniversitypress.it – unipress@unipv.it

Stampa: DigitalAndCopy S.a.S., Segrate (MI)

Printed in Italy

Sommario

Introduzione	
Pietro Previtali	VII

Sezione I Decidere, programmare, governare

Capitolo 1. Decidere in sanità: dalla <i>commodity</i> all'<i>execution</i>	
Pietro Previtali	3

Capitolo 2. Programmazione e <i>governance</i> delle risorse del sistema sanitario	
Andrea Urbani	9

Sezione II La complessità delle regole

Capitolo 3. Accesso ed equità delle cure	
Antonio Gaudioso, Annalisa Mandorino	21

Capitolo 4. Il controllo della Corte dei conti sui bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale	
Donato Centrone	31

Capitolo 5. Il conflitto d'interessi	
Gaetano Scazzeri	55

Capitolo 6. Il <i>whistleblower</i> nella pubblica amministrazione	
Cesare Maragoni	65

Sezione III Strategia e valore in sanità

Capitolo 7. L'integrazione necessaria	
Paolo Favini	81

Capitolo 8. Direzione e valore: quale e quante sono le dimensioni del valore nella gestione di una azienda?	
Ida Ramponi	93

Capitolo 9. La relazione tra strategia e struttura	
Giuseppina Panizzoli	99

Capitolo 10. Sanità e nuove sfide	
Matteo Stocco, Roberto Calia	109

Capitolo 11. <i>Capital allocation</i> e <i>value based</i> management in sanità. Misurare e valorizzare le risorse scarse	
Mario Alparone	129

Capitolo 12. Sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale. L'integrazione ospedale/territorio e la cronicità	
Paolo Cogliati.....	139

Sezione IV Strumenti di management

Capitolo 13. Uno sviluppo metodologico per la presa in carico	
Michele Brait, Armando Gozzini, Paolo Puorro, Francesco Reitano	153

Capitolo 14. Esperienza di Health Technology Assessment su dispositivi medici	
Marco Passeretta, Mauro Caruggi.....	189

Capitolo 15. Leadership e Comunicazione in sanità	
Antonio Spera	209

Capitolo 16. Corruzione e prevenzione della corruzione nelle diverse fasi dell'affidamento di un contratto d'appalto	
Eva Colombo	215

Capitolo 17. Ospedali clinicizzati. Criticità organizzative e di <i>governance</i> nella integrazione tra ospedale e università	
Guido Broich.....	225

Capitolo 18. L'evoluzione della gestione delle risorse umane di un'azienda sanitaria: la motivazione e la valutazione del merito quali strumenti per un nuovo approccio manageriale	
Antonio Nava, Alberto Russo	235

Capitolo 19. <i>Clinical governance</i>, qualità dei processi e misurazione degli <i>outcome</i>	
Rino Feduzi, Giovanni Monza, Pietro Previtali.....	245

<i>Abstract in English</i>	255
---	-----

Introduzione

Pietro Previtali

Il libro nasce da un momento formativo vissuto assieme a un gruppo di direttori di aziende sociosanitarie e agenzie di tutela della salute lombarde, che è stato fonte di notevoli stimoli e riflessioni su cosa significhi oggi *management* sanitario sia per i discenti che per la *faculty* del corso. La sfida alla complessità delle regole è ben delineata: regole, normative nazionali e regionali, linee guida, piani e programmi contraddistinguono oggi l'ambiente di riferimento del *management*; la burocrazia – meccanica e professionale – che rischia di soffocare l'organizzazione scientifica del lavoro. Da qui la necessità di approfondimento definito come lo “spazio decisionale ottimale”, ove il *management* sanitario può e deve operare, alla ricerca dell'*execution* cara a Peter Drucker.

Il testo si compone di quattro sezioni. La prima sezione si focalizza sugli aspetti di sistema che connotano i processi di decisione, programmazione e governo. Il primo capitolo di Pietro Previtali tratta del *management* sanitario come passaggio dalla strategia vista come *commodity* all'*execution* e dunque al momento fondamentale dell'implementazione. Passaggio che ha come stella polare la creazione del valore. Il secondo capitolo di Andrea Urbani tratta della programmazione e *governance* delle risorse del sistema sanitario, con il passaggio da una *governance* orientata dai e ai piani di rientro e riqualificazione della spesa, a una *governance* del sistema orientato dalla innovazione e all'orizzontalità dei processi. Da una visione verticale per *silos* di spesa, si passa dunque a una *governance* orizzontale per patologia, per cure e sul bisogno.

La seconda sezione è dedicata alla complessità delle regole. Il terzo capitolo tratta dell'accesso e dell'equità delle cure. Si offre un percorso di riflessione tra eccellenze e disuguaglianze della sanità italiana, con alcuni focus dedicati alle liste di attesa, all'assistenza territoriale e alle autonomie territoriali.

Il quarto capitolo approfondisce gli aspetti di controllo della Corte dei conti sui bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale. Vengono trattati i parametri oggetto del controllo, il perimetro degli enti assoggettati, così come gli aspetti di procedimento e di esito del controllo. Il quinto capitolo affronta il delicato tema del conflitto di interesse, dall'interpretazione della normativa vigente al conflitto potenziale. Dalle recenti indicazioni di ANAC ai decreti legislativi che disciplinano la fattispecie. Il sesto capitolo approfondisce il cosiddetto “whistleblowing”, vera novella normativa del nostro legislatore e – come tale – fonte di numerosi interpretazioni e dubbi applicativi.

La terza sezione è dedicata alla strategia e alla creazione del valore in sanità. Il settimo capitolo tratta del tema cruciale dell'integrazione. Viene offerta una prospettiva verso il welfare integrato, che possa – secondo una visione unica del bisogno e della relativa presa incarico – fungere da guida nell'evoluzione dei sistemi sociali, sociosanitari e sanitari che troppo spesso seguono e si evolvono secondo logiche differenti e distanti tra loro. L'ottavo capitolo è dedicato alle dimensioni del valore nella gestione di una azienda, e come

questi diventi leva per la gestione e il *management* delle risorse, a partire da quelle umane. Il nono capitolo tratta della relazione tra strategia e struttura, dall'approccio contingente all'evoluzione della macrostruttura organizzativa e alle scelte attinenti il POAS. Il capitolo 10 affronta il tema della strategia considerata come visione e orientamento per le nuove sfide della sanità. Il capitolo 11 approfondisce come misurare e valorizzare le risorse in sanità, secondo un approccio *value based*. Il capitolo 12 affronta il tema della sostenibilità e delle sfide per il sistema sanitario, tra esigenze di innovazione di presa in carico integrata, in particolare del paziente cronico.

La quarta sezione è dedicata agli strumenti di *management*. Il capitolo 13 approfondisce la metodologia per lo sviluppo innovativo della presa in carico integrata del paziente, con la visione integrata della direzione strategica d'azienda. Il capitolo 14 tratta dell'HTA come metodologia per la valutazione dei dispositivi medici. Partendo dal programma nazionale e regionale, si offre una prospettiva aziendale al tema in esame. Il capitolo 15, redatto con il contributo di GE Medical System, affronta la comunicazione vista come strumento di *leadership*, in grado di allineare i valori dell'azienda con quella degli *stakeholders* di riferimento. Il capitolo 16 tratta del tema della corruzione negli appalti. Partendo da casi di cronaca, si approfondisce l'impatto della normativa e delle recenti linee guida ANAC, così come delle deliberazioni regionali in materia, con riferimento in particolare ai processi di acquisto e alle relative centralizzazioni. Il capitolo 17 è dedicato alla trattazione dei delicati rapporti esistenti tra sistema sanitario e sistema universitario. Il capitolo 18 tratta dell'evoluzione della gestione delle risorse umane di un'azienda sanitaria: la motivazione e la valutazione del merito quali strumenti per un nuovo approccio manageriale. Il capitolo 19, redatto con il contributo di 3M, tratta della necessità di passare da un'organizzazione per *silos* a un'organizzazione per processi, anche grazie al ruolo indispensabile della tecnologia come supporto fondamentale per la valorizzazione degli *outcomes*.

Come denota l'articolazione del testo, occuparsi di management in sanità significa accettare la sfida alla complessità delle regole e del contesto sanitario pubblico, che rappresentano probabilmente la sfida manageriale più complessa rispetto a qualsivoglia altro settore. D'altra parte concordiamo con Mintzberg (1997) quando scrive

what is amazing today is not just that hospitals get managed at all but that anyone is willing to do so. I have long suspected that running even the most complicated corporation must almost be child's play compared to managing almost any hospital. The pressures are enormous.

Non serve aggiungere null'altro. La sanità richiede il top che il "mercato del *management*" possa offrire. E di conseguenza, vanno orientati i sistemi di selezione, formazione, ricompensa e sviluppo.

Sezione I

Decidere, programmare, governare

Capitolo 1

Decidere in sanità: dalla *commodity* all'*execution*

Pietro Previtali*

*Strategy is a commodity,
execution is an art*
(Peter F. Drucker)

1. Decidere in sanità

Max Weber (1922), il teorico della burocrazia, definisce questa forma organizzativa come «necessaria, ineluttabile, incontrastabile, inevitabile, universale e infrangibile». Se dalla burocrazia prussiana di inizio Novecento spostiamo il punto di vista a quella nostrana il *leitmotiv* non cambia. Scrive Sabino Cassese: «quando i dirigenti pubblici sono sotto assedio e c'è sempre meno discrezionalità nell'agire e la burocrazia impedisce ogni cambiamento». Situazione contingente? Assolutamente no. Recitano gli Atti della commissione parlamentare di inchiesta sullo stato dell'amministrazione centrale del 1921

[...] l'Italia non può più gemere sotto lo sproporzionato onere di una enorme massa burocratica al cui sostentamento sacrifica grandi energie finanziarie e non può più essere danneggiata dal peso di congegni complicati che, addensando formalità su formalità, non sono in grado di far funzionare la grande macchina e rendono difficili i rapporti fra cittadini e Stato.

La storia dice che non la contingenza ma il sistema di regole, di *authority*, di circolari hanno inibito e rischiano di continuare a inibire il *management* pubblico in particolare nella sua funzione principale, che poi è quella tipica del *management* e per cui il *management* esiste in tutte le organizzazioni complesse, cioè quella di prendere decisioni. Scrive il padre degli studi di strategia Peter Drucker «Strategy is a commodity, execution is an art». E l'*execution* richiede la capacità di decidere, anche se «si è sotto assedio».

Come ben espresso da Peter Drucker, il disegno della strategia è di fatto un momento fungibile e non idiosincratico del pensiero organizzativo e manageriale, quello che fa la vera differenza è la sua implementazione, dunque come la strategia consente di trasformare il combinato disposto dei fattori produttivi in *performance* aziendali. È questo è tanto più vero in sanità, dove il significato di *performance* non è certamente riducibile con i meri indicatori economici e finanziari, classici del mondo delle imprese. Per argomentare al meglio questa

* Delegato del rettore alle risorse umane e presidente del Centro di ricerca Interdipartimentale "Organizzazione e governance della PA", Università di Pavia

riflessione, abbiamo deciso di sviluppare il pensiero di un altro importante studioso di *management*, Michael Porter, che da una decina di anni ha iniziato ad applicare i concetti tipici del *management* e della teoria del valore al settore della sanità. In particolare, il nostro percorso di approfondimento si fonda sull'interpretazione di 3 articoli pubblicati in altrettante riviste tra le più importanti e prestigiose del mondo clinico e medico: *How physicians can change the future of health care* pubblicato sul «Journal of American Medical Association» nel 2007, *What Is Value in Health Care?* pubblicato sul «New England Journal of Medicine» nel 2010, e *Redefining global health-care delivery* pubblicato su «Lancet» nel 2013.

2. Il futuro del sistema sanitario

Nell'articolo *How physicians can change the future of health care* Porter (2007) tocca un tema centrale per il sistema sanitario, e cioè di quale sia la sua *mission*. Senza aver chiarito questa, qualsiasi tentativo di riforma ed evoluzione del sistema rischia di trasformarsi in una manovra che, nella sua essenza, porta a incidere sulla mera dimensione economica.

Although reform proposals differ, they have this in common: each examines today's system and asks what incremental change, imposed from the outside, can effectively rein in costs that are both high and increasing. That approach will fail because it starts with a flawed premise. The purpose of the health care system is not to minimize costs but to deliver value to patients, that is, better health per dollar spent.

Dunque più che concentrarsi su tagli verticali e dimensionamenti economici basati su logiche di prezzo al ribasso, spesso e volentieri intermediati da gare di acquisto centralizzate, occorre porre al centro del dibattito il tema del valore in sanità, espresso come rapporto tra il valore creato per il paziente rispetto al costo sostenuto per la sua “delivery”. Per fare questo il sistema si deve (ri) fondare su 3 principi di base:

1. la *mission* / l'obiettivo del sistema sanitario dev'essere la creazione di valore per i pazienti;
2. l'organizzazione delle cure deve avvenire basandosi sulle condizioni mediche e i percorsi / cicli di cura;
3. i risultati / gli *outcomes* vanno costantemente misurati e monitorati.

Il primo punto, come scrive Porter (2007), sembra scontato ma in realtà non lo è:

Although it may seem obvious that value for patients is the goal for health care, the current system is not structured that way. Hospitals tend to define success as increasing their revenues or achieving an operating surplus. Health (insurance) plans want to be profitable and sign up more subscribers. Physicians think in terms of delivering their specialty well, seeing more patients, or increasing the revenue of their practice.

Qui emerge la natura proteiforme e multi dimensionale della *performance*, attualmente più coincidente con la dimensione amministrativa del rimborso che con quella effettiva di *out-*

come, resa ancora più complessa dalla forte frammentazione presente, sia in termini di specialità mediche e chirurgiche, tipicamente organizzate in altrettante unità operative complesse, sia in termini di percorso di cura che spesso coinvolge due o più enti di cura e assistenza.

Il secondo punto è collegato all'attuale organizzazione delle cure. Le aziende ospedaliere e sanitarie sono infatti organizzate per specialità, con un tentativo molto spesso fragile di creare dipartimenti e/o centri che possano fungere da organo integratore. Come scrive Porter (2007), «Physicians tend to define their activities by their specialty. For patients, what matters is their medical condition». Occorre dunque passare da una visione iperspecializzata e segmentata dell'organizzazione del lavoro, a una più orizzontale, centrata sul paziente e sul percorso di cura: «organizing care around medical conditions, rather than specialties or procedures, is key to improving value to patients. A medical condition is a set of interrelated patient medical circumstances that are best addressed in an integrated way». Se da una *vision* intra organizzativa si passa alla necessaria visione di assieme, sappiamo bene come a occuparsi del ciclo di cura vi siano diversi attori, tra loro spesso non coordinati:

Multiple specialties, services, and even entities are involved in the cycle of care. Value for patients comes from the overall effect of the entire sequence of activities, not from any individual service. Patient value is enhanced by organizing practice around medical conditions in tailored facilities, rather than shuttling the patient among numerous offices and departments.

Con il risultato che l'integrazione dei servizi, dei percorsi, degli specialisti ricade quasi per intero sulle spalle del paziente che, sovente in asimmetria informativa, rischia di affidarsi e adattarsi a percorsi di cura quanto meno incompleti. Per evitare questo paradosso, vi è la necessità di organizzare la sanità per integrazione, e non per differenziazione «Value-based competition will trigger the proliferation of integrated practice units, in which physicians can operate with greater effectiveness than today's isolated units» (Porter 2007).

Il terzo punto è legato alla misurazione dei risultati. Da qui, l'emergere di criticità sia per quanto concerne la misurazione dei dati amministrativi, che di quelli clinici, con sistemi informativi che ancora attualmente non dialogano, centrati più sulla dimensione del rimborso, o al più dell'esito, che del valore, che inevitabilmente riportano la frammentazione descritta sopra: «Each medical condition should have its own outcome measures, stratified or risk adjusted by the patient's initial conditions. To be most useful, outcomes should be measured over the full cycle of care (or over a time period in the case of a chronic disease), not for individual services or even care episodes (such as surgery)» (Porter 2007).

3. Il valore in sanità

Nell'articolo *What Is Value in Health Care* Porter (2010) riprende il concetto di valore e lo definisce ulteriormente:

Since value depends on results, not inputs, value in health care is measured by the outcomes achieved, not the volume of services delivered, and shifting focus from volume to value is a central challenge. Nor is value measured by the process of care used; process measurement and improvement are important tactics but are no substitutes for measuring outcomes and costs.

Il valore dunque è orientato alle condizioni mediche del paziente durante tutto il ciclo di cura, non è un indicatore di costo/*input* né di qualità del processo di cura, né un codice, ma è centrato sull'*output/outcome*. Se questo vale per il numeratore, la stessa riflessione si pone per il denominatore del rapporto del valore in sanità. I costi da considerare sono i costi legati alla produzione del valore. Viene da sé che tutte le manovre di riduzione dei costi e di *spending review* condotte senza un'attenta analisi delle ricadute sul valore, rischiano di creare condizioni peggiorative al sistema: «Cost reduction without regard to the outcomes achieved is dangerous and self defeating, leading to false “savings” and potentially limiting effective care» (Porter 2010).

Il valore richiede dunque un'evoluzione organizzativa, che Porter definisce come una nuova divisione del lavoro non più basata sulle singole specialità mediche e chirurgiche, ma sulle condizioni mediche, definite come un set di bisogni di salute tra loro interrelati e che richiedono una risposta integrata: «These needs are determined by the patient's medical condition, defined as an interrelated set of medical circumstances that are best addressed in an integrated way» (Porter 2010). Questa nuova divisione del lavoro richiede quindi un'evoluzione del sistema organizzativo di tipo pervasivo, per non dire radicale. Più che la tradizionale piramide gerarchica verticale tesa a collocare nell'organigramma le unità operative semplici, le unità operative complesse e i dipartimenti, servono delle unità integrate di cura in grado di presidiare la dinamica di processo. Si evidenzia la necessità di organizzazioni più elastiche, in cui i diversi ruoli e professionalità possano coordinarsi e integrarsi flessibilmente, per gestire attività, sequenze e interdipendenze di processo di varia natura e a elevato grado di complessità. «Thus, rather than “focused factories” concentrating on narrow groups of interventions, we need integrated practice units that are accountable for the total care for a medical condition and its complications». E tutto questo processo valutativo va rafforzato con una altrettanto rilevante evoluzione dei sistemi di rimborso, non più legati alla singola prestazione o a raggruppamenti più o meno omogenei di diagnosi, ma a *bundle* in grado di coprire tutto il ciclo di cura: «Measuring value will also permit reform of the reimbursement system so that it rewards value by providing bundled payments covering the full care cycle or, for chronic conditions, covering periods of a year or more» (Porter 2010).

4. Dalla *commodity* all'*execution*: la catena del valore

Infine nell'articolo *Redefining global health-care delivery* Porter (2013) fornisce uno stimolo alla *delivery*, intesa come esecuzione e implementazione dell'approccio strategico basato sul valore:

The care delivery value chain (CDVC) offers a framework for the understanding, improvement, and integration of the set of activities involved in the full cycle of care for any medical condition. The cycle of care for a condition often begins with prevention and screening and ends with ongoing disease management to reduce recurrence of disease and its severity. The CDVC highlights questions such as how each activity in the care cycle is best performed, and by whom; how the effectiveness of one activity is affected by others; what sets of activities are best performed within a single care centre and which are shared; how the patient is best reached over

time; how patients should be informed and engaged in their own care; and what patient overall outcomes and risk factors need to be measured to guide care decisions. Such a systemic view of cycle of care draws our attention to effects invisible in a vertical analysis.

Secondo l'approccio della *value chain*, l'organizzazione del processo deve ricomprendere e considerare tutte le fasi tipiche della “produzione di salute”, dallo screening e prevenzione, alla diagnosi, alla preparazione, all'intervento, alla riabilitazione e infine monitoraggio del paziente (Figura 1). I 6 *steps* del processo sono poi da suddividere ulteriormente in attività di informazione, misurazione e accesso. L'ultima dimensione infine concerne l'articolazione tra unità specialistiche e altre unità di cura e diagnosi.

Quello che fa la differenza e che porta dunque alla creazione di valore, non è tanto l'eccellenza della singola fase, o della singola attività, piuttosto che *units*, ma piuttosto il combinato disposto di tutti questi elementi, organizzati appunto secondo una logica di processo / flusso. Come chiosa Porter (2013):

Overall, value arises from the integration of care across the entire chain, not just from improving each individual intervention or service. The CDVC highlights that the value of the cycle of care is not simply the sum of the parts, since improvements in discrete activities can often improve value system-wide.

Figura 1. Esempio di CDVC per il tumore al seno.

Integrating Across the Cycle of Care Breast Cancer

	INFORMING AND ENGAGING	MEASURING	ACCESSING	MONITORING/ PREVENTING	DIAGNOSING	PREPARING	INTERVENING	RECOVERING/ REHABING	MONITORING/MANAGING
	- Advice on self screening - Consultations on risk factors	- Self exams - Mammograms	- Office visits - Mammography lab visits	- Medical history - Control of risk factors (obesity, high fat diet) - Genetic screening - Clinical exams - Monitoring for lumps	- Counseling patient and family on the diagnostic process and the diagnosis - Mammograms - Ultrasound - MR - Labs (CBC, Blood chems, etc) - Biopsy - BRACA 1, 2... - CT - Bone Scans	- Explaining patient treatment options/shared decision making - Patient and family psychological counseling - Labs - Office visits - Hospital visits - Lab visits - High risk clinic visits	- Counseling on the treatment process - Education on managing side effects and avoiding complications of treatment - Achieving compliance - Procedure-specific measurements - Hospital stays - Visits to outpatient radiation or chemotherapy units - Pharmacy	- Counseling on rehabilitation options, process - Achieving compliance - Psychological counseling - Range of movement - Side effects measurement - Office visits - Rehabilitation facility visits - Pharmacy - In-hospital and outpatient wound healing - Treatment of side effects (e.g. skin damage, cardiac complications, nausea, lymphedema and chronic fatigue) - Physical therapy	- Counseling on long term risk management - Achieving Compliance - MR, CT - Recurring mammograms (every six months for the first 3 years) - Office visits - Lab visits - Mammographic labs and imaging center visits - Periodic mammography - Other imaging - Follow-up clinical exams - Treatment for any continued or later onset side effects or complications

 Breast Cancer Specialist
 Other Provider Entities

Fonte: Porter, 2010.

Riferimenti bibliografici

- Drucker P. (1946), *Concept of the Corporation*, New York, The John Day Company.
- Porter M. (2007), *How physicians can change the future of health care*, «JAMA», 297 (10), pp. 1103-1111.
- Porter M. (2010), *What Is Value in Health Care?*, «The New England Journal of Medicine», December 23.
- Porter M. (2013), *Redefining global health-care delivery*, «Lancet», 382, September 21.
- Previtali P. (a cura di) (2017), *La sfida del management sanitario: organizzazione e innovazione del sistema di welfare*, Pavia, Pavia University Press.
- Weber M. (1922), *Wirtschaft und Gesellschaft*, Mohr (trad. it. *Economia e società*, Bologna, Il Mulino, 1961).

Capitolo 2

Programmazione e *governance* delle risorse del sistema sanitario

Andrea Urbani*

Il Servizio Sanitario Nazionale è un modello universalistico che garantisce cure e assistenza a tutti i cittadini. Il Servizio pubblico è impostato sul modello del *National Health Service* della Gran Bretagna. Le casse mutue sono sostituite nel 1978 con la copertura sanitaria finanziata tramite il gettito fiscale. Con la riforma degli anni Settanta, tutti gli ospedali e gli ambulatori diventano strutture operative del Sistema Sanitario Nazionale mentre il personale sanitario passa alla diretta dipendenza del servizio pubblico. Il diritto alla tutela della salute in questo modo è riconosciuto a tutti in quanto “cittadini” e il 100% della popolazione è assistito dal SSN. Nel 2001, la Riforma del Titolo V della Costituzione introduce delle importanti novità e sancisce una diversa ripartizione delle competenze legislative tra Stato centrale e Regioni: la tutela della salute diviene una materia di legislazione concorrente. L’ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevede due livelli di governo: lo Stato definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e garantisce le risorse finanziarie necessarie, in condizioni di efficienza e appropriatezza, alla loro erogazione compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica; le Regioni organizzano i rispettivi servizi sanitari e garantiscono l’erogazione delle prestazioni.

1. L’anno zero della sanità italiana: nel 2007 il SSN in sostanziale *default*

A pochi anni dalla riforma del Titolo V della Costituzione, la sanità italiana dimostra una crisi strutturale. Nel 2007 i principali indicatori di performance del SSN risultano fortemente negativi. I conti sono fuori controllo in molte Regioni. Si rileva un eccessivo ricorso all’ospedale. I LEA non sono garantiti in modo uniforme sul territorio nazionale.

Nel dettaglio, il risultato di esercizio segna un risultato negativo di -5,05 miliardi di euro nel 2007, di cui -3,65 miliardi relativi alle Regioni in Piano di Rientro.¹ Il 72,3% del disavanzo è concentrato in sette Regioni (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia e Sardegna). Il Fondo Sanitario Nazionale è in grado di coprire il 95% della spesa sanitaria con 98 miliardi di euro. In sede di Monitoraggio all’adempimento del “Mantenimento dell’erogazione dei LEA” si rileva un punteggio medio nazionale di 156 punti

* *Direttore generale della Programmazione Sanitaria del ministero della Salute*

¹ Fonti: Conto economico degli enti sanitari locali (CE); Annuario Statistico 2007; Griglia LEA 2007; Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO 2007.

che scende a 141 di media nelle Regioni in Piano di Rientro a fronte di un punteggio minimo di 160 per ritenere garantiti i livelli essenziali di assistenza. Il numero di posti letto complessivo ammonta a 259.476, pari a 4,3 per 1.000 abitanti. Il numero di strutture di ricovero pubbliche e private è pari a 1.197. Le giornate di degenza che definiscono la propensione al ricorso all'ospedale arrivano a 1.229,4 per 1.000 abitanti.

2. I piani di rientro e la riqualificazione della spesa

A partire dal 2007, lo Stato prevede che le Regioni con significativi disavanzi economici vengano sottoposte ai “Piani di Rientro” ossia a programmi di ristrutturazione industriale finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario nella continua erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Con il Patto della Salute 2007-2009, le Regioni diventano dunque ‘responsabili’ dei loro disavanzi. I PdR hanno coinvolto dieci Regioni su venti a partire dal 28 febbraio 2007. Le Regioni interessate sono affiancate dal Governo nelle attività di programmazione, gestione e valutazione dei SSR. In particolare, ministero della Salute e MEF affiancano le Regioni sul Monitoraggio per analizzare l'evoluzione dei SSR.

L'Azione viene portata avanti su un piano formale (Approvazione dei provvedimenti, Riunioni di verifica degli obiettivi, Risultato di gestione [avanzo/disavanzo] e su un piano sostanziale (Analisi degli effetti delle manovre realizzate sul contenimento dei costi, Analisi degli effetti delle manovre realizzate sui Livelli Essenziali di Assistenza). In pochi anni, sono state messe in campo azioni strutturali sui principali ambiti operativi e di spesa del SSN.

In merito agli erogatori privati, l'intervento ha riguardato la determinazione dei tetti di spesa e budget al fine di garantire la programmazione delle cure nell'ambito delle risorse programmate ed evitare l'insorgere di contenziosi.

Per quel che riguarda il personale, le manovre realizzate nelle Regioni in Piano di rientro hanno riguardato il blocco del *turn over* e la rideterminazione dei fondi di contrattazione integrativa.

Su beni e servizi, le manovre hanno riguardato l'efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi, in particolare prodotti farmaceutici e altri beni sanitari (es. centrali di acquisto sovra-aziendali).

Nella farmaceutica convenzionata ci si è focalizzati sulla determinazione di tetti economici il cui superamento faceva scattare automaticamente il recupero delle eccedenze a carico delle aziende farmaceutiche attraverso il meccanismo del *payback*. Sono state inoltre introdotte forme di compartecipazione alla spesa e il monitoraggio attivo dei consumi (flusso Tessera Sanitaria) e delle prescrizioni nonché delle esenzioni.

Tabella 1. Trend della spesa sanitaria negli anni 2007-2016.

Ambito	Regioni in PdR	Regioni non in PdR
Erogatori privati	+17,3%	+33,0%
Personale	-5,2%	+10,1%
Beni e servizi	+10,4%	+19,6%
Farmaceutica convenzionata	-38,1%	-30,7%

Sotto un attento controllo del Governo centrale, le Regioni in Piano di Rientro hanno ottenuto in termini percentuali risultati molto significativi, in alcuni casi migliori delle Regioni virtuose.

3. Dal rischio default al sostanziale pareggio del 2016

A distanza di dieci anni dalla “crisi” del 2007, le politiche di governance del SSN hanno dato ottimi risultati. Nel 2016 si rilevano conti migliori, un minor ricorso all’ospedale, un miglioramento dei LEA (sebbene permangano significative difformità a livello regionale).

Il disavanzo si è ridotto dell’87% circa dal 2007 al 2016. Si rileva uno squilibrio di 671 milioni euro (dati 2016), di cui 323 milioni nelle Regioni in Piano di Rientro. Il Fondo Sanitario Nazionale è in grado di coprire circa il 96% della spesa sanitaria ed è pari a 111 miliardi di euro (2016). Il restante è garantito da: risorse regionali, compartecipazione del cittadino, gettito fiscale.

Il Punteggio assegnato alle Regioni in sede di Monitoraggio all’adempimento “Mantenimento dell’erogazione dei LEA” segna un Punteggio medio nazionale di 181 mentre quello medio delle Regioni in PdR raggiunge 160. Il numero di posti letto complessivo ammonta a 223.340 unità pari a 3,7 per 1.000 abitanti. Il numero di strutture di ricovero pubbliche e private è pari a 1.188. Le giornate di degenza si sono ridotte con un *Compound annual growth rate* del -2,13% raggiungendo il dato di 1.013 per 1.000 abitanti.²

4. Il riassetto della rete assistenziale ospedaliera

Uno degli interventi più importanti sul fronte della riqualificazione della spesa e dell’ottimizzazione delle risorse disponibili ha riguardato la razionalizzazione della rete ospedaliera sul territorio. Il Decreto Ministeriale n. 70/2015 ha definito gli standard dell’assistenza ospedaliera e ha delineato un modello di cooperazione tra le strutture erogatrici, assegnando loro ruoli specifici e strutturati secondo livelli gerarchici.

Il DM 70 cambia il modello ospedaliero: si passa da un sistema ‘che fa tutto dovunque’ a un sistema organizzato in rete che eroga ‘la prestazione giusta nel posto giusto’ concentrando la casistica. Questo garantisce elevati volumi di attività in grado di mantenere specializzate le equipe mediche e quindi assicurare esiti migliori. La cooperazione attivata con le Regioni ha permesso di condividere gli obiettivi del processo di implementazione delle Reti tempo-dipendenti e di affermare il principio di fondo della rimodulazione dei relativi nodi *hub & spoke* al fine di garantire una più elevata qualità degli esiti e una maggiore sicurezza delle cure.

² Fonti: Conto economico degli enti sanitari locali (CE); Griglia LEA 2015; Flussi HSP 2016; Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero, Dati SDO 2016.

5. L'informatizzazione del SSN

Il SSN è stato sottoposto a una vasta azione di informatizzazione delle informazioni e delle procedure. È una scelta strategica per migliorare il governo della sanità italiana. Infatti, i dati rappresentano un fattore abilitante alla corretta gestione del sistema in quanto consentono di supportare un'evoluzione "consapevole" dei servizi sanitari e perseguire obiettivi rispondenti ai reali bisogni di salute dei cittadini.

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) rende disponibile un patrimonio condiviso di dati centrato sull'individuo. Sono introdotte regole e metodologie per misurare qualità, efficienza, appropriatezza e costo delle prestazioni. I dati sono messi a sistema e supportano il governo del SSN, il monitoraggio dei LEA e la spesa sanitaria. Gli obiettivi strategici del "Modello concettuale del NSIS" sono funzionalmente interconnessi rispetto alle esigenze dei livelli del SSN e logicamente collegati rispetto alle dimensioni di analisi.

Il patrimonio informativo a oggi disponibile copre circa l'85% delle prestazioni ricomprese nei LEA (in termini di costi). Il NSIS si configura come un sistema informativo unico al mondo che computa i vari aspetti gestionali del SSN: *risorse* (medicinali, dispositivi medici, grandi apparecchiature, posti letto, personale del SSN); *prestazioni* (ricoveri ospedalieri, pronto soccorso, sistema 118, specialistica ambulatoriale, farmaci, assistenza domiciliare, ecc.); *costi* (modelli economici, spese per il personale); *strutture* (anagrafiche delle strutture come ASL, di ricovero, sanitarie territoriali, istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78).

Il Decreto 262/2016 definisce contenuti e modalità di interconnessione a livello nazionale dei flussi informativi su base individuale del SSN. L'interconnessione sarà operativa a partire dai dati del 2018 ed è previsto il recupero dei dati pregressi.

Il Codice Univoco Nazionale dell'Assistito permette un'analisi "paziente-centrica" dei dati.

Gli assistiti saranno "seguiti" lungo l'intero percorso di assistenza: ospedaliera, ambulatoriale, farmaceutica, residenziale, domiciliare. L'interconnessione di sistemi informativi su base individuale si applica ai sistemi informativi del SSN anche se non gestiti direttamente dal ministero della Salute, come ad esempio: NSIS ai fini del monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza; Tessera Sanitaria del MEF, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata; Sistemi informativi sanitari di Regioni e Province Autonome.

6. Il miglioramento dei livelli essenziali di assistenza e degli outcome

È importante sottolineare che in dieci anni il risanamento dei conti è stato centrato garantendo comunque un miglioramento delle performance in termini di qualità dell'assistenza. Infatti, i punteggi della Griglia LEA sono aumentati in molte Regioni, anche tra quelle in Piano di rientro. Anche in questo caso permangono notevoli differenze tra Regioni: quelle che riescono a garantire i LEA in condizioni di equilibrio economico, quelle che garantiscono i LEA ma in condizioni di disavanzo economico, quelle che non garantiscono i LEA pur in condizioni di equilibrio economico, quelle che non garantiscono i LEA in condizioni di disavanzo economico.

Tabella 2. Lea e situazione economico-finanziaria (non sono incluse nella rilevazione le Regioni Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e Bolzano in quanto non compilano la Griglia LEA).

Griglia LEA	Regioni in equilibrio economico	Regioni non in equilibrio economico
Valore positivo	Piemonte Lombardia Marche Veneto Umbria Emilia Romagna	Liguria Toscana Lazio Abruzzo Basilicata
Valore negativo	Campania Sicilia	Molise Puglia Calabria

Con riferimento agli *outcomes* va ricordato che dal 2007 al 2015 il tasso di mortalità si è ridotto dell'8,3%, anche se permangono differenze di genere e geografiche. Tumori e malattie ischemiche del cuore (tra le principali cause di morte) mostrano un trend in riduzione, rispettivamente -10,8% e - 21,6%.³

7. Il confronto a livello internazionale: l'Italia, un paese in buona salute

Il SSN italiano è tra i migliori al mondo. È un modello universalistico che offre una copertura universale. Ha un livello elevato di qualità dell'assistenza: alta speranza di vita rispetto ai Paesi OCSE e bassi valori di mortalità. L'Italia inoltre è reattiva all'innovazione: tra i primi Paesi a erogare i farmaci per l'epatite C (curati oltre 120.000 pazienti con una spesa di oltre 2 miliardi di euro). Ha un modello organizzativo più efficiente rispetto agli altri Paesi in quanto riesce a garantire elevata qualità con basso livello di spesa.

L'Italia si posiziona tra i migliori sistemi al mondo in considerazione degli alti valori in termini di: aspettativa di vita; bassi valori per morti da malattie non trasmissibili ogni 100.000 abitanti per età e genere; riduzione dei morti per malattie non trasmissibili ogni 100.000 abitanti per età e genere.⁴ L'Italia è prima nella classifica 2017 del Bloomberg Global Health Index con notevole distanza dagli altri modelli universalistici (Svezia 8°, Canada 17° e UK 23°). Il SSN ottiene un giudizio molto positivo anche dall'OCSE.⁵

8. Il SSN allo specchio: un modello che garantisce universalità e qualità delle cure

IL SSN è un modello in evoluzione che ha saputo 'reggere' alla crisi economica. In dieci anni, lo Stato centrale e le Regioni hanno collaborato riportando in sostanziale equilibrio i conti e garantendo un innalzamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Ma deve prepararsi a nuovi scenari. L'uscita dalla fase emergenziale della crisi economica, consente oggi di impostare un'attività di programmazione sistemica per 'governare' quel complesso di sfide e opportunità determinato dal variare continuo di fattori che hanno un diretto im-

³ Elaborazioni sui dati HFA Italia, 2017.

⁴ Fonte: dati WHO 2016.

⁵ Fonte: OCSE - Health at a Glance 2017.

patto sulla qualità della salute (aspetti economici, demografici, epidemiologici, medico-scientifici, strutturali).

Tra i fattori esterni al SSN risalta l'invecchiamento della popolazione che determinerà una ridistribuzione demografica senza precedenti: entro il 2050, la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% (841 milioni) al 22% (circa 2 miliardi) della popolazione totale. La popolazione anziana è in continua crescita: in Italia tra 50 anni gli *over 65* saranno un terzo della popolazione complessiva. Nel 2010, il 60% della spesa per assistenza sanitaria era diretto a persone *under 65* anni. Nel 2060, approssimativamente la stessa percentuale di spesa sarà destinata a persone *over 65* anni, il che riflette un aumento dal 15% al 30% della loro quota nella popolazione totale.⁶

Tra le criticità 'interne' al SSN, risulta evidente la necessità di migliorare su alcuni fronti: liste di attesa lunghe per alcune prestazioni; basso livello di comfort alberghiero; necessità di maggiore umanizzazione delle cure; forte variabilità regionale, in particolare in termini di 'appropriatezza' delle cure e di 'variabilità' come speranza di vita in buona salute.

9. La sfida dell'innovazione

Mantenendo l'attenzione sul fronte della riqualificazione della spesa, l'Italia ha l'obbligo e l'interesse di sfruttare tutte le opportunità offerte dalle nuove frontiere della medicina. Con l'obiettivo di sfruttare al massimo le innovazioni medico-sanitarie, è stata introdotta una cornice regolatoria più 'amichevole' nei confronti delle innovazioni: aggiornamento annuale dei LEA da parte della Commissione nazionale; costituzione della Cabina di regia per l'HTA; possibilità di superare i tetti di spesa farmaceutica, attraverso una diversa allocazione del fondo, qualora si dimostri un benefico impatto orizzontale dell'innovazione.

La terapia genica si appresta a diventare una realtà terapeutica in diversi campi, in particolare per le malattie ereditarie e per i tumori; si basa sull'applicazione di tecniche per l'inserzione di una copia normale dei geni mutati. È di inizio 2018 la notizia del primo trattamento con terapia genica a base di CAR-T in Italia. Si tratta del caso di un bambino affetto da leucemia linfoblastica acuta, refrattario alle terapie convenzionali trattato presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Il paziente a un mese dall'infusione delle cellule riprogrammate è stato dimesso senza tracce di cellule leucemiche nel midollo. Praticamente un miracolo alla luce delle precedenti conoscenze scientifiche.

La medicina di precisione, le nuove tecnologie, la conoscenza del dna, l'applicazione di modelli matematici permettono di personalizzare la medicina. Questa nuova frontiera della medicina di precisione consente di modellare la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie in base alle caratteristiche del singolo o di un gruppo di persone. Ampi sforzi sono dedicati allo studio della prevenzione e del trattamento del cancro, ma non solo. Un orientamento analogo si sta sviluppando per esempio per l'epilessia e il diabete di tipo 1.

Si stanno introducendo farmaci innovativi che portano un doppio beneficio: migliorano le cure e ne abbattano i costi. Il loro sviluppo apre l'orizzonte a nuove prospettive

⁶ Fonte: ISTAT; ONU.

sul piano medico e a notevoli opportunità per la sostenibilità del sistema. In Italia la sostenibilità e l'accesso ai farmaci innovativi sono garantiti attraverso due Fondi strutturali: il Fondo per farmaci innovativi, a partire dal 2015, cui si è aggiunto a partire dal 2017 anche il Fondo per i farmaci innovativi oncologici (Legge n. 232/2016), che sono stati entrambi finanziati dalla Legge n. 205/2017 (Legge di bilancio 2018) ciascuno con risorse pari a 500 milioni di euro l'anno. Ai fini dell'accesso ai citati Fondi, è necessario che sia soddisfatto il requisito dell'innovatività, attraverso un processo di valutazione in carico all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). L'accesso a farmaci innovativi può cambiare radicalmente le prospettive di cura per patologie considerate incurabili fino a oggi. Si pensi ad esempio ai nuovi farmaci anti HCV (epatite C), una malattia responsabile, secondo i dati dell'OMS, di circa 399.000 decessi ogni anno nel mondo, con una stima di infetti che si aggira intorno ai 150 milioni di persone. I nuovi farmaci messi a punto hanno consentito di curare 120mila malati solo in Italia, con costi evitati tra i 2 e i 3 miliardi di euro, senza considerare i costi ospedalieri, o l'immunoterapia che apre nuove possibilità di trattamento per differenti tipi di tumore (ad es. melanoma, tumore del polmone e del rene).

10. Un nuovo modello di gestione del SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale, come abbiamo visto, è in buona salute e resiliente, garantisce una copertura universalistica e, pur con tutti i limiti evidenziati, è probabilmente il migliore al mondo per qualità, costi e prestazioni erogate. Ma non dobbiamo illuderci. Non sarà così per sempre. Stiamo attraversando una fase di calma apparente che, fortunatamente, ci lascia il tempo di valutare con largo anticipo gli impatti che deriveranno sul sistema da una serie di minacce sostanzialmente causate dai mutamenti demografici ed epidemiologici in atto. Per non farci trovare impreparati si rende necessario un ripensamento in chiave moderna della *governance* del SSN fondamentalmente basata su un passaggio dalla visione verticale (per *silos* e tetti di spesa) a una visione orizzontale (per patologia). Occorre comprendere che l'innovazione è un investimento e non un costo e che grazie a essa, opportunamente valorizzata, riusciremo a stabilizzare l'impatto della cronicità sul sistema paese. Occorre non limitare il ragionamento al perimetro del servizio sanitario ma valutare gli impatti sul bilancio dello Stato nel suo complesso e quindi ragionare in termini di *welfare* nel senso più completo del termine. Occorre in buona sostanza avere visione.

Tutto questo oggi è possibile soprattutto grazie al grande sforzo che ha fatto il Paese negli ultimi anni per dotarsi di un sistema informativo capace di misurare e di interconnettere i fenomeni sanitari ed economici. È un lavoro ancora in corso ma che probabilmente vedrà la conclusione entro la fine del 2018. Questo ci consentirà di clusterizzare realmente la popolazione per patologia, individuare i costi attuali legati alla patologia e sfidarci su modelli innovativi di gestione delle stesse. Il Piano Nazionale della Cronicità appena partito si pone questo ambizioso obiettivo. Potremo e dovremo imparare a misurare strutturalmente gli esiti dei percorsi assistenziali per costruire una vera sanità fondata sul valore inteso come capacità di erogare buona qualità in efficienza. Al ministero della Salute stiamo lavorando insieme alle Regioni in tal senso.

La misurazione analitica degli *outcomes* offrirà alle istituzioni un'importante opportunità per valutare l'utilità delle prestazioni erogate e per migliorare la qualità del sistema sanitario. Compito del Servizio Sanitario Nazionale in estrema sintesi non è quello di erogare ricoveri ospedalieri, farmaci, specialistica ambulatoriale, ricoveri in strutture territoriali, ecc. ma è quello di curare la patologia. Solo attraverso una capacità analitica di misurazione degli *outcomes*, valorizzando il cammino già intrapreso con il PNE (Programma Nazionale Esiti), saremo in grado di utilizzare intelligentemente le risorse e creare 'valore'.

La standardizzazione è un processo rivolto non solo alle attività, ma anche e soprattutto agli esiti, ai modi per controllarli e valutarli. L'utilizzo di cure standard è previsto dalla normativa nazionale e regionale. Standardizzazione e condivisione di Percorsi assistenziali costituiscono strumenti attraverso cui ripensare e riprogettare l'offerta integrata di servizi sul cittadino individuando, in base a specifici criteri clinici e organizzativi, un insieme di prestazioni per la gestione delle principali patologie acute e croniche.

Il SSN in questi ultimi anni è stato 'governato' sostanzialmente secondo una logica incentrata sui *silos* e sui tetti di spesa. Una logica che si è resa necessaria alla luce delle condizioni di sostanziale default in cui versava il SSN circa 10 anni fa. È grazie a questa *governance*, progettata e monitorata dai ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute e condivisa dalle Regioni, che oggi il nostro servizio sanitario è sano e soprattutto, a differenza di quasi tutti i Paesi occidentali, garantisce in equilibrio una copertura sanitaria universale. Ma la logica dei *silos* fa perdere di vista le interdipendenze che hanno tra loro i singoli fattori di spesa. Il monitoraggio di consumi e spesa per fattori non analizza le interazioni tra questi (ad es. una nuova tecnologia più costosa in sé, ma che consente risparmi in ricoveri, altri farmaci e che riduce il carico economico vissuto dal paziente rischia di essere solo osservata come costo e non come investimento).

Il focus sui singoli fattori impedisce una visione per 'problemi' e quindi non segue la «prospettiva del paziente» che considera la sua malattia come un *unicum* e non come una somma di prestazioni indipendenti. La programmazione economica è limitata: non è possibile una valutazione del *burden of disease*, negando quindi la possibilità di dare priorità agli interventi. La mancanza di una visione per problema limita la programmazione manageriale dell'assistenza, tendendo a imporre una 'visione verticale' sulle risorse (e quindi una propensione ai tagli) piuttosto che una 'visione orizzontale' sui problemi (e quindi una valutazione dell'impatto economico complessivo di una patologia).

In questa fase, si sta lavorando per passare a un approccio al monitoraggio economico orizzontale (per 'patologia/ambito'). Questo consentirà:

- una visione complessiva del 'costo per patologia' di ciascuna patologia, oltre che dei fattori produttivi, risolvendo così l'antinomia di visione rispetto al paziente ed evitando di intervenire con tagli lineari non efficienti e male accettati;
- una quantificazione complessiva affidabile del costo delle malattie, permettendo una più agevole valutazione dell'impatto dei cambiamenti tecnologici (es. un nuovo farmaco / dispositivo);
- la possibilità di svolgere un'attività programmatica di bilanciamento di priorità e di pianificazione degli investimenti;

- la possibilità di programmare le reti di offerta sulla base dei parametri di eterogeneità rilevati su territorio.

Stiamo inoltre lavorando alla costruzione di un ‘modello previsionale’ che consentirà di simulare scenari a breve-medio-lungo termine a supporto della pianificazione strategica e della programmazione sanitaria. Cercheremo infatti di simulare analiticamente il fabbisogno di salute dei prossimi anni (20-30 anni) e i relativi costi associati a ‘regole vigenti’ (attuale livello di prevenzione primaria e secondaria, attuali stili di vita, attuale assetto erogativo dei servizi e attuale accesso all’innovazione) per costruire uno scenario tendenziale.

Proveremo poi a misurare e valutare i potenziali impatti sul sistema di nuove azioni in ambito economico, normativo, degli stili di vita, della prevenzione, di accesso alle innovazioni, ecc. per definire differenti scenari programmatici, con l’obiettivo di fornire ai *policy makers* strumenti misurati di valutazione prospettica dell’utilizzo delle risorse ampliando l’analisi al di fuori del perimetro del servizio sanitario in senso stretto e abbracciando il *welfare* nel complesso.

11. Il piano straordinario di edilizia sanitaria

La rete ospedaliera del Paese rappresenta un’infrastruttura di rilevanza strategica posta a presidio della tutela della salute. In Italia esistono 733 strutture di ricovero pubbliche e oltre 10.000 realtà territoriali. Molti degli edifici che le ospitano risalgono a 30 o 40 anni addietro e non rispettano in pieno le normative antisismiche e antincendio. Per questo, il ministero della Salute in collaborazione con le Regioni ha realizzato una capillare mappatura nazionale del fabbisogno in tema di investimenti per edilizia sanitaria. Sulla base delle informazioni raccolte, emerge un fabbisogno complessivo di circa 31 miliardi di euro, di cui 12 miliardi per l’adeguamento antisismico.

In considerazione delle limitate risorse che lo Stato ha a disposizione, il ministero della Salute sta lavorando all’attuazione di un piano straordinario di edilizia sanitaria che possa eventualmente avvalersi anche di capitali privati attraverso lo strumento della Partnership Pubblico Privato (PPP), stipulando contratti di concessione di costruzione e gestione. Si tratta di un’operazione di rilevanza strategica per il Paese in considerazione del fatto che una realtà ospedaliera nuova ed efficiente eroga servizi di miglior livello al paziente e garantisce un risparmio di gestione fino al 15/20% rispetto a una struttura obsoleta.

12. Conclusioni

L’Italia è un Paese in buona salute e il SSN continua a garantire universalità e qualità delle cure, risultando uno dei migliori al mondo. Dopo la riforma del 2001, lo Stato centrale ha svolto il proprio compito: definire i LEA e garantire le risorse finanziarie necessarie. Le Regioni si sono ‘responsabilizzate’ e le realtà in situazione di squilibrio hanno seguito i Piani di Rientro. In dieci anni la sanità italiana ha sostanzialmente rimesso i conti in ordine. La riqualificazione della spesa ha ‘liberato’ risorse che poi sono state reinvestite

nel SSN per garantire nuove prestazioni. Grazie alle misure prese, nonostante il periodo di prolungata e grave crisi economica, è stato assicurato un innalzamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

La fase emergenziale è stata superata ma vanno affrontate le criticità persistenti (umanizzazione delle cure, squilibri territoriali *in primis*) e ci si deve ‘preparare’ al futuro.

Per favorire una miglior gestione del sistema, si sta studiando il passaggio da un approccio ‘verticale’, per *silos* di spesa, a un’impostazione ‘orizzontale’ più incentrata sulla patologia e sulle cure. In questa nuova fase, il monitoraggio del sistema, l’analisi dei dati, lo studio demografico ed epidemiologico del Paese sono le fondamenta su cui si sta costruendo un nuovo modello previsionale per affrontare le sfide del futuro. Allo stesso tempo, si sta creando una cornice regolatoria favorevole all’introduzione di Farmaci e cure innovative. Infine, si sta rilanciando l’edilizia sanitaria per offrire un ambiente più confortevole ai pazienti ed erogare servizi migliori con costi inferiori. La strada è ancora lunga ed è necessario affrontare le criticità persistenti del sistema: squilibri territoriali, umanizzazione delle cure, eccessivo ricorso all’ospedale, standardizzazione delle cure e delle prestazioni.

Tuttavia, in conclusione, va sottolineato che, grazie alle attività realizzate e a quelle messe in cantiere, il SSN sta onorando la mission indicata dall’art. 32 della Costituzione Italiana: «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

Sezione II

La complessità delle regole

Capitolo 3

Accesso ed equità delle cure

Antonio Gaudio*, Annalisa Mandorino**

1. Una sanità universale, uguale ed equa

L'articolo 32 della Costituzione, che definisce che cosa sia per il nostro Paese la tutela della salute, introduce tanto il principio dell'*interesse della collettività* quanto quello del *diritto dell'individuo*, di ciascun individuo, a vedere preservato, custodito e curato il suo stato di salute. E insieme al comma successivo, che garantisce il diritto alla gratuità delle cure per gli indigenti, è uno di quegli articoli della Costituzione che si può ritenere compiuto, perfetto, 'circolare'. Ma anche la legge 833/1978, che, esattamente quarant'anni fa, istituiva il Servizio Sanitario Nazionale come forma di *governance* e di organizzazione atta a garantire a tutti i cittadini il diritto costituzionale alla salute, fin dall'articolo 1 prevede alcuni criteri fondamentali ispirati all'articolo 32: essa sancisce che il Servizio Sanitario Nazionale debba essere universale, nel senso che deve farsi carico di garantire prestazioni sanitarie a tutta la popolazione; uguale, che cioè tutti, senza alcuna distinzione di condizioni individuali, sociali o economiche, devono godere del diritto di accedere alle prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Nazionale; equo, per cui tutti i cittadini, a parità di bisogno, devono poter accedere alle stesse prestazioni.

Non è da considerarsi, invece, privo di criticità l'altro riferimento alla tutela della salute contenuto nella Carta costituzionale, precisamente all'articolo 117 della Costituzione introdotto definitivamente attraverso il referendum confermativo del 2001: nell'elencare le competenze concorrenti di Stato e Regioni, infatti, l'articolo ha il limite di diluire la tutela della salute in un elenco lunghissimo di ambiti, alcuni dei quali si fa fatica a ritenere di pari importanza rispetto alla salute tanto ai fini dell'interesse della collettività quanto ai fini del diritto dell'individuo.

Torniamo all'assetto del nostro sistema sanitario. Sicuramente la salute degli individui si ottiene grazie a un insieme di condizioni e di azioni: lo stato di salute è il risultato di scelte individuali (rispetto a dieta, attività fisica, fumo, consumo di alcool) e di condizioni sociali, economiche e ambientali (cosiddette strutturali) che inducono e, talvolta, costringono l'individuo a scelte più o meno "sane". La relazione che esiste tra stili di vita salutarî, capacità reddituale, livello culturale, realizzazione personale, esposizione a fattori ambientali di salubrità o di rischio è indubitabile e porta a considerare l'idea di salute per ciascuna persona non soltanto come assenza di malattia, ma anche come sussistenza di una

* Segretario generale di Cittadinanzattiva

** Vicesegretario generale di Cittadinanzattiva

generale ed equilibrata condizione di benessere. Ma questo non basta: anche il sistema sanitario incide sulla salute, ed è proprio per questo che il secondo pilastro di salute, oltre ai comportamenti individuali e alle condizioni strutturali, è il rafforzamento dei programmi di salute pubblica. Ciò passa attraverso il potenziamento della sanità pubblica stessa e la garanzia di sistemi centrati sulla persona, accompagnati dal superamento di una visione dei servizi sanitari basati solo su cura, trattamento e riabilitazione, e dal rafforzamento invece di programmi di prevenzione e di promozione della salute.

Un servizio sanitario universale e accessibile a tutti rappresenta, dunque, non solo uno strumento di giustizia e coesione sociale, ma anche un fattore di sviluppo inclusivo e sostenibile, tanto più per quanto è in grado di prevenire ed evitare la malattia conclamata o avanzata attraverso campagne mirate di informazione e sensibilizzazione e programmi sistematici e appropriati di screening.

Su questo aspetto, in particolare, è molto interessante un passaggio dell'ultimo Rapporto ISTAT che dichiara a chiare lettere che «le determinanti capaci di incidere sulla salute sono numerose: si tratta di caratteristiche biologiche, socioeconomiche, demografiche e territoriali. Ognuno di questi fattori agisce sia singolarmente sia interagendo con gli altri, contribuendo a definire lo stato di salute dell'individuo». Gli interventi di prevenzione poi, specifica il Rapporto, rappresentano la strategia più efficace per colmare o quantomeno ridurre le disuguaglianze, ma sono anch'essi condizionati da fattori (status socioeconomico, livello di istruzione, cittadinanza, *health literacy*), che influenzano l'accesso e l'effettiva fruizione dei servizi sanitari. La prevenzione attiva, cioè quella che prevede un 'andare incontro' da parte dei servizi sanitari, dovrebbe raggiungere in particolare quei sotto-gruppi di popolazione che rischiano di essere esclusi dall'accesso e dalla fruizione tempestiva e appropriata dei servizi sanitari.

2. Alcuni numeri della sanità italiana

Il servizio sanitario italiano è considerato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità uno dei più efficienti al mondo e annovera straordinari poli di eccellenza. Da parte sua, la Commissione europea valuta positivamente la sanità italiana sia in termini di efficienza sia di efficacia, prima della Germania, per esempio, nonostante la Germania spenda molto di più. E, infine, per completare il quadro dei giudizi positivi sulla nostra sanità, è la stessa Corte dei conti a parlare di una condizione di stabilità del sistema, smentendo chi asserisce che il servizio sanitario italiano sia ormai insostenibile. Infatti, la spesa sanitaria pro capite totale in Italia si ferma a un livello inferiore rispetto alla media dei Paesi EU27, sia in termini assoluti sia rispetto al PIL. Guardando alla spesa sanitaria pubblica pro capite in termini reali, nel 2016 essa si è attestata a 1.734,5 euro con una variazione nel periodo 2010/2016 pari a -8,8%. Spendono ben più di noi Paesi Bassi con 3.347,6 euro, Germania con 3.297,5 euro e Francia con 2.748,8 euro; meno di noi Spagna, Portogallo e Grecia (827,5 euro).¹

Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica, la sua incidenza sul PIL passa dal 7,1% del

¹ Cittadinanzattiva, *Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2017. Quadro generale del SSN* (a cura di Tonino Aceti).

2010 al 6,5% del 2018, sino a fissarsi al 6,3% del 2020, un trend piuttosto preoccupante perché in costante diminuzione. Per fare anche qui un confronto con altri Stati europei, nel 2016 il livello di spesa sanitaria pubblica dell'Italia rispetto al PIL si è attestato al 6,7%, meno di Regno Unito (7,7%), Austria (7,8%), Paesi Bassi (8,5%), Danimarca (8,7%), Francia (8,7%) e Germania (9,5%). Valori più bassi per Spagna, Portogallo, Grecia, Ungheria e Polonia.

Negli ultimi anni, praticamente, in termini di capacità di finanziamento e di spesa, è aumentata la differenza fra il nostro Paese e gli altri dell'Europa occidentale. Attualmente, il nostro livello di spesa si attesta su valori molti più vicini a quelli dell'Europa orientale, pur rimanendo il nostro sistema sanitario di livello considerevolmente più alto in termini di qualità e di sicurezza.

3. Tra eccellenze e disuguaglianze

A uno scenario come quello descritto, che vede l'Italia dotata di una sanità eccellente, specialmente nella cura di alcune malattie, e con elementi nel complesso indiscutibilmente positivi soprattutto se rapportati alla spesa sanitaria, si affiancano purtroppo, nella ricorrenza del quarantennale del Servizio Sanitario Nazionale, alcune ombre: quella più preoccupante riguarda l'emergere di livelli di cura e assistenza che, col passare degli anni, sono diventati sempre più disomogenei per i cittadini che vivono in Regioni diverse del Paese, e perfino in zone diverse pur nelle stesse Regioni. Si pensi per esempio al rapporto fra aree più accessibili o urbanizzate e aree interne o montane del nostro Paese: la Strategia delle aree interne, inaugurata nel 2013 dall'allora ministro della Coesione territoriale Fabrizio Barca, e fortunatamente preservata anche dai governi successivi, dimostra di aver colto perfettamente le implicazioni di questa disomogeneità nel momento stesso in cui definisce area interna «un'area situata a una certa distanza da un ospedale DEA di I livello» e riconosce, dunque, nell'assenza di servizi sanitari prossimi e funzionali uno dei principali elementi che rende la vita delle persone in un luogo più o meno di qualità, anzi più o meno possibile.²

Nel corso del tempo tali condizioni di frammentazione e difformità territoriali, per cui a luoghi in grado di assicurare servizi e prestazioni all'avanguardia se ne affiancano altri in cui ci si trova al di sotto della garanzia anche dei Livelli Essenziali di Assistenza, si sono andate via via rafforzando. Informazioni recentemente elaborate da Cittadinanzattiva su dati del ministero della Salute, da una parte sono da considerarsi rassicuranti, perché fotografano una riduzione da cinque a due delle Regioni considerate totalmente inadempienti rispetto ai LEA, ma, oltre a essere dati ormai vecchi poiché risalenti al 2016, rivelano comunque una situazione ancora molto preoccupante in Campania, dove almeno il livello di adempimento è cresciuto, e in Calabria, laddove esso, oltre a essere insufficiente, risulta in ulteriore calo. Ma soprattutto la forbice che ancora c'è tra le Regioni, anche tra quelle adempienti, è significativa e conferma la necessità e l'urgenza di una forte strategia unitaria per il loro contrasto. Anche perché le informazioni in nostro possesso si basano su dati per lo più autocertificati dalle Regioni medesime che, quindi, oltre a essere vecchi come si

² URL: <<http://www.agenziacoesione.gov.it/it/arint>>.

diceva, rischiano di essere non sempre attendibili e, comunque, autoreferenziali. In ogni caso, non è pensabile continuare a considerare adempienti Regioni che hanno tempi per l'arrivo del mezzo di soccorso non in linea con lo standard dei diciotto minuti, oppure con un servizio di elisoccorso attivo solo di giorno o ancora con performance critiche rispetto ai programmi di screening oncologici. Solo per fare un esempio, proprio in relazione agli screening il valore considerato normale, che definisce quindi una Regione adempiente rispetto ai LEA, è 9; lo *score* che indica uno scostamento minimo è quello compreso tra 7 e 8; il punteggio compreso tra 5 e 6 risulta rilevante; quello non accettabile è compreso tra 0 e 4: ebbene, sono sei le Regioni che non raggiungono lo score di riferimento ovvero 9: Calabria e Puglia si fermano a 2, Campania e Sicilia a 3, la Sardegna arriva a 5, il Lazio a 7.

In sostanza, guardando al nostro Paese, siamo in presenza di uno scenario in cui non ovunque viene garantito lo stesso diritto alla salute, in violazione di quanto previsto dagli articoli 32 e 118 della Costituzione e in contrasto con lo spirito del legislatore che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale e lo ha basato proprio sui principi di universalità, solidarietà ed equità. Se il tema della garanzia del diritto alla salute si mette a confronto con il tema della spesa, si osserva che nel corso degli anni 2006-2016 il disavanzo economico in sanità delle Regioni si è decisamente ridotto, passando dai 6 miliardi di euro del 2006 ai 976 milioni di euro del 2016. Siamo di fronte a un evidente risanamento finanziario, che però non è andato di pari passo, e anzi ha sicuramente contratto, l'offerta di salute per i cittadini. Se, infatti, non necessariamente a un maggior investimento corrisponde un incremento del livello dei servizi offerti, un sistematico disinvestimento non può non tradursi in una contrazione del numero o della qualità o della sicurezza dei servizi offerti.

Anche qui può essere utile introdurre qualche elemento contestuale relativo alla differenza di spesa fra le Regioni, a ulteriore dimostrazione del fatto che è un'idea tanto diffusa quanto falsa quella per cui le Regioni in cui la sanità è peggiore rispetto alle altre siano anche quelle in cui si spende di più (e, quindi, si spreca). La spesa sanitaria pubblica regionale pro capite relativa al 2017 oscilla tra valori decisamente inferiori come quelli della Campania (1.770), della Calabria (1.808) e quelli più elevati di Emilia Romagna (2.120), Liguria (2.124), Molise (2.142), PA Bolzano (2.430), PA Trento (2.329), solo per fare alcuni esempi: laddove si spende di più, insomma, l'offerta sanitaria tende a essere migliore. Una tale difformità nella spesa certamente concorre, pur insieme ad altre cause, ad alimentare le disuguaglianze che sono presenti nel nostro servizio sanitario pubblico. Solo un livello di spesa adeguato, unito a una corretta allocazione della spesa stessa, garantisce risposte adeguate ai bisogni di salute dei cittadini.

4. Accesso alle cure: le liste d'attesa³

Da anni, ormai, il fenomeno delle liste d'attesa è quello più segnalato dai cittadini al servizio di ascolto del *Tribunale per i diritti del malato* di Cittadinanzattiva. Innanzitutto, è

³ Cittadinanzattiva, *Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2017. Liste d'attesa e prestazioni sanitarie intramoenia* (a cura di Valeria Fava).

significativamente cresciuto il numero delle segnalazioni riguardanti l'accesso ai servizi, a fronte di una diminuzione del numero delle segnalazioni relative a qualità o a sicurezza degli stessi, dal che si evince che il problema più sentito è la possibilità stessa di usufruire dei servizi, non più tanto quella di usufruire di servizi efficaci e sicuri. E, in secondo luogo, una segnalazione su due, fra quelle che riguardano l'accesso ai servizi, è collegata a un ritardo nell'erogazione di una prestazione o a tempi molto lunghi: lo registra anche il Rapporto annuale Pit Salute di Cittadinanzattiva relativo al 2017. In termini di percentuali, nel 2016 le segnalazioni sulle liste d'attesa sono state il 54,1%.

Le visite specialistiche sono il settore nel quale si registra il maggior numero di segnalazioni: il dato era già consistente nel 2015 (ben il 34,3% del totale delle segnalazioni), ma cresce nel 2016 fino al 40,3%. Cosa succede? I cittadini denunciano sempre maggiori difficoltà nell'ottenere una visita negli ambiti più disparati. Inoltre, descrivono un aumento dei tempi di attesa e un moltiplicarsi dei casi di inefficienze, soprattutto per le prestazioni collegate alle esigenze dei malati cronici all'interno di strutture caratterizzate da una forte affluenza, come ospedali e poliambulatori ASL. Il sistema si inceppa anche quando le prestazioni hanno un codice di priorità urgente. Per quanto riguarda lo spaccato delle liste d'attesa per le visite specialistiche, si attende più spesso per quelle relative all'area oculistica (15,6% nel 2016, in calo rispetto al 25% del 2015), cardiologica (12,5% nel 2016) e neurologica (10,9%). L'attesa media è risultata pari a 12 mesi per le visite neurologiche, oncologiche e di chirurgia generale. Solo per le visite oculistiche l'attesa media scende da 9 a 6 mesi. Anche gli interventi chirurgici sono preceduti da attese lunghe: i cittadini segnalano problemi in quest'ambito nella misura del 28,1% per l'anno 2016, mentre il dato corrispondente era pari al 35,3% nel 2015. Sui tempi di attesa per gli interventi chirurgici, le aree specialistiche più colpite da ritardi sono quella ortopedica (30,7% nel 2015, 28,4% nel 2016), di chirurgia generale (9,8% nel 2015, 14,3% nel 2016) e oncologica (13,1% nel 2015, 12,6% nel 2016). Particolarmente grave la situazione in oncologia, ovviamente, laddove il tempo fa la differenza fra la possibilità di sopravvivenza e la morte. In particolare, si sono registrati i tempi massimi per ottenere alcune prestazioni: protesi al ginocchio, cataratta e chirurgia vascolare, tutti con attese di 12 mesi.

All'interno del quadro finora descritto si inseriscono anche le segnalazioni che fanno riferimento agli esami diagnostici, con un valore per il 2016 pari al 26,4% del totale. I cittadini segnalano che la lunga attesa riguarda l'erogazione di una ecografia nel 19% dei casi, nel 10,5% quella di una Tac e quella di una radiografia nel 10% dei casi. Colonscopia e mammografia, pur essendo esami inseriti nei programmi di screening, sono segnalati in ritardo dal 7,1% dei contatti.

Problemi anche per gli esami di laboratorio (6,1%). L'attesa media è particolarmente imponente, nel 2016, in caso di mammografia (13 mesi, 15 nel 2015), ecografia (sempre 13 mesi attesa, ma erano 9 nel 2015) e colonscopia (12 mesi, erano 7 nel 2015). Le aree specialistiche maggiormente interessate dai ritardi sono quelle di cardiologia (17,3% di segnalazioni per il 2016, era pari al 18,5% nel 2015), oncologia (17,6% nel 2015, si attesta sul 16,2% nel 2016) e radiologia (10,9% nel 2015, 14,7% nel 2016). Per l'erogazione della chemioterapia e della radioterapia, il dato, pari al 5,2% sul totale per l'anno 2016 in confronto al 4,9% dell'anno precedente, dimostra che persistono grandi difficoltà di accesso.

Andando ad analizzare ancora le segnalazioni raccolte da circa trecento sedi del Tribunale per i diritti del malato nelle ventuno Regioni italiane all'interno del Rapporto Pit Salute 2017, si possono facilmente identificare le Regioni nelle quali i cittadini hanno maggiormente percepito come prioritario il tema delle liste d'attesa: sono in particolare i cittadini di Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Marche, Sicilia, Toscana e Trentino Alto Adige a segnalare come più rilevante proprio il problema delle difficoltà d'accesso alle prestazioni. I cittadini di Lombardia, Molise, Piemonte, Veneto, Puglia e Umbria hanno, invece, segnalato il problema delle liste di attesa al secondo posto. Seguono le Regioni Emilia Romagna e Sardegna, che segnalano la difficoltà d'accesso alle prestazioni come terza problematica tra quelle proposte. Questi dati ci suggeriscono che il tema dell'accesso rappresenta per la maggior parte dei cittadini un elemento davvero rilevante.

Il dato Istat pubblicato a fine ottobre 2017, in occasione del Rapporto sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea, riporta informazioni interessanti sulle motivazioni più frequenti che portano i cittadini a rinunciare o a rimandare le cure. Sembrerebbe che le liste d'attesa, i disagi causati dal trasporto e la crisi economica siano le maggiori cause di rinuncia alle cure per gli italiani. Sono più di 11 milioni i cittadini che addebitano a tempi di attesa troppo lunghi la loro rinuncia a una prestazione o il ritardo nell'effettuazione. Sono invece 3,6 milioni quelli che accusano la mancanza di trasporti adeguati verso il luogo di cura e 6,2 milioni quelli che dichiarano di aver rinunciato a una prestazione per motivi economici.

Riportando più in dettaglio le informazioni dell'Istat, rinuncia alle cure per problemi legati alle liste d'attesa in media il 15,9% dei cittadini con una prevalenza delle donne (18,4%) rispetto agli uomini (13,3%). L'età in cui le attese pesano di più sono quelle con problemi legati il più delle volte alle cronicità, con una escalation che va dall'8%, per la fascia di età tra 15 e 24 anni, al 24,4% per quella *over 75*. Rispetto a chi non ha effettuato prestazioni sanitarie per ragioni economiche nei 12 mesi precedenti, la rilevazione Istat riporta che il 12% dei cittadini ha dichiarato di aver rinunciato almeno a una prestazione sanitaria per motivi economici, con la percentuale più elevata (7,9%) per visite e trattamenti dentistici.

In questo caso le ragioni economiche hanno pesato di più sulla rinuncia nelle Isole (17,3% degli *over 15* e 19,9% degli *over 65*), ma valgono anche al Sud, mentre hanno contato di meno nel Nord Est. Chi rinuncia di più appartiene, come prevedibile, alle fasce meno abbienti: il 20,3% per gli *over 15* e il 20,1% per gli *over 65* dichiara di aver rinunciato almeno a una prestazione, rispettivamente contro il 12% e il 12,5% della fascia più abbiente.

E vi è un altro fenomeno in crescita sistematica, dalle implicazioni economiche che potremmo definire "uguali e contrarie", meno drammatico ai fini dell'impatto sociale rispetto al tema della rinuncia alla cura ma non meno preoccupante per la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale: si tratta della scelta fatta dai cittadini di ricorrere alla libera professione intramuraria o, direttamente, alla prestazione privata per vedersi assicurate con tempestività le loro necessità di cura. Entrambe le alternative vanno chiaramente non solo a discapito dei cittadini, costretti a pagare un prezzo più alto se vogliono curarsi per tempo, ma a discapito del servizio pubblico che perde entrate utili al suo stesso sostenta-

mento. Sbalordiscono i dati della Campania, che registra tempi d'accesso per una visita oculistica oltre i 100 giorni, quando nel canale intramurario la stessa prestazione è erogata entro 5 giorni; oppure per una colonscopia nel Lazio si attendono 175 giorni, mentre in intramoenia diventano circa 6; in Lombardia si attendono 98 giorni per un ecodoppler venoso nel settore pubblico e 4 giorni in intramoenia; in Veneto si attendono 95 giorni per un'ecocardiografia quando in intramoenia serve appena una settimana.

A scoraggiare il ricorso alla prestazione in regime pubblico, favorendo quello alla libera professione intramuraria o alla sanità privata, concorre un altro elemento oltre ai tempi necessari per l'erogazione: il costo della compartecipazione alla spesa e cioè il ticket. Analizzando i dati relativi a questo aspetto, è facile notare come l'introito che la sanità pubblica riceve dai ticket è in trend negativo. In particolare è il ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale a subire la maggiore contrazione negli anni: solo nel 2017 sono entrate nelle casse dello Stato 14 milioni di euro in meno rispetto al 2016. Tutto "merito" del cosiddetto *superticket*, cioè la quota fissa per ricetta pari a dieci euro applicata con il Decreto Legge 98 del 2011. Una misura che, oltre a ostacolare l'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini già alle prese con il problema delle liste di attesa, depauperava i redditi delle famiglie che si trovano a dover affrontare un problema di salute e sposta risorse e assistiti dal servizio sanitario pubblico al canale privato. Infatti se si considerano alcune prestazioni più a basso costo, proprio a causa del superticket può risultare, oltre che più tempestivo, anche economicamente più vantaggioso svolgerle in regime privato. È uno squilibrio che va superato assolutamente: su questo punto è intervenuta anche la Corte dei conti richiamando l'attenzione sulla necessità di evitare che «livelli di compartecipazione troppo elevati (specie nella specialistica) favoriscano lo spostamento dal Servizio Sanitario Nazionale verso strutture private, minando la stessa possibilità di garantire livelli di assistenza adeguati». Anche l'Agenas segnala che «per quanto riguarda i ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale si registra la riduzione dovuta alla convenienza di ricorrere alla prestazione in forma privata rispetto alla erogazione pubblica, specie per le prestazioni a bassa tariffa».

5. Accesso alle cure: l'assistenza territoriale⁴

L'assistenza territoriale e la riorganizzazione delle cure primarie sono temi di cui si discute da molto in Italia, ma che stentano a essere tradotti in pratica se non in modi e tempi completamente differenti nelle differenti Regioni. Il Paese sta affrontando un'elevata incidenza delle malattie croniche legate all'invecchiamento della popolazione ed emergono nuovi bisogni di salute e di assistenza che rendono necessario un impegno concreto.

La legge "Balduzzi" (L. 189/2012) ha proposto un'assistenza sociosanitaria attraverso le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le Unità complesse di cure primarie (UCCP) e il panorama dell'assistenza territoriale ha iniziato, dunque, gradualmente a modificarsi e a evolvere. Ma le situazioni sono ancora in continuo mutamento, anche se aumenta il

⁴ Cittadinanzattiva, *Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2017. Assistenza territoriale*.

numero delle Regioni che volgono verso la direzione indicata dalla legge e dunque verso lo sviluppo di due uniche forme aggregative sul territorio.

Diversi ritardi e la forte disomogeneità sul territorio si sarebbero potuti risparmiare se fosse stato definito un “DM 70 del territorio”, cioè un provvedimento speculare a quello che ha definito standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, quantomeno per superare l’eterogeneità di nomenclature usate per indicare i servizi territoriali e per chiarire bene gli standard quantitativi e qualitativi anche in riferimento a questi.

Un Servizio Sanitario Nazionale altamente decentralizzato comporta modelli organizzativi e risultati diversi: tuttavia va riconosciuto ad alcune Regioni lo sforzo intrapreso, tanto che l’Emilia Romagna, per esempio, è uno storico riferimento del modo in cui sia possibile attuare una riorganizzazione delle cure primarie. Vale così per alcune altre Regioni, ma non è abbastanza se poi la capacità di risposta del sistema ai bisogni di cura dipende sostanzialmente dal luogo in cui un cittadino risiede. Occorre che sia mantenuta in proposito una costante attenzione politica, dando un seguito all’impulso del DM 70/15, al Patto per la Salute e al Piano Nazionale della Cronicità: per scongiurare il rischio che *tutto cambi, ma nulla di fatto cambi per il cittadino*.

La riorganizzazione ha riguardato anche l’accorpamento delle Aziende Sanitarie Locali le quali, ormai da qualche anno, erogano i servizi di assistenza territoriale anche attraverso il ricorso al privato o con sistemi misti: caso ricorrente è quello delle cure domiciliari. Riguardo al ruolo dei distretti, poi, una raccolta sistematica dei dati è complessa a causa delle informazioni molto lacunose in proposito: il loro ruolo resta comunque fondamentale ogniqualvolta si faccia riferimento all’integrazione sociosanitaria. Il processo di riconversione degli ospedali è ancora lento: prendere in carico i cittadini sul territorio significa investire ovunque in strutture post-acute, residenziali e semiresidenziali, ma l’offerta di servizi sul territorio non è omogenea e non è in linea.

Esempio calzante è quello dei Centri diurni per malati di Alzheimer. La presenza di poche strutture equivale a moltiplicare i disagi dei cittadini i quali debbono affrontare spostamenti potenzialmente evitabili. Dentro le mura domestiche e dunque sull’assistenza domiciliare, è consigliabile lavorare sul supporto alle famiglie, sulla ‘formazione/supporto alle competenze’ e sull’educazione al *self management*. È opportuno inoltre conoscere in quale modo i bisogni di questa delicata fascia di pazienti si siano evoluti: si vorrebbe poter contare sull’operatore sociosanitario, ma anche sullo psicologo e su altre figure come il nutrizionista e/o il dietista.

La tempestività nell’attivazione del servizio di cure domiciliari deve essere semplificata al massimo, così come va migliorato l’accesso a strumenti indispensabili per la cura come protesi, ausili, farmaci. È risaputo, infatti, come alla soluzione di tale problema il cittadino provveda di tasca propria. C’è bisogno in generale di ampliare l’organico dei professionisti: per esempio, un fisioterapista in più garantirebbe l’incremento dei minuti dedicati alla fisioterapia. E, ancora, nei Centri di salute mentale un congruo rapporto psicoterapeuti/utenti contribuirebbe a supportare terapie più efficaci, come da recente letteratura scientifica. La salute mentale è un ambito talmente complesso e delicato che modifica non solo la condizione psico-fisica del paziente, ma anche quella dei familiari che ruotano

intorno a lui. Anche per questo, gli interventi possibili non devono essere vissuti come un ‘privilegio’, ma semmai come un impegno a evitare che si persegua la ‘cultura dello stigma’ e quella che tende a considerare i pazienti e i servizi come un qualcosa di “diverso” o residuale rispetto all’intero orizzonte possibile dell’assistenza territoriale.

6. Autonomie regionali vs. federalismo dei diritti

Quello che è ormai chiaro è la presenza di luci e ombre nella capacità delle Regioni di investire, organizzare e assicurare in maniera omogenea l’erogazione di servizi sanitari nel rispetto dei diritti dei cittadini. Il quadro che emerge da tutti i dati che riguardano il cosiddetto ‘federalismo sanitario’, nato per rafforzare i diritti nel territorio e divenuto la somma di tanti, disomogenei, servizi sanitari regionali, restituisce la necessità e l’urgenza di metter mano a nodi importanti per tutelare il Servizio Sanitario Nazionale e i suoi principi fondanti, visto che essi rappresentano un vero e proprio bene comune.

Come abbiamo accennato, se 160 è il punteggio necessario per considerare una Regione ‘adempiente’ nell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), passano da 5 a 2 le Regioni che il ministero della Salute valuta del tutto inadempienti rispetto all’erogazione dei LEA: la Calabria nel 2016 raggiunge un punteggio di 144 (perdendo 3 punti rispetto all’anno precedente) e la Campania si attesta sul punteggio più basso in assoluto pari a 124 (recuperando però 18 punti rispetto all’anno precedente).

Anche il confronto fra il livello di spesa sanitaria complessiva, sia quella pubblica sia quella privata (*out of pocket*), e corrispondenti *performance* dei servizi sanitari regionali, mostra elementi di squilibrio importanti ai quali metter mano. Rispetto alla spesa privata, i dati mostrano che permangono profonde differenze tra le Regioni sulla spesa sanitaria media a carico delle famiglie: 128 euro in Umbria, contro i 64 euro della Campania e i 74 della Calabria. Analogo quadro per la quota di ticket *pro capite* sostenuta dai cittadini: nel 2017 si passa dai 95 euro della Valle d’Aosta e i 61 euro del Veneto, ai 32,8 della Sardegna, i 38,6 della Calabria e i 43 euro della Campania. La normativa che ha introdotto il superticket ha previsto la possibilità per le Regioni di ricorrere a misure alternative ai 10 euro sulla ricetta, purché con effetto finanziario equivalente. Si sono avvalse di questa ultima possibilità 7 Regioni. Le recenti iniziative regionali volte a eliminare o a ridurre il peso del superticket, se da una parte rappresentano una buona notizia per quelle Regioni, dall’altra riaccendono i riflettori sulle profonde disuguaglianze che caratterizzano il SSN e che rischiano di aumentare in assenza di un provvedimento nazionale di abrogazione di quella che è una vera e propria tassa aggiuntiva sulla salute: anche perché diversa fra le Regioni è la capacità di utilizzo del fondo di 60 milioni, stanziato proprio al fine di «conseguire una maggiore equità e agevolare l’accesso alle prestazioni sanitarie da parte di specifiche categorie di soggetti vulnerabili». Agire su questo, rapidamente e secondo criteri razionali e concretamente attenti alle vulnerabilità sociali, economiche e sanitarie, è fondamentale per scongiurare un regionalismo differenziato nei diritti dei pazienti e nella loro effettiva esigibilità.

Anche sul fronte degli investimenti in sanità per ammodernare le strutture e i macchinari del SSN e renderli capaci di garantire innovazione, qualità e sicurezza, sono molte

le differenze regionali nella capacità di utilizzare i fondi allocati dallo Stato. A fronte di Regioni come Veneto, Emilia Romagna, Toscana che hanno sottoscritto il 100% delle risorse destinate, ve ne sono altre che hanno percentuali di molto inferiori come nel caso di Campania, Molise, Abruzzo, Calabria. Le risorse residue per Accordi di programma non ancora spesi sono pari a 4,102 miliardi di euro. Gestione dei fondi, tassazione, compartecipazione, valutazione generale nella garanzia dei LEA anticipano in modo evidente iniquità presenti nel nostro Paese. Un altro fenomeno *generatore di disuguaglianze* è la mancata traduzione di norme o atti di programmazione importanti in azioni concrete e miglioramenti tangibili della realtà, capaci di produrre quei risultati e quei cambiamenti che, solo se non rimangono semplici annunci, risultano utili per i cittadini in tutte le realtà del Paese. Si assiste a un livello di capacità diversificato da parte delle Regioni nell'adeguamento e nell'implementazione dei contenuti e degli impegni previsti in provvedimenti nazionali o in accordi Stato-Regioni. Alcuni esempi rendono più chiaro il quadro. È il caso dell'implementazione del Piano nazionale diabete che, nonostante sia stato formalmente adottato nel 2012 da tutte le Regioni, non vede modalità e strumenti di gestione della patologia diabetica uniformi sul territorio; quello del Piano nazionale delle cronicità, che è stato recepito soltanto da sei Regioni e che deve tradursi in realtà nelle Aziende sanitarie; la copertura totale del territorio delle anagrafi vaccinali informatizzate, e così via.

Accanto all'immobilismo di alcune Regioni o alla mera adempienza formale vuota e senza gambe, come nel caso dell'emanazione di una delibera di recepimento di questo o di quel piano, assistiamo ad esempi virtuosi di altre Regioni che, in assenza di un governo deciso e forte, avviano in autonomia e in piena ottemperanza ai bisogni espressi dai cittadini politiche efficaci e tempestive, destinate a diventare delle vere e proprie *best practice* da copiare, adattare, far proprie tanto al livello nazionale quanto ai livelli regionali. È il caso dei piani straordinari delle liste d'attesa regionali, che, in assenza di una revisione del piano di governo nazionale, sono stati emanati in diverse Regioni e con risultati spesso molto soddisfacenti.

Esistono quindi evidenze di come si possa esercitare un federalismo sanitario rispettoso dei LEA e dei conti, attento all'accesso, alla qualità e alla sicurezza e capace di dare risposte in modo più tempestivo e innovativo, mentre, d'altro canto, sono drammatici gli effetti negativi sui diritti dei cittadini generati dall'esercizio non corretto o dal mancato esercizio delle responsabilità tanto di livello nazionale, quanto di quello regionale.

Risulta necessario un riequilibrio diverso e dinamico dei poteri dello Stato centrale e delle Regioni affinché la tutela della salute garantisca effettivamente il fondamentale diritto dell'individuo e l'interesse della collettività, un riequilibrio che abbia il suo baricentro nella capacità di chi meglio interpreta, cura e garantisce quanto previsto nell'articolo 32 della nostra Costituzione. La strada intrapresa con il 'regionalismo differenziato' presenta, da questo punto di vista, un margine di incertezza in più, una partita aperta, di estrema attualità per gli ulteriori impatti che può avere su equità, solidarietà e universalità del Servizio Sanitario Nazionale e, quindi, sui diritti dei cittadini.

Capitolo 4

Il controllo della Corte dei conti sui bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale

Donato Centrone*

1. Il controllo di legalità finanziaria sui bilanci di esercizio degli enti del SSN

L'art. 1, comma 3, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174 (recante disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali) convertito dalla legge n. 213/2012, dispone che «le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti esaminino i bilanci preventivi ed i rendiconti consuntivi delle Regioni e degli enti che compongono il Servizio Sanitario Nazionale», richiamando, a tal fine, «le modalità e le procedure indicate all'articolo 1, commi 166 e seguenti, della legge n. 266/2005». Tale norma (analogamente a quanto previsto per gli enti locali) aveva previsto che:

[...] ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e del coordinamento della finanza pubblica, gli organi degli enti locali di revisione economico-finanziaria trasmettono alle competenti sezioni regionali di controllo della Corte dei conti una relazione sul bilancio di previsione dell'esercizio di competenza e sul rendiconto dell'esercizio medesimo.

Si introduceva, in tal modo, una forma di controllo esterno sui documenti contabili degli enti del servizio sanitario, da esercitare mediante l'esame di una relazione annuale redatta dai rispettivi collegi sindacali, sulla base di linee guida approvate annualmente dalla Sezione delle autonomie della Corte dei conti.

La Corte Costituzionale¹ ha evidenziato come le leggi n. 266/2005 e n. 213/2012 abbiano istituito, prima, e rafforzato, dopo, una tipologia di controllo avente la precipua funzione di prevenire rischi per gli equilibri di bilancio. Il sindacato di legittimità e regolarità sui conti circoscrive la funzione della magistratura contabile alla tutela preventiva degli equilibri dei bilanci e della sana gestione finanziaria, secondo regole di finanza pubblica conformate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale (senza interferire, tuttavia, con l'autonomia politica e amministrativa delle amministrazioni destinatarie).²

* *Magistrato della Corte dei conti*

¹ Cfr., per tutte, sentenze n. 60/2013 e n. 40/2014.

² In tale direzione, le verifiche contabili devono esser tenute distinte rispetto a quelle riguardanti la gestione amministrativa, aventi fonte nell'art. 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20 (sia per i parametri che, soprattutto, per gli esiti).

Alla Corte dei conti viene, infatti, attribuito un sindacato sull'equilibrio economico-finanziario, e tale prerogativa assume maggior rilievo nel quadro delineato dalla legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1, che, introducendo il principio del pareggio di bilancio nel comma premesso all'art. 97 della Costituzione, nonché nel riformulato art. 119, richiama non più il solo Stato (art. 81) ma tutti gli enti pubblici ad assicurare l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito.

I controlli attribuiti alle Sezioni regionali della Corte dei conti sui bilanci dei singoli enti del servizio sanitario (come su quelli di Regioni ed enti locali) risultano funzionali, altresì, alle funzioni di controllo-referto intestate alla Sezione delle autonomie della medesima Corte. L'art. 3, comma 6, della legge n. 20/1994 (disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della corte dei Conti) prevede, infatti, che la Corte dei conti riferisca, almeno annualmente, al Parlamento e ai consigli regionali sull'esito dei controlli sulla gestione eseguiti.³ Tali controlli-referto, dopo l'avvento della legge 5 giugno 2003, n. 131, sono destinati a verificare:

[...] il rispetto degli equilibri di bilancio da parte di Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni, in relazione al patto di stabilità interno ed ai vincoli derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea” e vanno redatti “anche sulla base dei dati e delle informazioni raccolti dalle sezioni regionali di controllo” (art. 7, comma 7, legge n. 131/2003).

Queste ultime traggono fonte, in prevalenza, per i bilanci e la gestione contabile degli enti del SSN, dalle relazioni-questionario che i collegi sindacali devono inviare annualmente, ai sensi del citato art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174/2012, anche alla Sezione delle autonomie.⁴

Inoltre, gli accertamenti contenuti nelle deliberazioni adottate dalle Sezioni regionali della Corte, a valle dell'esame delle ridette relazioni-questionario e della conseguente attività istruttoria, diventano elementi, per la Sezione delle autonomie, per comporre un quadro di sintesi a livello nazionale, e poter riferire le principali irregolarità rilevate, nonché eventuali proposte correttive, ai competenti organi politico-legislativi (si rinvia, per esempio da ultimo, al referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali, approvata con deliberazione n. 3/SEZAUT/2018/FRG).

2. Gli enti del servizio sanitario assoggettati al controllo

Sul punto si segnalano talune pronunce⁵ in cui è stata affermata la sottoposizione al controllo, sulla base della sostanziale equiparazione agli enti del SSN, desumibile dalle norme di legge statali (art. 4, comma 12, d.lgs. n. 502/1992; art. 41, 42 e 43 legge n. 833/1978) e

³ Le relazioni della Corte vanno altresì inviate alle amministrazioni interessate, alle quali la Corte può formulare, in qualsiasi momento, le proprie osservazioni. Le amministrazioni, da parte loro, devono comunicare alla Corte e agli organi elettivi, entro sei mesi dalla data di ricevimento della relazione, le misure correttive adottate.

⁴ Cfr., da ultimo, C. conti, Sezione delle autonomie, deliberazione n. 18/2017/INPR.

⁵ Cfr., per esempio, C. conti, SRC Liguria, n. 37/2016/PRSS e n. 13/2008/PRSS.

regionali (nonché statutarie), degli enti ospedalieri c.d. classificati o assimilati. Tale orientamento è stato recepito dalle Sezioni delle Autonomie che, con deliberazione n. 18/2017/INPR, ha esteso l'ambito soggettivo di applicazione della norma anche agli «ospedali classificati, se ritenuti dalle Sezioni regionali competenti pienamente equiparabili agli enti sanitari pubblici regionali» (Gribaudo, Patumi 2018, Capitolo 5).

Con la medesima deliberazione la Sezione ritenuto soggetti all'obbligo, in aderenza al dettato normativo, oltre che aziende sanitarie (ASL), aziende ospedaliere (AO), aziende ospedaliero-universitarie (AOU) e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), anche le gestioni sanitarie accentrate presso le Regioni (GSA), istituite e disciplinate dagli articoli 22 e 24 del d.lgs. n. 118/2011. L'art. 22 del decreto dispone, infatti, che le Regioni che esercitano la scelta di gestire direttamente una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario debbano individuare, al proprio interno, uno specifico centro di responsabilità, denominato 'gestione sanitaria accentrata presso la Regione', deputato all'implementazione e alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale, atta a rilevare i rapporti economici, patrimoniali e finanziari (intercorrenti con lo Stato, le altre Regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici e i terzi) inerenti alle operazioni finanziate con risorse destinate ai servizi sanitari. Le Regioni, a tal fine, devono individuare un responsabile della GSA, tenuto, fra l'altro, all'elaborazione e adozione del bilancio di esercizio, nonché alla compilazione dei modelli ministeriali di conto economico (CE) e stato patrimoniale (SP), di cui al DM Salute 15 giugno 2012⁶ (cfr. C. conti, sez. reg. contr. Liguria, deliberazioni n. 38/2016/PRSS e n. 32/2017/PRSS).

3. I parametri normativi del controllo

I parametri a cui le Sezioni regionali devono conformare il controllo sui bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, in base all'art. 1, comma 3, del d.l. n. 174/2012, in continuità con quanto disposto dall'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge n. 266/2005, sono i seguenti:

- osservanza del vincolo di finalizzazione dell'indebitamento a spesa di investimento, posto dall'articolo 119, sesto comma, della Costituzione;
- sostenibilità dell'indebitamento (enunciato che fa riferimento, in primo luogo, al rispetto dei limiti di finanza pubblica posti all'ammontare complessivo del debito degli enti del SSN⁷);
- assenza di irregolarità suscettibili di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari degli enti (clausola aperta che racchiude tutte le irregolarità, in primo luogo quelle derivanti dal mancato rispetto di regole di finanza pubblica).

⁶ L'art. 31 del d.lgs. n. 118/2011 dispone che il bilancio di esercizio degli enti del SSN, compresa la gestione sanitaria accentrata presso la Regione, sia adottato entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento (anche al fine di permettere le prescritte operazioni di consolidamento), mentre il successivo art. 32 impone alla giunta regionale di approvare i bilanci in discorso entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento.

⁷ Art. 2, comma 2-sexies, lett. g), del d.lgs. n. 502/1992.

La norma in questione indica, inoltre, la verifica del rispetto degli obiettivi annuali posti dal patto di stabilità interno ma limitatamente all'ipotesi del solo esame dei bilanci di previsione e dei rendiconti consuntivi delle Regioni, che trova fondamento nel medesimo comma.⁸

Si evidenzia come l'art. 1, comma 3, del d.l. n. 174/2012 (allo stesso modo dell'art. 1, commi 165 e seguenti, della legge n. 266/2005) sia incentrato sui parametri (di c.d. 'legalità finanziaria') piuttosto che sull'oggetto del controllo (come accade, invece, per esempio, per il controllo preventivo di legittimità⁹), non attribuendo alle Sezioni regionali della Corte dei conti un sindacato sulla legittimità degli atti amministrativi e negoziali assunti dagli enti del Servizio Sanitario Nazionale. La legittimità di (qualunque) atto amministrativo (in primo luogo, del medesimo bilancio d'esercizio) o negoziale, tuttavia, può venire in rilievo, ai fini del controllo in questione, nei limiti in cui sia suscettibile «di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari degli enti». Esemplificando, la norma non attribuisce alle Sezioni regionali il potere di sindacare il legittimo affidamento di un contratto (di competenza della Giustizia amministrativa), il cui esame può, tuttavia, incidentalmente rilevare nella misura in cui sia funzionale alla valutazione della potenziale incidenza sugli equilibri economico-finanziari.

Pertanto, mentre il sindacato del giudice amministrativo è finalizzato alla pura valutazione della legittimità di un provvedimento, il potere di controllo attribuito alla Corte dei conti dall'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174/2012 è volto, invece, a garantire la legalità finanziaria dell'azione amministrativa focalizzandosi sui provvedimenti (anche inoppugnabili per decorso dei termini) e i contratti che hanno inciso o possono pregiudicare l'equilibrio economico-finanziario dell'ente (non su qualunque atto amministrativo o negoziale) (Gribaudo, Patumi 2018, Capitolo 5).

Il controllo sulle regole di coordinamento della finanza pubblica da parte degli enti del SSN impone, in primo luogo, di individuare quale sia il soggetto obbligato al rispetto, se la Regione o la singola azienda sanitaria ospedaliera.¹⁰ Nel primo caso, l'esame che deve essere condotto dalle Sezioni regionali della Corte dei conti non può limitarsi alla sola verifica del rispetto del tetto posto ai costi complessivi per il personale da parte dei singoli enti sanitari, ma deve, necessariamente, estendersi alla valutazione su base regionale (per esempio, in occasione del giudizio di parificazione del rendiconto, ex art. 1, comma 5, del citato d.l. n. 174/2012).¹¹

⁸ Va ricordato, in proposito, come le Regioni e gli enti locali, amministrazioni pubbliche assoggettate al rispetto degli obiettivi posti annualmente dal patto di stabilità interno, devono osservare, dal 2016, il nuovo saldo di finanza pubblica avente fonte nell'art. 9 della legge n. 243/2012 e declinato, dal 2017, dall'art. 1, commi da 463 a 508, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232

⁹ L'art. 3, comma 1, della legge n. 20/1994 elenca, infatti, in modo tassativo, le tipologie di provvedimenti sui quali va esercitato il potere di controllo preventivo di legittimità della Corte dei conti.

¹⁰ L'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009, prescrive, per esempio, che gli enti del Servizio Sanitario Nazionale debbano contenere le spese per il personale entro un tetto predeterminato. Il comma 584 della legge 23 dicembre 2014, n. 190, oltre a prorogare fino al 2020 la vigenza della disposizione, ha precisato che «la Regione» (non l'ente sanitario) è giudicata adempiente in caso di conseguimento dell'obiettivo primario. In caso contrario, fino al 2019, è sufficiente che, sempre la Regione, garantisca l'equilibrio economico complessivo del bilancio sanitario e attui un percorso di graduale riduzione della spesa di personale (fino al raggiungimento, nel 2020, dell'obiettivo primario dalla disposizione).

¹¹ Cfr., per esempio, sul punto, l'esame istruttorio esposto nelle deliberazioni di C. conti, sez. reg. contr. Liguria, n. 33 e 36/2016/PRSP.

Direttamente riferibili ai singoli enti del SSN sono, invece, i limiti finanziari posti ai fondi per la contrattazione integrativa, o più precisamente al trattamento economico accessorio del personale. In particolare, dal 2017, l'art. 23, commi 2 e 3, del d.lgs. n. 75/2017, facendo seguito ad analoghe precedenti disposizioni,¹² ha prescritto che l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165/2001 (fra le quali, i singoli enti del SSN), non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016.¹³ In generale, appare opportuno ricordare come la norma in esame ponga un limite al 'trattamento accessorio' del personale, non solo ai 'fondi per la contrattazione integrativa'.¹⁴

L'esercizio di controllo sulle norme statali di finanza pubblica pone, inoltre, il problema di valutare l'estensione dell'ambito di intervento della potestà legislativa concorrente delle Regioni (art. 117, comma terzo, Cost.). La rimodulazione dei limiti finanziari posti dal legislatore statale, con riferimento al bilancio di enti (quelli del SSR) aventi distinta personalità giuridica (e non analoga sfera di autonomia), è stata riconosciuta dalla Corte costituzionale (cfr., sentenze n. 182/2011 e n. 139/2012), purché accompagnata da misure volte a compensare eventuali minori risparmi.¹⁵ Ulteriore e conseguenziale elemento di criticità è rappresentato dalla valutazione della possibile esplicazione della potestà di coordinamento concorrente in materia di finanza pubblica con mero provvedimento amministrativo regionale (per esempio, delibera di giunta). Infine, si segnalano alcune pronunce della magistratura contabile¹⁶ dalle quali è emersa l'incognita della (non agevole) conciliazione fra i limiti finanziari e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza o dei requisiti minimi di accreditamento delle strutture sanitarie (criticità fatta propria, fra l'altro, dalla stessa Corte costituzionale in alcune recenti sentenze¹⁷).

Il rispetto del vincolo di bilancio per gli enti del SSN, da conseguire attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, è imposto dal legislatore nazionale, in aderenza a principi di economicità ed efficienza. In tal senso, molteplici norme contenute nel decreto quadro del

¹² Art. 9, comma 2-bis, d.l. 78/2010, convertito dalla legge n. 122/2010; art. 1, comma 236, della legge n. 208/2015.

¹³ Con riferimento all'osservanza della suddetta disposizione di finanza pubblica possono ricordarsi le deliberazioni della Corte dei conti, sez. reg. contr. Lombardia, n. 542/2013/PRSP e n. 171/2016/PRSS, con le quali sono state ritenute soggette al limite anche le risorse aggiuntive regionali (art. 13, comma 1, d.lgs. n. 502/1992). Inoltre, sez. reg. contr. Liguria, con deliberazioni n. 33 e 36/2016/PRSS, ha accertato la legittimità della rimodulazione del tetto in caso di trasferimento di attività disposta da leggi regionali.

¹⁴ Cfr. C. conti, Sezione delle autonomie, deliberazione n. 26/2014/QMIG. In materia, pare opportuno ricordare, altresì, che l'art. 40, comma 3-*quinquies*, d.lgs. n. 165/2001, come modificato dal d.lgs. n. 75/2017, ha esteso a tutte le pubbliche amministrazioni la disciplina dei tempi e delle modalità di recupero finanziario dei fondi contrattuali costituiti in eccesso in anni precedenti (originariamente prevista, con norma speciale, per le sole Regioni ed enti locali, cfr. art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 16/2014, convertito dalla legge n. 68/2014).

¹⁵ Cfr., sul punto, C. conti, sez. reg. contr. Liguria, deliberazioni nn. 35, 36, 37 /2016/PRSS.

¹⁶ Cfr., per esempio, C. conti, sez. reg. contr. Lombardia, deliberazioni n. 162, 163, 164 e 165/2014/PRSS.

¹⁷ Può farsi rinvio, per esempio, alla sentenza n. 169/2017, che riprende quanto enunciato, in altra materia, nella precedente pronuncia n. 275/2016.

servizio sanitario (art. 4, comma 8, del d.lgs. n. 502/1992), nelle leggi finanziarie o di stabilità succedutesi nel tempo, nonché negli accordi stipulati in seno alla Conferenza Stato-Regioni. Queste ultime, con l'art. 6 dell'Intesa del 23 marzo 2005, si sono impegnate a garantire l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario sia nel suo complesso che con riferimento ai singoli enti, con previsione di verifiche trimestrali e obbligo dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione.¹⁸ I direttori generali degli enti del SSN sono tenuti a presentare piani infrannuali di recupero, esplicitanti le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati nell'ipotesi di andamento economico non coerente con gli obiettivi, pena la dichiarazione di decadenza a opera della Regione.

Il conseguimento degli obblighi di equilibrio economico-patrimoniale, posti in capo agli enti del SSN, risultano maggiormente verificabili dopo la promulgazione del d.lgs. n. 118/2011, attraverso cui, agli articoli 26, comma 3, e 32, comma 6, si è stabilito che le voci del preventivo economico annuale e del bilancio di esercizio debbano essere predisposti secondo schemi predeterminati (allegati al medesimo decreto), validi su tutto il territorio nazionale, al fine di conferire una struttura uniforme a conto economico, stato patrimoniale, nota integrativa e rendiconto finanziario. L'art. 29 del d.lgs. n. 118/2011, inoltre, impone l'osservanza di omogenei principi contabili, con l'obiettivo di fare in modo che tutti gli enti del SSN iscrivano le poste economiche e patrimoniali con le medesime regole.¹⁹

Le leggi regionali impongono sovente alle aziende sanitarie (e ai soggetti equiparati) l'onere di raggiungere predeterminati obiettivi (di livello dei costi o di rapporto fra ricavi e costi), senza richiedere necessariamente l'equilibrio annuale del conto economico (nell'ambito dell'esercizio della potestà concorrente di coordinamento della finanza pubblica, attribuita dall'art. 117 della Costituzione, nonché dei poteri, sempre concorrenti, spettanti in materia di tutela della salute). Le scelte di gestione aziendale degli enti del SSN (a finanza derivata) possono incidere sul livello dei costi, mentre minore è la capacità di intervento sui ricavi (altro fattore del risultato economico), condizionata non soltanto dal numero di assistiti o di prestazioni erogate, ma anche, e soprattutto, dalla quantità di finanziamenti attribuiti dalla Regione (e, a monte, dallo Stato).²⁰

L'equilibrio economico può essere raggiunto anche attraverso modalità artificiose le quali, essendo variegiate, impongono adeguati controlli alle competenti Sezioni regionali

¹⁸ L'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, impone alle Regioni di garantire il complessivo equilibrio economico del servizio sanitario, attribuendo poteri di controllo sostitutivo allo Stato, ex art. 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

¹⁹ A tal proposito, l'art. 29, comma 1, lett. d) del d.lgs. n. 118/2011 prevede che «i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce utili e perdite portati a nuovo». Siffatta modalità di contabilizzazione (cfr. C. conti, sez. reg. contr. Liguria, deliberazione n. 31/2016/PRSS) mira a evitare che i contributi per ripiano perdite, erogati dalle Regioni in anni successivi a quello di emersione, inquinino il risultato economico dell'esercizio di attribuzione (gonfiandone, impropriamente, i ricavi).

²⁰ Per approfondimenti, cfr. C. conti, sez. reg. contr. Abruzzo, deliberazioni n. 106, 107 e 115/2017/PRSS; sez. reg. contr. Calabria, deliberazione n. 33/2017; sez. reg. contr. Marche, deliberazione n. 143/2016/PRSS.

della Corte dei conti. Un esempio è costituito dall'iscrizione a conto economico di ricavi derivanti da finanziamenti regionali inesistenti (o attribuiti in misura inferiore). Altra modalità è quella dell'imputazione di costi, non capitalizzabili, nello stato patrimoniale, con conseguente diminuzione degli oneri d'esercizio riportati in contro economico. L'occultamento di costi può essere ottenuto con l'omesso congruo accantonamento degli oneri per aumenti contrattuali del personale dipendente e convenzionato²¹ o per altri rischi e oneri.

In siffatte ipotesi, all'accertamento dell'irregolarità finanziaria da parte della Sezione regionale di controllo, potrebbe essere associata la denuncia alla Procura presso il Tribunale ordinario al fine di verificare la sussistenza di eventuali reati (cfr., in tema di falsità nell'ambito dei bilanci pubblici, Cassazione, Sez. V penale, sentenza n. 24878/2017).

Le relazioni-questionario dei collegi sindacali sui bilanci d'esercizio degli enti del SSN hanno evidenziato, altre volte, la presenza di una quota particolarmente elevata di proventi imputabile al fondo sanitario indistinto rispetto ai ricavi da erogazione di prestazioni sanitarie (voce A.4.A del medesimo modello CE).²² L'art. 8-*sexies* del d.lgs. n. 502/1992, prevede, infatti, che le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale siano finanziate secondo un ammontare globale predefinito (indicato negli accordi contrattuali disciplinati dal precedente articolo 8-*quinquies*), determinato in base alle 'funzioni assistenziali' e alle 'attività' svolte. Le 'funzioni assistenziali', elencate nel comma 2 del citato art. 8-*sexies* (programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria o sociale; programmi di prevenzione; attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, ecc.), sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le 'attività', specificate al comma 4 del medesimo articolo (assistenza ospedaliera per acuti e prestazioni di specialistica ambulatoriale), sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.

La corretta contabilizzazione delle riferite poste di ricavo non è fine a se stessa, posto che, per evitare il rischio di comportamenti opportunistici da parte di qualche Regione, tesi a occultare la reale situazione economica di un'azienda ospedaliera (il cui equilibrio, a fronte di costi prevalentemente fissi, dipende dal livello dei finanziamenti erogati), il comma 1-*bis* dell'art. 8-*sexies* del d.lgs. n. 502/1992, inserito dall'art. 15 del decreto-legge n. 95/2012, convertito dalla legge n. 135/2012, ha imposto che, dal 2013, il valore complessivo della remunerazione delle 'funzioni assistenziali' (prestazioni non tariffate) non possa in ogni caso superare il 30 per cento del 'limite di remunerazione assegnato'.

²¹ Costituente uno specifico obbligo normativo, cfr. art. 48, comma 2, d.lgs. n. 165/2001 e, da ultimo, art. 1, commi 682 e 683, della legge di bilancio 2018, n. 205/2017.

²² Il d.m. Salute del 15 giugno 2012, di approvazione dei modelli CE e SP dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario Nazionale (la cui portata precettiva è stata rafforzata dagli artt. 26 e 32 del d.lgs. n. 118/2011), prevede che la voce A.1.A.1 (contributi da Regione per quota fondo sanitario indistinto) contenga i ricavi per «la quota capitolaria, i finanziamenti per funzioni non tariffate e, in generale, tutti i contributi legati alla quota indistinta del riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale». Diversamente la voce A.4.A.1. (ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad aziende sanitarie pubbliche della Regione) espone i ricavi per le prestazioni di degenza ordinaria per acuti, di *day surgery* e *day hospital*, di lungodegenza e riabilitazione, di specialistica ambulatoriale, ecc.

Si tratta di un tetto teso, in primo luogo, a ridurre il rischio di un improprio finanziamento occulto dei costi delle ‘attività tariffate’ (prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero) con i fondi destinati alla remunerazione, forfettaria, delle c.d. ‘funzioni non tariffate’ (come la prevenzione, il pronto soccorso, il sistema di trasporto in emergenza, tutti servizi il cui costo non è immediatamente riconducibile alla prestazione erogata al paziente, essendovi preponderanti costi fissi e di attesa). Il sistema di remunerazione delle prestazioni ambulatoriali (incentrato sul c.d. nomenclatore tariffario²³) e di ricovero (incentrato sui c.d. “DRG”, *Diagnosis Related Groups* o ‘Raggruppamenti omogenei di diagnosi’²⁴) mira, infatti, a garantire, mediante i proventi derivanti dall’erogazione di tali prestazioni, a dare copertura a tutti i costi (diretti, indiretti e comuni) da esse discendenti. Pertanto, nel caso in cui i ricavi da prestazioni di ricovero o ambulatoriali non siano sufficienti a coprire i costi sostenuti dall’ente del SSN (che, in gran parte, sono fissi e indipendenti, almeno nel breve-medio periodo), l’equilibrio economico complessivo può essere garantito dal finanziamento c.d. indistinto o per le ‘funzioni non tariffate’. Il rischio che può generarsi è quello di un’impropria distrazione di risorse da queste ultime a favore del sostenimento dei costi delle prestazioni tariffate o, in alternativa, un sovra-finanziamento della struttura sanitaria, che palesa un livello dei costi superiore ai ricavi generati dalle prestazioni erogate²⁵ (e che richiederebbe differenti interventi di razionalizzazione dei costi interni).

L’esposta norma di legge, per come formulata, appare tarata sul bilancio e sull’attività di un’azienda ospedaliera (o, al limite, di un’azienda ospedaliero-universitaria o di un IRCCS), piuttosto che di un’azienda sanitaria territoriale. Quest’ultima, infatti, eroga una serie di prestazioni (assistenza medica e pediatrica di base; assistenza farmaceutica; assistenza a mezzo di operatori privati accreditati; ecc.) finanziate su base capitolaria ponderata,²⁶ vale a dire in ragione della numerosità della popolazione assistita e delle relative fasce di età. Non vi è, pertanto, un collegamento immediato fra prestazioni erogate e loro remunerazione (a loro volta funzione dei costi, diretti e indiretti, da coprire), ma fra la domanda/fabbisogno di salute e la sua valorizzazione *pro capite*.

Sulla scia dei principi ora esposti, i commi da 521 a 537 della legge n. 208/2015 hanno introdotto una serie di misure dirette al risanamento economico sostanziale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale.²⁷ Il comma 524 dispone che ogni Regione, entro il 30 giugno di ogni anno, deve individuare le aziende ospedaliere, ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che presentano, alternativamente: a) uno scostamento tra costi e ricavi determinati come remunerazione delle ‘attività’, ai sensi dell’esposto art. 8-sexies del d.lgs. n. 502/1992 pari o superiore al 7 per cento, o, in valore

²³ Da ultimo, DPCM 12 gennaio 2017.

²⁴ Cfr. DM Salute 18 ottobre 2012, nonché l’art. 1, comma 420, della legge n. 205/2017, che ha riformulato l’art. 15, comma 16, del d.l. n. 95/2012, convertito dalla legge n. 135/2012.

²⁵ In alcuni casi specifici, come per esempio per le prestazioni pediatriche, si è posto, tuttavia, il problema della valutazione dell’effettiva congruità dei ricavi da DRG a remunerare tutti i costi generati dall’erogazione di prestazioni sanitarie.

²⁶ Art. 12, comma 3, d.lgs. 502/1992.

²⁷ Per approfondimenti, C. conti, sez. reg. contr. Liguria, deliberazioni n. 25 e 37/2016/PRSS e n. 70/2017/PRSS.

assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro; b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Analogo accertamento va effettuato, dal 2017, per le aziende sanitarie locali, e relativi presidi ospedalieri a gestione diretta.²⁸

Le norme della legge di stabilità per il 2016 sembrano muoversi nella medesima ottica, già illustrata in precedenza, di evitare fenomeni di sovrafinanziamento delle funzioni assistenziali (prestazioni per le quali non esiste un nomenclatore tariffario) rispetto alle altre attività, ambulatoriali e di ricovero, oltre che ridurre il rischio di impropria copertura reciproca dei relativi costi.

Anche scorrendo il DM Salute 21 giugno 2016, che ha individuato quali sono i ricavi e i costi da prendere in considerazione per valutare l'equilibrio economico degli enti del SSN, ai fini del sopra indicato comma 524, si può desumere (procedendo a una lettura sistematica con gli artt. 8, e seguenti, del d.lgs. n. 502/1992) che il legislatore abbia inteso rivisitare l'equilibrio economico degli enti del SSN anche in senso sostanziale, e non solo meramente contabile. In particolare, ciò che sembra rilevare, anche in base al decreto ministeriale attuativo, non è tanto il pareggio di bilancio (conseguibile, da un'azienda ospedaliera non efficiente, mediante un finanziamento regionale sovrabbondante), ma l'effettivo equilibrio economico fra erogazione delle prestazioni sanitarie e relativa remunerazione standard (della 'gestione caratteristica', per usare un'espressione propria dell'economia aziendale). Nel caso in cui ciò non si verifichi, perché i costi di struttura (in buona parte fissi) sono sensibilmente superiori ai ricavi (che, in base al tariffario e nomenclatore nazionale, la Regione può attribuire all'azienda), scatta l'obbligo di adottare la procedura di rientro prescritta dalla legge di stabilità per il 2016.

La *ratio* che sottende l'intera disciplina è quella di prevenire situazioni di squilibrio economico che, in passato, hanno portato a far scattare in molte Regioni i piani di rientro dai *deficit* sanitari. Il legislatore sembra puntare a interventi mirati in grado di colpire, con azioni correttivi, solo gli enti sanitari che presentino gestioni economiche sostanzialmente non equilibrate (a prescindere dall'eventuale formale conseguimento del pareggio economico).

Il processo di individuazione degli enti sanitari necessitanti di un piano di riequilibrio ha, tuttavia, subito una battuta di arresto. La Corte Costituzionale, con sentenza n. 192 del 14 luglio 2017, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dei commi 526 e 536 della legge n. 208/2015, nella parte in cui prevedono che i decreti ministeriali ivi contemplati

²⁸ Per il relativo accertamento vanno utilizzati, per i costi, i dati ricavabili dal modello "CE", mentre, per i ricavi, la norma rinvia ai criteri di determinazione posti da un decreto del ministro della Salute. Quest'ultimo, adottato di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze il 21 giugno 2016, puntualizza la metodologia di valutazione dello scostamento qualificato di cui all'indicato comma 524, lett. a), le modalità per accertare il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure (lett. b), nonché le linee guida per la predisposizione dei piani di rientro da parte delle aziende ospedaliere. Inoltre, entro il 31 dicembre 2016, con altro analogo decreto ministeriale, avrebbero dovuto essere apportati i necessari aggiornamenti agli schemi di bilancio degli enti del SSN (come da procedimento delineato, in generale, dall'art. 34 del d.lgs. n. 118/2011), al fine di dare evidenza, nel risultato di esercizio, alle voci di costo e di ricavo previste dall'art. 8-sexies del d.lgs. n. 502/1992 (distinzione fra finanziamento delle funzioni assistenziali e remunerazione delle attività tariffate).

siano emanati «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano», anziché d'intesa con la stessa Conferenza. Inoltre, medesima dichiarazione è intervenuta per i commi 524, 525 e 529, nella parte in cui prevedono che «i provvedimenti ivi contemplati siano adottati dalla Giunta regionale», anziché dal competente organo interno individuato autonomamente dalle Regioni.

Infine, il parametro delle «altre irregolarità suscettibili di pregiudicare gli equilibri di bilancio» serve a recuperare, con formula aperta, tutte le altre irregolarità, non tipizzate, suscettibili di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari degli enti sanitari. Deve trattarsi dell'accertamento incidentale di atti amministrativi, illegittimi o antieconomici, o di negozi, nulli o annullabili (o, comunque, irregolari) che hanno prodotto o possono produrre squilibri economico-finanziari, evidenziare la mancata copertura di spese, la violazione di norme finalizzate a garantire la regolare gestione finanziaria, ecc. (Gribaudo, Patumi 2018, Capitolo 5).

Nelle ipotesi riconducibili alla clausola di chiusura prevista dall'art. 1, comma 3, del citato d.l. n. 174/2012, maggiore è l'esigenza che l'accertamento delle Sezioni regionali di controllo sia focalizzato solo sui provvedimenti, contratti e comportamenti alla cui illegittimità/irregolarità può conseguire il rischio di potenziale incidenza sugli equilibri di bilancio degli enti del SSN (pena lo snaturamento della missione attribuita dal legislatore, di garante della c.d. legalità finanziaria, come più volte messo in evidenza dalle pronunce della Corte costituzionale²⁹).

4. Il procedimento di controllo

Il questionario sul bilancio d'esercizio, da inviare alla competente Sezione regionale di controllo della Corte dei conti, deve essere redatto dall'organo di controllo interno sulla regolarità amministrativo-contabile degli enti del SSN, che, essendo collegiale,³⁰ forma la propria volontà secondo i principi che presidiano le determinazioni degli organi plurisoggettivi (maggioranza dei componenti quale *quorum* costitutivo e maggioranza dei presenti quale *quorum* deliberativo, salva la possibilità, per ciascun sindaco, di effettuare, anche singolarmente, atti di ispezione e controllo). Tuttavia, l'avvio di approfondimenti istruttori da parte della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti può partire anche dalla valutazione delle osservazioni dei componenti del collegio sindacale in posizione di minoranza.³¹ Se, infatti, non è impedito, a ciascuno di essi, di effettuare le prescritte segnalazioni, in caso di rilevazione di un'ipotesi di danno erariale, alla competente Procura regionale della Corte dei conti (cfr. art. 52 d.lgs. n. 174/2016), allo stesso modo, l'inserimento nell'annuale questionario di osservazioni da parte del componente di minoranza (che, peraltro, potrebbe

²⁹ Può farsi riferimento alle sentenze n. 179/2007, n. 60/2013 e n. 40/2014.

³⁰ Tre membri designati dal presidente della giunta regionale, dal Ministro dell'economia e delle finanze e dal Ministro della salute (cfr. art. 3-ter, comma 3, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'art. 1, comma 574, della legge 23 dicembre 2014, n. 190).

³¹ Cfr., per esempio, C. conti, sez. reg. contr. Lombardia, deliberazioni n. 171/2016/PRSS e n. 542/2013/PRSP.

inviare apposita autonoma relazione) può legittimamente attivare i poteri istruttori della competente Sezione regionale di controllo (Gribaudo, Patumi 2018, Capitolo 5).

Il procedimento di controllo delle Sezioni regionali non è particolarmente strutturato, non essendovi norme che regolamentino le relative fasi. L'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174/2012 si limita a prevedere che le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti esaminino i bilanci preventivi e i rendiconti consuntivi delle Regioni e degli enti che compongono il Servizio Sanitario Nazionale, con le modalità e secondo le procedure di cui all'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge n. 266/2005.

A loro volta, le richiamate disposizioni prescrivono al collegio sindacale degli enti del SSN di trasmettere una relazione annuale sul bilancio d'esercizio. L'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174/2012, tuttavia, a differenza del combinato disposto dei commi 166 e 170 della legge n. 266/2005, prevede che i bilanci preventivi annuali e pluriennali e i rendiconti delle Regioni siano trasmessi dai presidenti delle Regioni, unitamente a una propria relazione. Quest'ultima previsione non risulta nella prassi osservata, posto che le deliberazioni della Sezione delle Autonomie³² hanno imputato anche l'onere di presentazione della relazione-questionario sui bilanci di previsione e i rendiconti consuntivi delle Regioni in capo all'organo di revisione economico-finanziaria.³³ *A fortiori*, pur in presenza del citato ultimo periodo dell'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174/2012, il richiamo effettuato nella prima parte della norma alle modalità e procedure indicate dall'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge n. 266/2005 conduce a ritenere che l'organo obbligato, nel caso degli enti del SSN, all'invio della relazione-questionario sia il collegio sindacale. In tal senso, fra l'altro, si è costantemente orientata la Sezione delle Autonomie della Corte dei conti.³⁴

La legge non individua il termine entro il quale le relazioni-questionario dei collegi sindacali degli enti del SSN debbano essere inviati alle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, né una scadenza al potere/dovere della Sezione delle autonomie di definizione dei criteri e linee guida. La prassi applicativa ha, tuttavia, tenuto conto dei termini, imposti dalla legge, entro cui gli enti del SSN debbono adottare, e le Regioni approvare, i bilanci d'esercizio.³⁵ Appare evidente, infatti, che le relazioni-questionario debbano fare riferimento ai dati esposti in un documento contabile per il quale sono scaduti i termini per l'approvazione o, quantomeno, per l'adozione (e che, come tale, è stato di norma esaminato dal collegio sindacale³⁶). A tal fine, le deliberazioni della Sezione delle Autonomie³⁷ sono state approvate dopo la scadenza del termine del 30 aprile successivo alla chiusura dell'esercizio.³⁸

³² Cfr. C. conti, Sezione delle Autonomie, deliberazioni n. 6/2013/INPR, n. 5 e 10/2014/INPR, n. 5 e 6/2015/INPR, n. 19 e 21/2016/INPR, n. 8 e 13/2017/INPR.

³³ L'art. 14, comma 1, lett. e), del d.l. n. 138/2011, convertito dalla legge n. 148/2011, ha imposto a tutte le Regioni di istituire, quale organo interno di regolarità amministrativo-contabile, un collegio dei revisori (prescrizione giudicata legittima dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 198/2012).

³⁴ Cfr., da ultimo, C. conti, Sezione delle Autonomie, deliberazione n. 18/2017/INPR.

³⁵ Artt. 31 e 32 d.lgs. n. 118/2011.

³⁶ Art. 3-ter d.lgs. n. 502/1992.

³⁷ Cfr. C. conti, Sezione delle Autonomie, deliberazioni n. 20/2016/INPR e n. 18/2017/INPR.

³⁸ Cfr. artt. 31 e 32 del d.lgs. n. 118/2011.

Nelle annuali deliberazioni di approvazione delle linee guida,³⁹ inoltre, non viene specificato un termine entro il quale i collegi sindacali degli enti del SSN devono trasmettere la relazione-questionario alle Sezioni regionali di controllo della Corte, rimettendo, implicitamente, questa scelta alle determinazioni delle singole articolazioni territoriali. Queste ultime, solo in taluni casi, hanno individuato la ridetta scadenza mediante un'apposita deliberazione,⁴⁰ mentre altre volte la fissazione risulta avvenuta con decreto o mera nota del presidente (o del magistrato istruttore competente).

Per quanto attiene al contenuto, la Sezione delle Autonomie ha costantemente consentito⁴¹ alle Sezioni regionali di adattare o integrare i quesiti e le tabelle contenute nelle annuali relazioni-questionario, al fine di tener conto delle peculiarità della disciplina legislativa regionale⁴² (fermo restando la compilazione nelle parti compatibili, e il relativo inoltro anche alla Sezione centrale per l'alimentazione della banca dati degli enti del Servizio Sanitario Nazionale⁴³).

Per quanto riguarda il procedimento istruttorio la legge non prevede ulteriori elementi. Spunti interpretativi in ordine ai soggetti/organismi verificati e alla procedura da seguire possono desumersi dall'analisi del comma 170 della legge n. 266/2005 e, soprattutto, dal comma 7 dell'art. 1 del decreto-legge n. 174/2012 (che ne delinea gli esiti). A fronte dell'adozione di una deliberazione che accerti squilibri economico-finanziari, mancata copertura di spese o violazione di norme finalizzate a garantire la regolarità della gestione finanziaria, le Sezioni regionali di controllo devono, infatti, prendere formalmente atto dell'adozione «da parte degli enti interessati» dei provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio. L'ultima parte del comma 7, nel fondare il potere inibitorio delle Sezioni regionali (comportante la preclusione dell'attuazione dei programmi di spesa per i quali è stata accertata la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria), individua quale presupposto, oltre al giudizio negativo sui provvedimenti adottati, anche la mancata trasmissione di questi ultimi da parte della (sola) Regione (la norma non cita l'omissione o il ritardo da parte dell'ente del SSN interessato) (Griabaud, Patumi 2018, Capitolo 5).

Atteso che la legge individua quali soggetti sottoposti al controllo, *in primis*, gli enti del servizio sanitario, aventi autonoma personalità giuridica (e, di conseguenza, contabile, di bilancio e amministrativa) rispetto alla Regione, l'istruttoria delle Sezioni della Corte dei

³⁹ Cfr. C. conti, Sezione delle Autonomie, deliberazioni n. 20/2016/INPR e n. 18/2017/INPR.

⁴⁰ Cfr., per esempio, C. conti, sez. reg. contr. Abruzzo, deliberazione n. 165/2016/INPR; sez. reg. contr. Basilicata, deliberazione n. 50/2017/INPR; sez. reg. contr. Campania deliberazione n. 237/2017/INPR; sez. reg. contr. Lazio, deliberazione n. 164/2015/INPR.

⁴¹ Cfr. C. conti, Sezione delle Autonomie, deliberazioni n. 20/2016/INPR e n. 18/2017/INPR.

⁴² Si rimanda, per esempio, alla legge regionale della Lombardia 11 agosto 2015, n. 23, che ha istituito le agenzie territoriali sanitarie (ATS) e le aziende sociosanitarie territoriali (ASST), in luogo delle preesistenti aziende sanitarie locali (ASL) e aziende ospedaliere (AO), previste dal legislatore nazionale (artt. 3 e 4 d.lgs. n. 502/1992).

⁴³ Anche per permettere la già citata funzione di referto sulla spesa regionale, di cui quella sanitaria costituisce parte rilevante, che la legge (art. 7, comma 7, legge n. 131/2003) attribuisce alla Corte dei conti (e, per competenza interna, alla Sezione delle autonomie).

conti deve essere orientata, principalmente, all'esame delle risultanze contabili e di bilancio dei predetti enti. Tuttavia, le scelte gestionali degli enti del SSN, e le discendenti risultanze contabili, risultano spesso influenzate, se non determinate, da quelle della Regione di riferimento. Si tratta, infatti, di enti a finanza c.d. derivata,⁴⁴ i cui ricavi sono alimentati, in prevalenza, da trasferimenti di altri soggetti pubblici (nello specifico, della Regione) e non hanno, a volte, nemmeno connessione diretta con il volume di prestazioni erogate.

Le regole volte a garantire la regolarità della gestione finanziaria (o meglio, economico-patrimoniale) sono spesso costruite dallo stesso legislatore statale, individuando quale destinatario principale del precetto l'ente del servizio sanitario e, in via subordinata, la Regione.⁴⁵ Altre volte individuano come diretta destinataria la Regione,⁴⁶ che, a sua volta, deve fornire adeguate direttive agli enti del SSR atte a poter conseguire l'obiettivo. In altre ancora la legge impone un vincolo ai costi o alla gestione degli enti del SSR, ma ritiene comunque adempiente la Regione in caso di dimostrazione dell'equilibrio economico complessivo del bilancio sanitario (misurato dal bilancio consolidato, approvato ai sensi dell'art. 32 del d.lgs. n. 118/2011). Si evidenzia, poi, che la Regione, godendo di potestà legislativa concorrente in materia di coordinamento della finanza pubblica e di tutela della salute (art. 117 Cost.), potrebbe declinare diversamente, o specificare, l'obiettivo di finanza pubblica posto dal legislatore nazionale.

Alla luce di quanto esposto, l'esame istruttorio non può limitarsi all'accertamento dei comportamenti contabili o amministrativo/negoziali dell'ente sanitario, ma deve, spesso, estendersi alle direttive fornite in merito dalla Regione, sia con atti amministrativi che legislativi.⁴⁷ Al riguardo, appare opportuno che dell'avvio della procedura di controllo (per es., dell'inoltro di una lettera istruttoria) sia notiziata anche la competente direzione sanitaria della Regione. Inoltre, le richieste di chiarimenti istruttori potrebbero essere avanzate direttamente alla Regione (e comunicate, per conoscenza, all'ente interessato) nei casi in cui la situazione di squilibrio economico-patrimoniale o il mancato rispetto di norme di finanza pubblica siano imputabili, già in base all'esame della relazione del collegio sindacale, a determinazioni o omissioni della Regione.

Nel caso in cui l'istanza istruttoria sia indirizzata all'ente del SSN appare opportuno comunicarla all'organo di vertice amministrativo (il direttore generale, ex art. 3 d.lgs.

⁴⁴ Le entrate proprie, costituite dalla riscossione dalle varie forme di compartecipazione diretta alla spesa sanitaria da parte dei cittadini, costituiscono percentuale non rilevante dei bilanci degli enti del SSN.

⁴⁵ Cfr., per esempio, l'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009, ponente un tetto alla spesa complessiva per il personale; l'art. 15, comma 13, lett. a), del citato d.l. n. 95/2012, in materia di riduzione dei costi per acquisti di beni e servizi; l'art. 9-ter del citato d.l. n. 78/2015, imponente la rinegoziazione dei contratti di fornitura di dispositivi medici.

⁴⁶ Cfr., per esempio, l'art. 1, commi 398 e 399, della legge n. 232/2016, imponente il contenimento della spesa farmaceutica, convenzionata e ospedaliera; l'art. 17, comma 2, lett. c), del citato d.l. n. 98/2011, che ha introdotto analogo limite ai costi per dispositivi medici; l'art. 15, comma 13, lett. c), del citato d.l. n. 95/2012, che ha prescritto di mantenere il rapporto fra posti letto e abitanti sul territorio regionale entro una soglia predeterminata.

⁴⁷ Procedimento che, pare doveroso precisarlo, non ha natura amministrativa, ma giurisdizionale, e al quale, pertanto, non si applicano le regole previste dalla legge n. 241/1990 e le altre disposizioni riguardanti i procedimenti amministrativi.

n. 502/1992) e di regolarità amministrativo-contabile (il collegio sindacale, ex art. 3-ter d.lgs. n. 502/1992), anche se la richiesta investe le competenze di altri organi interni, in rapporto di maggiore prossimità con il chiarimento da fornire o il documento da acquisire (per es., responsabile del bilancio, del personale, ecc.). In tale ottica, le istanze rivolte direttamente al collegio sindacale (o, per esso, al suo presidente) dovrebbero essere limitate ai casi in cui il magistrato istruttore abbia bisogno di delucidazioni in ordine alle attestazioni contenute nel questionario, che non comportano, tuttavia, la necessità di attingere alla documentazione amministrativa (essendo preferibile, in quest'ultimo caso, in aderenza all'esposto principio di prossimità, rivolgere l'istanza al dirigente responsabile o, comunque, al direttore generale dell'azienda sanitaria). Altra ipotesi di diretto coinvolgimento del collegio sindacale attiene alla prospettazione, da parte del magistrato, di inadempienze riguardanti gli obblighi posti dalla legge direttamente in capo a quest'ultimo (quali, per esempio, la tempestiva presentazione del questionario o l'avvenuto esercizio delle altre incombenze prescritte dalla normativa⁴⁸).

Passando all'analisi degli strumenti coattivi di cui il magistrato istruttore dispone, si ricorda, soprattutto nel caso in cui sussista la necessità di acquisire documentazione presso l'ente verificato (inadempiente all'invio dell'annuale questionario o a fornire le risposte e i chiarimenti richiesti), quanto previsto dall'art. 16, comma 3, del d.l. 13 maggio 1991, n. 152, convertito dalla legge 12 luglio 1991, n. 203. La norma prevede che la Corte dei conti, nell'esercizio delle sue attribuzioni, possa disporre, anche a mezzo della Guardia di finanza, ispezioni e accertamenti diretti presso tutte le pubbliche amministrazioni.⁴⁹ Inoltre, l'art. 2, comma 4, del decreto-legge n. 453/1993, convertito dalla legge n. 19/1994, permette di delegare adempimenti istruttori ai funzionari delle pubbliche amministrazioni e di avvalersi di consulenti tecnici.⁵⁰

La disciplina legislativa dettata in materia di esiti del controllo finanziario fornisce utili indicazioni anche in ordine al momento conclusivo della procedura, che può sfociare nell'adozione, da parte della competente Sezione regionale, di una deliberazione di accertamento in adunanza pubblica o in camera di consiglio. Non essendovi regole procedurali predefinite per legge, si assiste, nella prassi, all'adozione di pronunce di accertamento sia previa discussione in adunanza pubblica⁵¹ che con sola valutazione dei profili, di fatto e di diritto, in camera di consiglio.⁵² L'adunanza pubblica appare necessaria quando è funzionale all'acquisizione di elementi utili alla formazione del convincimento del giudice,

⁴⁸ Art. 3-ter del d.lgs. n. 502/1992.

⁴⁹ Trattasi di potere attivato, di recente, da C. conti, sez. reg. contr. Puglia, deliberazione n. 135/2017/PRSP.

⁵⁰ Va ricordato, inoltre, in proposito, che l'art. 3, comma 8, della legge n. 20/1994 permette alla Corte dei conti, nell'esercizio delle attribuzioni di controllo sulla gestione, di richiedere alle amministrazioni pubbliche, e ai rispettivi organi di controllo interno, qualsiasi atto o notizia ed effettuare o di disporre ispezioni e accertamenti diretti.

⁵¹ Cfr., solo per fare alcuni esempi, C. conti, sez. reg. contr. Liguria, deliberazioni n. 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77/PRSS/2017; sez. reg. contr. Lombardia, deliberazioni n. 57, 58, 59, 60, 61/2017/PRSS; sez. reg. contr. Piemonte, deliberazioni n. 43, 120, 121, 128, 129, 141, 142, 169, 170, 171/2017/PRSS.

⁵² Cfr. C. conti, sez. reg. contr. Veneto, deliberazione n. 406/2017/PRSS.

ulteriori a quelli ottenuti nel corso dell'istruttoria (come tali, già contenuti nel fascicolo processuale) ovvero nei casi in cui, mediante la comparizione degli organi di vertice amministrativo (o, eventualmente, politici) della Regione, risulta possibile riscontrare la documentazione o i chiarimenti forniti dall'azienda sanitaria in merito alle potenziali criticità legate ai reciproci rapporti. L'adozione della procedura in camera di consiglio, invece, dovrebbe essere limitata ai casi in cui non vi sia alcuna esigenza di chiarimenti in punto di fatto, né da parte dell'azienda sanitaria né da parte della Regione, ma una mera valutazione, in punto di diritto, della documentazione contenuta nel fascicolo (questionario del collegio sindacale, risposte istruttorie e documentazione acquisita).⁵³

Con riferimento ai destinatari della pronuncia di accertamento, l'art. 1, comma 170, della legge n. 266/2005 precisa che, nel caso in cui gli enti del Servizio Sanitario Nazionale non abbiano rispettato gli obblighi previsti dal comma 166 (che impone al collegio sindacale l'invio dell'annuale relazione-questionario sul bilancio d'esercizio), la Corte dei conti deve trasmettere apposita segnalazione alla Regione interessata. La norma (attualmente integrata dall'art. 1, comma 7, del decreto-legge n. 174/2012) prevedeva inizialmente la sola ipotesi del mancato invio del questionario, comportamento omissivo di cui è responsabile il solo collegio sindacale. Tuttavia, il legislatore, nel riferire l'inadempimento agli *enti* (del Servizio Sanitario Nazionale), prospetta, in verità, la possibilità che l'omissione (o il ritardo) nell'invio possa essere dovuta non a negligenza del collegio sindacale, ma alla indisponibilità, per cause imputabili ai competenti uffici interni, dei dati e della documentazione necessaria.

In caso di omissione colpevole da parte del collegio sindacale, invece, oltre alla tipizzata segnalazione alla Regione, prescritta dall'esposto comma 170, le Sezioni regionali di controllo hanno la possibilità di segnalare l'inadempimento agli enti designanti (attualmente, anche ministero dell'Economia e delle Finanze e ministero della Salute) al fine di provocare l'eventuale adozione di provvedimenti di revoca e sostituzione o, nel caso si tratti di dipendenti pubblici, l'avvio di un procedimento disciplinare o la valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato. Allo stesso modo, nel caso in cui i componenti il collegio siano liberi professionisti, è opportuno inviare la pronuncia di accertamento dell'omesso invio anche al competente ordine professionale.

Nell'ipotesi in cui l'inadempimento permanga, la legge nulla dispone. In tali ipotesi, la Sezione potrebbe effettuare una diffida formale con l'assegnazione di un termine e, in caso di ulteriore inadempimento, segnalare alla competente Procura della Repubblica un'ipotesi di omissione di atti d'ufficio (art. 328 codice penale). Di recente, C. conti, sez. reg. contr. Puglia, deliberazione n. 135/2017/PRSP, ha prospettato, altresì, l'utilizzo dei poteri attribuiti dal citato art. 16, comma 3, del d.l. n. 152/1991, convertito dalla legge n. 203/1991, secondo il quale la Corte dei conti, nell'esercizio delle sue attribuzioni, può

⁵³ L'adozione di deliberazioni di accertamento di irregolarità finanziarie in camera di consiglio, da parte delle sezioni regionali di controllo, è abbastanza frequente in sede di analisi dei questionari degli organi di revisione economico-finanziaria degli enti locali. In termini si è pronunciata la Sezione delle autonomie in ordine al rito da seguire, da parte delle Sezioni regionali di controllo, per l'approvazione dei piani di riequilibrio finanziario pluriennale previsti dall'art. 243-bis del d.lgs. n. 267/2000 (cfr. deliberazione n. 22/2013/QMIG).

disporre, anche a mezzo della Guardia di Finanza, ispezioni e accertamenti diretti presso le pubbliche amministrazioni, intervento funzionale, tuttavia, più che alla compilazione del questionario, all'acquisizione della documentazione necessaria alla valutazione della situazione economico-patrimoniale dell'ente del SSN. Infine, nel caso in cui l'omessa trasmissione del questionario da parte del collegio sindacale integri gli estremi dell'omissione rilevante ai fini del decorso del termine prescrizionale in materia di responsabilità amministrativa (cfr. art. 1, comma 2, legge n. 20/1994), è doveroso effettuare specifica segnalazione alla competente Procura territoriale della Corte dei conti (cfr., artt. 51 e 52 del d.lgs. n. 174/2016).

La pronuncia delle competenti sezioni regionali di controllo della Corte dei conti può obbligare le amministrazioni interessate (ente del SSN o Regione) ad adottare, entro il termine di sessanta giorni, i provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio. In caso di mancata adozione o di omessa trasmissione, da parte della Regione (la norma non cita gli enti del SSN), dei suddetti provvedimenti, la Sezione di controllo può adottare una pronuncia di inibizione dei programmi di spesa. Di conseguenza, sul piano procedurale, appare necessario che la convocazione in adunanza pubblica, mediante ordinanza presidenziale, alla quale è opportuno sia allegata la relazione di deferimento (a firma del magistrato istruttore) tesa a circoscrivere il *thema decidendum*, venga indirizzata sia ai competenti organi di direzione e controllo dell'ente del SSN (direttore generale e collegio sindacale) che alla pertinente direzione regionale. In tale ipotesi, può essere appropriato rivolgere l'invito anche all'organo di vertice politico della Regione, che potrà, eventualmente, delegare alla partecipazione in adunanza pubblica il competente assessore alla sanità o al bilancio ovvero i rispettivi dirigenti.

5. Gli esiti del controllo sui bilanci degli enti del SSN

L'art. 1, comma 170, della legge n. 266/2005 prevede che le disposizioni dei precedenti commi 166 e 167, aventi a oggetto l'invio della relazione-questionario da parte degli organi di revisione degli enti locali, siano applicabili anche agli enti del Servizio Sanitario Nazionale. In caso di mancato invio della ridetta relazione, il comma consentiva alla Corte dei conti la sola segnalazione alla Regione interessata per l'adozione dei conseguenti provvedimenti. Sul punto, tuttavia, le Sezioni regionali di controllo⁵⁴ hanno fatto un utilizzo analogico della disposizione contenuta nel precedente, oggi abrogato, comma 168, richiedendo, in caso di comportamenti contrari dalla sana gestione finanziaria, l'adozione di specifiche misure correttive da parte dell'ente interessato.

Con l'emanazione del più volte citato art. 1, comma 7, del decreto-legge n. 174/2012, l'ambito dei poteri delle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti è stato precisato e ampliato prevedendo, in modo speculare a quanto stabilito contestualmente per gli enti locali,⁵⁵ che l'accertamento di squilibri economico-finanziari, della mancata copertura

⁵⁴ Cfr., per esempio, sez. reg. contr. Umbria, deliberazione n. 14/2009/PRSS; sez. reg. contr. Lazio, n. 45/2010/PRSS, ecc.

⁵⁵ Cfr. art. 148-bis del d.lgs. n. 267/2000, inserito dall'art. 3, comma 1, lett. e), del citato d.l. n. 174/2012.

di spese o della violazione di norme finalizzate a garantire la regolarità della gestione finanziaria comporta, per le «amministrazioni interessate» (ente del SSN o Regione), l'obbligo di adottare, entro sessanta giorni dalla comunicazione del deposito della pronuncia di accertamento, i provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio. Questi provvedimenti vanno trasmessi alle pertinenti Sezioni della Corte dei conti, che devono verificarli nel termine ulteriore di trenta giorni dal ricevimento. La norma statuisce, inoltre, che laddove la Regione (non cita, come già osservato, gli enti del SSN⁵⁶) non provveda alla trasmissione dei suddetti provvedimenti o la verifica delle sezioni regionali di controllo dia esito negativo, la Sezione regionale di controllo può, quale sanzione, precludere l'attuazione dei programmi di spesa per i quali è stata accertata la mancata copertura o l'insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria.

Al riguardo, il comportamento assunto dalle Sezioni regionali di controllo risulta variegato, anche in ragione dell'assenza di ulteriori indicazioni normative. Segnatamente, a fronte dell'accertamento della ricorrenza di uno dei parametri di irregolarità indicati dalla norma, parte delle pronunce della magistratura contabile individuano puntualmente il comportamento, provvedimento o contratto che l'ente del SSN (o la Regione) deve adottare al fine di «rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio». Altra parte, invece, in ossequio al tenore letterale della norma, associa all'accertamento delle irregolarità, l'onere, per l'ente verificato o per la Regione (nell'ambito delle rispettive competenze), di individuare, autonomamente, l'adozione degli atti ritenuti più idonei a rimuovere le criticità e volti a garantire, per il futuro, gli equilibri di bilancio. Tale *modus procedendi* appare maggiormente aderente alla natura del potere di controllo attribuito alla magistratura contabile, che, come detto, deve mirare alla valutazione dell'incidenza dei provvedimenti e dei contratti sugli equilibri finanziari o economico patrimoniali e, solo incidentalmente, al sindacato di legittimità. La *ratio* sottesa alla norma non è quella di eliminare o correggere l'atto o il negozio di cui è stata accertata l'illegittimità quanto, piuttosto, la rimozione degli effetti prodotti ovvero, ove esauriti, l'adozione di adeguati comportamenti correttivi (soggetti a successiva verifica, da parte delle Sezioni regionali, quanto a rispondenza allo scopo da perseguire rispetto all'accertamento effettuato) (Gribo, Patumi 2018, Capitolo 5).

Il comma 7 dell'art. 1 del d.l. n. 174/2012 ha, pertanto, rafforzato il controllo esterno della Corte dei conti sui bilanci degli enti del servizio sanitario. Tale giudizio di legalità finanziaria, come precisato dalla Corte Costituzionale, ha «la caratteristica, in una prospettiva non più statica (com'era il tradizionale controllo di legalità-regolarità), ma dinamica, di finalizzare il confronto tra fattispecie e parametro normativo alla adozione di effettive misure correttive» (cfr. C. cost., sentenza n. 179/2007; in termini le sentenze n. 198/2012 e n. 60/2013). La già richiamata sentenza n. 39/2014⁵⁷ ha, inoltre, precisato, con riferi-

⁵⁶ Questi ultimi, tuttavia, sono ugualmente onerati, in relazione al concreto accertamento effettuato dalla Sezione regionale di controllo, ad adottare adeguate azioni correttive, come chiarito anche dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 39/2014.

⁵⁷ Particolarmente rilevante nel caso specifico, posto che, con la stessa pronuncia, la Consulta ha dichiarato, invece, illegittimo il medesimo meccanismo normativo con riferimento alle Regioni.

mento agli effetti impeditivi, che gli «esiti del controllo sulla legittimità e sulla regolarità dei conti degli enti del Servizio Sanitario Nazionale sono volti a evitare danni irreparabili agli equilibri di bilancio». In particolare, non si tratta di conseguenze di natura repressivo-sanzionatoria quanto, piuttosto, di una misura correlata alla esigenza fisiologica di salvaguardia della gestione finanziaria, (cfr. artt. 81, 97, 119 Cost.). Essi comportano una limitazione dell'autonomia degli enti sanitari o delle Regioni, che, tuttavia, «si giustifica in forza del diverso interesse alla legalità costituzionale-finanziaria e alla tutela dell'unità economica della Repubblica perseguito [...] in riferimento agli artt. 81, 119 e 120 Cost» (si rimanda anche alla sentenza n. 60/2013).

Nel corso delle annuali deliberazioni approvative delle linee guida per la predisposizione, da parte dei collegi sindacali, della relazione sul bilancio d'esercizio (da ultimo, deliberazione n. 18/2017/INPR), la Sezione delle Autonomie della Corte dei conti ha delimitato la portata precettiva dell'art. 1, comma 7, ritenendo ammissibile l'esercizio del potere di preclusione dei programmi di spesa, causativi di squilibri finanziari degli enti sanitari, solo nel caso in cui la Sezione regionale competente accerti la mancata copertura o l'insussistenza della sostenibilità finanziaria. Viceversa, «al di fuori delle condizioni indicate nella norma in questione (da ritenere di stretta interpretazione, non applicabili né in via analogica, né in via estensiva) rimarrebbe operante il criterio del controllo collaborativo (ex art. 7, comma 7, della legge n. 131/2003), con la conseguenza che gli effetti inibitori ammessi dal comma 7 dell'art. 1 del d.l. n. 174/2012 possano verificarsi solo se sia puntualmente individuato il programma di spesa privo di copertura economica, oppure che, in prospettiva, non sia finanziariamente o economicamente sostenibile. Sempre la Sezione delle autonomie ha aggiunto che occorrerebbe accertare, altresì, che il ridetto programma di spesa non sia diretta attuazione di una previsione di legge regionale, fattispecie nella quale andrebbero rispettati i principi affermati dal Giudice delle leggi nella citata sentenza n. 39/2014.⁵⁸

Invero, la norma non prevede, testualmente, alcuna limitazione ai poteri inibitori della Corte dei conti, pur occupandosi di gestioni finalizzate alla realizzazione della tutela alla salute (garantita dall'art. 32 della Costituzione quale «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»). Spunti interpretativi per un approfondimento sul punto possono trarsi da alcune sentenze della Corte costituzionale (per esempio, n. 266/2016, n. 227/2015, n. 110/2014, n. 28/2013, n. 78/2011, ecc.), che, per esempio, hanno ritenuto legittime le norme statali⁵⁹ imponenti alle Regioni, in caso di emersione di uno scostamento qualificato fra costi e ricavi, l'adozione di piani di rientro, con nomina di un commissario *ad acta* in caso di inadempimento. In tale ottica, le pronunce di accertamento della Corte

⁵⁸ La sentenza in discorso ha dichiarato «l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 7, del decreto-legge n. 174/2012, limitatamente alla parte in cui si riferisce al controllo dei bilanci preventivi e dei rendiconti consuntivi delle Regioni», facendo venire meno, a fronte dell'accertamento, da parte delle Sezioni regionali di controllo, di eventuali irregolarità finanziarie sia «l'obbligo di adottare, entro sessanta giorni dalla comunicazione del deposito della pronuncia di accertamento, i provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio» che, in caso di successivo vaglio negativo di quelli adottati, la sanzione della preclusione dell'attuazione dei programmi di spesa.

⁵⁹ Art. 2, commi 80 e 95, della legge n. 191/2009; art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004.

dei conti risultano funzionali all'obiettivo, costituzionalmente garantito (artt. 81, 97, 117 e 119), di tutela degli equilibri di bilancio e di coordinamento della finanza pubblica.

Più problematico appare il rapporto con la tutela della salute, garantita dall'art. 32 della Costituzione, laddove l'eventuale imposizione all'ente del servizio sanitario della preclusione di «programmi di spesa» potrebbe incidere sul diritto, costituzionalmente tutelato, di una molteplicità di cittadini a ricevere cure adeguate. Tuttavia, anche sulla base dei richiami sopra effettuati al concorrente principio di salvaguardia degli equilibri di bilancio, è possibile pervenire a una lettura costituzionalmente orientata dell'art. 1, comma 7, del d.l. n. 174/2012. La Consulta ha avuto modo di affermare, in diverse pronunce (cfr., per esempio, sentenza n. 169/2017), che, al fine di assicurare la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), alla cui categoria appartengono i livelli essenziali di assistenza (LEA) in ambito sanitario,

[...] spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale, in modo che è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione (sentenza n. 275/2016).

Si può ritenere, al contrario, che il legislatore possa incidere sulla spesa destinata al servizio sanitario non vincolata all'erogazione dei LEA. Al riguardo, «non vi è dubbio che le Regioni stesse debbano collaborare all'individuazione di metodologie parametriche in grado di separare il fabbisogno finanziario destinato a spese incompressibili da quello afferente ad altri servizi sanitari suscettibili di un giudizio in termini di sostenibilità finanziaria» (C. Cost., sentenza n. 169/2017). L'evidenziazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza devono (o meglio, dovrebbero) essere simmetricamente attuate nel bilancio dello Stato, nei conti regionali e in quelli delle aziende erogatrici (art. 8, comma 1, della legge n. 42/2009). Ne deriva che «una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica», in quanto l'effettività del diritto a ottenerle «non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie» (sentenza n. 275/2016). Il tutto facendo salva la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione, secondo canoni di ragionevolezza, dei livelli essenziali.

I principi sanciti dalla giurisprudenza costituzionale inducono a ritenere che il potere di preclusione dei programmi di spesa degli enti del SSN, attribuito alla Corte dei conti dall'art. 1, comma 7, del d.l. n. 174/2012, ben possa essere adottato in ogni ipotesi di mancata copertura o insussistenza della sostenibilità economica o finanziaria (alla stessa stregua di quanto avviene per i bilanci degli enti locali), facendo salva la dimostrazione, da parte della Regione o dell'ente sanitario verificato, che trattasi di componente di spesa necessaria (e congrua) per garantire l'erogazione minima di un servizio costituente espressione dei livelli essenziali di assistenza imposti dal legislatore statale (Gribaudo, Patumi 2018, Capitolo 5).

La suddetta 'preclusione' potrebbe astrattamente riguardare anche l'intero bilancio dell'ente del SSN dal momento in cui quest'ultimo appaia, nel suo complesso, inaffidabi-

le o non equilibrato. Questa prospettazione pone il delicato problema della complessiva individuazione delle voci di costo, e del loro livello minimo, idonei a garantire i livelli essenziali di assistenza garantiti dal legislatore statale.

Con riferimento alle prime ipotesi (preclusione del singolo programma di spesa), può farsi riferimento, in sintesi, al caso dell'inibizione all'avvio o alla prosecuzione dei lavori di realizzazione di un presidio ospedaliero a fronte dell'accertata assenza o insufficienza delle coperture finanziarie (Gribaudo, Patumi 2018, Capitolo 5). Alla stessa stregua, si potrebbe verificare l'erogazione gratuita di prestazioni sanitarie ulteriori rispetto ai livelli essenziali di assistenza, senza che la Regione abbia attribuito specifici finanziamenti al riguardo (con conseguente inibizione all'ulteriore prestazione). Stesso e omologo potere potrebbe essere esercitato per precludere la protrazione dell'ordinazione di beni o servizi o l'assunzione di personale a tempo determinato nel caso in cui sia stato accertato il superamento dei limiti di finanza pubblica imposti dalla legge statale.⁶⁰

L'accertamento di «irregolarità suscettibili di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari degli enti» e il concomitante giudizio negativo sulle misure conseguenziali adottate (dall'ente del SSN o dalla Regione) potrebbe indurre la Sezione regionale di controllo, alla luce della protratta «insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria» a precludere addirittura l'intera gestione di bilancio. Tale ultima evenienza appare un'ipotesi di scuola, ma più frequente ricorrente può risultare l'ipotesi della limitazione. Ad esempio, la presenza in conto economico di accantonamenti per rischi e oneri e, soprattutto, nello stato patrimoniale, di fondi di ammontare insufficiente a dare copertura alle potenziali passività future (cfr. art. 29, comma 1, lett. g), d.lgs. n. 118/2011 e art. 2424-*bis* cod. civ.) potrebbe rappresentare la base per una pronuncia inibitoria di siffatta portata. Il danno che ne deriverebbe con la verifica dell'evento a cui il fondo rischi avrebbe dovuto dare (adeguata) copertura investe trasversalmente l'intera gestione di bilancio, imponendo di trovare altrove copertura a costi che, invece, avrebbero dovuto trovare congrua allocazione nei pertinenti accantonamenti annuali. La gestione dell'ente del SSR, in questo caso, potrebbe essere limitata alle sole obbligazioni derivanti da provvedimenti giurisdizionali esecutivi, a quelle tassativamente regolate dalla legge (spese di personale, rate di mutuo, canoni di locazione, imposte e tasse, ecc.) o necessarie a evitare che siano arrecati danni patrimoniali certi e gravi all'ente o all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.⁶¹ Siffatto modello di comportamento consentirebbe di attenuare i rischi di protrazione di squilibri economico-patrimoniali (e, eventualmente, finanziari) sino a quando, con l'approvazione del successivo bilancio preventivo o di esercizio (even-

⁶⁰ Il superamento del tetto di spesa deve, naturalmente, essere ancora attuale durante l'esercizio di deposito della pronuncia di accertamento e/o di quella di esame delle misure conseguenziali adottate. Ove la constatazione, invece, sia limitata ad annualità precedenti, residua, oltre al generico invito a rispettare, in futuro, le norme di finanza pubblica, l'eventuale segnalazione alla competente Procura della Corte dei conti (di recente, C. conti, SGR Toscana, sentenza n. 270/2017).

⁶¹ Tanto in analogia a quanto avviene per gli enti locali, in conseguenza dell'accertamento di un risultato d'amministrazione inattendibile, per esempio in spregio al requisito di regolarità contabile dell'esistenza di accantonamenti conformi alla legge e ai principi contabili applicati (cfr. C. conti, sez. reg. contr. Lombardia, deliberazioni n. 31/2014/PRSP, n. 120/2016/PRSP, n. 301/2017/PRSP).

tualmente anticipabile rispetto ai termini previsti dalla legge), è possibile effettuare una nuova valutazione della reale situazione dei rischi economici potenzialmente ricadenti sull'azienda sanitaria.

Criticità, tuttavia, possono sorgere nella valutazione delle ipotesi in cui, accertate le «irregolarità suscettibili di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari degli enti» (art. 1, comma 4, d.l. n. 174/2012) e della mancata adozione, da parte dell'ente del SSR o della Regione, di «provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità» (art. 1, comma 7, d.l. n. 174/2012, prima parte), i sottostanti programmi di spesa siano economicamente coperti e finanziariamente sostenibili.

Appare incerto se il potere attribuito in capo alle Sezioni regionali di controllo, nelle fattispecie richiamate e a fronte del tenore letterale dell'ultimo periodo del comma 7 dell'art. 1 del d.l. n. 174/2012, possa precludere programmi di spesa per i quali si siano accertate sottostanti irregolarità amministrative o contabili che, tuttavia, non pregiudicano gli equilibri di bilancio né rischiano di alterarli (per es., costi comunque contenuti entro i limiti del preventivo economico annuale, ex artt. 25 e 32, comma 5, d.lgs. n. 118/2011).⁶²

Ebbene, in questo caso, appare dubbia, alla luce del tenore letterale dell'art. 1, comma 7, in esame, la possibilità, da parte della Sezione regionale di controllo, di «precludere» una spesa, fatta salva la opportuna segnalazione dell'ipotesi di danno erariale alla competente Procura regionale della Corte dei conti.

Allorquando i programmi di spesa incidono, invece, sulla garanzia di minima erogazione dei livelli essenziali di assistenza, il potere preclusivo non dovrebbe poter esser esercitato, in ossequio ai criteri di discriminazione evidenziati dalle sopra citate sentenze della Corte costituzionale.⁶³

Ulteriore dubbio si pone nel caso in cui l'accertamento di un'irregolarità finanziaria tragga origine dall'applicazione, da parte dell'ente del SSR, di una norma di legge regionale. Al riguardo, per esempio, l'accertamento del superamento dei limiti di finanza pubblica potrebbe comportare l'invito alla Regione, da parte della Sezione regionale di controllo (cfr., per esempio, SRC Lombardia, deliberazioni n. 162, 163, 164 e 165/2014/PRSS), ad adottare, entro sessanta giorni, provvedimenti idonei a rispettare le indicazioni desumibili dalla Costituzione e dalla giurisprudenza costituzionale.

Tuttavia, trattandosi di provvedimenti adottati con legge (regionale), l'analisi si sposta dalla valutazione del comportamento tenuto dall'ente del SSR alla legittimità costituzionale della disposizione di legge regionale che abbia integrato o diversamente declinato l'obiettivo di contenimento della spesa posto dal legislatore nazionale. Ne scaturisce la possibilità di sollevare, incidentalmente, una questione di legittimità costituzionale. Questa facoltà presuppone la pendenza, innanzi a un'autorità giurisdizionale, di un "giudizio"⁶⁴

⁶² Esemplificativamente si pensi all'ipotesi della perdita dei requisiti minimi di accreditamento prescritti dalla legge (art. 8-*quater* d.lgs. n. 502/1992) da parte di una struttura privata con la quale un'ASL o una Regione abbiano stipulato apposito contratto finalizzato all'erogazione di predeterminate prestazioni per conto e a carico del SSN (art. 8-*quinquies* d.lgs. n. 502/1992).

⁶³ Tale prospettazione presupporrebbe, in verità, la capacità di individuare adeguatamente i conti del bilancio dell'ente sanitario destinati alla relativa remunerazione, e la loro "soglia base".

⁶⁴ Oltre ai requisiti della «rilevanza» e «non manifesta infondatezza» (artt. 23 e 24 della legge n. 87/1953).

(cfr. art. 23 legge 11 marzo 1953, n. 87), qual è, per esempio, per le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, quello di parifica del rendiconto generale della Regione (ex art. 1, comma 5, del d.l. n. 174/2012⁶⁵). Allo stato, invece, non risultano sollevate, da parte di Sezioni regionali di controllo, questioni di legittimità costituzionale funzionali a decisioni da assumere in sede di verifica di legalità finanziaria dei bilanci degli enti del SSN (ex art. 1, commi 3 e 7, del d.l. n. 174/2012) (Gribaudo, Patumi 2018, Capitolo 5).

Un tentativo, dichiarato inammissibile per difetto dei requisiti soggettivi del giudice (C. Cost., sentenza n. 37/2011), era stato effettuato dalla Sezione regionale per la Lombardia (ordinanza n. 125/2009) in sede di controllo finanziario (ex art. 1, commi 166 e seguenti, della legge n. 266/2005) sui bilanci di previsione degli enti locali. In quella occasione, la Corte costituzionale aveva sottolineato come il sindacato attribuito alla Corte dei conti dall'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge n. 266/2005 (il cui comma 170, riguarda gli enti del SSN)

non può essere considerato attività giurisdizionale, trattandosi di un controllo diretto non a dirimere una controversia, ma ad assicurare, in via collaborativa, la sana gestione degli enti locali, nonché il rispetto da parte di questi ultimi del patto di stabilità interno e del vincolo in materia di indebitamento di cui all'art. 119 Cost (a differenza del giudizio di parificazione del rendiconto dello Stato e del controllo preventivo di legittimità, per i quali la Corte costituzionale aveva ritenuto integrato il presupposto della pendenza di un «giudizio» innanzi ad un «organo giurisdizionale»⁶⁶).

La richiamata sentenza è intervenuta, tuttavia, in momento antecedente all'entrata in vigore dell'art. 1, comma 7, del d.l. n. 174/2012, che ha rafforzato il carattere giurisdizionale dell'accertamento condotto, in materia, dalla magistratura contabile pur con la precisazione dei parametri di riferimento (riassumibili come legalità finanziaria, cfr. Corte cost., sentenze n. 63/2013 e n. 40/2014) e l'esposta attribuzione di un potere inibitorio alle Sezioni regionali della Corte dei conti in caso di inadempimento all'adozione di adeguate misure conseguenziali, conducendo alla prospettazione della pendenza di un giudizio, requisito per poter sollevare una questione incidentale di legittimità costituzionale (cfr. art. 23 legge n. 87/1953). Omologhe conclusioni possono desumersi anche dalle motivazioni della sentenza della Corte costituzionale n. 89/2017, che sembra ammetterne la possibilità per tutte le deliberazioni adottate dalla Corte dei conti che sono assunte sulla base del 'pieno contraddittorio' fra le parti, sono fondate sulla «applicazione di parametri normativi» e sono giustiziabili «in relazione a situazioni soggettive dell'ente territoriale eventualmente coinvolte» (cfr. art. 11, comma 6, lett. e), del d.lgs. n. 174/2016).⁶⁷

⁶⁵ Legittimazione confermata dalle sentenze della Corte Costituzionale n. 181/2015 e n. 89/2017.

⁶⁶ Cfr., C. cost., sentenze n. 213/2008 e n. 244/1995, per il giudizio di parificazione del rendiconto dello Stato; sentenze n. 384/1991 e n. 226/1976, per il controllo preventivo di legittimità.

⁶⁷ Di recente, le Sezioni regionali di controllo per la Campania (ordinanza n. 19/2018/PRSP) e per la Sicilia (ordinanza n. 108/2018/QMIG) hanno nuovamente rimesso alla Corte Costituzionale due questioni di legittimità nell'ambito dell'esame dei piani di riequilibrio economico-finanziario pluriennale degli enti locali (art. 243-bis, e seguenti, TUEL).

6. L'impugnazione delle pronunce delle Sezioni regionali di controllo

L'art. 11, comma 6, lett. e), d.lgs. n. 174/2016, c.d. 'Codice di giustizia contabile', statuisce che le Sezioni riunite in speciale composizione della Corte dei conti, nell'esercizio della propria giurisdizione esclusiva in tema di contabilità pubblica, decidono in unico grado sui giudizi, fra gli altri, instaurati per «impugnazioni conseguenti alle deliberazioni delle sezioni regionali di controllo». Si tratta di un'ipotesi generale che si pone accanto a quelle, già previste da precedenti disposizioni di legge, in materia di

[...] piani di riequilibrio degli enti territoriali e ammissione al fondo di rotazione per assicurare la stabilità finanziaria degli enti locali» (lett. a),⁶⁸ ricognizione delle amministrazioni pubbliche operata dall'ISTAT (lett. b),⁶⁹ certificazione dei costi dell'accordo di lavoro presso le fondazioni lirico-sinfoniche (lett. c),⁷⁰ rendiconti dei gruppi consiliari dei consigli regionali (lett. d),⁷¹ oltre che nelle materie ulteriori, ad esse attribuite dalla legge (lett. f).

Il nuovo codice di giustizia contabile mutua e ribadisce, pertanto, l'orientamento, formatosi in seno alla magistratura contabile, che aveva avuto modo di estendere la portata dei giudizi di impugnazione delle deliberazioni delle Sezioni regionali di controllo al di fuori delle ipotesi letteralmente individuate dalla legge, dettate, in particolare, in materia di approvazione o diniego dei piani di riequilibrio economico-finanziario degli enti locali (cfr. C. conti, Sezioni riunite in speciale composizione, sentenze n. 2 e 6/2013 e n. 27/2014).⁷²

Conclusivamente, l'art. 11, comma 6, lett. e), del recente codice di giustizia contabile apre anche agli enti del Servizio Sanitario Nazionale (o alle Regioni) la possibilità di chiedere ad altro giudice (le Sezioni riunite della Corte dei conti in speciale composizione) di rivedere l'accertamento contenuto nel pronunciamento di primo grado, permettendo l'impugnazione di qualunque deliberazione adottata da una Sezione regionale di controllo della Corte dei conti.

Riferimenti bibliografici

Gribaudo A. e Patumi R. (a cura di) (2018), *I controlli della Corte dei conti*, Rimini, Maggioli editore.

⁶⁸ In origine, art. 3 del citato d.l. n. 174/2012, cfr. art. 243-*quater*, comma 5, del d.lgs. n. 267/2000.

⁶⁹ In origine, art. 1, comma 169, della legge 24 dicembre 2012, n. 228.

⁷⁰ In origine, art. 11, comma 19, del d.l. 8 agosto 2013, n. 91, convertito nella legge 7 ottobre 2013, n. 112.

⁷¹ In origine, art. 1, comma 12, del citato d.l. n. 174/2012.

⁷² Nelle sentenze indicate si è ritenuto ammissibile il ricorso avverso una deliberazione di accertamento (ex art. 6, comma 2, del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 149) della sussistenza dei presupposti per dichiarare il dissesto da parte di un ente locale (cfr., per esempio, C. conti, SS.RR. spec. comp., sentenze n. 2/2013 o n. 19/2014) o di quelle che hanno dichiarato l'elusione del patto di stabilità interno (cfr., per esempio, C. conti, SS.RR. spec. comp., sentenze n. 6/2013, n. 33/2014 o n. 67/2015).

Capitolo 5

Il conflitto d'interessi

Gaetano Scazzeri*

Dennis Frank Thompson nel suo libro *The challenge of conflict of interest in medicine* del 2009 evidenzia come il conflitto di interessi sia una situazione, una condizione, riconducibile a un unico soggetto con poteri decisori o gestionali; in tal senso, si differenzia dalla corruzione che, invece, richiede che venga posto in essere un determinato comportamento, tenuto generalmente da non più di due persone.

La corruzione, in quanto tale, va invece organizzata: ci deve essere un atto o un servizio della Pubblica Amministrazione verso il quale una parte privata ha interesse: es. una licenza edilizia, una concessione, una commessa pubblica, una visita specialistica ecc.

Ci si dovrà poi accordare sul prezzo, sulla procedura da seguire per ottenere il beneficio, sulle modalità di pagamento, e così via. Insomma, è un'azione complessa, che richiede una determinata organizzazione della quale nessuno altro deve essere a conoscenza oltre alle parti in 'accordo'.

Non ci sono soggetti o diritti lesi – almeno in maniera diretta – riconducibili ai due attori (corruttore/corrotto o concussore/concusso) come nel furto ad esempio, dove il derubato ha tutto l'interesse a denunciare il fatto; per questo la corruzione è un reato difficile da individuare.

Il conflitto di interessi invece è, potenzialmente, sotto gli occhi di tutti o, quantomeno è, in linea teorica, riscontrabile da parte di terzi. In funzione di come il conflitto di interessi viene a essere qualificato, cioè come comportamento prodromico alla corruzione ovvero specie di corruzione, cambia il metodo di contrasto partendo dalla dichiarazione di assenza di conflitto di interesse, passando dal dovere di astensione, fino al divieto di operare in presenza di interessi in contrasto con il proprio mandato.

Ma solo se il conflitto di interessi viene a esser individuato come un comportamento di rischio, di compromissione del buon andamento della cosa pubblica, può essere evitato.

Il riscontro esterno, operato dal 'cittadino' o dall'autorità preposta alla vigilanza, della sussistenza di un conflitto d'interesse che la struttura di riferimento interna non è stata in grado di rilevare, ovvero di rimuovere, rischia di compromettere l'operato e la credibilità di quell'ente, perché potenzialmente inquinato da un germe che degenera molto spesso in corruzione.

Occorre, allora, stabilire come e quando individuare la sussistenza di un conflitto di interessi: si parla, infatti, di *individuazione attiva* del conflitto di interessi, se viene riferita

* Comandante del Nucleo Speciale Anticorruzione della Guardia di Finanza

alla capacità di individuare il conflitto di interessi altrui; si parlerà di individuazione *passiva* del conflitto di interessi con riguardo alla capacità di riconoscere il proprio status e condizione determinante il conflitto di interessi.

Come è intuibile che spesso accada, le persone sono portate a riconoscere agevolmente il conflitto di interessi degli altri ma non il proprio, spesso caratterizzato da una situazione di fatto che si viene a determinare, anche involontariamente e che vede due diverse posizioni apparentemente meritevoli di tutela: l'interesse primario (pubblico o aziendale) e l'interesse particolare, privato, contrapposto al primo: alla gestione del conflitto di interessi sono comunque connesse delle conseguenze, visto che uno dei due interessi andrà compresso.

Ad esempio, sempre Thompson, nel medesimo scritto sopra citato, individua il conflitto di interesse nel campo medico come l'insieme di circostanze che fanno ragionevolmente ritenere che si sia venuto a creare un rischio sostanziale di compromissione del giudizio professionale connesso all'interesse primario, per effetto di un interesse secondario.

Ma cosa dobbiamo intendere per interesse primario? Autorevole dottrina ha assimilato l'interesse primario al concetto di finalismo aziendale (Di Carlo 2017). In tal senso non si potrebbe prescindere da un approfondimento del concetto di finalismo aziendale, inteso quale punto di partenza di qualsiasi tipo di organizzazione produttiva, estensibile anche al concetto di 'azienda pubblica' tesa al raggiungimento di un determinato fine. È proprio l'errata o illegale individuazione del fine aziendale che può portare a fenomeni corruttivi o criminali (si pensi all'azienda criminale e al suo fine).

Altre volte, finalità aziendali inadeguate o insostenibili hanno determinato scandali o dissesti societari. Onde evitare di banalizzare un concetto così complesso e meritevole di adeguato approfondimento, in questa sede basti considerare che è proprio il fine aziendale o primario che viene a porsi in contrapposizione a quello secondario, dando così luogo al conflitto di interessi e, come sostenuto dalle connesse diverse teorie, sia per l'imprenditore, che per gli *stakeholder* e per gli *shareholder*, l'interesse primario non sempre coincide con quello aziendale.

Da quanto sopra accennato, si può sostenere che il conflitto di interessi non riguarda solo le persone fisiche ma anche le imprese, nel caso in cui si concretizzino comportamenti irresponsabili tesi a incrementare il profitto dell'azienda o a tenerla distante da coinvolgimenti dannosi posti in essere dagli organi sociali. Una forma distorta di personalizzazione aziendale, ad esempio, si avrà nel momento in cui il politico o il burocrate arrivano a considerare la pubblica amministrazione come uno strumento a loro disposizione per ottenere il soddisfacimento di interessi e bisogni personali (Di Carlo 2017) che si contrappone all'interesse delle pubbliche amministrazioni e che spesso viene fatto coincidere con l'interesse della collettività (Giannini 1988) raggiungendo il proprio scopo nel momento in cui l'ente pubblico è idoneo a creare quel valore aggiunto per la collettività per cui è stato costituito.

Nell'ambito pubblico, l'interesse primario cui deve tendere la struttura dell'ente e che il pubblico dipendente deve garantire e custodire, lo si può individuare nell'art. 54 della Costituzione che, in determinati casi, viene anche a essere formalmente sancito con un giuramento di fedeltà alla Repubblica.

Tuttavia, pare che solo di recente il legislatore italiano abbia preso atto della pericolosità insita nel conflitto di interessi e intensificato, di conseguenza, le misure di contrasto, ma, soprattutto, sia finalmente a una sua definizione univoca, sebbene richiamata in più disposizioni.

Troviamo, infatti, la definizione di conflitto d'interessi nel recente codice di comportamento dei dipendenti pubblici del 2013, nell'articolo 42 del nuovo codice degli appalti del 2016, nel decreto legislativo n. 39/2013 in materia di incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni o anche nella legge 241 del 1990, come integrata dalla legge Severino o legge anticorruzione del 2012 come segue:

Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

C'è stato dunque bisogno di Direttive e Raccomandazioni di matrice europea o internazionale per completare e adeguare la normativa italiana e porre l'attenzione su un fenomeno così potenzialmente pericoloso e troppo a lungo trascurato.

Da tenere in debita considerazione, tuttavia, che l'inosservanza di tale dovere comporta, in presenza di tutti gli altri requisiti previsti dalla legge, l'integrazione del reato di abuso di ufficio; questo vale anche in assenza di una specifica disciplina dell'astensione relativamente al procedimento o all'incarico in relazione al quale l'agente è chiamato a operare. L'articolo 323 del Codice penale prevede, infatti, il dovere di astensione per il pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio che si trovi in una situazione di conflitto di interessi.

Non occorre, quindi, individuare una violazione di legge o di regolamento perché possa ritenersi sussistente l'elemento materiale del reato (Cass. Pen. Sent. n. 4973/2016). Questo perché, secondo la Cassazione, presupposto indefettibile per l'esercizio di prerogative di natura pubblicistica è l'assoluta estraneità del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio o dei suoi prossimi congiunti agli interessi coinvolti nella situazione sulla quale incide il proprio potere. Ma il conflitto di interessi rileva anche ai fini del diritto civile: inizialmente disciplinato dall'art. 2631 c.c., poi abrogato dal d.lgs. 11 aprile 2002, n. 61, reinserito nell'art. 2629-*bis* c.c. e configurato come omessa comunicazione del conflitto dall'art. 31, comma 1, dalla legge n. 262 del 28 dicembre 2005.

L'art. 2629 bis del codice civile, rubricato 'Omessa comunicazione del conflitto d'interessi', recita:

L'amministratore o il componente del consiglio di gestione di una società con titoli quotati in mercati regolamentati italiani o di altro Stato dell'Unione europea o diffusi tra il pubblico in misura rilevante ai sensi dell'articolo 116 del testo unico di cui al decreto legislativo 24 febbraio 1998, n. 58, e successive modificazioni, ovvero di un soggetto sottoposto a vigilanza ai sensi del testo unico di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385, del citato testo unico di cui al decreto legislativo n. 58 del 1998, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, o del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124, che viola gli obblighi previsti dall'articolo 2391, primo comma, è punito con la reclusione da uno a tre anni, se dalla violazione siano derivati danni alla società o a terzi.

Sicuramente il soddisfacimento dei bisogni è la causa prima di un'azienda, cioè lo scopo da perseguire per la creazione di valore. Ma spesso, l'interesse dell'azienda può non coincidere con l'interesse del soggetto economico, sia esso azionista, *manager* e ancora con gli interessi dei vari *stakeholder*.

Con riferimento alle aziende pubbliche, l'interesse primario viene, generalmente, fatto coincidere con l'interesse della collettività. In questo senso, imprese pubbliche e private sono accomunate dallo stesso fine, cioè soddisfare dei bisogni da realizzare in modo economico.

Nel pubblico, l'interesse primario può essere la fornitura di un servizio, pur in assenza di convenienza economica, fermo restando che la finalità sociale non può confondersi con l'interesse dell'azienda, che deve comunque creare valore per poter sopravvivere, sebbene con il sostegno di terze economie.

Nell'esempio sopra citato, l'interesse primario è la salute dei pazienti mentre l'interesse secondario può essere quello di assumere comportamenti tali da indurre e preferire una struttura sanitaria privata presso la quale il professionista esercita ovvero della quale detiene quote sociali.

Ci sono diverse tipologie di conflitto di interesse: il conflitto d'interesse 'reale', ossia quello che si manifesta durante il processo decisionale dell'agente (giudizio professionale o manifestazione della volontà). In altri termini, proprio nel momento in cui è richiesto all'agente di agire in modo indipendente e nell'interesse primario, l'interesse secondario tende a interferire sul processo decisionario.

Si parlerà, quindi, di conflitto di interessi reale o attuale quando l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona (agente) tende a interferire con l'interesse primario di un'altra parte (principale), verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità e si presenta nel momento in cui l'agente deve esprimere un giudizio o manifestare la sua volontà. Questa definizione richiede la presenza di tre elementi:

- una relazione di agenzia, ossia una relazione tra un soggetto delegante (principale) e uno delegato (agente), in cui il secondo ha il dovere fiduciario di agire nell'interesse (primario) del primo;
- la presenza di un interesse secondario nel soggetto delegato (di tipo finanziario o di altra natura);
- la tendenza dell'interesse secondario a interferire con l'interesse primario. Il termine «tende a interferire» vuole sottolineare che l'interferenza si presenta con diversa intensità a seconda, tra l'altro, dell'agente portatore dell'interesse secondario e della rilevanza assunta da tale interesse.

Questa definizione volutamente di carattere generale, consente di poterla adattare alle fattispecie di conflitto che possono riguardare gli individui e le organizzazioni nei diversi ambiti, restando fermi gli elementi essenziali.

Il conflitto di interessi 'potenziale' è la situazione in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona potrebbe 'potenzialmente' tendere a interferire con l'interesse primario. Nel conflitto potenziale, dunque, ci sono gli interessi rilevanti, ma i compiti attuali dell'agente non vengono a essere compromessi da quegli interessi. Tra i

rimedi per gestire tale conflitto vi è quello di rendere noti tutti gli interessi secondari che potrebbero, ripeto, potenzialmente, interferire con i doveri e le responsabilità dell'agente.

Il conflitto di interessi sarà 'apparente' quando l'interesse secondario di una persona può – agli occhi di osservatori esterni – apparire tendenzialmente idoneo a interferire con l'interesse primario, verso cui l'agente ha precisi doveri e responsabilità.

Nel conflitto apparente, quindi, la situazione è tale da poter danneggiare seriamente la reputazione dell'agente e quella dell'organizzazione in cui opera, anche quando l'interesse privato del delegato – che deve essere comunque presente perché si possa parlare di conflitto di interessi – non ha alcuna concreta interferenza sugli interessi primari del principale, potendo addirittura essere a essi allineato (scelta di un professionista proprio parente ma che risulta essere il più qualificato e anche il più economico).

Il rischio reputazionale per l'ente è rilevante in quanto, se anche solo uno degli agenti si trova in una situazione di conflitto di interessi non gestita, i soggetti esterni potrebbero ritenere che l'intera organizzazione sia indulgente rispetto a tali pratiche. In tal senso, l'interferenza dell'interesse secondario appare tale agli osservatori esterni, anche se non è detto che sia realmente presente nell'agente. Pertanto, tutti i conflitti di interessi potenziali e reali sono anche sempre apparenti, in quanto entrambi vedono l'esistenza di interessi secondari in capo all'agente.

Si può anche affermare che sia il conflitto potenziale che quello reale guardano all'aspetto soggettivo, mentre quello apparente all'aspetto oggettivo. Dunque, è in conflitto di interessi apparente l'amministratore di una società che chiede un servizio di consulenza a uno studio legale in cui lavora un suo familiare, anche se per tale servizio la società paga un prezzo più basso rispetto a quello di mercato, oppure il servizio ricevuto è di qualità migliore rispetto a quello ottenibile da controparti esterne non correlate all'amministratore.

Se l'amministratore non scegliesse lo studio legale correlato, la scelta non sarebbe in apparente conflitto di interessi, ma arrecherebbe un danno alla società (prezzo più alto o qualità del servizio più scadente). Per tale motivo, nello scegliere lo studio legale del suo familiare, l'amministratore presenta una convergenza di interessi, ossia i suoi interessi personali coincidono con quelli dell'azienda, anche se all'esterno potrebbe apparire un conflitto, ossia una interferenza negativa nel giudizio dell'agente.

Il problema, però, è che solo gli attori coinvolti nella transazione sono a conoscenza dei reali interessi in gioco e dell'eventuale interferenza dell'interesse personale su quello primario da tutelare. In altri termini, gli osservatori esterni che interpretano la scelta dell'amministratore – il quale sceglie un suo familiare anziché una controparte esterna indipendente – non avendo partecipato al processo decisionale che ha portato a tale soluzione, non possono che considerarla come una scelta inficiata da conflitto di interessi, anche se in questo caso, visto la convergenza di interessi, il conflitto è solo apparente.

Uno dei rimedi più utilizzati per gestire il conflitto di interessi apparente è quello di richiedere la massima trasparenza sull'operazione effettuata (es. motivazione della decisione, prezzo contrattato, impatto sulla situazione economica e finanziaria dell'azienda).

In questo caso, la situazione di potenziale incompatibilità, e quindi di impossibilità a proseguire la pratica amministrativa assegnata, si verifica quando il dipendente pubblico responsabile unico del procedimento (e/o i vari titolari degli uffici competenti ad adottare

i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale) è portatore di interessi della propria sfera privata, che potrebbero influenzare negativamente l'adempimento dei doveri istituzionali.

Si deve trattare, pertanto, «di situazioni in grado di compromettere, anche solo potenzialmente, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale».¹

Nel conflitto d'interesse potenziale, dunque, ci sono interessi rilevanti, ma i compiti attuali dell'agente non sono compromessi da quegli interessi. Prevale l'impegno a rispettare le regole operando in uno spirito di *pacta sunt servanda*: comprimo il mio interesse a favore di quello primario.

Tuttavia l'astensione non basta, in ogni caso la sussistenza di un conflitto d'interessi deve essere comunicato, così come l'assenza di cause impeditive. Per questo le recenti norme in materia di trasparenza della P.A. prevedono l'ostensione informatica della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi resa da chi abbia ricevuto una nomina o si appresti a rivestire un determinato incarico. In tal modo viene a essere esercitato il c.d. 'controllo diffuso' da parte dei cittadini.

È evidente la rilevanza della precisazione a fronte di una situazione che potrebbe anche solo teoricamente compromettere l'imparzialità delle valutazioni e/o il compimento di atti istruttori che portano all'adozione di un provvedimento e il dipendente deve immediatamente astenersi dal compimento degli atti.

La *ratio* dell'obbligo di astensione va quindi ricondotta nel principio di imparzialità dell'azione amministrativa e trova applicazione ogni qualvolta esista un collegamento tra il provvedimento finale e l'interesse del titolare del potere decisionale.

In questo senso dispone anche l'Orientamento A.N.AC. n. 78 del 23 settembre 2014 secondo cui:

[...] il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi per non incorrere nelle conseguenze connesse all'attuarsi del conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto anche potenziale.

In attuazione di quanto previsto nella legge quadro anticorruzione, è stato emanato anche il D.P.R. 62/2013 recante 'Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165', che, tra le altre cose, disciplina, agli artt. 6 e 13, il conflitto di interesse, rispettivamente, riferendosi ai dipendenti e ai dirigenti delle PP.AA. In particolare il comma 2 dell'art. 6, rubricato 'Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse' dispone che:

¹ Cfr. parere dell'A.N.AC. n. 11/2015. L'autorità nell'intervento fornisce una convincente riflessione sul significato e sull'intensità del conflitto di interessi potenziale richiamando, tra gli altri, il precedente orientamento n. 95 del 7 ottobre 2014. Già in questo precedente, la stessa autorità ha puntualizzato che in presenza di un conflitto di interessi, anche potenziale, «l'obbligo di astensione dei pubblici dipendenti, di cui all'articolo 6 bis, della legge 241/1990, costituisce una regola di carattere generale che non ammette deroghe ed eccezioni».

[...] il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Le situazioni di conflitto di interesse che determinano in capo all'interessato l'obbligo di astensione sono, generalmente, di natura finanziaria. Questo perché la constatazione di un guadagno è, sicuramente, più oggettiva e, di conseguenza, più facile da regolare attraverso norme imparziali (Thompson 1993). L'interesse finanziario, inteso come beneficio di varia natura (denaro, partecipazione azionaria, titoli, beni di valore ecc.) ha un diverso potere di influenza a seconda del soggetto che tende a riceverlo per trarne un vantaggio indebito.

Ma, come sopra accennato, l'interesse secondario in grado di generare conflitto di interessi non è solo finanziario. Ecco perché, più nel dettaglio, si può affermare che costituiscono situazioni di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione di cui all'art. 7 D.P.R. 62/2013 secondo cui il dipendente si deve astenere dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri ovvero di:

- parenti o affini entro il secondo grado;
- del coniuge o di conviventi, o di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale;
- di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi;
- di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente;
- di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il dipendente si astiene altresì in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Quindi, oltre ai casi di parentela, tra cui annoverare gli ascendenti e i discendenti (questi spesso generano particolari casi di conflitto di interessi-nepotismo), va considerata anche l'affinità, intesa come vincolo coniugale e "derivati" quali cognati, suoceri, generi.

Anche casi di amicizia spesso possono infondere nel delegato un conflitto di interesse. Questi rapporti sono decisamente più difficili da dimostrare, sebbene l'abituale frequentazione possa trovare diverse forme di riscontro. Anche la conoscenza può portare al conflitto di interessi. Operare d'iniziativa un controllo amministrativo nei confronti del proprio fornitore abituale potrebbe comportare, quantomeno, assenza di obiettività. Anche per questo, tra le forme di contrasto alla corruzione, è stata introdotta la «rotazione degli incarichi».

Tuttavia, la pubblicazione sui siti web istituzionali di quella che, in sostanza, è una autodichiarazione, non sempre è sufficiente: spesso occorre verificare se le dichiarazioni rese non sono mendaci.

Non sempre, tuttavia, risulta agevole riscontrare l'esistenza dei diversi tipi di collegamento (economico, familiare, parentale, societario, amicale) idonei a configurare un conflitto di interessi, sia esso reale, potenziale o apparente.

Si parla anche di convergenza di interessi, la cui sussistenza non è, di per sé, sempre impeditiva dell'assunzione di una determinata funzione o per lo svolgimento di un particolare incarico.

Il dirigente, venuto a conoscenza della sussistenza di un motivo di interferenza nella corretta esecuzione del mandato da parte dell'agente, deve operare una valutazione dell'intensità degli interessi in competizione e decidere se confermare l'incarico conferito o sostituire il dipendente che si trova, in questo caso, in un conflitto di interessi potenziale, cioè, come detto, la situazione in cui l'interesse secondario (finanziario o non) di una persona 'potrebbe' tendere a interferire con l'interesse primario. Sull'opportunità di astensione decide quindi il responsabile dell'ufficio di appartenenza.

Occorre infine citare quale norma speciale in materia di conflitto di interessi, l'art. 42 del nuovo codice degli appalti (d.lgs. 50/2016), il quale prevede che questi sussista quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che interviene, anche per conto della stazione appaltante, nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione.

In attuazione alle norme volte alla prevenzione della corruzione, frequenti sono i procedimenti di gara sospesi o annullati per riscontrato conflitto di interesse tra un componente della commissione aggiudicatrice di gara e una delle ditte partecipanti alla procedura, nella quale, magari, risulta impiegato un parente o congiunto di uno dei commissari. Tali comportamenti rilevano anche dal punto di vista penale potendo configurare, almeno, il reato di falso, salvo poi accertare tali comportamenti in una fase successiva alla nomina della commissione, quando il comportamento omissivo ha dato luogo a fattispecie penali più gravi e rilevanti.

In altre ipotesi, può verificarsi l'affidamento diretto di un appalto a favore di ditte direttamente o indirettamente riconducibili a chi ha potere decisionale o di controllo sull'esecuzione di lavori o delle forniture, o casi di doppio lavoro non autorizzato, svolto da parte di chi era poi chiamato a valutare e certificare il suo stesso operato, ma nella veste alternativa di pubblico ufficiale. L'art. 13 del D.P.R. 62/2013 (disposizioni particolari per i dirigenti) dispone che il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, comunica all'amministrazione le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio.

In questo contesto, può anche essere menzionato quel particolare fenomeno che è stato definito come 'conflitto di disinteresse', che può trovare vari modi e gradi di manifestazione.

Di recente stiamo assistendo, per esempio, al fenomeno dell'assenteismo dal posto di lavoro, inspiegabilmente reiterato da nord a sud nonostante le numerose inchieste da parte della giustizia ordinaria e contabile.

Nella sostanza, è il comportamento del pubblico dipendente che non adempie ai propri doveri per disinteresse, o per calcolo utilitaristico. Durante l'orario di servizio, si antepone

l'interesse di natura privata non economica (la palestra, lo shopping, ecc.) alle proprie mansioni lavorative. In alternativa, pur essendo presente sul posto di lavoro, evita di rendersi disponibile all'utenza perché rispondendo alle istanze si innescerebbero processi di lavoro ai quali, invece, si vuole sottrarre, ovvero non adempie ai propri doveri con la dovuta celerità.

È chiaramente questo un comportamento che nel privato non trova molta emulazione (forse nessuna) forse perché gli strumenti di controllo sono maggiori ma sicuramente perché le conseguenze sono decisamente più certe e immediate.

Come detto, tali comportamenti hanno forme, gravità e conseguenze gradualmente, andando dai casi di quella definita *maladministration*, intesa quale effetto di comportamenti che, sebbene non configuranti illeciti penali o amministrativi, portano disvalore all'ente di riferimento e un disservizio all'utenza.

Tornando al conflitto d'interessi, con l'obiettivo di prevenire situazioni ritenute anche solo potenzialmente portatrici di conflitto di interessi ovvero di ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, è stato approvato, in attuazione dell'art. 1, commi 49 e 50 della legge n. 190 del 2012, il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, che reca disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico. Il decreto prevede e disciplina una serie articolata di cause di inconferibilità e incompatibilità, con riferimento a incarichi amministrativi di vertice; incarichi dirigenziali o di responsabilità, interni ed esterni, nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico; incarichi di amministratore di ente di diritto privato in controllo pubblico.

In tale contesto si colloca il contrasto all'ipotesi in cui il conflitto di interessi viene essere voluto, ricercato, creato anche in forma prospettica: è il caso del *Revolving door* o *Pantouflage*, la condizione, cioè, in cui possono venirsi a trovare quei dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio prima del pensionamento o del congedo, hanno esercitato poteri autoritativi, negoziali o di controllo.

Per questi soggetti vige il divieto di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

In questi casi, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal decreto 39/2013 sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, e gli ex dipendenti pubblici saranno obbligati alla restituzione dei compensi percepiti.

Riferimenti bibliografici

- Di Carlo E. (2017), *Interesse primario dell'azienda come principio-guida e bene comune*, Torino, Giappichelli Editore.
- Giannini M.S. (1988), *Diritto amministrativo*, Milano, Giuffrè.
- Thompson D.F. (1993), *Understanding financial conflicts of interest*, «New England Journal of Medicine», 329, pp. 573-573.
- Thompson D.F. (2009), *The challenge of conflict of interest in medicine*, «Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen», 103 (3), pp. 136-140.

Capitolo 6

Il *whistleblower* nella pubblica amministrazione

Cesare Maragoni*

1. Introduzione

Nel lungo cammino culturale e legislativo di contrasto alla corruzione e al malaffare una pietra miliare è rappresentata dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 concernente le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. La storia ha infatti insegnato che la difficoltà maggiore nel contrasto a questa perniciosa realtà criminale sta proprio nello scoprire e far emergere, in tutta la sua gravità, il comportamento delittuoso caratterizzato, per la sua stessa natura, da una altissima cifra nera.¹

La Legge ha il pregio di aver introdotto o, almeno, tentato di introdurre, una innovazione di pensiero e di metodo: la corruzione, il malaffare, la mala-amministrazione non vanno più contrastate con la sola forza della repressione – peraltro, frequentemente, di natura esclusivamente penalistica – ma vanno combattute mediante la predisposizione e l'attuazione di una serie di piani e azioni tra loro sinergicamente finalizzati a prevenire e ridurre non solo gli episodi di corruzione penalmente rilevanti, ma anche tutti gli altri casi di malaffare e mala-amministrazione che spesso hanno solo rilevanza disciplinare e/o organizzativa.² Il concetto di corruzione viene quindi esteso a tutti quei comportamenti che pur non assumendo rilevanza penale sono comunque in contrasto con i principi di imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'azione amministrativa.³ Ed è proprio in

* *Comandante Provinciale della Guardia di Finanza di Cremona*

¹ Si definisce cifra nera la differenza fra il numero di reati commessi e quelli risultanti dalle statistiche giudiziarie. La cifra nera varia a seconda di molti fattori, fra i quali il tipo di reato e il contesto in cui viene commesso. La cifra nera della corruzione dipende dal fatto che è un reato a vittima diffusa (nel quale nessuno percepisce di essere stato danneggiato direttamente); dal fatto che, normalmente, viene commesso in assenza di testimoni, posto che raramente viene perpetrato in presenza di soggetti estranei; e che corrotti e corruttori hanno un convergente interesse al silenzio. Pertanto la corruzione non viene quasi mai denunciata e si scopre solo facendo indagini su altri reati (P. Davigo in <http://www.narcomafie.it/tag/cifra-nera/>).

² Appare necessario e opportuno quindi iniziare a prendere in considerazione e analizzare tutti quegli episodi e condotte che, pur non costituendo reato sono comunque degli indicatori di malessere o cattiva organizzazione (ad esempio dei comportamenti scorretti assunti nei confronti di colleghi o cittadini apparentemente senza alcuna ragione), o quei fatti che, solo per caso fortuito, non infrangono le norme penali (cd. *near-miss*).

³ L'art. 97 della Carta Costituzionale prevede che i pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione. Nell'or-

tale ottica che è stata prevista la redazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza,⁴ la redazione, attuazione e diffusione dei codici etici, la nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Tra le novità introdotte spicca l'introduzione nel Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 relativo alle norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, dell'articolo 54*bis* concernente la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti, il cd. *whistleblower*. Con questo termine, si fa letteralmente riferimento al 'suonatore di fischietto' cioè a colui che interrompe una azione. Tradurre, definire e dare un significato concreto 'al suonatore di fischietto' non appare cosa semplice. La problematica non è di poco conto se anche l'Accademia della Crusca ha affermato che.

[...] nel lessico italiano non esiste una parola semanticamente equivalente al termine angloamericano, in quanto manca, nel nostro contesto socio-culturale un riconoscimento stabile della 'cosa' a cui la parola fa riferimento. Infatti, per ragioni storiche, socio-politiche, culturali in Italia, ciò che la parola *whistleblower* designa non è stato oggetto di attenzione specifica, riflessione teorica o dibattito pubblico [...].

Il suonatore di fischietto può essere considerato una gola profonda, un collaboratore, un pentito, un dissociato, un informatore, una talpa: se però ci si riflette un attimo queste sono tutte accezioni negative, addirittura riferibili a un qualcuno che è parte attiva di un disegno criminoso (pentito o dissociato), o che per un (bieco) interesse personale riferisce cose di cui è venuto, in qualche modo, a conoscenza così da averne un tornaconto personale (informatore, talpa, gola profonda). Il *whistleblower* così come inteso dal legislatore non è nulla di tutto questo. Occorre effettivamente riconoscere che si fa ancora fatica a credere all'esistenza di un dipendente pubblico leale, onesto, imparziale, trasparente che, consapevole dell'importanza del suo servizio per la collettività e che, avendo a cuore l'integrità della propria amministrazione, segnala casi di malaffare o di malagestione della *res pubblica*. Affinché ciò avvenga nella massima serenità e senza il timore di vendette o ritorsioni la norma⁵ ha introdotto una serie di tutele e garanzie a favore del *whistleblower*

dinamento degli uffici sono determinate le sfere di competenza, le attribuzioni e le responsabilità proprie dei funzionari.

⁴ Che lo spirito della norma non abbia ancora fatto completa presa su tutte le pubbliche amministrazioni lo dimostra il fatto che l'ANAC si è vista costretta a ribadire che equivale a omessa adozione del piano: i) l'approvazione di un provvedimento puramente ricognitivo di misure, in materia di anticorruzione, in materia di adempimento degli obblighi di pubblicità ovvero in materia di Codice di comportamento di amministrazione; ii) l'approvazione di un provvedimento, il cui contenuto riproduca in modo integrale analoghi provvedimenti adottati da altre amministrazioni, privo di misure specifiche introdotte in relazione alle esigenze dell'amministrazione interessata; iii) l'approvazione di un provvedimento privo di misure per la prevenzione del rischio nei settori più esposti, privo di misure concrete di attuazione degli obblighi di pubblicazione di cui alla disciplina vigente, meramente riproduttivo del Codice di comportamento emanato con il decreto del presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62.

⁵ Il particolare tipo di tutela trova origine in numerosi atti internazionali: la Convenzione ONU contro la corruzione del 2003 (art. 33), ratificata dall'Italia con la legge n. 116 del 2009; la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla corruzione (art. 9), ratificata con la legge n. 112 del 2012; le raccomandazioni del *Working group on bribery*, incaricato del monitoraggio sull'attuazione della convenzione OCSE del 1997

– da ora in poi segnalante – come un canale comunicativo dedicato, il riserbo sull’identità e la tutela della posizione e dell’impiego.⁶

2. I soggetti

I soggetti cui si applica la particolare protezione sono i dipendenti pubblici, nella più ampia accezione del termine, compresi quelli assunti a tempo determinato. La norma stessa, infatti, li individua tra:

1. i dipendenti di tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende e amministrazioni dello Stato a ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, l’Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni e le Agenzie di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 e il CONI, almeno sino alla revisione organica della disciplina di settore;
2. il personale in regime di diritto pubblico;
3. i dipendenti di un ente pubblico economico;
4. i dipendenti di un ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico ai sensi dell’art. 2359 del codice civile.

sulla lotta alla corruzione degli impiegati pubblici nelle operazioni economiche internazionali (ratificata con legge n. 300/2000), le raccomandazioni del GRECO (il *Groupe d’Etats contre la corruption*), organo del Consiglio d’Europa deputato al controllo dell’adeguamento degli Stati alle misure anticorruzione; del *G-20 Anti-corruption working group*, costituito in ambito OCSE, che ha predisposto i *Guiding principles for whistleblower protection legislation*. La prima versione dell’art. 54bis, introdotta dalla legge 190/2012, è stata integralmente sostituita dall’art. 1 della legge 30 novembre 2017 n. 179, concernente le disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato.

⁶ Che vi fosse necessità di una simile normativa è dimostrato dal fatto che nonostante la vigenza delle tutele non sono mancati casi di discriminazione, demansionamento, ritorsione nei confronti di pubblici dipendenti che hanno segnalato episodi di corruzione o mala-amministrazione. In tal senso l’interessante sintesi a opera di S.Q. Garofalo in *Whistleblowing all’italiana: casi di mancate tutele* in <www.diritto.it>. Ma anche a livello comunitario è sempre più sentita la necessità di proteggere gli informatori tant’è che la Commissione europea il 23 aprile 2018 ha redatto una proposta di Direttiva riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni de diritto dell’Unione. Scopo del provvedimento è quello di tutelare coloro che segnalano o divulgano informazioni concernenti atti illeciti ottenute in un contesto lavorativo contribuendo, con ciò, a prevenire danni e a individuare minacce o pregiudizi al pubblico interesse che altrimenti non verrebbero alla luce (in tal senso anche la Raccomandazione del Consiglio d’Europa CM/Rec [2014] del 30 aprile 2014 sulla protezione degli informatori e la Risoluzione 217 [2017] dell’Assemblea parlamentare del Consiglio d’Europa del 27 giugno 2017).

Ma non solo. Per imprimere maggior forza e portata alla norma, analoghe tutele sono altresì assicurate ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica che effettuano una segnalazione.

3. L'oggetto della segnalazione

Affinché il segnalante (sia esso un dipendente del settore pubblico allargato o un dipendente del settore privato) possa contare sul mantenimento del riserbo della sua identità e sulla nullità di qualunque provvedimento modificativo *in pejus* della posizione lavorativa è necessaria la sussistenza di due presupposti: la corretta modalità di acquisizione delle notizie oggetto di segnalazione e lo scopo in ragione del quale la segnalazione viene inoltrata.

L'oggetto della segnalazione può essere qualsiasi fatto o evento che a giudizio del segnalante può incidere in maniera negativa sul buon andamento dell'azione amministrativa. In tal senso occorre ampliare il concetto di corruzione andandovi a ricomprendere tutte quelle situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.⁷

4. Le modalità di acquisizione delle informazioni

Quanto alle modalità di acquisizione della notizia, il dipendente deve venirne a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro. In tale definizione va sicuramente compreso quanto si è appreso in virtù dell'ufficio rivestito ma anche quelle notizie che siano state acquisite in occasione o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative, seppure in modo casuale.⁸ Restano, invece, escluse le notizie apprese in maniera subdola, prive di evidente fondamento o che siano il frutto di indagini personali condotte senza alcun mandato o autorizzazione. Sono, infatti, esclusi da ogni forma di tutela i dipendenti che, improvvisandosi investigatori, raccolgono le notizie violando le norme di legge. In tal

⁷ In tal senso la circolare 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

⁸ Secondo l'ANAC in caso di trasferimento, comando, distacco (o situazioni analoghe) del dipendente presso un'altra amministrazione, questi può riferire anche di fatti accaduti in un'amministrazione diversa da quella in cui presta servizio al momento della segnalazione. In tale ipotesi, l'amministrazione che riceve la segnalazione la inoltra comunque all'amministrazione cui i fatti si riferiscono, secondo criteri e modalità da quest'ultima stabilite.

senso va segnalata la sentenza del 26 luglio 2018, n. 35792 della Corte di Cassazione nella quale gli Ermellini, stigmatizzando il comportamento di un pubblico dipendente che per raccogliere notizie sulla vulnerabilità di un sistema informatico in uso nel proprio ente ha utilizzato credenziali altrui per generare un falso documento, hanno affermato che la norma si limita a scongiurare conseguenze sfavorevoli, limitatamente al rapporto di impiego, per il segnalante che acquisisca, nel contesto lavorativo, notizia di un'attività illecita, mentre (la norma) non prevede nessun obbligo di attiva acquisizione di informazioni, non autorizza alcuna attività investigativa e, tantomeno, può costituire – la volontà di effettuare la segnalazione – causa scriminante di non punibilità. È evidente che la legge non dà nessun potere o incarico ad alcuno di investigare per raccogliere informazioni, anzi, la norma ha proprio lo scopo di agevolare le segnalazioni verso gli organi deputati agli approfondimenti e alle indagini.

5. Lo scopo della segnalazione

La norma prevede che il segnalante potrà notificare il RPCT o l'autorità giudiziaria, ordinaria o contabile, al fine di tutelare l'integrità della pubblica amministrazione.⁹ Tale precisazione non è di poco conto, in quanto esclude dalla tutela, in maniera netta e decisa, non solo il dipendente che effettua la segnalazione per un interesse personale o per screditare altri colleghi ma anche il dipendente nei cui confronti dovessero essere accertate, anche in modo non definitivo,¹⁰ responsabilità di natura penale o civile.

In tal senso spicca tra le prime pronunce sull'utilizzo distorto dei principi sanciti dall'art. 54*bis* la decisione del TAR Campania n. 3880/2018 che ha esaminato la vicenda di un dirigente scolastico che a seguito di alcune segnalazioni è stato sottoposto a ispe-

⁹ L'integrità della pubblica amministrazione è un valore talmente importante e meritevole della massima tutela che il legislatore con l'art. 3 della legge n. 179 del 30 novembre 2017 – avuto riguardo alle ipotesi di segnalazione o denuncia effettuate nel settore pubblico o privato – introduce come giusta causa di rivelazione del segreto d'ufficio (art. 326 c.p.), del segreto professionale (art. 622 c.p.), del segreto scientifico e industriale (art. 623 c.p.) nonché di violazione dell'obbligo di fedeltà all'imprenditore da parte del prestatore di lavoro (art. 2105 c.c.) il perseguimento, da parte del dipendente pubblico o privato che segnali illeciti, dell'interesse all'integrità delle amministrazioni (sia pubbliche che private) nonché alla prevenzione e alla repressione delle malversazioni. La giusta causa della rivelazione opera, quindi, come scriminante, nel presupposto che vi sia un interesse preminente (in tal caso l'interesse all'integrità delle amministrazioni) che impone o consente tale rivelazione. Tale scriminante però non opera ove l'obbligo di segreto professionale gravi su chi sia venuto a conoscenza della notizia in ragione di un rapporto di consulenza professionale o di assistenza con l'ente, l'impresa o la persona fisica interessata (Documentazione per l'esame dei progetti di legge n. 305/02 del 24 ottobre 2017, a cura del Servizio Studi della Camera dei Deputati).

¹⁰ Il comma 9 dell'art. 54*bis* prevede, infatti, che le tutele non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o di diffamazione o comunque per i reati commessi con la denuncia ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave. La giurisprudenza avrà modo di chiarire la portata del precetto che appare essere in netto contrasto con il dettato costituzionale dell'art. 27 a ragione del quale l'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva.

zione. Egli ha pertanto richiesto l'accesso agli atti del procedimento ispettivo avviato nei suoi confronti. L'accesso, inizialmente differito essendo l'ispezione ancora in atto, è stato parzialmente autorizzato essendo state sottratte alcune parti della relazione ispettiva dalle quali si sarebbe potuta dedurre l'identità dei soggetti auditi e il tenore delle loro dichiarazioni. Il dirigente ha però proposto ricorso avverso il diniego di accesso completo alla documentazione e l'amministrazione di appartenenza ha eccepito la necessità di tutelare la riservatezza della identità e del contenuto delle relative dichiarazioni dei soggetti auditi in sede ispettiva ricollegando la vicenda alla disposizione dell'articolo 54bis. Il Collegio giudicante non è stato però del medesimo avviso. Esaminando la fattispecie ha rilevato che le segnalazioni che hanno dato avvio all'ispezione sono state inoltrate a organi diversi da quelli previsti dall'art. 54bis e che non sono state effettuate 'nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione' ma a tutela dei diritti nascenti dal rapporto di lavoro del segnalante asseritamente lesi nel contesto di una annosa situazione di contrasto con il dirigente scolastico. Il Collegio ha evidenziato che l'esposto si inserisce in una ordinaria controversia di lavoro e che se ogni denuncia di violazione dei diritti di lavoratori scaturita da situazioni di conflitto con i superiori fosse ascritta alla fattispecie del *whistleblowing* (che nasce, anche storicamente, da esigenze di contrasto di fenomeni corruttivi) e di conseguenza i relativi atti fossero sottratti ad accesso ne deriverebbe una irragionevole compressione del diritto di accesso ai documenti che costituisce 'principio generale dell'attività amministrativa'. In tal senso anche le circolari 28 luglio 2015, n. 64 dell'INAIL e la 26 marzo 2018 n. 54 dell'INPS secondo le quali «le segnalazioni non possono riguardare lamentele di carattere personale del segnalante o richieste che attengono alla disciplina del rapporto di lavoro o ai rapporti con superiori gerarchici o colleghi, disciplinate da altre procedure». In definitiva – afferma il Collegio – l'istituto del *whistleblowing* non è utilizzabile per scopi essenzialmente di carattere personale o per contestazioni o rivendicazioni inerenti al rapporto di lavoro nei confronti di superiori. Questo tipo di conflitti infatti sono disciplinati da altre normative e da altre procedure.

Nell'inaugurare un nuovo filone giurisprudenziale la sentenza in argomento pone una serie di interrogativi che, a parere di chi scrive, anziché rafforzare, rischiano di indebolire il proposito del legislatore teso, sostanzialmente, a incentivare le segnalazioni. Tralasciando le condotte palesemente delittuose e approcciando i più vasti e generici concetti di mala-gestione e malfunzionamento dell'amministrazione pubblica, viene da chiedersi qual è il confine, la linea di demarcazione tra integrità dell'amministrazione e interesse personale del dipendente e anche laddove vi fosse un interesse personale del segnalante e si può escludere a priori che tale interesse anziché collidere non sia concorrente con quello dell'integrità, siamo proprio sicuri che si può affermare con assoluta certezza che problematiche di ordine personale non riverberino i loro effetti negativi anche sull'imparzialità, sull'efficienza e sul buon andamento dell'azione amministrativa? Possiamo essere assolutamente certi che comportamenti come il *mobbing* (verticale o orizzontale), il *bossing*, lo *stalker professionale*, la dequalificazione mansionale, la gestione personalistica di compiti e incarichi, siano da ricondurre esclusivamente a un rapporto di natura giuslavoristico (e quindi regolato da norme differenti) e non invece a una compromissione dell'integrità dell'amministrazione? Il quesito non appare di secondaria importanza perché esso condi-

zione l'azione del segnalante, incentivato o disincentivato a effettuare la segnalazione, ma anche le valutazioni, gli approfondimenti, i riscontri effettuati dal RPCT e quindi anche l'eventuale accoglimento o archiviazione della segnalazione stessa.

È pur vero, comunque, che il segnalante non deve essere certo dell'effettivo avvenimento dei fatti segnalati e dell'autore degli stessi, essendo invece sufficiente che, in base alle proprie conoscenze, ritenga altamente probabile che si sia verificato un fatto illecito o comunque degno di essere comunicato. Per questo motivo le segnalazioni devono avere un fondamento e devono essere il più possibile circostanziate al fine di consentire la corretta effettuazione delle verifiche e riscontri.

Occorre infine precisare che la possibilità di segnalazione prevista dall'art. 54*bis* è cosa ben diversa dagli obblighi previsti dalla normativa penale in capo ai pubblici ufficiali e agli incaricati di un pubblico servizio.¹¹ La norma in argomento, dalla più ampia portata, tende a tutelare persone che, pur non avendo alcun obbligo o particolari qualifiche, inoltrano la segnalazione. Al contrario la norma penale e penalprocessuale, prescindendo dalla 'serenità d'animo' e da ogni diritto di particolare tutela, pone, in capo al pubblico ufficiale e all'incaricato di pubblico servizio, il dovere riferire all'autorità giudiziaria fatti e situazioni che possono costituire presupposto di reato.

6. Le tutele: il riserbo sull'identità del segnalante

Affinché il pubblico dipendente possa fare affidamento sulle tutele previste occorre che la segnalazione sia completa dei propri dati anagrafici, del ruolo e della funzione rivestiti all'interno dell'ente o amministrazione. Non rientrano, infatti, nel contesto normativo gli scritti anonimi che, in quanto tali, non sono riconducibili a una determinata persona.¹² A tal proposito il 3° comma dell'art. 54*bis* afferma che l'identità del segnalante non può essere rivelata. A guardar bene, però, questa affermazione appare essere una mera dichiarazione di principio in quanto non supportata da alcuna norma o principio del nostro ordinamento. La segnalazione, infatti, può dar vita a un procedimento penale, erariale o disciplinare ognuno dei quali ha delle regole ben precise che tutelano tutte le parti coinvolte.¹³

¹¹ Il riferimento è all'art. 331 del codice di procedura penale relativo all'obbligo di denuncia e agli artt. 361 e 362 del codice penale relativi ai casi di omessa denuncia.

¹² Gli scritti anonimi o apocrifi non rientrano nel perimetro della norma in argomento non facendo nascere alcun obbligo di approfondimento e di indagine in capo al RPCT. Tuttavia l'ANAC evidenzia che dovrebbero essere prese in considerazione anche le segnalazioni anonime ove queste siano adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, ove cioè siano in grado di far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati.

¹³ Appare appena il caso di richiamare i principi cardine del giusto processo, contenuti nell'art. 111 della carta costituzionale, in ragione del quale ogni processo si svolge nel contraddittorio tra le parti, in condizioni di parità, davanti a giudice terzo e imparziale. Peraltro nel processo penale, la legge assicura che la persona accusata di un reato sia, nel più breve tempo possibile, informata riservatamente della natura e dei motivi dell'accusa elevata a suo carico; disponga del tempo e delle condizioni necessari per preparare la sua difesa; abbia la facoltà, davanti al giudice, di interrogare o di far interrogare le persone che rendono dichiarazioni a suo carico, di ottenere la convocazione e l'interrogatorio di persone a sua difesa nelle

Nel caso di un procedimento penale il codice di procedura prevede che durante la fase delle indagini preliminari le attività svolte e gli atti redatti siano coperti da segreto. In questa fase agli indagati è preclusa la conoscenza di tutte le notizie, delle informazioni, delle attività e degli atti redatti. Pertanto anche la segnalazione resta riservata ed è nota solo al magistrato inquirente che coordina le indagini della polizia giudiziaria. Al termine della fase investigativa il codice di rito prevede che gli indagati siano posti a conoscenza della accuse mosse nei loro confronti e degli elementi nei quali tali accuse trovano fondamento; ciò consentirà loro di produrre elementi a propria difesa e discolpa.¹⁴ In questo momento l'indagato viene a conoscenza dell'esistenza della segnalazione e dell'identità dell'autore. A tal proposito la Suprema Corte di Cassazione ha affermato che l'anonimato di chi effettua la segnalazione è consentito esclusivamente – e comunque non in termini assoluti – solo in un ambito disciplinare. Qualora invece la segnalazione sia redatta in maniera precisa, contestualizzata e non costituisca un mero spunto investigativo, ma sia essa stessa un elemento d'accusa potrà essere utilizzata in quanto non è assimilabile a un documento anonimo provenendo da fonte certa sulla cui identità sussiste un riserbo relativo alle modalità di utilizzo della segnalazione stessa.¹⁵

Analogamente a quanto accade nel processo penale, anche nel procedimento per danno erariale l'identità del segnalante resta riservata sino al termine dell'istruttoria all'esito della quale, qualora sussistano i presupposti per la contestazione di un danno erariale, la persona incolpata potrà prendere cognizione degli elementi a suo carico e, quindi, della segnalazione. In ultima analisi se dalla segnalazione dovesse scaturire un procedimento le possibilità sono due:

1. se la contestazione disciplinare ha come unico presupposto la segnalazione, questa non potrà essere utilizzata se non previo assenso del segnalante a divulgare la propria identità; se ciò non avviene non si potrà procedere ad alcuna contestazione nei confronti dell'incolpato;
2. se la segnalazione ha avuto l'unico scopo di fungere da *input* per ulteriori, autonomi e diversi accertamenti e pertanto non v'è alcuna necessità di utilizzarla, allora il procedi-

stesse condizioni dell'accusa e l'acquisizione di ogni altro mezzo di prova a suo favore; sia assistita da un interprete se non comprende o non parla la lingua impiegata nel processo.

¹⁴ Art. 415^{bis} del codice di procedura penale in virtù del quale entro 20 giorni dalla conoscenza del contenuto e dell'esito delle indagini preliminari l'indagato può chiedere di essere interrogato e produrre documenti e memorie per confutare le ipotesi dell'accusa ovvero fornire una diversa chiave di lettura degli accadimenti.

¹⁵ Corte di Cassazione n. 9047 del 28 febbraio 2018 che analizzando il caso di un dipendente dell'Agenzia del territorio corrotto, scoperto grazie alla segnalazione di un suo collega, ha affermato che l'anonimato di chi effettua la segnalazione è previsto solo in ambito disciplinare, a patto però che la successiva ed eventuale contestazione non si basi esclusivamente sulla segnalazione stessa. Perché, in quest'ultimo caso, l'identità può essere rivelata quando assolutamente necessaria per la difesa dell'accusato. Pertanto in caso di utilizzo della segnalazione in ambito penale, non esiste spazio per l'anonimato specie, afferma la Corte, se la segnalazione, lungi dall'essere un mero spunto investigativo, costituisce, invece, una vera e propria dichiarazione d'accusa, nel caso specifico ulteriormente supportata e integrata dagli accertamenti condotti dalla funzione di *audit* interno che avevano sostanzialmente riscontrato quanto oggetto di segnalazione.

mento disciplinare potrà essere portato a compimento in quanto all'inculpato potranno essere contestati fatti o condotte che trovano fondamento in atti diversi dalla segnalazione. Solo in quest'ultimo caso l'identità del segnalante resta riservata.

Ad ogni buon conto il legislatore ha inteso sottrarre esplicitamente la segnalazione dalla possibilità di accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

7. Le tutele: la nullità delle misure ritorsive

Qualora, successivamente alla segnalazione, il dipendente venga fatto oggetto di misure – a suo giudizio di natura ritorsiva – quali ad esempio un demansionamento, un trasferimento, un cambio di incarico, sarà cura dell'interessato o delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, segnalare il fatto all'ANAC. Essa, a sua volta, indirizzerà la segnalazione al Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri che interverrà presso l'ente o l'amministrazione interessati affinché dimostrino che le misure adottate non hanno alcun intento discriminatorio o ritorsivo e che sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione. Qualora ciò non avvenisse il provvedimento adottato sarà nullo. A tal proposito è in fase di predisposizione e pubblicazione un apposito regolamento concernente l'esercizio dei poteri sanzionatori previsti dal 6° comma dell'art. 54bis.¹⁶ Per quanto qui di interesse occorre evidenziare che i procedimenti istruttori relativi alle segnalazioni relative all'esistenza di misure ritorsive hanno la priorità. Le misure, asseritamente discriminatorie, devono essere valutate in relazione alla loro gravità, all'eventuale danno alla salute, alla reiterazione e al numero dei soggetti coinvolti nella loro adozione. Il procedimento istruttorio – che può prendere spunto oltre che dalle segnalazioni anche dalle attività ispettive autonomamente condotte dall'Autorità e deve ordinariamente iniziare entro 90 giorni dalla ricezione della comunicazione o segnalazioni – è, in sintesi, caratterizzato da diverse fasi:

1. l'ufficio¹⁷ trasmette la comunicazione di avvio del procedimento indirizzata ai soggetti potenzialmente sanzionabili. Nella comunicazione è riportato l'oggetto del procedimento, la contestazione della violazione, le sanzioni comminabili con l'indicazione delle modalità per effettuare il pagamento in misura ridotta entro 60 giorni.¹⁸ Devono

¹⁶ La fase di consultazione pubblica si è conclusa il 30 settembre 2018.

¹⁷ L'Ufficio per la vigilanza sulle segnalazioni pervenute all'Autorità ai sensi dell'art. 54bis e competente per il procedimento sanzionatorio.

¹⁸ Legge 24 novembre 1981, n. 689, concernente le modifiche al sistema penale. Art. 16 (Pagamento in misura ridotta). È ammesso il pagamento di una somma in misura ridotta pari alla terza parte del massimo della sanzione prevista per la violazione commessa o, se più favorevole e qualora sia stabilito il minimo della sanzione edittale, pari al doppio del relativo importo, oltre alle spese del procedimento, entro il termine di sessanta giorni dalla contestazione immediata o, se questa non vi è stata, dalla notificazione degli estremi della violazione. Per le violazioni ai regolamenti e alle ordinanze comunali e provinciali, la Giunta comunale o provinciale, all'interno del limite edittale minimo e massimo della sanzione prevista,

- essere inoltre indicate le facoltà difensive (accesso agli atti, presentazione di memorie, deduzioni, richiesta di audizione) e i termini entro i quali esercitarle;
2. una volta ricevute le memorie e gli scritti difensivi, ovvero scaduti i termini per la presentazione, l'Ufficio effettua l'istruttoria vera e propria esaminando gli atti. In tale fase il responsabile del procedimento può effettuare approfondimenti anche avvalendosi dell'Ufficio Ispettivo dell'Autorità, della Guardia di finanza e dell'Ispettorato per la funzione pubblica. È consentita l'audizione delle parti alle quali possono essere richieste precisazioni e integrazioni documentali;
 3. al termine dell'istruttoria, ove non vi siano i presupposti per l'archiviazione, l'Ufficio, comunica agli interessati l'intenzione di proporre al Consiglio dell'Autorità l'irrogazione della sanzione pecuniaria. Gli interessati hanno dieci giorni per:
 - per presentare ulteriori memorie difensive ovvero chiedere l'audizione innanzi al Consiglio;
 - effettuare il pagamento in misura ridotta così da concludere il procedimento, in caso contrario il Consiglio dell'Autorità concluderà il procedimento adottando il provvedimento sanzionatorio.

In relazione alla compatibilità tra misure ritorsive, tra le quali spicca sicuramente il licenziamento, e la segnalazione, spicca nel panorama giurisprudenziale una delle prime pronunce che all'esito di un accertamento che ritenuto del tutto infondata la segnalazione e le successive direttive.

8. Le modalità di inoltro della segnalazione

Per tutelare nel miglior modo possibile l'identità del segnalante la norma prevede che l'ANAC d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali adotti delle linee guida relative alle procedure di inoltro e gestione delle segnalazioni prediligendo l'utilizzo di modalità informatiche e di tecniche di crittografia. La segnalazione potrà pervenire al RPCT attraverso i canali comunicativi predisposti dall'amministrazione di appartenenza, attraverso la piattaforma messa a disposizione dall'ANAC sul proprio sito o in qualunque altro modo il segnalante intenda fargliela pervenire. A tal proposito l'Autorità, con la Determinazione n. 6 del 18 aprile 2015, ha fornito le indicazioni in ordine alle misure che le pubbliche amministrazioni devono approntare per l'inoltro delle segnalazioni e per la tutela della riservatezza dell'identità. La direttiva prevede l'utilizzo di canali di comunicazione impersonali, riservati e automatizzati che prescindano dalla presenza fisica del segnalante.¹⁹ La procedura di inoltro della segnalazione deve far capo direttamente al RPCT che ha il delicato compito di proporre strumenti e misure atti a contrastare la

può stabilire un diverso importo del pagamento in misura ridotta, in deroga alle disposizioni del primo comma. Il pagamento in misura ridotta è ammesso anche nei casi in cui le norme antecedenti all'entrata in vigore della presente legge non consentivano l'oblazione.

¹⁹ La mancanza di procedure per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni o l'adozione di procedure non conformi a quelle previste espongono l'ente o l'amministrazione alle sanzioni previste dal 6° comma dell'art. 54bis applicate dall'ANAC nei confronti del responsabile.

corruzione. Egli è il naturale destinatario delle segnalazioni,²⁰ funzionalmente competente a conoscere i fatti illeciti così da poter predisporre le contromisure da adottare nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT). Per la gestione delle segnalazioni il RPCT potrà avvalersi di collaboratori. A tal proposito è necessario che ogni ente e amministrazione predisponga e formalizzi le procedure relative alla trattazione delle segnalazioni, identificando i ruoli e le funzioni coinvolte, assegnando a ognuno compiti e responsabilità e prevedendo specifiche sanzioni in caso di violazione delle procedure e della riservatezza. Nel sottolineare che tali procedure costituiscono la sintesi di competenze organizzative e tecnologiche l'ANAC indica le misure minime che il sistema comunicativo deve assicurare per garantire la riservatezza, ovvero:

1. gestione delle segnalazioni in modo trasparente attraverso un *iter* procedurale definito e comunicato all'esterno con termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria;
2. tutela della riservatezza dell'identità del dipendente che effettua la segnalazione;²¹
3. tutela del soggetto che gestisce le segnalazioni da pressioni e discriminazioni, dirette e indirette;
4. tutela della riservatezza del contenuto della segnalazione nonché l'identità di eventuali soggetti segnalati;
5. possibilità del segnalante di verificare lo stato di avanzamento dell'istruttoria.

9. Le modalità di approfondimento e riscontro della segnalazione

Dopo aver ricevuto la segnalazione il RPCT avvia il procedimento di riscontro e valutazione, ovvero:

1. accertare la corretta identità, ruolo e incarico del segnalante;
2. formalizzare l'assunzione in carico della segnalazione;
3. effettuare una sommaria istruttoria richiedendo, se del caso, ulteriori notizie e precisazioni al segnalante o agli altri soggetti eventualmente coinvolti adottando, ovviamente, le necessarie cautele di riservatezza anche nei confronti di questi ultimi;
4. esprimere la sua valutazione. Se la segnalazione appare essere palesemente infondata

²⁰ Ove, invece, fosse proprio lui l'oggetto della segnalazione, questa potrà essere inviata direttamente all'ANAC utilizzando la piattaforma appositamente predisposta per le segnalazioni di cui all'art. 54bis.

²¹ A tal proposito è necessario identificare correttamente il segnalante acquisendone, oltre all'identità, anche la qualifica e il ruolo; separare i dati identificativi del segnalante dal contenuto della segnalazione, prevedendo l'adozione di codici sostitutivi dei dati identificativi, in modo che la segnalazione possa essere processata in modalità anonima e rendere possibile la successiva associazione della segnalazione con l'identità del segnalante nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario; non permettere di risalire all'identità del segnalante se non nell'eventuale procedimento disciplinare a carico del segnalato atteso che l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso, a meno che la sua conoscenza non sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato; mantenere riservato, per quanto possibile, anche in riferimento alle esigenze istruttorie, il contenuto della segnalazione durante l'intera fase di gestione della stessa.

il RPCT potrà procedere alla formale archiviazione. In caso contrario potrà procedere con ulteriori approfondimenti e riscontri all'esito dei quali, accertata l'esistenza di profili di illiceità, potrà disporre l'inoltro ai competenti uffici dell'amministrazione/ente di appartenenza (dirigente della struttura interessata o ufficio procedimenti disciplinari) ovvero, se vi sono profili di reato o illecito erariale, trasmettere la segnalazione (e l'esito degli approfondimenti e riscontri effettuati) all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile²² e all'ANAC.

Qualora l'ANAC accerti il mancato svolgimento delle attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute da parte del RPCT potrà applicare la sanzione amministrativa prevista dal 6° comma dell'art. 54bis, commisurandola alla dimensione dell'amministrazione o dell'ente cui si riferisce la segnalazione.

10. Le segnalazioni nel settore privato

Analogamente a quanto previsto per le pubbliche amministrazioni con l'art. 54bis la legge 179/2017 ha introdotto nel D.Lgs 231/2001 l'obbligo di prevedere all'interno dei modelli organizzativi specifici canali di comunicazione che consentano ai dipendenti di inoltrare segnalazioni circostanziate di condotte illecite fondate su elementi di fatto precisi e concordanti o violazioni del modello organizzativo delle quali siano venuti a conoscenza in ragione delle funzioni svolte. Anche in questo caso l'identità del segnalante è mantenuta riservata ed egli è tutelato contro gli atti di ritorsione o discriminazione derivanti dall'aver effettuato la segnalazione. Particolare di non secondaria importanza, è l'inversione dell'onere probatorio. In caso di segnalazione dell'adozione di misure ritorsive nei confronti del segnalante, infatti, dovrà essere il datore di lavoro a dimostrare che le misure adottate sono fondate su ragioni estranee alla segnalazione stessa. La procedura appare pienamente sovrapponibile a quella prevista per gli enti pubblici, ma da una prima lettura emergono alcune perplessità in ordine alla sua applicazione. Come noto, pur nella molteplicità di azioni di *moral suasion* variamente adottate, i modelli organizzativi previsti dalla 231/2001 non sono obbligatori. Ancorché consigliati, stante l'ampiezza dei reati che costituiscono presupposto per l'applicazione della norma, attualmente la loro adozione resta una semplice facoltà per le persone giuridiche, mentre ne sono completamente escluse le imprese individuali. Emerge, quindi, una differente tutela: i dipendenti di imprese che adottano (per scelta gestionale) i modelli potranno inoltrare le segnalazioni attraverso canali dedicati e per questo saranno tutelati contro abusi e ritorsioni. Al contrario i dipendenti di imprese e ditte individuali che non adottano (o non possono adottare) tali modelli non potranno effettuare segnalazioni, o meglio potranno effettuarle nei modi e nei termini che riterranno più opportuni, ma non potranno godere delle tutele previste sul riserbo da mantenere sull'identità e contro l'adozione di misure discriminatorie. La differenza più importante, in quest'ultimo caso, è proprio l'inversione dell'onere di provare la natura

²² Evidenziando che la segnalazione è stata inoltrata ai sensi dell'art. 54bis del D.Lgs. 165/2001.

ritorsiva e discriminatoria dei provvedimenti adottati. In mancanza dei modelli organizzativi, infatti, il lavoratore potrà avvalersi delle ordinarie norme giuslavoristiche, ma dovrà essere lui a dover dimostrare la natura discriminatoria o ritorsiva dei provvedimenti adottati nei suoi confronti. In tal senso sarebbe auspicabile una modifica normativa che estenda le procedure di segnalazione e le connesse tutele del segnalante a tutte le imprese, indipendentemente dall'adozione dei modelli organizzativi.

Sezione III

Strategia e valore in sanità

Capitolo 7

L'integrazione necessaria

Paolo Favini*

1. Un processo continuo di miglioramento

La X legislatura di Regione Lombardia è stata caratterizzata da una spinta notevole verso l'innovazione del welfare lombardo, sia dal punto di vista della governance – su tutti cito la legge 23/2015 –, sia dal punto di vista delle politiche varate che hanno spaziato dal rafforzamento della dimensione sanitaria e sociosanitaria (cronicità, disabili, RSA aperta ecc.) fino all'innovazione nel settore sociale con la messa in campo delle politiche raccolte sotto il cappello Reddito di Autonomia (tanto innovativo da poter diventare, parrebbe, un punto di riferimento a livello nazionale).

Il senso profondo di questa legislatura è stato quindi l'impegno per la valorizzazione dei punti di forza strutturali del *welfare* lombardo, operando sulle criticità e puntando sugli aspetti innovativi al fine di accompagnare il sistema in un percorso ordinato e innovativo di ineludibile miglioramento. Un percorso fondamentale per poter affrontare i cambiamenti sociali ed economici che in tutta Europa stanno spingendo a ridisegnare i sistemi di *welfare*, sia a livello nazionale che locale. In questa ottica la spinta di Regione Lombardia è stata quella di approntare un sistema di offerta sociale orientato verso la risposta ai nuovi bisogni di tipo multidimensionale, per affrontare in ottica preventiva, riparativa e non meramente assistenziale, i diversi aspetti legati ai rischi di esclusione sociale, impostando un modello integrato di reti in grado di preservare e sostenere la coesione sociale. La lotta alla vulnerabilità e all'esclusione sociale sono state un punto di riferimento strategico per le scelte di policy fatte nel quinquennio 2013-2018. Tutti questi obiettivi, poi tradotti in misure e azioni, hanno avuto come orizzonte quello dell'innovazione sociale, ossia un nuovo modello in base al quale definire le politiche sociali; un approccio che sta contribuendo a determinare i nuovi orientamenti di fondo dei welfare europei (Moulaert 2009).

Tutto ciò è però avvenuto tenendo ben salda la stella polare dell'integrazione tra le dimensioni sanitaria, sociosanitaria e sociale, consapevoli che solo un sistema di *governance* realmente integrato è in grado di fornire le risposte necessarie a una realtà sociale segnata da nuovi bisogni sempre più complessi; una nuova stagione per il *welfare* regionale che però non può essere considerata effettivamente 'produttiva' se non sarà improntata alla definizione di un coordinamento strutturale tra i vari settori del *welfare*. Il tema dell'integrazione è ormai una necessità e al contempo una criticità al punto che da moltissimi anni

* Direttore generale ASST di Lecco, già direttore generale Assessorato Reddito di Autonomia - Regione Lombardia

se ne discute a tutti i livelli, tanto che diversi tentativi di ‘implementazione’ hanno trovato spazio nelle diverse normative nazionali e regionali; nonostante ciò, non possiamo negare che permane nella realtà una certa sensazione di incompiutezza e precarietà. Questo perché l’organizzazione territoriale dei servizi sociosanitari è ancora troppo frammentata e non sempre fisicamente riconoscibile e immediatamente individuabile dai cittadini: appare complesso persino agli operatori più attenti ricostruire un percorso strutturato tra i diversi servizi che possa realmente definirsi come una filiera. Al fine di superare questo *gap* è prima di tutto necessario che il coordinamento e l’integrazione siano perseguite e incentivate sia a livello delle strutture regionali, sia a livello di coordinamento territoriale tra le diverse politiche di *welfare*/singole misure implementate, puntando sull’istituzionalizzazione della cooperazione tra attori.

Sul versante delle politiche sociali l’impostazione data ha avuto come obiettivo prioritario quello di potenziare all’interno della rete il percorso di accesso e di accompagnamento della persona (e della famiglia) che si trova in una situazione di svantaggio, sostenendola durante i momenti di necessità e per tutto il ciclo di vita. Il tema dell’accesso al sistema di offerta sociale e alle reti è propedeutico al buon raggiungimento di qualsiasi altro obiettivo di *policy*: in assenza di un sistema flessibile e ampio, capace di integrare i soggetti più deboli, la lotta alla vulnerabilità e alla esclusione sociale rischia di non essere realmente efficace. Un percorso efficace e capace di rispondere alle necessità reali dei cittadini e delle famiglie non può prescindere dalla presenza di reti integrate, ossia dalla definizione di una «filiera dei servizi, delle strutture e degli interventi», che accompagni i soggetti che necessitano di percorsi sia sanitari che sociali. Alle volte tali passaggi sono successivi uno all’altro, altre volte sono contestuali, ciò non cambia la necessità di raccordare in modo strutturale gli attori e i servizi della rete. Le fragilità che chiamiamo sociali possono facilmente scivolare o saldarsi con patologie sanitarie; quest’ultime, in particolare se gravi e invalidanti come nel caso delle disabilità, possono alimentare gravi difficoltà nella qualità della vita degli individui e delle loro relazioni sociali, costruendo un circuito che tende ad autoalimentarsi (Folgheraiter 2009). Il grande dilemma che ci troviamo dinanzi non è tanto come sciogliere questo intreccio, sintomo ineludibile del bisogno di percorsi assistenziali personalizzati, quanto: a) come intervenire in ottica preventiva, b) come rispondere in modo adeguato e multidimensionale a una condizione di stratificazione di bisogni complessi e diversi.

Al cuore di un buon sistema integrato delle reti di risposta al bisogno, caratterizzata da un’impronta di innovazione costante e di flessibilità nelle risposte, Regione Lombardia ha messo a sistema le risorse esistenti sul territorio grazie alla forte sinergia con i diversi attori territoriali – si citano ad esempio il terzo settore e degli enti locali –, al fine di valorizzare i punti di forza degli interventi di livello strutturale e sistemico ma rispettando le peculiarità territoriali, consci che integrazione e riduzione della frammentazione non equivale a mortificare le specificità territoriali, che spesso sono portatrici di ricchezza per il sistema.

La valorizzazione delle peculiarità territoriali e delle capacità progettuali, programmatiche e gestionali condivise, è un modello di azione in grande espansione anche grazie al ruolo del *welfare* di comunità che fonda la sua *mission* sull’azione congiunta di diversi

attori. Il *welfare* di comunità, o *welfare mix*, si basa sul sostanziale equilibrio nell'importanza degli attori in campo, ossia il pubblico non è sovra-ordinato agli altri attori ma svolge un ruolo di coordinamento e di individuazione del perimetro normativo entro il quale costruire gli interventi. In questo sistema la regolazione pubblica diventa promozionale per lo sviluppo dell'autonomia dei soggetti fragili. L'attore pubblico definisce un perimetro, degli obiettivi strategici di sistema e favorisce un modello di *governance* complessivo, ma non prevarica la libertà degli attori del sistema; anzi, si fa garante di una proficua interazione tra questi. In tale ottica i cittadini non sono concepiti come semplici consumatori che scelgono tra un'ampia offerta di servizi quelli che rispondono alla loro domanda, ma come *stakeholder* delle organizzazioni che li erogano. I servizi risultano quindi prodotti e influenzati a livello di comunità locale, con la compartecipazione formale e informale di diversi attori, in un'ottica di integrazione come portato inevitabile di una struttura a 'rete' di *welfare* locale (Ridolfi 2011). Quest'ottica ci consente ancora di più di comprendere l'importanza strategica del concetto di territorializzazione e il ruolo fondamentale dei diversi attori territoriali/locali.

Nella X legislatura lo sforzo della Regione è stato pertanto teso al potenziamento di questo modello, proprio perché consente di liberare energie in grado di rispondere in modo più efficiente e articolato alle nuove sfide sociali, facendo sì che la comunità diventi il punto di riferimento come produttrice di benessere e destinataria del *welfare*, accrescendo il benessere della collettività e non solo dei singoli individui. Un modello che ritaglia un nuovo ruolo per l'attore pubblico, capace di mettere attivamente a sistema le risorse sociali, definendo sì un quadro sistemico ma territorializzando la risposta al bisogno. In tale contesto la pluralità di attori e la molteplicità di interazioni che si possono instaurare consentono alle comunità di godere di un elevato numero di azioni innovative da mettere in pratica sul territorio.

In connessione con gli interventi a sostegno dell'inclusione e della coesione sociale, Regione Lombardia ha poi attivato interventi specifici a favore delle famiglie, attraverso azioni volte a valorizzare le politiche territoriali di conciliazione famiglia-lavoro, a promuovere l'evoluzione dei consultori familiari in centri per la famiglia (luoghi in cui l'integrazione è sempre più all'ordine del giorno), a razionalizzare le risorse e a sostenere l'autonomia.

2. Le scelte di Regione Lombardia

Ho analizzato l'ottica con cui si è mossa Regione Lombardia nel disegnare il nuovo corso del *welfare* lombardo, un'evoluzione incrementale ma decisa che possiamo rintracciare in modo chiaro nel percorso legislativo di questi anni che si è focalizzato sulla necessità di fornire risposte innovative a bisogni mutati, provvedendo all'introduzione di azioni di sistema sia nell'ambito dell'offerta consolidata, sia nell'ambito delle azioni innovative, con l'obiettivo strategico di dare un forte impulso allo sviluppo dei servizi e degli interventi destinati alle persone fragili e alle loro famiglie (riconoscimento del 'diritto alla fragilità'). Questi interventi si sono sviluppati attraverso alcune direttrici:

- un sistema sociosanitario fondato sulla presa in carico globale della persona;
- un sistema articolato di risposte ai bisogni della famiglia, fondato sull'offerta consolidata (rete delle strutture accreditate) costituente il primo pilastro del *welfare* e dall'insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema di voucher fondato sul Fondo per la famiglia e i suoi componenti fragili, costituente il secondo pilastro del *welfare* (Dgr n. 116/2013).

Con la Dgr 116 la Giunta ha voluto valorizzare il ruolo della famiglia, a partire dal supporto alle attività che già svolge in un'ottica sussidiaria: tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di situazioni di fragilità e di problematiche complesse; tutelare la salute delle persone fragili, non autosufficienti e/o con patologie cronico-degenerative che si trovano in condizione di povertà. Questo è il riconoscimento di un ruolo centrale della famiglia e in costante evoluzione parallelamente allo sviluppo del nuovo *welfare*. In fin dei conti è proprio nel sostegno alla famiglia che possiamo rintracciare l'azione basilare e primaria che caratterizza il processo d'integrazione: è proprio nello spazio domestico e familiare che spesso possiamo trovare le molteplici fragilità che necessitano di una risposta articolata e complessiva. A partire da questo, la Dgr ha individuato quattro categorie di destinatari degli interventi del Fondo:

- persone con gravi disabilità;
- persone affette da ludopatia;
- persone anziane fragili e non autosufficienti;
- persone vittime di violenza.

Rispetto a queste quattro categorie di destinatari, le modalità di intervento previste dalla Regione sono state l'erogazione di titoli, in particolare:

- buoni sociosanitari, per consentire alla persona fragile di compensare le prestazioni di cura fornite dai famigliari;
- voucher sociosanitari, per accedere alla rete di offerta residenziale/semiresidenziale o a quella ambulatoriale.

I diversi provvedimenti regionali assunti, in particolare con le azioni innovative e le misure proprie del II Pilastro del *welfare*, hanno avuto quale obiettivo prioritario quello di adeguare il sistema sociosanitario lombardo alle nuove complessità emergenti, fornendo risposte innovative, flessibili e appropriate alle persone fragili, in molti casi non prese in carico dalla tradizionale rete dei servizi. Questa scelta di *policy* delinea la centralità che il *policymaker* regionale riconosce alla necessità di integrare aspetti apparentemente distinti: da questo punto di vista è paradigmatico il ruolo della valutazione multidimensionale quale strumento fondamentale per la presa in carico globale della persona, volta al potenziamento della continuità delle cure, ossia il primo passo concreto per la definizione di una filiera dei servizi.

La Dgr 2942/2014 ha confermato la bontà degli indirizzi e delle misure prodotte con la Dgr 116, intervenendo con azioni migliorative rispetto a quelle misure, gettando le

basi per un modello innovativo di *welfare* basato su una più elevata personalizzazione degli interventi. La Dgr 2942 avvia la sperimentazione della RSA aperta, con l'obiettivo di potenziare gli interventi orientati al sostegno della famiglia e della domiciliarità non a valenza prioritariamente sanitaria. Tale scelta è assolutamente innovativa nell'intero panorama nazionale perché punta a sostenere le famiglie gravate da compiti assistenziali fornendo loro sollievo, tempi di riposo dall'assistenza, accompagnamento qualificato e professionale. Questo strumento utilizza in modo innovativo le risorse presenti sui territori e fornisce una ulteriore risposta concreta alla necessità di integrazione tra il sistema sociale e sociosanitario.

Il percorso di rafforzamento del *welfare* lombardo e l'impegno strutturale e integrato nella lotta contro l'esclusione sociale e la vulnerabilità socioeconomica trovano un impulso organico nella Dgr 4155/2015 che dà vita alle misure del Reddito di Autonomia, un pilastro aggiuntivo in ambito sociale che si coordina con le disposizioni e gli interventi previsti a livello statale. Il programma di intervento predisposto da Regione Lombardia si struttura attorno a una serie di misure chiave in settori nevralgici per il nuovo *welfare*:

- politiche attive del lavoro;
- politiche dell'istruzione, della formazione e del diritto allo studio;
- politiche di inclusione sociale diversamente modulate secondo le diverse gradazioni del bisogno;
- politiche abitative: sostegno ai nuclei familiari in difficoltà nel pagamento dell'affitto sul libero mercato;
- politiche di co-partecipazione alla spesa sanitaria.

In quest'ottica sono state declinate le diverse misure costruite appositamente per rispondere ai bisogni emersi nelle cinque aree di intervento. Tali misure operano in una logica non assistenziale, perché l'obiettivo di lungo periodo è quello di rendere la persona autonoma anche nella condizione di bisogno, dandole la possibilità di uscire da tale stato attraverso percorsi strutturati e in grado di garantire sia il supporto al singolo rispetto al rischio di scivolamento (o acutizzazione) nella condizione di vulnerabilità, sia nell'ottica di rafforzare la coesione sociale della comunità. In questa prospettiva è previsto un Patto di corresponsabilità con il quale il cittadino si impegna a rispettare alcuni requisiti essenziali per poter beneficiare delle misure. Le misure varate sono:

1. Famiglie (salute, figli, casa):
 - a. Abolizione del "superticket" ambulatoriale – per le famiglie con reddito complessivo inferiore a 18.000 euro;
 - b. Bonus bebè – contributo una tantum di 800 euro per il secondo figlio e 100 euro dal terzo figlio in avanti, per famiglie con reddito ISEE fino a 30.000 euro;
 - c. Bonus Affitti – contributo una tantum di 800 euro, per famiglie con ISEE/FSA fra 7.000 e 9.000 euro che vivono in Comuni ad alta tensione abitativa.
2. Anziani e disabili:
 - a. Assegno di autonomia – voucher di 400 euro al mese, per dodici mesi, a sostegno

dell'autonomia personale di anziani e disabili non autosufficienti e a rischio di esclusione sociale, con ISEE inferiore a 10.000 euro.

3. Disoccupati:

- a. Progetto di Inserimento Lavorativo – PIL – contributo di 300 euro al mese, per 6 mesi al massimo, destinato all'inserimento o re-inserimento lavorativo di disoccupati da oltre 3 anni, attraverso attività di orientamento, formazione, ricerca attiva del lavoro.

Il pilastro strategico Reddito di Autonomia e le misure a esso connesse sono stati confermati e potenziati con la Dgr 5060/2016 che ribadisce la strutturazione del nuovo modello di *welfare* lombardo, introducendo ulteriori misure innovative e ampliando il target dei beneficiari.

La dgr 5060/16 segna quindi un ulteriore salto di qualità nella strategia volta a disegnare le politiche sociali regionali, improntando la natura delle misure al rispetto di alcuni principi cardine quali la personalizzazione, la tempestività, la temporaneità e la corresponsabilità, che devono caratterizzare le modalità di intervento. In quest'ottica il Programma Reddito di Autonomia ha individuato alcune misure rilevanti, che integrano diversi aspetti in cui è necessario intervenire onde ridurre il rischio di esclusione sociale:

1. *Bonus Famiglia* – contributo di 150 euro al mese, per i 6 mesi prima della nascita e i 6 mesi dopo la stessa, per un massimo di 1.800 euro complessivi, destinato a famiglie vulnerabili residenti in Regione Lombardia con reddito ISEE pari a massimo 20.000 euro (disposte a sottoscrivere un patto di corresponsabilità), finalizzato a sostenere la maternità e i percorsi di crescita dei nuovi nati;
2. *Nidi Gratis* – azzeramento della retta dell'asilo nido, destinato alle famiglie con minori fra i 3 e i 36 mesi residenti in Regione Lombardia con reddito ISEE pari a massimo 20.000 euro (con genitori entrambi lavoratori attivi), finalizzato a favorire l'inserimento al nido e l'occupazione delle madri, anche in logica di conciliazione;
3. *Voucher Autonomia* – contributo di 400 euro al mese per 12 mesi, destinato a persone anziane over 75 con compromissione funzionale lieve e persone con disabilità intellettiva o patologie invalidanti di età superiore ai 16 anni, con ISEE pari a massimo 20.000 euro, finalizzato a sostenere l'autonomia delle persone anziane e disabili (che sottoscrivono un progetto personalizzato di autonomia);
4. *Progetto di Inserimento Lavorativo (PIL)* – contributo di massimo 1.800 euro per 6 mesi, destinato a cittadini disoccupati da più di 36 mesi che partecipano al percorso di Dote Unica Lavoro e aventi reddito ISEE pari a massimo 20.000 euro;
5. *Esenzione super ticket* – esenzione dal ticket aggiuntivo sulle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, destinato a persone/famiglie in condizione di vulnerabilità con reddito imponibile pari a massimo 18.000 euro.

I tratti così definiti delineano un sistema sempre più strutturato:

- sull'innovazione sociale intesa come un modello articolato di cambiamenti che raccoglie strutture, servizi e interventi che, in chiave singola e/o coordinata – tramite efficaci

modelli sperimentali, riesce a produrre risposte nuove, appropriate e centrate sui bisogni emergenti, coinvolgendo i diversi attori territoriali in una logica di cooperazione integrata e sussidiarietà;

- sul cambiamento della *governance* al fine di potenziare la dimensione territoriale dei servizi (progettazione, programmazione ed erogazione) e quindi il rapporto di prossimità con i cittadini e con i nuovi bisogni (siano essi espressi o meno), il livello di protagonismo degli attori del territorio (nell'ottica del *welfare* di comunità) e il potenziamento del coordinamento tra tutti i protagonisti del *welfare*.

Il tutto senza smarrire un orientamento di fondo promosso dal governo regionale al fine di migliorare complessivamente il sistema di *welfare*, ossia l'integrazione tra i settori sociale, sanitario e sociosanitario. Alla luce delle evoluzioni normative degli ultimi anni tra cui spicca la riforma 23/2015, l'integrazione deve essere intesa come la capacità delle diverse reti di lavorare in una logica sinergica e cooperativa, costruendo filiere di servizi e di interventi coerenti e capaci di promuovere un modello di *welfare* che sostenga le persone fragili, affiancando sia loro che, ove presenti, i rispettivi nuclei familiari, in modo integrato e con continuità garantita nel tempo. La centralità dell'integrazione è ribadita anche, ad esempio, in un altro intervento strategico per le politiche sociali del *welfare* lombardo rappresentato dalle nuove linee guida per la programmazione zonale 2018/2020.

Il tema dell'integrazione emerge anche nella dgr 5954/2016, dove si delinea l'importanza di proseguire in modo ancora più incisivo sul percorso di raccordo tra le diverse aree del *welfare* lombardo, in modo da potenziare il modello di risposta a bisogni che sono contemporaneamente sociosanitari e sociali, sia per prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria o ancora per la indispensabilità di promuovere sinergie e integrazione delle professionalità e delle competenze, al fine di realizzare un piano assistenziale adeguato e corrispondente ai bisogni della persona. In linea generale si tratta di tutte le funzioni che necessitano di una presa in carico integrata rispondendo a situazioni di vulnerabilità e fragilità. Da questo punto di vista appare fondamentale, anche alla luce della riforma 23/2015, il ruolo di *governance* esercitato dalle ATS e dalla funzione di raccordo e dalla Cabina di Regia, che ha il compito di raccordare le necessità dell'integrazione e del funzionamento della rete sociosanitaria con quella sociale e con i bisogni espressi dal territorio, nella fattispecie sanitari e sociosanitari attraverso le ASST e sociali che sono raccolti dai Piani di zona.

3. Innovare e integrare: le nuove linee di indirizzo per la programmazione zonale 2018-2020

Nell'ottica dell'innovazione, della lotta all'esclusione sociale e del potenziamento dell'integrazione, si muovono le linee di indirizzo per la triennalità 2018-2020 dei Piani di Zona. Alla luce del riordino del sistema del *welfare* regionale sancito dalla l.r. 23/2015, che vede l'introduzione di un nuovo modello di *governance* del sistema per offrire nuove risposte ai bisogni complessi e il potenziamento del livello di integrazione tra i settori sanitario, sociosanitario e sociale, la programmazione zonale per il triennio 2018-2020 persegue

l'obiettivo strategico della ricomposizione del sistema, in una visione di continuità con la precedente triennalità. Si riconferma quindi l'importanza di ricomporre le informazioni, al fine di implementare la capacità programmatica, di ricomporre i servizi, per facilitarne l'accesso per gli utenti, delle risorse, per ridurre gli sprechi. Nei fatti i Piani di Zona sono luoghi istituzionali per eccellenza in cui opera una dimensione rilevante dell'integrazione, ossia quella tra i vari attori del sistema, le diverse *policy*/misure prodotte ai vari livelli di governo e soprattutto si producono risposte integrate ai bisogni espressi (Previtali e Favini 2016; Salvati 2016). La Dgr 7631/2017 si muove precisamente in questa direzione, ossia nel rafforzare la posizione dei Piani di Zona come luoghi della programmazione/erogazione dei servizi sociali attraverso una riduzione della eccessiva frammentazione territoriale.

Oltre alla ricomposizione, il cambio normativo dà quindi l'opportunità di rafforzare la cooperazione orizzontale (*welfare* di comunità) per potenziare un nuovo modello di governance e istituzionalizzare rapporti di cooperazione sovra-zonale formati nelle precedenti triennalità. La nuova programmazione zonale si fonda quindi su due principi:

1. la gradualità, che si concretizza attraverso una proroga in via transitoria degli accordi di programma già approvati con la triennalità 2015-2017, fino alla definizione dei nuovi ambiti distrettuali, così come da programma dei POAS, che si auspica possa avvenire entro la fine della triennalità 2018-2020 attraverso un percorso di aggregazione laddove esistano condizioni favorevoli sotto il profilo territoriale, gestionale, organizzativo, programmatico e di accesso ai servizi;
2. il rispetto dell'autonomia territoriale, che si concretizza valorizzando la programmazione del nuovo triennio, incentivando con quote di premialità sia l'aggregazione degli ambiti sia lo sviluppo e il potenziamento di politiche sociali innovative. Sono valorizzate in particolare strategie virtuose di programmazione sociale di Ambito distrettuale, legittimate da accordi di programma sottoscritti per favorire l'omogeneità dei criteri di presa in carico, l'ottimizzazione delle risorse e l'efficacia delle politiche attuate.

La nuova programmazione zonale 2018-2020 si pone come obiettivi:

- il rafforzamento della presa in carico integrata, valorizzando la rete sociale esistente e coordinando gli interventi e le azioni attraverso un dialogo costante con gli attori che animano il *welfare* locale;
- la promozione di un sistema di *welfare* in grado di affiancarsi e sostenere le persone fragili che necessitano interventi anche di carattere sociale continuativi nel tempo, al fine di evitare lo scivolamento in condizioni di esclusione sociale o rimediare a condizioni di vulnerabilità socioeconomica;
- l'integrazione tra le politiche sociali prodotte a livello dei Comuni e dei Piani di zona, con le politiche regionali e nazionali;

e come obiettivi strategici:

- l'omogeneità di accesso ai servizi e agli interventi sociali a livello del nuovo Ambito

- distrettuale (uniformità dei regolamenti, dei criteri di accesso, delle soglie ISEE, il fattore famiglia, ecc.), anche attraverso la compartecipazione di spesa;
- l'omogeneità dei criteri di valutazione della qualità delle strutture e degli interventi, degli indicatori di appropriatezza e dei requisiti di accreditamento volontario delle unità di offerta sul territorio del nuovo Ambito distrettuale;
 - l'attivazione di progetti e percorsi di innovazione sociale, per sperimentare nuovi modelli di intervento ai bisogni emergenti, facendo leva sulla rete sociale e sui principi di personalizzazione, tempestività, temporaneità e corresponsabilità già introdotti nella precedente triennalità. In tale prospettiva il cittadino non è quindi solo utente del *welfare*, ma egli stesso produttore di *welfare* e soggetto attivo nella rete dei servizi. Il *welfare* di comunità può essere lo strumento all'interno del quale 'incubare' percorsi di innovazione sociale se ha alla base l'idea dello scambio continuo e costante tra il sistema dell'offerta sociale, le sue reti e le comunità sul territorio.

Particolarmente interessante e innovativo è il meccanismo alla base di questa nuova triennalità della programmazione, che vede l'inserimento di una premialità volta a: 1) sostenere i Piani nella loro evoluzione e aggregazione verso una dimensione ottimale d'Ambito (così come definita dalla l.r. 23), 2) incentivare i Piani nell'impostare obiettivi di programmazione di tipo innovativo.

La scelta fatta dalla Regione è motivata dal fatto che queste due categorie di obiettivi – *governance* e *policy* – sono strettamente legate e un contributo fattivo al miglioramento complessivo del sistema sta proprio nella revisione contestuale di questi due aspetti.

Integrazione significa ricomporre e coordinare i settori sanitario, sociale e sociosanitario, ma implica anche ridisegnare in modo efficiente il contesto di *governance* locale perché è sul territorio che avviene fattivamente tale integrazione. Potremmo dire che la territorializzazione del *welfare* e delle *policy* è un prerequisito essenziale per raggiungere l'agognato traguardo di una migliore integrazione sistemica (Favini 2017; Previtali e Salvati 2017).

4. Conclusione

Abbiamo visto come il quadro sia indubbiamente complesso ma al contempo come Regione Lombardia si sia sforzata per mettere in campo strumenti volti a rispondere in modo efficace e innovativo ai nuovi bisogni, cercando di non perdere di vista la sfida volta a rafforzare l'integrazione; un passaggio non solo strategico ma necessario, come recita il titolo di questo contributo.

L'integrazione fattiva è necessaria perché è soprattutto tramite essa che è possibile affrontare sfide non eludibili e che accompagnano non solo il mutamento della società, ma anche il ruolo che devono ricoprire l'attore pubblico e gli attori sociali:

- rispondere al bisogno (vecchio e nuovo) con percorsi di cura dedicati e con la presa in carico integrata delle fragilità, incentivando l'autonomia e la centralità della famiglia;
- seguire il cambiamento della società e dei bisogni espressi in ambito sociale e so-

ciosanitario, sistematizzando il complesso approccio ai bisogni sociali, alla lotta alla vulnerabilità, all'emarginazione e alla fragilità;

- guidare l'evoluzione del sistema sociosanitario sulla base dei seguenti principi: appropriatezza degli interventi/servizi, tempestività e prevenzione, sostegno all'innovazione sociale e integrazione con gli interventi delle reti sanitaria e sociosanitaria.

L'obiettivo strategico da perseguire incessantemente è la creazione di un sistema integrato in grado di accompagnare l'utente nel percorso e di renderlo autonomo (in un grado proporzionale al tipo di fragilità da cui è afflitto, sia essa sociale, sanitaria o sociosanitaria). La capillarità degli interventi sul territorio, prodotta da una migliore integrazione tra gli attori e risultante da un riconoscimento chiaro di compiti e ruoli, è strategica al fine di ottenere una forma di integrazione sistemica che colga le reali necessità del territorio, accogliendo e accompagnando i soggetti fragili in percorsi di assistenza e autonomizzazione che assumono sempre più caratteristiche multidimensionali (bisogni diversi e molteplici – dal sociale al sanitario – che si esprimono in diverse modalità rispetto al passato, ad es. le forme di esclusione sociale).

Da questo punto di vista mi preme sottolineare, in conclusione, la necessità di non pensare alla dimensione della fragilità sociale come ancillare o, peggio ancora, marginale rispetto a quella sanitaria. Infatti la concretizzazione dell'obiettivo dell'integrazione passa anche dalla capacità del sistema di potenziare aspetti peculiari quali il continuo incremento della qualità dei servizi, il potenziamento della partnership pubblico-privato per favorire l'inclusione sociale, la centralità dell'innovazione sociale e della sperimentazione, la sistematizzazione del principio della lotta contro la vulnerabilità e la marginalità sociale ed economica, il potenziamento della facilità di accesso alle reti integrate (tema annoso sui cui ci si confronta sin dal varo della l.r. 3/2008).

Questo perché il contesto delle fragilità è sempre più complesso, sfaccettato e multidimensionale: a fragilità si sommano fragilità e, dinanzi a un quadro così problematico e sfidante, la soluzione passa dal costruire un sistema in cui l'integrazione sia vista come il coordinamento e la compenetrazione di settori parimenti importanti e non come il dominio di un aspetto su un altro. L'importanza dell'integrazione sta nel fatto che è il solo passaggio che consente di superare una certa frammentarietà degli interventi per i soggetti in difficoltà, permettendo anche il superamento della categoria della semplice domanda di servizi per avvicinarsi a un modello in cui le istituzioni sono in grado di prevedere una unitarietà degli interventi in grado di dare risposte complessive, magari anticipando gli interventi e l'acutizzarsi del bisogno, tramite una sua lettura attenta e preventiva.

L'integrazione tra i servizi sanitari e quelli socioassistenziali non può essere derubricata a semplice adempimento burocratico, ma è rilevante che sia considerata alla stregua di una priorità strategica perché la domanda di salute implica un bisogno sociale pressante, che deve essere affrontato insieme al bisogno sanitario al fine di garantire l'efficacia dell'intervento assistenziale.

Riferimenti bibliografici

- Favini P. (2017), *L'evoluzione del welfare lombardo. Verso un nuovo modello organizzativo tra innovazione sociale e territorializzazione*, in Previtali P. (a cura di), *La sfida del management sanitario: organizzazione e innovazione del sistema di welfare*, Pavia, Pavia University Press, pp. 13-26.
- Favini P. e P. Previtali (a cura di) (2016), *L'organizzazione dei Piani di Zona in provincia di Pavia*, Pavia, University Press.
- Folgheraiter F. (2009), *Integrazione sociosanitaria*, «Lavoro sociale», 9 (3), pp. 435-448.
- Moulaert F. (2009), *Social innovation: Institutionally embedded, territorially (re) produced*, in MacCallum D., F. Moulaert, J. Hillier and S. Vicari Haddock (Eds.), *Social innovation and territorial development*, Farnham, Ashgate, pp. 11-24.
- Previtali P. e E. Salvati (2017), *The territorialisation of local welfare. The case of the Lombardy Region after the 2015 reform*, paper presentato alla ESPAnet Conference, 14-16 settembre, Lisbona.
- Ridolfi L. (2011), *Il Community care quale possibile modello di integrazione sociosanitaria a livello territoriale*, paper presentato alla ESPAnet Conference, 29 settembre – 1 ottobre, Milano.
- Salvati E. (2016), *L'evoluzione della pianificazione zonale. Il caso dei Piani di Zona in Regione Lombardia*, «Autonomie locali e servizi sociali», 3, pp. 499-514.

Capitolo 8

Direzione e valore: quale e quante sono le dimensioni del valore nella gestione di una azienda?

Ida Ramponi*

Esiste un solo capo supremo: il cliente. Il cliente può licenziare tutti nell'azienda, dal presidente in giù, semplicemente spendendo i suoi soldi da un'altra parte. (Sam Walton, fondatore di Walmart)

Nonostante l'impatto stridente di questa affermazione, considerando il mondo sanitario dentro il quale muovo queste riflessioni sul concetto di valore nella gestione di una azienda che eroga prestazioni e servizi alla persona in termini di salute, trovo, appunto, che nella sua durezza, rappresenti una grandissima verità nelle nostre come in tutte le organizzazioni.

Il sistema sanitario è un sistema improntato, in modo più o meno accentuato nelle diverse parti del Paese a una forte competitività, basata su alcuni principi dettati dalla qualità e dalla quantità delle risorse messe in campo, dalla capacità di fare le cose non solo bene, ma fare le cose giuste, e tendere a farle sempre meglio, realizzando miglioramenti continui e innovazioni in linea con gli obiettivi e la strategia perseguite. Ignorare la 'qualità' intesa come valore e conformità ai requisiti, equivale in ambito aziendale a «un suicidio aziendale» diceva J.A. Young e diventa quindi imprescindibile dare il significato di valore in azienda, coerente con il contesto in cui la stessa è inserita e con gli obiettivi che la stessa persegue.

Il termine 'valore' è utilizzato abitualmente in due diversi significati, tra loro interscambiabili. In una prima disamina del significato, qualsiasi cosa sia ritenuta oggettivamente importante o sia soggettivamente desiderata è o ha un valore: in questa accezione pensando alle organizzazioni sanitarie, penso che vista la natura dei servizi e delle prestazioni che siamo chiamati a erogare, la presa in carico del bisogno del paziente è da considerarsi il valore prioritario e principale. Se l'assunto dal quale si parte è questo, l'impegno a effettuare delle scelte e adottare decisioni che anticipino le esigenze e le aspettative, diventa fondamentale.

* Direttore generale ASST Rhodense

Secondo questo principio, scegliere la vocazione corretta delle strutture, individuare gli ambiti nei quali investire, piuttosto che considerare l'allocazione delle risorse, anche umane, che consentano lo sviluppo di una piuttosto che l'altra attività, diventa fondamentale.

In questo senso, il ruolo della direzione strategica, è determinante rispetto a due principali aspetti: da un lato per poter effettuare delle scelte è indispensabile conoscere la realtà in cui le stesse devono prendere avvio, sia esternamente alla organizzazione che internamente. Il contesto del sapere fare è un contesto complesso da analizzare in una organizzazione che deve essere in grado di scegliere indicatori chiave di prestazioni quantificabili (Key Performance Indicators – KPI), che permettano di stabilire obiettivi misurabili, misurare gli scostamenti tra i risultati attesi e quelli ottenuti e, soprattutto, orientare il comportamento degli operatori verso obiettivi sempre più alti, in termini di qualità e appropriatezza, ma anche economici. A lungo si è pensato che le questioni economiche delle aziende non fossero e non potessero essere un problema del professionista, chiamato esclusivamente a fare bene il suo lavoro. Con il passare del tempo e la consapevolezza del sistema che le risorse sono non sono infinite, la relazione tra costi e benefici di salute di un intervento sanitario, ovvero la valutazione economica, ha anche una valenza etica, della quale il professionista non può non occuparsi. Creare valore significa considerare quale è la cosa che ha oggettivamente valore per quel paziente, nel contesto in cui si trova ad affrontare il proprio bisogno e in che modo l'organizzazione può assolvere alla propria *mission*, che è non 'guarire', ma farsi carico di quello specifico bisogno, che è composto sì dalla malattia ma anche dal modo in cui il paziente e la sua famiglia riescono a rispondere al percorso offerto, secondo evidenza scientifica, tenuto conto della risorse a disposizione e considerandone anche gli aspetti economici.

Forse, il concetto di direzione, se le riflessioni fin qui fatte possono trovare una aderenza alla realtà, deve essere riconsiderato come concetto più ampio, ovvero non come chi dirige soltanto e risponde direttamente delle scelte e di quanto viene fatto, ma come qualcuno che è capace di orientare, coinvolgere, dare sicurezza all'intera organizzazione. Una direzione che crea valore, attraverso un percorso di analisi e conoscenza che considera le risorse come una grande opportunità e la competizione come momento di crescita attraverso il valore aggiunto che si crea con un progetto innovativo, piuttosto che, e mi rendo conto che può sembrare una forzatura, convincendo a caratterizzazioni specialistiche diverse, a percorsi formativi incentrati sulla reale fattibilità dell'attività in azienda, legata al contesto ambientale e a 'quel valore' espresso dai pazienti.

Un diverso significato di valore prende in considerazione, invece, non l'oggetto dell'interesse ma il criterio della valutazione, intendendo il principio di carattere generale, secondo il quale approviamo o disapproviamo una certa azione, entrando nella sfera degli ideali a cui gli esseri umani si ispirano.

Weber, nel lontano 1922, nei suoi saggi metodologici, considera i valori come la guida e l'orientamento delle scelte, valori che si realizzano e si connettono diversamente con le realtà sociali, l'organizzazione economica e giuridica e anche le 'abitudini' di una collettività. Consapevole di azzardare una analogia, sento di assimilare il termine collettività a quello di organizzazione, intesa come combinazione di fattori e condizioni interni ed

esterni che possono influenzare il raggiungimento degli obiettivi. Il valore, dunque, di una direzione si muove sulla capacità di agire invece che essere agiti, la capacità di prendere decisione, effettuare scelte e agire in accordo con esse, realizzando che solitamente non sono gli stravolgimenti epocali dell'organizzazione, a fare la differenza e a portare a un cambiamento duraturo. Si acquista potere imparando come usare questa abilità nelle decisioni che devono essere prese ogni giorno e che, se comprese, non necessariamente condivise, ma certamente comprese, modificano i comportamenti.

In uno scenario, come quello delle organizzazioni sanitarie, altamente complesso e con livelli di instabilità legati alle politiche sanitarie, la direzione si trova sempre più spesso ad affrontare problematiche che da un lato chiedono capacità di rivedere continuamente sia l'organizzazione che le regole alle quali attenersi, per indirizzare in modo sostenibile il cambiamento. Creare valore significa lavorare per costruire una visione comune che, nelle scelte di tutti i giorni, possa sostenere i comportamenti delle persone.

Una direzione che crea valore e che sostiene il cambiamento dovrebbe, pur non potendo anticipare gli eventi rari lavorare per migliorare la capacità dell'organizzazione nell'affrontarli, sviluppando competenze flessibili e con forte capacità di adattamento; una direzione capace di individuare e mettere a disposizione dell'organizzazione strumenti e sollecitazioni, piuttosto che schemi predefiniti rigidi, che non consentono di comprendere che, non solo nelle situazioni di emergenza, il valore dell'improvvisazione 'ragionata', può diventare addirittura un comportamento strategico.

«[...] a me non piacciono la standardizzazione e la pianificazione. Sì, il lavoro si pianifica, ma c'è anche un lavoro di improvvisazione dove porti fuori quello che sei tu dentro, rispetto alla materia prima che hai davanti è perfetto!»! diceva un grande cuoco e mi sento, in questo mio dissertare di questioni legate al cambiamento e al valore della direzione, di riscontrare in questa posizione una grande verità anche per le organizzazioni sanitarie.

L'organizzazione delle aziende sanitarie, definite aziende e governate secondo regole aziendali, nascono in un ambito di 'pubblica amministrazione' in cui i vincoli e la necessità di trasparenza, possono qualche volta tendere a imprigionare la stessa dentro la gabbia costruita intorno al convincimento che 'si è sempre fatto così' e pertanto ciò che stiamo facendo è senza ombra di dubbio giusto.

Diversamente credo, invece, che educare ed educarci a sviluppare modalità di pensiero divergenti da schemi precostituiti, aiutino le aziende ad affrontare situazione inattese, cambi di strategia, situazioni e problemi inaspettati. Brown nel 1997 diceva che questo tipo di competenza, centrale in tutte le aziende, implica anche la capacità di sapere agire con spontaneità e abilità di reagire velocemente a situazioni che non erano previste, che non dovevano realizzarsi e sulle quali è indispensabile trovare consenso.

Rileggendo con spirito critico alcune situazioni venutesi a creare in azienda, devo rilevare come spesso i cambiamenti organizzativi trovano ostacoli e moltissime resistenze anche in quelle situazioni in cui ogni azione è stata pianificata e programmata secondo schemi ben definiti mettendo a disposizione risorse e competenze adeguate. Non sempre, infatti, la direzione ha l'effettiva percezione di quanto siano complessi i comportamenti agiti dall'organizzazione, provocando un rallentamento nel cambiamento o, addirittura, rendendolo impossibile.

Credo sia fondamentale perché si realizzi un cambiamento culturale e organizzativo che vengano sollecitate e realizzate da un lato le motivazioni delle persone all'interno dell'organizzazione, partendo dall'assunto che tutte le componenti della stessa sono determinanti. Solo quando il valore della direzione si realizza nella capacità di coinvolgimento delle persone, attraverso una leadership fortemente innovativa, muovendo in ciascuno quella parte di energia che è solo sua e non è uguale per tutti, strettamente correlata alla propria esperienza, alla capacità di assumersi responsabilità, a un senso di riconoscimento nell'organizzazione. Non credo molto o meglio non credo esclusivamente nei processi di cambiamento che nascono da una direzione che ispira l'organizzazione attraverso un percorso *top down*, secondo un percorso di condivisione della visione aziendale e disegno dei percorsi. Sono persuasa che vi sia un percorso alternativo, da porre in essere in modo parallelo e che corrisponde a un trasferimento di responsabilità, di lealtà verso l'azienda da parte del personale. M. Crozier (1990) diceva: «Se deve essere lo spirito dell'operatore a rispondere al problema, è necessario che questo operatore abbia la libertà e la responsabilità di agire». D'altra parte lo stesso Porter (1985), dichiarava che: «Discrezionalità, libertà e autonomia della risorsa umana costituiscono le fondamenta su cui costruire la professionalità, le competenze e il vantaggio competitivo dell'impresa». Mi pare evidente, allora, riconoscere nel middle manager il ruolo imprescindibile di congiunzione tra chi progetta il cambiamento, la direzione attraverso gli indirizzi di politica sanitaria e in relazione agli obiettivi di sistema e specifici di azienda, e chi, invece li deve attuare.

Tornando, pertanto, al significato di valore e al quanto e al come la direzione può rappresentare per l'organizzazione un valore, credo vi siano alcune condizioni prioritarie. Dapprima cercare di comprendere le persone con le quali si lavora, evidenziandone le caratteristiche che possono contribuire al cambiamento, ostacolarlo oppure essere, rispetto allo stesso, neutri. Non sempre è possibile, per i vincoli di cui poco sopra ho fatto cenno, utilizzare nell'organizzazione le persone per le competenze che hanno, la persona giusta al posto giusto ma, ugualmente, forse proprio nel riconoscere che così non è, sarà possibile ricevere dalla stessa persona, il meglio che può dare, seppure in una situazione non ottimale: capacità di persuasione della direzione, di trasmettere entusiasmo e dare confidenza che ciò per cui si sta lavorando non è un obiettivo della direzione ma obiettivo dell'azienda e l'azienda è fatta di persone.

Una direzione che crea valore trasmette il convincimento che gli impegni vanno mantenuti, pur nella consapevolezza che qualche volta gli imprevisti o diversi indirizzi che possono essere rappresentati, possono costringere a cambiare la strategia adottata; anche in questo caso, il trasparente coinvolgimento, il mantenimento costante del dialogo, che, ripeto, non significa consenso, può aiutare a creare fiducia.

Non credo altresì che creare aspettative non rispondenti alle reali prospettive di sviluppo aziendale, o, altrettanto, lasciare che si creino aspettative ambigue o contrastanti rispetto ai ruoli e agli scopi dell'organizzazione, rappresenti uno dei problemi principali nelle relazioni umane. Certo ci vuole una buona dose di coraggio nell'esplicitare chiaramente le aspettative, qualche volta è più facile far finta che non esistano differenze nelle aspettative dei diversi attori, sperando che nonostante questo le cose vadano per il meglio comunque, piuttosto che lavorare su queste differenze per giungere a un complesso di aspettative che

siano il più vicino possibile a un reciproco gradimento, nel rispetto dei ruoli e nella diversità dei personali obiettivi.

Nella breve analisi degli aspetti che legano l'attività della direzione e il modo attraverso il quale in azienda è guidato il cambiamento e perché questo sia reale e non teorico, la direzione ha l'obbligo di trasformare gli interventi innovativi che propone in significato e valori dichiarati che raggiungano il singolo e si trasformino, anche per lui, in valore motivante, rendendo semplice anche ciò che è complesso.

Riferimenti bibliografici

- Brown S.L. and K.M. Eisenhardt (1997), *The art of continuous change: Linking complexity theory and time-paced evolution in relentlessly shifting organizations*, «Administrative science quarterly», pp. 1-34.
- Covey S.R. (2014), *Le 7 regole per avere successo*, Milano, Franco Angeli.
- Crozier M. (1990), *L'impresa in ascolto*, Milano, Edizioni il Sole 24 Ore.
- Faraglia D. (2015), *Qualità per comprendere*, Milano, Franco Angeli.
- Leone L. (2015), *Improvvisazione e creatività*, Milano, EGEA.
- Porter M.E. (1985), *Competitive Advantage. Creating and sustaining superior performance*, New York, The Free Press (ed. ita *Il vantaggio competitivo*, Milano, Edizioni di Comunità, 1987).
- Weber M. (2014). *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Torino, Einaudi.

Capitolo 9

La relazione tra strategia e struttura

Giuseppina Panizzoli*

1. La strategia organizzativa secondo un approccio di sistema

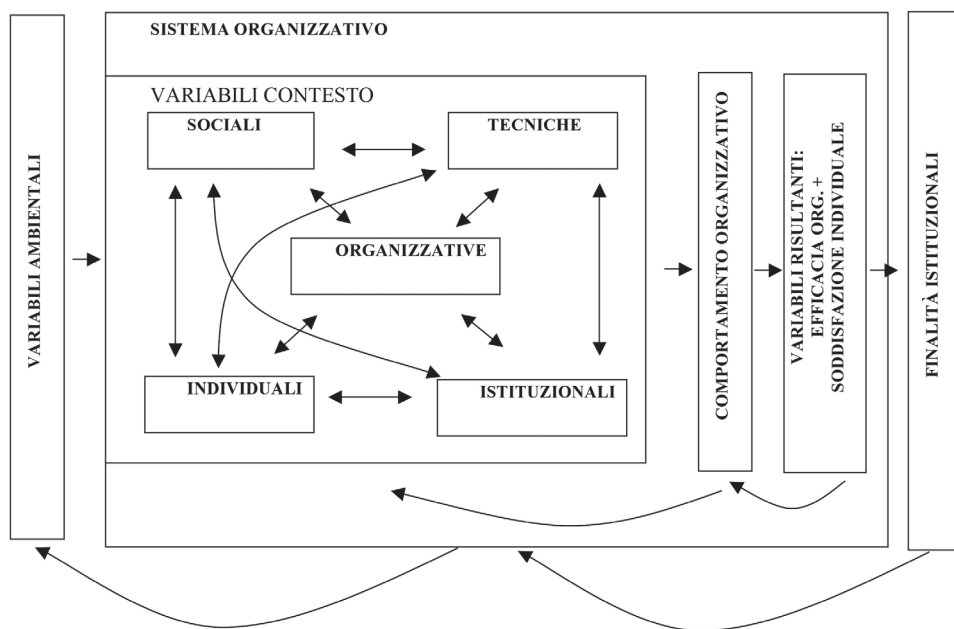
I processi di formazione della strategia da sempre rivestono un ruolo fondamentale nelle aziende. La definizione della missione e degli obiettivi, la selezione delle opzioni strategiche, la formulazione delle strategie, la loro implementazione e la successiva valutazione, rappresentano i passi fondamentali di un processo la cui efficacia si misura nella capacità di contribuire alla generazione del massimo valore per i diversi *stakeholders* presenti nel sistema sanitario: i singoli pazienti, il sistema istituzionale nell'ambito del quale l'azienda sanitaria agisce e dal quale deriva parte dei suoi obiettivi, l'azienda stessa intesa nella sua unitarietà organizzativa. Tale processo si caratterizza per:

1. *rilevanza dell'ambiente istituzionale* che definisce la libertà strategica delle aziende: l'azienda sociosanitaria affianca a obiettivi istituzionali propri la necessità di soddisfare gli obiettivi del SSN/SSSR; ciò delimita lo spazio strategico dei vertici delle aziende sanitarie vincolandone la discrezionalità; il piano strategico e organizzativo aziendale, infatti, rappresenta la parte terminale di un più ampio processo di pianificazione che coinvolge organi centrali (Piano Sanitario Nazionale), regionali (Piano Sociosanitario Regionale) e locali (Piani attuativi locali) [*stakeholder 'esterni'*];
2. *rilevanza delle conoscenze*: l'assistenza sociosanitaria (quella ospedaliera in particolare) rientra nei settori definiti *knowledge based*; il loro successo è legato alla capacità manageriale di gestire, sviluppare, promuovere e ricombinare le competenze distintive in processi assistenziali di eccellenza; il processo di pianificazione strategica in un'azienda sanitaria non può quindi prescindere dal riconoscimento del patrimonio delle conoscenze come primaria fonte di ispirazione delle scelte strategiche;
3. *rilevanza dell'autonomia professionale*: l'autonomia e l'orientamento professionale degli operatori [*stakeholder 'interni'*] rende complessa l'implementazione di progetti e piani strategici deliberati dai vertici aziendali in un tessuto organizzativo caratterizzato, quindi, da cultura, valori e sistemi di incentivi del tutto originali; ciò favorisce l'emergere di 'strategie dal basso' rendendo spesso inevitabile il confronto tra orientamenti manageriali e obiettivi settoriali (famiglie professionali) o individuali di sviluppo organizzativo (o professionale/scientifico), che si trovano in potenziale conflitto.

* Direttore generale ASST Valtellina e Alto Lario

Tali riflessioni giustificano la necessità di ricercare il giusto equilibrio, nel processo di formazione della strategia in un'azienda sociosanitaria, tra i vari *stakeholder*. Ciò conduce direttamente a una riflessione sul rapporto esistente tra strategia aziendale e struttura organizzativa: colta la fragilità di ritenere possibile e perseguibile 'una sola' risposta organizzativa vincente, pressoché valida per ogni realtà aziendale, viene accolto lo schema causale del modello situazionale. La logica è quella del se-allora: la risposta, variabile dipendente, diviene funzione della specifica situazione, variabile indipendente, la quale può essere molto differente da caso a caso. Questo è un paradigma di grande impatto per le teorie organizzative, a cui si ispirano diverse scuole di pensiero, facenti capo alla macro-classificazione delle teorie contingenti. In figura 1 si propone un modello generale del sistema organizzativo.

Figura 1. L'approccio sistemico all'organizzazione d'azienda (Rugiadini, 1979).



Tale modello può dirsi:

- *sistemico*, come evidenziato dalle frecce bidirezionali che uniscono i diversi elementi;
- *situazionale*, accogliendo la prospettiva secondo cui la sua determinante principale è la configurazione delle variabili ambientali
- *socio-tecnico*, includendo nelle variabili di contesto tanto quelle variabili tecniche e istituzionali quanto quelle sociali e individuali.

Si noti inoltre come la prospettiva possa dirsi morfogenetica in quanto il rapporto dialettico fra tra attori e sistema è in grado di modificare il sistema e le reazioni possono ridefinire la condizione pre-esistente (nel grafico ciò viene rappresentato da frecce retro-attive).

Questa prospettiva è anche nota nella letteratura manageriale come rapporto tra strategia e struttura. Storicamente, da una posizione originaria di sostanziale indipendenza delle logiche e dei principi di governo delle organizzazioni dalla gestione e dall'attività di interazione con il contesto ambientale che tendevano ad affermare formule organizzative ideali discendenti dalla sola razionalità economica e tecnologica, si è progressivamente passati a privilegiare ipotesi che asserivano gli stretti nessi di condizionamenti reciproci tra strategia e organizzazione.

Secondo Alfred Chandler (1980), si evidenzia un sostanziale rapporto di dipendenza «gerarchica» tra strategia e struttura. Una «nuova» strategia richiederebbe pertanto una «nuova» struttura o almeno il cambiamento di quella esistente, affinché la gestione possa operare massimizzando dinamicamente l'efficienza; lo schema di ragionamento su cui si regge il modello di Chandler può essere riassunto come segue:

- il dinamismo esterno dell'ambiente (in generale) in cui l'impresa opera, vale a dire il dinamismo delle variabili contestuali non controllabili direttamente dall'azienda, richiede una continua revisione degli obiettivi, delle strategie e delle forme assunte dalla struttura organizzativa;
- sulla base della considerazione sub a), si tende allora a osservare la direzione del rapporto strategia-struttura assegnando alla dinamica dell'azione strategica il ruolo di causa della dinamica della struttura organizzativa;
- la struttura, quindi, si evolve subordinatamente al tipo di strategia adottata; la struttura dovrebbe in altre parole seguire la strategia, adattandosi a essa in via strumentale;
- i ritardi con i quali si risponde ai nuovi bisogni e opportunità originati dai cambiamenti ambientali o nell'adeguare la struttura organizzativa alla nuova strategia dipendono dall'abilità di gestire il cambiamento associato e dai possibili fattori inerziali.

In un quadro di dinamismo ambientale e di aumento della complessità si riduce l'efficacia dei processi di pianificazione: l'azienda perde la propria capacità di leggere il futuro e di organizzare le proprie attività in modo coerente e razionale. La struttura organizzativa, con evidenza maggiore al crescere delle dimensioni aziendali, da parametro, modellabile in funzione delle scelte strategiche di volta in volta assunte, diventa vincolo, in grado di condizionare le politiche aziendali. In questa ottica si possono collocare le numerose critiche portate all'impostazione chandleriana volte a rivalutare il peso e l'influenza dell'organizzazione sulle decisioni strategiche. La struttura è individuata come una variabile di fondo all'interno del sistema aziendale: la forma organizzativa non è neutrale nella formulazione delle strategie, ma tende a condizionarle e a limitare le opzioni di scelta. Non bisogna ignorare, in altre parole, il fatto che i mutamenti di struttura possono condizionare la successiva evoluzione della strategia; tali mutamenti organizzativi dovrebbero essere considerati, pertanto, non solo come adeguamenti della struttura in essere a decisioni strategiche già avvenute, ma anche come condizione perché possano verificarsi ulteriori sviluppi strategici adatti ai cambiamenti ambientali che si verificano.

La successiva elaborazione del problema è quella definibile parallela o circolare, secondo la quale il cambiamento organizzativo si pone in una relazione di reciproca interdipendenza rispetto all'assetto strategico-gestionale, imponendo e subendo dunque vincoli decisionali in forma di sequenze a elevato grado di interazione. I condizionamenti posti dalla struttura, quale sede di definizione delle logiche di ordinamento dell'azione, sulla determinazione degli obiettivi e soprattutto delle modalità di comportamento strategico vengono a pieno titolo assunti come variabili sottostanti ai processi decisionali e alle loro verifiche di fattibilità. Essi vengono così a occupare un posto di rilievo nelle fasi analitiche dei processi di pianificazione formale (valutazione dei punti di forza-debolezza, quadro dello scenario interno di riferimento, ecc.). In questa prospettiva, la circolarità del rapporto strategia-struttura si arricchisce di ulteriori passi chiave (profilo-strategia-struttura-processo), all'interno dei quali assume spazio crescente il ruolo dell'ambiente (soprattutto in ordine alla sua rilevanza rispetto ai temi dell'incertezza e della complessità nelle loro varie dimensioni: tecnologica, economica, sociale, ecc.).

Queste brevi considerazioni conducono alla constatazione che la complessità e la multidimensionalità dello scenario attuale non prevedono univocità di risposte. Non esistono percorsi strategici ottimali ma vi è spazio per soluzioni (espressioni strategiche e forme organizzative) differenziate e articolate, che possono essere non sempre compatibili e congruenti tra loro.

2. L'impatto delle variabili esogene e il sistema organizzativo

Dallo schema di Figura 1, emerge la rilevanza del rapporto esistente tra variabili esterne e istituzionali e sistema organizzativo. In particolare, essendo la sanità un settore iper regolamentato, si evidenzia l'importanza dell'impatto del quadro legislativo e regolamentare.

Il caso che si porta qui in evidenza costituisce un esempio reale di quanto la progettazione organizzativa debba trovare un equilibrio con i vincoli determinati da queste variabili, sia in fase di progettazione che di implementazione dell'assetto organizzativo. In particolare, focalizzeremo l'attenzione sul processo che porta alla definizione del Piano organizzativo aziendale e strategico, rappresentato poi graficamente dall'organigramma e dal funzionigramma aziendale. Come dimensione esogena e istituzionale si sono considerati tre provvedimenti:

- le linee guida emesse da Regione Lombardia con deliberazione n. X/ 5113 del 29/04/2016;
- linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU;
- il decreto del ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Il Piano nazionale anticorruzione di ANAC – anno 2016.

Nella definizione del POAS dell'ASST Valtellina le linee guida hanno comportato alcune scelte ispirate ai seguenti principi:

- orientamento alla presa in carico globale della persona, anche attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno e la progettazione e adozione di meccanismi di semplificazione per la persona e la sua famiglia al fine di facilitare l'accesso al livello di cura più appropriato e lo svolgimento di procedure corrette e semplificate;
- lettura trasversale dell'organizzazione, rinforzando processi orizzontali tra i diversi servizi, unità d'offerta e livelli di erogazione atti a garantire alla persona integrazione e continuità delle cure;
- organizzazione della logistica dei beni rendendo disponibile quanto serve nei tempi e luoghi adeguati per garantire efficienza, appropriatezza e puntualità nei flussi di materiali verso i processi primari;
- efficienza produttiva, anche attraverso l'allocazione flessibile delle risorse;
- organizzazione e sviluppo della digitalizzazione e informatizzazione, al fine di rendere disponibili dati e informazioni a supporto della gestione dei percorsi di cura, lungo le varie fasi del processo erogativo, per garantire efficienza, appropriatezza e puntualità;
- sviluppo di funzioni di gestione operativa con il compito di programmare l'utilizzo di risorse secondo modalità funzionali ai processi orizzontali di cura, concordando in modo dinamico con le varie unità erogative la disponibilità di strutture, spazi, attrezzature e risorse umane, sulla base delle rispettive esigenze;
- mappatura e reingegnerizzazione dei processi e analisi dei flussi, in un'ottica di integrazione delle diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria che superi la classica articolazione organizzativa per competenze e preveda la creazione di aree omogenee;
- sviluppo dei processi trasversali, anche mediante l'adozione di un modello a rete, al fine di valorizzare le interconnessioni e i rapporti funzionali tra i diversi dipartimenti e tra le strutture aziendali a essi afferenti;
- sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali, nell'ottica di integrazione tra ospedale e territorio;
- definizione di un'area omogenea dei controlli interni per lo sviluppo di sinergie tra il controllo strategico, di gestione e della qualità.

3. Il modello di funzionamento

Alla luce dei suddetti principi, è stato delineato il modello di funzionamento fondato su alcune leve ritenute essenziali. Prima di tutto il principio di separazione delle funzioni ossia, in attuazione del D.Lgs 165/2001, la separazione tra le funzioni di indirizzo controllo e quelle di gestione. In tal senso, è stato adottato specifico provvedimento che rappresenta la cornice attuativa del principio della distinzione tra atti di governo e atti di gestione e pone in capo al direttore generale gli atti che implicano scelte strategiche, di programmazione, di pianificazione nonché di controllo dell'attività, con conseguente affidamento alla dirigenza, dotata di autonomia gestionale e potere di spesa, di ogni provvedimento di attuazione, oltre all'ordinaria attività istruttoria.

Il secondo concerne il processo di budget quale strumento di programmazione annuale degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse, ossia l'insieme delle previsioni riguardanti la qualità/quantità delle prestazioni e dei servizi da erogare per rispondere ai bisogni di salute, nel pieno rispetto dei vincoli di risorse assegnate. A livello di singola unità organizzativa, il budget rappresenta uno strumento di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi da perseguire e alle risorse da utilizzare. Il conseguimento di tali obiettivi costituisce condizione necessaria per l'erogazione degli incentivi previsti dal sistema premiante. È adottato annualmente il regolamento di budget, nel quale, in modo chiaro e trasparente, sono definite le fasi del processo: programmazione e definizione degli obiettivi strategici ed economici, assegnazione dei budget trasversali ai principali gestori di budget (farmacia, provveditorato, ecc.), assegnazione degli obiettivi ai Dipartimenti Gestionali e ai Centri di Responsabilità, monitoraggio intermedio degli obiettivi e verifica finale e valutazione degli obiettivi. Il processo si avvale del sistema di contabilità analitica quale strumento di riferimento per il governo dell'attività aziendale, attraverso la rilevazione e l'analisi dei ricavi e dei costi, secondo le dimensioni natura/centro di destinazione. L'articolazione dei Centri di Responsabilità e di Costo individua le strutture aziendali assoggettate a rendicontazione analitica.

Il terzo pertiene al sistema di valutazione dell'organizzazione attraverso il ciclo delle *performance* quale strumento fondamentale per l'attuazione del modello organizzativo aziendale e per il miglioramento delle prestazioni; prevede la definizione di obiettivi e indicatori, il monitoraggio degli stessi, la valutazione dei risultati, l'utilizzo dei sistemi premianti, strettamente connesso allo sviluppo delle competenze e delle risorse umane. Le modalità attuative della valutazione della *performance* organizzativa sono descritte nel Piano aziendale della *performance* e nell'attività del Nucleo di Valutazione, nominato con specifico provvedimento. La verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti dai dirigenti spetta ai Collegi Tecnici, in composizione idonea a garantire, da un lato, un obiettivo esame della professionalità e, dall'altro, una complessiva congruità di sistema del procedimento.

Il quarto riguardo il modello per la sicurezza, come delineato dal regolamento aziendale in materia di sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro, prevede una quadripartizione soggettiva dell'obbligo di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, che trova attuazione nella declinazione delle responsabilità del datore di lavoro, dei dirigenti ai fini della sicurezza, dei preposti e dei lavoratori. L'ASST ha, inoltre, previsto un sistema di deleghe secondo l'art. 16 del D.lgs. 81/2008, per garantire l'efficacia del sistema di gestione e l'effettività del dettato normativo. Le funzioni di prevenzione dei rischi e di tutela della salute dei lavoratori sono garantite, secondo un'impostazione metodologica multidisciplinare, privilegiando nella prassi operativa i rapporti di collaborazione e integrazione con gli altri attori del sistema prevenzionale, tra cui in particolare: il responsabile e gli addetti del Servizio di Prevenzione e Protezione, il medico competente, l'esperto qualificato, il medico autorizzato, l'addetto alla sicurezza laser, gli addetti alle emergenze e al primo soccorso e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Infine, con riferimento alla dirigenza, secondo quanto definito dalle disposizioni in materia di anticorruzione di cui alla L.190/2012 e al Piano Nazionale Anticorruzione ap-

provato da ANAC il 6 luglio 2016, l'Azienda ha individuato fra le azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione, la rotazione degli incarichi dirigenziali. Il PNA approvato da ANAC il 6 luglio 2016 dedica un capitolo alla sanità, all'interno del quale si trova la disciplina dei meccanismi di rotazione del personale: «pur nel rispetto del principio di autonomia/responsabilità che caratterizza il sistema aziendale e i suoi sottosistemi, il principio della rotazione deve comunque essere un obiettivo effettivo, documentabile e pertanto verificabile». È importante sottolineare che la rotazione viene considerata come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, è accompagnata e sostenuta da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Occorre porre la massima attenzione nell'applicazione delle disposizioni in materia di anticorruzione cercando di contemperare l'alternanza del personale, particolarmente nelle aree c.d. a rischio corruzione con la garanzia della continuità dell'azione amministrativa, garantendo il costante monitoraggio della rotazione degli incarichi prevista ai sensi dell'art. 1 comma 10 della legge 190/2012 (cd. legge anticorruzione). In linea con quanto definito da ANAC il primo criterio attiene all'individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione. Lo stesso PNA recita «in sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali». Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Da queste considerazioni e unitamente alle riflessioni relative all'analisi delle aree a maggior rischio di corruzione – ovvero con un valore di rischio superiore a 4 nella ponderazione del rischio effettuata a livello aziendale come individuate nel Piano triennale di prevenzione della corruzione – si evince la priorità data alla Direzione Amministrativa nell'applicazione del principio di rotazione. Il secondo criterio la periodicità temporale della rotazione. Quest'ultima avviene di norma, alla scadenza dell'incarico, salve le ipotesi previste dall'art. 16 comma 1, lett. l quater del D.Lgs. n. 165/2001. In tali fattispecie e, precisamente, in presenza di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dirigente o in caso di avvio di procedimento disciplinare, entrambi per fatti di natura corruttiva, ferma restando ogni valutazione in merito alla sospensione del rapporto ai sensi delle vigenti disposizioni contrattuali, il responsabile procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere e al passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto del richiamato art. 16, comma 1, lett. l quater e dell'art. 55 ter comma 1 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. Il terzo criterio definisce le caratteristiche della rotazione, se funzionale o territoriale. L'azienda applica di norma la rotazione funzionale tra uffici diversi. Non è tuttavia da escludere e laddove sussista un'articolazione territoriale dell'ufficio anche la rotazione territoriale, nel rispetto delle garanzie accordate dalla legge in caso di spostamenti di questo tipo. Sull'argomento ANAC è intervenuta evidenziando come la rotazione territoriale possa essere scelta dall'amministrazione ove la stessa sia più funzionale all'attività di prevenzione e non si ponga in contrasto con il buon andamento e la continuità dell'attività amministrativa. Applicando questi principi nell'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, si è scelto di operare un investimento formativo sulla *middle class* individuata nei quadri

intermedi, ossia le posizioni organizzative, e il gruppo dei neo dirigenti amministrativi, istituendo un percorso triennale di formazione in management in collaborazione con una prestigiosa università lombarda. Il percorso ha consentito di porre le basi per effettuare la rotazione della dirigenza amministrativa che ha trovato le basi nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico triennale, approvato da Regione Lombardia il 29 marzo 2017. Al termine del suddetto percorso formativo, si è ritenuto che la *middle class* avesse maturato competenze e autonomie gestionali adeguate a supportare la dirigenza aziendale apicale riposizionata a seguito della rotazione. All'esito del processo di cui sopra, è stata effettuata la seguente rotazione, con conseguente ridefinizione dei contratti individuali di lavoro:

1. il dirigente responsabile del Controllo di Gestione assume l'incarico di responsabile delle Risorse Umane;
2. il responsabile dell'Ufficio Provveditorato ed Economato assume l'incarico di responsabile dell'Ufficio Tecnico;
3. contestualmente il direttore amministrativo assume, temporaneamente, la dirigenza dei due uffici vacanti in attesa del reclutamento, attualmente in corso, di nuovi dirigenti, che consentiranno il completamento del processo di rotazione.

Le prime valutazioni in ordine a questo processo riorganizzativo sono estremamente positive in quanto si è dato impulso a un'innovazione complessiva, legata ai nuovi stimoli, anche per i collaboratori, che la dirigenza nei nuovi ruoli ha potuto esprimere.

4. Il modello organizzativo

In questo contesto, è stato disegnato il modello organizzativo che fonda la sua essenza su due poli, quello ospedaliero, affidato al direttore sanitario, e quello territoriale, affidato al direttore sociosanitario; per entrambi i Poli è confermata l'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di gestione, seppure con un complessivo ridisegno dei dipartimenti gestionali che ora prevede:

- 1 Dipartimento Amministrativo attribuito al Direttore Amministrativo;
- 4 Dipartimenti attribuiti al Direttore Sociosanitario – di Attività Territoriali, di Fragilità e Cronicità, Materno Infantile, di Salute Mentale e Dipendenze;
- 4 Dipartimenti attribuiti al Direttore Sanitario – di Chirurgia, di Emergenza e Accettazione, di Medicina, dei Servizi Clinici. È altresì istituito il Dipartimento funzionale Oncologico.

Il modello adottato per il Polo Ospedaliero prevede una progressiva riduzione delle unità operative con istituzione, in linea generale, di un'unica Unità Operativa Complessa per ogni specialità, per consentire l'omogeneizzazione delle procedure e dell'offerta prestazionale. In tale prospettiva, l'Unità Complessa, pur avendo sede in un Presidio, svolge la sua funzione trasversalmente anche attraverso l'attribuzione alla stessa di unità operative semplici dislocate sugli altri Presidi Ospedalieri dell'Azienda.

Le scelte organizzative si sono uniformate ai vincoli organizzativi definiti dalla normativa ministeriale e regionale vigente e hanno sancito la riorganizzazione della rete d'offerta attraverso la riconversione, trasformazione o riqualificazione di posti letto all'interno di una stessa area omogenea, concentrando le attività per accentrare i volumi e la casistica nel rispetto delle indicazioni di cui al DM 70/2015 e alle linee guida regionali, per quanto applicabili alla particolare dislocazione territoriale dell'Azienda.

L'assetto proposto, tanto più rilevante in considerazione della caratterizzazione montana del territorio dove l'Azienda opera, ha puntato a una definizione dei Presidi che contemperasse la necessità, da un lato, di ottimizzare i risultati in tema di appropriatezza ed efficacia degli interventi, dall'altro, di promuovere sinergie organizzative sostenibili.

Quanto sopra, al fine di proporre, in risposta ai bisogni di salute del territorio, filiere di attività specialistiche, che consentissero un utilizzo razionale ed efficiente delle risorse assegnate e la riduzione di sovrapposizioni e di duplicazioni di attività della rete di offerta ospedaliera. In coerenza con ciò, si sono caratterizzati i Presidi individuando la struttura *hub* aziendale quale struttura orientata prioritariamente, ma non esclusivamente, al trattamento delle acuzie e delle urgenze-emergenze. Tale struttura principale è integrata dai presidi ospedalieri di minore dimensione che assicurano un'offerta completa di prestazioni sanitarie, a media e bassa intensità, concorrendo allo sviluppo della rete ospedaliera in integrazione con quella territoriale. Si è individuato il Polo riabilitativo aziendale e si è attivata una sperimentazione sul Presidio Ospedaliero di Morbegno, che viene trasformato in Presidio Ospedaliero Territoriale vocato a sede della 'gestione' della cronicità.

Il Polo territoriale intende realizzare gli obiettivi propri della presa in carico globale e integrata della persona e della sua famiglia, dando avvio all'istituzione dei Presidi Socio-sanitari Territoriali (PreSST). Il PreSST si caratterizza come luogo di erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie in cui si realizza la presa in carico dei bisogni dei cittadini, con una particolare attenzione alle persone in condizione di cronicità complessa e a quelle fragili o non autosufficienti e delle loro famiglie. Garantisce la collaborazione fra le diverse strutture territoriali e ospedaliere nella formulazione degli obiettivi di salute e benessere del territorio, anche in collaborazione con i Servizi Sociali di competenza degli enti locali.

Il PreSST eroga i LEA distrettuali e quelli eventualmente aggiuntivi della Regione, l'insieme delle prestazioni dovute per l'area consultoriale e per le dipendenze, le prestazioni ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità; effettua la valutazione multidimensionale (VMD) e la definizione dei piani assistenziali individualizzati (PAI), l'attività vaccinale, la fornitura di protesi e ausili. Sono di norma collocate presso i PreSST anche le attività di medicina legale, ivi comprese quelle per l'accertamento dell'invalidità civile, e l'assistenza sanitaria primaria.

In fase di prima attuazione, sono identificati 8 PreSST, a gestione diretta della ASST, che operano a favore di una popolazione coincidente con quella degli Ambiti Territoriali di programmazione sociale ex Legge n. 328/2000. Ai fini dell'organizzazione delle attività sono identificate per ogni PreSST le aree geografiche di riferimento, per una popolazione tendenzialmente ben definita, fermo restando la possibilità, su richiesta del cittadino, di accesso ad altri PreSST.

Tabella 1. PreSST di competenza ASST della Valtellina e dell'Alto Lario

PreSST	Indicativa area geografica di riferimento
Menaggio	Ambito Territoriale ex L. 328/2000 Menaggio
Dongo	Ambito Territoriale ex L. 328/2000 Dongo
Chiavenna	Ambito Territoriale ex L. 328/2000 Chiavenna
Morbegno	Ambito Territoriale ex L. 328/2000 Morbegno
Sondrio	Ambito Territoriale ex L. 328/2000 Sondrio
Tirano	Ambito Territoriale ex L. 328/2000 Tirano
Bormio	Ambito Territoriale ex L. 328/2000 Bormio
Livigno	Ambito Territoriale ex L. 328/2000 Bormio

5. Conclusioni

L'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario ha inteso rispondere al bisogno di integrazione e continuità delle cure sviluppando un modello di Azienda che punta a garantire tutte le attività e i servizi della filiera erogativa, attraverso il Polo Ospedaliero e la Rete Territoriale, che rappresentano, pertanto, la cornice organizzativa entro la quale ricomporre un ambito unitario di erogazione più funzionale ai bisogni delle persone e delle loro famiglie. Il fulcro di questo modello organizzativo è una modalità di lavoro per processi orizzontali che integra e completa la classica articolazione organizzativa basata su discipline, competenze e attività. Attraverso la gestione di processi orizzontali, viene data maggiore enfasi alla multidisciplinarietà, alla multidimensionalità dei bisogni consentendo un superamento sia dei tradizionali confini ospedalieri degli interventi in acuzie o in elezione sia della separazione tra ambiti sanitari, sociosanitari e sociali.

Capitolo 10

Sanità e nuove sfide

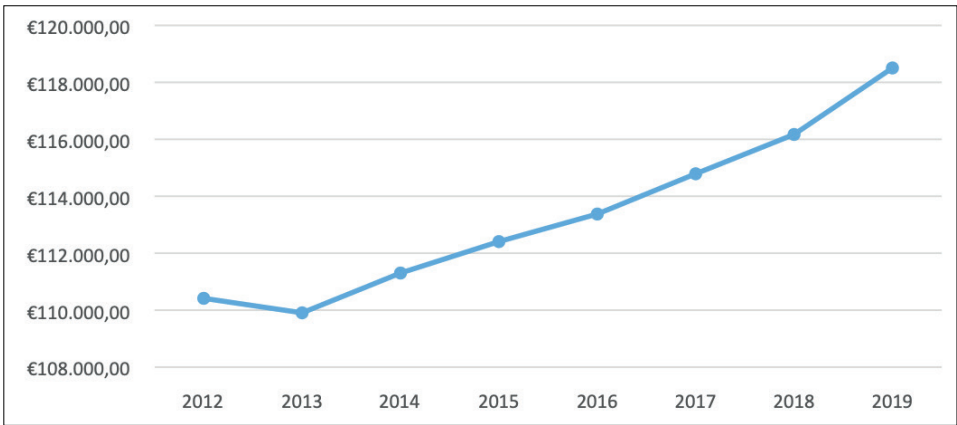
Matteo Stocco*, Roberto Calia**

Partendo dall'analisi economico-finanziaria del Sistema Sanitario Nazionale e da un breve riferimento normativo, passando per un approfondimento dei processi tipicamente aziendali di strategia e sviluppo e della natura competitiva dell'uomo che contraddistingue l'agire quotidiano, cercheremo di dimostrare come esista una strada virtuosa da percorrere nella organizzazione e programmazione delle strutture sanitarie pubbliche, per mantenere lo straordinario patrimonio del nostro sistema sociosanitario universalistico.

1. L'andamento della spesa sanitaria pubblica

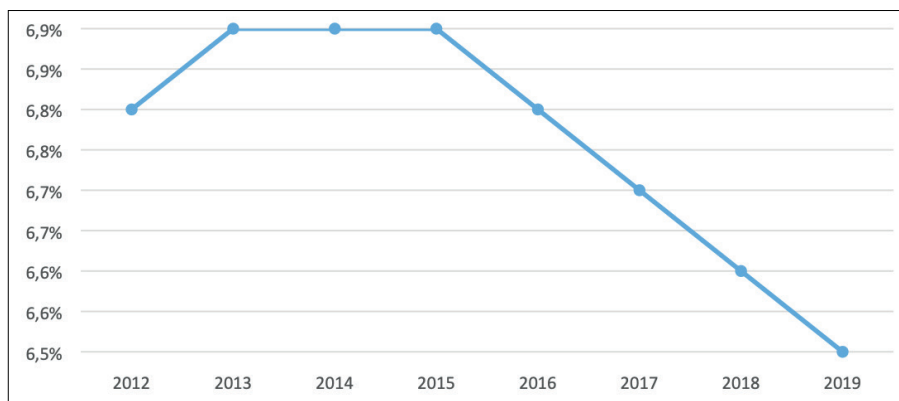
Per valutare correttamente i dati della spesa sanitaria pubblica nel nostro Paese è necessario rapportare la spesa totale in valore assoluto al PIL nazionale. Se dal grafico della Figura 1 è possibile vedere una chiara crescita del valore, rapportando la spesa al PIL diventa evidente il trend che si sta seguendo: un calo costante previsto fino al 2019.

Figura 1. Spesa sanitaria pubblica (miliardi).

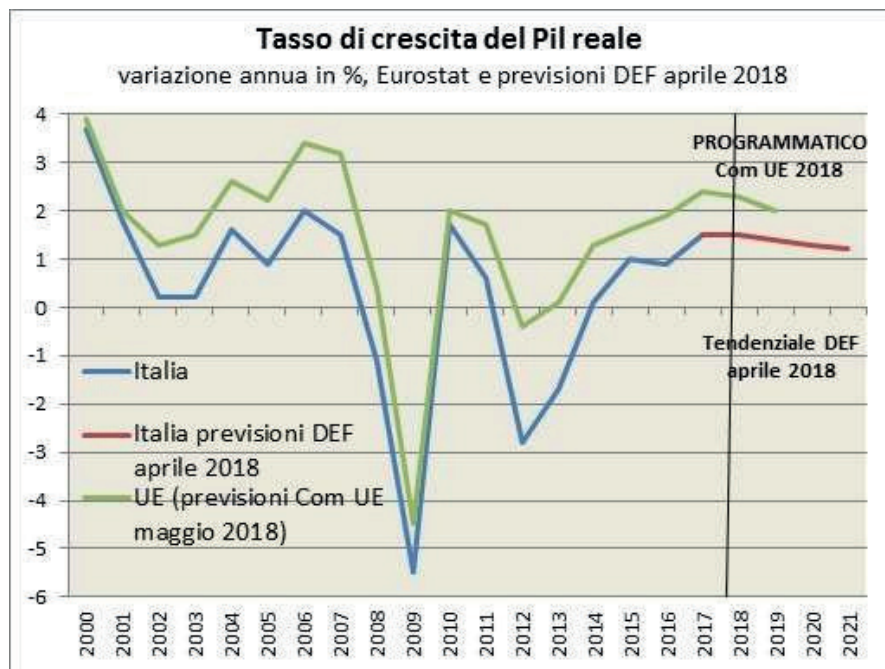


* Direttore generale ASST San Gerardo

** Dirigente psicologo, già direttore sociale Asl Monza e Brianza

Figura 2. Spesa sanitaria in % di PIL.

Ancora più complesso risulta immaginare una inversione di tendenza sul tema degli investimenti, analizzando le stime di crescita del PIL e della spesa pubblica nel confronto con quello della UE nel suo complesso.

Figura 3. Tasso di crescita del PIL reale (Elaborazione DIPE su dati Eurostat, Istat, Commissione europea e sui dati tendenziali del DEF di aprile 2018).

L'andamento della spesa pubblica, risulta in decisa contrazione, in linea con la riduzione degli investimenti in sanità e alla riduzione costante delle risorse umane.

Figura 4. Spesa delle amministrazioni pubbliche in % del PIL (Elaborazione DIPE su dati Istat, Banca d'Italia e sui dati tendenziali del DEF di aprile 2018). Nota esplicativa: La spesa delle Amministrazioni pubbliche è sia nel suo complesso che al netto del pagamento di interessi passivi sul debito pubblico e della spesa in conto capitale (spesa corrente primaria).



Le risorse economiche sottratte negli ultimi 5 anni, con le diverse misure di finanza pubblica, nel periodo 2010-2018, sono prossime ai 40 miliardi di euro. Riferendosi ai finanziamenti programmati dai Documenti economico-finanziari (DEF), ai fondi assegnati dalle Leggi di Bilancio, ai tagli e contributi alla finanza pubblica a carico delle Regioni, i numeri parlano chiaro:

- le manovre finanziarie relative al periodo 2010-2015 hanno sottratto al SSN una cifra compresa tra i 25 miliardi (secondo il Governo) e i 30 miliardi di euro (secondo le Regioni);
- l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica nel periodo 2015-2019 ha determinato, rispetto ai livelli programmati, una riduzione cumulativa del finanziamento del SSN di 12,11 miliardi di euro;
- nel corso dell'ultima legislatura il finanziamento nominale è aumentato di quasi 7 mi-

liardi: dai 107,01 del 2013 ai 114 miliardi del 2018, di cui sono “sopravvissuti” solo 5,968 miliardi di euro;

- il finanziamento pubblico tra il 2010 e il 2017 è cresciuto in media dell'1% annuo in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,19%;
- il rapporto spesa sanitaria/PIL è precipitato dal 7,1% del DEF 2013 a percentuali mai viste con il DEF 2018: 6,6% per il 2018, 6,4% per il 2019 e 6,3% per il 2020 e 2021.

Nel sacrosanto rispetto dei vincoli di finanza pubblica e con i conti della sanità finalmente in ordine, tutti questi interventi pesano come un macigno sul cuore di un SSN che inizia a mostrare segni inequivocabili di debilitazione. Infatti, non solo si è indebolito il sistema di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, aumentando le difficoltà di accesso alle cure e le disuguaglianze, ma l'Italia è progressivamente retrocessa nel confronto con gli altri Paesi:

- siamo poco al di sotto della media OCSE (8,9% vs 9%) nella percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale, ma fanalino di coda insieme al Portogallo tra i Paesi dell'Europa occidentale, con progressivo avvicinamento ai livelli di spesa dell'Europa orientale;
- con una spesa pro capite totale inferiore alla media OCSE (\$ 3.391 vs \$ 3.978) siamo in pole position tra i Paesi ‘poveri’ dell'Europa: Spagna, Slovenia, Portogallo, Repubblica Ceca, Grecia, Slovacchia, Ungheria, Estonia, Polonia e Lettonia;
- dal 2000 al 2016 la spesa pubblica in Italia è aumentata del 71% con incremento medio percentuale annuo del 4,44%, che ci posiziona in fondo alla classifica OCSE, precedendo solo Islanda, Portogallo, Israele e Grecia;
- se nel periodo 2000-2007 la spesa sanitaria pubblica è aumentata del 45% (vs media OCSE 59%), nel 2008-2016 l'incremento è stato dell'8% (vs media OCSE 33%): peggio di noi solo Portogallo (+6%) e Grecia (-23%).

2. I richiami costituzionali

L'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana recita:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Preservare l'attuale modello di gestione del servizio sanitario a finanziamento prevalentemente pubblico e di tutelare il principio universalistico su cui si fonda la Legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), resta un dovere imprescindibile per ogni cittadino italiano.

La carta costituzionale sul tema della universalità della cura non pone evidentemente

dubbi circa un mantenimento efficace ed efficiente del servizio pubblico, senza sollevare limitazioni al ricorso alle convenzioni con soggetti privati profit o no-profit, ma in un contesto di chiara riduzione delle risorse diventa necessario e improrogabile rivedere dall'interno le strategie di sviluppo, attingendo a esperienze virtuose, anche al di fuori del settore di riferimento.

3. La gestione strategica

La strategia d'impresa (o *strategia aziendale*) si riferisce al processo attraverso il quale la gestione aziendale pianifica scelte di tipo commerciale, operativo o finanziario, tenendo conto sia dell'ambiente di riferimento sia delle risorse a disposizione, per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti. Secondo Johnson and Scholes per strategia aziendale si intende «la direzione e l'obiettivo di una organizzazione a lungo termine che permette di raggiungere un certo tipo di vantaggio per l'organizzazione attraverso la configurazione delle risorse nell'ecosistema di riferimento al fine di soddisfare le esigenze dei mercati e per soddisfare le aspettative dell'azionista».

Uno degli strumenti chiave per conseguire tale vantaggio è quello della *differenziazione*. Il *vantaggio per differenziazione* è una delle due tipologie di *vantaggio competitivo* individuate da Michael Porter e rappresenta l'obiettivo della strategia di differenziazione. Secondo lo stesso Porter «un'impresa si differenzia dai suoi concorrenti quando fornisce qualcosa di unico, che abbia valore per i suoi acquirenti al di là della semplice offerta di un prezzo basso» (Porter 1985). Affinché dunque un prodotto sia differenziato occorre che sia in qualche modo *unico*, abbia cioè caratteristiche reali o percepite non riscontrabili negli altri prodotti presenti sul mercato, e che tali caratteri abbiano un qualche valore per gli acquirenti, rappresentino qualcosa per cui gli acquirenti siano disposti a pagare. La differenza massima di prezzo che il produttore può in questo modo 'imporre' viene chiamata *premium price*. Il *premium price* è inteso come:

- maggiore prezzo che il cliente è disposto a pagare rispetto al prezzo dei concorrenti;
- maggiore quantità di prodotto acquistata dal cliente (es. acquisto di 2 confezioni del prodotto);
- maggiore fedeltà, intesa come costanza degli acquisti del cliente nel tempo.

È quindi importante notare come:

- l'unicità in quanto tale non porti alla differenziazione se non ha un qualche valore per l'acquirente. Secondo Porter infatti: «le imprese sono spesso differenti ma non differenziate, perché perseguono forme di unicità cui gli acquirenti non apprezzano» (Porter 1985);
- la differenziazione, anche se include in sé la qualità, è un concetto molto più ampio.

La differenziazione consente dunque all'impresa di:

- imporre un *price premium* (od ottenere la preferenza a parità di prezzo);
- acquisire benefici equivalenti (ad esempio una maggiore fedeltà da parte dei clienti).

Si ha un vantaggio di differenziazione quando il *premium price*, o il valore connesso con i benefici equivalenti collegati alla differenziazione, supera i costi connessi, in via diretta o indiretta, alla differenziazione.

Lo stesso Porter ha sottolineato a più riprese l'importanza per il brand del cosiddetto vantaggio di differenziazione, ovvero la capacità dell'impresa di offrire un prodotto unico, dotato di caratteristiche non riscontrabili negli altri prodotti presenti sul mercato. Una strategia di differenziazione si pone proprio l'obiettivo di far percepire il prodotto differente, adattandolo allo stesso tempo alle caratteristiche richieste dal target di riferimento. La strategia di differenziazione, in questo senso, dovrà tenere conto sia delle qualità del prodotto e della sua unicità rispetto alla concorrenza, sia della domanda di mercato, adattandola alle diverse esigenze dei clienti per dare la percezione costante di un valore unico del prodotto. Naturalmente, la strategia di differenziazione può essere applicata, oltre che al prodotto o al servizio offerto dall'azienda, anche al brand stesso, ai suoi valori, all'immagine e alla cultura aziendale. Una strategia di differenziazione efficace dovrà essere necessariamente fondata sull'esaltazione delle qualità uniche offerte dal prodotto e che lo rendono unico rispetto a quello dei concorrenti. Un valore che dovrà costantemente essere comunicato al target di riferimento attraverso campagne mirate in grado di far acquisire la percezione della differenza. Per avere successo in questo sforzo costante di far percepire il valore che rende unico e inconfondibile il brand, l'azienda dovrà tenere sempre in considerazione il suo posizionamento strategico, ossia qual è il target a cui ci si rivolge, quali sono le sue esigenze e come il brand viene percepito.

4. L'esigenza di una strategia aziendale in sanità

Le politiche di *spending review* hanno fatto emergere una pressione crescente sulla capacità delle aziende sociosanitarie di migliorare l'efficienza, attraverso percorsi di razionalizzazione dei costi e, in generale, di ottimizzazione dei processi produttivi. In un contesto a risorse economiche in continua contrazione, la soluzione necessaria è legare insieme i processi di organizzazione aziendale, alla riduzione degli sprechi e alla razionalizzazione dei costi, in particolare i costi opportunità. Il controllo dei processi non significa solo risparmiare in termini economici, ma soprattutto sfruttare al meglio le risorse pubbliche a disposizione ed evitare sprechi garantiti dall'alibi di operare in un sistema definito, con fare intimidatorio, troppo complesso e caotico. I più recenti atti normativi e amministrativi che confermano la tendenza in diminuzione del finanziamento in sanità in ordine temporale sono:

- il DM "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale", datato giugno 2017, che riduce il finanziamento pubblico del SSN di € 423 milioni per l'anno 2017 e di € 604 milioni per l'anno 2018 e successivi;

- la nota di aggiornamento al DEF 2017 che prevede un'ulteriore riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2017 al 6,3% nel 2020;
- la Legge di Bilancio 2018 che non prevede alcun incremento del fondo sanitario nazionale;
- il DEF 2018 che conferma la progressiva riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL, estendendo al 2021 il 6,3% già stimato per il 2020.

Il *manager* d'azienda, di fronte a tali dettati normativi, prende atto del quadro complessivo di riferimento, non cede al pessimismo e adegua la sua strategia.

L'approccio più semplicistico, nell'ambito del SSN, è un'indiscriminata e lineare riduzione dei costi totali. Ciò contrasta evidentemente con alcuni di trend attuali quali l'aumento della vita media, l'aumento nelle richieste di servizi socioassistenziali, l'aumento degli accessi impropri in pronto soccorso, solo per citarne alcuni. Poiché non si può però agire nel medio periodo sulle variabili esogene ed epidemiologiche, l'opportunità è la ricerca degli sprechi e delle inefficienze nelle strutture sanitarie dovute alle cattive pratiche gestionali e organizzative.

Obiettivo del paragrafo è, pertanto, definire una linea guida, con degli esempi pratici, per il miglioramento critico nella gestione delle *operazioni* di un'azienda sanitaria finalizzato a competere in un ambiente con risorse limitate.

La legge di Pareto, ingegnere, sociologo ed economista, indica di aggredire *in primis* le attività a maggiore consumo di risorse per ottenere benefici più efficaci. Nell'organizzazione delle aziende sociosanitarie, le sale operatorie rappresentano l'attività primaria, non solo dal punto di vista della rilevanza economica delle prestazioni prodotte, ma anche per il costo annuale di mantenimento, caratterizzato dalla prevalenza di costi fissi che possono superare il 70%. Considerata l'incomprimibilità di tali costi, il miglioramento dell'efficienza organizzativa iso-risorse si traduce o in aumento del livello del servizio al paziente o di produzione di servizi sanitari o, nel migliore dei casi, in entrambi.

Il funzionamento dell'attività chirurgica implica inoltre, l'utilizzo di *asset* produttivi critici ad alto valore, tra cui i posti letto in terapia intensiva post-operatoria, i posti letto in reparto, le equipe infermieristiche e mediche, le strumentazioni e le apparecchiature elettroniche.

I fattori critici di efficienza correlati al percorso chirurgico, molti dei quali notissimi in letteratura (Macario 2006), presi in considerazione, sono:

- indice di puntualità di ingresso in sala operatoria del primo paziente;
- ritardo di ingresso del primo paziente, espresso in ore;
- tasso di saturazione della seduta operatoria;
- indice di interventi rinviati per errore di programmazione.

Un dato su tutti è indicativo della bontà della strategia, il bilancio di esercizio. Poiché il bilancio rappresenta la descrizione delle entrate e delle uscite di un'azienda, raggiungere un equilibrio o *surplus* di bilancio è l'obiettivo ultimo della gestione. Resta inteso che, per una azienda che offre servizi di pubblica utilità, la qualità e quantità delle cure, per

motivi etici oltre che costituzionali, sono considerate ipotesi di base. La ASST di Monza nell'anno 2017 ha conseguito un risultato di bilancio in utile, ed è in procinto di mantenere anche per il 2018 un sensibile incremento di produzione, mantenendo il pareggio di bilancio, senza ripiano, ovvero raggiungendo per il secondo anno consecutivo crescita e riduzione dei costi di produzione. Il risultato positivo è stato ottenuto attuando il controllo dei processi produttivi e attuando opportune strategie aziendali volte a incrementare la produzione investendo nei settori ad alta specialità, soprattutto in ambito chirurgico e riducendo in modo continuo le inefficienze e gli sprechi. Il conto economico nel 2017 ha dimostrato, infatti, il sostanziale azzeramento della quota regionale di finanziamento 'FSR indistinto' con un risultato di esercizio positivo, in pre chiusura, di circa 2 milioni di euro.

Le principali azioni di ottimizzazione dei processi organizzativi nella ASST di Monza, nel triennio 2016-2018, sono state:

- il sistema di programmazione delle sedute operatorie digitale per la pianificazione strategica, tattica e operativa, grazie al quale gli interventi rinviati per inefficienza organizzative si sono ridotti dal 5% al 1%;
- la sincronizzazione delle risorse produttive coinvolte nell'attività chirurgica basata sui principi industriali del taylorismo: il sistema permette di conoscere i volumi di produzione delle sale operatorie e di sincronizzare le attività a monte e a valle (pre ricovero, posti letto ordinari e di terapia intensiva, materiali di consumo, trasporti pazienti);
- la gestione dinamica digitale delle urgenze: il sistema dinamico assegna automaticamente le priorità in sala urgenza su criteri condivisi ed espone i dati in tempo reale permettendo la presa in carico dei pazienti urgenti;
- la *timeline* per logistica e la tracciabilità automatica del paziente: il sistema traccia il percorso del paziente (da accettazione ricovero, a reparto, a blocco operatorio, a sala operatoria, a terapia intensiva o ritorno in reparto), in tempo reale. Si tratta anche di una delle prime implementazioni organiche in aziende sanitarie pubbliche dell'Internet of Things, tramite tecnologia BLE (Bluetooth Low Energy e Beacon) con strumenti *wearable*. Comprensibilmente la sanità privata è già più avanti nella realizzazione di progetti di *tracking*;
- la prenotazione di posti letto in terapia intensiva post-operatoria, chiamato internamente *booking tipo*, con la quale i rinvii di interventi per mancanza di posti letto si sono ridotti dal 30% al 3%.

La *lean production* o produzione snella è una filosofia gestionale che include principi, metodi e tecniche per la gestione dei sistemi e dei processi orientati ad aumentare il valore e a ridurre sistematicamente gli sprechi, in un processo continuo e ha avuto numerose applicazioni di successo in sanità.

Se le risorse diminuiscono, la gestione deve farne i conti e deve ottenere gli stessi livelli di produzione con meno tempo, meno spazio, meno sforzo, meno personale, meno apparecchiature e, soprattutto, meno sprechi. Il principale degli sprechi per un'azienda di servizi è il tempo.

Dichiara Henry Ford nel 1926: «perdere tempo differisce dallo spreco materiale nel

fatto che non c'è possibilità di recuperare. È il più semplice tra tutti gli sprechi e il più difficile da correggere, perché il tempo non si accumula sul pavimento come gli sprechi di materiale». Affermazione particolarmente vera e appropriata in un'azienda sanitaria.

La filosofia *lean* prevede che il valore sia solo quello che il cliente è disposto a pagare, il resto si configura come spreco. Come un posto letto non occupato o una sala operatoria attrezzata, tenuta vuota e non valorizzata. Proprio il valore, definito da Porter (2010) come il «ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità», risulta dal rapporto tra *outcome* di salute rilevanti per il paziente e costi sostenuti. L'*outcome* clinico, interessato da diverse interpretazioni e linee di pensiero, si declina in alcuni sistemi sanitari regionali, tra cui la Lombardia, in obiettivi per le aziende pubbliche, correlati a indicatori di esito diffusi da AGENAS (tra gli altri: tempi di attesa, riduzione della mortalità, riduzione delle complicanze, miglioramento della qualità di vita, riduzione del dolore).

Il rapporto GIMBE 2018 (Cartabellotta *et al.* 2018), seppure al centro di numerosi dibattiti sul metodo di calcolo, che esulano dallo scopo del presente documento, stima nel 2017 gli sprechi e inefficienze a € 21,59 miliardi sul totale di € 113,599 miliardi di spesa sanitaria pubblica, con un margine di variabilità ($\pm 20\%$). L'impatto complessivo degli sprechi stima sia stato ridotto di 1 punto percentuale (dal 20% delle stime OCSE al 19%) con un recupero stimato di oltre € 1,3 miliardi nel 2017.

Tra i principali sprechi il rapporto annovera il sovra-utilizzo di servizi, prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate, le frodi e gli abusi, gli acquisti a costi eccessivi, il sottoutilizzo di servizi, la burocrazia o complessità amministrativa, la non appropriatezza dell'assistenza dovuta sia alla medicina difensiva sia alle logiche di finanziamento basate sulla produzione e non sul bisogno.

In letteratura, per definire gli sprechi, si fa riferimento alla definizione di Taiichi Ohno, pietra miliare del sistema di produzione della Toyota, secondo cui «gli sprechi sono generati da attività che consumano risorse senza generare valore» (Ohno 1995). In sanità, dunque, tutti i processi (clinici, organizzativi, amministrativi) che non migliorano la salute delle persone generano sprechi. Gli sprechi sono sia le risorse consumate da attività senza valore, sia i costi evitabili utilizzando alternative meno onerose a parità di risultati. Il rapporto OCSE (OECD Health Statistics 2017) calcola nel 20% il totale degli sprechi potenzialmente recuperabili della spesa sanitaria su un *panel* di Paesi con sistemi sanitari e PIL diversi.

Tenendo buona tale percentuale, l'ente di rilievo internazionale certifica che il sistema Italia e a cascata un'azienda sanitaria, indipendentemente dalla sua dimensione assoluta, può ridurre o riqualificare del 20% i costi. Il costo opportunità in economia è il costo derivante dal mancato sfruttamento di un'opportunità in caso di alternative di investimento o, riferendoci allo scopo del presente documento, di utilizzo. Non si tratta di una voce di costo immediatamente visibile nei bilanci, ma è rappresentato dagli *outcome* sanitari raggiungibili utilizzando le stesse risorse in altro modo. È su questo che i decisori sanitari dovrebbero puntare piuttosto che sulla riduzione indiscriminata e lineare della spesa. Con costo opportunità s'intende una capacità installata, ma non utilizzata, pertanto misura l'investimento in risorse che rimangono 'ferme' e non sono consumate, negando il valore economico che avrebbero generato se utilizzate a pieno.

La rete *wifi* del mio appartamento, con una quantità di dati non consumati, e non condivisa con l'esterno per gelosia, è un esempio di spreco o di *share economy* al contrario. Paghiamo uno scambio in entrata e uscita di *gigabyte* non consumati e il nostro vicino farà altrettanto. Il vestito buono tenuto in armadio per anni per paura che si consumi, fino a diventare fuori moda, è un investimento non utilizzato, come la suola delle scarpe nuove tenute in scarpiera. Il boeing 747 che viaggia con la metà dei passeggeri per cui è capiente rappresenta un costo opportunità. Se 200 dei 400 posti disponibili sono vuoti, i passeggeri fortunati viaggeranno più comodi e con più spazio nelle cappelliere, ma, ipotizzando un valore medio di € 100 a biglietto, la compagnia aerea avrà un costo opportunità di € 20.000. Pertanto si ha un costo opportunità quando si investe in qualcosa che non si usa.

Lo stesso principio deve guidare la gestione delle aziende sanitarie. Se la sala operatoria, completa di attrezzature e personale, può sostenere 12 ore di interventi chirurgici e la impiego solo per 6, avrò un risparmio di protesi o materiale di consumo, ma il risultato sarà analogo a quello del boeing 747 semivuoto. Se utilizzo una risonanza magnetica, magari di ultima generazione a 3 Tesla, solo di mattina, di pomeriggio risparmierò il costo del personale, ma ho comunque sostenuto un investimento milionario per l'acquisto, che è rappresentato da costi fissi (ad esempio di manutenzione) e dalla quota annua di ammortamento. I costi fissi e di ammortamento rappresentano la capacità produttiva delle risorse che se utilizzate rinunciano alla possibilità di offrire servizi sanitari, generando spreco o costo opportunità. Non è immediatamente visibile sul bilancio, si scriveva, ma lo è per il paziente in coda in attesa che si attivi la macchina, la sala operatoria o si apra lo sportello del CUP. L'obiettivo di una riduzione degli sprechi del costo opportunità è di recuperare risorse da investire per aumentare e migliorare l'offerta di servizi.

Quali applicazioni pratiche?

Un approccio mirato alla puntualità d'ingresso in sala operatoria è predominante per diversi motivi. Prima di tutto la facilità nella misurazione dei dati di puntualità d'ingresso in sala e di ritardo medio e cumulato. Gli applicativi gestionali informatici di ultima generazione consentono di disporre dei dati in tempi e costi contenuti. Secondariamente influisce a cascata su tutta la filiera organizzativa dell'attività chirurgica giornaliera. Un ritardo a inizio seduta operatoria significa spostare in avanti tutte le attività programmate con costi (opportunità) per la struttura.

Misurare la puntualità d'ingresso in sala del primo paziente e diffonderne i risultati tra gli attori coinvolti, secondo il principio d'indeterminazione di Heisenberg, influenza positivamente gli operatori coinvolti, con risultati immediati. Misurare l'indicatore di puntualità e individuare le cause permette di eliminarle in modo duraturo. Tra le principali motivazioni si annoverano:

- la mancanza di posto letto, se il paziente è ricoverato il giorno dell'intervento;
- il paziente non pronto per esami di accertamento in corso;
- il trasporto inefficiente del malato;

- il ritardo di membri dell'equipe;
- la strumentazione non pronta,
- la sala fisica non pronta.

L'obiettivo è di massimizzare l'indice di puntualità, calcolato come:

$$\frac{\text{Numero Primi interventi iniziati entro le ore 8.00 (ora stabilito di ingresso in sala)}}{\text{numero totale di primi interventi di mattina}}$$

Contemporaneamente ridurre il tempo medio (oltre che cumulato) di ritardo nell'ingresso in sala, calcolato come:

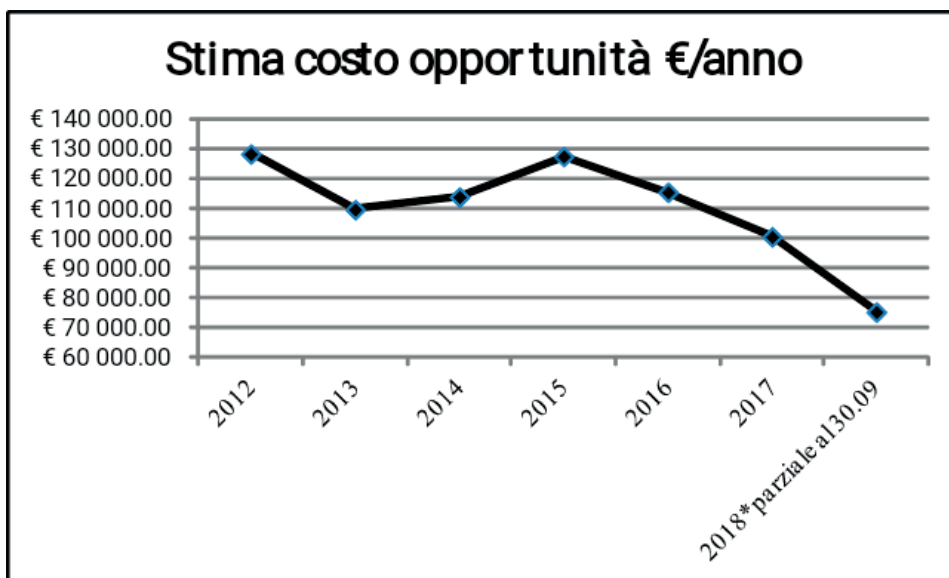
$$\frac{\Sigma (\text{ora ingresso in sala } 1^{\circ} \text{ paziente in ritardo} - \text{target inizio seduta ore 08.00})}{\text{numero totale di primi interventi di mattina in ritardo}}$$

Entrambi gli indicatori contribuiscono sostanzialmente all'utilizzo (o saturazione) della sala operatoria. Come noto il tempo non chirurgico di occupazione della sala (preparazione paziente e indizione anestesia, *setup* fra un intervento all'altro, ecc.) è necessario, così come lo è comprimerlo al fine di eseguire il maggior numero d'interventi e massimizzare l'offerta di cura. I tempi di non utilizzo e fermo sala vanno considerati sprechi, non a valore aggiunto, e contrastati efficacemente.

Nel caso della ASST di Monza, l'andamento degli indicatori riportati in Tabella 1 è crescente per l'indice di puntualità e decrescente per le ore cumulate di ritardo d'inizio intervento. Attribuendo una tariffa di 500€/ora, rappresentativa del costo di sala operatoria (dato disponibile dai sistemi di contabilità analitica, con opportuni criteri di calcolo), si evince la riduzione del costo opportunità e la maggiore disponibilità di operare pazienti e, di conseguenza, aumentare la produzione.

Tabella 1. Indicatori efficienza concernenti ASST Monza.

Anno	Percentuale puntualità primi interventi	Numero Primi Interventi in Ritardo	Numero Primi Interventi	Somma ore ritardo primo intervento	Stima costo opportunità
2012	59.6%	1027	2540	257	€ 128.266.67
2013	69.4%	964	3146	219	€ 109.575.00
2014	67.6%	1010	3116	228	€ 113.800.00
2015	65.5%	1085	3149	255	€ 127.408.33
2016	75.3%	794	3212	231	€ 115.400.00
2017	79.9%	631	3141	201	€ 100.458.33
2018* Parziale al 30.09	84.1%	402	2531	150	€ 75.158.33

Figura 5. Stima costo/opportunità per anno.**Tabella 2.** Numero di interventi.

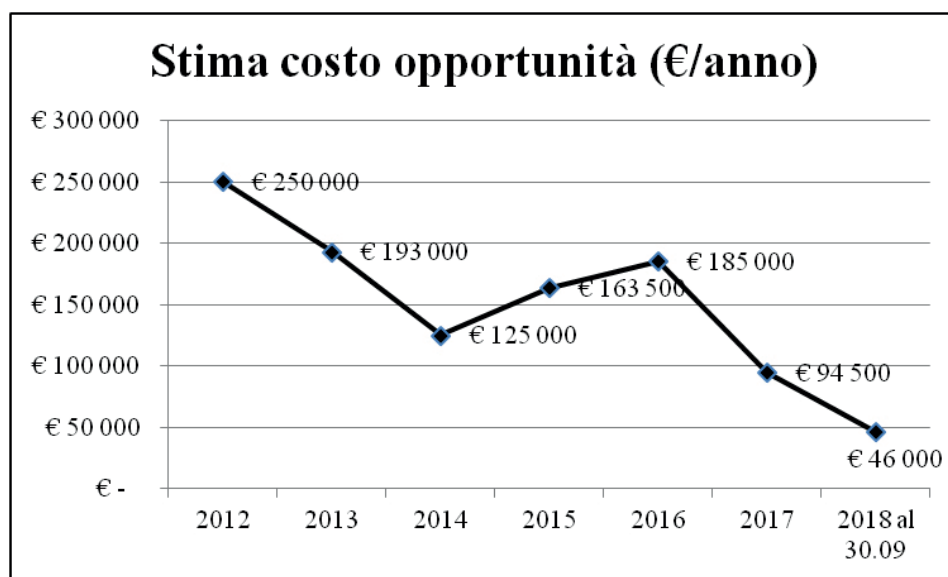
Anno	% interventi non eseguiti	Numero Interventi (solo blocco operatori B-C-D-E escluso urgenze)	Numero Interventi Non Eseguiti	Stima costo opportunità
2012	4.7%	10 208	500	€ 250 000
2013	3.4%	10 959	386	€ 193 000
2014	2.3%	10 587	250	€ 125 000
2015	3.0%	10 449	327	€ 163 500
2016	3.1%	11 379	370	€ 185 000
2017	1.6%	11 625	189	€ 94 500
2018* al 30.09	1.0%	8 855	92	€ 46 000

Iniziare in ritardo un intervento o eseguire una programmazione tattica e operativa errata può portare al rinvio di interventi programmati, ad esempio spostando al giorno seguente l'ultimo paziente in lista operatoria e interferendo con tutta l'organizzazione aziendale. Per ogni intervento rinviato, con una stima conservativa, corrisponde almeno una giornata di degenza aggiuntiva; il paziente con intervento programmato e già ricoverato e soggiorna in ospedale almeno un giorno in più. Ciò corrisponde a un'attività non

a valore aggiunto, ossia a uno spreco. Ripetendo il sillogismo precedente e attribuendo un costo medio di € 500 a giornata di degenza inappropriata, la Tabella 2 e la Figura 6 rappresentano la riduzione del costo opportunità stimato legato alla riduzione d'interventi programmati e non eseguiti.

Le risorse liberate riducendo il ritardo d'ingresso in sala e il numero d'interventi programmati rinviati, oltre a ridurre i costi opportunità, liberano capacità produttiva che permette di rimanere competitivi e di aumentare a parità di risorse l'offerta di cura.

Figura 6. Stima costo/opportunità.



Le riorganizzazioni sono sempre utili?

In coerenza con l'approccio proposto, anche l'ottimizzazione dei processi ha un costo, cui non va attribuito per forza una valenza negativa, e qui sta buona parte dell'abilità del *manager*. Progettare e attuare una riorganizzazione comportano l'assunzione di personale dedicato, ad esempio esperti di economia aziendale o ingegneri gestionali, riunioni, analisi, calcoli, avviamenti. Il beneficio prodotto, per non generare costi opportunità, dovrà coprire i costi della riorganizzazione in termini di *saving* e di livello di servizio al paziente.

Poiché i progetti di realizzazione della riorganizzazione dei processi produttivi possono avere durate diverse, la strategia aziendale deve essere sufficientemente di lungo periodo quanto importanti sono i cambiamenti. In questo modo, il risultato finale lega la riorganizzazione dei processi produttivi e la riduzione degli sprechi, inizialmente con approccio gestionale, e poi economico, tramite la conoscenza dei costi sostenuti e dei costi opportunità, alla strategia e ai risultati attesi aziendali.

5. La competizione insita nell'uomo

*Una rivalità non è necessariamente
una ostilità.*
(Sigmund Freud)

La competizione fa parte della natura. Fattori biologici, culturali e simbolici entrano in gioco in misura diversa e combinata. Possiamo considerare la competizione come combinazione sia di un istinto naturale dell'uomo, sia dell'assetto culturale della società in cui viviamo. Il desiderio di accaparrarsi per sé o per il proprio gruppo un vantaggio o le limitate risorse disponibili (trattasi di cibo, di un partner, di un posto di lavoro, di un premio, di una prima posizione in classifica), sono situazioni che possiamo definire competitive.

Dal punto di vista etimologico, la parola *competere*, dal latino vuol dire andare verso (*petere*) insieme (*cum*), e cioè convergere in un medesimo punto, andando insieme. Questa lettura sembra tranquillizzare, perché generalizza il fine e soprattutto scotomizza la presenza di un possibile avversario.

Nel tentativo di nobilitare la sua creatura, i giochi olimpici, il barone De Coubertin disse che «L'importante è partecipare». Ammesso che ciò sia vero per i giochi olimpionici – ma per molti non lo è affatto! – certamente il motto è destituito di fondamento per quel che riguarda la maggior parte delle altre attività umane, in cui *entra in gioco* la competizione. Vincere è decisivo in politica, nell'economia di mercato, in un concorso e, in larga misura, in ogni vicenda della vita. L'esistenza è di fatto un susseguirsi continuo di cimenti, nei quali il successo è spesso determinato dal fatto di riuscire a ottenere risultati migliori rispetto agli altri.

Alla domanda «Cos'è la competizione?», le risposte si orientano in genere su due schieramenti. Uno fa generico riferimento alla società, ai mercati finanziari, alla politica. L'altro invece la iscrive senza incertezze in una questione personale, che riguarda i rapporti fra le persone. La prima ne fa una faccenda *oggettiva*, l'altra introduce in modo diretto il ruolo della *soggettività* nella questione.

Da qualunque parte la si veda, in termini puramente pratici la competizione tra due soggetti o gruppi rappresenta una condizione in cui il raggiungimento di un obiettivo da parte di uno si associa all'inevitabile sconfitta dell'altro.

La dimensione soggettiva sembra richiamare più specificamente il concetto di rivalità, che ha il suo elemento caratteristico proprio nel coinvolgimento psicologico personale e nella generalizzazione della posta in gioco. Essa esiste soprattutto nella mente dei competitori. Nella rivalità il significato attribuito all'esito della competizione è maggiore del semplice accaparramento di risorse o risultati. In questo caso infatti l'oggetto di contesa è la reputazione o lo status del soggetto o gruppo, e la posta in gioco oggettiva è soltanto un 'pretesto' per scontrarsi e primeggiare sull'altro. Ma cosa trasforma la competizione in rivalità? La rivalità ha origini relazionali, affonda le sue radici nei bisogni profondi individuali e nelle rispettive aspettative proiettate sugli altri. Questo reciproco rispecchiamento porta in modo quasi inevitabile a conflitti nella realizzazione dei rispettivi desideri.

La psicologia dello sviluppo considera competizione, cooperazione e comportamento pro-sociale, le tre modalità sociali con cui un bambino o adolescente fa fronte ai 'compiti

evolutivi', cioè a quegli obiettivi da raggiungere o problemi da risolvere, che deve affrontare quando la sua maturazione incontra le richieste poste dal contesto in cui egli è inserito. A differenza della cooperazione e del comportamento pro-sociale – entrambe strategie di sviluppo con accezione positiva – alla competizione viene attribuito un valore positivo o negativo a seconda dell'interlocutore (inteso qui come entità con cui si interagisce): se si tratta della realtà esterna che impone dei vincoli oppure del Sé con i suoi limiti, la competizione acquisisce valore positivo in quanto è funzionale al riconoscimento di tali limiti, al superamento della frustrazione e all'affermazione di sé e delle capacità personali. Se l'interlocutore è un altro soggetto, se si compete per essere di più dell'altro, alla competizione è dato valore negativo perché fa nascere una vera e propria lotta che può, all'estremo, assumere dimensioni aggressive o addirittura distruttive.

Il significato psicologico della competizione si fonda sull'assunto relazionale che l'esistenza dell'altro è positiva in quanto funzionale all'incontro e allo sviluppo del Sé. In sostanza l'altro non dovrebbe essere visto come qualcuno contro cui lottare o sul quale predominare, ma come opportunità per dare il meglio di sé. Se corro una maratona assieme ad altre migliaia di persone, è perché in questo modo ho la migliore occasione per conoscere i miei limiti e provare ad andarvi oltre. Tanto più gli altri concorrenti saranno bravi, tanto più avrò l'occasione per migliorare me stesso.

Ciò non è sempre vero. Purtroppo, molti bambini e adolescenti sono intrappolati dai modelli educativi nella convinzione che il loro valore dipenda dalle loro abilità; per questi ragazzi, vincere rappresenta una questione di vita o di morte. È come se solo essendo i migliori, solo essendo vincenti, si possa meritare l'amore e il rispetto che cercano.

I ragazzi a cui è stato insegnata questa modalità di misurare sé stessi diventano inevitabilmente adulti guidati dall'ossessione del successo e dal bisogno di prevalere sugli altri. Oppure diventano adulti che vivono male la competizione. Quel che è peggio è che questi adulti, avendo come scopo prevalente quello di raggiungere il successo, si precludono la possibilità di sviluppare altre potenzialità di cui dispongono.

Mentre alcuni sono intrappolati dalla compulsione a vincere, molti di questi ragazzi che hanno subito una forte pressione competitiva all'interno della famiglia e della società, possono diventare adulti che ne prendono le distanze, criticandola pregiudizialmente e ribellandosi contro un modello culturale che dà valore solo ai vincenti e ignora le qualità positive dei mediocri. Questo quindi non sempre vuol dire 'vivere bene la competizione'.

La competizione quindi, interiorizzata negativamente, è caratterizzata da una netta ambivalenza; finisce così con il divenire schiacciante «sia per chi schiaccia che per chi ne viene schiacciato». Paradossalmente si può osservare come esito evolutivo soggetti adulti che spesso fanno di tutto per fallire, per perdere. Con questa modalità (quasi 'scioperando'), le persone che non reggono la competizione, si creano un alibi. Avrebbero potuto vincere o perdere, ma non ci hanno nemmeno provato. Secondo Mandel, sullo sfondo non c'è la paura di perdere ma quella di vincere.

«La nostra paura più profonda non è di essere inadeguati. La nostra paura più profonda è di essere potenti oltre ogni limite».

Appare evidente che attribuire un significato univoco alla competizione sia difficile. Da un lato esiste il concetto, che risuona in modo diverso a seconda del vissuto del sog-

getto che la considera; dall'altro esiste appunto un vissuto, che può consentire o meno un confronto sereno con l'altro, a prescindere dal fatto di chiamarla 'competizione'. La questione è che sottrarsi alla competizione è pressoché impossibile. La vita è in qualche modo una continua arena di competizione (tolta la famiglia, se si è fortunati, la scuola, l'università, gli amici, il lavoro, ecc.).

Pensare di sottrarsi alla competizione vorrebbe dire subirne gli effetti negativi senza poterli conoscere. Per chi vive la competizione come un modo per affermare la propria superiorità, la stessa potrà alimentarne l'insicurezza; per chi invece vive male la competizione, soffrirà tutte le volte che realizzerà qualcosa di buono, ovvero farà di tutto per non realizzarlo.

Ma la competizione fa bene o fa male? Ancora una volta, *in medio stat virtus!*

In diverse aree della psicologia, da quella del lavoro a quella dello sport, è ormai consolidato il principio che una sana competizione favorisce le prestazioni e incrementa la motivazione. Tuttavia una smodata ambizione di riuscire meglio degli altri e l'accanimento al risultato, portano a un'eccessiva attivazione psicofisiologica (*stress*) che di fatto può vanificare l'esecuzione di alcune attività, specie quelle che richiedono attenzione, concentrazione e un elevato funzionamento prassico e cognitivo.

La rivalità compulsiva può sfociare in atteggiamenti ossessivi, disturbi d'ansia e dell'umore, oppure produrre comportamenti violenti e antisociali. Può quindi inficiare il benessere e la salute mentale individuale e sociale. Dal punto di vista psicologico, la competizione è quindi una faccenda delicata. La possibilità di mettere in campo una sana competizione, anche nel settore dei pubblici servizi alla persona, è data dalla ridefinizione del senso, per recuperarne quindi le potenzialità, sia in termini personali che organizzativi.

6. Competere o collaborare?

L'unico vantaggio competitivo sostenibile consiste nella capacità di apprendere e di cambiare più rapidamente degli altri. (P. Kotler)

Dal punto di vista individuale una sana competizione deve partire dal presupposto che il confronto rappresenti in realtà l'opportunità di un *incontro*, con sé stessi *in primis* e con l'altro di conseguenza. Concepito in termini relazionali il confronto/incontro arricchisce, soprattutto ai fini della conoscenza (di sé, dell'altro, della realtà organizzativa e sociale). L'arricchimento è dato dal poter vivere il confronto competitivo con un sentimento di sé proattivo, con la capacità di goderne e apprezzarne tutte le potenzialità di apprendimento, spazzando via sensi di colpa o, al contrario fantasie narcisistiche grandiose e onnipotenti. L'altro non è un nemico da distruggere, ma un avversario da rispettare.

Nel mondo anglosassone una *partita* (di tennis o altro sport) è chiamata *match*; *to match* vuol dire anche abbinare, accoppiare, star bene insieme. La competizione prevede che ciascuno di noi incontri ogni volta sé stesso, e sappia stare in relazione agli altri con convinzione e determinazione. Dal punto di vista aziendale, ciò presuppone una chiara

consapevolezza sia a livello individuale, sul ruolo e l'apporto personale rispetto al compito produttivo, sia a livello dell'organizzazione, sulle strategie e gli obiettivi finalizzati al posizionamento dell'azienda nello scenario istituzionale e sociale.

Il punto di partenza è la duplice 'emergenza' che è innescata dalla necessità di avviare la *partita*: sul piano organizzativo (con una realtà aziendale che affronta il suo compito, avendo ben chiari la visione, le strategie e gli obiettivi, puntando su una *leadership* che valorizza la competitività verso l'eccellenza e l'innovazione e premia la competizione fra le persone come risorsa e vantaggio competitivo rispetto alla complessità della posta in gioco), e sul piano personale (con la convinzione che l'autorealizzazione non sia ambizione smodata, ma legittima aspirazione a mettere in campo le proprie capacità e competenze, con la consapevolezza delle proprie motivazioni e della piena identificazione con la finalità del lavoro, che nel campo dei servizi alla persona ha un *bonus etico* nell'esercizio di una funzione che abbatte completamente la distinzione fra i produttori e il prodotto, fra l'operatore e l'utente, tutti 'bisognosi' con pari diritti e doveri di salute e benessere).

Le forti pressioni competitive, generate da scenari di enorme incertezza e straordinaria rapidità, fanno sì che il mondo del lavoro sia oggi particolarmente predisposto a generare disagio nelle persone, nelle loro relazioni con i colleghi e i capi e con il sistema organizzativo con cui vengono in contatto. Quattro macro-fattori distinguono questi anni: «la crisi economica persistente e la conseguente scarsità crescente di risorse, l'innovazione tecnologica, la globalizzazione delle conoscenze e le turbolenze politico-sociali dello scenario nazionale ed internazionale».

In questo panorama, le aziende sono obbligate ad avviare processi continui di riorganizzazione e di ripensamento del proprio modello di business (per le aziende pubbliche la produzione di servizi immateriali). Ed è proprio sulle persone, a qualunque livello, che ricadono gli effetti dello scenario descritto, prima ancora che sulle strutture. Si devono fare più cose, più in fretta e con meno certezze, per questo le persone non sempre riescono a fronte alle pressioni competitive, oppure pagano prezzi notevoli, per sé stesse e per l'azienda.

Lavorare perché le persone possano stare meglio al lavoro, con una *vision* aziendale che tenga in debito conto il benessere delle persone e dell'organizzazione, è indispensabile per sostenere strategie aziendali che puntano sulla competitività per differenziarsi. Partiamo dall'assunto «un'azienda che non ha un buon profilo competitivo non potrà in alcun modo avere una prospettiva di sviluppo». Lo dimostrano gli studi e i risultati: un'azienda di eccellenza punta sulla competitività attraverso una *leadership* autorevole e una soddisfazione del personale molto elevata. Sono le persone, con la loro personalità, le competenze relazioni e le capacità tecniche a fare la differenza, tanto più in una azienda di servizi alla persona.

È lapalissiano che le persone rappresentano la risorsa centrale per la sostenibilità e l'efficacia di un'azienda, soprattutto in un ambito produttivo che non può competere sul basso costo del lavoro; la loro motivazione e competenza e la loro intelligenza anche emotiva sono discriminanti per il successo aziendale.

Quando lavoriamo, che lo decidiamo o meno, ci siamo con tutto noi stessi, con le nostre capacità, energie, dinamismo, e anche con i nostri blocchi e paure. In azienda occorre sapere accogliere e gestire la soggettività, non ignorarla o reprimerla.

È normale che, sottoposti a pressioni forti, le persone provino dolore, tristezza, rabbia, paura e ansia. Invece, la tendenza diffusa è quella di non gestire adeguatamente queste emozioni e di non tenerne conto. Possiamo dire che nemmeno la gioia ha molto spazio in azienda: se qualcuno è felice spesso la prima reazione è d'insofferenza perché si pensa che stia distraendosi e forse rubando tempo alla produttività. La centralità della persona con le sue competenze, complessivamente intesa come conoscenze (sapere), capacità (saper fare) e comportamenti (saper essere), fa sì che le aziende debbano trasformarsi in vere e proprie organizzazioni che apprendono, secondo il modello della cosiddetta *learning organization*.

Un'organizzazione competitiva deve saper creare (e mantenere) un *clima* favorevole allo scambio delle competenze implicite, non codificate nei manuali, ma che esistono nella testa degli individui, che nascono dall'esperienza lavorativa, che si collegano alla capacità di comprensione dei contesti d'azione, delle intuizioni e delle sensazioni. Queste fanno la vera differenza tra un'azienda che partecipa e un'azienda che vince, nel gioco dell'attuale competizione. La differenziazione si gioca su elementi molto sottili, sulla creatività intesa come capacità di anticipare le esigenze del mercato e sulla sintonia con i clienti per coglierne soprattutto i bisogni latenti, poiché quelli espliciti tutti li sanno intercettare. Questi sottili elementi non sono facilmente gestibili dalle procedure organizzative, emergono se il clima aziendale è positivo e motivante al punto da incoraggiare le persone a mettere a disposizione tutto il loro sapere.

Il rischio da fronteggiare è un uso distorto della competitività interaziendale e soprattutto della competizione come modalità caratteriale dei singoli protagonisti aziendali. In sostanza, bisogna guardarsi da un uso della competizione come esibizione narcisistica appannaggio di vantaggi personali (ambizioni di carriera, riconoscimenti di status, esercizio di potere, ecc.).

L'agone competitivo deve essere sostenuto unicamente dalla strategia aziendale, che lo utilizza come vantaggio competitivo. La sua legittimità è data da un *management* orientato al risultato. La ricerca del posizionamento non contraddice le logiche politiche che caratterizzano il settore di appartenenza e la *mission* istituzionale: la concorrenza (*correre insieme*) è confermata in un orizzonte di sistema, ove ciò non significa affatto che 'tutti fanno la stessa cosa', in un abbraccio mortale che porta all'appiattimento del rapporto fra domanda e offerta.

Molti studi mettono in dubbio che le prestazioni aumentino quando cerchiamo di superare qualcuno o, nel caso di un gruppo o un'organizzazione, quando questo cerca di superarne un altro. Questi studi tendono a dimostrare che far dipendere il proprio successo dal fallimento degli altri non produca necessariamente eccellenza e che una buona prestazione non richieda affatto un approccio di tipo competitivo. Sebbene questa asserzione metta in discussione alcune convinzioni largamente diffuse, questo approccio afferma che cercare di far bene e cercare di battere gli altri, sono semplicemente due cose diverse. Questa diversità deriva dalla diversa motivazione che ognuno di questi due scopi ha alla base. Gli individui rendono al massimo nelle attività a loro particolarmente piacevoli, quelle attività per le quali hanno una motivazione intrinseca. Alcuni autori hanno dimostrato che un fattore esterno (motivazione estrinseca) come il denaro, i bei voti o le lusinghe della

competizione, semplicemente non bastano a farci ottenere risultati altrettanto buoni, come quando siamo impegnati in un'attività che è di per sé gratificante. Come dire che un qualsiasi professionista è tale perché crede in ciò che fa, a prescindere da quello che ci guadagna. La voglia di fare meglio degli altri (la competizione, dunque) agirebbe esattamente come un qualunque altro fattore motivante estrinseco. In una situazione di competitività non sarebbe l'attività in sé a essere gratificante, ma le sue conseguenze (la soddisfazione di sentirsi migliori di qualcun altro).

Meglio allora la collaborazione, a prescindere? E la competizione è così negativa? Il dilemma fra collaborazione e competizione può essere risolto a un livello superiore, recuperando tutto il valore positivo della competizione, sostenendo una sorta di *'competizione al fine di collaborare'*. In fondo l'intero progresso dell'umanità, sotto ogni aspetto, è stato quasi sempre il frutto dello 'scontro' continuo tra ideologie, approcci filosofici, politici, letterari, psicologici, giuridici, scientifici, sociali, ecc. La storia è fatta di conflitti, di competizioni, ed è nella risoluzione di questi conflitti che è possibile individuare la fonte dei cambiamenti e del progresso.

Il discrimine è dunque fra una 'sana competizione' per tendere a un processo di crescita e una competizione sleale, velleitaria, fondata su pretesto senza fondamenta etiche. Nell'ambito di una Azienda pubblica di servizi sanitari, noi proponiamo allora una 'competizione collaborativa', che contemperi un confronto continuo ma anche una distinzione specifica, che abbia comunque come obiettivo il progredire comune. Un tipo di impostazione che tiene conto della possibilità reale di competere senza rinunciare alla collaborazione, rimanendo lealmente all'interno dei vincoli e della cornice istituzionale di sistema della sanità pubblica.

7. Conclusioni: come sopravvivere

Scenario economico, strategia aziendale e competitività: questi gli elementi caratterizzanti del nostro contributo. Il Sistema Sanitario Nazionale vive una profonda crisi, compreso da una sensibile riduzione dei finanziamenti, dalla complessità delle patologie trattate, dall'invecchiamento degli operatori e dall'evoluzione delle tecnologie e delle cure che, oltre a contemplare spesso un aumento dei costi, determina l'esigenza di modificare i processi di cura con una rapidità che poco di addice alle rigidità contrattuali.

Con le Leggi n. 502/92 e n. 517/93 è stata istituita la parità tra soggetti pubblici e privati accreditati, che secondo la più moderna visione del legislatore (vedasi anche la L.R. n. 23/15), devono superare il concetto di competizione e lavorare in sinergia e collaborazione, tra pubblico e privato, nell'ottica della presa in carico del paziente fragile.

Tanto la teoria è condivisibile, tanto la realtà dimostra che le scelte del privato accreditato continuano a muovere in direzione di una competizione con il pubblico, attraverso la selezione dei DRG a maggior ricavo e minore attenzione alla presa in carico del paziente fragile, lasciando alle strutture pubbliche il compito di modificare la propria offerta di servizi, con il rischio di imboccare una lenta china verso prestazioni a bassa redditività. Nel privato si constata una rapida differenziazione della produzione verso i pazienti paganti in proprio e le assicurazioni, ancora una volta in ottica di massimizzare le entrate e gli utili,

spesso a doppia cifra, permettendo ai privati investimenti in tecnologia e infrastrutture e, ancora più pericoloso per gli ospedali pubblici, selezionando le migliori risorse professionali per casistica e disponibilità di diversificazione dei trattamenti economici rispetto ai contratti pubblici.

In questo scenario, per le aziende pubbliche la sfida è mantenere la qualità dei servizi a minori risorse e puntare sulle tecnologie secondo precise linee strategiche di investimento. Occorre accettare la concorrenza (letteralmente, correre insieme), in un'ottica di competizione collaborativa di sistema. Ma è necessario soprattutto iniziare a ragionare in termini strategici, mutuando le migliori pratiche dalle grandi realtà private d'impresa, attraverso una organizzazione aziendale per processi, che valorizzi al meglio strutture, esperienze e competenze, al fine di differenziare e valorizzare l'intero *know how* aziendale (tecnico e umano), consolidato come specifico 'vantaggio competitivo' rispetto alla concorrenza pubblica e privata stessa. Bisogna cercare di mantenere e attrarre i migliori professionisti per eticità di azione e casistica, puntando soprattutto sulla consapevolezza che ogni manager pubblico ha una missione ancor più complessa in termini di valenza sociale, che è quella di dover rispondere a uno straordinario azionariato diffuso, mantenendo vivi i valori espressi dall'art. 32 della nostra Costituzione e dalle norme che nel tempo hanno reso straordinario e universale il nostro sistema sanitario.

Riferimenti bibliografici

- Cartabellotta N., E. Cottafava, R. Luceri, M. Mosti, F. Orsi (2018), *3° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 19 ottobre 2018.
- Macario A. (2006), *Are Your Hospital Operating Rooms Efficient?*, «Anesthesiology», 105 (2), pp. 237-240.
- OECD «*Health Statistics 2017. Last update 10 November 2017.*» Disponibile su: URL: <www.oecd.org/els/health-systems/healthdata.htm>.
- Ohno T. (1995), *Toyota Production System: Beyond Large-scale Production*, Productivity Press Inc.
- Porter M.E. (2010), *What is value in health care?*, «N Engl J Med», 363, pp. 2477-81.

Capitolo 11

Capital allocation e value based management in sanità. **Misurare e valorizzare le risorse scarse**

Mario Alparone*

1. Premessa. Parallelo tra il concetto di valore in sanità e nel mondo finanziario

Nel mondo finanziario si sono sviluppate, a partire dagli anni '80, tecniche per utilizzare al meglio le risorse scarse. La più scarsa in quel mondo è sicuramente il capitale. Grande è stata l'attenzione dei regolatori e delle istituzioni finanziarie ai temi di adeguatezza patrimoniale e corretto utilizzo delle risorse finanziarie e patrimoniali al fine di garantire stabilità del sistema ed efficienza operativa.

Fondamentale per un corretto agire strategico è saper allocare le risorse più rilevanti al fine di garantirne il miglior utilizzo. In questo senso si sono sviluppate le tecniche di *Capital Allocation* e *Value Based Management* che puntano a misurare gli assorbimenti di capitale per unità operativa onde poter misurare quale sia il loro efficiente utilizzo in termini di redditività rapportata al rischio (assorbimento di Capitale).

Nel mondo della sanità, che è innanzitutto una organizzazione professionale, la risorsa scarsa per eccellenza è il capitale umano. I direttori generali e i vertici manageriali di una azienda sanitaria devono riuscire a governare i loro rispettivi ambiti organizzativi secondo logiche di efficiente allocazione delle risorse (risorse umane e anche strumentali). La prima tra tutte è il capitale umano. Un bravo manager è colui che sa allocare correttamente le proprie risorse a partire da quelle umane. Per farlo bisogna saper misurare (io dico sempre non si può migliorare ciò che non si misura).

Cosa si intende per generazione di valore in sanità? Come la misuro? Quante e quali risorse umane, ma non solo, ha senso investire in quel tipo di struttura? Quali sono le conoscenze e le competenze necessarie? Quali sono i ritorni misurabili dalla struttura e che mi permettono di verificare se ha avuto senso quel tipo di utilizzo? Posso impostare tecniche di definizione degli obiettivi di produttività correlati ai fattori di rischio prodotti (esempio sinistri?) e come correlare il fabbisogno di personale e strumentale a questi obiettivi?

Penso che riuscire a dare risposte didattiche e formative a queste domande, in termini organizzativi e operativi, ci aiuterà molto nel nostro mestiere di manager della sanità. Enormi sono le differenze tra i due mondi ma ci sono sicuramente strumenti e modalità

* Direttore generale ASL di Asti, già DG ASST Melegnano e Martesana

per poter sfruttare anche in sanità la grande attenzione sviluppata nel privato ai temi delle logiche di valore.

Collegato al tema della gestione del valore è quello della visione organizzativa per processi. Ragionare per processi, obbligatorio ora per gestire i temi connessi alla presa in carico, rappresenta a mio modo di vedere un'altra delle sfide culturali più rilevanti dal punto di vista della formazione manageriale in sanità.

La cultura della visione aziendale per processi organizzativi consente enormi vantaggi di gestione di aziende complesse:

- culturali: ci si rende conto che il nostro lavoro è fondamentale per quello di un'altra persona e quindi sviluppa sensibilità di gruppo;
- organizzativi: riusciamo a definire ambiti operativi e responsabilità in maniera più accurata e riusciamo ad allocare meglio le risorse;
- gestione e mitigazione del rischio: attraverso la mappatura dei processi e la definizione di tassonomie riusciamo a individuare quei controlli chiave il cui presidio, in termini di adeguatezza, rende più sicuri i nostri processi organizzativi.

Il mondo privato finanziario ha sviluppato negli anni tecniche rilevanti di mappatura dei processi organizzativi finalizzate a rafforzare le organizzazioni (penso ad esempio alla Legge 231, a quella sulla responsabilità del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, ora ripresa logicamente dal PAC in sanità, ma non solo). Rafforzare la visione organizzativa per processi in sanità è fondamentale anche alla luce della scarsità di risorse dedicate ai controlli. Nel mondo privato i controlli si giocano a tre livelli:

- operativi primo livello - quelli insiti nelle singole unità operative;
- *compliance* di secondo livello - verificano l'aderenza alle regole e presidiano i rischi;
- audit-ispettivi di terzo livello - si attivano per le verifiche formali di routine o straordinarie.

In aziende sistemiche di 30.000 dipendenti le risorse dedicate a queste attività sono collocabili in una forchetta che va dal 3 al 5% delle risorse complessive (1.000-1.500 addetti). In aziende medie di circa 3.000 dipendenti le risorse si aggirano intorno a qualche centinaio di addetti. In sanità le risorse dedicate ai controlli che per dimensione sono simili ad aziende di medie dimensioni del privato si contano sulle dita di una mano.

Solo rafforzando la visione per processi possiamo cercare di mantenere i livelli di controllo aziendale richiesti nel nostro lavoro alla luce della enorme differenza in termini di risorse umane disponibili. Inoltre la visione per processi consente di definire quali siano i costi e i ritorni associati ai nostri *outcome* e quindi orientare razionalmente l'allocazione delle risorse necessarie per raggiungere questi obiettivi. Le logiche di valore devono passare necessariamente da una visione aziendale articolata per processi.

Fatte queste premesse vorrei ora brevemente illustrare alcuni esempi pratici nei quali mi è capitato di utilizzare logiche ancorate al valore nella introduzione di nuovi processi organizzativi o nel miglioramento di alcuni processi esistenti in sanità. Cosa dice il guru del

valore Porter (2010) relativamente al valore in sanità: «Health outcomes for dollar spent», ovvero esiti raffrontati ai costi o agli investimenti: *Outcomes*/Costi e o Investimenti.

Un concetto molto simile a quello utilizzato in finanza dove, considerate le logiche maggiormente orientate al profitto, molte volte il numeratore è sostituito dal valore economico e in questi casi si parla di termini come il Raroc (*risk adjusted return on capital*) o l'EVA (*enterprise value added*). I concetti sono i medesimi ovvero rapportare i ritorni, per gli azionisti o per i pazienti, a costi e agli investimenti necessari per raggiungerli. Quali sono quindi i passi logici suggeriti da Porter per applicare le logiche di valore:

- identificare i gruppi di pazienti;
- definire gli *outcomes*;
- sviluppare i modelli di servizio;
- misurare l'allocazione di risorse attraverso i processi.

Nei successivi paragrafi rappresento due esempi di utilizzo di logiche del valore in sanità applicate a percorsi di disegno e di attuazione della strategia aziendale. Non si pretende di aver applicato gli insegnamenti di Porter ma solamente di avere compreso le logiche di fondo per poterle calare nella realtà complessa del mondo sanitario al fine di stimolare ragionamenti orientati alla generazione di valore e al suo perseguimento nelle valutazioni che operiamo nei nostri contesti lavorativi.

2. Un esempio, il Progetto EOS della ASST Melegnano e della Martesana

È quello che abbiamo cercato di sviluppare nella ASST Melegnano e della Martesana per poter rispondere pienamente al mandato della Legge Regionale 23/2015.

La Mission della neo costituita ASST “Melegnano e della Martesana” è quella di fornire una risposta adeguata alla domanda di salute dei cittadini fornendo le prestazioni sanitarie e sociosanitarie nell’ambito dei livelli di assistenza definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, nel rispetto di quanto la Legge di evoluzione del Sistema Sanitario Lombardo prevede e che si sintetizza «dalla cura al prendersi cura» mettendosi a fianco del percorso di vita delle persone croniche o fragili e delle loro famiglie.

L’orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso ha imposto una rilevante rivisitazione dell’assetto della ASST, al fine di rendere lo stesso aderente rispetto alla mission sopra descritta nonché equo in termini di posizionamento geografico, omogeneo in termini di diversificazione dell’offerta sanitaria e sostenibile in termini di parametri di efficienza ed efficacia produttiva ed economica, attraverso il c.d. Progetto EOS.

2.1. Analisi e disegno del modello di servizio

La direzione strategica ha effettuato una precisa diagnosi della situazione nei primi tre mesi di mandato mettendo a fuoco punti di forza e aree di miglioramento che sono stati poi oggetto della programmazione strategica aziendale attraverso azioni specifiche.

In sintesi, la diagnosi effettuata evidenziava come l'offerta della ASST si presentasse da un lato estremamente diffusa nella realtà territoriale ma con una forte esigenza di riorganizzazione e di sviluppo di alcuni presidi nell'ottica richiesta dalla nuova Legge di evoluzione del SSR.

In particolare i sei Stabilimenti Ospedalieri non erano connotati in maniera distintiva e l'offerta ambulatoriale territoriale era caratterizzata da parcellizzazione e frammentazione di unità e di singole specialità. Il grado di parcellizzazione e di dispersione dell'offerta territoriale comporta una situazione per la quale non vengono soddisfatti i bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini residenti tanto che circa il 75% dei residenti migra al di fuori delle strutture di offerta ambulatoriale della ASST per farsi curare.

Pertanto il punto di forza dell'azienda in termini di offerta è sicuramente l'elevata presenza territoriale, ma il punto di miglioramento è rappresentato dall'esigenza di razionalizzare e meglio connotare in ottica di presa in carico dei cronici e fragili tale offerta.

2.2. Identificazione del Gruppo dei Pazienti

L'ASST "Melegnano e della Martesana" serve un territorio che si estende in lunghezza per circa 100 km nella fascia est della cintura della Città Metropolitana di Milano, con circa 650.000 assistiti e circa 200.000 cronici.

Pertanto è stato misurato sul territorio il numero e la tipologia di pazienti cronici e fragili in perfetta aderenza e anticipando la DGR di Governo della Domanda X/6164 di gennaio 2017.

La rappresentazione del territorio della ASST "Melegnano e della Martesana" evidenzia un numero di malati cronici e fragili esattamente sovrapponibile alla fotografia regionale (30% circa dei pazienti, 75% circa della spesa) con una concentrazione delle morbidità su 4-5 patologie prevalenti.

Sulla base della misurazione del fabbisogno è stata poi ipotizzata una riorganizzazione dei presidi ospedalieri e di quelli ambulatoriali e sociosanitari territoriali coerente di seguito descritta:

- 3 ospedali multi-specialistici dedicati agli acuti (Vizzolo Predabissi, Melzo, Cernusco sul Naviglio);
- 2 presidi dedicati ai cronici e fragili (POT Vaprio d'Adda e PreSST Gorgonzola);
- 1 presidio dedicato all'attività riabilitativa (Cassano d'Adda);
- 6 presidi specialistici ambulatoriali e sociosanitari territoriali (Centri Sanitari e Socio Sanitari Integrati): San Donato, Rozzano, Binasco, Segrate, Paullo, San Giuliano;
- 14 Strutture Socio-Sanitarie Territoriali: San Donato-Via Sergnano, San Donato Consultorio adolescenti, Pioltello, Melegnano-Via Pertini e Melegnano-Via 8 Giugno, Peschiera Borromeo, Melzo, Cernusco sul Naviglio, SERT di Vizzolo, SERT di Rozzano, SERT di Gorgonzola, SERT di Trezzo sull'Adda, Cassano Consultorio Familiare, Pieve Emanuele Gruppi di cure primarie e continuità assistenziale.

A fronte quindi della prospettata cessazione di attività presso alcune sedi ambulatoria-

li, che hanno registrato negli ultimi anni indici di produttività e di attrazione molto bassi, si è realizzato un allargamento della gamma di specialità cliniche da attivarsi presso altre sedi ambulatoriali, individuate secondo criteri di razionale distribuzione geografica ed economia di scala, concentrando e ampliando le unità di offerta, senza ricorrere a finanziamenti aggiuntivi ma sfruttando le economie da sinergia.

Il nuovo assetto organizzativo prevede, quindi, un incremento di 247 ore alla settimana (per le quali richiedere l'accreditamento ex novo). Di queste ben 110 ore esprimono le discipline prevalenti per la presa in carico del paziente cronico (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia, Medicina Interna, Neurologia). Il numero delle discipline specialistiche attuali rapportate al numero delle discipline specialistiche previste aumenta del 100% e gli orari di accesso hanno avuto un incremento del 68%.

La riorganizzazione, quindi, ha prodotto il risultato di decisamente contrastare il deflusso dei pazienti già in atto da parecchi anni mettendo a disposizione dei pazienti una offerta piena e integrata tra componente sanitaria e sociosanitaria realizzata attraverso le economie di scala derivanti dalla concentrazione.

Tabella 1. Strutture ASST Melegnano e della Martesana.

ASST strutture	Prima	Dopo
Presidi Ospedalieri	6	4
Poliambulatori Specialistici Territoriali	14	6 CSSI
POT Vaprio	0	1
PreSST Gorgonzola	0	1
Presidi Socio Sanitari Distrettuali	23	14 SSST
Totale	43	26

Fonte: ASST Melegnano e della Martesana.

2.3. Sviluppo dei modelli di servizio prototipali

Una volta definito l'assetto dell'offerta ci si è dedicati allo sviluppo del modello di servizio. Fin dal 2016 sono stati avviati in azienda gli specifici percorsi di presa in carico elencati nella Figura 1, propedeutici alla nuova modalità di presa in carico del paziente cronico e fragile.

Il Progetto "Presa in carico cronicità e fragilità e dimissioni protette - Paziente oncologico" ha preso avvio a novembre 2016 e ha riguardato i pazienti dimessi dal reparto di Oncologia e in carico all'ambulatorio MAC (attività medica ambulatoriale complessa) di Vizzolo P. per i quali lo specialista oncologo ha provveduto a predisporre un PAI (Piano Assistenziale Individuale) condiviso col MMG. Il Case manager del Centro Servizi, organizzato sperimentalmente a Pioltello, ha pianificato le prestazioni riportate nel PAI rispettando l'aderenza e le tempistiche.

A maggio 2017, nell'ambito delle DGR Regionali sulla presa in carico, è stato organizzato un Centro Servizi nel PreSST di Gorgonzola che ha preso in carico anche i pazienti oncologici reclutati nel progetto che si è concluso ad aprile 2018, in quanto rientrato nel nuovo modello di presa in carico. I pazienti seguiti sono stati 206.

Figura 1. Percorsi di presa in carico.



Fonte: ASST Melegnano e della Martesana.

Il progetto “Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTAR)” finalizzato alla diagnosi precoce dei disturbi cognitivi tramite la somministrazione di test da parte dei MMG. I pazienti individuati sono stati monitorati dal MMG o inviati ai neurologici del Centro UVA (Unità Valutazione Alzheimer) del servizio di neurologia di Vizzolo P. per l’accertamento diagnostico, la valutazione e la presa in carico dei pazienti affetti da demenza, da disturbi cognitivi e della loro famiglia/caregiver. Hanno aderito 30 MMG e sono stati presi in carico 12 pazienti da parte del servizio di neurologia. Il progetto, proseguito nel 2017, a seguito di decisione di ATS è rientrato nel 2018 nel nuovo modello di presa in carico.

Il Progetto “Percorso per la presa in carico del paziente con diagnosi di demenza” è dedicato ai pazienti con diagnosi di demenza o disturbi cognitivi seguiti da ambulatori dedicati del Servizio di Neurologia di Vizzolo P. e prevede l’invio dei pazienti presi in carico per la partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto (Alzheimer Cafè), sostegno ai malati e ai loro familiari/caregiver. Complessivamente sono stati seguiti al 30 aprile 2018 117 pazienti.

Il Progetto “Presa in carico integrata tra Servizi Ospedalieri e Dipartimento Dipendenze” si propone di intercettare persone con problemi di dipendenza non note ai servizi

SERT/NOA e di promuovere la collaborazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali finalizzata a trattamenti integrati. Ha preso avvio a gennaio 2017 e al 30 aprile 2018 sono stati interessati a programmi integrati complessivamente 144 pazienti.

Il Progetto “Punto Intervento Dipendenze” (PID) è stato aperto a maggio 2015 a San Donato M. in integrazione con l’Azienda Sociale Sud Est Milano (ASSEMI).

Presso il PID si realizza il primo contatto con l’utente e/o il familiare per l’avvio del processo diagnostico, la consulenza per familiari/utenti o per altri servizi segnalanti i casi, il sostegno per familiari di soggetti con consumo problematico di sostanze, il trattamento psico-educativo di soggetti con dipendenza patologica (alcool e gioco d’azzardo) residenti nei comuni sui quali insiste il progetto, interventi di counselling sanitario, psicologico, sociale. Dalla sua apertura al 30 aprile 2018 sono stati intercettati 167 cittadini.

Il Progetto “Follow up mammella” iniziato nell’ottobre 2017 prevede che il follow up della donna a basso rischio di ripresa della malattia sia effettuato, a distanza di cinque anni dall’intervento, dal MMG in stretta integrazione con il servizio di Oncologia di Vizzolo P. Hanno aderito 30 MMG.

2.4. Modello di servizio realizzato per la partenza della presa in carico

L’attività di arruolamento dei soggetti cronici e/o fragili, fulcro della nuova modalità di presa in carico, è partita ufficialmente a inizio 2018. Per realizzare la struttura organizzativa e l’infrastruttura tecnologica l’Azienda ha costituito un gruppo di lavoro coordinato dalla Direzione Strategica, con clinici, referenti IT e referenti amministrativi.

A questo scopo, tra il 2016 e il 2017 parallelamente alla realizzazione dei percorsi prototipali sono state effettuate le seguenti attività:

- sono stati coinvolti i clinici dell’area internistica al fine di predisporre i PDTA e i PAI delle patologie più frequenti. Disponibili i modelli di PAI standard su tutte le principali patologie (circa 50 delle 64);
- nel mese di maggio 2017 è stato trasferito da Pioltello al PreSST di Gorgonzola il Centro Servizi organizzato per il percorso di presa in carico prototipale del paziente oncologico ed è stato costituito un nuovo Centro Servizi per effettuare la presa in carico del paziente cronico e fragile. Nel Centro Servizi sono presenti amministrativi che gestiscono il contatto con il paziente e le prenotazioni delle prestazioni in agende dedicate, secondo il programma previsto dal PAI, infermieri esperti con il ruolo di case manager che coordinano i processi gestionali-organizzativi volti a garantire il percorso assistenziale del paziente preso in carico e una psicologa con la funzione di responsabile dell’organizzazione del Centro;
- è stato individuato, nel mese di giugno 2017, con procedura di gara, il nuovo sistema informatico dedicato alla presa in carico, già installato e funzionante. Il software consente la messa a disposizione dei PDT come base per la costruzione del PAI, che rappresenta la personalizzazione del/dei PDT sui bisogni dell’assistito, inoltre la piattaforma consente la condivisione dei PAI tra i principali attori della presa in carico, ov-

vero, specialisti, MMG/PDF anche co-gestori e centro servizi a supporto delle attività di accompagnamento alla presa in carico. Il software acquisito consente il colloquio condiviso tra MMG/PDF, Specialisti e Centro Servizi e supporta:

- inserimento/arruolamento del paziente nel percorso di presa in carico;
- definizione del patto di cura, con contestuale consenso all'alimentazione del FSE;
- stesura e aggiornamento del Piano Assistenziale Individuale (PAI) attinto da una libreria già definita di PDTA/PAI;
- strumenti di monitoraggio del PAI: valutazione, aderenza del paziente, coerenza con set minimo;
- monitoraggio e controllo dei flussi informativi;
- interfaccia con sistema di prenotazione aziendale;
- integrazione con gli applicativi dei Medici di Medicina Generale;
- integrazione con FSE;
- interfaccia con i sistemi di refertazione aziendali;
- interfaccia con sistemi di telemedicina.

Il software è orientato secondo logiche di *work flow management*, particolarmente utili nella gestione di percorsi di gestione dei pazienti in cui interagiscono più soggetti, facilitando, tramite appositi segnalatori di status la comunicazione tra questi nell'ottica di una efficace gestione della programmazione sanitaria.

- Sono stati effettuati, tra maggio e giugno 2017, incontri specifici con i MMG e i PDF del territorio.
- Tra aprile e giugno 2017 sono state siglate due intese con Cooperative di MMG con circa 120 medici che opereranno come gestori sul territorio.
- Da giugno a settembre 2017 sono stati effettuati workshop di approfondimento con i MMG sui principali percorsi clinici di presa in carico della cronicità.
- Nel mese di novembre e dicembre 2017 sono stati organizzati incontri con tutti gli operatori addetti ai Front Office, i Coordinatori Infermieristici, gli operatori del territorio, i centralinisti e addetti alla portineria dell'Azienda finalizzati a fornire la corretta e omogenea informazione agli utenti. Con lo stesso scopo è stato organizzato un incontro informativo con tutte le associazioni di volontariato che collaborano con la nostra ASST. La Direzione ha inoltre partecipato a incontri informativi pubblici richiesti dalle amministrazioni comunali e presso i Centri Anziani del territorio.
- Sono stati organizzati n. 22 ambulatori dedicati alla prima visita per l'arruolamento dei pazienti cronici nei presidi ospedalieri di Vizzolo Predabissi e Cernusco SN, nel POT di Vaprio D'Adda e presso il Centro Diabetologico di San Giuliano Milanese e predisposti un totale di 4704 slot dedicati alla predisposizione del PAI (circa il 50% di un arruolamento per 10.000 pazienti).
- Sono state predisposte agende segregate e dedicate alla presa in carico nel numero di circa 100.000 prestazioni per i vari livelli di complessità della cronicità.

3. Un secondo esempio, il budget che correla produttività e qualità

In sanità siamo abituati a ragionare con obiettivi di produttività spesso scorrelati dai valori di rischio. Si tende ad attribuire obiettivi di produzione in termini di ricoveri o di prestazioni ambulatoriali e ad associare nell'ambito delle schede di budget parametri di qualità più o meno quantitativi agli obiettivi di produttività. Ultimamente sono stati introdotti negli obiettivi aziendali anche i *ratios* di qualità del Piano Nazionale Esiti e dell'Osservatorio Sant'Anna di Pisa. Le due componenti andrebbero però correlate logicamente.

I parametri qualitativi esprimono indirettamente la possibilità di manifestazione di un evento imprevisto e quindi l'insorgenza di un potenziale contenzioso, rappresentano quindi indicatori di rischio. Raramente però ho avuto modo di verificare nei processi di budget l'esistenza di ragionamenti di produttività associata a determinati livelli di rischio.

Nel mondo privato e in particolare in quello finanziario gli obiettivi aziendali vengono definiti in ottica di valore ovvero produttività associata a un livello di rischio. Si cerca di massimizzare la produttività a parità di rischio oppure di minimizzare il rischio a parità di produttività.

Famosa da questo punto di vista è la teoria finanziaria di Markowitz sui portafogli efficienti secondo la quale siamo in presenza di una soglia di efficienza quando riusciamo appunto a minimizzare il rischio dato un livello obiettivo di redditività oppure quando raggiungiamo il massimo livello di redditività associato a un dato livello di rischio. I portafogli al di sotto della linea punteggiata di rosso sono inefficienti poiché associano livelli di redditività più bassa e di rischio più alti. Quelli al di sopra della linea punteggiata rappresentano invece combinazioni di portafogli efficienti in quanto massimizzano la redditività per un dato livello di rischio.

Tentando nuovamente un parallelo tra concetti finanziari di valore e il mondo sanitario ho provato a ipotizzare che la combinazione rendimento rischio potesse essere sostituita da una "*proxy*": DRG vs Sinistri. Il rischio si può infatti esprimere non solo in termini di evento infausto per il paziente ma anche come riflesso economico/patrimoniale nei confronti dell'azienda.

Si può infatti determinare quale sia un obiettivo di contenimento del valore dei sinistri in un anno a livello aziendale. Attribuire poi il valore massimo delle riserve associate a questo valore dei sinistri. Allocare tale valore tra le unità operative interessate (le più frequenti sono ginecologia, chirurgia, ortopedia). Una volta definito il livello obiettivo delle riserve definire quale sia il valore di produzione associabile a quel livello di riserve sulla base dell'andamento storico.

In tal senso risultano di grande utilità le misurazioni di *benchmarking* effettuate da Regione Lombardia che consentono di individuare ambiti precisi di miglioramento rispetto alla media regionale. In particolare sono stati misurati numero e valore dei sinistri per ambito medico e chirurgico e poi sono state impostate delle combinazioni di "portafogli efficienti" per singolo primario. Questi livelli di produzione ed esito sono stati poi alla base dei ragionamenti di quantificazione delle risorse umane e strumentali necessarie per raggiungere tali obiettivi nelle discussioni di budget.

È infatti del tutto inutile aumentare il numero di casi chirurgici se poi si riflettono in aumentati casi di contenzioso. Ed è miope per una direzione strategica cercare di ragionare

con due mondi separati. Da qui nasce l'idea di correlare ai fini di budget in maniera efficiente produttività e qualità in sanità. Sbagliato pensare alla sola produttività, pensare unicamente agli esiti di qualità è importante ma non basta per garantire gli equilibri finanziari quindi dobbiamo cominciare a ragionare in termini di valore e di produttività associata al raggiungimento di determinati livelli di qualità obiettivo.

Riferimento bibliografico

Porter (2010), «The New England Journal of Medicine», December.

Capitolo 12

Sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale. L'integrazione ospedale/territorio e la cronicità

Paolo Cogliati*

1. Genesi

L'evoluzione della cultura manageriale in sanità ha contribuito a diffondere la misurabilità dei sistemi sanitari, descrivendo e analizzando tutto ciò che determina e caratterizza la complessità di questi sistemi. Emerge, seppur con le caratterizzazioni proprie dei diversi approcci scientifico-culturali, il comune sforzo di ricomposizione e di comprensione di chiavi di lettura universali, che consentano a chi i sistemi sanitari li implementa di poterli gestire, dirigere, guidare invece che subirli. La 'rassicurante' logica algebrica secondo la quale la somma degli addenti produce prevedibilmente un unico risultato non si può applicare alla complessità di tali sistemi, così dinamici, instabili, ridondanti, aperti. Tale complessità intrinseca associata alla specifica contestualizzazione di ciascun servizio sanitario evidenzia, inoltre, un ulteriore elemento di attenzione da porre nella comparazione dei servizi sanitari stessi. Le scelte politiche e di indirizzo dei diversi Paesi, i contesti socio-economico-culturali, lo stato di salute delle popolazioni e i flussi demografici sono solo alcuni dei maggiori pilastri conoscitivi da cui partire per una lettura olistica dei servizi e in ottica sistemica.

Il sistema sanitario ha tutte le caratteristiche per essere considerato un sistema complesso: è aperto, è in relazione con il sistema sociale, politico, economico, è dinamico ed adattivo, offre una vasta gamma di servizi e prestazioni ed esprime professionalità ad alta specializzazione. (Atella *et al.* 2015, p. 37)

A questo proposito non può non essere ripresa la definizione data da Henry Mintzberg nell'articolo *Toward Healthier Hospitals* (1997). In esso l'autore esprime «I have long suspected that running even the most complicated corporation must be a child's play compared to managing almost any health organizations»: se ne deduce dunque che, secondo l'autorevole accademico, anche gestire una multinazionale con migliaia di dipendenti posizionati in tutto il mondo è un "gioco da ragazzi" rispetto alla gestione di un'azienda sanitaria.

Alla luce di tale premessa il presente contributo vuol porre all'attenzione del lettore spunti di riflessione su una lettura evolutiva in particolare del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, a partire dai cambiamenti nel sistema di finanziamento e da quelli demogra-

* Direttore amministrativo ATS Brianza

fici, evidenziando alcune delle principali conseguenze connesse. Viene poi presentato un approfondimento su alcuni fattori oggetto di analisi in questi anni quali le ricadute della spesa sul PIL, le forme di partecipazione diretta alla spesa sanitaria da parte dei cittadini (*out of pocket*) e il ruolo dei vari attori coinvolti nei processi erogativi sanitari, sociosanitari e sociali.

Il contributo propone delle prospettive di sviluppo del sistema sanitario a partire dalla valorizzazione e corresponsabilizzazione della persona beneficiaria del servizio, non già e non solo utente o cliente o cittadino.

1.1. I cambiamenti nel finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale

I dati relativi alla crescente spesa sanitaria italiana evidenziano da un lato la necessità di una programmazione e relativa gestione dei servizi sanitari e sociosanitari maggiormente focalizzata sui mutati bisogni di salute, dall'altro descrivono un sistema pubblico alimentato in maniera 'mista'. Dall'ultimo Rapporto CENSIS sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata emerge la fotografia di un sistema sanitario italiano che pur essendo prevalentemente pubblico è già «da tempo un sistema 'misto' che prevede strutturalmente un ruolo del privato sia in termini di finanziamento, sia in termini di produzione dei servizi sanitari, sia in termini di erogazione delle cure» (VIII Rapporto RBM 2018, pp. 17-21).

I seguenti grafici rappresentano in maniera chiara l'attuale composizione del finanziamento complessivo e di produzione dei servizi sanitari. Il quadro che emerge evidenzia come il 40% dei servizi sanitari siano affidati a strutture private, che ne erogano il 16% in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e il 24% in regime di pura solvenza. Inoltre, a fronte di una spesa sanitaria complessiva di oltre 154 miliardi di euro, il contributo pubblico è del 74% mentre quello diretto da parte dei cittadini è del 26%. A corollario si reputa opportuno sottolineare come a livello regionale vi sia una forte variabilità nella composizione della spesa del SSN per l'assistenza privata accreditata.

Appare interessante sottolineare come dei 114,1 miliardi di euro spesi per il SSN 38,2 miliardi di euro sono impiegati per sostenere i costi di beni e servizi, 35,5 miliardi di euro per il costo del personale, 18,7 miliardi di euro per l'erogazione di assistenza di base, assistenza riabilitativa e assistenza protesica, 8,7 miliardi di euro per l'attività ospedaliera accreditata, 4,7 miliardi di euro per l'attività specialistica accreditata e 8,4 miliardi di euro per i farmaci.

Nel Servizio Sanitario Nazionale la maggior parte della spesa per funzione di assistenza è assorbita da quella sanitaria per cura e riabilitazione; gli ospedali rappresentano i principali erogatori di assistenza con un'incidenza del 45,5% sul totale della spesa sanitaria corrente (ISTAT 2017b, p. 4). Il sistema dei conti fornisce un quadro informativo del sistema sanitario e la presenza di una quota non residuale di cosiddetta 'spesa *out of pocket*' fa sì che la riflessione riguardo al 'come' è finanziato il SSN e al 'quanto' esso potrà essere sostenuto e sostenibile sia ormai urgente. E la sostenibilità del SSN, anche finanziaria, è legata agli assetti e riasseti istituzionali a cui sono stati e sono sottoposti in questi anni i sistemi locali e più in generale il SSN. Si assiste a uno spostamento verso sistemi sanitari regionali coordinati e integrati, in cui prevale il principio della cooperazione, e una conseguente diminuzione dei sistemi basati su logiche di 'quasi-mercato' a competizione

regolata. Ne deriva dunque la necessità di una sempre maggiore capacità previsionale legata alla distribuzione ‘programmata delle risorse’ e di un solido governo del sistema (CERGAS-SDA Bocconi 2017, p. 6). Inoltre, tali variazioni nella composizione del finanziamento complessivo (minor spesa pubblica compensata solo in parte con un aumento della spesa privata) rimandano alla diminuzione della domanda, con particolare riferimento a specifici settori, a cui si aggiunge una aumentata percezione di rinuncia alle cure (CERGAS-SDA Bocconi 2017, p. 13). Come si vedrà nel seguente paragrafo il mutato scenario demografico e patologico propone spunti di riflessione non solo riguardo lo stato di salute della popolazione, ma anche relativamente alla presenza di bisogni insoddisfatti.

1.2. I cambiamenti demografici

Gli indicatori demografici presentati dall’Istat nel Report 2018 (ISTAT 2018, p. 139) indicano una situazione nazionale in cui il 22.6% della popolazione ha un’età superiore o uguale ai 65 anni e solo il 13.4% ha meno di 15 anni (Grafico 1). La crescita considerevole della popolazione anziana ha, inoltre, due conseguenze in tema di reti sociali: da una parte l’aumento dell’orizzonte di vita e le migliori condizioni di salute permettono loro una maggiore attività all’interno della rete informale; dall’altra comportano una crescita degli anni di compresenza intergenerazionale, aumentando il numero di membri potenzialmente bisognosi di aiuto perché in età avanzata.

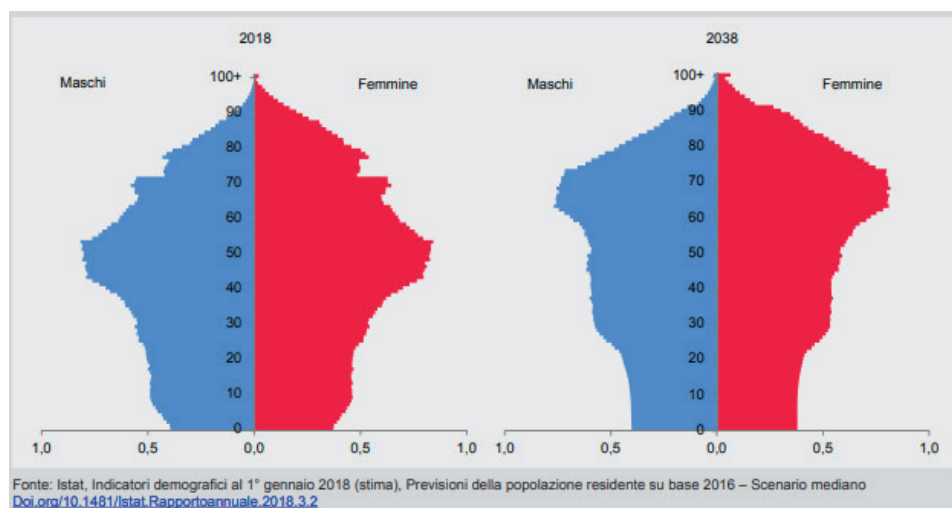
Oggi si assiste alla rappresentazione di una popolazione, quella italiana, che invecchia e che si trova a dover fronteggiare l’insorgenza, in aumento, di patologie diabetiche, ipertensione arteriosa e malattie del cuore, malattie respiratorie croniche e osteoarticolari, in particolare osteoporosi; a ciò si somma la crescente diagnosi di malattie psichiatriche nei soggetti adulti (Atella *et al.* 2015, p. 20). Questo quadro epidemiologico implica uno spostamento del bisogno di salute dal piano esclusivamente sanitario, legato all’acuzie, a un piano che vede i servizi integrati, sanitario con quello sociosanitario e sociale.

Tuttavia vivere a lungo non vuol dire necessariamente avere una qualità della vita soddisfacente, l’aumento dell’aspettativa di vita determina, infatti, un incremento del bisogno di cura,¹ non sempre corrispondente a un’adeguata ed espressa domanda di salute. Esaminando infatti la speranza di vita senza limitazioni dovute a problemi di salute, l’Italia si colloca in 15ª posizione, al di sotto della media dell’UE. In particolare aumentano gli italiani con limitazioni fisiche, che non sono in grado di svolgere da soli attività quotidiane

¹ «L’Italia è tra i Paesi più longevi d’Europa e del Mondo, si colloca al secondo posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (80,3 anni) e al terzo posto dopo la Francia e Spagna per le donne (84,9 anni) (media UE rispettivamente di 77,9 e di 83,3 anni). [...] Nel 2015, in Italia, gli indicatori che descrivono la qualità degli anni che restano da vivere, ovvero quelli vissuti in buona salute o senza limitazioni nelle attività a 65 anni rimangono stazionari. Gli anziani italiani per i quali si registra un anno di vita media in più (22,2 anni per le donne e 18,9 per gli uomini) rispetto alla media dei Paesi Ue28 nel 2015 si collocano al di sotto della media europea quando si considera la sopravvivenza senza alcuna limitazione nelle attività. Per gli uomini la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è pari a 7,8 anni a fronte dei 9,4 anni della media europea; per le donne italiane il livello è di 7,5 anni rispetto ai 9,4 anni della media Ue» (ISTAT 2017a, pp. 31-33).

semplici come telefonare o preparare i pasti (+4,6% tra 2015 e 2016). Il fenomeno della cronicità è in costante e progressiva crescita: secondo dati Istat nel 2016 circa il 38% dei residenti in Italia dichiarava di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche, nel 2016 tale quota sale al 39,1%, con conseguente necessità di ulteriori risorse sanitarie, economiche e sociali. Aumenta anche la compresenza, in un paziente, di più di una di queste malattie. La prevalenza di pazienti con multi-cronicità risulta in crescita dal 2012 (22,4%) al 2016 (25,1%).

Grafico 1. Piramidi delle età della popolazione residente al 1° gennaio 2018 (stima) e previsione al 1° gennaio 2038 (valori percentuali).



Fonte: Atella *et al.* 2015, p. 20.

1.3. Le conseguenze

Lo scenario di aumento della multipatologicità e multicronicità comporta una crescita media di anni vissuti in ‘cattiva salute’ (Atella *et al.* 2015, p. 25), tale fenomeno da un punto di vista di sanità pubblica introduce significative implicazioni in termini economici e di sostenibilità. È evidente come i crescenti bisogni da parte di una popolazione sempre più anziana e disabile, necessitino dell’aumento in termini programmatici ed erogativi di servizi di assistenza sanitaria, ma più ancora di azioni preventive. Avendo come scenario proprio questo incremento di malattie multifattoriali, una robusta azione di riduzione dei fattori di rischio, diagnosi precoce e cure tempestive, potrebbe portare a una significativa riduzione delle stesse. «Per le persone in cattive condizioni di salute (persone con almeno una malattia cronica grave o multi croniche) si osservano, infatti, livelli molto più elevati di accesso ai Servizi Sanitari (visite mediche, accertamenti, ecc.)» (Atella *et al.* 2015, p.

16). Secondo le ultime stime dalla Ragioneria Generale dello Stato, di qui al 2025 saranno necessari dai 20 ai 30 miliardi di euro aggiuntivi per finanziare i nuovi bisogni di cura dei cittadini italiani.

Dall'analisi di come questi nascenti bisogni impattano sulla sostenibilità del SSN deriva anche la necessità di una maggior conoscenza dello stato delle reti relazionali informali esistenti a supporto del paziente polipatologico e cronico, in modo che esse possano essere integrate/supportate o sostituite in processi di presa in carico del paziente.

2. Momento attuale

Il quadro di contesto brevemente presentato nel paragrafo precedente deve tener conto anche della variabilità regionale della spesa sanitaria pubblica *pro-capite* (in leggera diminuzione) e dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale (in aumento), ciò segnala il contrasto di un «sistema che, da un lato, tende ad uniformare le funzioni di costo e, dall'altro, si finanzia a partire da sistemi economici locali sempre più diversi tra loro» (CERGAS-SDA Bocconi 2017, p. 15).

In questo scenario l'azione centrale di revisione degli assetti istituzionali è assolutamente prioritaria e strategica, finalizzata allo sviluppo e alla trasformazione del SSN. Solo attraverso un'attenta e accurata analisi dei bisogni reali di salute si può implementare un'azione programmatica efficiente ed efficace, anche prevedendo la chiusura o la riconversione dei piccoli ospedali e delle unità operative in eccesso, lo sviluppo di servizi alternativi all'assistenza ospedaliera, come i centri per le cure primarie e intermedie (Atella *et al.* 2015, p. 75). Occorre, infatti, «partire da fenomeni reali per trovare adeguate soluzioni istituzionali e non viceversa», avendo una visione ampia e di lungo periodo (CERGAS-SDA Bocconi 2017, p. XIX). Occorre cambiare in modo strutturale la sanità in Italia, cercando di introdurre politiche efficaci per prevenire le malattie, rafforzare l'accesso a un'assistenza primaria di qualità e migliorare il coordinamento delle cure, soprattutto per le persone con patologie croniche (Atella *et al.* 2015, p. 132). Ciò da un lato preservando i vantaggi di una gestione locale e più vicina al paziente dall'altro però favorendo il ruolo di cooperazione e di scambio di esperienze tra Regione e tra Centro e Regioni, che, come afferma Ricciardi, «in questi anni è venuto a mancare per vari motivi» (Atella *et al.* 2015, p. 131).

Oggi, alle Agenzie e Aziende sanitarie e sociosanitarie viene chiesto lo sforzo di cambiare rispetto ai mutati bisogni (Del Vecchio *et al.* 2017, p. 8), affinché si riesca da un lato a garantire l'erogazione adeguata e appropriata delle prestazioni, dall'altro a esprimere reali capacità di innovazione.

La presa in carico integrata e globale del paziente, tanto più critica quanto più connotata da situazioni di fragilità, richiede dunque un cambio di paradigma organizzativo. Non si deve ragionare più per dipartimenti, specialità e specializzazioni, ma per bisogno del paziente – unico benché poliedrico – che usufruisce trasversalmente tutte le strutture dell'organizzazione e di tutte le diverse strutture del sistema, ancorché aziendalmente o giuridicamente distinte: dall'ospedale al territorio, dalla prevenzione alla riabilitazione, dal sanitario al sociale; in una parola dalle singole prestazioni ai processi integrati (Cogliati 2018, p. 10).

3. Aspetti collaterali (ma non troppo)

Un elemento da prendere in considerazione presentando la rassegna dei principali elementi di ‘disturbo’ in una ‘buona’ e organica gestione del servizio sanitario è l’urgenza da parte dei cittadini di accedere alle cure, anche ‘acquistando’ integralmente e direttamente questi servizi, spesso a scapito dei principi di appropriatezza e adeguatezza. Sono stimate in 150 milioni le prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dagli italiani (ovvero erogate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale), per una spesa complessiva di 39,7 miliardi di euro. Il fenomeno, in costante espansione (+9,6% tra il 2013 e 2017), riguarda più di 2 italiani su 3 (oltre 44,1 milioni di persone) con un esborso medio di circa 655 euro per cittadino. In particolare:

- 7 cittadini su 10 acquistano farmaci (per una spesa complessiva di 17 miliardi di euro, pari al 34,6% sulla spesa totale per i farmaci);
- 6 cittadini su 10 acquistano visite specialistiche (per circa 7,5 miliardi di euro, pari al 54,6% delle visite specialistiche erogate totali);
- 4 cittadini su 10 acquistano prestazioni odontoiatriche (per oltre 8 miliardi di euro, pari all’89,2% delle prestazioni odontoiatriche erogate totali);
- oltre 5 cittadini su 10 acquistano prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio (per poco meno di 3,8 miliardi di euro, pari al 22,6% delle prestazioni diagnostiche erogate totali);
- oltre 1,5 cittadini su 10 acquistano occhiali e lenti (per circa 2 miliardi di euro, pari al 77,5% della spesa per occhiali e lenti);
- e meno di 1 cittadino su 10 acquista protesi, presidi (per quasi 1 miliardo di euro, pari al 68,7% della spesa totale per protesi, presidi).

Come evidenziato al taglio di alcuni servizi si affianca l’aumento della spesa *out of pocket* che, anche in considerazione dell’attuale situazione socioeconomica delle famiglie italiane, spesso induce a rinunciare alle cure. Ne deriva quindi un aggravio sulla spesa sanitaria privata delle famiglie (spesa privata – *out of pocket* o assicurativa, spesa per i ticket e la spesa per servizi intramoenia), a discapito di quelle prestazioni che incidono maggiormente sulle finanze dei cittadini, ovvero le visite dietologiche e le visite odontoiatriche, ad esempio. Non bisogna però dimenticare che la minore attenzione alla prevenzione, come si vedrà successivamente, porta a una impossibilità di diagnosi e presa in carico precoci.

Infine, nel confronto tra chi gode di risorse economiche ottime o adeguate e chi le giudica scarse o insufficienti, la quota dei rinunciatari passa dal 6,8% al 17,6%. Nel Nord-Ovest il rapporto è quasi di uno a tre (passa dal 4,5% al 13,3%) (Atella *et al.* 2015, p. 122).

Numerosi sono oggi gli studi disponibili che mostrano come lo stato di salute di una popolazione sia fortemente correlato alla sua condizione economica; in particolare quanto tali disuguaglianze nell’accesso alle prestazioni sanitarie siano dovute al reddito e quanto ad altre caratteristiche sociali e demografiche, tenendo conto di età, titolo di studio, stato civile e area di residenza degli individui. Emerge la fotografia di un Paese in cui, sia negli anni Novanta, sia negli anni Duemila, avere un basso reddito fa aumentare in modo significativo il rischio di morire e di essere ricoverati, a parità delle caratteristiche demogra-

fiche e sociali considerate. Nel caso dei ricoveri ospedalieri, il ricorso al ricovero cresce con l'abbassarsi del reddito in modo più regolare, con eccessi modesti ma significativi nella classe di medio reddito e con eccessi più consistenti tra chi ha un reddito basso (AA. VV. 2018, pp. 35-78). Gli elementi sopra esposti inducono a una serie di riflessioni, sia in termini di 'rinuncia' ai servizi, sia in termini di accesso 'improprio o in eccesso' ai servizi sanitari stessi, che ripropongono il tema dell'importanza di un dibattito strutturato in merito a quale collocazione si voglia attribuire ai consumi privati (*out of pocket* vs sanità integrativa) nell'evoluzione del sistema sanitario.

Se nella letteratura la maggioranza degli studi ha evidenziato come alti livelli di reddito portassero le popolazioni a godere di livelli più elevati di salute e di aspettative di vita più lunghe, oggi non si può non analizzare anche la relazione inversa, cioè un maggior livello di salute influenza positivamente la capacità di un Paese di generare reddito. Al miglioramento del livello di salute complessivo corrisponde anche un impatto positivo sul prodotto interno lordo (PIL); infatti, i miglioramenti del livello di salute, influenzando direttamente sulla speranza di vita e quindi sulla numerosità della popolazione, determinano anche un aumento della capacità di produrre reddito. Tra gli effetti indiretti vi è, invece, l'impatto che la salute ha sull'educazione della popolazione e sulla riduzione della mortalità infantile.

Poter determinare in maniera accurata la reale correlazione tra livello di salute e PIL è oggetto di dibattito scientifico, una delle principali obiezioni è legata alla difficoltà di utilizzare dati relativi a periodi di tempo che, seppur lunghi, non coprono un intervallo sufficiente a rilevare variazioni del PIL associate a miglioramenti del livello di salute: l'impatto di un aumento del capitale umano e intellettuale sul PIL a seguito di miglioramenti del livello di salute saranno percepibili solo quando la generazione nata e cresciuta dopo tale miglioramento avrà raggiunto l'età del pensionamento. Uno studio del 2011 propone un interessante tentativo di dimostrare come su 13 Paesi OCSE (Swift 2011, pp. 306-322), nel lasso di tempo 1820-2001/1921-2001, si possa ipotizzare l'esistenza di una relazione di lungo periodo tra aspettativa di vita, PIL e PIL pro capite. L'autore conclude evidenziando come livelli elevati dello stato di salute determinano anche incrementi del reddito di un Paese, soprattutto attraverso il miglioramento del capitale umano della popolazione.

In quest'ottica si afferma fortemente la necessità di politiche che promuovano la salute pubblica, non solo in attuazione di un diritto costituzionale, ma anche per i potenziali benefici economici che ne possono derivare. Il servizio sanitario italiano, ispirato dal principio costituzionale che riconosce e garantisce il diritto fondamentale dell'individuo alla salute, tutela il benessere dei propri cittadini e l'equità nell'accesso alle cure, anche erogandole gratuitamente per le fasce fragili e in difficoltà a garanzia dell'interesse della intera collettività.² La salute, quindi, viene riconosciuta dalla Costituzione italiana sia come diritto fondamentale dell'individuo, sia come un valore di primario interesse per la comunità stessa.

² Art. 32 *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti* [...], Costituzione della Repubblica Italiana.

Il livello di salute di una società non dipende unicamente dalle capacità del sistema sanitario di erogare cure universali e appropriate e di tutelare il benessere fisico e mentale dei cittadini, ma anche – e in buona parte – dalle condizioni di vita in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Classe sociale e istruzione fotografano molto bene queste differenze sociali nella speranza di vita e in tutte le altre dimensioni di salute. (AA.VV. 2018, pp. 36-37)

Il livello di consapevolezza ed *empowerment* dei cittadini, la situazione economica complessiva di un Paese e lo stato di salute della sua popolazione sono oggi i tre cardini da cui partire per rendere davvero sostenibile il nostro sistema sanitario.

La riflessione non può, allora, non spostarsi sul coinvolgimento responsabile di tutti i portatori di interesse inseriti in questo processo: beneficiari dei servizi da un lato, erogatori dall'altro. Le scelte di organizzazione e funzionamento dell'assistenza sanitaria, in quest'ottica, devono prendere in considerazione i problemi di equità, sia nella distribuzione dell'offerta sanitaria, sia riguardo gli effetti delle azioni di controllo della domanda (es. ticket, liste di attesa, ecc.) (Costa *et al.* 2014).

4. L'utente: una risorsa o un costo?

Come si è visto precedentemente, le proiezioni disponibili – sia in termini di finanziamento del SSN e ricadute nell'offerta, sia in termini di cambiamenti demografici con il conseguente incremento delle polipatologie/cronicità – rimandano a una situazione attuale aggravata da una bassa attenzione da parte dei cittadini italiani alla tutela della propria salute e al mantenimento di stili di vita salutari improntati alla prevenzione. «Ciò legato anche a una scarsa percezione del rischio e/o da una irresponsabilità personale alquanto diffusa» (Atella *et al.* 2015, pp. 60-74). Per combattere tali derive è necessario supportare politiche attente ad accrescere l'*empowerment* dei cittadini/pazienti.

Dall'ultimo Rapporto ISTAT sul Benessere emerge un quadro in cui gli indicatori sugli stili di vita mostrano limitati miglioramenti, se da un lato si rileva una diminuzione della popolazione sedentaria, che si attesta al livello più basso negli ultimi 12 anni, dall'altro il dato totale riporta una quota che si mantiene in ogni caso elevata; il consumo adeguato di frutta e verdura continua ad aumentare anche se con un ritmo lento. Resta, invece, stabile rispetto all'anno precedente la quota di popolazione in eccesso di peso, il consumo a rischio di alcol e la quota di fumatori (ISTAT 2017a, p. 31).

A titolo esemplificativo si riporta il *trend*, negativo, relativo al numero di persone coinvolte nei programmi di screening di primo livello per cervice uterina, mammella, colon retto nel triennio 2010-2012. È evidente la flessione nell'adesione a tali programmi da parte dei pazienti, che si ripercuote inevitabilmente sul SSN in termini di presa in carico di pazienti acuti.

Molte delle malattie croniche, che rappresentano la principale causa di morte e quasi il 60% dei costi totali delle cure nei Paesi industrializzati, si possono efficacemente prevenire contrastando i fattori di rischio comportamentali, quali fumo, alcol, abitudini alimentari non salutari e sedentarietà, e riducendo la diffusione dell'obesità (Atella *et al.* 2015, p. 51).

È necessario promuovere un'alleanza virtuosa tra i vari *stakeholder* coinvolti, a partire

dai cittadini/utenti/pazienti. Al SSN, in particolare ai suoi erogatori, Medici di Medicina Generale *in primis*, è chiesto di supportare i cittadini nella comprensione delle regole essenziali per una vita lunga e in salute, per adottare comportamenti e stili di vita sani, per un accesso adeguato ai servizi che il SSN offre, peraltro garantendo standard qualitativi alti. Ai cittadini viene chiesto uno sforzo responsabile nella cura di sé e nel rispetto della collettività, assumendosi anche gli oneri derivanti da scelte, certamente libere, ma impattanti sullo stato di salute della collettività e più in generale sul SSN. Ci si può quindi chiedere, in questo senso, quale compartecipazione sia davvero utile e ‘responsabilizzante’. Non ci si riferisce tanto alla compartecipazione alla spesa per la prestazione fruita, quanto alla compartecipazione, in senso lato, alla sostenibilità del SSN stesso. Appaiono pioneristiche, degne di una riflessione, le proposte ad esempio di una tassazione ‘inversa’, in cui la premialità (riduzione della tassazione) avviene nella determinazione del livello di adesione da parte del cittadino agli interventi di screening, di riduzione di comportamenti di rischio (fumo, abuso di alcol e sostanze, sedentarietà, ecc.), in sintesi nella determinazione della crescita culturale e di consapevolezza da parte dell’utente che da ‘costo’ diviene vera e propria risorsa per la collettività.

5. Il futuro

Gli scenari proposti di interpretazione della situazione attuale e di previsione di un futuro ormai molto prossimo non possono che spingere verso il perseguimento dell’obiettivo della piena integrazione tra i sistemi sanitario, sociosanitario e sociale per assicurare ai cittadini un percorso di assistenza adeguato ai singoli bisogni, garantendo la continuità e l’appropriatezza di cura. Le diverse Regioni in questi anni stanno lavorando, non senza fatiche e resistenze, a modelli quanto più rispondenti alle specificità locali, pur nel rispetto di un Servizio che è, e dovrà continuare a essere, nazionale. E lo sforzo maggiore emerge proprio nell’implementare quell’integrazione sociosanitaria, garante di una reale presa in carico dei pazienti, in particolare di quelli maggiormente fragili e maggiormente necessitanti di cure (i cronici).

Tale integrazione non può essere attuata se non in forma aggregata e multiprofessionale. In tale contesto è evidente la necessità sempre più crescente di garantire anche servizi ulteriori a quelli sanitari e sociosanitari, di tipo socioassistenziale che, a partire da una valutazione multidimensionale e multiprofessionale del bisogno e attraverso l’integrazione, possano rispondere alle esigenze della persona nel suo ambiente familiare e sociale. Ne deriva una progettazione organizzativa dei servizi (sanitari, sociosanitari e sociali) radicalmente modificata, incentrata su una territorializzazione maggiore dei servizi e sull’assenza di soluzione di continuità. I tre ambiti infatti rappresentano un’unica area di bisogno indifferenziato per l’individuo, spesso nella difficoltà di distinguere tra ciò che viene definito come bisogno strettamente sanitario e ciò che afferisce alla sfera sociale e assistenziale. Di conseguenza, per realizzare una reale integrazione tra i tre sistemi anche la legislazione regionale e nazionale sta evolvendo verso una normazione dei diversi ambiti più coerente e integrata, partendo principalmente dall’area sanitaria e sociosanitaria (Cogliati 2018, pp. 45-58). Ciò potrà avvenire in maniera ‘sostenibile’ esclusivamente

partendo da un'accurata analisi dei bisogni del territorio, sanitari, sociosanitari e sociali, finalizzata non solo alla conoscenza dello stato di salute, quanto a provare a dare una risposta alla domanda di adeguatezza dei servizi erogati in relazione alle esigenze dei cittadini di quel determinato territorio. Per far ciò i diversi *stakeholder* devono essere implicati nel processo di evoluzione del servizio sanitario locale, mettendo a disposizione il loro apporto sia in termini di specifiche competenze che di esperienze e dati, per arrivare a una programmazione condivisa di medio/lungo termine a favore di una reale integrazione di progettualità e di azioni (si pensi agli ambiti di erogazione di cure domiciliari legati alle aree della Salute mentale, della cronicità, delle disabilità, delle Cure Palliative, ecc.). È necessaria la sistematizzazione di questi modelli assistenziali basati sulla logica della 'presa in carico' del paziente cronico, unitamente a una riorganizzazione degli ospedali per intensità di cure, sviluppando reti interaziendali per patologia e implementando soluzioni per garantire l'integrazione ospedale-territorio, sia di tipo strutturale sia di tipo funzionale. Tali riorganizzazioni incidono in modo strutturale sul sistema e richiedono investimenti in capitale umano, oltre che finanziario. Lavorare in un sistema integrato significa produrre valore, ciascun portatore d'interesse mette in campo le risorse disponibili, siano esse già esistenti o aggiuntive, confrontandosi in un processo che conduce a un ampliamento delle conoscenze; significa realizzare economie di scala; significa ottimizzare le risorse esistenti evitando duplicati di tecnostutture o di prestazioni rese.

In quest'ottica di presa in carico integrata, basata su una forte azione programmatica, assumono fondamentale importanza le azioni condivise di promozione della salute e prevenzione dell'acuzie. È prioritario promuovere iniziative per accrescere la consapevolezza nei cittadini di quanto il proprio stile di vita determini le condizioni di salute individuali e più in generale impatti sullo stato di salute della collettività. In questo modo il cittadino è coinvolto in un percorso organico, dalla nascita fino all'età anziana, che lo vede da un lato fruire di servizi a beneficio e miglioramento della propria qualità della vita, dall'altro responsabile delle proprie scelte di salute. Quanto più si riuscirà a supportare il passaggio da utente dei servizi ad attore, e allo stesso tempo, promotore di stili di vita salubri tanto più si riuscirà a far crescere lo stato di salute complessivo della popolazione.

Bibliografia

- Atella V., C. Cricelli, W. Ricciardi, F. Serra (2015), *La tempesta perfetta*, Milano, Vita e Pensiero.
- AA.VV. (2018), *Contrastare le disuguaglianze e promuovere equità nei programmi di prevenzione: strumenti, pratiche e alleanze dell'esperienza lombarda*, Milano, Guerini e Associati Editore.
- CERGAS-SDA Bocconi (a cura di) (2017), *Rapporto OASI 2017*, Milano, Ed. Egea.
- Cogliati P. (a cura di) (2018), *Atti del Convegno Sistemi sociosanitari regionali a confronto*, Agenzia di Tutela della Salute della Brianza, Monza, 3 luglio.
- Costa G., M. Bassi, G.F. Censini, M. Marra, A.L. Nicelli, N. Zengarini (a cura di) (2014), *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, Ed. Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore.
- Del Vecchio M., N. Pinelli, F. Ripa di Meana, A. Romiti, A. Tanese (2017), *Aziende e management per il futuro del SSN*, Roma, FIASO, KOS Comunicazione e Servizi s.r.l.

- ISTAT (2017a), *BES, Il benessere equo e sostenibile in Italia*, <www.istat.it>.
- ISTAT (2017b), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia. Anni 2012-2016*, www.istat.it.
- ISTAT, (2018), *RAPPORTO ANNUALE 2018. La situazione del Paese*, <www.istat.it>.
- Previtali P. (a cura di) (2017), *La sfida del management sanitario: organizzazione e innovazione del sistema di welfare*, Pavia, Pavia University Press.
- Swift R. (2011), *The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run.*, «Health Economics», Vol. 20, Issue 3, pp. 306-322.
- VIII Rapporto RBM – CENSIS sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, (2018), *La Salute è un Diritto. Di Tutti*, Roma.

Sezione IV

Strumenti di management

Capitolo 13

Uno sviluppo metodologico per la presa in carico

Michele Brait*, Armando Gozzini**, Paolo Puorro***, Francesco Reitano****

1. Strategia

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia, nel dare attuazione alla riforma sociosanitaria stabilita con L.R. 23/2015, ha messo in campo le risorse e gli strumenti atti all'applicazione delle DDGRR 6164/2017, 6551/2017, 7038/2017 e 7655/2017 al fine della presa in carico del paziente cronico e/o fragile. La predetta innovazione legislativa costituisce una evoluzione del modello lombardo che dal 'curare' i cittadini intende passare al 'prendersi cura'. Ciò avviene integrando l'ospedale con i servizi del territorio ponendo l'attenzione al percorso di cura (in senso esteso della presa in carico) e non solo alle singole prestazioni assistenziali.

Per sviluppare l'implementazione, oltre al dare esecuzione ad attività dirette all'interno dell'organizzazione, che costituiscono oggetto del presente lavoro, l'azione della direzione aziendale si è sviluppata anche nella creazione di relazioni con gli *stakeholder* del territorio servito, in particolare con i sindaci, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, le rappresentanze sindacali e del volontariato e i politici eletti. Sono state valutate le esigenze di risorse umane e tecnologiche, definiti gli obiettivi di medio e lungo periodo e pianificate le acquisizioni dei fabbisogni.

La strategia dell'ASST di Pavia si è attuata con la metodologia del *Project Management*, che ha previsto la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare con l'obiettivo di trattare tutti gli aspetti della riforma e integrare le professionalità, le risorse e le competenze.

Si procede con l'illustrazione della composizione del gruppo di lavoro (Tabella 1) incaricato dello sviluppo progettuale, coordinato da un ingegnere gestionale.

Il gruppo di lavoro ha basato l'analisi e il dimensionamento sui dati dei *frequent user* (pazienti che consumano oltre il 50% delle loro prestazioni clinico assistenziali presso il medesimo ente erogante) forniti dall'Agenzia di Tutela della Salute di Pavia. Riportando i dati inviati da ATS sui *frequent user* si rileva un numero di pazienti pari a 63.179, di cui:

- 4.323 appartenenti al primo livello;
- 27.268 appartenenti al secondo livello;
- 31.588 appartenenti al terzo livello.

* Direttore generale ASST di Pavia

** Direttore sociosanitario ASST Pavia

*** Direttore amministrativo ASST di Pavia

**** Direttore sanitario ASST di Pavia

Tabella 1. Gruppo di lavoro.

Posizione aziendale
Direttore Dipartimento area Medica
Responsabile UOC Direzione Medica di Presidio Lomellina
Responsabile UOC Direzione Medica di Presidio Oltrepò
Responsabile UOC Polo Territoriale Pavese
Responsabile UOC Polo Territoriale Oltrepò
Direttore del Dipartimento di integrazione sociosanitaria
Responsabile UOC Marketing, comunicazione e Servizi amministrativi territoriali/ospedalieri e libera professione
Responsabile UOC Acquisti e Servizi Informativi
Responsabile UOC Affari Generali e Legali
Responsabile UOS Sistema Informatico Aziendale
Responsabile UOC DAPSS
Direttore Dipartimento Servizi Amministrativi
Direttore Dipartimento Programmazione e Gestione Economica
Responsabile UOS Specialistica Ambulatoriale
Responsabile UOS Accreditamento e Qualità
Responsabile UOS Controllo di Gestione
Ingegnere Gestionale con funzioni di coordinamento e supporto

In fase di invio delle lettere ai pazienti cronici i dati pervenuti dall'ATS dei Pavia sui pazienti contattati sono stati i seguenti:

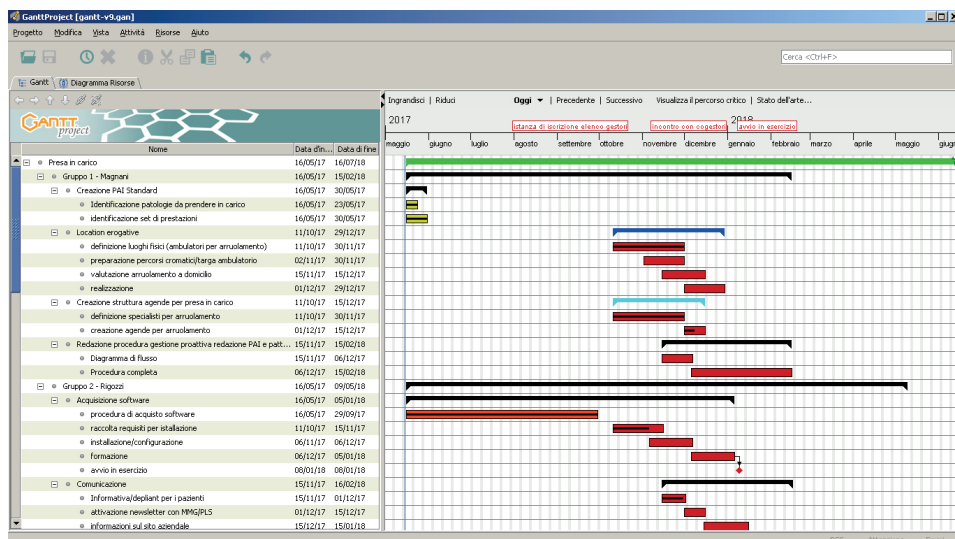
- 1.617 appartenenti al primo livello;
- 8.168 appartenenti al secondo livello;
- 5.721 appartenenti al terzo livello.

Per un totale di 15.506 pazienti *frequent user*.

La definizione delle azioni per progettare e attuare la pressa in carico dei predetti è stata svolta attraverso la metodologia del *Project Management* e sono stati gestiti i seguenti ambiti:

1. Scomposizione strutturata delle attività - La WBS è un processo di suddivisione dei *deliverable* del progetto e del lavoro incluso nel progetto in componenti più piccole e quindi maggiormente gestibili. La struttura di scomposizione del lavoro (WBS) è gerarchica e orientata ai *deliverable*, con una definizione sempre maggiormente dettagliata scendendo di livello nella gerarchia. Il lavoro da effettuare è contenuto nel livello più basso costituito dai *Work Packages*;
2. Diagramma di Gantt - Tra le molte modalità di rappresentazione della pianificazione trova molto utilizzo l'uso del Gantt, rappresentato in figura, dove vengono indicati tempi, relazioni, vincoli e owner (Figura 1);

Figura 1. Diagramma di Gantt del progetto.



3. *Cost* - La gestione del “cost” include principalmente la stima, l’allocazione del budget e il controllo dei costi. Si compone dei seguenti processi:
 - stimare i costi: stimare le risorse monetarie necessarie per le singole attività di progetto;
 - definire il budget: aggregare i costi stimati per creare la baseline dei costi;
 - controllare i costi: monitorare i costi di progetto per ridefinire eventualmente il budget.
4. *Human resource* - La modalità più comune di rappresentazione delle attività è la matrice RACI che mette in relazione le attività con le persone, indicate in maniera nominale:
 - *Responsible*, responsabile della corretta esecuzione delle attività;
 - *Accountable*, colui che esegue materialmente le attività;
 - *Consult*, risorsa da consultare per le conoscenze in suo possesso;
 - *Inform*, risorsa da informare durante l’esecuzione dell’attività, non ha ruolo attivo ma necessita di essere informato.
5. *Communication* - La gestione dell’area di *communication* include principalmente i processi per la diffusione delle informazioni di progetto affinché siano adeguate, tempestive e indirizzate ai giusti stakeholder. Si compone dei seguenti processi:
 - Identificare gli *stakeholder*, identificare tutte le persone e le strutture coinvolte a vario titolo sul progetto;
 - Pianificare le comunicazioni, determinare le esigenze di comunicazione di ogni *stakeholder*;
 - Distribuire le informazioni con le modalità definite;
 - Gestire le aspettative degli *stakeholder*, comunicare e collaborare con gli *stakeholder* per soddisfare le aspettative;
 - Produrre report sulle prestazioni, raccogliere e distribuire le informazioni.

Utilizzando la metodologia del *Process Management* è stato definito il percorso del paziente tra i punti di accoglienza e gli ambulatori per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili (Figura 2).

L'ASST di Pavia ha attivato il percorso di presa in carico del paziente cronico in tutti i suoi Presidi al fine di garantire una diffusione capillare sul territorio, formando oltre 200 dipendenti. È possibile svolgere tutte le fasi del percorso presso:

- Poliambulatorio di Pavia;
- Presidio Ospedaliero – Poliambulatorio di Casorate Primo;
- Presidio Ospedaliero – Poliambulatorio di Voghera;
- Presidio Ospedaliero – Poliambulatorio di Stradella;
- Presidio Socio-Sanitario Territoriale di Broni;
- Presidio Ospedaliero – Poliambulatorio di Varzi;
- Presidio Ospedaliero – Poliambulatorio di Vigevano;
- Presidio Ospedaliero – Poliambulatorio di Mede;
- Presidio Ospedaliero – Poliambulatorio di Mortara.

L'attivazione della procedura di presa in carico che avviene tramite la sottoscrizione del Patto di Cura e la fase informativa possono avvenire presso i CUP e Centri Servizi secondo la modalità illustrata nel Capitolo 2. Strategicamente si è determinato di svolgere tutte le attività internamente per avere pieno controllo sull'intero processo ma sarà più avanti effettuata un'analisi *make or buy* per valutare la convenienza economica dell'esternalizzazione dell'attività amministrativa del Centro Servizi.

1.1. I dati al 30 giugno 2018

Nella Tabella 2 si riportano il numero di arruolamenti (patti di cura sottoscritti) effettuati per patologia prevalente e livello.

Tabella 2. N. arruolamenti effettuati per patologia prevalente e livello.

Codice Patologia Prevalente	Descrizione Patologia Prevalente	Livello			Totale
		1	2	3	
5	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI		1		1
9	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	2	1		3
10	NEOPLASIA ATTIVA	1	3		4
14	VASCULOPATIA ARTERIOSA	2	4		6
16	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	1	2		3
17	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	1	3		4

19	CIRROSI EPATICA		1	1	2
20	SCOMPENSO CARDIACO		2	2	4
22	SCLEROSI SISTEMICA	1			1
23	VASCULOPATIA CEREBRALE	2	3	1	6
25	CARDIOPATIA VALVOLARE	1	1	1	3
27	VASCULOPATIA VENOSA	1			1
28	DEMENZE		1		1
29	CARDIOPATIA ISCHEMICA		10	5	15
30	MIOCARDIOPATIA ARITMICA		4	2	6
32	MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA		1	4	5
33	PARKINSON E PARKINSONISMI		1		1
39	BPCO	1	6		7
40	ARTRITE REUMATOIDE			1	1
41	PSORIASI E ARTROPATIA PSORIASICA		1		1
46	COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD)		1		1
48	IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON		6	1	7
50	DIABETE MELLITO TIPO 2	1	12	5	18
56	IPERTENSIONE ARTERIOSA	1	7	16	24
59	NEOPLASIA REMISSIONE		1		1
60	IPOTIROIDISMO			9	9
63	ASMA			8	8
64	TIROIDITE DI HASHIMOTO			1	1
Totale		15	72	57	144

Nella Tabella 3 si riportano il numero di PAI redatti nei primi giorni di attuazione per patologia prevalente e livello.

La sottoscrizione dei patti di cura e dei PAI risulta in progressiva e costante lenta crescita, consentendo così di affinare la metodologia e di migliorare le relative azioni attuative.

Tabella 3. PAI redatti nei primi giorni di attuazione per patologia prevalente e livello.

Codice Patologia Prevalente	Descrizione Patologia Prevalente	Livello			Totale
		1	2	3	
5	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI		1		1
9	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	2	1		3
10	NEOPLASIA ATTIVA	1	2		3
14	VASCULOPATIA ARTERIOSA	2	4		6
16	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	1	2		3
17	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA		1		1

19	CIRROSI EPATICA		1	1	2
20	SCOMPENSO CARDIACO		2	2	4
22	SCLEROSI SISTEMICA	1			1
23	VASCULOPATIA CEREBRALE	2	3	1	6
25	CARDIOPATIA VALVOLARE	1	1	1	3
27	VASCULOPATIA VENOSA	1			1
28	DEMENZE		1		1
29	CARDIOPATIA ISCHEMICA		9	4	13
30	MIOCARDIOPATIA ARITMICA		3	2	5
32	MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA		1	4	5
33	PARKINSON E PARKINSONISMI		1		1
39	BPCO	1	4		5
46	COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD)		1		1
48	IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON		6	1	7
50	DIABETE MELLITO TIPO 2		10	2	12
56	IPERTENSIONE ARTERIOSA	1	7	15	23
59	NEOPLASIA REMISSIONE		1		1
60	IPOTIROIDISMO			7	7
63	ASMA			8	8
<i>Totale</i>		13	62	48	123

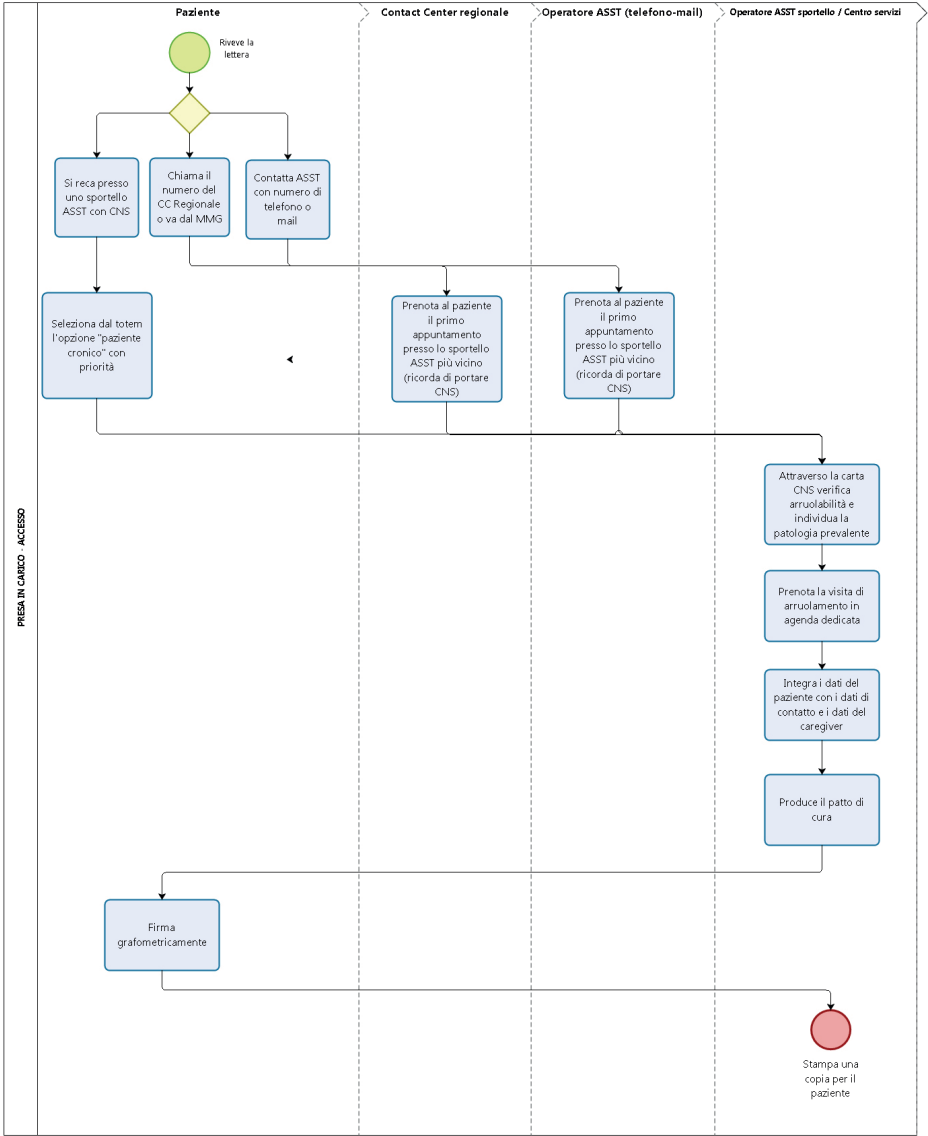
2. La struttura del centro servizi

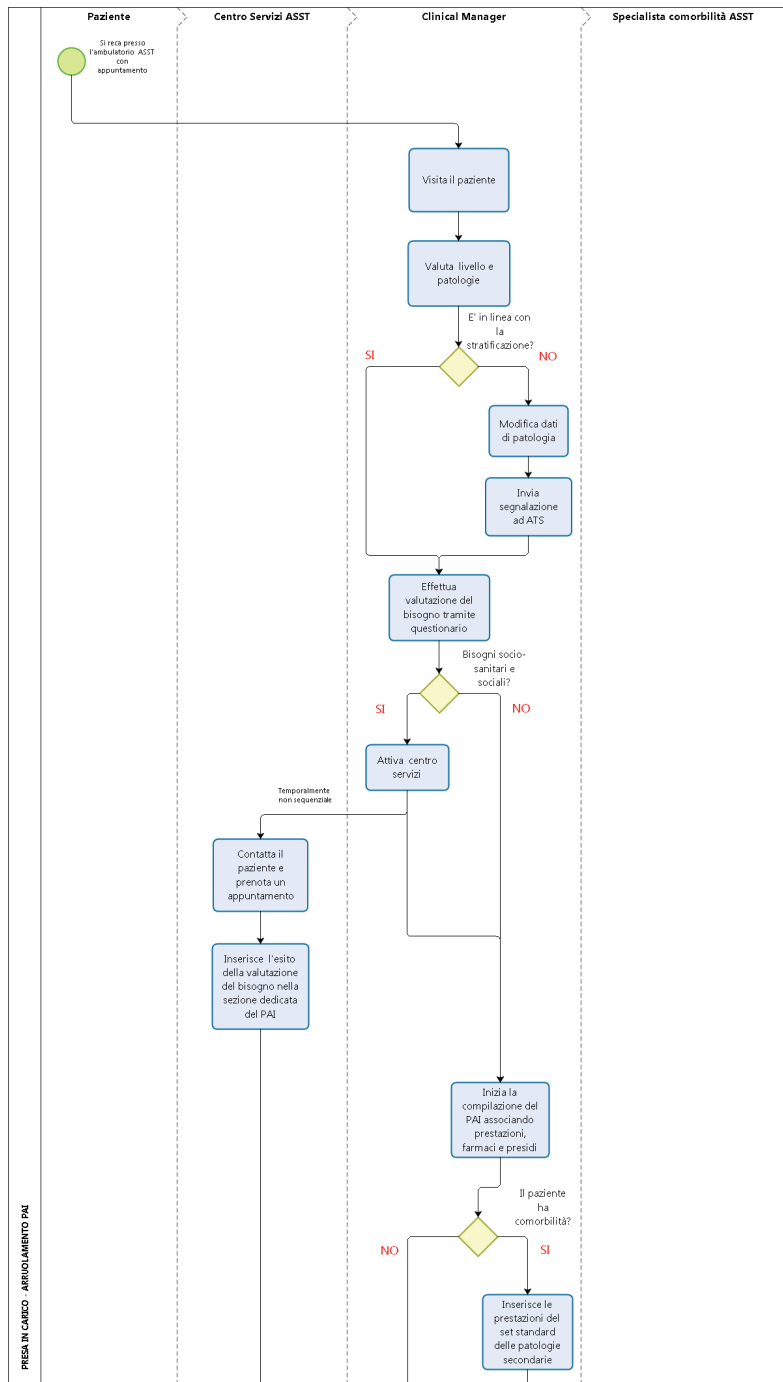
Il percorso di cura viene organizzato grazie a vari attori coinvolti nel processo ognuno con propri ruoli e funzioni specifiche (DG Welfare, ATS, Gestori, MMG/PLS ecc.) ma anche grazie al supporto di un “Centro Servizi”, elemento qualificante per la gestione proattiva del percorso, attraverso alcune funzioni non solo cliniche ma anche di tipo amministrativo, e mediante il monitoraggio costante del processo e dei suoi esiti, a tutela dell’aderenza al PAI (Piano Assistenziale Individuale). Viene in tal modo avviato un processo dinamico e virtuoso nel quale la programmazione clinico-assistenziale del PAI evolve e si modella in concomitanza all’evoluzione dei bisogni individuali del paziente (personalizzazione). Secondo la normativa regionale il Centro Servizi supporta il Gestore a tutela dell’aderenza al PAI e assicura al paziente:

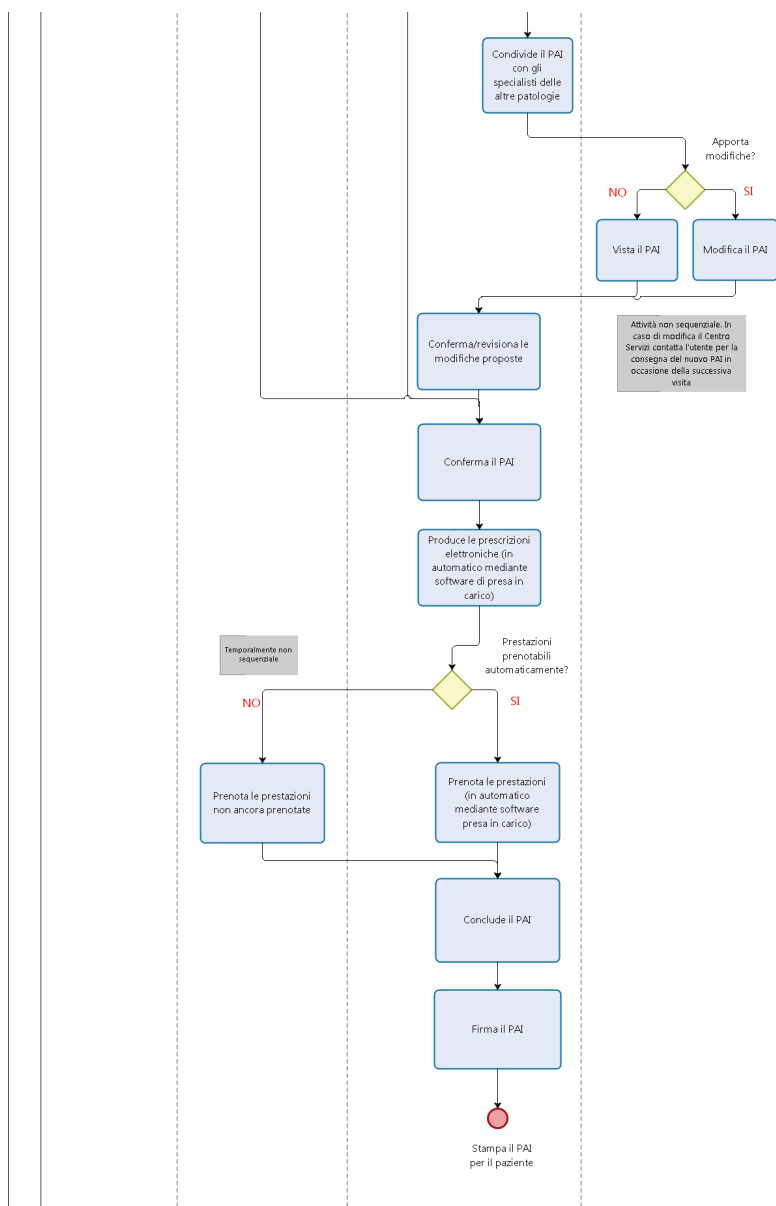
- supporto nella gestione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie previste dal PAI;
- gestione dell’agenda sanitaria (prenotazioni, contatto telefonico per ricordare appuntamenti e accertamenti, fornitura a domicilio di presidi sanitari e sociosanitari, ecc.);
- supporto a eventuali servizi di Telemedicina;
- supporto alle richieste personali e/o del *care giver* attraverso interventi di operatori esperti, d’intesa con il medico responsabile della presa in carico.

Dal 1 marzo sono stati attivati i 3 Centri servizio, uno per ciascun Polo Territoriale:

Figura 2. Percorso del paziente.







- Centro Servizi Polo Territoriale Pavese - V.le Indipendenza, 3 – Pavia;
- Centro Servizi Polo Territoriale Lomellina - V.le Montegrappa, 5 – Vigevano;
- Centro Servizi Polo Territoriale Oltrepò - V.le Repubblica, 88 – Voghera.

Le figure professionali coinvolte nel centro servizi sono:

- medico con funzione di coordinamento della equipe e di raccordo tra le diverse articolazioni aziendali ed extra aziendali (medico di polo territoriale);
- infermiere con funzioni di case manager, a supporto del percorso del paziente;
- in particolare per il livello I si svolgerà un colloquio iniziale con il paziente e successivamente verrà effettuata, anche attraverso una presa in carico proattiva, la verifica di aderenza al Piano Individuale; per i livelli II e III l'infermiere svolgerà prevalentemente funzioni di verifica e di monitoraggio;
- assistente sociale con funzioni di supporto o di case manager per i casi a forte rilevanza sociale (risorse presenti che svolgono funzioni sul territorio);
- personale amministrativo con funzioni di arruolamento, prenotazione prestazioni, supporto amministrativo, *remind*, monitoraggio e rendicontazione.

Il paziente può rivolgersi al Centro Servizi recandosi di persona nelle sedi sopra indicate oppure chiamando un numero unico telefonico dal lunedì al venerdì dalle 08:30 alle 15:40. Premendo il tasto 1 si viene indirizzati al Centro Servizi Pavese, premendo il tasto 2 si viene indirizzati al Centro Servizi Lomellina e premendo il tasto 3 al Centro Servizi Oltrepò. I pazienti hanno anche a disposizione una casella mail dedicata.

2.1. Attività del Case Manager

In assenza di parametri regionali per il dimensionamento del personale, considerando che il personale infermieristico è la figura individuata, in via prioritaria, per la funzione di *case manager*, si ritiene al momento di effettuare una stima per livello di cronicità come individuato nella DGR 6164 e successive.

2.1.1. Il modello

Una particolare analisi è stata svolta sulla figura del *case manager*. Attualmente le linee di attività afferenti alla rete territoriale d'offerta che rappresentano "punti di erogazione" di prestazioni di carattere sanitario nel percorso territoriale del paziente cronico/fragile sono:

- assistenza domiciliare ADI/VOUCHER;
- ambulatori infermieristici di consulenza e fornitura di materiale di protesica.

Gli operatori che agiscono all'interno di questi servizi hanno acquisito negli anni competenze specifiche vincolate però all'interno di un modello di organizzativo fortemente caratterizzato da 'compartimenti' scarsamente comunicanti tra loro, molte di queste competenze sono indispensabili per l'attivazione della presa in carico del paziente cronico e sono rappresentate da:

- conoscenza del contesto territoriale e della rete di servizi che lo compone;
- capacità di attivare e mettere in relazione i vari ‘nodi della rete’ dei servizi di offerta;
- competenze nel riconoscere i bisogni specifici del paziente cronico/fragile (PDTA paziente diabetico, nefropatico, oncologico ecc.);
- consulenza e supporto al paziente e/o al *caregiver* rispetto alla scelta e all’erogazione di presidi per pazienti colostomizzati, diabetici, incontinenti, affetti da malattie rare, tracheostomizzati, in Nutrizione Artificiale Domiciliare;
- valutazione multidimensionale del bisogno del paziente fragile;
- utilizzo di specifici strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno (ES: scheda VAOR);
- lavoro in equipe multi disciplinari;
- riconoscimento dell’importanza del concetto di *advocacy* del paziente e della continuità assistenziale;
- conoscenza delle specifiche popolazioni di pazienti cronici e relativi piani di cura/assistenza;
- conoscenze sulla gestione delle risorse, sull’uso dei piani di assistenza, dei protocolli e delle linee Guida;
- conoscenza e attuazione, per le parti di competenza, di specifiche procedure per:
 - la presa in carico;
 - la gestione di applicativi, piattaforme informatiche, software;
 - il monitoraggio dell’assistito per la valutazione dell’aderenza del soggetto al percorso programmato
 - comprensione del modello organizzativo assistenziale.

Questi operatori rappresentano una risorsa di ‘competenze’ spendibili dall’azienda in una fase d’implementazione di progetto che dovrà tendere a superare l’organizzazione a ‘linee di attività’, per diventare un’organizzazione di ‘percorsi/processi’; a tale proposito sarà indispensabile prevedere corsi di formazione specifici volti in una prima fase a integrare il ‘gap’ di conoscenze e a omogeneizzare e uniformare il bagaglio di conoscenze degli operatori già presenti, per passare successivamente a ‘formare’ nuovi operatori.

2.1.2. L’attività

Di seguito si dettagliano le attività per livello di cronicità.

Livello I

- Fase completamento PAI
 - Assegnazione dei PAI ai case manager da parte del coordinatore di polo territoriale; al momento della creazione del PAI da parte del *clinical manager* verrà inserito il coordinatore di polo territoriale tra le figure del percorso di presa in carico che provvederà ad assegnare al *case manager* del centro servizi di riferimento;
 - Visualizzazione dei PAI;
 - Ricostruzione storica dei servizi erogati, nel caso in cui il paziente sia noto. Viene

effettuata una verifica sull'assegnazione di presidi di protesica maggiore, di protesica minore, di prodotti dietetici, di presidi per diabete, di farmaci, di erogazione di ADi voucher, di servizio di riabilitazione, di NAD;

- Contatto con il paziente e/o *caregiver* per fissare un appuntamento presso il Centro Servizi ai fini della valutazione multidisciplinare del bisogno;
- Attivazione delle altre figure professionali necessarie per la valutazione del bisogno e per la gestione del paziente e svolge un ruolo di coordinamento;
- Completamento il PAI con la sezione dedicata alla valutazione del bisogno;
- Razionalizzazione degli interventi erogati dai diversi attori.
- Fase gestione dei pazienti
 - Risposta a chiamate di bisogno estemporaneo e attivazione delle azioni conseguenti;
 - Verifica di aderenza al PAI e contatto del paziente per valutazione;
 - Inserimento nel software degli interventi effettuati.
- Fase di monitoraggio
 - Analisi degli indicatori relativi alla percentuale di aderenza del PAI;
 - Creazione di report degli interventi effettuati.

Livello II

Per il livello II la valutazione del bisogno viene pianificata ed effettuata soltanto per i pazienti individuati dal *clinical manager* tramite questionario; il contatto con il paziente viene filtrato dal Centro Servizi mediante un sistema di gestione delle segnalazioni. Vengono svolte tutte le attività del livello I con minore complessità.

Livello III

Implementazione di ambulatori infermieristici dedicati a interventi educativi specifici per gruppi di patologia.

2.1.3. Il Dimensionamento delle risorse

Nel presente paragrafo viene proposto il dimensionamento del personale infermieristico. Si prevede la presenza di un coordinatore per Polo Territoriale, trasversale rispetto alle attività sociosanitarie di competenza del Polo.

Livello I

Per i pazienti del primo livello si prevedono 4 ore per paziente/anno di cui 2 ore per il completamento del PAI e 2 ore per la gestione annuale. Si prevede che un infermiere *case manager* possa gestire al massimo 383 pazienti.

Livello II

Per il secondo livello si prevedono 2 ore per paziente/anno di cui 1 ore per il completamento del PAI e 1 ore per la gestione annuale. Si ipotizza, inoltre, che il 50% dei pazienti di livello II abbia la necessità di una valutazione del bisogno. In base alle osservazioni precedenti si prevede di considerare un infermiere *case manager* ogni 1500 pazienti

Livello III

Si prevedono 3 infermieri *case manager* per la gestione di gruppi di educazione sanitaria composti da 8/10 pazienti per circa 10000 pazienti del livello III. Sono previste 3 ore/anno per gruppo.

2.2. Attività del Personale amministrativo del Centro Servizi

Il presente documento individua 6 tipi di attività in capo al personale amministrativo dei tre Centri Servizi presenti nel territorio della provincia Pavese che sono:

1. Attività di Arruolamento.
2. Attività di Prenotazione.
3. Attività di Remind.
4. Attività di Disarruolamento.
5. Attività Call Center.
6. Altre attività.

2.2.1. Il modello

Il modello adottato dall'ASST di Pavia è definito nel *workflow* "Presa in carico-accesso". Per le attività di arruolamento e sottoscrizione del patto di cura l'ASST di Pavia ha esposto al Contact Center Regionale le agende riportate in Tabella 4.

Tabella 4. Periodo utile
per l'arruolamento/sottoscrizione del Patto.

Struttura	dalle	alle	dalle	alle
<i>Centro servizi Pavia</i>	08:40	12:40	13:40	15:40
<i>Centro servizi Voghera</i>	08:40	12:40	13:40	15:40
<i>Centro servizi Vigevano</i>	08:40	12:40	13:40	15:40
CUP Broni	08:00	10:40		
Cup Casorate	08:00	10:40		
Cup Mede	08:00	10:40		
CUP Stradella	08:00	10:40		
CUP Vigevano	08:00	10:40		
CUP Varzi	08:00	10:40		
Cup Mortara (Asilo Vittoria)	08:00	10:40		
CUP Corteolona	08:00	10:40		
CUP Garlasco	08:00	10:40		
Cup Mortara (Sant'Ambrogio)	08:00	10:40		
Pavia Poliambulatori	08:00	10:40		
CUP Voghera	08:00	10:40		

Il paziente può prenotare il primo contatto attraverso il CCR oppure può recarsi spontaneamente presso tutti i punti di accoglienza avendo un canale preferenziale selezionando la categoria 'paziente cronico' dal totem tagliacode (dove presente). L'attività di arruolamento è separata dall'attività di redazione del PAI; la verifica arruolabilità e la firma del Patto di Cura con firma grafometrica avviene presso i CUP e i Centri Servizi, che prenotano un appuntamento per la stesura del PAI con il *clinical manager* in base alla patologia prevalente. Dal momento che non possono essere note le patologie del paziente che ha ricevuto la lettera da parte di ATS fino alla verifica di arruolabilità con tessera sanitaria e che non è possibile avere a disposizione nell'immediato il *clinical manager* relativo alla patologia prevalente è necessario che il paziente si rechi due volte presso l'ASST di Pavia. Al fine di ottimizzare il percorso del paziente, quando terminerà l'arruolamento dei pazienti attivati dalla lettera e si procederà all'arruolamento dei pazienti che accedono presso i nostri ambulatori, sarà ridefinito il processo di presa in carico per ottimizzare il numero e le modalità di accesso dei pazienti.

2.2.2. L'attività

Si riportano di seguito le attività del personale amministrativo del centro servizi.

1) Attività di Arruolamento

Tale attività consta di fasi molto delicate. La prima è la verifica dell'arruolabilità del paziente tramite CNS, con cui si inizia la fase di presa in carico del paziente cronico/fragile; si può procedere alla verifica arruolabilità anche se il paziente si presenta spontaneamente senza aver ricevuto la lettera di invito individuale da parte della ATS territorialmente competente. In questo caso infatti, il paziente deve essere comunque inserito nell'agenda manifestazione di interesse PAI. La priorità acquisita mediante totem vale sia per la sottoscrizione del patto di cura sia per tutte le attività inerenti al suo PAI. La seconda fase dell'attività di arruolamento è la verifica dell'anagrafica: anch'essa è una fase alquanto delicata in quanto va verificata la correttezza di tutti i dati anagrafici dei pazienti con particolare attenzione a:

- il numero di telefono;
- il Campo mail;
- la sezione domicilio dell'anagrafica principale;
- i campi assistenza dell'anagrafica secondaria.

Inoltre viene registrato il canale di comunicazione che il paziente preferisce per essere contattato (es.: mail, SMS, telefono, altro). Il personale del Centro Servizi provvede poi all'aggiornamento delle esenzioni grazie a una funzionalità che consente di estrarre le esenzioni dai dati della CNS del paziente; in questo modo il *clinical manager* troverà le esenzioni in fase di redazione del PAI.

Successivamente si procede alla firma del patto di cura e dei consensi sul trattamento dei dati personali (tramite firma grafometrica). L'operatore deve confermare le firme e l'acquisizione del patto di cura. Se il paziente chiede di leggere il patto di cura prima della

sottoscrizione l'operatore fornisce all'utente la copia cartacea (detenuta presso ogni CUP e Centro Servizi). L'operatore poi, in base alla patologia prevalente e consultando una tabella di assegnazione patologia – branca specialistica, prenota la visita di arruolamento PAI. In fase di arruolamento altra attività da svolgere è l'assegnazione di ogni paziente al *clinical manager*.

2) Attività di Prenotazione

Seconda attività è quella di prenotazione delle varie prestazioni, anch'essa suddivisa in varie sotto-fasi.

1. **Fase di prenotazione.** Il personale del Centro Servizi stampa quotidianamente i fogli di lavoro delle visite di arruolamento PAI dei Presidi a esso associati e il giorno successivo verifica se alla prenotazione corrisponde un PAI e visualizza le prestazioni da prenotare. La data di prenotazione deve essere comunicata all'utente oppure condivisa attraverso il canale che il paziente ha comunicato in fase di arruolamento (es.: mail, telefono). Nel caso in cui la prestazione da prenotare sia presente nei posti bloccati e riservati ai pazienti cronici l'operatore procede con la prenotazione altrimenti cerca la disponibilità nelle agende normali. Le prenotazioni devono essere concluse entro il giorno 10 del mese precedente in quanto successivamente si procede allo sblocco dei posti non occupati dai pazienti cronici al fine di renderli fruibili a tutti i pazienti. Nell'ambito dei contratti di avvalimento il Centro Servizi si occupa delle prenotazioni di prestazioni presso altri Erogatori in base alla scelta del paziente.
2. **Registrazione della prenotazione nel sistema di gestione della presa in carico.** A seguito di avvenuta prenotazione il dato è riportato nel sistema di gestione dei pazienti cronici, nella sezione attività call center, in particolare le informazioni relative alla prenotazione come struttura erogante e data. Tale attività è importante per attivare i *re-mind* e per verificare l'aderenza al piano (compito del Case Manager). Tutte le attività di contatto vengono registrate nella sezione relativa agli esiti delle chiamate in attività call center dell'applicativo nel sistema di gestione della presa in carico.
3. **Rendicontazione delle prenotazioni.** Le prenotazioni vengono riportate in file, che devono essere inviati con aggiornamento giornaliero alla mail presaincarico@asst-pavia.it, ai responsabili dei tre Poli Territoriali e, all'Ingegnere gestionale dell'ASST di Pavia:
 - “pazienti con PAI” dove vengono riportate le prestazioni prenotate e da prenotare, la data prevista e effettiva e le criticità per ogni paziente;
 - “prestazioni da prenotare” dove vengono riportate esclusivamente le prestazioni da prenotare, una per ogni riga con codice prestazione, descrizione, data indicata nel PAI e nota.

L'operatore del Centro Servizi verifica poi l'effettiva erogazione attraverso i dati che vengono automaticamente inseriti nella sezione dedicata del menu attività call center. La fase di rendicontazione si sta automatizzando grazie all'attivazione di report.

3) Attività di Remind

Il personale del Centro Servizi stampa quotidianamente i fogli di lavoro delle visite di arruolamento PAI dei Presidi a esso associati e contatta il paziente, tre giorni prima della visita, per ricordare l'appuntamento. Se il paziente disdice l'operatore cancella l'appuntamento dall'agenda. L'attività di *remind* è prevista anche per le prestazioni contenute nel PAI. In questo secondo caso la chiamata deve essere effettuata almeno 7 giorni prima della visita al fine di ridurre la mortalità.

4) Attività di Disarruolamento

Se il paziente decide di non procedere con il percorso di presa in carico il Centro Servizi oppure il personale del CUP procede all'attività di disarruolamento. Il paziente può recarsi al Centro Servizi o CUP più vicino al suo domicilio. L'operatore del CUP/Centro Servizi procede alla somministrazione del modulo di rinuncia compilato e sottoscritto dal paziente ed esegue il disarruolamento nell'applicativo di gestione della presa in carico riportando la motivazione presente nel modulo.

5) Altre attività

Al Centro Servizi vengono assegnate attività da parte dei coordinatori del progetto.

Si riportano di seguito alcuni esempi:

- verifica della situazione dei pazienti con Patto di Cura senza PAI: attraverso il report è possibile visualizzare i pazienti che hanno sottoscritto il patto di cura per i quali non è stato elaborato il PAI. Dalla verifica è possibile monitorare che il tempo intercorrente tra i due eventi non superi 45 giorni come indicato da DGR 7655;
- verifica delle cause di disarruolamento: attraverso il report è possibile ottenere l'elenco dei pazienti disarruolati e completare le cause di disarruolamento;
- verifica dell'acquisizione dei farmaci: si contattano tutti i pazienti con PAI per sapere se hanno reperito correttamente i farmaci oppure se le prescrizioni sono scadute e di conseguenza il *clinical manager* deve rimettere le prescrizioni.

2.2.3. Il Dimensionamento delle risorse

In fase iniziale di sperimentazione sono state inserite tre risorse di profilo amministrativo. Si stima che un operatore del Centro Servizi dedichi almeno un'ora all'anno a ogni paziente preso in carico per svolgere le attività descritte nel paragrafo precedente. Di conseguenza un operatore può gestire al massimo 1.500 pazienti. Il dimensionamento e l'acquisizione di risorse seguirà il numero di pazienti arruolati. Sarà effettuata un'analisi *make or buy* nel primo trimestre del 2019 al fine di valutare se la scelta strategica di implementare il Centro Servizi con risorse di profilo amministrativo interne sia sostenibile economicamente oppure sia più vantaggioso esternalizzare il servizio.

3. Il ruolo del *clinical manager*

Il medico referente (*clinical manager*) è il medico responsabile della presa in carico ed è individuato dal gestore per curare la predisposizione e l'aggiornamento del piano assistenziale individuale (PAI). A ogni paziente è assegnato un *clinical manager*, cioè un medico che per lui redige e sottoscrive il Piano di Assistenza Individuale (PAI). Il PAI è un documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura, attraverso il PAI il medico responsabile della presa in carico (*clinical manager*) documenta la tipologia e cronologia degli interventi diagnostico-terapeutici necessari alla persona sulla base del quadro clinico. Il PAI è pubblicato sul Fascicolo Sanitario Elettronico "FSE", che consente di coinvolgere tutti gli attori interessati al processo di presa in carico, ai quali il cittadino ha concesso l'autorizzazione ad accedere alle proprie informazioni sanitarie, e di informarli in tempo reale sulle necessità del paziente e sugli elementi essenziali per il controllo e il monitoraggio del processo stesso. Il documento del PAI è strutturato in sezioni e campi contenenti diverse tipologie di informazioni, delle quali molte saranno compilate in modo automatico grazie all'integrazione con il SISS e il FSE. Le informazioni che deve contenere il PAI sono dettagliate con DGR 7655/2017 e riportate di seguito:

Dati anagrafici e amministrativi

- Anagrafica del paziente *
- Anagrafica del gestore *
- Numero di Protocollo di Presa in Carico *
- Identificativo del PAI *

Attributi di sistema

- Data di compilazione *
- Data di inizio validità della pianificazione *
- Data di fine validità della pianificazione *
- Data chiusura programmazione
- Motivo di chiusura della programmazione
- Data di aggiornamento

Esenzioni di cui gode l'assistito

Reti di Patologia

- Reti di Patologia a cui appartiene l'assistito

Dati di Presa in Carico

- Obiettivo della presa in carico *
- Ambito di Cura *
- Modalità di Accesso *
- Categoria Patologica BDA *
- Livello di Complessità *
- Caratterizzazioni Cliniche

Anamnesi Fisiologica e Stili di Vita

- Osservazioni sugli stili di vita
- Data Osservazione

Prestazioni Ambulatoriali

- Prestazione Ambulatoriale *
- Telemedicina si/no *
- Intervallo Temporale *
- Quantità annua *
- Numero sedute per Ciclo *

Prestazioni Farmaceutiche

- Codice e Descrizione ATC *
- Codice e Descrizione AIC *
- Codice e Descrizione GE *
- Intervallo Temporale *
- Posologia e Note *
- Unità di farmaco e frequenza *
- Note *

Protesica

- Flag Protesica
- Codifica ISO Protesica
- Intervallo Temporale

Vaccini

- Tipologia di prestazione vaccinale
- Codice regionale vaccino
- Intervallo Temporale

Ricoveri Programmati

- Prestazione Ricovero
- Intervallo Temporale

Bisogni sociosanitari

- Tipologia di bisogno (ADI, Cure Intermedie, CDI, CDD, RIA, Cure Palliative)
- Erogatore
- Data ultima valutazione
- Indicatore di gravità
- Durata
- Validità
- Frequenza
- Unità di misura

- Intervallo Temporale

Contatti Telefonici Programmati

- Tipologia di contatto telefonico *
- Intervallo temporale e frequenza*
- Quantità *

Interventi educazionali

- Tipologia di intervento
- Intervallo temporale

Raccomandazioni Cliniche

I dati contrassegnati con * sono obbligatori in prima istanza.

3.1. Il modello

Dal mese di febbraio 2017 l'ASST di Pavia ha definito un gruppo di lavoro in cui è presente il direttore di Dipartimento di Area Medica e le Direzioni Mediche di Presidio. I referenti del gruppo di lavoro, coinvolgendo tutti i medici specialistici, hanno svolto le seguenti attività, all'interno di un cronoprogramma che riguardava tutte le aree di intervento.

Attività creazione dei PAI standard:

Partendo dall'allegato 3 della DGR sono stati creati dei PAI standard per le patologie prevalenti che riguardano circa l'80% dei nostri *frequent user*. Secondo il modello di presa in carico sono stati creati, in prima battuta, i PAI standard di 15 principali cronicità:

1. insufficienza respiratoria/ossigenoterapia
2. asma
3. scompenso cardiaco
4. diabete mellito tipo I
5. diabete mellito tipo II
6. ipotiroidismo
7. cardiopatia ischemica
8. bpco
9. ipertensione arteriosa
10. ipercolesterolemie familiari e non
11. vasculopatia cerebrale
12. miocardiopatia aritmica
13. miocardiopatia non aritmica
14. neoplasia follow-up (polmone, mammella, stomaco, colon retto)
15. insufficienza renale cronica

Per ogni patologia sono state definite le prestazioni previste (visite ed esami), la fre-

quenza di ogni prestazioni, le priorità di esecuzione delle prestazioni ed eventuali note (ad esempio prestazioni da svolgere nella stessa visita). Si riporta nella Figura 3 un esempio di PAI standard.

Figura 3. Esempio di PAI.

PAT_PRINCIPALE	PAT_PRINCIPALE	LIVELLO	BRANCA_REG_V_ID	BRANCA_REG_V_DESC	PRESTAZ_AMB_V_ID	PRESTAZ_AMB_V_DESC	Frequenza	Note	Priorità
60	IPOTIROIDISMO	TERZO LIV.	0021	CARDIOLOGIA	8952	ELETTROCARDIOGRAMMA	ogni 2 anni		Prima della visita
60	IPOTIROIDISMO	TERZO LIV.	0091	ENDOCRINOLOGIA	0091	VISITA - ENDOCRINOLOGIA	annuale		
60	IPOTIROIDISMO	TERZO LIV.	0071	DIAGNOSTICA	88714	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	annuale	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI	Prima della visita
60	IPOTIROIDISMO	TERZO LIV.	0111	ANATOMIA	90418	TIREOTROPINA RIFLESSA (TSH-R)TSH incluso eventuale dosaggio	annuale		Prima della visita
60	IPOTIROIDISMO	TERZO LIV.	0112	CHIMICA CLIN	90143	COLESTEROLO TOTALE	annuale		Prima della visita
60	IPOTIROIDISMO	TERZO LIV.	0112	CHIMICA CLIN	90141	COLESTEROLO HDL	annuale		Prima della visita
60	IPOTIROIDISMO	TERZO LIV.	0112	CHIMICA CLIN	90432	TRIGLICERIDI	annuale		Prima della visita
60	IPOTIROIDISMO	TERZO LIV.	0112	CHIMICA CLIN	90271	GLUCOSIO [S/P/U/du/La]	annuale		Prima della visita
60	IPOTIROIDISMO	TERZO LIV.	0113	IMMUNOLOGIA	90622	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	annuale		Prima della visita

Sono stati individuati come ambulatori dedicati alla fase di arruolamento gli ambulatori attualmente utilizzati per le visite specialistiche per patologia. Il paziente affetto da diabete mellito di tipo 2 come patologia prevalente sarà arruolato nel suo ambulatorio di riferimento. Ogni ambulatorio dedicato alla presa in carico è identificato con una targa che riprende il logo regionale. È stata raccolta da parte dei professionisti di area medica la disponibilità a effettuare ore in regime di area pagamento (allegato “modulo-disponibilità-area pagamento-patologie”). I medici coinvolti sono circa 100 e le ore disponibili per la fase di arruolamento risultano 398 al mese. In base alle ore disponibili sono state pianificate le agende dedicate all’arruolamento per presidio e specialità. La fase di creazione delle agende seguirà il percorso definito nel regolamento dedicato. Da una prima analisi era stato previsto un tempo medio di circa 30 minuti per lo studio del caso, la redazione e sottoscrizione del PAI e la predisposizione delle prescrizioni. Durante la prima fase di sperimentazione si è riscontrato che il tempo previsto non era sufficiente allo svolgimento di tutte le attività e di conseguenza è stato incrementato il tempo per la conclusione del processo di arruolamento passando da 30 a 60 minuti. Sarà effettuata un’analisi nel mese di luglio 2018 per valutare se il maggiore utilizzo dell’applicativo e alcune migliorie apportate al software hanno consentito un risparmio temporale.

3.1.1. L’attività

L’attività del *clinical manager* segue il *workflow* illustrato nel capitolo relativo alla strategia. Il *clinical manager* effettua l’anamnesi del paziente analizzando i referti relativi alle sue patologie, che dovrebbero essere disponibili nel fascicolo sanitario elettronico. Visualizza gli assistiti in carico nell’applicativo aziendale. In questa sezione visualizza i pazienti che gestisce come *clinical manager* e quelli che gestisce come collaboratore. Accedendo alla scheda del paziente, verifica la correttezza dei dati anagrafici, visualizza le patologie identificate, che può integrare con eventuali altre patologie selezionate tra le ‘patologie disponibili’. Se lo ritiene opportuno può modificare la patologia prevalente.

Nel caso in cui il paziente necessiti di una valutazione multidimensionale del bisogno il *clinical manager* compila il questionario di valutazione del bisogno in modo da attivare il Case Manager del Centro Servizi per la valutazione dettagliata. Si riporta nella Tabella 5 il questionario di rilevazione del bisogno.

Tabella 5. Questionario di rilevazione del bisogno.

1 - GRADO DI AUTONOMIA	
SI/NO	Non autosufficiente
SI/NO	Non orientato spazio/tempo
SI/NO	Ricoveri ripetuti
SI/NO	Mancata aderenza terapeutica
SI/NO	Dipendenze
	Altro (testo libero)
2 - SOSTEGNO FAMILIARE / CAREGIVER	
SI/NO	Assenza di <i>caregiver</i>
SI/NO	Familiare/ <i>caregiver</i> in difficoltà
SI/NO	Abita da solo
SI/NO	Cura personale non adeguata
	Altro (testo libero)
3 - UTILIZZO DI SERVIZI	
Utilizza, Non utilizza, Necessita	ADI-voucher
Utilizza, Non utilizza, Necessita	Protesica minore
Utilizza, Non utilizza, Necessita	Protesica maggiore
Utilizza, Non utilizza, Necessita	Prodotti Dietetici
Utilizza, Non utilizza, Necessita	Farmaci
Utilizza, Non utilizza, Necessita	Servizi di riabilitazione
Utilizza, Non utilizza, Necessita	NAD
Utilizza, Non utilizza, Necessita	Presidi per diabete
	Altro (testo libero)

Il *clinical manager* produce il PAI che sarà poi integrato dai medici specialisti delle comorbidità, durante le visite presso gli ambulatori. I medici specialisti vengono inseriti tra i collaboratori della presa in carico i medici insieme al *case manager*. Il *clinical manager* redige il PAI selezionando i PAI standard delle patologie inserite nella valutazione clinica, definendo la frequenza, la prima data della prestazione e verifica l'esenzione. Se occorre inserire ulteriori prestazioni ambulatoriali o di laboratorio, oltre a quelle presenti nel PAI standard, il *clinical manager* può integrare aggiungendo visite ed esami. Il PAI deve contenere la terapia farmacologica quindi vengono inseriti i farmaci assunti dal paziente dettagliando la quantità da assumere al giorno/alla settimana/al mese, la durata della confezione, la modalità di somministrazione ed eventuali note AIFA. Il PAI può contenere anche le vaccinazioni. Il *clinical manager* inserisce le rilevazioni degli stili di vita che comprendono le osservazioni in caso di paziente fumatore, consumo di sostanze alcoliche,

attività fisica, IMC (massa corporea: statura), altro. Completato il PAI il *clinical manager*, automaticamente accede al modulo delle prescrizioni dematerializzate e procede alla firma delle ricette già predisposte. Le prescrizioni riguardano sia le visite e gli esami che i farmaci per una durata terapeutica di massimo sei mesi se il paziente cronico segue la terapia da più di 6 mesi.

Grazie a una integrazione software tra il sistema di gestione della presa in carico e il sistema di prenotazione CUP, in caso di disponibilità di posti nelle agende, in automatico vengono prenotate le prestazioni contenute nel PAI quindi il paziente, oltre al piano, riceve un cronoprogramma con la pianificazione delle prestazioni.

3.2. Il dimensionamento delle risorse

Il dimensionamento dei *clinical manager* è avvenuto sul numero di *frequent user* comunicato da ATS di Pavia. Si tratta di 63.179 *frequent user*, di cui:

- I livello: 4.323,
- II livello: 27.268,
- III livello: 31.588.

Le lettere sono state inviate a 15.506 pazienti. Per l'attività di predisposizione del PAI i medici specialisti hanno fornito la disponibilità a effettuare delle ore aggiuntive su base volontaria. Per la redazione di un PAI e la produzione delle prescrizioni di visite specialistiche e farmaceutica il tempo medio è di un'ora. Al fine di verificare la capacità di risposta dei *clinical manager* al fabbisogno sopra rappresentato, ASST di Pavia ha raccolto la disponibilità, da parte dei professionisti di area medica, a effettuare ore aggiuntive in regime di area pagamento. Le ore risultate disponibili per la fase di arruolamento a seguito della predetta indagine sono pari a 398 ore al mese, che consentirebbero complessivamente di arruolare un numero pari di pazienti. Di conseguenza, in ipotesi di arruolamento da effettuarsi in dodici mesi, potrebbe essere possibile prendere in carico 4668 pazienti. Se tutti i *frequent user* a cui è stata destinata la lettera scegliessero ASST di Pavia come Gestore potranno essere presi in carico unicamente in ipotesi di nuova assunzione di n. 8 medici di diversi profili professionali, da destinare interamente alla presa in carico. La predetta stima di medici da assumere è stata determinata sulla scorta di un impegno medio annuo per paziente di 60 minuti compresa la stesura del PAI, impegno medio che dovrà essere verificato in fase di sperimentazione del progetto.

4. Indicatori e tariffazione *bundle*

Il presente paragrafo analizza, riprendendo la DGR 6551, gli indicatori utili per il monitoraggio della presa in carico del paziente cronico ed effettua un confronto tra il costo medio sostenuto dall'ente gestore per patologia e livello e la tariffazione *bundle* proposta con DGR 6551.

4.1. Indicatori

Si riportano di seguito alcuni indicatori ipotizzati per monitorare il processo di presa in carico del paziente cronico.

Indicatori descrittivi

- Numero di pazienti presi in carico/ *frequent user* (complessivo, per patologia, per livello)
- Numero di PAI prodotti da cogestori/numero di PAI totali (per distretto, per patologia, per livello, per MMG)
- Numero di PAI per patologia e livello/Totale PAI

Indicatore di processo

- Numero di proposte di modifica stratificazione/totale presi in carico (PAI)
- Scostamento rispetto al PAI standard (classi di età, sesso, patologia, livello complessità)
- % di PAI modificati (classi di età, sesso, patologia, livello complessità)
- Numero di PAI gestiti interamente da ASST/totale PAI
- Numero di prestazioni erogate da ASST/numero di prestazioni totali erogate nei PAI
- Numero di prestazioni erogate da erogatore x/numero di prestazioni totali erogate esternamente
- Numero di richieste di attivazione valutazione del bisogno/numero PAI (classi di età, sesso, patologia, livello complessità)
- Attuazione del PAI: Numero prestazioni erogate/numero prestazioni prenotate (patologia prevalente, *case manager*)
- Attività del Centro Servizi:
 - n. pazienti gestiti;
 - n. chiamate totali;
 - n. chiamate per paziente;
 - suddivisione delle chiamate per tipologia;
 - tempi di lavorazione;
- Attività *case manager*:
 - n. pazienti gestiti (livello, patologia)
- Attività *clinical manager*:
 - n. pazienti gestiti (livello, patologia)

4.2. Analisi tariffazione

L'attività di analisi della tariffazione *bundle* consiste nel verificare che il costo del PAI non superi la tariffa indicata nell'allegato 4 della DGR 6551. La tabella che verrà compilata è la seguente:

Patologia Prevalente	Livello	Tariffa set di riferimento	Costo previsionale PAI	Costo effettivo PAI	Scostamento Tariffa-Costo	Scostamento Costo effettivo-previsionale
----------------------	---------	----------------------------	------------------------	---------------------	---------------------------	--

Lo scostamento tariffa-costo si può applicare sia al costo previsionale sia al costo effettivo. L'obiettivo è comprendere se i PAI redatti saranno sostenibili economicamente quando la remunerazione non sarà più a prestazione ma a 'pacchetto'. Una prima analisi è stata condotta sul costo dei 'PAI standard' creato dal team dei *Clinical Manager*. Si riporta a titolo di esempio il calcolo eseguito per il livello 3 della patologia '50 – Diabete Mellito tipo 2':

Patologia Prevalente	Livello	Tariffa DGR 6551	Costo previsionale PAI primo anno	Costo previsionale PAI secondo anno	Scostamento Tariffa-Costo primo anno	Scostamento Tariffa-Costo secondo anno
DIABETE MELLITO TIPO 2	3	€ 191,16	€ 421,75	€ 185,9	€ - 230,59	€ 5,26

La differenza di costo tra il primo e secondo anno è dovuta alla frequenza di 24 mesi per alcune prestazioni contenute nel PAI standard. Ogni *clinical manager* può modificare il PAI standard inserendo o eliminando prestazioni. Pertanto è stata svolta l'analisi sui pazienti finora arruolati (Tabella 6).

Tabella 6. Analisi della tariffazione *bundle*.

Livello	COD. Patologia	Descrizione Patologia	Costo PAI a prestazione	Tariffa set di riferimento al netto della quota fissa	Scostamento
2	5	Malattie Del Sangue E Degli Organi Ematopoietici	1030,33	604,29	-426,04
1	9	Insufficienza Respiratoria/ Ossigenoterapia	778,34	624,60	-153,74
1	9	Insufficienza Respiratoria/ Ossigenoterapia	715,54	624,60	-90,94
2	9	Insufficienza Respiratoria/ Ossigenoterapia	387,1	396,07	8,97
1	10	Neoplasia Attiva	493,96	1389,53	895,57
2	10	Neoplasia Attiva	153,57	1520,38	1366,81
2	10	Neoplasia Attiva	1868,89	1520,38	-348,51
2	10	Neoplasia Attiva	341,65	1520,38	1178,73
2	10	Neoplasia Attiva	174,38	1520,38	1346,00

1	14	Vasculopatia Arteriosa	1121,95	599,09	-522,86
1	14	Vasculopatia Arteriosa	469,89	599,09	129,20
2	14	Vasculopatia Arteriosa	360,71	386,97	26,26
2	14	Vasculopatia Arteriosa	187,74	386,97	199,23
2	14	Vasculopatia Arteriosa	321,76	386,97	65,21
2	14	Vasculopatia Arteriosa	350,41	386,97	36,56
1	16	Diabete Mellito Tipo 2 Complicato	232,48	834,13	601,65
2	16	Diabete Mellito Tipo 2 Complicato	355,01	762,91	407,90
2	16	Diabete Mellito Tipo 2 Complicato	349,16	762,91	413,75
3	16	Diabete Mellito Tipo 2 Complicato	194,27	399,76	205,49
2	17	Insufficienza Renale Cronica	568,8	394,92	-173,88
3	19	Cirrosi Epatica	692,79	484,79	-208,00
2	20	Scompenso Cardiaco	435,43	389,41	-46,02
2	20	Scompenso Cardiaco	300,83	389,41	88,58
3	20	Scompenso Cardiaco	253,03	302,52	49,49
3	20	Scompenso Cardiaco	46,65	302,52	255,87
1	22	Sclerosi Sistemica	272,07	1245,56	973,49
1	23	Vasculopatia Cerebrale	365,72	430,62	64,90
1	23	Vasculopatia Cerebrale	1160,76	430,62	-730,14
2	23	Vasculopatia Cerebrale	626,95	300,80	-326,15
2	23	Vasculopatia Cerebrale	1212,89	300,80	-912,09
2	23	Vasculopatia Cerebrale	191,67	300,80	109,13
3	23	Vasculopatia Cerebrale	322,09	219,95	-102,14
2	25	Cardiopatia Valvolare	143,51	364,03	220,52
2	25	Cardiopatia Valvolare	291,53	364,03	72,50
3	25	Cardiopatia Valvolare	283,4	208,81	-74,59
1	27	Vasculopatia Venosa	529,06	671,79	142,73
2	28	Demenze	307,39	270,54	-36,85
1	29	Cardiopatia Ischemica	504,85	528,47	23,62
2	29	Cardiopatia Ischemica	272,29	306,50	34,21
2	29	Cardiopatia Ischemica	414,84	306,50	-108,34
2	29	Cardiopatia Ischemica	385,16	306,50	-78,66
2	29	Cardiopatia Ischemica	598,44	306,50	-291,94
2	29	Cardiopatia Ischemica	546,86	306,50	-240,36
2	29	Cardiopatia Ischemica	251,17	306,50	55,33
2	29	Cardiopatia Ischemica	214,52	306,50	91,98
2	29	Cardiopatia Ischemica	227,07	306,50	79,43
2	29	Cardiopatia Ischemica	208,41	306,50	98,09
2	29	Cardiopatia Ischemica	536,52	306,50	-230,02

2	29	Cardiopatia Ischemica	521,54	306,50	-215,04
2	29	Cardiopatia Ischemica	402,44	306,50	-95,94
3	29	Cardiopatia Ischemica	117,51	204,80	87,29
3	29	Cardiopatia Ischemica	390,54	204,80	-185,74
3	29	Cardiopatia Ischemica	218,67	204,80	-13,87
3	29	Cardiopatia Ischemica	249,8	204,80	-45,00
3	29	Cardiopatia Ischemica	170,06	204,80	34,74
2	30	Miocardipatia Aritmica	455,41	398,46	-56,95
2	30	Miocardipatia Aritmica	282,96	398,46	115,50
2	30	Miocardipatia Aritmica	164,33	398,46	234,13
3	30	Miocardipatia Aritmica	323,34	293,76	-29,58
3	30	Miocardipatia Aritmica	305,5	293,76	-11,74
2	32	Miocardipatia Non Aritmica	835,79	277,15	-558,64
2	32	Miocardipatia Non Aritmica	557,6	277,15	-280,45
3	32	Miocardipatia Non Aritmica	206,89	182,23	-24,66
3	32	Miocardipatia Non Aritmica	208,34	182,23	-26,11
3	32	Miocardipatia Non Aritmica	249,33	182,23	-67,10
3	32	Miocardipatia Non Aritmica	336,39	182,23	-154,16
2	33	Parkinson E Parkinsonismi	150,82	261,72	110,90
1	39	Bpco	469,15	534,64	65,49
2	39	Bpco	420,06	252,22	-167,84
2	39	Bpco	412,81	252,22	-160,59
2	39	Bpco	420,06	252,22	-167,84
3	40	Artrite Reumatoide	240,11	282,49	42,38
2	41	Psoriasi E Artropatia Psoriasica	260,6	309,53	48,93
2	46	Colite Ulcerosa E Crohn (Ibd)	60,65	310,23	249,58
2	48	Ipercolesterolemie Familiari E Non	167,32	196,93	29,61
2	48	Ipercolesterolemie Familiari E Non	426,36	196,93	-229,43
2	48	Ipercolesterolemie Familiari E Non	179,28	196,93	17,65
2	48	Ipercolesterolemie Familiari E Non	515,11	196,93	-318,18
2	48	Ipercolesterolemie Familiari E Non	571,56	196,93	-374,63

2	48	Ipercolesterolemie Familiari E Non	187,67	196,93	9,26
3	48	Ipercolesterolemie Familiari E Non	145,47	143,17	-2,30
3	48	Ipercolesterolemie Familiari E Non	321,72	143,17	-178,55
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	226,37	227,20	0,83
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	236,67	227,20	-9,47
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	120,17	227,20	107,03
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	415,36	227,20	-188,16
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	413,55	227,20	-186,35
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	637,1	227,20	-409,90
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	347,74	227,20	-120,54
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	220,03	227,20	7,17
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	244,45	227,20	-17,25
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	502,22	227,20	-275,02
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	420,36	227,20	-193,16
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	172,57	227,20	54,63
2	50	Diabete Mellito Tipo 2	313,33	227,20	-86,13
3	50	Diabete Mellito Tipo 2	168,97	191,16	22,19
3	50	Diabete Mellito Tipo 2	150,67	191,16	40,49
3	50	Diabete Mellito Tipo 2	424,28	191,16	-233,12
1	56	Ipertensione Arteriosa	480,07	531,03	50,96
2	56	Ipertensione Arteriosa	570,31	272,65	-297,66
2	56	Ipertensione Arteriosa	178,24	272,65	94,41
2	56	Ipertensione Arteriosa	224,83	272,65	47,82
2	56	Ipertensione Arteriosa	255,98	272,65	16,67
2	56	Ipertensione Arteriosa	451,66	272,65	-179,01
2	56	Ipertensione Arteriosa	241,49	272,65	31,16
2	56	Ipertensione Arteriosa	282,9	272,65	-10,25
3	56	Ipertensione Arteriosa	185,74	148,28	-37,46
3	56	Ipertensione Arteriosa	142,35	148,28	5,93
3	56	Ipertensione Arteriosa	377,88	148,28	-229,60
3	56	Ipertensione Arteriosa	201,71	148,28	-53,43
3	56	Ipertensione Arteriosa	161,41	148,28	-13,13
3	56	Ipertensione Arteriosa	123,98	148,28	24,30
3	56	Ipertensione Arteriosa	106,24	148,28	42,04
3	56	Ipertensione Arteriosa	193,66	148,28	-45,38
3	56	Ipertensione Arteriosa	160,58	148,28	-12,30
3	56	Ipertensione Arteriosa	189,46	148,28	-41,18
3	56	Ipertensione Arteriosa	230,61	148,28	-82,33
3	56	Ipertensione Arteriosa	784,74	148,28	-636,46
3	56	Ipertensione Arteriosa	185,74	148,28	-37,46
3	56	Ipertensione Arteriosa	185,74	148,28	-37,46

3	56	Ipertensione Arteriosa	89,6	148,28	58,68
2	59	Neoplasia Remissione	210,5	245,91	35,41
3	60	Ipotiroidismo	161,1	187,85	26,75
3	60	Ipotiroidismo	86,35	187,85	101,50
3	60	Ipotiroidismo	74,9	187,85	112,95
3	60	Ipotiroidismo	86,35	187,85	101,50
3	60	Ipotiroidismo	86,35	187,85	101,50
3	60	Ipotiroidismo	63,3	187,85	124,55
3	60	Ipotiroidismo	138,2	187,85	49,65
3	60	Ipotiroidismo	67,35	187,85	120,50
3	63	Asma	435,02	149,51	-285,51
3	63	Asma	203,18	149,51	-53,67
3	63	Asma	246,96	149,51	-97,45
3	63	Asma	194,17	149,51	-44,66
3	63	Asma	350,41	149,51	-200,90
3	63	Asma	147,23	149,51	2,28
3	63	Asma	342,21	149,51	-192,70
3	63	Asma	212,63	149,51	-63,12
3	63	Asma	141,38	149,51	8,13
TOT			47848,11	46103,24	-1744,87

Analizzando i dati si rilevano le seguenti criticità:

1. la patologia prevalente individuata attraverso la stratificazione regionale potrebbe non essere quella individuata dal *clinical manager* in fase di redazione del PAI;
2. il livello fornito dalla stratificazione regionale potrebbe variare a seguito della rilevazione di ulteriori patologie da parte del *clinical manager*;
3. non è possibile sapere se il paziente non era affetto dalla patologia prevalente proposta dalla stratificazione regionale in quanto nei primi quattro mesi del progetto era possibile aggiungere comorbidità ma non era possibile eliminare la patologia prevalente se non riscontrata dal *clinical manager* in fase di arruolamento;
4. a parità di patologia prevalente e livello la variabilità del costo del PAI è dovuta sia alle scelte cliniche di ogni *clinical manager* sia alla variazione delle comorbidità.

Si rileva in 30 casi una variazione della patologia prevalente e in 43 casi una variazione di livello. Si riportano nella Tabella 7 i casi analizzati.

In conclusione si può affermare che una corretta analisi della tariffazione potrà essere condotta quando sarà formalizzato un processo per la variazione della patologia prevalente e del livello proposti dalla stratificazione regionale.

Tabella 7. Analisi dei casi con variazioni di patologia prevalente o di livello.

Patologia Prevalente Stratificazione Regionale	Patologia Prevalente Clinical Manager	Livello Stratificazione Regionale	Livello Clinical Manager
10 - NEOPLASIA ATTIVA	10 - NEOPLASIA ATTIVA	2	2
16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	3	3
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	3	3
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
64 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	64 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	3	3
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	3	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	2
48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	3	3
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	2	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	2
40 - ARTRITE REUMATOIDE	40 - ARTRITE REUMATOIDE	3	3
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	2	2
60 - IPOTIROIDISMO	60 - IPOTIROIDISMO	3	3
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	2	1
48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	2	2
39 - BPCO	39 - BPCO	2	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	2	3
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	2	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	40 - ARTRITE REUMATOIDE	2	1

32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	3	3
14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	2	1
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	2	2
23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	1	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	3	2
65 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	65 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	3	3
46 - COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD)	46 - COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD)	2	2
43 - EPATITE CRONICA	43 - EPATITE CRONICA	2	2
60 - IPOTIROIDISMO	60 - IPOTIROIDISMO	3	3
23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	2	1
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	2	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	10 - NEOPLASIA ATTIVA	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	18 - MALATTIE DELLE ghiandole endocrine e della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	3	2
20 - SCOMPENSO CARDIACO	09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	2	1
39 - BPCO	39 - BPCO	2	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	3	3
32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	3	2
63 - ASMA	49 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	3	2
39 - BPCO	39 - BPCO	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	2	2

29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	1	2
16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	1	1
30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	2	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	3	2
23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	2	2
10 - NEOPLASIA ATTIVA	09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	2	2
16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	2	2
63 - ASMA	63 - ASMA	3	3
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	3	3
48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	2	2
17 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	17 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	2	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	49 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2	2
32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	2	1
39 - BPCO	39 - BPCO	1	1
25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	2	2
14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	2	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	2	1
25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	3	3

56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	2	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	1
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	1	1
41 - PSORIASI E ARTROPATIA PSORIASICA	41 - PSORIASI E ARTROPATIA PSORIASICA	2	2
23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	2	2
32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	2	2
20 - SCOMPENSO CARDIACO	20 - SCOMPENSO CARDIACO	2	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	2	2
60 - IPOTIROIDISMO	60 - IPOTIROIDISMO	3	3
20 - SCOMPENSO CARDIACO	20 - SCOMPENSO CARDIACO	3	1
32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	2	1
09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	1	1
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	2	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	2	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	2	2
63 - ASMA	63 - ASMA	3	3
14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	1	2
23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	2	2
10 - NEOPLASIA ATTIVA	10 - NEOPLASIA ATTIVA	1	1
14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	1	2

10 - NEOPLASIA ATTIVA	10 - NEOPLASIA ATTIVA	2	2
30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	3	2
10 - NEOPLASIA ATTIVA	10 - NEOPLASIA ATTIVA	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	2	2
28 - DEMENZE	28 - DEMENZE	2	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	17 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	2	1
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	2	2
63 - ASMA	63 - ASMA	3	3
23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	1	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	2
09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	2	1
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	54 - MALATTIE DELL' APPARATO GENITO-URINARIO	3	2
32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	3	2
63 - ASMA	63 - ASMA	3	3
30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	2	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	2	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	3	2

56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	3	2
48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	3	3
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	2	1
63 - ASMA	63 - ASMA	3	3
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	2	1
60 - IPOTIROIDISMO	60 - IPOTIROIDISMO	3	3
05 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	05 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	2	2
20 - SCOMPENSO CARDIACO	20 - SCOMPENSO CARDIACO	3	3
63 - ASMA	63 - ASMA	3	3
22 - SCLEROSI SISTEMICA	22 - SCLEROSI SISTEMICA	1	2
48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	2	2
27 - VASCULOPATIA VENOSA	27 - VASCULOPATIA VENOSA	1	2
48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	17 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	2	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	17 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	3	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	3	3
39 - BPCO	39 - BPCO	2	2
16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	2	1
60 - IPOTIROIDISMO	60 - IPOTIROIDISMO	3	3
63 - ASMA	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	3	2
63 - ASMA	63 - ASMA	3	3
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3

30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	2	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	3	3
09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/ OSSIGENOTERAPIA	1	1
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	3	3
32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	3	2
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	3	3
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	1
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	1	1
59 - NEOPLASIA REMISSIONE	57 - NEOPLASIA FOLLOW-UP	2	2
60 - IPOTIROIDISMO	60 - IPOTIROIDISMO	3	3
23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	23 - VASCULOPATIA CEREBRALE	3	2
14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	2	2
63 - ASMA	63 - ASMA	3	3
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	3	3
30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	3	3
48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	2	2
17 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	2	1
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	49 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	3	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	40 - ARTRITE REUMATOIDE	2	1
10 - NEOPLASIA ATTIVA	10 - NEOPLASIA ATTIVA	2	1
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	2

16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	2	2
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	2	2
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	2	2
33 - PARKINSON E PARKINSONISMI	33 - PARKINSON E PARKINSONISMI	2	2
30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	2	2
60 - IPOTIROIDISMO	60 - IPOTIROIDISMO	3	3
19 - CIRROSI EPATICA	19 - CIRROSI EPATICA	3	3
60 - IPOTIROIDISMO	60 - IPOTIROIDISMO	3	3
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	3	3

5. Conclusioni

Il presente lavoro rappresenta le principali fasi del percorso seguito in azienda per dare attuazione a una evoluzione del sistema sanitario della Regione Lombardia. Dalla attuale esperienza possiamo trarre alcuni punti di forza e di debolezza da considerare. Punti di forza risiedono nei vantaggi per il paziente che non deve più prenotare direttamente le prestazioni, ha un approccio integrato con un *clinical manager* in grado di attivare gli specialisti necessarie e si crea una visione di insieme sui bisogni assistenziali clinici e sociosanitari. Per il sistema migliora l'appropriatezza delle prestazioni e si previene il deterioramento delle condizioni cliniche che spesso determina ricoveri ad alto costo assistenziale. Punti di debolezza attengono alla difficoltà di disporre in corso di sviluppo del progetto di agende di prestazioni dedicate, in quanto ancora molti pazienti non sono stati arruolati e occupano slot, alla necessaria partecipazione e condivisione diffusa del nuovo modello da parte di tutti gli attori, alla definizione delle reti di erogatori per pazienti che hanno percorsi complessi e che attraversano in modo trasversale le filiere erogative. Grandi vantaggi deriveranno anche dalla digitalizzazione spinta dei percorsi assistenziali domiciliari per i quali occorre che il legislatore crei le giuste condizioni di sostenibilità economica identificando le connesse valorizzazioni/tariffe a oggi non previste.

Capitolo 14

Esperienza di Health Technology Assessment su dispositivi medici

Marco Passeretta*, Mauro Caruggi**

1. Introduzione

1.1. Health Technology Assessment: definizione e principi

Tipicamente, le decisioni di utilizzo dei servizi sanitari sono prese in contesti di incertezza, nonostante i rilevanti sforzi prodotti per innervare gli atti e le scelte compiuti su solide categorie della conoscenza scientifica. Frequentemente, nel caso concreto, per numerose prestazioni sanitarie, sia il singolo atto piuttosto che interi e complessi trattamenti diagnostici, terapeutici o riabilitativi, non è ancora dimostrata con certezza la necessità, l'efficacia e l'appropriatezza e, a volte, neppure l'innocuità.

Alcune fonti stimano che la percentuale degli interventi sanitari la cui efficacia sia scientificamente provata oscilla, a seconda delle discipline mediche, tra il 30 e l'80%.¹

Un vecchio studio italiano riscontrava che più di metà degli interventi terapeutici di uso comune non sono supportati da documentazioni scientifiche conclusive riguardo alla efficacia nel contesto della pratica (*relative effectiveness* nel linguaggio del Pharmaceutical Forum della Comunità europea) (Garattini *et al.* 1994).

La sempre maggior entità di risorse consumate per l'erogazione di prestazioni sanitarie nell'ambito dei sistemi sanitari dei Paesi sviluppati, richieste, in misura via via crescente, dal progressivo invecchiamento delle popolazioni, dall'incalzante adozione di tecnologie sanitarie sempre più progredite e costose, raramente *cost-saving*, più spesso *life-saving*, dall'incremento dell'offerta di servizi sanitari e, in ultimo, dalla ricerca da parte del paziente della soddisfazione di aspetti soggettivi e qualitativi (diminuzione dei livelli d'ansia e di dolore, semplicità dell'accesso alle cure, minimi tempi di recupero, ecc.) ha creato il paradosso della cosiddetta produttività marginale decrescente delle risorse investite in sanità. In altre parole, l'impiego di maggiori risorse per l'erogazione di servizi sanitari non comporta necessariamente l'acquisizione di più elevati livelli di salute nella popolazione.

* Direttore amministrativo ASST Valle Olona

** Direttore amministrativo PO Busto Arsizio

¹ Provincia autonoma di Bolzano, Dipartimento Sanità e Politiche Sociali - Ufficio Formazione del personale sanitario. Biblioteca Medica Virtuale.

Questi sono i motivi che hanno condotto diversi Paesi occidentali ad adottare processi di valutazione delle prestazioni sanitarie basati su tecniche di *Health Technology Assessment* (HTA), o, in lingua italiana, di Valutazione delle Tecnologie Sanitarie (VTS), ovvero, processi finalizzati alla valutazione dell'appropriatezza d'uso di tecnologie innovative (dispositivi biomedici, tecnologie diagnostico-terapeutiche, adattamenti dei percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi e assistenziali) al fine del loro ottimale impiego nell'ambito dei sistemi sanitari di riferimento. Lo scopo è quello di diffondere nella pratica clinica le tecnologie più efficaci, sicure ed efficienti in sostituzione di tecnologie meno efficaci, sicure ed efficienti, secondo modalità responsabili, condivise, trasparenti, monitorabili e verificabili, nel rispetto dell'erogazione di equi livelli di assistenza.

Si tratta quindi di generare una produzione sistematica di informazioni credibili su tecnologie sanitarie, singole o in gruppi, di verificata efficacia e pertinenti ai bisogni mappati sul territorio, per la verifica *ex ante* del valore di tecnologie emergenti potenzialmente da inserire nei percorsi clinici e per la verifica *ex post* del valore di tecnologie diffuse e già inserite nei percorsi clinici.²

Il mondo delle istituzioni che si occupano di Valutazione delle Tecnologie Sanitarie ha tempo fa definito i principi da rispettare nella redazione di un processo di valutazione di tecnologie sanitarie: la cosiddetta Carta di Trento sulla Valutazione delle Tecnologie Sanitarie.³

Il documento definisce l'HTA come

La complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione. Tradizionalmente, essa rappresenta il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori.

Lo strumento è quindi finalizzato a indagare su diversi aspetti del processo valutativo: *safety*, *efficacy* e *effectiveness*, implicazioni etiche e sociali, economiche e organizzative derivanti dall'adozione o meno di una data tecnologia. Il processo di valutazione si svolge sviluppandosi su almeno 5 principi base:

- a. la multidisciplinarietà: necessaria per giungere a una valutazione completa di tutte le implicazioni economiche, cliniche, tecniche, etiche e organizzative riferite a una determinata tecnologia sanitaria. L'informazione derivata dall'evidenza scientifica, riguardante principalmente l'efficacia (in termini sia di *efficacy* che di *effectiveness*), e l'analisi costo-efficacia di una tecnologia rispetto a uno o più comparatori, deve essere accompagnata da informazioni inerenti a tutte le altre dimensioni;
- b. l'utilità per la decisione: le valutazioni di HTA devono essere chiare e intelleggibili per il decisore, per poter rappresentare strumenti decisionali e non rapporti teorici di approfondimento generico su una determinata tecnologia sanitaria;

² Programma regionale di valutazione HTA dei dispositivi medici. Regione Lombardia.

³ SIHTA Società Italiana di Health Technology Assessment. Carta di Trento.

- c. il coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti nel processo valutativo: come, ad esempio, l'autorità regolatoria, l'industria, le associazioni dei pazienti, ecc.;
- d. la terzietà, ovvero l'indipendenza dell'ente valutatore rispetto ai soggetti che hanno interessi diretti nell'impiego o meno di una data tecnologia (ad esempio, il terzo pagante, l'industria, il paziente);
- e. la codificazione chiara e univoca del processo che lega la decisione all'evidenza scientifica.

Il processo valutativo genera un rapporto di valutazione che deve contenere indicazioni utili per l'assunzione delle decisioni. Nella gran parte dei casi, il rapporto raccomanda l'impiego o il non impiego di una determinata tecnologia e lo condiziona o meno alla presenza di specifiche condizioni o indicazioni. La tendenza odierna, tuttavia, in forza della esistenza di crescenti vincoli sulle risorse sempre più stringenti e della necessità di sempre più accurati ed efficienti processi di allocazione, è quella di rendere più diretto l'impatto delle valutazioni di HTA sulle decisioni.

1.2. L'introduzione di tecnologie sanitarie innovative: dalla valutazione a singolo criterio all'Analisi. Decisionale a Criteri Multipli

Generalmente, nel campo delle decisioni di natura clinica e/o sanitaria la desiderabilità dell'adozione di una tecnologia sanitaria innovativa è funzionale al concetto di valore terapeutico aggiunto. In via semplificata si può ritenere innovativa una tecnologia che sia in grado di migliorare, rispetto all'esistente, l'efficacia e la sicurezza della cura di una determinata malattia, dove nella valutazione dell'efficacia va considerata anche la qualità della vita del paziente (Lucioni, Jommi 2017).

Da ciò discende l'aspetto comparativo del concetto di innovazione, che non poteva che nascere dal confronto diretto dell'efficacia della nuova tecnologia con quella delle tecnologie esistenti in quel momento per lo stesso problema di salute.

Essendo, poi, il contesto in cui si pongono le decisioni cliniche e/o sanitarie un contesto di disponibilità di risorse oggettivamente limitate e di assunzione del rischio da parte di un soggetto terzo pagante (Servizio Sanitario Nazionale o sistema mutualistico), le decisioni su 'in cosa e quanto innovare', oltre a valutare in termini comparativi il profilo di rischio e beneficio della nuova tecnologia rispetto ad alternative presenti sul mercato, devono valutare la congruità dei costi che a seguito dell'immissione verranno caricati sul terzo pagante. Si tratta, quindi, di porre attenzione alla valutazione del contenuto economico dell'introduzione della nuova tecnologia, ovvero dei risultati del confronto tra l'ammontare del costo (consumo di risorse) per ottenere un certo beneficio e l'entità del beneficio stesso.

Il confronto è condotto al margine, e cioè tra quanto la nuova tecnologia costa (ovvero, assorbe risorse) in più della cura standard (costo incrementale) e il miglioramento nel risultato terapeutico che ne consegue (efficacia incrementale).

Tale confronto, denominato quale rapporto incrementale di costo efficacia (*Incremental Cost-Effectiveness Ratio*, ICER), è il parametro di base adottato nelle valutazioni eco-

nomiche applicate alle nuove tecnologie sanitarie. In realtà, i terzi paganti devono spesso confrontarsi con situazioni dove la maggiore efficacia è giustificata sulla base di pochi (a volte anche uno solo) *trials* controllati e il maggior prezzo richiesto viene giustificato sulla base degli alti e sempre crescenti costi di ricerca, magari in seguito all'applicazione di modelli probabilistici di simulazione, sempre più complessi ed elaborati per sopperire alle eventuali situazioni di incompletezza delle informazioni e alla frequente indeterminatezza di quelle disponibili, e le cui conclusioni sono dipendenti dalle ipotesi adottate, oltre che dalla accostabilità dei dati che li hanno popolati, solitamente provenienti da una pluralità di fonti (Lucioni, Jommi 2017).

Da un punto di vista metodologico, assumere l'ICER come criterio di decisione significa applicare un modello decisionale di ottimizzazione lineare a singolo criterio.

Questo è un modello di facile applicazione, in quanto ogni elemento del problema è ben definito, l'obiettivo è sempre considerato esplicito e quantificabile e la programmazione è di tipo lineare.

La realtà, quindi, è intesa come perfettamente modellizzata e il modello è perfettamente razionale: tra le diverse soluzioni possibili nella scelta di una strategia terapeutica, la migliore è quella che, dati certi vincoli, massimizza l'efficienza allocativa del sistema.

Nella realtà, tuttavia, assumere come dati i precedenti aspetti (perfetta razionalità, semplicità, quantificabilità) non è un'azione necessariamente positiva: in un problema complesso, la ottimizzazione lineare potrebbe risultare una funzione troppo rigida, poiché, in genere, nel caso concreto delle decisioni cliniche e/o sanitarie non è possibile individuare un unico obiettivo, oppure questo non è quantificabile, oppure i vincoli non sono sempre espliciti, oppure il comportamento reale dei soggetti non è quello osservato nelle situazioni controllate dei *trials*.

Insomma, nella realtà effettiva, occorre considerare l'utilità che deriva da una decisione come un oggetto a più dimensioni: «se qualcosa è considerata valida in assoluto, lo è sicuramente per più di un motivo» (Raiffa 1969) e non solo per la sua convenienza economica (qui, da intendere nell'accezione più ampia di convenienza, ovvero di razionalità nell'uso delle risorse). Si è così sviluppato un approccio alla valutazione basato su Analisi Decisionali a Criteri Multipli.

L'ipotesi fondamentale alla base delle metodologie di Analisi Decisionali a Criteri Multipli è infatti che sia possibile scomporre l'oggetto dell'analisi in più fattori semplici, ossia i criteri (che sono poi raggruppabili in insiemi superiori definiti quali dimensioni), che lo possono descrivere più esaurientemente, e che detti criteri siano poi analizzati separatamente e ponderati tra loro, per giungere all'espressione di un punteggio di sintesi che indichi il valore dell'opzione esaminata per il soggetto che deve porre in atto la decisione (soggetto che può essere una specifica organizzazione sanitaria, un sistema sanitario, o un terzo pagante, o la comunità nel suo complesso).

Con riguardo al campo delle decisioni cliniche e/o sanitarie diverse possono essere le tassonomie relative ai criteri. Ad esempio, possono essere considerati:

- la gravità della malattia, nelle sue caratteristiche di severità delle condizioni di salute, di mortalità, morbidità, disabilità, restrizioni fisiche, impatto sul *caregiver*;

- le dimensioni epidemiologiche della malattia;
- il tipo di beneficio, terapeutico o preventivo, generato dalla tecnologia;
- la rilevanza tecnica della tecnologia innovativa;
- il livello della sicurezza e della tollerabilità dell'intervento proposto;
- l'efficacia clinica, comparata con le alternative disponibili e rilevata nei *trials* (contesto di ricerca clinica) o nella pratica corrente (basata su le *Real World Evidence*, RWE derivate da fonti quali i *trials* successivi all'immissione sul mercato, *control trials* pragmatici, Registri, Database amministrativi, *Health survey*, *Electronic health record* e *Medical chart review*, con particolare attenzione a patologie croniche e sottopopolazioni complesse e con alti livelli di comorbidità);
- la percezione sulla qualità della vita, autovalutata dal paziente, dell'intervento proposto;
- l'impatto sui consumi di risorse sanitarie, diretti o indiretti;
- l'impatto sui consumi di risorse di tipo non sanitario;
- le dimensioni economiche complessive (analisi degli aspetti finanziari di *budget impact*);
- l'equità (ad esempio, impatto sull'accesso al mix di tecnologie diagnostico-terapeutiche generato dall'adozione di una tecnologia innovativa);
- l'impatto sociale ed etico (ad esempio, analisi quantitative di gradimento e accettabilità ovvero implicazioni non immediatamente evidenti che derivano dall'uso delle tecnologie);
- l'impatto organizzativo.

Il punteggio di sintesi ottenuto, che rappresenta il valore sociale dell'opzione tecnologica (definito in un determinato tempo e in un determinato sistema sanitario e sociale), evita la necessità di riportare l'indicatore ad altre variabili. Il punteggio, in una qual misura, definisce il beneficio netto per la società discendente dalla disponibilità dei beni o dei servizi prodotti dalla tecnologia, quindi già al netto del consumo di risorse tangibili e non tangibili associate all'impiego della tecnologia stessa.

Il punteggio ottenuto applicando metodologie di Analisi Decisionale a Criteri Multipli è un concetto che in una qualche misura si può considerare analogo al concetto di disponibilità a pagare (*willingness to pay*, WTP) marginale degli utenti, che misura l'importo massimo del valore che i consumatori (in questo caso qualificati come membri della società e non solo come pazienti) sono disposti a pagare (o a rinunciare) per ottenere l'utilità da un determinato bene o servizio, in un contesto di mercato (luogo di libera interazione tra consumatori e produttori). L'economia classica afferma che sotto determinate condizioni (ad esempio, perfetta informazione del consumatore e del produttore, piena concorrenza tra i produttori, sovranità del consumatore, elevata contendibilità, ecc.) il mercato raggiunge il suo ottimo paretiano, ovvero una situazione dove è massimizzata l'utilità dei partecipanti al sistema.

Nella realtà, è risaputo che il mercato dei beni e servizi sanitari è assolutamente imperfetto: le metodologie di HTA basate sull'Analisi Decisionale a Criteri Multipli contribuiscono potentemente al superamento dei limiti posti dalla condizione di imperfezione e meglio perseguono uno stato con più elevato grado di massimizzazione dell'utilità sociale.

2. Il “Programma nazionale HTA Dispositivi medici”

La Cabina di Regia dell’Intesa Stato-Regioni (di seguito denominata CdR), istituita con decreto del Ministro della Salute 12 marzo 2015, in attuazione dell’articolo 26 del Patto per la salute 2014-2016 e insediatasi il 24 luglio 2015, ha inteso predisporre un documento strategico, denominato “Programma Nazionale HTA Dispositivi medici”, assunto in data del 21.09.2017 («Il Sole 24 Ore»), al fine di individuare sia gli elementi cardine del proprio operare sia un percorso operativo per il perseguimento degli obiettivi del legislatore.

Il compito che la stessa CdR si è assunta, nel panorama italiano dell’HTA, è quello di strutturare un sistema in cui l’innovazione, nel campo dei dispositivi medici, entri nell’ambito dell’offerta standard del SSN solo attraverso un percorso che ne garantisca efficacia, sicurezza e sostenibilità.

Per far ciò, la normativa (Legge del 28 dicembre 2015, n. 208⁴), le affida i compiti di:

- a. definire le priorità per la valutazione tecnica multidimensionale dei dispositivi medici sulla base dei criteri di rilevanza del problema di salute nonché di rilevanza, sicurezza, efficacia, impatto economico e impatto organizzativo dei dispositivi medici, in coerenza con le linee guida europee in materia (EUnetHTA);⁵
- b. promuovere e coordinare le attività di valutazione multidimensionale realizzate dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS),⁶ e dai presidi regionali e dai soggetti pubblici e privati di comprovata esperienza di HTA operanti nel Programma Nazionale HTA dei dispositivi medici;
- c. validare gli indirizzi metodologici che verranno applicati per la produzione dei rapporti di valutazione tecnica multidimensionale nel Programma Nazionale HTA;
- d. curare la pubblicazione, la diffusione e la verifica degli impatti a livello nazionale degli esiti delle valutazioni di cui alla lettera b) secondo i metodi validati di cui alla lettera c), promuovendone l’utilizzo da parte delle Regioni e delle aziende sanitarie per informare le decisioni in merito all’adozione e all’introduzione dei dispositivi medici e al disinvestimento.

Il suddetto documento strategico regola lo sviluppo delle attività HTA nazionali e regionali, in coerenza con le tappe ‘tradizionali’ del processo di HTA che si sostanziano nei momenti di: identificazione delle necessità valutative, selezione e prioritizzazione delle valutazioni, organizzazione delle attività di *assessment*, organizzazione delle attività di *appraisal* e integrazione nella decisione/raccomandazione.

Si perviene così a una chiarificazione dei ruoli dei diversi soggetti, dei criteri e degli elementi procedurali, sulla base della situazione di contesto e della fattibilità.

I punti principali del documento strategico possono essere così riassunti:

⁴ Legge 28 dicembre 2015, n. 208, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016). (15G00222), «Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana», Serie Generale n. 302 del 30.12.2015 – Suppl. Ordinario n. 70.

⁵ European Network for Technology Assessment.

⁶ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

- *Prodotti attesi*

Il risultato atteso complessivo delle attività definite per la CdR è costituito da un insieme di documenti appartenenti a cinque classi generali:

1. lista delle tecnologie segnalate per la valutazione;
2. lista delle tecnologie selezionate e prioritzate per il successivo *assessment*;
3. rapporti di HTA per specifiche tecnologie;
4. raccomandazioni per l'utilizzo appropriato (documenti di *appraisal*) nell'ambito del SSN;
5. indirizzi per il coordinamento delle attività del Programma Nazionale HTA.

Per la realizzazione delle prime due fasi (segnalazione e prioritizzazione) la CdR identifica specifici Gruppi di Lavoro (GdL) a supporto della propria attività. Gli esiti dei lavori saranno trasmessi ai decisori regionali che dovranno assicurare l'utilizzo, nell'ambito delle rispettive competenze programmatiche e gestionali, dei documenti prodotti nell'ambito del Programma Nazionale HTA.

- *Segnalazione e prioritizzazione delle tecnologie da valutare con procedure HTA*

La platea di possibili proponenti delle proposte di valutazione delle tecnologie innovative è molto vasta. I soggetti possono essere: il ministero della Salute e gli organismi a esso afferenti (Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del SSN, il Tavolo tecnico dei soggetti aggregatori di cui al DPCM 14 novembre 2014,⁷ che si occupa delle procedure centralizzate di acquisti di beni e servizi della pubblica amministrazione; la Commissione permanente tariffe istituita con DM del 18 gennaio 2016,⁸ che determina la remunerazione massima di riferimento per i dispositivi ad alto costo, l'Istituto Superiore di Sanità, nelle sue diverse articolazioni), le Regioni e le Aziende sanitarie, i professionisti del Servizio Sanitario Nazionale, le Società scientifiche, i Produttori e loro associazioni, e, infine i Cittadini e le loro associazioni.

Possono essere avanzate proposte riguardanti sia tecnologie definite come emergenti, ovvero ancora prive della marcatura CE, sia tecnologie in iniziale diffusione, diffuse o presunte obsolete, per l'eventuale valutazione o rivalutazione dell'uso appropriato nel SSN.

- *Verifica preliminare*

Allo scopo di evitare duplicazioni e garantire l'efficienza delle successive fasi, il Programma Nazionale assegna ad AGENAS alcuni compiti fondamentali. Uno di questi è

⁷ Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 14 novembre 2014, Istituzione del tavolo tecnico dei soggetti aggregatori, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, terzo periodo, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente ai relativi elenchi recanti gli oneri informativi. (15A00330), «Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana», Serie Generale n. 15 del 20.01.2015

⁸ Ministero dell'Economia e delle Finanze, Decreto 18 gennaio 2016, Misure in favore dell'autoimprenditorialità in agricoltura e del ricambio generazionale. (16A01434). «Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana», Serie Generale n. 39 del 17.02.2016.

l'effettuazione di una verifica preliminare riguardo all'esistenza, per ogni segnalazione raccolta, di rapporti tecnici recenti e disponibili in testo completo, ovvero di progetti di valutazione in corso presso agenzie anche internazionali (EUnetHTA POP Database).⁹ La verifica potrà esitare in tre sottoinsiemi:

1. la lista delle tecnologie da sottoporre a prioritizzazione da parte della CdR, con indicazione dell'eventuale carattere di tecnologia emergente;
2. la lista delle tecnologie escluse, con la relativa motivazione;
3. la lista dei report tecnici già disponibili.

• *La definizione delle priorità di valutazione*

Dato che anche i sistemi di valutazione sono contraddistinti da risorse limitate e che non tutte le tecnologie meritano di essere valutate, per una gestione efficiente del sistema occorre procedere alla preliminare fase di prioritizzazione (*priority setting*), così da operare delle scelte di priorità sulle tecnologie da sottoporre ad *assessment*. Il documento individua un'ampia tassonomia di criteri di prioritizzazione. Sulla base di tali criteri e della documentazione messa a disposizione, la CdR produce un programma di lavoro annuale, a ciclo semestrale, in funzione delle tecnologie segnalate, che definisce le tecnologie da sottoporre a valutazione nell'ambito del Programma Nazionale HTA, anche in relazione alle risorse disponibili.

Dopodiché la CdR definisce in sede di prioritizzazione:

- a. i casi da assegnare ai Centri Collaborativi Regionali;
- b. i casi in cui è indicata una valutazione da parte di AGENAS o dell'Istituto Superiore di Sanità o dei Centri Collaborativi diversi da quelli Regionali;
- c. i casi in cui è sufficiente una valutazione regionale effettuata dal proponente secondo le modalità organizzative adottate dalle Regioni, seppur applicando metodologie e reportistica condivise a livello nazionale.

• *Valutazioni a livello regionale*

Il documento riserva un preciso e fondamentale ruolo ai Centri Collaborativi regionali.

Questi sono individuati sulla base dell'aderenza a puntuali criteri di accreditamento definiti da AGENAS, quali la comprovata e verificabile esperienza nelle valutazioni multidisciplinari di dispositivi medici, la presenza di una organizzazione di supporto capace di sostenere le attività, l'indipendenza da rapporti con produttori e/o distributori di dispositivi medici e con fonti di finanziamento dichiarate e verificabili, la presenza di un processo editoriale robusto e indipendente, la presenza di procedure per il mantenimento e l'aggiornamento per via telematica di dichiarazioni di conflitto di interesse di ciascun operatore e, infine, la multidisciplinarietà delle figure professionali e qualificate.

L'elenco dei Centri Collaborativi al Programma Nazionale per la Valutazione delle Tecnologie Sanitarie diventa parte di un Albo Nazionale, l'Albo Nazionale dei Centri Col-

⁹ EUnetHTA Planned and Ongoing Projects (POP) database.

laborativi regionali e dei soggetti pubblici e privati disponibili a collaborare al Programma Nazionale (in attuazione delle disposizioni di cui alla Legge 28 dicembre 2015 n. 208, art 1, comma 552).¹⁰

Al Centro Collaborativo regionale possono essere assegnati incarichi di valutazione da parte di CdR oltre alla redazione di rapporti di HTA che, mediante focus sulla condizione clinica da affrontare piuttosto che sulla singola tecnologia, mettano a confronto dispositivi innovativi con preesistenti diversi modalità di azione per la medesima finalità, al fine di fornire la base informativa necessaria a discriminare tra le innovazioni che propongono soluzioni diverse a un medesimo problema, orientando gli investimenti ai fabbisogni.

Le bozze dei documenti di valutazione espresse dal Centro Collaborativo sono comunque sottoposte a *peer review* secondo una procedura centralizzata coordinata da AGENAS, a cui seguirà una procedura centralizzata di consultazione pubblica. Il Centro Collaborativo, infine, provvederà a redigere il testo finale del documento HTA, anche sulla base dei contributi raccolti durante la consultazione pubblica. Inoltre, in relazione alle specifiche esigenze regionali, il Centro Collaborativo regionale potrà procedere autonomamente a produrre rapporti di HTA per procedure non priorizzate dalla CdR.

• *Definizione delle raccomandazioni nazionali e regionali di utilizzo appropriato di DM*
Per ciascuna tecnologia oggetto di valutazione indipendente, la CdR adotta un giudizio di *appraisal* contenente preliminari raccomandazioni di utilizzo nell'ambito del SSN (utilizzo, non utilizzo, utilizzo in ricerca, utilizzo condizionato), basato su metodi e strumenti di *appraisal* scientificamente validati.

A seguito dell'*appraisal*, la CdR potrà esprimere le seguenti Raccomandazioni:

1. la tecnologia non presenta (al momento) elementi che ne suggeriscano l'introduzione nella pratica diffusa del SSN (per efficacia non dimostrata, o elementi di sicurezza non valutati ecc.);
2. l'introduzione della tecnologia in un percorso assistenziale comporterebbe benefici (il giudizio può essere riferito anche a una categoria di prodotti omogenei e non a uno specifico dispositivo, con evidenti riflessi sulle procedure di acquisizione, tutelando la concorrenza tra prodotti analoghi);
3. la tecnologia è raccomandata solo per l'utilizzo in programmi di ricerca, condotti secondo la disciplina attuale, per la produzione di ulteriori prove scientifiche;
4. l'introduzione della tecnologia nel SSN può essere ammessa subordinatamente alla raccolta contestuale di prove scientifiche sull'efficacia reale e dati di costo.

Il ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome e gli altri soggetti istituzionalmente coinvolti adottano le misure necessarie alla piena e leale collaborazione al Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici e all'implementazione dei risultati del-

¹⁰ Legge 28 dicembre 2015, n. 208, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016). (15G00222), «Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana», Serie Generale n. 302 del 30.12.2015 – Suppl. Ordinario n. 70.

le valutazioni in sede di acquisizione/dismissione di tecnologie ed eventuale conseguente riorganizzazione dei servizi.

- *I gruppi di lavoro e le attività di monitoraggio*

Quale metodo di lavoro privilegiato la Cabina di regia assume quello dei gruppi di lavoro (GdL) così da facilitare «il coinvolgimento sistematico, tempestivo, responsabile e verificabile degli *stakeholder*», a supporto delle varie fasi del Programma.

Conferma, infine, la necessità dello svolgimento di un monitoraggio dell'impatto del Programma.

3. Il “Programma regionale HTA Dispositivi medici” di Regione Lombardia

3.1. Il sistema delineato dalla DGR 5671 del 11.10.2016

Il sistema regionale lombardo, che prese avvio nell'anno 2008, fu modificato in seguito all'adozione di due atti deliberativi, la DGR n. X/4831 del 22.02.2016, di oggetto “Nuove determinazioni in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso di dispositivi biomedici e di tecnologie diagnostico-terapeutiche e riabilitative”, e la DGR n. X/5671 del 11.10.2016, che produceva ulteriori determinazioni e specificazioni in merito alla delibera precedente, che innovarono sostanzialmente il processo di Valutazione delle Tecnologie Sanitarie in Regione Lombardia, anche in aderenza ai contenuti della legge di riforma regionale n. 23 del 2015 [14], in particolare quelli espressi all'art. 5, comma 7.

La DGR 5671 del 11.10.2016 ha definito il processo per la valutazione HTA dell'appropriatezza d'uso di tecnologie innovative e per gli aspetti organizzativi ha istituito:

- una rete regionale di referenti aziendali, identificati da ciascuna ASST e da ciascun I.R.C.C.S. pubblico o privato accreditato aventi sede in Lombardia quali componenti di Commissioni multidisciplinari o di specifiche strutture e funzioni aziendali e ricompresi nella rete regionale per le funzioni di *assessment* tecnico. I referenti regionali sono deputati alla raccolta e alla valutazione critica di evidenze relativamente all'utilizzo appropriato dei dispositivi biomedici e delle tecnologie diagnostico-terapeutiche per la funzione di valutazione tecnica;
- una Commissione per le Tecnologie Emergenti (CTE);
- una Commissione per le Tecnologie in Diffusione diffuse e obsolete (CTD) a supporto delle funzioni regionali di analisi decisionale (prioritizzazione e *appraisal*), che nel corso della concreta attività hanno poi lavorato in sessione congiunta.

Inoltre, la DGR ha stabilito un progetto di durata triennale (anni 2016-2018), denominato “Supporto tecnico istruttorio al programma regionale di Valutazione delle Tecnologie Sanitarie - Health Technology Assessment HTA”, elaborato dalla Direzione Generale Welfare, mediante la stipula di convenzione di durata triennale con la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST individuata come struttura di supporto tecnico-scientifico per l'esecuzione del citato progetto.

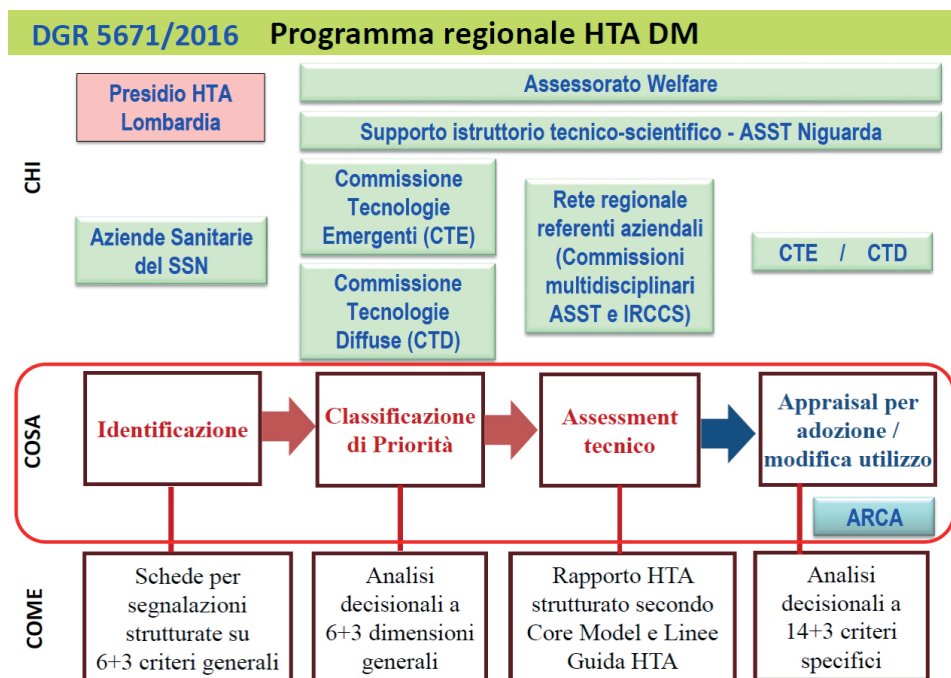
La ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda è diventata quindi lo strumento operativo, assistito da un dignitoso budget per il funzionamento, della funzione HTA regionale, potendosi avvalere di adeguate figure professionali: un biostatistico o un ingegnere matematico, un farmacista con specializzazione in farmacia ospedaliera, un economista sanitario, un ingegnere clinico e medici di comprovata esperienza nella valutazione.

Nelle Figure 1 e 2 sono presentati lo schema riepilogativo e l'architettura del percorso innovato.

Le segnalazioni di richiesta introduzione nel sistema di una tecnologia sanitaria innovativa possono essere proposte da ASST e IRCCS pubblici e privati di Regione Lombardia, da AGENAS e da EUnetHTA e da produttori di dispositivi medici, sulla base di informazioni raccolte in una apposita scheda di segnalazione a 9 dimensioni.

La fase di prioritizzazione è sviluppata a cura delle Commissioni CTE e CTD: queste determinano un Indice di Priorità (ponderando pesi relativi delle dimensioni con i punteggi assegnati alla tecnologia per la specifica dimensione), il cui valore va da 0 a 1. Sotto il valore 0,40 la tecnologia non è accettata per la fase successiva di *assessment*; tra il valore 0,41 e il valore 0,59, la tecnologia passa alla fase dell'*assessment*; oltre il valore 0,59 la tecnologia è valutata positivamente e introdotta (sotto controllo) nel sistema sanitario.

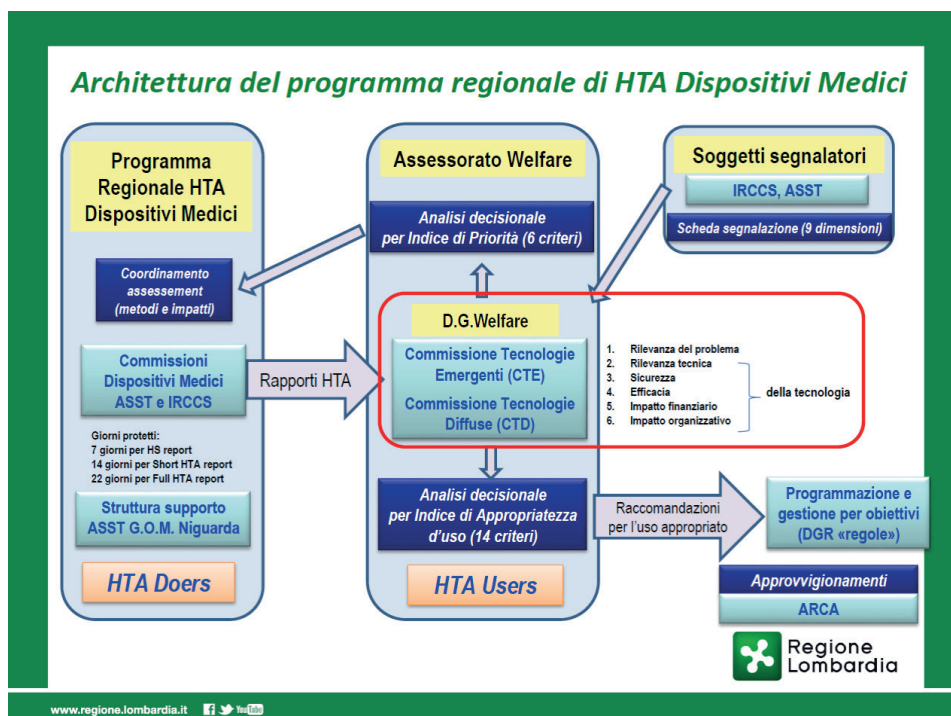
Figura 1. Schema del percorso del Programma regionale HTA dei Dispositivi Medici della Regione Lombardia.



La fase di *assessment* è invece compito di esperti di diversi domini scientifici, ovvero di un'ampia gamma di professionalità costituenti la rete regionale di referenti aziendali, identificati da ciascuna ASST e ciascun I.R.C.C.S. pubblico o privato accreditato aventi sede in Lombardia, quali componenti di Commissioni multidisciplinari o titolari di specifiche strutture e funzioni aziendali.

Le professionalità sono deputate alla raccolta (fortemente coadiuvati dal gruppo di supporto tecnico operante nell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda) e alla valutazione critica di evidenze relative all'utilizzo appropriato dei dispositivi biomedici e delle tecnologie diagnostico-terapeutiche. Per svolgere il loro compito, i referenti raccolgono rapporti sintetici / completi di HTA (sviluppati da altre agenzie), analisi dei dati amministrativi sanitari regionali, contributi raccolti tramite consultazioni istituzionali o consultazioni pubbliche, segnalazione con scheda di prodotto o tecnologia sanitaria; i referenti producono un'analisi critica coerente delle documentazioni di efficacia disponibili (o identificano in modo esplicito la carenza di documentazione). Il reperimento sistematico di questa è compito del supporto tecnico fornito dall'ASST G.O.M. Niguarda (Figura 2).

Figura 2. Schema processuale del Programma regionale HTA dei Dispositivi Medici della Regione Lombardia.



La determinazione del valore complessivo della tecnologia sanitaria è realizzata tramite analisi decisionale a criteri multipli (ADCM) a 14 criteri valutativi di tipo quantitativo, integrati da analisi narrativa dei 3 criteri di tipo qualitativo raccolti nelle 9 dimensioni, ed è sintetizzata, anche in questo caso, mediante l'espressione di un giudizio circa il significato pratico (applicazione) nella prospettiva del sistema sanitario: un Indice di appropriatezza d'uso, che può oscillare dal valore 0 al valore 1.

Le dimensioni valutate in fase di prioritizzazione sono le classiche 9: 6 di natura quantitativa (valutate mediante ADCM) e 3 di natura qualitativa (espressione di giudizio qualitativo):

- D1. Rilevanza generale del problema di salute;
- D2. Rilevanza tecnica generale della tecnologia;
- D3. Sicurezza;
- D4. Efficacia teorica e pratica della tecnologia;
- D5. Impatto economico e finanziario della tecnologia;
- D6. Impatto organizzativo;
- D7. Equità e impatto etico;
- D8. Impatto sociale;
- D9. Impatto legale.

I criteri valutati in fase di *appraisal* sono in numero di 17: 14 riconducibili alle dimensioni di natura quantitativa (valutati mediante ADCM) e 3 riconducibili a quelle di natura qualitativa (tra parentesi il codice della dimensione di riferimento):

- C01. Descrizione e gravità della malattia (D1);
- C02. Dimensioni della popolazione (D1);
- C03. Beneficio preventivo (D2);
- C04. Beneficio curativo (D2);
- C05. Qualità della documentazione (D2);
- C06. Miglioramento di sicurezza e tollerabilità (D3);
- C07. Miglioramento di efficacia teorica e pratica (D4);
- C08. Miglioramento di esiti riferiti dai pazienti (D4);
- C09. Carenza di alternative (*unmet needs*) (D4);
- C10. Grado di consenso delle Linee Guida cliniche, stato regolatorio (D4);
- C11. Impatto finanziario diretto sul SSN (D5);
- C12. Impatto su altre spese sanitarie (D5);
- C13. Impatto su altre spese non sanitarie (D5);
- C14. Capacità del sistema all'uso appropriato dell'intervento (D6);
- C15. Equa opportunità di accesso (D7);
- C16. Pressione e difficoltà dei portatori di interessi (D8);
- C17. Adesione ai requisiti legali e al mandato del SSN (D9).

4. Il percorso di formazione della ASST Valle Olona nell'ambito del "Programma regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA)"

4.1. Finalità del percorso di formazione sul campo

Il percorso di formazione della ASST Valle Olona nell'ambito del "Programma regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA)" ha preso avvio sulla base di una osservazione di comune riscontro: nel mondo reale delle decisioni in materia di tecnologie sanitarie (nella più vasta accezione del termine), se tutti i *decision maker* concordano sul vantaggio teorico del tagliare gli sprechi, rispetto al mero taglio lineare della spesa, poche sono le esperienze di successo in merito.

Sempre più ampiamente si sta diffondendo la consapevolezza della necessità di un coinvolgimento dei professionisti, gli unici in grado di distinguere tra ciò che funziona e ciò che rischia di essere solo spreco, e di un percorso culturale di transizione da un modello di salute drogato dal 'fare di più' verso un modello orientato a 'fare solo ciò che è sufficiente'.

Il progetto si è concretizzato in una iniziativa di Formazione sul Campo nella tipologia del Gruppo di Miglioramento, e ha inteso coinvolgere un numero definito di professionisti in un percorso di apprendimento al miglior utilizzo dei dispositivi medici, le cui sicurezza, efficacia e convenienza potessero essere verificate mediante un rigoroso approccio comparativo.

Si è trattato, quindi, di imparare ad acquisire una produzione sistematica di informazioni credibili su una tecnologia sanitaria e a valutare la completezza e la robustezza della stessa produzione, al fine di vagliare l'efficacia, la sicurezza, l'accettabilità e la pertinenza ai bisogni del territorio della tecnologia esaminata, ponendo così il presupposto per una piena valutazione *ex ante* del valore della tecnologia esaminata al fine del suo inserimento nei percorsi clinici dell'Azienda.

La seconda finalità era associata alla volontà di formare alcuni autorevoli *opinion leaders*, possessori degli strumenti conoscitivi volti a compiere corrette valutazioni di tecnologie sanitarie secondo gli specifici canoni della metodologia di Analisi Decisionali a Criteri Multipli adottata da Regione Lombardia.¹¹ Infatti, la realizzazione del progetto di formazione è stato richiesto dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, anche al fine della costituzione della già citata rete regionale dei referenti aziendali, i cui componenti (esperti di diverse competenze, medici, farmacisti ospedalieri, economisti sanitari, ingegneri clinici, fisici, personale tecnico infermieristico) devono garantire l'erogazione di un insieme di prodotti di valutazione dei dispositivi medici, quali i giudizi di prioritizzazione, gli *assessment*, i giudizi di *appraisal* e le *peer review*, oltre a partecipare quali componenti delle commissioni per le tecnologie emergenti e per le tecnologie diffuse.

4.2. L'oggetto di analisi

La tecnologia in esame è un idrogel in glicole polietilenico iniettabile bio-riassorbibile, che, mediante procedura ecoguidata da sonda transrettale, viene iniettato liquido via transperine-

¹¹ Regione Lombardia, Programma regionale HTA Dispositivi medici.

ale in zona retroprostatica e quindi polimerizza, ossia solidifica in uno strato morbido, che si espande nel grasso perirettale determinando una separazione fisica tra la prostata e la parete anteriore del retto (Müller *et al.* 2016; Mariados *et al.* 2015; Serrano *et al.* 2017). La procedura è da effettuarsi prima di un corso radioterapico e necessita di un'unica applicazione (di 10-30 mL), che può essere contestuale all'inserimento in prostata dei *fiducial markers*, caratteristici di tecniche radioterapiche *Imaged-guided*. L'impianto può essere realizzato in anestesia locale, spinale o generale; la separazione che si crea, determinata dallo spessore dello strato in idrogel, può risultare tra i 10 e i 15 mm e permane sufficientemente stabile per circa tre mesi, coprendo tutta la durata del trattamento radioterapico e quindi biodegradando lentamente e naturalmente, fino a risultare completamente eliminata attorno ai sei mesi dall'impianto.

Incrementare la distanza tra la prostata e il retto è un metodo semplice ma estremamente efficace per ridurre l'esposizione di quest'ultimo, in quanto la parete anteriore dell'organo viene allontanata dalla regione ad alta dose. Dal punto di vista dosimetrico, si riducono parametri quali la dose massima, la dose media e la percentuale di volume irradiato a dosi medio-alte (40-80 Gy), con conseguente riduzione della tossicità rettale, a essi correlata.

4.3. Gli step e gli strumenti

Il percorso formativo, a cui si accedeva su base volontaria, senza vincoli di ruolo e/o di livello (anche se i membri della Commissione Dispositivi medici interna all'Azienda sono stati particolarmente sollecitati alla partecipazione) è consistito fondamentalmente nella (a) raccolta e analisi critica della documentazione scientifica e clinica, in misura idonea alla redazione un rapporto HTA sintetico e (b) nell'esercizio di definizione di un protocollo per la raccolta e la disamina critica della letteratura finalizzata a una valutazione HTA completa.

La Direzione Generale Welfare ha effettuato l'assegnazione dell'oggetto di studio, all'interno di un elenco di tecnologie in attesa di valutazione regionale.

In seguito, alla raccolta delle adesioni si è costituito il Gruppo di Miglioramento, multidisciplinare, partecipato da 15 componenti (un ingegnere clinico, tre funzionari amministrativi, un fisico sanitario, due farmacisti ospedalieri, cinque medici, due infermieri, un tecnico sanitario), che ha distribuito la propria attività su 5 incontri, svoltisi nel presidio di Busto Arsizio nel periodo ottobre-dicembre 2017, dalla durata di due ore circa per incontro. Alle riunioni seguiva, tuttavia, il più gravoso lavoro di ricerca, di lettura e di analisi dei contributi scientifici. Al corso sono stati assegnati n. 10 crediti ECM.

I contenuti dei singoli incontri sono stati i seguenti:

1. esame delle fonti bibliografiche e degli strumenti di analisi;
2. discussione delle fonti evidenziate;
3. esame delle annotazioni sui criteri;
4. revisione dei commenti;
5. condivisione del testo del rapporto HTA.

La ricerca bibliografica è stata condotta a partire da una serie di contributi scientifici, già selezionati dalla Direzione Generale Welfare, caricati su software di gestione biblio-

grafica e analisi critica delle documentazioni, denominato CITAVI,¹² fornito dalla medesima Direzione Generale Welfare all'interno del Programma Regionale HTA Dispositivi Medici di Regione Lombardia.

L'elenco è stato poi integrato mediante un'ulteriore selezione di contributi scientifici disponibili presso la S.C. Radioterapia Oncologica di Busto Arsizio e una selezione di lavori, tratti da uno specifico rapporto ECRI di revisione (ECRI Institute 2017) e dal sito ClinicalTrials.gov (per conoscere i *control trials* in via di sviluppo).¹³

Ancora, un'ulteriore raccolta di nuovi contributi pubblicati nel triennio 2015, 2016, 2017 è stata aggiunta al patrimonio di analisi. Complessivamente si è trattato di esaminare 36 contributi.

La qualità dell'analisi bibliografica è stata sostenuta dall'impiego del rapporto ECRI (ECRI Institute 2017) focalizzando l'acquisizione di informazioni sugli studi in esso riportati. Il rapporto ha identificato 14 pubblicazioni pertinenti; 3 di esse erano basate su di uno studio RCT (*trial* controllato randomizzato), 4 pubblicazioni erano relative a studi non-RCT, 2 si riferivano a studi di tipo controllato non randomizzato e 4 pubblicazioni erano studi basati su serie di casi. Infine, 1 studio ha confrontato i costi associati a complicanze rettali derivanti da tossicità radioindotte e valutate per un periodo di 10 anni, sulla base di un modello costo-efficacia. Infine, si è rilevato che sul sistema SpaceOAR erano in itinere altri due *trials*, tutt'ora in corso.

Quale strumento di supporto per l'analisi e il confronto dei testi si è utilizzato la strumento CITAVI,¹⁴ potente piattaforma informatica che ha permesso la condivisione di testi, citazioni e commenti espressi relativamente ai diversi contributi, mettendo a conoscenza comune degli analisti il lavoro reciproco. Mediante CITAVI e durante ulteriori tre riunioni del Gruppo di Miglioramento si è proceduto alla discussione delle fonti evidenziate, all'esame delle annotazioni sui criteri e alla revisione dei commenti.

Per ragioni di ordine temporale (i termini temporali di svolgimento del corso erano eccessivamente contratti), purtroppo, non si è potuto effettuare validazioni dirette della qualità delle pubblicazioni a mezzo di tools specifici, quali ROBOTREWIEVER,¹⁵ CER Collaborative,¹⁶ ROBIS 2.0 Tool,¹⁷ SIGN.¹⁸ Si sono decisamente sposate, quindi, le conclusioni della disamina effettuata dagli estensori del report ECRI.

4.4. Gli esiti e i limiti

La lettura e l'analisi della bibliografia ha prodotto la redazione e stesura di un documento

¹² Swiss Academic Software GmbH CITAVI.

¹³ ClinicalTrials.gov, U.S. National Library of Medicine.

¹⁴ Swiss Academic Software GmbH CITAVI.

¹⁵ RobotRewriter, U.S. National Institutes of Health (NIH).

¹⁶ CER Collaborative, Dymaxlum.

¹⁷ ROBIS 2.0 Tool, University of Bristol.

¹⁸ SIGN25, HealthCare Improvement Scotland.

alert HTA. Di particolare utilità si è rivelata la traccia di *alert* fornita da Direzione Generale Welfare che ha guidato gli analisti a stendere il rapporto interrogandosi in relazione alle classiche 9 dimensioni ai correlati 14 criteri (Allegato 1). Gli esiti dell'analisi, riportati in modalità estesa nel vero e proprio documento di *alert* HTA, sono stati infine sintetizzati in un poster esposto nell'ambito del convegno conclusivo (Allegato 2).

Le evidenze bibliografiche raccolte hanno consentito di proporre SpaceOAR per la sottoposizione a un giudizio di prioritizzazione, in particolare in ragione della gravità della patologia, delle dimensioni della popolazione interessata e delle indicazioni di efficacia, misurata sia in termini di livelli di tossicità rettale, sia in termini di rallentamento del decadimento della qualità della vita generale, urinaria e intestinale, specialmente sul lungo periodo. La proposizione al giudizio di prioritizzazione potrà essere confermata una volta ottenuti gli esiti di ulteriori due trials, entrambi studi osservazionali a braccio singolo, focalizzati sulla rilevazione delle complicanze rettalí lungo un periodo di 5 anni.

Molto meno esaustive sono state le informazioni raccolte relativamente all'impatto sul consumo di risorse sanitarie e non sanitarie: per una valutazione attendibile, occorrerebbe raccogliere valutazioni in contesto italiano, espresse dal punto di vista del Servizio Sanitario Nazionale, sia di breve come di lungo periodo.

Tra i limiti del lavoro emergono sicuramente:

- la scarsità del tempo che si è potuto dedicare allo svolgimento di un'attività di analisi non comune (il vero lavoro *time-consuming* è quello del lavoro personale sull'analisi e la valutazione dei testi): le previsioni regionali indicavano in 3 mesi la ottimale estensione temporale del corso, mentre nella situazione corrente ci si è dovuto concentrare nell'arco temporale in 1,5 mesi;
- la rinuncia a produrre validazioni dirette della qualità delle pubblicazioni a mezzo di tools specifici, quali ROBOTREWIEVER o CER Collaborative o ROBIS 2.0 Tool o SIGN o TrialTracker, sia a causa di difficoltà nell'accesso agli strumenti informatici, sia a causa della lingua di utilizzo (inglese). Un buon livello di proprietà della lingua inglese costituisce la necessaria premessa a un proficuo lavoro di analisi dei contributi scientifici;
- infine, la eccessiva numerosità dei componenti del gruppo di miglioramento, che sarebbe stato opportuno limitare a 6 componenti per consentire l'effettivo e pieno coinvolgimento dei partecipanti.

Bibliografia

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. AGENAS, URL: <<http://www.agenas.it/agenas/l-agenzia>> (accesso del 25.07.2018).

CER Collaborative, Dymaxlum, URL: <<https://www.cercollaborative.org/global/default.aspx?RedirectURL=%2fhome%2fdefault.aspx>> (accesso del 25.07.2018).

ClinicalTrials.gov, U.S. National Library of Medicine, URL: <<https://clinicaltrials.gov/>> (accesso del 25.07.2018).

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 novembre 2014, Istituzione del tavolo tecnico dei soggetti aggregatori, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, terzo periodo, del decreto-legge 24

- aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente ai relativi elenchi recanti gli oneri informativi. (15A00330), «Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana», Serie Generale n. 15 del 20.01.2015.
- ECRI Institute (2017). SpaceOAR System (Augmenix, Inc.) Hydrogel Spacer for Reducing Exposure during Radiation Therapy for Prostate Cancer. HTAIS. Product Brief. May 2017 ECRI Institute.
- EUnetHTA Planned and Ongoing Projects (POP) database, URL: <<https://www.eunethta.eu/pop-database/>> (accesso del 25.07.2018).
- European Network for Technology Assessment. EUnetHTA, URL: <<https://www.eunethta.eu/>> (accesso del 25.07.2018).
- Garattini L., R. Grilli, L. Mantovani, D. Scopelliti (1994), *Good economic practices per gli studi di farmacoconomia*, «ASI», 38, pp. 25-29.
- «Il Sole 24 Ore», URL: <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/_Oggetti_Correlati/Documenti/2017/09/21/dispositivi.pdf?uuid=AEkwSaWC>.
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016). (15G00222), «Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana», Serie Generale n. 302 del 30.12.2015 - Suppl. Ordinario n. 70.
- Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23, Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, n. 33, suppl. del 14.08.2015.
- Lucioni C., C. Jommi (2017), *Valore delle tecnologie sanitarie, HTA, decisioni*, «Global & Regional Health Technology Assessment», 4 (1), e41-e43.
- Mariados N., J. Sylvester, D. Shah, L. Karsh, R. Hudes, D. Beyer, S. Kurtzman, J. Bogart, R.A. Hsi, M. Kos, R. Ellis, M. Logsdon, S. Zimberg, K. Forsythe, H. Zhang, E. Soffen, P. Francke, C. Mantz, P. Rossi, T. DeWeese, D.A. Hamstra, W. Bosch, H. Gay and J. Michalski (2015), *Hydrogel Spacer Prospective Multicenter Randomized Controlled Pivotal Trial: Dosimetric and Clinical Effects of Perirectal Spacer Application in Men Undergoing Prostate Image Guided Intensity Modulated Radiation Therapy*, «Int J Radiat Oncol Biol Phys.», 92 (5), pp. 971-977.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Decreto 18 gennaio 2016, Misure in favore dell'autoimprenditorialità in agricoltura e del ricambio generazionale. (16A01434). «Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana», Serie Generale n. 39 del 17.02.2016.
- Müller A.-Ch., J. Mischinger, T. Klotz, B. Gagel, G. Habl, G. Hatiboglu, M. Pinkawa (2016): *Interdisciplinary consensus statement on indication and application of a hydrogel spacer for prostate radiotherapy based on experience in more than 250 patients*, «Radiology and oncology», n. 3, 50, pp. 329-336. DOI: 10.1515/raon-2016-0036.
- Programma regionale di valutazione HTA dei dispositivi medici. Regione Lombardia, URL: <<https://htadm-lombardia.ats-pavia.it/index.php/programma/finalita.html>> (accesso del 25.07.2018).
- Provincia autonoma di Bolzano, Dipartimento Sanità e Politiche Sociali - Ufficio Formazione del personale sanitario. Biblioteca Medica Virtuale. URL: <<http://www.bmv.bz.it/content.asp?L=1&IdMen=173&txtsearch=health%20technology#health%20technology%20assessment>> (accesso del 30.09.2010).
- Raiffa H. (1969), *Preferences for multi-attributed alternatives*, RM-5868-DOT/RC, The RAND Corporation, Santa Monica, CA.
- Regione Lombardia, Programma regionale HTA Dispositivi medici: URL: <<https://htadm-lombardia>.

- ats-pavia.it/index.php/linee-guida/g-analisi-decisionale-a-criteri-multipli-adcm/976-mcda-per-giudizi-di-priorita.html>, (accesso del 25.07.2018).
- ROBIS 2.0 Tool, University of Bristol, URL: <<http://www.bristol.ac.uk/population-health-sciences/projects/robis/>> (accesso del 25.07.2018).
- RobotReviewer, U.S. National Institutes of Health (NIH), URL: <<http://www.robotreviewer.net/>> (accesso del 25.07.2018).
- Serrano N.A., N.S. Kalman, M.S. Anscher (2017), *Reducing rectal injury in men receiving prostate cancer radiation therapy. Current perspectives*, «Cancer management and research», 9, pp. 339-350. DOI: 10.2147/CMAR.S118781.
- SIGN25, HealthCare Improvement Scotland, URL: <<https://www.sign.ac.uk/checklists-and-notes.html>> (accesso del 25.07.2018).
- SIHTA Società Italiana di Health Technology Assessment. Carta di Trento, URL: <http://www.sihta.it/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=54> (accesso del 25.07.2018).
- Swiss Academic Software GmbH CITAVI, URL: <<https://www.citavi.com/it>> (accesso del 25.07.2018).

Capitolo 15

Leadership e Comunicazione in sanità

Antonio Spera*

Nel prossimo futuro ci si dovrà misurare con l'evoluzione di alcuni fenomeni epidemiologici e demografici che avranno sempre un maggiore impatto in termini di costi sociali e di ricadute economiche sui bilanci della sanità: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei fenomeni di cronicizzazione, la diffusione delle patologie neurodegenerative, dei tumori e delle problematiche cardiovascolari, in relazione anche ai mutati stili di vita della popolazione. Se da una parte la priorità è quella di cercare soluzioni innovative per dare risposte efficaci a questi nuovi *trends*, dall'altra riteniamo sia fondamentale anche dare un contributo al dibattito culturale in sanità per la definizione di strategie organizzative che contribuiscano alla riduzione dei costi delle infrastrutture pubbliche e incremento della loro efficienza. Negli stimoli per una discussione propositiva che seguiranno, evidenzieremo temi e casistiche di cui GE Healthcare ha diretta esperienza sia a livello nazionale sia sul piano internazionale, focalizzando l'attenzione su tematiche di tecnologia ed efficienza a essi pertinenti con esclusione, per limiti di competenza e missione puramente industriale nel Paese, di considerazioni e indirizzi di carattere politico.

La posizione di *leadership* in Italia nella fornitura di soluzioni per la tutela della salute – dai più avanzati sistemi di diagnostica per immagini e di gestione dei dati del paziente, ai sistemi per la ricerca e produzione farmacologica, allo sviluppo di farmaci e radio-farmaci diagnostici alle soluzioni per anestesia, ventilazione e monitoraggio ostetricia e ginecologia – ci permette di trattare con cognizione di causa il tema affidatoci, ovvero *Leadership e Comunicazione in sanità*.

Unire nello stesso capitolo e coniugare sotto il medesimo filone discorsivo la *leadership* che è attitudine per definizione di prevalenza personale, e la comunicazione che è attività basata su principi egualitari di rapporto personale, può però sembrare irrazionale così come può sembrare inapplicabile accumunare principi di organizzazione dell'impresa privata con il mondo della PPAA, e forse lo sono, ma la ricerca di meccanismi e dinamiche comuni si è rilevato per me molto più semplice dell'atteso, e così spero lo sarà per voi, soprattutto se consideriamo che saper comunicare validamente è una dote essenziale per il leader.

* Presidente e AD General Electric Healthcare Italia

*“O Capitano, mio capitano
Il nostro viaggio tremendo è terminato
la nave ha superato ogni ostacolo l’ambito premio è conquistato,
vicino è il porto, odo le campane,
tutto il popolo esulta, occhi seguono l’invitto scafo, la nave arcigna e intrepida*

*Ma o Cuore! Cuore! Cuore!
O gocce rosse di sangue
Là sul ponte dove giace il Capitano
Caduto, gelido, morto*

W. Whitman

Oggi noi possiamo trovare richiami alla *leadership* quasi ovunque: sport, famiglia, religione, politica. Ma cosa intendiamo realmente quando parliamo di *leadership* e come lo traduciamo direttamente nei nostri contesti di attività e riferimento? Se partiamo da un’analisi di esclusivo trasferimento etimologico dall’inglese, scopriamo che la nostra lingua non possiede un termine equivalente che raggruppi tutte le sfumature di questo concetto: supremazia, prevalenza o guida non ricordano neppure lontanamente la completezza e l’immediatezza della categorizzazione semantica della parola inglese.

L’aumentata complessità del nostro ambiente di riferimento, la sanità, e la concorrenza di dimensione globale inducono molte aziende a introdurre innovazioni strutturali e gestionali al fine di migliorare in flessibilità, efficienza e qualità. L’innovazione può importante in ambito gestionale è forse oggi l’*empowering leadership*, soprattutto considerando che i modelli gestionali tradizionali di *leadership* oggi possono avere un’applicazione parziale nelle mutate condizioni organizzative (superamento delle strutture organizzative gerarchiche, sviluppo di strutture piatte e policentriche e dei gruppi di lavoro con ambiti elevati di responsabilità). Oggi, nella filosofia di gestione e di *leadership* all’interno delle organizzazioni, è fondamentale dare enfasi al processo di *empowerment*, grazie al quale si creano le condizioni per un aumento delle aspettative di autoefficacia e controllo nei collaboratori e si rimuovono i fattori dai quali dipende un senso di impotenza generalizzata, da tenere presente anche il beneficio che si può trarre anche in termini di clima organizzativo, impegno, efficacia, efficienza e produzione d’innovazione.

Nella *leadership* responsabilizzante (*empowering*), il leader deve essere inteso per lo più come un consulente o un *coach*, che aiuta la crescita dei propri collaboratori, crea occasioni di sviluppo personale e professionale, facilita i processi di apprendimento e la conquista di nuove responsabilità e compiti. Nel piccolo manuale di comportamento del *leader empowering* vi è l’incoraggiare i collaboratori; l’identificare i loro bisogni formativi; il cercare un costante *feedback* a monte e a valle del processo decisionale; il raggiungere e verificare gli obiettivi; il condividere le informazioni; lo stimolare il gruppo e il singolo individuo a vedere le opportunità di apprendimento; favorire la creazione di un clima di lavoro aperto alla sperimentazione e alla ricerca; utilizzare gli errori come risorse per imparare; monitorare la propria performance in modo critico e, se necessario assumersi le responsabilità degli errori del team e sempre dei propri; stimolare nel gruppo discussioni

costruttive; stimolare gli *yes man* a lavorare e contribuire alle attività con la propria testa anziché con il solo scopo di compiacere il capo; servirsi del potere con equilibrio; pianificare la propria successione. Dalla letteratura di riferimento si possono desumere cinque dimensioni in cui raccogliere tutti i comportamenti elencati e che rispondono al nome di a) *leading by example*: l'insieme dei comportamenti che dimostrano l'impegno profuso dal leader nel suo lavoro, quantomeno alla pari dei suoi collaboratori; b) *coaching*: l'insieme delle azioni che il leader mette in atto al fine di formare i collaboratori e di aiutarli ad acquisire fiducia in se stessi; c) *participative decision making*: la capacità del leader di richiedere e utilizzare i suggerimenti che provengono dal gruppo per prendere decisioni condivise; d) *informing*: l'abilità del leader di diffondere le informazioni più importanti, la mission dell'organizzazione, le regole, l'etica dell'organizzazione (ma su questo punto torneremo più avanti in dettaglio), e gli obiettivi prioritari; e) l'interazione con il team: i comportamenti del leader che dimostrano il suo interesse per il benessere dei collaboratori e la sua volontà di mantenersi al corrente del clima di gruppo.

L'impegno professionale e in parte personale dei membri della organizzazione è naturalmente correlato alla percezione dei comportamenti del loro leader e queste percezioni costituiscono anche alcune delle componenti psicologiche che caratterizzano la relazione dipendente – organizzazione; in particolare possono influenzare fortemente la decisione di restare o di lasciare la organizzazione e rientrano perciò nella categoria degli *intangible assets*.

I sistemi economici globali e la conformazione attuale dei sistemi sociali e politici hanno negli ultimi anni portato allo sviluppo di sensibili mutamenti nelle aspettative di noi tutti, come clienti, fruitori o attori dei sistemi imprenditoriali, circa il ruolo e le responsabilità dell'Impresa e soprattutto delle imprese multinazionali, riassumibili con l'importanza sempre crescente assunta dalla "Corporate Social Responsibility". Questa responsabilità sociale o Etica d'Azienda deve essere, come anticipato, patrimonio anche dei manager e leader dell'azienda stessa che sono pertanto moralmente responsabili e avere un rapporto fiduciario non più solo con l'azionista di riferimento, ma verso un'ampia serie di *stakeholders* dell'impresa, collaboratori compresi. Nella *leadership* è pertanto compreso anche l'obbligo morale di prendere in considerazione gli interessi dei propri collaboratori che possono essere influenzati, favorevolmente o sfavorevolmente dalle loro decisioni, e questa implicazione di carattere etico/normativo carica di ulteriore responsabilità le attività dei leader dell'organizzazione: infatti è come essi esercitano la *leadership* e dirigono le organizzazioni che viene definita l'etica aziendale e che vengono disegnati i valori aziendali. Per esercitare una *leadership* in linea con l'etica aziendale non è sufficiente essere percepiti come 'persone morali', in grado cioè di prendere decisioni etiche, infatti essere una persona morale dice ai collaboratori come il leader è probabile che si comporti, ma non come esso si aspetta che i collaboratori si comportino. Bisogna perciò agire come "leader morali" ovvero porre al centro del loro messaggio di *leadership* l'etica e i valori che modellano la cultura etica dell'organizzazione. I leader di valore sanno bene di determinare un impatto sulla cultura e sui valori con ogni dichiarazione e gesto. I collaboratori apprendono riguardo a valori, opinioni e obiettivi attraverso l'osservazione dei manager e per il leader limitarsi a dire che ha principi etici non è molto utile, ma deve guadagnarsi la fiducia con quello che fa ogni giorno.

In sintesi, un leader etico sottolinea in ogni occasione ai collaboratori che l'organizzazione si aspetta da loro risultati di produttività, di efficacia o economici, ma solo se essi possono essere conseguiti in modi altamente etici. Risultati correlati all'azione etica dell'Organizzazione e che possiamo definire come effetti collaterali positivi legati all'instaurarsi di relazioni positive e di fiducia con i propri *stakeholders* sono la riduzione del rischio, incentivi alle capacità d'innovazione delle Organizzazioni, la crescita della reputazione.

La *leadership* ha bisogno quindi di strategia, di carattere e di valori, ma all'interno di ogni organizzazione le relazioni di *leadership*, per cui un gruppo di persone in funzioni di lavoro è condotto verso un preciso obiettivo da un componente che assume le caratteristiche del capo, anche se non sempre è formalmente investito di tale ruolo, devono essere poi confluite nei processi di informazione e comunicazione che codificano dati, segnali e immagini a supporto delle attività funzionali e delle attività direttive.

Alla comunicazione viene infatti oggi attribuita la capacità di orientare i principali processi decisionali aziendali, di supportare il governo dell'organizzazione, e di integrare nei suoi processi un necessario ruolo e attività strategici. L'elemento di partenza di questo processo ha inizio a livello del *management* strategico con un'attività di ascolto organizzato, destinata alla conoscenza delle aspettative dei pubblici esterni e interni all'organizzazione e del loro giudizio circa la reputazione di quest'ultima. Le aspettative in sanità coprono un universo di emozioni e prospettive. Ne elenco solo alcuni da quelle più diffuse e generali a quelle personali e specifiche unendo volutamente pubblici interni ed esterni all'organizzazione:

- aspettative di benessere e promozione della salute;
- aspettative per le attività di ricerca scientifica;
- aspettative di miglioramento delle condizioni sociosanitarie e dei disagi lavorativi;
- aspettative per la gestione di ogni rischio sanitario;
- aspettative per lo sviluppo formativo e di aggiornamento professionale;
- aspettative durante la fase di ospedalizzazione, assistenza domiciliare e fine vita;
- ecc.;

verso un elenco che davvero potrebbe essere chilometrico.

L'attività di ascolto organizzato che comprende come detto la conoscenza del contesto, l'identificazione dei pubblici influenti, dei gruppi di *stakeholder* e la loro comprensione e interpretazione delle aspettative e della percezione e del loro giudizio, deve essere seguita da un'attività strategico orientativa, dove le informazioni raccolte servano a stimolare eventualmente la revisione dei sistemi dei valori guida dell'organizzazione, assumere strategie correttive attraverso opportuni cambiamenti e adeguamenti dell'organizzazione.

Fondamentale il passo finale (o iniziale) di questo processo, ovvero la traduzione in elementi di comunicazione della *vision*, del sistema dei valori guida sottesi alla *leadership* e della *mission* dell'organizzazione e la loro veicolazione ai pubblici interni ed esterni. In tal modo, la comunicazione contribuisce all'attuazione della *mission* dell'organizzazione e al raggiungimento dei suoi obiettivi. Come si attua questo step? Attraverso le attività

operative di comunicazione che utilizzino necessariamente delle risorse (di struttura ed economiche), imprescindibili per una comunicazione pianificata e non episodica, da valutare nei suoi effetti attraverso appositi metodi e tecniche di valutazione, con un *feedback* che richiuda questo circolo virtuoso.

Meritano un paragrafo finale ulteriore la descrizione di quelle che possono essere le barriere alla comunicazione specifiche nei mondi della sanità e presenti nei pubblici esterni che popolano questi mondi, e in aggiunta a ciò anche i meccanismi di difesa che i pubblici stessi possono mettere in atto e che rendono inefficaci i processi di comunicazione. Queste barriere e questi meccanismi possono riguardare gruppi o singoli pubblici o momenti storici diversi del medesimo pubblico a cui è indirizzata la comunicazione. Le barriere possono essere strutturali, procedurali, linguistiche, culturali, etnosociali, anagrafiche, istituzionali e altro ancora per un elenco che può essere lunghissimo. I principali meccanismi ostativi alla comunicazione rientrano nei processi di:

- identificazione con la fonte comunicativa;
- razionalizzazione da parte del ricevente la comunicazione;
- compensazione verso gli obiettivi della comunicazione;
- proiezione esterna;
- negazione;
- rimozione;
- formazione reattiva;
- regressione.

In estrema sintesi, nelle dinamiche di una organizzazione in sanità la *leadership* si deve identificare nei valori stessi dell'organizzazione e tradurli in attività. Questo binomio è inscindibile perché l'una (la *leadership*) trae la sua accettazione e visibilità negli altri (i *valori*) e questi possono essere ulteriormente diffusi e resi visibili attraverso l'esempio e l'opera del leader dell'organizzazione. I processi di comunicazione non sono solo un ulteriore strumento di visibilità e diffusione dei valori propri dell'organizzazione e della *leadership*, ma attraverso un circuito di ascolto/azione/*feedback* entrano nella strategia dell'organizzazione non solo per ottenere una condivisione più allargata con i vari pubblici obiettivo dei valori dell'organizzazione, ma anche per facilitarne il raggiungimento degli obiettivi strategici.

Bibliografia

- Bobbio A. et al. (2007), *Empowering leadership style in ambito sanitario*, supplemento a, «Psicologia», vol. 29, n. 1: a37-a49.
- Bronn P.S. et al. (2003), *A reflective stakeholder approach: co-orientation as a basis for communication and learning*, «Journal of communication management», vol. 7, n. 4 pp. 291-303.
- Cornelissen J. (2003), *Corporate image: an audience centered model*, «Corporate communications: an international journal», vol. 5 n. 2, pp. 119-125.
- D'Orazio E. (2004), *Notizie di politeia*, XX, 74, pp. 87-108.

- Daft R.L. (2016), *Organization theory and design*, Cengage Learning.
- Dazzi C. et al. (1988), *Uno studio sull'impegno con l'organizzazione in azienda*, Bologna, Patron, Quaderni di psicologia.
- Favretto G. (a cura di) (2002), *Il cliente della sanità. I risultati di un percorso di ricerca*, Milano, Franco Angeli.
- Glouberman S. et al. (2001), *Managing the care of health and the cure of disease – part i: differentiation*, «Health care manage rev», 26, pp. 58-71.
- Invernizzi E. (2004), Relazioni pubbliche e comunicazione aziendale, «Sviluppo e organizzazione», n. 204.
- Invernizzi E. (cura di) (2005), *Manuale di relazioni pubbliche. Le tecniche e i servizi di base*, Milano, McGraw Hill.
- Invernizzi E. et al. (2009), *Institutional and evaluation of corporate communication in italian companies*, «International journal of strategic communication», vol. 3, n. 2, pp. 116-130.
- Paine L.S. (1997), *Cases in leadership, ethics and organization integrity*, Boston, Irwin McGraw Hill.
- Siano A. et al. (2012), *Il processo di management della corporate communication: un framework*, «Sinergie. rivista di studi e ricerche», n. 88, maggio.
- Vollero A. (2010), *E-marketing e web communication. Verso la gestione della corporate reputation online*, Torino, Giappichelli.

Capitolo 16

Corruzione e prevenzione della corruzione nelle diverse fasi dell'affidamento di un contratto d'appalto

Eva Colombo*

La necessità per le pubbliche amministrazioni di acquistare beni, servizi o di affidare lavori ha determinato la necessità di produrre una legislazione speciale finalizzata a uniformare il comportamento degli acquirenti in un'ottica di trasparenza e legalità.

Poiché il fine delle pubbliche amministrazioni è quello di mettere a disposizione dei cittadini servizi (istruzione, trasporti, sanità, ecc.) e di realizzare infrastrutture necessarie all'economia del Paese, è importante che i criteri di acquisto non siano dettati da logiche di massimo risparmio, ma orientati a ottenere beni, servizi e strutture di qualità e soddisfacenti per la collettività.

La qualità, la puntualità (si pensi ai trasporti o allo smaltimento dei rifiuti), la continuità sono aspetti importanti, ma, purtroppo, troppo spesso pratiche o meccanismi distorti conducono le pubbliche amministrazioni a pagare beni, lavori e servizi più del dovuto o, peggio ancora, a dotarsi di beni che per il fornitore sono partite difettose o fondi di magazzino invenduti o a comprare servizi e infrastrutture scadenti.

Che cosa conduce a questi risultati? A volte la scarsa competenza delle persone preposte agli acquisti, per mancanza di conoscenza del prodotto, ma spesso la presenza di un male insidioso perché nascosto e difficilmente percepibile, che è la corruzione.

Quando si parla di corruzione non bisogna limitarsi a pensare a un soggetto che in cambio di denaro o di altre utilità agisce contro i propri doveri e obblighi: questa è una definizione un po' limitativa.

La parola ha, in realtà, un significato molto più ampio: essa fa riferimento alla rottura rispetto all'integrità che si attende da un ruolo, al tradimento della fiducia, alla degenerazione della persona che si allontana da un modo di agire onesto. I comportamenti che ricadono nelle fattispecie corruttive sono i più disparati e dipendono dal tempo e dal luogo in cui essi sono compiuti; inoltre, quando vengono alla luce episodi di corruzione, ci si accorge che il soggetto 'smascherato' rappresenta solo la punta dell'iceberg. Sono rari i casi in cui il corruttore è un soggetto singolo, che agisce nel suo esclusivo interesse; ciò può avvenire per piccole operazioni, piccoli acquisti, in cui il funzionario corrotto pretende per sé un beneficio per aver affidato la fornitura o un piccolo lavoro a quel piccolo imprenditore o artigiano.

Gli scandali legati a episodi di corruzione emersi negli ultimi anni dimostrano che

* *Direttore amministrativo ASST Vimercate*

quando meccanismi distorti trovano spazio per nascere ed evolversi è perché più persone con le proprie azioni od omissioni hanno contribuito a far sì che ciò avvenisse.

La frase tipo che si sente pronunciare è ‘tutti sapevano...’. Se ‘tutti sapevano’, perché nessuno ha denunciato?

Le ragioni possono essere diverse: innanzitutto la corruzione è un reato – contratto, bilateralmente illecito: è illecito per chi paga (denaro o altro) per ottenere un'utilità ed è illecito per chi accetta il vantaggio della corruzione e quindi nessuno ha interesse a denunciare.

Nell'ipotesi di concussione (che si ha quando un pubblico ufficiale, abusando della sua posizione o dei suoi poteri, costringe taluno a dare o a promettere a lui o a un terzo denaro o altre utilità per compiere un atto o per non compiere un atto cui il è preposto) il concusso può avere il timore che, qualora non dovesse assoggettarsi alla richiesta, la sua istanza o la sua pretesa non trovi risposte.

In altre circostanze il concusso non denuncia per timore di essere denunciato per corruzione e quindi il sistema prosegue indisturbato. Infatti uno dei sistemi per scoraggiare il non rispetto del *pactum sceleris* è la minaccia di denuncia.

Parimenti il soggetto corrotto può divenire bersaglio del privato corruttore nel momento in cui non fosse più disposto a salvaguardare l'accordo illecito e si trova quindi imbrigliato in una situazione irrisolvibile.

In determinati contesti sociali l'atteggiamento di soggezione del concusso rispetto al pubblico funzionario può indurlo a ritenere che la tangente è qualcosa che è sempre da pagare per avere un qualsiasi beneficio pubblico.

È un dato di fatto che la corruzione è un fenomeno vecchio quanto l'uomo. Essa è presente fin dall'antichità (si pensi al ‘dono’, tipico delle antiche culture, che i messaggeri o gli ambasciatori recavano ai potenti, per accattivarsi la benevolenza), oppure, sempre nel passato, la vendita delle indulgenze (cioè la possibilità di mitigare le pene della vita eterna in cambio di offerte in denaro) o l'acquisto di cariche ecclesiastiche. In epoca più recente si pensi alla compravendita di sentenze favorevoli, alla copertura di frodi, all'offerta di denaro in cambio di favori e altri comportamenti che si discostano da quella limpidezza e quella imparzialità che dovrebbe caratterizzare tutti i settori della vita pubblica.

La corruzione esiste anche del settore privato. In molti mercati la ‘tassa di ingresso’ è una normale prassi per gli imprenditori, già inclusa nel prezzo di offerta del bene al cliente.

Nella fase degli approvvigionamenti di un ente pubblico (sia per acquistare beni o servizi sia per affidare lavori) sono diversi i momenti in cui i ‘fatti corruttivi’ possono essere posti in essere e ciò perché un contratto d'appalto è preceduto fondamentalmente da tre fasi: la progettazione, l'affidamento, l'esecuzione.

Ecco come questi momenti di ‘devianza’ possono verificarsi.

La prima fase per arrivare alla sottoscrizione di un contratto d'appalto è la progettazione, ovvero il momento in cui la pubblica amministrazione manifesta la necessità di acquisire un bene, un servizio o affidare la realizzazione di un lavoro.

In modo chiaro è necessario chiedersi se quel bene, quel servizio o quel lavoro sia necessario, utile all'ente pubblico oppure se esso non sia indispensabile.

Si è infatti realizzato, nell'analisi dei fenomeni corruttivi, che spesso la ‘devianza’ si manifesta nell'acquisto di beni o servizi inutili. È appurato che, in alcuni casi, la scelta di

effettuare un investimento in un'opera pubblica piuttosto che un'altra trae origine dalla volontà di favorire l'una o l'altra di impresa.

È interessante inoltre una analisi degli attori che possono mettere in atto fatti a valenza corruttiva che possono essere interni o esterni alla pubblica amministrazione: membri di partiti politici, imprenditori, dirigenti o funzionari delle pubbliche amministrazioni, soggetti appartenenti alla criminalità organizzata, e infine anche semplici impiegati pubblici che abusano della loro piccola posizione di potere a beneficio di interessi personali.

Nei vari scandali emersi a partire dagli anni '90, si è riscontrata una preponderante commistione tra politica e gestione delle pubbliche amministrazioni. I partiti politici collocavano i propri rappresentanti presso gli enti pubblici e costoro si accreditavano facendo incetta di fondi attraverso un sistema consolidato di tangenti, tant'è che alcuni funzionari si distinsero per le loro spiccate capacità. I fondi così raccolti venivano convogliati ai partiti per finanziare campagne elettorali dell'uno o dell'altro candidato (cene, convegni, spostamenti vari) e, contestualmente il soggetto esattore, dato l'impegno profuso, tratteneva per sé parte di quanto raccolto.

In Italia lo scandalo che scosse fortemente l'opinione pubblica, nel 1992, partì dal Pio Albergo Trivulzio di Milano, dove venne arrestato il presidente del Consiglio di amministrazione, Mario Chiesa, il quale scoperchiò un sistema di tangenti finalizzato al finanziamento illecito ai partiti. Mario Chiesa, dopo il suo arresto, dichiarò che mentre nei primi anni della sua carriera (fu direttore tecnico dell'Ospedale Sacco di Milano, poi assessore ai lavori pubblici di Milano e poi all'Edilizia scolastica) la sua 'raccolta fondi' era destinata principalmente al partito socialista, successivamente, mano a mano che la sua figura cresceva di autorevolezza, buona parte del *moltolto* era destinato a sé stesso e convogliato su conti in Svizzera. Questi fatti apparvero, per l'opinione pubblica, un caso isolato, tant'è che Chiesa, venne definito dall'allora segretario del Partito Socialista Italiano, Bettino Craxi, un 'mariuolo isolato'.

In realtà i fatti del Pio Albergo Trivulzio rappresentavano soltanto la punta dell'iceberg di qualcosa di sistemico. Terminato il 'terremoto mediatico' sembrò alla gente comune che il fenomeno si fosse ridimensionato. In realtà la riduzione della corruzione era soltanto correlata alla cessazione delle attività di indagine e non a una moralizzazione del sistema.

Lo scandalo del Mose (le paratoie, installate nel fondale delle laguna a Venezia che consentono di separare temporaneamente la laguna dal mare quando è previsto un evento di acqua alta), i cui costi, continuavano a 'lievitare' rispetto alla stima iniziale, la sottrazione di fondi dalle casse del proprio partito per fini personali, rappresentano tutti episodi di distorsione delle regole del sistema che possono essere ricondotte al fenomeno più ampio della corruzione.

Ma la commistione non è solo tra politica e amministrazione della cosa pubblica: la commistione è anche tra politica e impresa. La politica necessita di molti fondi, non solo per le campagne elettorali, ma anche per mantenere i propri apparati. Ecco allora che l'impresa, che voglia realizzare un'opera o un'importante fornitura, può spingere la politica a indurre gli enti pubblici all'acquisto dei suoi beni o servizi o all'affidamento di lavori pubblici in un settore piuttosto che in un altro. L'impresa si avvale poi dei fondi derivanti dai contratti d'appalto per finanziare la politica.

Così avviene la distorsione nella fase di progettazione dell'appalto. E, poiché le risorse della pubblica amministrazione sono sempre più limitate, la scelta di acquistare un servizio inutile piuttosto che uno necessario a volte può condurre certe amministrazioni a essere prive di quel che realmente necessitano o ad avere servizi scadenti: accade quindi di vedere realizzati imponenti e importanti palazzi (ospedali, scuole, ecc.) e poi, nella quotidianità, non avere il denaro per comprare la carta o per far rifornimento alle auto.

Nelle zone in cui è presente la criminalità organizzata, al fenomeno corruttivo perpetrato nei confronti del politico o del funzionario pubblico, si aggiunge l'obbligo di assunzione di parenti, amici, o comunque personaggi collusi: questi fenomeni portano un incremento consolidato della spesa pubblica. Si assiste quindi alla scoperta di enti pubblici che hanno miriadi di personale dipendente (impiegati, fattorini, netturbini) e poi non sono in grado di bandire una gara d'appalto o hanno strade sporche.

E quand'anche l'ente venisse commissariato, il commissario non ha la possibilità di portare con sé una propria squadra di collaboratori per 'far pulizia'; deve lavorare con il personale che si ritrova, che è spesso altrettanto colluso con il crimine organizzato quanto i sindaci o i consiglieri rimossi. Insomma un sistema senza vie d'uscita.

Nella preparazione dell'appalto, una modalità per giungere al fine 'malato' è costituita dalla predisposizione di interi capitolati o parte di essi da parte delle stesse società poi affidatarie del contratto stesso.

È utile fare una precisazione. In base alla normativa attualmente vigente le pubbliche amministrazioni possono avere rapporti con i potenziali affidatari del contratto in una fase antecedente alla gara. Il Codice degli appalti prevede infatti (art. 66 del D.lgs. 50/2016) un particolare istituto giuridico – recepito dalla Direttiva europea n. 24/2014 (art. 40) – che consente loro di effettuare delle consultazioni preliminari di mercato volte alla preparazione di una gara e indirizzate agli operatori economici del settore.

Nella fase della progettazione è quindi legittimamente data la possibilità di sollecitare o accettare consulenze da parte di esperti del settore o da parte di operatori del mercato, soprattutto in caso di servizi particolarmente innovativi, secondo una modalità operativa che è lasciata alla libera iniziativa delle Amministrazioni e a condizione di non falsare la concorrenza o di violare i principi di trasparenza, ma questo percorso è ben diverso dall'accettazione di un Capitolato 'preconfezionato'.

Nel caso di accettazione di un Capitolato già predisposto, è necessaria la connivenza del dirigente/funzionario preposto alla preparazione degli atti di gara, soggetto che può prestarsi al gioco in cambio di un vantaggio personale o nel timore di perdere un incarico ben remunerato oppure di essere spostato in una sede disagiata per motivi, ovviamente, organizzativi.

In queste circostanze possono verificarsi diverse situazioni: o il funzionario intrattiene i rapporti con l'esterno in modo riservato, oppure, in certi contesti, la sua autorevolezza è tale che nessuno dei sottoposti osa denunciare il rapporto fin troppo confidenziale tra il proprio dirigente e l'uno o l'altro imprenditore.

La sanità è un settore particolarmente appetibile per le imprese o soggetti che intendano promuovere fenomeni corruttivi e ciò per due ragioni: l'enorme quantità di spesa desti-

nata alla salute, una innovatività tale dei prodotti e delle tecnologie che rende complesso, per chi si occupa di acquisti, un aggiornamento in tempo reale. L'acquisto di dispositivi medici o di attrezzature sanitarie sono gli ambiti più esposti alla corruzione.

Proprio recentemente all'Istituto Gaetano Pini di Milano è scoppiato l'ennesimo scandalo che ha visto coinvolti diversi professionisti medici ortopedici. In pratica alcuni professionisti inducevano l'Azienda ad acquistare dispositivi e protesi, spesso dagli stessi brevettati, da società in gran parte a loro riconducibili in quanto detentori di quote personalmente o attraverso le proprie mogli, percependo in cambio *royalties* (per i brevetti) o consulenze dalle medesime società (quale contropartita per aver indirizzato la propria Azienda ad acquistare prevalentemente quei prodotti).

La modalità con la quale viene, di prassi, favorito o imposto l'acquisto di un determinato prodotto è la dichiarazione di infungibilità da parte del medico che si configura quando quel prodotto è l'unico in grado di realizzare una funzione specifica, con conseguente impossibilità di sostituzione dello stesso con un altro, orientando artatamente l'acquisto nella direzione voluta. Altro è l'esclusività, che concerne la presenza di una privativa industriale e quindi la presenza di un brevetto; l'esclusività può, da parte di un ufficio approvvigionamenti scrupoloso, essere evitata attraverso una ricerca di mercato accurata che consenta di acquistare un prodotto che permette di soddisfare il medesimo bisogno del bene venduto in esclusiva. Nel caso dell'infungibilità non è possibile: o si acquista quel prodotto o il bisogno non può essere soddisfatto in quanto un bene o un servizio può essere infungibile anche se privo di brevetto.

E qui emerge l'oggettiva criticità degli stessi uffici approvvigionamenti nel verificare l'effettiva infungibilità di un bene. Un provveditore, spesso laureato in giurisprudenza o in economia, non può distinguere la validità o meno di certi prodotti di tipo sanitario, non può sapere se una protesi o un dispositivo medico che sono adatti per la maggior parte dei pazienti magari non possono essere impiantati su un soggetto anziano o con particolari patologie. E in presenza di un servizio effettivamente infungibile il legislatore, comunitario e nazionale, consente deroghe ai principi di evidenza pubblica, poiché una gara con un esito scontato, in presenza di un unico operatore partecipante, sarebbe una perdita di tempo e di risorse. Pertanto gli uffici acquisti devono affidarsi alla dichiarazione del medico, che viene sempre richiesta sotto forma di dichiarazione scritta, ma è ovvio che ci si deve fidare dell'onestà dell'interlocutore.

A tal proposito la Regione Lombardia, sempre più attenta agli sprechi e sensibile ai fatti che minano la credibilità del sistema sanitario, con la D.G.R. n. XI/491 del 2 agosto 2018 ha ritenuto di approfondire il tema della esclusività e della infungibilità, riprendendo e sviluppando il contenuto delle Linee Guida n. 8 di ANAC emanate nel 2017 e dando indicazioni precise agli operatori degli uffici acquisti sui processi da adottare, in base al valore del servizio o della fornitura, in caso di richieste di beni e servizi infungibili, al fine di supportarli nell'operatività quotidiana.

Già da tempo le Aziende sanitarie lombarde hanno istituzionalizzato delle commissioni che analizzano le istanze di acquisto dei dispositivi medici e valutano quindi le richieste particolari, ma in alcuni contesti determinati personaggi hanno un autorevolezza tale che le loro richieste non possono non essere soddisfatte. La recente Deliberazione di Regione

Lombardia rappresenta certamente un utile strumento per arginare i fenomeni distorsivi e gli attori che li pongono in essere.

L'anteporre l'interesse privato all'interesse pubblico ha come contropartita dei benefici i più variegati e fantasiosi: dalla tangente in denaro (ormai un po' vintage), a viaggi, possibilità di fare uso di beni voluttuari probabilmente non accessibili per il reddito del corrotto, a offerte di consulenze, di un lavoro per un componente della famiglia o per altri soggetti, pagamento di ricevimenti, sponsorizzazioni di società sportive o fondazioni care al corrotto o ai suoi amici, ecc.

Nella fase di preparazione di un capitolato 'pilotato' vi possono essere clausole restrittive volte a falsare la concorrenza o richiesta di requisiti tecnici-professionali volti a circoscrivere la molteplicità dei partecipanti.

La fase dell'affidamento del contratto, con i presupposti sopra indicati, rappresenta il concretizzarsi della fase di progettazione e predisposizione degli atti di gara: se il capitolato e i criteri per l'individuazione del miglior offerente sono stati ben 'costruiti' nella fase iniziale, l'affidamento 'falsato' presenta dei rischi minimi di errore. Si è in presenza in questo caso di turbativa d'asta o turbata libertà degli incanti, che è quel comportamento volontario atto a impedire il realizzarsi della libera concorrenza, attraverso una limitazione dell'accesso degli offerenti e che va a detrimento sia della pubblica amministrazione sia dei partecipanti alla gara.

Il fenomeno degli appalti pilotati non è recente: per esempio negli Stati Uniti il settore dell'edilizia, già nei primi decenni del '900, presentava un mercato manovrato. Cartelli di imprese si spartivano i lavori e gli appalti e laddove posizioni dominanti si erano consolidate non era semplice inserirsi nel mercato. L'arrivo della mafia, successivo, accrebbe queste spartizioni, con un elemento in più: le minacce e la violenza per acquisire il monopolio del mercato.

In Italia la nascita della centrale acquisti nazionale, CONSIP, nel 1997, e delle centrali d'acquisto regionali nel 2007, con la finalità, di migliorare i processi e soprattutto i costi di acquisto di beni e servizi da parte delle pubbliche amministrazioni, sembrò rappresentare una modalità per sottrarre le procedure di acquisto alle dinamiche viziate sopra descritte.

Oggi, a distanza di tempo, appare evidente che vi sono tutta una serie di acquisti che, essendo attuati con procedure sottosoglia, sfuggono alle maglie delle centrali di committenza, ma soprattutto si è realizzato che certe pratiche distorsive che in passato si realizzavano nelle piccole amministrazioni rischiano di verificarsi a livello più ampio nelle stesse centrali di committenza: si vede quindi come una mutazione degli strumenti preventivi posti in essere anche per arginare certi fenomeni portano come conseguenza la 'mutazione genetica' delle pratiche corruttive.

In ultima analisi è utile osservare la fase di esecuzione del contratto d'appalto. Allorché una gara sia stata 'turbata', l'appaltatore ha necessità di recuperare i costi sostenuti della corruzione o della concussione durante l'esecuzione del contratto. Ciò può avvenire con diverse modalità: accordi con la controparte per incrementare il valore del contratto oggetto della gara o, peggio, con l'affidamento di servizi aggiuntivi al contratto principale camuffati come servizi già oggetto della gara principale, ma in realtà di natura totalmente diversa, lavori in variante, riserve, lavori aggiuntivi affidati in aggiunta al contratto principale a costi che si discostano notevolmente dai costi di mercato.

Si può verificare che vengano alla luce accordi tra il fornitore e il DEC o il RUP per forniture che si discostano rispetto a quanto offerto in sede di gara o per servizi qualitativamente o quantitativamente inferiori e accettati come regolari. Anche qui l'inventiva e la fantasia sono stupefacenti.

Quando l'accordo tra corruttore e corrotto 'salta'? Quando l'impresa che si è aggiudicata la gara con un meccanismo falsato non può recuperare la maggiore spesa rappresentata dalla tangente. In pratica il sistema regge finché l'impresa corruttrice riesce a recuperare i propri costi sull'incremento di costi dell'appalto, diversamente il sistema 'salta' e qualcuno denuncia: questo accadde per esempio nella vicenda del Pio Albergo Trivulzio.

Oppure può accadere che alcuni dipendenti, venuti a conoscenza del sistema e dei benefici o dei favori goduti da chi asseconda il 'capo' ed esasperati dal clima di ritorsione verso chi non si adegua al sistema (ferie o riposi negati, turni disagiati, ecc.), denuncino i fatti.

Infine può accadere che da alcune anomalie emerse in sede di controlli di altra natura e non necessariamente su quell'appalto si intercettino delle stranezze che poi conducono ad approfondire anche in settori diversi da quelli inizialmente soggetti a controllo.

Per ovviare a tutte le criticità enunciate è stata approvata, dopo innumerevoli interventi legislativi pregressi, la Legge 190/2012 in materia di contrasto alla corruzione che è stata, tra l'altro, accompagnata anche da altre Leggi e decreti legislativi tra cui il d.lgs. 39/2013 in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi.

Questa Legge ha introdotto delle misure finalizzate al contenimento di tali fenomeni in via preventiva:

- l'identificazione degli uffici e dei servizi che svolgono attività nelle aree a elevato rischio di corruzione;
- la mappatura dei processi esposti al rischio di corruzione;
- la rotazione degli incarichi;
- il coinvolgimento del personale in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative con docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze trasversali;
- la formazione e l'affiancamento dei dirigenti neo-incaricati e dei collaboratori addetti;
- la tutela dei dipendenti che denunciano fenomeni di corruzione.

E ciononostante il fenomeno non tende certo a diminuire.

Molte sono le misure preventive che possono essere poste in essere, spesso di difficile applicazione.

Quando si parla di rotazione di incarichi, si riscontra sempre un atteggiamento ostracistico da più parti con affermazioni del tipo: «per quale motivo mi dovrei privare di un valido collaboratore che lavora in questa Azienda da anni, per sostituirlo con un altro che non so nemmeno chi sia e come lavora...» è spesso l'obiezione che viene sollevata. Si teme molto il cambiamento, soprattutto per alcune professionalità che necessitano di molti anni per essere formate. Certo è che i contratti nazionali stessi non sono di grande aiuto: è inutile pretendere la rotazione degli incarichi, se poi la legge non è supportata di disposizioni contrattuali che vanno nella medesima direzione.

L'affidamento di alcuni incarichi dirigenziali di alto livello dovrebbe avere, sempre, una durata massima di permanenza in una determinata sede, ma anche per il personale non dirigenziale la durata di permanenza in un settore dovrebbe essere disciplinata.

La rotazione riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività e servizi e instaurando relazioni sempre con gli stessi soggetti possa essere indotto da pressioni esterne o possa, in virtù del rapporto di confidenza nei confronti di qualche fornitore, porre in essere comportamenti non proprio corretti.

Ciò di cui difetta la pubblica amministrazione è la volontà di formare del personale con competenze trasversali: aumentando la condivisione delle conoscenze professionali nell'esercizio di determinate attività, si migliorerebbe anche la performance dell'Azienda. Oggi invece accade spesso che in assenza del soggetto preposto a una specifica attività, si fermino anche i procedimenti allo stesso affidati.

È chiaro che il mutamento di mansioni deve essere preceduto da un adeguato processo di formazione che comporta un investimento per l'Azienda e un impegno per i dipendenti coinvolti.

È necessaria la creazione di percorsi che consentano la formazione e la successiva assunzione di dirigenti capaci e adeguatamente preparati, con la creazione di una scuola sul modello francese dell'Ecole Nationale d'Administration che prepara i funzionari per le più alte cariche pubbliche. E ciò non soltanto per la classe dirigente.

Sarebbero utili percorsi formativi di scuola superiore mirati alla formazione del personale non necessariamente dirigenziale, impiegati amministrativi che conoscano quantomeno le basi del diritto civile e amministrativo, impiegati tecnici con formazione in materia di appalti e di modalità di gestione del patrimonio, una scuola per la polizia locale, il cui corpo è spesso denigrato perché spesso si selezionano soggetti con poche competenze, mentre è un lavoro che presuppone delle conoscenze di base in diverse materie, affatto semplici. Di strada c'è n'è ancora molta da fare.

Una particolare attenzione dovrebbe essere posta anche in sede di procedure selettive per il personale dirigenziale soprattutto quando il soggetto che viene assunto da una pubblica amministrazione provenga da enti di diritto privato regolati o finanziati dalla stessa amministrazione o quando il soggetto sia stato componente di organi di indirizzo politico. È vero che esiste un decreto legislativo che disciplina le ipotesi di inconfirmità, ma può accadere che alla pubblica amministrazione 'sfuggano' i pregressi del soggetto selezionato.

Anche la tutela dei cosiddetti *whistleblowers*, prevista appunto dalla Legge 190/2012, ovvero dei dipendenti che denunciano fatti illeciti, ha prodotto qualche piccolo risultato. A tal proposito è utile segnalare come la Legge n. 179 del 30 novembre 2017 – intervenuta sull'art. 54 bis del D.lgs. 165/2001 (Testo Unico del Pubblico Impiego), già introdotto *ex novo* dalla Legge n. 190/2012, sostituendolo integralmente – abbia ulteriormente rafforzato la difesa dei *whistleblowers*:

- vietando qualsiasi provvedimento dal quale possano derivare direttamente o indirettamente effetti negativi sul rapporto o sulle condizioni di lavoro, disponendone la nullità e la reintegrazione del lavoratore licenziato per la segnalazione;

- imponendo all'Amministrazione di dimostrare che la misura discriminatoria o ritorsiva eventualmente adottata nei confronti del segnalante è stata motivata da ragioni estranee alla segnalazione;
- prevedendo delle sanzioni amministrative a carico dell'Amministrazione che abbia adottato provvedimenti discriminatori nei confronti del dipendente che ha segnalato illeciti e a carico del responsabile per la Prevenzione della Corruzione che non abbia avviato attività di verifica sulle segnalazioni ricevute;
- tutelando l'identità del segnalante nell'ambito del procedimento penale, nell'ambito del procedimento davanti alla Corte dei conti e nell'ambito del procedimento disciplinare.

L'aver introdotto delle normative per prevenire i fenomeni corruttivi è già in sé un progresso, ma la legislazione per la prevenzione della corruzione da sola non è sufficiente a contenere il fenomeno.

Il miglioramento del sistema può essere attuato con un progressivo processo di sburocratizzazione e di semplificazione, altrimenti vi è il rischio che il cittadino per veder accelerato l'iter di una propria pratica si rivolga a canali non convenzionali, come il pagare la mazzetta al funzionario per ottenerne una accelerazione o addirittura rivolgersi al mafioso di turno.

Un disincentivo alle pratiche corruttive è l'implementazione continua di sistemi di controllo, da attuare con metodologie sempre in evoluzione al fine di evitare fenomeni di elusione una volta acquisita la conoscenza delle modalità con le quali vengono attuati.

Un altro aspetto è l'efficientamento della giustizia con una certezza della pena. Non vi può essere un disincentivo per determinati reati se non vi è certezza della pena. Già i fatti a valenza corruttiva sono difficilmente individuabili, se poi il rischio di incorrere in una condanna per questi reati è ridotto, non vi è il 'timore della sanzione'. In alcune regioni del Paese inoltre non vengono svolte indagini mirate a portare alla luce fenomeni corruttivi e conseguentemente il malaffare sembra esistere soltanto laddove le indagini vengono attuate. Da alcune statistiche disponibili infatti risulta che alcune città del Sud siano indenni dalla corruzione.

Inoltre non è pensabile una moralizzazione e un miglioramento della pubblica amministrazione senza una moralizzazione della politica. L'asservire le funzioni pubbliche a beneficio di interessi privati, il conseguire maggiori utili d'impresa con sistemi fraudolenti può essere una forte tentazione quando si ha la quasi certezza di farla franca. Si potrebbe affermare che il tasso di corruzione è inversamente proporzionale al rischio di essere scoperti. Quel che è grave è non soltanto che il fatto corruttivo mina l'immagine della pubblica amministrazione e dei dipendenti pubblici, ma danneggia le imprese, scoraggia gli investimenti, mina la credibilità della stessa politica.

È per questo che il sistema dei controlli deve essere continuamente aggiornato e migliorato con nuove leggi, con nuove metodologie di indagine, poiché la corruzione, nelle sue differenti sfaccettature e manifestazioni, è un male insidioso che sopravvive grazie alla sua incredibile capacità di insinuarsi ovunque e soprattutto capace di trasformarsi e mimetizzarsi pur di sopravvivere.

Bibliografia

- Giulio Parnofiello (2013), *Corretti non corrotti. Analisi teologico – morale della corruzione*, Roma, Città Nuova Editrice – Itinerari etici.
- Piercamillo Davigo (1998), *La giubba del re. Intervista sulla corruzione*, Roma-Bari, Laterza.
- Piercamillo Davigo, Grazia Mannozi (2007), *La corruzione in Italia. Percezione sociale e controllo penale*, Roma-Bari, Laterza.
- Raffaele Cantone, Gianluca Di Feo (2015), *Il male italiano. Liberarsi dalla corruzione per cambiare il Paese*, Milano, Rizzoli.
- Antonio Michele Moccia (2015), *Gli scandali Expo 2015 e Mose. Gli intrecci della malapolitica*, Cosenza, Falco Editore.

Capitolo 17

Ospedali clinicizzati. Criticità organizzative e di *governance* nella integrazione tra ospedale e università

Guido Broich*

1. Premesse

Come amava riferire al mio maestro prof. Elio Guido Rondanelli il prof. Pensa, allievo del Nobel per la medicina Camillo Golgi, questi usava rammentargli con frequenza che «se un ospedale non partecipa alla ricerca presto o tardi scade a lazzaretto di manzoniana memoria».

Originalmente l'integrazione tra attività di diagnosi e cura e quella di ricerca e didattica era naturale negli ospedali grandi e piccoli, che da sempre hanno messo a disposizione la loro realtà clinica all'Accademia al fine di svolgervi la sua attività di docenza e di ricerca usufruendo nel contempo delle prestazioni professionali dei medici e ricercatori universitari per la loro missione istituzionale di curare e assistere i malati.

Con la maggiore organizzazione e specializzazione moderna della medicina, nonché una profonda e progressiva divaricazione normativa tra mondo della sanità e mondo universitario, si è venuta a creare una progressiva separazione, tanto da rendere necessario ricordare con forza le parole profetiche del Golgi. Per contrastare questa evoluzione dicotomica e garantire sia alla parte accademica sia a quella clinica la possibilità di una fruttuosa collaborazione, sono state istituite varie forme di collaborazione organica. Esiste la forma del Policlinico Universitario, in cui ospedale e università formano una sola realtà aziendale, schema molto usato all'estero e in alcune, rare, realtà italiane. A lato di questa forma aziendale integrata esiste poi lo strumento della convenzione, in cui due realtà aziendali separate, ospedaliera e universitaria, si accordano per una collaborazione tramite una convenzione appositamente sottoscritta, nella quale l'ospedale fornisce gli spazi e la operatività di diagnosi e cura alla quale l'università partecipa con i suoi docenti e ricercatori. È evidente che tale integrazione pone subito il problema dei limiti di questa integrazione.

Proprio per rispondere al problema della divaricazione delle funzioni di diagnosi, assistenza e cura da una parte e ricerca dall'altra, a un certo punto il legislatore genera una nuova specie formale di ospedale, creando gli "IRCCS", ovvero "Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico". Queste sono strutture Ospedaliere alle quali viene affidato anche un compito di ricerca clinica diretta svolta in proprio. Possono essere convenzionati con una università, come ogni grande ospedale, ma ciò non è discriminante. È invece fonda-

* *Direttore sanitario ASST Valtellina e Alto Lario*

mentale che abbiano delle linee di ricerca chiare e ben definite con una produzione scientifica adeguata. Sono sottoposti per il mantenimento della qualifica a controllo ministeriale e possono essere sia di diritto pubblico che privato.

Gli IRCCS costituiscono una tipologia organizzativa particolare e unica nel panorama italiano, in quanto una realtà che rimane profondamente incardinata nella struttura organizzativa e legale del Sistema Sanitario Nazionale, e pertanto della erogazione di servizi di diagnosi e cura secondo le regole di quest'ultimo con la applicazione delle conoscenze codificate, ha nella propria mission aziendale anche la permanente ricerca di nuove conoscenze non ancora codificabili.

La convivenza nella stessa struttura di una realtà normativa e organizzativa ospedaliera, che segue le regole di un Sistema Sanitario Nazionale sempre più dettagliatamente e minuziosamente regolato, immerso nel corpo normativo del pubblico impiego e del diritto amministrativo che regola le strutture pubbliche, finalità altrimenti strettamente riservate alla realtà accademica, improntata per sua natura su parametri di innovazione, libertà sperimentale e apertura verso il nuovo non ancora codificato, comporta problemi sia di tipo burocratico e normativo, sia professionale umano, che meritano una analisi dettagliata.

Questi problemi – o meglio opportunità – si evidenziano ovviamente in modo ulteriore quando l'IRCCS accende una convenzione universitaria, coniugando pertanto la propria ricerca con quella accademica e importando l'ulteriore funzione della docenza e dell'insegnamento.

Comunque sia, una collaborazione tra i due mondi del Sistema Sanitario Nazionale e l'università necessita di una comprensione reciproca che non può prescindere da una 'alfabetizzazione professionale' normativa estesa al linguaggio e alle priorità che governano ciascuno di essi.

Negli IRCCS l'amministrazione ospedaliera deve, tenendo salve le sue prerogative, comprendere le finalità e le criticità operative di quella universitaria e viceversa, elemento imprescindibile per poter integrare l'azione diagnostico-terapeutica e assistenziale, svolta congiuntamente da personale clinico ospedaliero e universitario, con quella di ricerca, svolta sia dalla realtà ospedaliera che quella universitaria con linee autonome, e infine quella di docenza, imperniata sul personale universitario con un possibile coinvolgimento *a latere* di quello ospedaliero.

Questo deve poi replicarsi nelle realtà cliniche anche sotto il profilo della *governance* dei singoli reparti, dove dirigenti medici di varia estrazione, ospedaliera o universitaria, devono poter svolgere proficuamente il loro ruolo nel rispetto delle diverse finalità e dei diversi ruoli.

Se il rapporto tra le diverse finalità delle componenti sanitarie mostra elementi di specificità che devono essere strutturati per permettere una collaborazione efficace, anche il rapporto tra le aree amministrative non è sempre facile, data soprattutto la diversa realtà di governo a cui si riferiscono sia gerarchicamente che normativamente. Se in effetti in origine gli IRCCS pubblici erano gestiti direttamente dal ministero della Sanità, con un rapporto a livello ministeriale tra Sanità e Istruzione, con la trasformazione in Fondazioni degli IRCCS e la evoluzione normativa che ha posto in capo alle Regioni il governo della sanità regionale, la struttura del governo delle stesse è profondamente mutato ponendo nuovi problemi e opportunità.

2. Il rapporto Convenzionale ospedale-università

2.1. Le diverse finalità

L'ospedale è il luogo dove l'arte medica si concretizza sotto il profilo delle azioni di diagnosi e cura. In esso operano medici e infermieri che hanno appreso tale arte con precisi percorsi di formazione regolamentati da specifiche leggi dello Stato. Dall'avvento del Sistema Sanitario Nazionale in poi negli ospedali accreditati la richiesta di certificazione della competenza professionale è stata ulteriormente aumentata, richiedendo ai medici non più solo la laurea e l'abilitazione statale all'esercizio della professione, ma la specializzazione corrispondente al ruolo che ricopre nella struttura ospedaliera. In ospedale il dipendente arriva pertanto pienamente formato. Le richieste di offerta formativa presenti negli ospedali sono ridotte alla formazione continua, e pertanto al mantenimento e aggiornamento delle capacità professionali del personale.

L'università invece è il luogo dove una persona acquisisce, tramite precisi percorsi didattici, la propria competenza professionale. Essa svolge questo suo compito didattico in concerto con strutture terze, ma la responsabilità del percorso didattico e della sua certificazione restano interamente affidate a lei. Tra questi due argomenti di didattica da una parte e diagnosi e cura dall'altra, l'Italia mostra un ordinamento più rigido di altri Paesi evoluti, come la Germania e gli Stati Uniti. Infatti da noi non solo la formazione abilitante, ma anche quella specialistica, più eminentemente pratica, è appannaggio esclusivo degli atenei, dove mostra una struttura di percorso didattico tipico della istruzione universitaria.

L'università assolve poi a un secondo compito fondamentale, quello della ricerca.

Possiamo semplificare dicendo che la scoperta e la trasmissione delle conoscenze è campo d'azione delle università, la loro applicazione pratica degli ospedali. È immediatamente evidente che una tale divisione può avere ragione solo nel mondo delle idee e dei concetti generali, mostrandosi immediatamente difficile e poco realistica nella realtà della Medicina.

Sia per la ricerca che per l'insegnamento l'università necessita di avere accesso diretto al malato, alla persona bisognosa di cure. D'altra parte l'ospedale, proprio tramite il requisito di formazione continua, necessita di accesso a elementi di didattica. Inoltre, se è pur vero che la gran parte delle indagini scientifiche moderne si svolgono in ambiente di laboratorio, l'interfaccia con la clinica è sempre fondamentale.

I due percorsi di formazione delle nuove conoscenze con loro distribuzione ai nuovi professionisti e applicazione pratica sul paziente devono pertanto trovare una via convergente e collaborativa. È evidente che la richiesta di collaborazione tra università e ospedale sarà prevalentemente diretta verso ospedali di maggiori dimensioni e dotati di una ampia ed esaustiva gamma di specialità e completezza della domanda, al fine di poter fornire alla università tutto il supporto clinico di cui ha bisogno.

2.2. I diversi ruoli

Nella struttura convenzionata convivono due realtà occupazionali differenti. Da una parte il dipendente ospedaliero tipico, nelle sue varie articolazioni di supplente, incaricato e

titolare di rapporto di lavoro stabile di ruolo, assunto secondo le regole delle strutture ospedaliere regionali e sottoposto ai dettami disciplinari e retributivi del contratto nazionale di lavoro della sanità.

Dall'altra tutto il variegato mondo che popola gli atenei, dal personale docente di ruolo o incaricato a vario titolo, a quello tecnico, ai ricercatori e discenti di vario ordine e grado. Si passa dallo studente del corso di laurea al dottorato di ricerca, dal ricercatore al professore ordinario, con in mezzo una variegata paletta di rapporti lavorativi e di ricerca tipici delle realtà accademiche.

Il rapporto tra ospedale e università in genere è unidirezionale, con gli universitari e ospedalieri ospitati entrambi nella sede ospedaliera. Questa commistione di ruoli, diritti e doveri, esigenze e mentalità crea una indubbia difficoltà gestionale che necessita di *expertise* di *management* del tutto specifici e non paragonabile né alla normale gestione universitaria né tanto meno a quella ospedaliera tipica.

La semplice presenza di personale strutturalmente integrato nei processi produttivi ospedalieri, ma dipendenti da altra amministrazione e pertanto sottoposti alla potestà disciplinare ospedaliera solo in modo mediato, è evidente fonte di possibili problematiche.

La convenzione che regola il rapporto tra i due enti, e pertanto anche la gestione del personale, deve contenere tutti gli strumenti utili alla disamina dei problemi di gerarchia e gestione dell'ospedale anche in via mediata con il personale universitario. La conservazione della chiarezza delle linee gerarchiche costituisce un primo elemento di peculiarità di tale rapporto.

È poi regola affidare all'interno di queste convenzioni la direzione di alcuni reparti clinici a personale universitario, tradizionalmente a dei professori ordinari, che assumono la funzione primaria della struttura complessa ospedaliera. Questo porta a due problemi principali: la selezione delle specialità e delle UOC da destinare a questa clinicizzazione, e l'iter di affidamento dell'incarico di direzione. Restando l'operato del direttore strutturalmente inserito nella operatività ospedaliera svolta sotto la responsabilità della dirigenza della stessa, non è possibile lasciare all'università la piena facoltà di scelta della persona, ma deve essere individuato un percorso di concertazione che rispetti le responsabilità e i compiti di entrambe le parti in causa.

3. Alcuni spunti su problemi attuali per riflessioni future

Dopo queste riflessioni di inquadramento generale, del resto ben note nel panorama dei rapporti università-ospedale italiani, in cui questa forma di collaborazione è ampiamente diffusa, è bene esaminare alcuni punti irrisolti di particolare criticità che devono essere tenuti in considerazione del legislatore per trovare una opportuna, funzionale ed equa soluzione.

a. Il "rientro dei cervelli" e la necessità di omogeneizzare i requisiti di carriera

Argomento di sentita importanza è la possibilità per gli atenei italiani di reclutare i loro docenti e ricercatori a livello mondiale e non solo nazionale. L'autonomia accademica, la

sua indipendenza dalla struttura politico-organizzativa locale è caratteristica fondante del concetto di università e il reclutamento sia degli studenti che dei docenti avviene in tutto il mondo su scala internazionale. Le difficoltà sia economiche che organizzative delle nostre università negli anni passati hanno inoltre spinto molti ricercatori di pregio a cercare collocamento e opportunità presso istituti esteri, sia in Europa che negli Stati Uniti. Questi ricercatori in molti casi hanno raggiunto livelli di ampio e internazionale riconoscimento e inoltre la loro esperienza straniera, cresciuta in strutture rette da forme gestionali diverse dalle nostre, ha arricchito la loro esperienza organizzativa.

È più che naturale che si cerchi allora di erigere strumenti per favorire il ritorno di questi ricercatori presso le sedi universitarie nostre e in tal senso sono state emesse norme specifiche e giustamente il legislatore ha individuato forme normative che permettono l'integrazione nel nostro sistema accademico di questi esperti ricercatori.

Nell'ambito della medicina clinica emerge però un problema collaterale grave. A differenza del ricercatore puro del triennio preclinico, il medico coinvolto nel processo di diagnosi e cura, oltre che di ricerca e docenza, opera necessariamente all'interno di strutture ospedaliere che a loro volta sono unità pubbliche e private governate però sempre dalle regole del Sistema Sanitario Nazionale. Questa convergenza di normative amministrative e regole tra mondo universitario, più improntato alla libertà e autonomia discrezionale nella scelta dei docenti, e mondo sanitario, ormai pienamente inserito nel sistema di regole sempre più ristrette del Sistema Sanitario Nazionale, genera problemi che devono essere risolti.

La mancata omogeneizzazione delle carriere si riflette già da subito nei requisiti di accesso. Il docente universitario che aspira alla direzione di una "Unità Organizzativa Complessa" – il nome assegnato nel SSN ai reparti ospedalieri – deve, oltre a possedere i requisiti di docente, avere anche quelli di Direttore di "UOC". La cosa può apparire logica, ma se si prende atto che il requisito minimo di accesso è l'aver svolto attività di 'dirigente medic' per almeno sette anni in una struttura di diritto pubblico italiano (sono escluse dalla attuale lettura del D.lgs. 484 pure le strutture private accreditate non inserite nel circuito IRCCS), si capisce subito che questo fatto può diventare un ostacolo assoluto per un clinico che ha svolto la sua attività all'estero e non possiede pertanto alcun titolo di anzianità di servizio pubblica italiana. In sostanza la tendenza burocratica e innegabilmente ideologica di riconoscere in ambito pubblico solo i titoli pubblici, erigendo una solida barriera tra pubblico e privato, si dimostra incompatibile con la libera circolazione dei cervelli e il loro auspicabile rientro.

Se è vero che il ruolo di direttore di Unità Operativa Complessa convenzionato universitario accede al suo ruolo per nomina diretta e non per selezione ex D.lgs. 484, e pertanto i titoli di carriera sono irrilevanti sotto il profilo curricolare per l'ospedale, è anche vero che per le graduazioni inferiori essi acquisiscono un valore selettivo importante. Normalmente l'università concorda con l'ospedale l'inquadramento dei propri dipendenti convenzionati con funzione di dirigente medico nei vari livelli degli incarichi di posizione previsti dal contratto della sanità. Tali articolazioni che hanno valore sia curricolare che economico sono però regolate da trattativa sindacale decentrata e un grande divario non sostanziale ma formale, per mancata riconoscibilità, dei titoli tra universitario e ospedaliero può essere fonte se non già di contestazioni formali, di malessere all'interno del team lavorativo.

Si pone il problema generale del riconoscimento dei titoli di carriera in modo uniforme. Se per le attività svolte nel mondo pubblico italiano sono previsti precisi parametri di valutazione, già il lavoro in quello privato subisce una forte diminuzione, anche se svolto in cliniche accreditate e pertanto di qualità certificata dallo Stato attraverso la sua articolazione regionale. Se poi l'interessato giunge da una anche lunga carriera svolta all'estero, cioè al di fuori delle specifiche normativamente elencate, il problema diventa ancora più significativo.

b. L'intercambiabilità dei ruoli e delle carriere

Analogo problema si pone non solo al rientro dall'estero ma anche all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Uno degli elementi di maggiore interesse nelle ultime riforme universitarie è stato il recupero della possibilità, per anni mortificata, di creare rapporti trasversali tra le carriere dei medici ospedalieri e universitari. Spesso accade infatti, e questo vale soprattutto per gli IRCCS che hanno comunque una funzione di ricerca propria, che persone inserite nella carriera ospedaliera hanno potuto sviluppare interessi di ricerca con un bagaglio di pubblicazioni scientifiche di tutto rispetto, tanto da permettere loro a misurarsi nei concorsi universitari o, cosa per nulla eccezionale, suscitare l'interesse stesso dell'accademia per richiamare al suo interno persone di riconosciuto valore scientifico. Vediamo pertanto crescere il numero di medici che hanno svolto una significativa carriera nel mondo ospedaliero passare poi a una posizione universitaria, svolgendo la loro funzione di diagnosi e cura non più in dipendenza di ruolo ospedaliera ma convenzionale universitaria.

A questo punto emerge che, tenendo pedissequamente separate le carriere in ruolo pubblico dei medici ospedalieri e quelli universitari, si crea la singolare anomalia che nel momento che un clinico passa dall'uno all'altro ruolo, esso perde i benefici della sua anzianità di servizio in ambito retributivo e delle indennità derivate. In sostanza un primario di buona anzianità di servizio e pertanto gratificato da strumenti accessori stipendiali significativi come previsto dal suo contratto di lavoro, che da ospedaliero passa al ruolo universitario (o viceversa), perde tali indennità dovendo in sostanza iniziare un nuovo percorso di carriera alla stregua di un neoassunto.

c. Distribuzione del carico di lavoro e debito orario

Altro argomento a lungo dibattuto è costituito dalla distribuzione del carico di lavoro tra l'attività assistenziale e quella di didattica e di ricerca. Agli albori della collaborazione tra università e ospedale la maggiore semplicità dei rapporti di lavoro e la minore ricchezza della articolazione professionale in temi e livelli molto più complessi come quelli odierni non ha fatto emergere il problema. Oggi esso è però una costante di discussioni sia sui tavoli sindacali che nella organizzazione dei servizi di diagnosi e cura, come di quelli di ricerca e didattica. Non è certo questo il luogo dove poter affrontare il problema in dettaglio, che trova più giusta collocazione nell'ambito della contrattazione nazionale del contratto di lavoro, ma è possibile dare alcuni suggerimenti.

Il dirigente medico e il docente universitario sono entrambi soggetti considerati appartenenti alla fascia dirigenziale, e come tale il loro lavoro è sottoposto più alla assegnazione di obiettivi e la successiva verifica dei risultati, che retta dal mero controllo orario di presenza, più tipico delle fasce lavorative non dirigenziali. Superare pertanto il concetto del monte orario e considerare l'attività del dirigente come assegnazione di obiettivi da parte della direzione del reparto in prima istanza e della direzione strategica ospedaliera e universitaria – tramite lo strumento convenzionale – in generale, potrebbe spostare il problema da una discussione periferica tra singole persone a un livello più alto, quello della convenzione stessa tra università e ospedale, lasciando in tal modo ampia libertà a soluzioni più dinamiche e meno ragionieristiche. Sarà la Direzione del reparto a destinare più o meno tempo delle singole risorse umane ai singoli progetti, siano essi di ricerca, di diagnosi o di cura, con una maggiore compenetrazione delle competenze e delle funzioni tra i vari collaboratori del reparto. In tal modo sarebbe possibile favorire anche una maggiore integrazione tra i professionisti nelle realtà clinicizzate, come specificamente espresse dagli IRCCS, a tutto vantaggio del fondamentale concetto della partecipazione a pieno titolo delle risorse umane IRCCS al progetto generale della ricerca, tipico e caratterizzante di tale Istituto.

La ricerca spasmodica attuale di regolamentare tutto e tutti fino nel dettaglio più infimo, derivata da una strutturale malfidenza nei confronti dell'operato della dirigenza sotto il profilo della equità e imparzialità, se da una parte può trovare alimento in casi isolati spesso anche troppo sottolineati dalla stampa, dall'altra porta a una ingessatura progressiva del sistema che finisce a impedirne il funzionamento. La regola base che prevede di dividere il carico lavorativo dell'universitario convenzionato in metà debito orario a fini di diagnosi e cura, cioè ritenuti ospedalieri, e metà a fini di didattica e ricerca, cioè universitari, porta in sé un errore basilare che la rende improduttiva. Infatti se è vero che il lavoro del medico è una attività dirigenziale professionale giudicabile per il risultato, già il semplice pensiero di volerla regolamentare in base a un 'debito orario', strumento di ben diversa fascia di lavoratori, è una contraddizione. Inoltre se anche questa visione riduzionista del ruolo medico fosse applicabile, come è possibile calcolare correttamente l'ora dedicata alla ricerca o alla didattica rispetto a quella di ascolto del paziente e della sua cura? È ovvio che un siffatto sistema è troppo fortemente influenzato da una visione del lavoro medico in analogia al lavoro dell'operaio o del dipendente non dirigente, non recependo di fatto il concetto di autonomia professionale e di responsabilità che invece prevede sia la normativa contrattuale che soprattutto il codice penale, che vede nel medico dipendente un professionista a tutti gli effetti.

Se infatti nel vecchio ordinamento la responsabilità dell'assistente era ben diversa da quella dell'aiuto ed entrambe chiaramente distinte da quella del primario, che aveva autorità d'ordine su tutto il reparto, l'attuale rapporto di lavoro che prevede un solo ruolo unico di 'dirigente medico', articolato per la sola responsabilità organizzativa – e non quella diagnostica e di cura – non può che rendere pienamente responsabile il singolo medico del proprio operato clinico.

In tal modo è evidente la traslazione da rapporto subalterno basato sul debito orario, a rapporto contrattuale basato sul risultato del lavoro, e la riconduzione dell'attività al

mero dato orario diventa un assurdo normativo. Il problema della distribuzione dell'orario emerge in tal modo come falso problema: se infatti riteniamo le 'timbrature' del medico non come debito orario, ma solo come accertamento della presenza minima contrattuale, anche la distribuzione della stessa presenza sulle varie attività da problema strutturale normativamente regolamentabile rientra nella potestà organizzativa del responsabile del reparto, o "Unità Organizzativa Complessa" come oggi si preferisce dire.

Questa visione risolverebbe anche un secondo problema: quello della destinazione di parte dell'attività lavorativa del medico dipendente alla ricerca negli IRCCS, anche in Unità Operative non clinicizzate, come vedremo nel prossimo punto.

d. Posizione specifica degli IRCCS tra ospedale e università

Infine è utile esaminare il concetto delle finalità proprie di ricerca degli IRCCS. Siamo abituati a vedere concentrati sull'università tutti gli interessi didattici e di ricerca, assegnando all'ospedale quelli di diagnosi, cura e assistenza. Se questo è vero nel panorama generale italiano, gli IRCCS costituiscono una importante eccezione. Eccezione che del resto ci riporta più vicini alle realtà più importanti estere come gli Stati Uniti, la Germania, l'Inghilterra e la Francia. In questi Paesi infatti la ricerca trova pieno diritto di cittadinanza negli Ospedali anche non universitari e persino la formazione specialistica è a pieno titolo inserita nella realtà operativa ospedaliera, ove da noi resta ancora monopolio accademico.

Comunque anche da noi, se è vero che la didattica resta tipicamente universitaria, troppo spesso si tende a dimenticare che gli IRCCS hanno finalità di ricerca proprie, che non derivano obbligatoriamente da una legittimazione universitaria, ma traggono la loro ragione dallo statuto stesso dell'Istituto, in quanto riconosciuto a livello nazionale come avente carattere sia di ricerca che di cura.

Questo comporta che gli IRCCS possono partecipare a pieno titolo agli assi di finanziamento della ricerca, come bandi pubblici, incarichi di ricerca privati e atti di liberalità privati, dotandosi al loro interno di personale dedicato per intero alla ricerca, o riconoscere ore lavoro del proprio personale a questa finalità. La interpretazione prettamente ospedaliera che vede elementi di illegittimità contabile nella costituzione di rapporti di lavoro finalizzati alla ricerca, come le borse di studio, o utilizzo parziale del personale di ruolo a tali fini, contraddice i concetti stessi della *mission* aziendale degli IRCCS e necessita pertanto di un definitivo chiarimento da parte delle autorità preposte.

La possibilità istituzionalmente riconosciuta agli IRCCS di destinare risorse oltre alla cura dei malati anche alla ricerca è del resto non solo una facoltà, ma un obbligo, prevenendo la normativa vigente la perdita della qualifica di IRCCS nel caso in cui tale attività scientifica non portasse a risultati ritenuti significativi durante le ispezioni ministeriali.

Molti IRCCS accendono rapporti convenzionali con le università, al fine di meglio incardinare e realizzare le proprie finalità di ricerca, ma resta il fatto che per questi istituti la ricerca è parte integrante della loro *mission* aziendale, e non elemento esterno che arricchisce la propria funzione in virtù del rapporto con l'università. In poche parole, anche in assenza di tale convenzione, un IRCCS deve comunque destinare parte della propria

attività e parte delle proprie risorse alla ricerca, istituendo rapporti di lavoro, acquisendo materiali e destinando spazi opportuni.

La crescente rigidità normativa del Sistema Sanitario Nazionale, nel quale sono immersi tali Istituti, e la sempre più ridotta autonomia gestionale delle strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale, ha portato alcune amministrazioni a interpretare le regole di sistema nel senso di negare l'attività didattica e di ricerca come incardinate nella funzione propria, riconoscendole solo ed esclusivamente nell'ambito del rapporto convenzionale universitario. Questo, lungi dall'essere mero esercizio teorico, ha portato nella pratica alla cancellazione di molte borse di studio ospedaliere negli IRCCS, con la scusa che l'attività svolta non era delimitabile con certezza alla sola ricerca, ma prevedeva anche contatti con il malato/paziente.

Essendo in medicina il percorso scientifico inscindibile da quello clinico, una tale impostazione lascia molte perplessità. È ovvio che voler ridurre l'operato del ricercatore al solo laboratorio o alla sola biblioteca, privandolo del rapporto clinico, denota scarsa conoscenza della realtà pratica dell'arte medica.

È evidente pertanto che è necessario che lo Stato completi la normativa degli IRCCS con precise indicazioni che chiariscano in modo incontrastabile e chiaro la possibilità, anzi, la necessità, di questi Istituti di destinare parte dei loro fondi propri, derivati dall'attività clinica come da altre fonti destinati alla diagnosi, cura, ricerca e didattica, alla attività di ricerca, riconoscendole a tutti gli effetti dignità di finalità istituzionale.

e. Il problema della formazione degli specializzandi

Da quanto detto sopra si passa facilmente e intuitivamente a un ulteriore pesante problema, non risolvibile certamente nelle strutture convenzionali ma di interesse nazionale, e precisamente quello dell'inquadramento degli specializzandi nel tessuto ospedaliero. Se da una parte la normativa del Sistema Sanitario Nazionale prevede la presenza unicamente di medici dotati di diploma di specializzazione in una delle branche previste dai Decreti Ministeriali del 30 e del 31 gennaio 1998, la regolamentazione delle Scuole di Specialità prevede l'acquisizione di esperienza pratica in ambiente ospedaliero da parte dei medici iscritti.

La organizzazione tipicamente italiana, che prevede che il corso di specializzazione sia strutturato fondamentalmente in modo analogo a quello dello studente universitario, affidando alle sole Accademie la formazione dei nuovi medici specialisti, crea in tal modo un problema finora irrisolto e di significativa gravità.

In sostanza in origine un medico laureato e abilitato a tutti gli effetti alla professione, ma non ancora specialista, poteva accedere al lavoro ospedaliero nella forma dell'inquadramento come 'assistente'. La specializzazione gli concedeva la abilitazione al ruolo di aiuto, potendo egli così partecipare ai concorsi a tale ruolo.

Con la trasformazione dei tre gradi di ruolo dei medici di assistente, aiuto e primario nel ruolo unico di 'dirigente medico' e la scomparsa dal nostro ordinamento del ruolo di assistente e la trasformazione di quello di primario in posizione funzionale di 'direttore di unità organizzativa complessa' a nomina quinquennale, di fatto è scomparsa l'accesso al

ruolo ospedaliero della figura del medico non specializzato. Tale funzione permetteva la formazione accademica presso l'università e la contemporanea attività pratica presso un ospedale, non è stata sostituita a tutt'oggi da nulla.

Da questo deriva che il medico specializzando, da una parte sottoposto al requisito di acquisizione di esperienza pratica clinica dalla legge, dall'altra non può eseguire di fatto alcuna attività presso gli ospedali, pena il rischio da parte degli stesso di una sanzione da parte delle Unità Sanitarie Locali (anche dette ASL prima e ora ATS in Lombardia) per inosservanza dei requisiti di accreditamento.

Sono stati molteplici i tentativi di risolvere con soluzione *do it yourself* del problema, ma nessuna di queste può essere veramente soddisfacente, mancando il substrato normativo che la sorregge.

È pertanto necessario arrivare il più presto possibile, pena il rischio di vedere invalidati i percorsi formativi di specializzazione italiani a livello europeo, a una regolamentazione *ad hoc*, che permetta in modo regolato e protetto da normativa chiara al medico in formazione specialistica di operare a pieno titolo negli ospedali del Sistema Sanitario Nazionale, possibilmente in forma di convenzione con le Scuole di Specializzazione universitarie. In sostanza si tratta di ripristinare la funzione prima ricoperta dal medico assistente nella fattispecie del medico in formazione. È evidente, trattandosi di percorso abilitante di valore non solo nazionale ma europeo, che tale bisogno normativo non può essere scaricato sulle Regioni, come gestori decentrati del Sistema Sanitario Nazionale, ma deve trovare concretizzazione in una normativa nazionale.

4. Riflessione finale

In conclusione possiamo dire che è necessario che la dinamica dei rapporti tra ospedale di cura del Sistema Sanitario Nazionale e università venga fatta oggetto di attenta analisi a livello di sistema nazionale, soprattutto al fine di contrastare la prevalenza del formalismo contabile e gestionale SSN sugli aspetti per loro natura necessariamente universalistici e aperti alla sperimentazione operativa e gestionale della didattica e della ricerca. L'accesso alla ricerca, la libertà di cooptazione di personale di alta specializzazione al di fuori dei stretti regimi imposti dei concorsi pubblici, l'apertura trasversale delle carriere e la possibilità di accedere e utilizzare finanziamenti in modo dinamico sono elementi che devono diventare accessibili anche alle strutture cliniche e soprattutto a quelle strutture che per precisa decisione ministeriale sono state classificate come Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, in piena e fruttuosa analogia alle istituzioni universitarie. Questi Istituti costituiscono la punta più moderna, avanzata e illuminata della integrazione necessaria e irrinunciabile tra accademia e funzione di cura. Non possiamo permetterci che tale patrimonio, lascito di riflessioni singolarmente illuminate della politica del tempo, venga eroso e nullificato da una omogeneizzazione amministrativa con realtà ospedaliere di pura vocazione erogativa.

Capitolo 18

L'evoluzione della gestione delle risorse umane di un'azienda sanitaria: la motivazione e la valutazione del merito quali strumenti per un nuovo approccio manageriale

Antonio Nava*, Alberto Russo**

1. Il ruolo del manager

Occorre partire da una considerazione importante: il successo di un manager è determinato anche dal successo dei propri collaboratori, e il corretto utilizzo di alcune leve motivazionali, unito all'esercizio della comunicazione e della leadership positiva aiuta i collaboratori a migliorare le proprie performance.

Ogni organizzazione ha bisogno di una guida che sappia motivare i collaboratori per conseguire gli obiettivi prefissati e questa guida, per essere certi che abbia compreso l'importanza del proprio ruolo, dovrà adottare alcuni comportamenti e possedere alcune caratteristiche, quali:

- Capacità di definire gli obiettivi e la *mission*;
- Incoraggiare il lavoro di squadra e motivare il gruppo;
- Controllare la ripartizione dei ruoli e delle responsabilità e vigilare affinché ogni membro abbia dei compiti precisi;
- Assumere le responsabilità del benessere dei lavoratori.

E dovrà anche essere in grado di sviluppare la propria *leadership*, intesa nella abilità di saper motivare gli altri e creare spirito di squadra, attraverso:

- Comunicazione;
- Capacità di far collaborare tra di loro i diversi settori;
- Capacità di individuare i problemi e focalizzare l'attenzione su di essi;
- Capacità di trovare soluzioni alternative e innovative;
- Diplomazia, equità e fermezza nel gestire i conflitti.

* Direttore controllo di gestione, ATS Milano

** Direttore amministrativo ATS Milano

2. L'importanza della relazione

Il dialogo tra il manager e i propri collaboratori deve assumere una rilevanza prioritaria ai fini dell'*engagement*, cioè della crescita dell'impegno dei dipendenti nel lavoro: dialogo nella doppia direzione del manager che si rivolge ai dipendenti per coinvolgerli nelle scelte, che dei dipendenti perché invogliati dal clima aziendale. Comincia a farsi strada, sia a livello manageriale che tra i collaboratori, l'idea che gli strumenti della comunicazione interna siano molto importanti per incentivare l'*engagement*.

In particolare, per i collaboratori gli incontri informali con il *top management*, sia a gruppi ristretti che a livello più allargato, risultano le iniziative di comunicazione interna più importanti, mentre incontrano sempre minor consenso gli strumenti mediati come le newsletter, i blog, le e-mail e le intranet e le TV aziendali. I collaboratori attribuiscono dunque molta rilevanza alle occasioni di incontro con il *top management* e ancora maggior rilevanza riveste per loro il dialogo manager-collaboratori per fornire informazioni o spiegare obiettivi, piani, strategie; come pure le conversazioni informali per sollecitare il *feedback* dei collaboratori.

Nelle migliori pratiche di gestione delle risorse umane, una rilevanza media molto elevata rivestono gli investimenti per le attività che la dirigenza mette a disposizione dei propri dipendenti, soprattutto quelle che tutelano il lavoratore in termini di sicurezza (contratto a tempo indeterminato) che in termini di flessibilità (*smart working*).

I dipendenti vogliono sempre meno sentir parlare di *job rotation* e *job posting*, cioè delle opportunità di sviluppo interne all'azienda, ma sono sensibili invece a *smart working* e *retraining*, inteso come riqualificazione e aggiornamento professionale: insomma ricercano maggiormente situazioni di maggior qualità della propria vita oppure gli strumenti per l'autonomia professionale e per la propria spendibilità sul mercato e idoneità a ricoprire un ruolo.

Le attività del manager consistono in gran parte nel creare relazioni costruttive, fornire e ricevere informazioni, comunicare notizie e opinioni, aiutare individui e team ad applicare metodi orientati al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

3. Leadership democratica

Lo stile democratico partecipativo vuole che le decisioni di maggior rilievo siano prese con la partecipazione di tutto lo staff: di fronte a qualsiasi problema da risolvere e/o decisione da prendere possono essere prese in considerazione le proposte e l'opinione di tutto il personale. Questo stile di *leadership* favorisce la partecipazione ai processi decisionali dello staff che quindi si sente parte attiva del processo decisionale, diventando ogni giorno sempre più motivato e accrescendo il senso di appartenenza nei confronti dell'azienda.

Lo stile di *leadership* democratico e partecipativo è terreno fertile per conseguire alti livelli di produttività e di motivazione dello staff, che coopera e si autogestisce in un ambiente lavorativo sereno e comunicativo.

Vorremmo vedere un sistema di lavoro poggiato su tre pilastri principali: ascolto, meritocrazia ed entusiasmo. In questo ambiente, il manager conosce di persona tutti i componenti del suo staff, che incontra periodicamente per sentire la loro opinione sulla politica

aziendale, rispondere ai loro dubbi e motivarli, cercando così di valorizzare ogni singolo dipendente in un'atmosfera partecipativa e democratica.

Questo stile di leadership coinvolge le conoscenze e le competenze dei singoli, con l'obiettivo di creare impegno e consenso. Funziona bene quando il percorso professionale dell'organizzazione è poco chiaro ma lo staff è esperto e affiatato, ma andrebbe evitato in presenza di una crisi in corso – con decisioni rapide da prendere – e quando lo staff è poco affiatato o professionalmente inesperto.

Uno strumento utilizzato per rendere effettiva l'applicazione di questo stile di direzione è il ricorso all'istituto della delega da parte del manager verso i propri collaboratori, in ragione delle specifiche competenze e capacità professionali. La delega può essere considerata quale strumento di *leadership* laddove il delegante utilizzi tale mezzo sotto molteplici aspetti, ovvero come moltiplicatore del tempo personale, modalità di formazione e, talvolta, di selezione del 'capitale umano' a lui affidato, come occasione per valutare il potenziale di iniziativa e crescita dei futuri leader dirigenti.

È necessario attuare un profondo cambiamento a livello organizzativo: al leader è richiesto di puntare a un rapporto diretto con ogni singolo collaboratore per migliorare la fiducia percepita e coinvolgerlo in più ambiziose e multiformi mete organizzative, attraverso un processo di c.d. *empowerment*.

Quando un leader considera individualmente i propri collaboratori, è attento ai loro bisogni di crescita e successo, pratica l'ascolto attivo nei loro confronti e incoraggia la comunicazione a due vie, cioè sia *top down* che *bottom-up*.

La delega consente un apprendimento diretto sul luogo di lavoro. Essa diviene un mezzo per condividere le conoscenze e favorire risultati che generino fiducia e lealtà condivise oltre che rispetto per il livello di capacità complessivo. In questo caso, viene percepita sia dal delegante che dal delegato come un'attestazione di fiducia nei confronti dei collaboratori, di considerazione delle loro capacità e di positiva aspettativa del contributo che daranno all'organizzazione.

4. Gli strumenti del *brainstorming* e *mindfulness*

Coerente con tale visione manageriale, la tecnica denominata *brainstorming* può diventare un potente strumento per trovare idee e soluzioni, approfondire concetti e reperire informazioni.

Si tratta di un'attività di gruppo, finalizzata a facilitare una libera comunicazione di idee e informazioni, che dovranno emergere in modo spontaneo, senza interventi di valutazione o di critica.

Particolarmente adatto in occasione della nascita di un nuovo progetto, ben si adatta anche alla ricerca di soluzione a problemi complessi.

È facile comprendere l'importanza di servirsi dei suggerimenti provenienti dal personale: questo, infatti essendo a diretto contatto con l'attività dell'azienda – si pensi a medici, infermieri, amministrativi, operai o tecnici – conoscono meglio di un manager i problemi annessi all'impresa e possono regalare suggerimenti utili su come ovviare alle discrasie. Inoltre, una forte considerazione del personale ha ripercussioni positive sugli stessi lavoratori che si sentiranno parte integrante con l'azienda per cui lavorano.

Il compito del *brainstorming* consiste nel far emergere l'idea migliore ma, trattandosi di una collaborazione multifunzionale, ogni persona si sente partecipe dell'attività, posta sullo stesso livello degli altri partecipanti.

Mentre le esperienze di *brainstorming* cominciano a diffondersi all'interno delle aziende sanitarie con visioni più illuminate, innovativo e ancora poco diffuso è invece l'investimento di tempi e spazi da dedicare ad attività che possano favorire il benessere del dipendente.

Con il termine *mindfulness* si intende una pratica meditativa che consente di riacquistare la consapevolezza di sé, vivendo appieno il presente. Lo stress, le preoccupazioni e gli obblighi lavorativi o familiari ci portano a pensare in avanti, trascurando totalmente il presente: tale tecnica consente di sviluppare la capacità che è in ognuno di noi di essere presente al cento per cento a ciò che succede in noi e intorno a noi. L'energia della consapevolezza e la capacità di osservazione che saranno generate dall'utilizzo di questa pratica permetteranno di generare maggiore armonia nella vita familiare e personale, ma anche in quella lavorativa.

L'Azienda che aveva creduto sull'importanza di questa pratica dovrà creare degli ambienti idonei al suo svolgimento in quanto, per praticare *mindfulness* il dipendente deve innanzitutto adottare l'abbigliamento adatto, tenere una postura adeguata ed essere in un ambiente che favorisca l'attività: è utile infatti ricostruire una situazione che agevoli la liberazione totale della mente. Bisogna pertanto abbandonare la giacca o il tailleur, spegnere il cellulare e ogni altro dispositivo elettronico, togliere l'orologio e liberarsi di gioielli, orpelli e altri accessori.

Coloro che hanno praticato questa tecnica hanno riscontrato una maggiore capacità di *problem solving* nell'ambito lavorativo in quanto le funzioni cognitive, essendo maggiormente reattive, semplificano l'individuazione delle azioni da compiere, anche in un termine ristretto.

5. La motivazione come leva per consentire la miglior espressione del potenziale

Motivare significa, in linea di massima, agire nell'ambito psicologico delle persone, fornendo loro le motivazioni a compiere determinati atti, stimolando l'interesse di qualcuno nei confronti di qualcosa. Motivare il personale apporta notevole vantaggio per l'azienda poiché, facendo leva sulla sfera psicologica della persona, si aiuta quest'ultima a migliorare la propria autostima oltre ad amare il lavoro per cui è preposta.

Non sempre è possibile incentivare attraverso riconoscimenti economici o scatti di carriera, per cui l'attenzione di un manager dovrà essere rivolta ad altri ambiti. Un lavoratore soddisfatto, incentivato dai suoi superiori, è una persona che affronta con benevolenza anche gli aspetti più ostici del suo lavoro, trovando egli stesso la soluzione ai problemi poiché si sentirà protagonista dell'azienda, e non un semplice dipendente.

La motivazione fa emergere la parte migliore delle persone che interagiranno l'un l'altro con positività.

Tra le varie tecniche attualmente adottate il *brainstorming* è quella a cui viene riconosciuto un elevato grado di incidenza: abbiamo già detto che coinvolgendo il personale nella scelta finale si ottiene la sua adesione all'obiettivo e il suo impegno per raggiungerlo.

Una condizione fondamentale affinché in un contesto di lavoro vi sia una buona motivazione è la comunicazione interna aggiornata e tempestiva e il coinvolgimento di tutti nella definizione del piano strategico aziendale. Per questo un buon manager deve costantemente sollecitare i propri collaboratori perché diano suggerimenti e operino concretamente nella gestione dell'azienda, nel rispetto dei propri ruoli. La mancanza di motivazione e coinvolgimento è un grave ostacolo al successo dell'azienda o anche solo di un progetto o al raggiungimento di un obiettivo importante.

In questo ambito si inseriscono tutte le iniziative e attività volte a migliorare il benessere del dipendente. Abbiamo già detto della tecnica di *mindfulness* e della opportunità di farla praticare in azienda.

Ma dovranno essere cercate anche altre iniziative che possano portare benefici di vita e di lavoro ai dipendenti. Sicuramente merita maggiore attenzione di quanto ne venga prestata attualmente alla riqualificazione del personale attraverso investimenti che possano favorire la progressione delle carriere di chi già lavora per l'azienda.

La riqualificazione potrà avvenire facilitando la partecipazione a corsi di aggiornamento o ad altre attività finalizzate a offrire opportunità di miglioramento del proprio lavoro. Come pure potrà essere positivamente accolta l'opportunità di partecipare ad avvisi interni per la copertura di posizioni che si saranno liberate in altri contesti lavorativi: il dipendente avrà benefici diretti dal poter cambiare ambito territoriale, magari avvicinandosi a casa, oppure dal poter conoscere una nuova funzione svolta in Azienda che permetta di esprimere meglio le proprie potenzialità. Infine, di non poco conto saranno tutte le iniziative adottate o favorite dall'Azienda volte a poter svolgere sul posto di lavoro attività ludiche o sportive sempre legate a favorire il benessere del clima lavorativo, quali corsi di yoga, o visite guidate a mostre e musei e gite culturali: l'Azienda potrà farsi carico di stipulare convenzioni con professionisti, servizi o esercizi commerciali per ottenere tariffe agevolate per i propri dipendenti.

6. Il processo della valutazione del merito

Il processo di valutazione del personale, per avere gli effetti sperati, deve essere parte integrante di un processo più complesso di gestione del personale e porsi come valido strumento per portare a conoscenza del lavoratore (valutato) le aspettative che l'Azienda (valutatore) ha nei suoi confronti.

L'esperienza ha dimostrato che non esistono modelli di valutazione validi in assoluto e che è opportuno adottare le soluzioni tecniche più adeguate all'organizzazione della propria Azienda.

7. Ingegnerizzazione del processo gestionale e l'integrazione operativa

7.1. La complessità del sistema

La complessa costruzione della ATS della Città Metropolitana di Milano nel triennio 2016/18 ha rappresentato una stimolante esperienza gestionale; di fatto si è creato un ori-

ginale laboratorio di sperimentazione, progettazione e implementazione di un sistema di programmazione e controllo specifico e originale.

Gli elementi caratterizzanti del contesto in cui ci si è trovati a operare per la costruzione della ATS sono stati essenzialmente i seguenti:

- la complessità organizzativa, determinata dalla fusione di quattro ex ASL che avevano specificità, esperienze organizzative, culture professionali e organizzative profondamente diverse;
- una marcata eterogeneità organizzativa, accentuata dalla diffusa presenza di operatori sanitari e tecnici dotati di autonomia professionale che applicavano procedure differenti;
- l'attenzione ai risultati degli stakeholder territoriali, sempre più attenti e competenti;
- il contesto macroeconomico, che impone rigidi vincoli economici e un'incessante ricerca dell'efficienza gestionale e operativa.

Definito che le organizzazioni sono dei sistemi la cui storia si sedimenta nella cultura e nella coscienza degli individui che l'hanno vissuta e costruita, era evidente che l'ATS non poteva nascere da una semplificazione organizzativa quale la fusione delle quattro ex ASL, ma era necessario concepire un nuovo organismo organizzativo e operativo.

Pertanto il passato, nelle sue diverse articolazioni e specificità, rappresentava una esperienza ormai conclusa i cui elementi dovevano essere conosciuti, studiati, analizzati e gestiti per ottenere le indispensabili condizioni culturali e organizzative e il consenso su cui costruire la nuova ATS.

7.2. L'ingegnerizzazione del processo di gestione

Uno degli strumenti adottati dalla Direzione Strategica per realizzare e sviluppare la nuova ATS è stata la progettazione e l'adozione di un sistema gestionale in grado di accompagnare e facilitare il progressivo sviluppo organizzativo della costituenda organizzazione.

Il nuovo sistema di programmazione doveva contribuire a comporre e far percepire l'unitarietà della nuova ATS, l'identità organizzativa e il ruolo delle aree organizzative che si andavano gradualmente definendo. Inoltre, doveva promuovere e semplificare le relazioni tra vertici e le unità organizzative, garantire il collegamento tra la pianificazione strategica e la programmazione operativa, indirizzare il comportamento degli operatori e responsabilizzarli sui risultati oltre ad assicurare l'integrazione organizzativa e favorire l'apprendimento.

Questi aspetti fondamentali dovevano senz'altro manifestarsi, ed essere percepiti dagli operatori, dallo stile gestionale della Direzione Strategica: siffatta condizione per concretizzarsi doveva anche disporre di uno strumento, un "contenitore" capace di esprimere, valorizzare, applicare e coordinare questi principi gestionali.

Si era alla ricerca di un sistema duttile nell'accompagnare l'evoluzione organizzativa in atto, ed efficace nel facilitare la relazione fra le Unità Organizzative e fra queste e la Direzione.

La scelta, disponendo delle competenze e della esperienza precedentemente maturata, è stata di affidare alla neocostituita UO Controllo di gestione lo sviluppo *in house* di un applicativo, una piattaforma finalizzata a ingegnerizzare l'intero processo di programmazione e controllo e accessibile sia nella intranet aziendale sia attraverso Internet, con un meccanismo di amministrazione centralizzata.

Le seguenti note sintetizzano l'esperienza attuata evidenziando i punti di forza e di debolezza dell'esperienza. Lo sviluppo della piattaforma di programmazione e controllo, nel triennio 2016/2018, è stato effettuato in modo progressivo guidando e realizzando le dinamiche decisionali interne.

Il primo sviluppo e impiego della piattaforma è stato effettuato pochi mesi dopo la costituzione della ATS. Nel corso dell'esercizio 2016, anno di costituzione formale della ATS, il processo di programmazione si è focalizzato sulle Aree di Coordinamento con la finalità di rendere evidente ed enfatizzare il principio e il valore della unitarietà dell'azienda, della identità organizzativa, del ruolo e della finalità delle aree organizzative attraverso la definizione, condivisione e assegnazione degli obiettivi da realizzare e i correlati indicatori di misurazione del grado di conseguimento.

L'applicazione del POAS avviata nel corso dell'esercizio 2017 ha visto il superamento delle Aree Organizzative e l'avvio dell'organizzazione dipartimentale e delle Unità Organizzative (complesse e semplici) afferenti. L'impianto organizzativo della ATS inizia a plasmarsi, la piattaforma di programmazione si evolve aderisce alla nuova organizzazione e valorizza il ruolo dei dipartimenti e delle Unità Operative afferenti, nella definizione, presa in carico e gestione degli obiettivi che a inizio esercizio sono assegnati.

Il disegno organizzativo ATS si completa nel corso del 2018 con la definizione e la realizzazione dei Dipartimenti e delle unità organizzative e la formale assegnazione del personale, inoltre, con la finalità di integrare i processi operativi, un numero significativo di procedure sono state ridefinite nell'ambito del processo di certificazione della qualità.

A questo punto la piattaforma di programmazione viene sviluppata ulteriormente affinché il processo di assegnazione degli obiettivi e il successivo controllo e rendicontazione coinvolga tutta la filiera organizzativa dal vertice aziendale, ai dipartimenti e da questi, a cascata, alle strutture organizzative per concludersi con l'assegnazione degli obiettivi individuali ai singoli collaboratori.

Un processo *top down* dove a ogni operatore, a conclusione del processo di programmazione (avvenuto nel corso del mese di febbraio), sono assegnati gli obiettivi con il conseguente corredo di indicatori e modalità attuative.

7.3. La centralità degli obiettivi

Il processo di individuazione e assegnazione degli obiettivi nella progressione descritta costituisce un elemento centrale nel processo di programmazione poiché è in questa fase che si favorisce l'integrazione fra Direzione, Dipartimenti e viceversa e fra i dipartimenti e le unità organizzative afferenti.

La piattaforma di programmazione nel governo della fase di assegnazione e presa in carico degli obiettivi promuove un processo partecipato e di confronto con tutti gli attori

del sistema; i passaggi che agevolano questo risultato sono: la condivisione dei contenuti degli obiettivi e dei correlati indicatori di risultato, la esplicitazione delle azioni che i destinatari degli obiettivi intendono mettere in atto per il loro perseguimento, cioè, chi fa e che cosa, il processo operativo che intendono realizzare per conseguire i risultati attesi.

Questa indicazione consente di capire e valutare e approvare, da parte della direzione, la gestione operativa che si intende mettere in campo.

Dunque, non una passiva e burocratica trasmissione e accettazione degli obiettivi ma la realizzazione di un processo decisionale dialettico trasparente, diffuso e condiviso su cosa fare, come farlo e chi deve farlo e poi come si misura e valuta il risultato.

Questo scambio di informazioni avviene attraverso la piattaforma di programmazione che ne consente l'attuazione in modo agevole e garantisce la trasparenza, la visibilità e la consultazione da parte di tutti i soggetti coinvolti in ragione del ruolo e della conseguente profilazione assegnata.

Il processo dialettico, che si avvia con l'assegnazione degli obiettivi, continua e si rinnova, con periodicità trimestrale, a ogni valutazione intermedia con un percorso bottom up in quanto chi riceve gli obiettivi comunica lo stato d'attuazione indicando le azioni fatte, le eventuali criticità il grado di raggiungimento e la previsione a fine esercizio.

Di conseguenza la Direzione dialoga con i Dipartimenti questi con i responsabili delle strutture organizzative che a loro volta si relazionano individualmente con i collaboratori.

7.4. Il controllo dei risultati

La piattaforma consente di processare le informazioni che riceve.

La produzione in tempo reale del *reporting*, consultabile dal cruscotto direzionale della piattaforma, rispetto a quanto proposto e attuato per centro di responsabilità e/o per singolo ambito organizzativo piuttosto che complessivamente per ATS, rappresenta un efficace fase di controllo e verifica del processo gestionale e un indispensabile supporto rispetto alle decisioni da assumere a tutti i livelli (Direzione strategica Dipartimenti, strutture complesse/semplifici e singoli operatori) per far fronte a eventuali criticità.

Inoltre, il sistema di reporting svolge un importante ruolo di responsabilizzazione orientamento e stimolo nei confronti dei destinatari.

7.5. La valutazione individuale delle performance

Il processo di programmazione prevede, sia per la dirigenza che per il comparto, la valutazione, da parte del responsabile gerarchico, delle *performance* individuali.

La prima valutazione effettuata applicando le regole ATS, abbandonando definitivamente ogni residua regola ex ASL, è avvenuta nel corso dell'esercizio 2018 rispetto ai risultati 2017.

Anche questa attività viene supportata dalla piattaforma che integra il modulo di assegnazione degli obiettivi e il grado di raggiungimento con la valutazione delle performance individuale.

Le caratteristiche del sistema di valutazione individuale sono:

- l'implementazione e sviluppo di un modello di direzione e gestione per obiettivi, con la definizione annuale della strategia della Direzione ATS dalla quale si generano gli obiettivi da perseguire per ogni Dipartimento e a cascata alle strutture dipartimentali e da queste al personale assegnato;
- la valorizzazione di un sistema che consolida due distinti profili di valutazione: il livello di conseguimento dei risultati nell'attività svolta dal CDR attraverso la partecipazione attiva e integrata del personale assegnato; il livello di prestazioni individuali, le competenze e il grado di professionalità espressa nell'espletamento dell'attività.

Al fine di avvalersi efficacemente della valutazione con finalità gestionali e di valorizzazione dei comportamenti individuali è stata introdotta una significativa variante.

Nel corso dell'esercizio 2018 è stato sviluppato e reso attivo il modulo della valutazione intermedia.

Entro il primo semestre d'esercizio il valutatore effettua una valutazione sulle performance individuale dei propri collaboratori in modo tale da fornire al valutato, in forma documentata, un feedback infra-annuale in merito all'attività svolta.

Il valutatore nel formulare la valutazione intermedia deve, mediante il modulo di valutazione, comunicare le eventuali criticità rilevate e fornire indicazioni di miglioramento in modo da consentire al valutato di mettere in atto comportamenti migliorativi.

La valutazione intermedia non richiede la compilazione di tutti gli item ma un giudizio di sintesi, in tal modo il processo è notevolmente semplificato ma altrettanto efficace e soprattutto mantiene attivo il confronto fra il valutato e valutatore.

7.6. Lo sviluppo della piattaforma

È noto che il processo di programmazione e gestione in ogni azienda sanitaria non è mai definitivo e statico ma, se è davvero tale e utilizzato per le sue finalità, si innova incessantemente poiché alimenta, recepisce e fa proprie le istanze organizzative e gestionali interne ed esterne all'organizzazione, consolida alcuni processi e allo stesso tempo ricerca e stimola nuovi percorsi.

Lo sviluppo della piattaforma di programmazione e controllo della ATS è stato graduale, condiviso e coerente con la maturità organizzativa dell'ATS.

Una strategia implementativa che ha evitato strappi e atteggiamenti importanti di criticità manifesta o latente.

L'accettazione dello strumento e il suo diffuso utilizzo per la gestione ha rafforzato la convinzione della sua utilità e fatto nascere nuove esigenze.

L'insieme di questa favorevole situazione ha favorito lo sviluppo di altri moduli che hanno rafforzato il processo gestionale, ad esempio è stato sviluppato il modulo controllo dei costi che individua e responsabilizza i gestori delle risorse e li integra con il sistema economico finanziario; sono in fase di collaudo la scheda di sviluppo dei progetti e la gestione degli investimenti in fase di collaudo.

In Figura 1 è rappresentato lo stato attuale della piattaforma di programmazione e controllo.

Figura 1 Attuale piattaforma di programmazione e controllo.



Capitolo 19

Clinical governance, qualità dei processi e misurazione degli outcome

Rino Feduzi*, Giovanni Monza**, Pietro Previtali***

1. Introduzione

Sono molti i sistemi sanitari a livello internazionale che sperimentano nuovi modelli organizzativi di erogazione dell'assistenza sostenibili, in preparazione alle nuove sfide che si troveranno ad affrontare nel futuro anche se sarebbe più corretto parlare di sfida già al presente. A livello demografico la prevalenza delle patologie croniche è in costante e progressivo aumento, con conseguente incremento dell'impegno delle risorse sanitarie, economiche e sociali. La crescita di questo fenomeno, presente principalmente nei Paesi sviluppati, è legata a diversi fattori come l'invecchiamento della popolazione, il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, economiche e sociali, gli stili di vita, l'ambiente e le nuove terapie e tecnologie. La sfida dunque che si delinea per il sistema sanitario sarà non solo essere in grado di assistere una diversa popolazione di pazienti, che saranno coorti di centenari con pluricronicità, ma anche di doverli assistere per tempistiche molto lunghe. La gestione delle malattie croniche impegna attualmente circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo le quali nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. In Europa, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si presentano contemporaneamente nello stesso individuo. Entro il 2060 si prevede che il numero di europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia rispetto a quella sotto i 15 anni.

Per questo motivo, i piani sanitari nazionali riconoscono alle patologie croniche particolare rilievo per l'impatto economico, sanitario e sociale e si impegnano a favorire e sperimentare processi organizzativi atti a un miglioramento continuo e costante della qualità dell'assistenza dei pazienti cronici. Gli obiettivi di cura dei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per raggiungere tali obiettivi risulta ne-

* *Health IS Business Manager, 3M Italia*

** *Direttore Sanitario Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia*

*** *Delegato del rettore alle risorse umane e presidente del Centro di ricerca Interdipartimentale "Organizzazione e governance della PA", Università di Pavia*

cessario innanzitutto censire clinicamente i pazienti e le loro cronicità attraverso strumenti di stratificazione puntuale della popolazione assistita che, utilizzando le informazioni attualmente reperibili nei diversi flussi prodotti a livello regionale, possano restituire un quadro clinico e prospettico del fabbisogno assistenziale rispetto all'attuale. Una volta identificata la 'domanda' (i pazienti e le loro cronicità, i loro stati di salute e la loro complessità clinica e avendo proceduto per quanto possibile a una categorizzazione in gruppi omogenei di assorbimento di risorse) arriva la parte difficile del percorso, ovvero una riorganizzazione dell'assistenza che risponda ai fabbisogni di questa nuova popolazione di pazienti definendo nuovi percorsi assistenziali in grado di prendere in carico il paziente garantendo la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

Di fronte a una siffatta modifica della domanda di salute, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sta ponendo le basi per attuare un cambiamento indirizzato a una appropriata ed equa gestione della cronicità, così come dichiarato nel Piano Nazionale della Cronicità. Esso nasce dall'esigenza di armonizzare, a livello nazionale, le attività di gestione della cronicità, con l'intento di promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrati sulla persona e orientati verso una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Il Piano risulta coerente con i piani d'azione del *World Health Organization* (WHO) 2008-2013 e del 2013-2020 che sottolineano l'importanza dell'intervento di governi e amministrazioni per assicurare la prevenzione e il controllo delle malattie croniche. Il Piano è in linea anche con le indicazioni europee che invitano gli Stati membri a elaborare e implementare piani nazionali sulla gestione della cronicità. Questo riassetto organizzativo non potrà prescindere da un importante investimento di risorse del settore in innovazione che possano portare produttività ed efficienza alla gestione dell'assistenza, come è avvenuto nei più tradizionali settori industriali. Ne sono un esempio i casi di successo sull'utilizzo della metodologia *six sigma* in sanità i quali, considerando la sanità non più come un settore produttivo anomalo, sono riusciti a introdurre misurabilità e miglioramento in alcuni processi produttivi sanitari allineando così domanda e offerta e riducendo gli sprechi.

Qual è il ruolo dei dati in questo processo di cambiamento? Cruciale e non unicamente per la loro quantità ma soprattutto per la loro qualità. Si parla sempre più di *big data* ma cosa sono e quanto questo approccio è distante o vicino al mondo della sanità?

2. *Big data o smart data?*

Per ambire a una vera trasformazione di sistema e al passaggio da un sistema di remunerazione da volume a qualità e a valore, andranno ridefinite le nuove regole del gioco e queste non potranno non basarsi su una gestione trasparente dei dati in piena sicurezza e in linea con la normativa vigente. Il *triple aim* richiede l'abilità nello stratificare i pazienti e il loro relativo fabbisogno assistenziale in funzione del livello di rischio così da:

1. identificare e risolvere tempestivamente problemi legati a un alto numero di pazienti;
2. identificare e ridurre eventi costosi ed evitabili;
3. assicurare che l'assistenza sia erogata in maniera tempestiva ed efficiente.

Quali sono a oggi le principali fonti informative disponibili e utilizzate? Sono molteplici i flussi informativi compilati a oggi da diversi erogatori dell'assistenza sul territorio nazionale: il flusso SDO per i ricoveri ospedalieri, il flusso ambulatoriale specialistica, il pronto soccorso, la farmaceutica, la protesica, i registri, ecc. La maggior parte di queste informazioni sono sotto forma di fonti strutturate e solo poche si possono ricondurre a fonti non strutturate ma entrambe, per essere utili, necessitano un continuo aggiornamento e monitoraggio di qualità, inteso come non solo come analisi di appropriatezza ma anche di completezza del dato.

Uno dei flussi informativi maggiormente consolidato in Italia è il flusso SDO, Scheda di Dimissione Ospedaliera, introdotto con i decreti del 28 dicembre 1991 e del 26 luglio 1993, D.M. Salute del 30 giugno 1997 e successivamente con il D.M. Salute n. 380 del 27 ottobre 2000, il D.M. Salute n. 135 del 8 luglio 2010 e per ultimo il D.M. Salute n. 261 del 7 dicembre 2016 che ha modificato e integrato il decreto n. 80/2000 con numerose nuove informazioni e definito le modalità di criptazione del codice individuale del paziente.

Il consolidamento del flusso SDO è dipeso da un'attenzione normativa che ne ha generato aggiornamenti non regolari ma sufficienti da essere alla base della misurazione dei livelli essenziali dell'assistenza e degli indicatori del piano nazionale esiti. È noto inoltre che si deve l'attenzione a questo flusso all'organizzazione ospedale centrico del sistema sanitario, con una spesa relativa a questo *setting* che è di gran lunga la più rilevante, e alla necessità di definire un set di dati utile a classificare gli episodi di ricovero con il sistema DRG's adottato nel 1995. L'istituzione del flusso SDO aveva alla sua istituzione le seguenti tre finalità:

1. supportare i processi di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
2. perseguire le finalità relative ai trattamenti effettuati per scopi statistici dai soggetti pubblici;
3. consentire una rilevazione sistematica a scopi epidemiologici.

3. La completezza descrittiva del ricovero

Un ricovero correttamente documentato non è solo una condizione necessaria alla corretta remunerazione economica ma è soprattutto una condizione indispensabile per la buona misurazione della qualità dell'assistenza sanitaria erogata. Come riportato nel rapporto SDO 2016 (Tabella 1), il numero medio di diagnosi compilate a livello nazionale è in regime ordinario di 2.5, inclusa la diagnosi principale, mentre diminuisce a 1.5 in regime diurno. Si evidenzia inoltre che non vi è una grossa differenza in termini assoluti tra la numerosità di diagnosi nelle varie regioni italiane e neanche nel periodo 2001-2016.

In media, le SDO hanno dunque meno di 2 diagnosi secondarie in regime ordinario per acuti e questa media aumenta nel caso dei ricoveri di riabilitazione e lunga degenza. Questo andamento risulta difficilmente spiegabile con la maggiore necessità descrittiva dei ricoveri di lungodegenza rispetto a quelli per acuti per soli fini economici. Quello che è certo sono i minori controlli effettuati sui flussi SDO di riabilitazione e lungodegenza

rispetto a quelli per acuti e questo potrebbe aver generato una tendenza da parte dei clinici a descrivere più esaustivamente il ricovero, avendo generalmente a disposizione tempi maggiori di compilazione. Inoltre, va ovviamente tenuto in considerazione che si tratta di un dato che andrebbe analizzato nella sua complessità ma seppur sommario restituisce chiaramente il livello di completezza clinica di questa fonte informativa.

Tabella1. Numero medio di diagnosi per scheda per regione, tipo di attività e regime di ricovero.

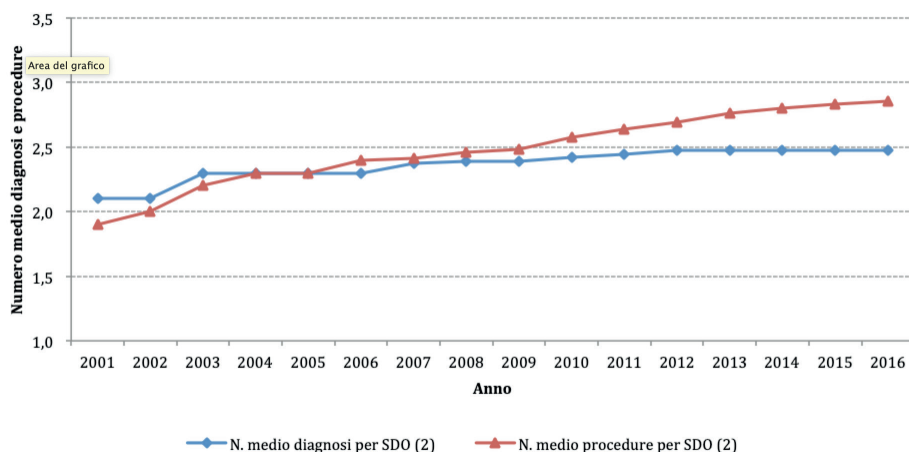
REGIONE	RICOVERI PER ACUTI		RICOVERI DI RIABILITAZIONE		RICOVERI DI LUNGODEGENZA
	Regime ordinario	Regime diurno	Regime ordinario	Regime diurno	
Piemonte	2,4	1,5	3,0	3,1	3,8
Valle d'Aosta	2,7	1,6	1,6	-	4,2
Lombardia	2,1	1,4	2,9	1,8	3,6
P.A. Bolzano	2,2	1,4	3,8	2,8	3,1
P.A. Trento	2,4	1,5	2,6	2,8	3,3
Veneto	2,3	1,3	3,5	2,8	4,0
Friuli V.G.	2,6	1,7	3,5	2,2	3,9
Liguria	2,8	1,7	3,3	2,3	4,2
Emilia Romagna	2,6	1,7	3,2	2,9	3,6
Toscana	2,7	1,7	4,2	3,3	3,8
Umbria	2,6	1,5	2,5	2,2	2,9
Marche	2,6	1,8	3,2	2,8	3,9
Lazio	2,5	1,7	4,0	3,5	4,6
Abruzzo	2,6	1,6	3,3	2,1	3,8
Molise	3,2	2,0	4,1	3,4	4,5
Campania	2,4	1,6	3,6	2,4	2,2
Puglia	2,8	1,7	3,9	2,3	4,7
Basilicata	2,9	1,7	3,1	3,8	5,8
Calabria	2,6	1,7	2,5	2,2	4,0
Sicilia	2,6	1,6	3,1	2,7	4,0
Sardegna	2,6	1,6	2,7	3,4	4,2
ITALIA	2,5	1,6	3,3	2,8	3,7

Le procedure mostrano un andamento diverso rispetto alle diagnosi con un costante incremento del loro numero di procedure per SDO (Figura 1) rafforzando l'approccio di compilazione del flusso maggiormente spostato sulle attività impiegate durante il ricovero che sulle condizioni cliniche del paziente stesso. Inoltre, gli aggiornamenti negli anni delle diverse versioni di DRG's e conseguentemente dei codici di procedura, seppur non regolari nel tempo, hanno introdotto un numero maggiore di codici per la descrizione di alcuni interventi e hanno forzato, in caso di codici di intervento mancante rispetto alla pratica

medica effettuata – ricordiamo che la descrizione dei codici di procedura è ferma al 2007 –, l’inserimento di combinazioni di codici utili al fine di farsi riconoscere, e finanziare, il maggiore esborso determinato dall’utilizzo di nuove tecnologie mediche.

Risulta chiaro che la qualità dei dati prodotta è direttamente dipendente dal suo obiettivo primario. Infatti, la qualità del nostro flusso SDO è dipesa dalla deriva che lo strumento primario di utilizzo di questo flusso, il sistema DRG’s, ha avuto negli ultimi anni. Un aggiornamento poco frequente del sistema di classificazione e una sua gestione solo parziale come strumento di programmazione, che non sia di solo contenimento della spesa, ha messo a rischio la qualità stessa della sua fonte informativa e dei dati per le altre finalità primarie alla base dell’introduzione della SDO come quelle propedeutiche a una valutazione del rischio clinico e al calcolo di indicatori di appropriatezza e di qualità dell’assistenza erogata.

Figura 1. Trend numero medio diagnosi e procedure compilate.



4. Le infezioni correlate all’assistenza (ICA)

Prendiamo quale esempio di qualità del dato quello relativo agli eventi avversi e più precisamente quello relativo alle infezioni correlate all’assistenza dall’*European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC) come uno dei problemi che rappresentano un pericolo significativo per la salute pubblica e che richiedono interventi specifici. Negli anni 2011-2012 è stato quindi condotto il primo vero e proprio studio europeo di prevalenza puntuale delle ICA, ripetuto 5 anni dopo per valutare l’andamento. Il primo studio ha riportato un tasso di infezioni correlate all’assistenza (infezione comparsa dopo 48 ore dal ricovero in ospedale o presente al ricovero in un paziente trasferito da un altro ospedale per acuti) pari al 6,3% e le infezioni più frequentemente riportate erano respiratorie (24.1%), urinarie (20.8%), infezioni del sito chirurgico (16.2%), batteriemie (15.8%).

Il campione finale sul territorio italiano è stato di 14.773 pazienti arruolati in 56 ospedali (tutte le Regioni hanno partecipato tranne la Basilicata) e gli ospedali del campione rappresentano il 12,6% delle giornate di degenza in Italia (considerata buona per esprimere il panorama nazionale). L'età media dei pazienti era 61 anni, la durata media degenza di 11,7 giorni (molto influenzata da reparti di Riabilitazione e Lungodegenza) e il 33% del campione era stato sottoposto a intervento chirurgico durante il ricovero. La prevalenza di pazienti con almeno un'infezione correlata all'assistenza è dell'8.0% che, escludendo i pazienti con infezioni non correlate all'ospedale in esame, si attesta a 6.9%.

Le localizzazioni principali di infezioni sono state respiratorie nel 23.5%, batteriemie nel 18.3%, urinarie nel 18% e infezioni del sito chirurgico nel 14.4% dei casi. In Italia il tasso di prevalenza ICA passa dal 6.3% del 2013 al 8.0% attuale – segnando un drastico peggioramento del +27% –. Studi nazionali di sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico hanno restituito dati comparabili misurando un tasso di incidenza superiore al 2% con circa il 60% delle evidenze di infezioni diagnosticate dopo la dimissione del paziente e dunque non presente nella SDO. Da questi studi si evidenzia che le infezioni del sito chirurgico sono presenti in media in circa 1% dei ricoveri.

Tabella 2. Indicatori di rischio clinico.

REGIONE	Infezioni dovute a cure mediche (per 100.000 dimissioni) (1)	Embolia polmonare o DVT post chirurgiche (per 100.000 dimissioni) (2)	Infezioni post-chirurgiche (per 100.000 dimissioni) (3)	Traumi ostetrici in parto naturale con ausilio di strumenti (per 100.000 dimissioni) (4)	Traumi ostetrici in parto naturale senza ausilio di strumenti (per 100.000 dimissioni) (4)
Piemonte	25,48	108,47	218,82	2.578,13	720,62
Valle d'Aosta	-	149,73	560,22	-	879,12
Lombardia	20,16	142,13	300,41	2.346,94	748,57
P.A. Bolzano	2,19	119,65	144,60	4.166,67	906,58
P.A. Trento	2,70	102,22	295,06	4.629,63	1.943,95
Veneto	16,30	201,40	273,28	3.542,09	1.298,78
Friuli V.G.	3,57	160,47	263,60	4.095,56	1.333,50
Liguria	14,02	206,31	454,89	1.767,68	843,01
Emilia Romagna	19,64	170,02	416,69	6.455,70	1.101,73
Toscana	8,24	200,35	199,71	2.658,05	846,95
Umbria	5,80	266,31	267,85	3.688,52	934,42
Marche	8,89	178,30	121,33	1.600,00	2.662,81
Lazio	9,56	144,21	211,55	647,02	497,45
Abruzzo	10,28	124,18	70,76	2.068,97	882,95
Molise	-	73,84	118,84	4.166,67	726,83
Campania	7,29	89,88	106,70	1.694,92	370,04
Puglia	3,43	128,19	147,76	5.224,96	524,86
Basilicata	5,38	73,57	149,03	3.508,77	954,59
Calabria	9,47	101,88	243,29	5.777,78	847,53
Sicilia	7,27	143,15	130,56	2.083,33	747,86
Sardegna	4,38	118,21	128,07	875,27	460,77
ITALIA	12,39	148,11	233,07	2.988,02	822,07

(1) OECD Patient Safety Indicators - PSI 7. Dimissioni in Regime ordinario con diagnosi secondarie di Infezioni dovute a cure mediche (codici ICD-9-CM 996.62, 999.3) sul totale dei dimessi. Esclusi i pazienti con diagnosi di stato immunocompromesso o cancro o con diagnosi principale di Infezioni dovute a cure mediche, con degenza < 2 giorni, con età < 18 anni, a meno che non abbiano associato MDC 14.

(2) OECD Patient Safety Indicators - PSI 12. Dimissioni in Regime ordinario con diagnosi secondarie di "Embolia polmonare" o "Trombosi venosa profonda" (codici ICD-9-CM 415.1*, 451.11-451.81, 451.9, 453.8, 453.9) sul totale dei dimessi chirurgici. Esclusi i pazienti con età < 18 anni, con MDC 14 o con unico intervento di "Interruzione di vena cava" (codice ICD-9-CM 38.7).

(3) OECD Patient Safety Indicators - PSI 13. Dimissioni in Regime ordinario con diagnosi secondarie di Infezione post-chirurgica (codici ICD-9-CM 038.**; 785.52, 785.59, 995.91, 995.92, 998.0) sul totale degli interventi chirurgici programmati. Esclusi i pazienti con diagnosi principale di infezione, con diagnosi principale o secondarie di stato immunocompromesso o cancro, con MDC 14, con degenza < 4 giorni, con età < 18 anni.

(4) OECD Patient Safety Indicators - PSI 18 e PSI 19. Dimissioni in Regime ordinario con diagnosi principale o secondaria di "Trauma ostetrico" (codici ICD-9-CM 664.20-664.34) o con intervento principale o secondario correlato a "Trauma ostetrico" (codici ICD-9-CM 75.50-75.62) sul totale dei dimessi per parto naturale con e senza uso di strumento (codici ICD-9-CM di diagnosi V27.** e di procedura 72.0-72.51, 72.53, 72.6-72.9).

I dati di infezioni post chirurgiche presenti nelle SDO (Tabella 2), si attestano nel 2016 a livello nazionale allo 0.23% con un valore massimo dello 0.56% in Val d'Aosta e un

valore minimo del 0.07% in Molise; percentuali nettamente inferiori a quelle evidenziate dagli studi di prevalenza e incidenza sottostimando un fenomeno rilevante in ambito ospedaliero. La mancanza del dato causa una difficoltà oggettiva non solo a prendere una decisione per l'implementazione di un programma di prevenzione ma non rende neanche possibile misurare i miglioramenti generati con un notevole impatto economico sul sistema e un rilevante impatto sulla qualità dell'assistenza per il paziente.

5. Misurare e conoscere per decidere

Come suole ripetere il padre degli studi sulla strategia d'azienda, Peter Drucker, «strategy is a commodity, execution is an art». Dunque il compito principale del *management* – in un'azienda sanitaria così come per altri settori – non è tanto quello di esercitarsi su scenari strategici quanto quello di decidere e di implementare, di portare avanti le proprie decisioni. Ma per decidere in modo consapevole occorre conoscere. E per conoscere occorre misurare. Nell'articolo *Toward healthier hospitals* un altro guru degli studi di *management* come Henry Mintzberg (1997), identifica tra le dodici *issues* che il *management* sanitario si trova a dover affrontare quella della *selectivity*. Scrive l'autore:

A well-informed board member can be very useful. But a partially informed one-especially a selectively informed one can be a dangerous thing. In any event, aside from financial figures that concentrate on input resources rather than output results, hospitals tend to be short of formal information. So the informal necessarily gets emphasized. The problem, of course, is to ensure the reliability of this kind of information.

Dunque il *top management* si trova a dover decidere in asimmetria informativa, con un processo di supporto alle decisioni basato a volte su stime e congetture più che su dati certi. Il dato clinico è spesso frammentato, alimentato da supporti e software differenti, che a fatica si integrano e dialogano con gli applicativi e i database amministrativi. Il focus poi non si pone solo sui dati, quanto più sulle informazioni. Informazioni per quale tipo di finalità, per quale tipo di decisione? Ed è qui che si apre il grande gap tra informazioni e decisioni che derivano dalla misurazione amministrativa, quella tipica dei DRG's e dei sistemi di rimborso, e informazioni e decisioni utili per la decisione clinica. Come scrive Porter nel 2007 su «JAMA» «results and risk-adjusted outcomes and costs must be measured. If physicians fail to lead these changes, they will inevitably face ever-increasing administrative control of medicine». Da qui la grande sfida per la misurazione, che deve evolvere dalla misurazione del volume e dei flussi delle prestazioni erogate, degli *input* del processo, alla misurazione degli *outcome*, del ciclo di cura, del valore creato al paziente dall'intera catena del valore sanitario. Occorre quindi ricomporre i *silos* organizzativi funzionali secondo una logica di flusso, di processo. Occorre riorganizzare i flussi, le attività, i sistemi manageriali attorno alle condizioni di salute e mediche del paziente e dunque al suo bisogno di presa in carico. L'attuale organizzazione sanitaria articolata per funzioni, per specializzazioni dei medici, per valorizzazione amministrativa delle prestazioni, difficilmente può scostarsi appieno dalla tendenza ad 'amministrare il paziente', dunque privi-

legiando confini normativi, regionali, aziendali e amministrativi, rispetto a una dinamica del bisogno che si propone come unica, multidimensionale e proteiforme, dunque per definizione non classificabile in rigide categorie e codifiche di remunerazione e rimborso della spesa sanitaria. D'altra parte dovrebbe essere oramai noto che «in sanità il miglior prezzo, la miglior tariffa, non sempre coincide con la minor spesa», così come a volte «lo spendere meglio, può coniugarsi con lo spendere meno».

6. Conclusioni

Gli elementi trattati nei paragrafi precedenti consentono di prefigurare uno scenario prossimo futuro – ma già attuale – caratterizzato dall'evidenziarsi in maniera sempre più chiara della necessità che le organizzazioni sanitarie ripensino radicalmente alla modalità di rappresentazione del loro operato assumendo i principi di accuratezza e completezza quali principali *driver* della rendicontazione finalizzata non solo a garantire il riconoscimento puntuale delle risorse impiegate ma anche della adeguatezza e appropriatezza degli interventi erogati e, con ciò, della qualità globale della prestazione fornita.

Il sistema dei DRG's utilizzato per il finanziamento mutuava una analisi del consumo delle risorse che oggi si rivela inadatta a rappresentare realmente quanto è stato l'impegno dell'organizzazione per il raggiungimento dell'obiettivo di salute nello specifico caso e, come già detto, la stessa caratterizzazione dei pazienti è fortemente evoluta verso la pluripatologia e la 'lettura' del percorso diagnostico-terapeutico con 'l'occhiale' di un tempo risulta penalizzante e foriero di sottostima.

D'altro canto l'attribuire all'ultimo 'attore' della filiera – leggi estensore della SDO – la responsabilità e l'onere di certificare e rappresentare l'insieme dettagliato delle azioni condotte e, conseguentemente, delle risorse impegnate facilmente induce una 'ipo-descrizione' figlia certamente anche della complessa sistematizzazione e certificazione di quanto effettivamente operato – si pensi al ritardo delle organizzazioni nell'adozione di strumenti informatici per la registrazione esperta degli eventi clinici, ovvero cartelle cliniche informatizzate in grado di dialogare efficacemente con l'insieme dei sistemi tecnologici che oggi presidiano le differenti fasi del percorso di cura – come anche della ormai esasperata iperspecializzazione che, proprio in occasione di pluripatologie, determina interventi a 'più mani' nel percorso di cura dei pazienti con conseguente difficoltà del singolo specialista a reperire nella documentazione tutti gli elementi meritevoli di essere evidenziati quali significativi momenti del percorso svolto dal paziente.

La SDO, idealmente sintesi estrema del processo di cura, rischia di essere la 'Waterloo' del percorso di riconoscimento generando insoddisfazione ma, soprattutto, compromettendo la sostenibilità dell'organizzazione stessa ingenerando pericolose e poco etiche elucubrazioni in ordine al costo della qualità.

Ecco che si evidenzia l'opportunità di rivedere i 'meccanismi' culturali, oltre che operativi, che sostengono il processo di attestazione di quanto effettuato a beneficio del percorso di cura virtualizzando il processo per operare una crescita all'interno della singola organizzazione che consenta di derivare una omogeneizzazione dei comportamenti e la possibilità di agire momenti di revisione critica dell'operatività delle équipe allineando gli

operatori a una *best practice* riconosciuta e condivisa per la gestione del caso che diviene essa stessa ‘menabò’ dell’attività di registrazione e, in fine, di rendicontazione. Il contributo di un siffatto processo potrebbe addirittura essere sfruttato nell’imminenza della necessità di revisione dei DRG’s, proponendo un approccio *bottom-up* operatore-centrico in luogo della revisione *ex-post* di gruppi la cui reale uniformità è oggetto di vivaci quanto infruttuose critiche.

Da qui deriva la possibilità di verificare con maggiore facilità ed efficacia la completezza della documentazione sanitaria prodotta realizzando il collegamento tra verifica di congruenza e verifica di qualità dei processi gestiti che esiterà nella possibilità di collegare i risultati ottenuti (*outcome*) agli sforzi (risorse impiegate ed esigibili) compiuti per raggiungerli.

Si sta così ipotizzando un processo che, agito nel microcosmo dell’attività sul singolo caso nella singola Unità Operativa, porta a una verifica del potenziale espresso – risorse e risultati – dall’Unità Operativa nella sua interezza e giunge ad amplificarsi ed estendersi sino all’ambito macro dell’organizzazione nel suo insieme di Unità Operative.

Un ‘cruscotto’ in grado di fornire così chiare indicazioni consentirebbe al manager, sia esso direttore della Struttura che direttore generale, di esercitare al meglio e, soprattutto scientemente, la propria funzione direzionale, ovvero di assumere decisioni in ragione degli elementi che ha potuto compiutamente analizzare.

Riferimento bibliografici

- Fiaso e Eli Lilly (a cura di) (2011), *Innovazione continua per la sostenibilità e l’efficienza in sanità*, Edizioni FORUM PA.
- Ministero della Sanità (1995), *Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*, DM 14 dicembre 1994, G.U. 24 dicembre 1994.
- Ministero della Salute (2016), *Piano nazionale della cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano*.
- Mintzberg H. (1997), *Toward Healthier Hospitals*, «Health Care Management Review Issue», 22 (4), Fall 1997, pp 9-18.
- Porter M. (2007), *How physicians can change the future of health care*, «JAMA», 297 (10), pp. 1103-1111.
- Regione Lombardia (2017), *Flussi informativi connessi all’erogazione delle prestazioni sanitarie*, D.g.r. n. X/7503, 11 dicembre 2017.
- World Health Organization (2012), *Resolution EUR/RC 61/R3 on the action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2012–2016*, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2016), *Action Plan for prevention and control of non-communicable diseases 2012-2016*, WHO Regional Office for Europe.

Health care management and the Governance of complexity

Edited by Pietro Previtali

Abstract in English

The book is founded on the collaboration between University of Pavia and a group of top managers in Lombardy Healthcare Organizations, developed through an advanced course of management. In particular, the book starts by Peter Drucker's well known statement "Strategy is a commodity, execution is an art", by defining how it is difficult to develop an efficient decision making process, in a sector – such as the health care system – characterised by a high level of complexity and by hyper-regulation. The book is based on case studies and real life experiences of management, with the aim to provide a useful support to development of advanced management programmes in healthcare sector.

Pietro Previtali is Rector's Delegate for Human Resources management and Associate Professor of Business Organization at the Department of Economics and Management Sciences, University of Pavia. He teaches and conducts research on public organization and management and on the managerial issues surrounding compliance and the introduction of information technologies in public agencies and private companies.

E-mail: pietro.previtali@unipv.it

