

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2010**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliere-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

Elena Cantù si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È *coordinatrice di OASI*.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer
Ingelheim**



www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2010

a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

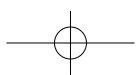
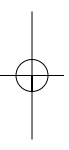
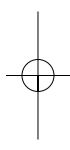
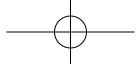
Elena Cantù

SDA Bocconi



CERGAS
CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 **Egea**



6 I Piani di Rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa¹

di Corrado Cuccurullo, Francesca Ferrè e Federico Lega²

6.1 Introduzione

I piani di rientro (PdR) sono gli strumenti attraverso cui le regioni, che presentano *deficit* sanitari strutturali, stabiliscono, di concerto con i Ministeri della Salute e dell'Economia, gli obiettivi e le azioni strategiche finalizzate al recupero dell'equilibrio finanziario e alla rimozione delle determinanti strutturali del disequilibrio.

Interessano, oggi, otto delle ventuno regioni italiane³, prevalentemente nel Centro-Sud, rappresentando oltre il 40 per cento della popolazione nazionale, ed esiste la ragionevole presunzione che nel prossimo futuro possano riguardare anche altri SSR, mutando, nei fatti, la loro natura da strumenti straordinari di pianificazione a strumenti ordinari. Ciò è già sufficiente a rivelare l'attualità del tema dal punto di vista scientifico, politico e professionale, senonché, a distanza di circa tre anni dalla loro introduzione, appare necessaria anche una riflessione critica. Infatti, da un lato, i piani hanno comportato apprezzabili risultati in termini di rallentamento della crescita della spesa per le regioni interessate, dall'altro non sono state capaci di incidere sulla modifica delle determinanti critiche dei *deficit*. Si tratta dunque di una procedura istituzionale molto costosa, che sembra non produrre esiti in linea con le attese.

L'indagine dei PdR, dal punto di vista strettamente concettuale pone rilevanti domande. Esiste, prima di tutto, una questione che non è meramente formale,

¹ Gli autori ringraziano Francesco Longo per il continuo sostegno nella progettazione ed impostazione concettuale e metodologica di questa ricerca, nonché i numerosi esperti tecnici e dirigenti regionali intervistati che hanno contribuito, con le loro testimonianze, ad arricchire l'analisi.

² Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 6.1, 6.2, 6.3, 6.3.1, 6.3.3, e 6.3.4 sono da attribuirsi a Corrado Cuccurullo; i §§ 6.3.2 e 6.4 a Francesca Ferrè; il § 6.5 congiuntamente a Corrado Cuccurullo e Francesca Ferrè; il § 6.6 a Federico Lega.

³ Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sardegna e Sicilia. Nel corso del 2010, la Regione Liguria potrebbe uscire (a seguito di apposita verifica) dallo schema dei PdR, mentre dovrebbero entrare Puglia, Piemonte e, con riserva, Basilicata.

ma sostanziale: sono, in prevalenza, piani per ristabilire l'equilibrio finanziario (*recovery plan*) oppure piani che definiscono gli interventi per agire concretamente sulle cause strutturali dei *deficit* (*turnaround plan*)? In secondo luogo, l'analisi dei PdR, e quindi della pianificazione nei contesti pubblici, potrebbe colmare alcune lacune ancora presenti negli studi di strategia aziendale, specie nella comprensione della complessa interazione dinamica tra contenuti e processi in contesti interistituzionali e plurilivello che, per il loro grado di complessità, costituiscono validi laboratori per l'osservazione e l'analisi critica delle pratiche strategiche (Cuccurullo e Lega, 2010).

In termini di rilevanza pratica, sembra opportuno segnalare che il progressivo aumento della complessità e della rilevanza del settore sanitario implica un'altrettanto crescente necessità di soggetti con maggiori competenze di governo strategico, che sappiano usare, con consapevolezza e capacità, logiche e strumenti di pianificazione strategica, chiaramente adeguati alle peculiarità del settore e delle aziende sanitarie. Lo studio dei PdR può fare emergere dalla realtà utili indicazioni per il riorientamento delle attività di ricerca e di formazione sulle logiche e gli strumenti di strategia aziendale nel settore sanitario.

6.2 Obiettivo e metodi

Oggetto del presente lavoro è un'indagine esplorativa sulla struttura, i contenuti e i processi di elaborazione ed implementazione dei PdR, valutati alla luce dei contesti in cui si applicano. L'approccio è di tipo economico-aziendale e, quindi, complementare agli studi che altre discipline cominciano a sviluppare sul tema⁴. L'unità di indagine è costituita dai piani di rientro delle tre Regioni i cui disavanzi sono «i più rilevanti per dimensione e che paiono per molti aspetti rappresentativi della storia recente della finanza della sanità italiana»⁵: Campania, Lazio e Sicilia. Come evidenziato nella Tabella 6.1, le tre Regioni presentano la situazione più critica rispetto al debito cumulato e per il 2009 determinano da sole oltre il 70 per cento del *deficit* sanitario nazionale.

Nella disamina proposta in questo capitolo, si sono utilizzate varie tecniche di indagine: osservazioni di *meeting* a vario livello; interviste strutturate e semi-strutturate ad attori chiave e colloqui informali; rassegne di documenti ufficiali, *report* confidenziali, *draft* delle riunioni, analisi e proiezioni delle maggiori azioni strategiche. L'uso di tecniche e fonti multiple riduce i *bias* potenziali derivanti dall'uso di una singola fonte (Eisenhardt, 1989) ed amplia il patrimonio infor-

⁴ Si segnalano altri due studi di impostazione economico-aziendale sul tema: Fiorani e Mene-guzzo (2008), Tediosi e Paradiso (2008).

⁵ Presentazione Rapporto ISAE 2008.

Tabella 6.1 Dimensione dei disavanzi delle Regioni interessate dal piano di rientro

Regioni	Disavanzi Cumulati 2001-2009 (ml €)	Disavanzo 2009 (ml €)	Disavanzo pro-capite 2009 (€)	Contributo al disavanzo sanitario nazionale 2009 (%)
Abruzzo	1.237,00	49,00	36,71	1,50%
Calabria	1.131,00	222,00	110,52	6,81%
Campania	7.962,00	725,00	124,72	22,24%
Liguria	1.204,00	100,00	61,92	3,07%
Molise	580,00	72,00	224,44	2,21%
Lazio	12.320,00	1.372,00	243,84	42,09%
Sardegna	1.467,00	193,00	115,50	5,92%
Sicilia	4.335,00	233,00	46,25	7,15%
Disavanzo totale Regioni con PdR	30.236,00	2.966,00	126,60	90,98%
Disavanzo totale Regioni senza PdR	5.546,00	294,00	8,03	9,02%
Disavanzo SSN	35.782,00	3.260,00*	54,29	100,00%

*di cui: 891,94 milioni di euro (disavanzo a carico dello Stato coperto con appositi fondi L.296/06 art.1,c.796, lett. b e art.1, c.270); e2.364,64 milioni di euro (disavanzo a carico delle Regioni)

Fonte: Rielaborazione dati RGSEP 2009

mativo necessario per sviluppare una ragionevole rappresentazione olistica dell'oggetto di indagine (Pettigrew, 1990). Il materiale documentale è stato analizzato identificando un set di temi ricorrenti relativi ai contenuti ed ai processi utilizzati. Per evitare erranee interpretazioni dei dati e ridurre i possibili *bias* è stata utilizzata anche la validazione da parte degli intervistati e di altri soggetti chiave: i *draft* di analisi sono stati inviati a questi attori per ricevere dei commenti che sono stati integrati, in seguito, nell'analisi.

Il capitolo segue con una serie di riflessioni, supportate da riscontri empirici, sulla natura e valenza dei PdR, nonché sui loro contenuti, sui processi e sui contesti; prosegue con un'analisi sulla potenziale efficacia dei piani; e termina con alcune questioni critiche su ciascuno degli elementi oggetto di indagine, che sono discusse con le conseguenti implicazioni per la ricerca e la pratica.

6.3 I Piani di Rientro: contenuti, processi, contesti

La pianificazione strategica sembrava oramai definitivamente seppellita sotto le numerose e violente critiche che Henry Mintzberg aveva sintetizzato nel suo «Ascesa e Declino della Pianificazione Strategica» (1994). Da quel momento in

poi la ricerca si è orientata verso approcci olistici⁶, ritenendo che la pratica strategica avesse realmente abbandonato le forme analitico-razionali della pianificazione classica. Questa tendenza ha interessato, *mutatis mutandi*, anche le aziende pubbliche e le aziende sanitarie, chiamate non più a realizzare quanto pianificato da soggetti sovraordinati, ma ad interpretare e riempire in autonomia un proprio spazio strategico (Del Vecchio, 1995) all'interno di mercati simulati⁷.

Come recentemente dimostrato, la pianificazione strategica non è mai concretamente scomparsa, anzi è rimasta un pilastro fondamentale dei sistemi operativi aziendali (Ocasio e Joseph, 2008; Rigby, 2005), specie per le aziende intensamente complesse dal punto di vista strategico ed organizzativo, anche se in forme, scopi e semantica decisamente innovati per imprimere maggiore enfasi alla funzione di coordinamento e comunicazione tra centri decisionali diversi (Grant, 2003). Similmente è avvenuto anche nel contesto sanitario, con l'emergere – a partire dal 2001 – di neocentralismi regionali (Cuccurullo e Meneguzzo, 2005), che hanno, formalmente, sostituito il centralismo ministeriale, e, sostanzialmente, consentito ad alcuni SSR di governare efficacemente i propri sistemi⁸.

Il ritorno della pianificazione strategica classica, ovvero l'induzione prescrittiva di indirizzi strategici dall'alto che soggetti operativi, quali le aziende sanitarie, devono realizzare, non è dunque né un fenomeno nuovo, né tantomeno sorprendente e neanche specifico del settore sanitario: i PdR sono criti-

⁶ Si fa riferimento a processi meno razionali e più partecipativi ed emergenti e a contenuti meno formali ed articolati.

⁷ Il riferimento è ai quasi-mercati, in cui una pluralità di erogatori – pubblici e privati – in competizione diretta, offrono servizi ad utenti che possono sceglierli in modo autonomo. Il prezzo del servizio è corrisposto dall'ente pubblico che segue la scelta dell'utente. Sul tema si vedano, in generale, Ferlie, Ashburner, Fitzgerald e Pettigrew (1996), Bartlett e Le Grand (1993). Con riferimento al settore sanitario si rinvia ai contributi di autori come Ferlie e Pettigrew (1996); Paton et al. (1998); Flynn e Williams (1997); Sullivan e Skelcher (2002).

⁸ In Italia, così come in Europa, è prevalso storicamente un modello normativo formale e la pianificazione strategica nelle aziende pubbliche è sempre stata finalizzata a realizzare obiettivi definiti da soggetti sovraordinati. La finalità della strategia in questi Paesi è fornire alle aziende pubbliche un'identità basata sulle funzioni assegnate e provvedere al necessario controllo (Cuccurullo, 2006). Inoltre, si veda al proposito l'indagine pubblicata dal Censis e dalla Fondazione Farmafactoring nel 2009 per la Fondazione Farmafactoring dal titolo «Sanità in controllo» che identifica ed analizza i modelli dei SSR:

1. il modello della holding imperfetta del Veneto, in cui la Regione e la Segreteria Regionale svolgono un ruolo incisivo nell'orientamento strategico delle aziende;
2. il modello della poliarchia compatta della Toscana, in cui una pluralità di soggetti aziendali opera attraverso la condivisione di una visione comune della sanità ed una forte azione regolatoria della Regione;
3. il modello bipolare delle Marche in cui emerge un equilibrio tra la Regione e l'Azienda Sanitaria Unica Regionale;
4. il modello gerarchico delle Regioni Meridionali, ovvero della costruzione dell'aziendalizzazione dall'alto.

cabili, in ottica economico-aziendale, in quanto evidente limitazione della sovranità regionale e dell'autonomia aziendale – un ritorno a logiche accentrate di *command e control* – ma possono intendersi, in chiave manageriale e non burocratica, anche come favorevole terreno per una positiva quanto necessaria collaborazione tra diversi soggetti istituzionali ed aziendali all'interno di una visione della Pubblica Amministrazione come «insieme di istituti (...) connessi da relazioni di varia intensità ma dotati di reciproca autonomia» (Rebora e Meneguzzo, 1990: 2). In questo secondo caso i PdR sono propriamente strumenti di coordinamento, collaborazione e confronto, in linea con quanto oggi effettivamente è il ruolo della pianificazione strategica anche nelle imprese, tanto in una logica verticale e alquanto classica – che si fonda sulla responsabilità istituzionale di vari soggetti istituzionali, come ad esempio è la condizione di accesso delle regioni a risorse aggiuntive stanziare dai Ministeri – quanto in una logica orizzontale ed innovativa, come nel caso del tutoraggio tecnico dei due Ministeri e dell'AGeNAS (Agenzia per i servizi Sanitari Regionali), dell'*advisoring*, della *partnership* con regioni «virtuose». I PdR, almeno dal punto di vista formale, non sono, quindi, solo strumenti di controllo amministrativo, di pianificazione razionale gerarchica⁹, ma anche strumenti di confronto, discussione ed apprendimento, per i decisori regionali innanzitutto, sul processo strategico.

Il fine dei PdR è ristabilire un equilibrio economico-finanziario dei SSR¹⁰, incidendo sulle cause strutturali, attraverso il rafforzamento delle capacità politiche ed amministrative dei decisori regionali, attraverso la diffusione di *best practice* ed emulazioni delle migliori procedure amministrative. E proprio in ciò si nota il più evidente limite dei PdR, nello scollamento tra le finalità intrinseche dello strumento e la sua sostanza, che è squisitamente normativa-burocratica, in quanto dà per scontato che gli adempimenti amministrativi determinino automaticamente effetti positivi, prescindendo dalle peculiarità dei contesti a cui si applicano.

6.3.1 L'intrinseca incoerenza della natura dei PdR

Obiettivo dell'analisi del contenuto è, in primo luogo, comprendere se ed in quale misura i piani possano essere interpretati come strumenti di gestione del *turnaround* – vale a dire se, per grado di approfondimento dei contenuti, articolazione delle strategie d'azione programmate ed indicazione degli stru-

⁹ La pianificazione razionale gerarchica si fonda sulla traduzione di obiettivi strategici in obiettivi operativi attraverso la disarticolazione dei medesimi per la gerarchia organizzativa sottostante, ovvero una riformulazione degli obiettivi «a cascata» che permette di allineare l'attività delle diverse strutture organizzative e dei loro responsabili agli obiettivi generali d'azienda.

¹⁰ L'art. 8 dell'Intesa Stato- Regioni del 23 marzo 2005 definisce i PdR come «interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto di livelli essenziali di assistenza».

menti e modalità di gestione del cambiamento, costituiscano dei piani di effettivo riequilibrio e riqualificazione dei SSR. O, alternativamente e più limitatamente, si configurino come *recovery plan*, la cui finalità, quasi esclusiva, è il ristabilimento in tempi urgenti di una situazione di grave indebitamento, di incapacità a far fronte in modo continuativo ai propri impegni. Questa seconda interpretazione privilegia una logica squisitamente finanziaria, che vede prevalere contenuti orientati ad azioni di razionalizzazione, di ridimensionamento o riduzione dei servizi limitati al miglioramento nel breve periodo della gestione operativa.

Un esempio di PdR che, nella sostanza, è riconducibile ad un *recovery plan* è il piano 2006-2008 della Campania, fondato (i) sulla riduzione delle varie componenti di costo di ciascuna azienda pubblica, pari al 18,5 % di quanto speso nel 2004¹¹ e (ii) sulla costituzione di una società veicolo, interamente pubblica – la SoReSa SpA – per gestire un'operazione di cartolarizzazione allo scopo di ridurre il debito pregresso. Nel contempo, le ASL, liberate dal peso della posizione debitoria e con obiettivi chiari e specifici di contenimento delle singole componenti di costo, sono state affidate (quasi tutte) a nuovi direttori generali. Al termine del 2008, la regione, in considerazione degli scarsi risultati ottenuti dalla manovra, ha provveduto ad un intervento strutturale di riduzione delle ASL e di riorganizzazione della rete ospedaliera¹², che tuttavia, ad oggi, non è stato in grado di migliorare la solvibilità delle aziende (Riquadro 6.1 e Riquadro 6.2).

Il principale limite del contenuto del PdR campano è costituito dalla definizione di obiettivi alquanto uniformi per tutte le aziende sanitarie pubbliche che non tengono conto della specificità delle medesime, né del grado di rigidi,

Riquadro 6.1 **Il caso del mancato pagamento degli stipendi dell'ASL Napoli 1 e forme estreme di protesta**

Nell'aprile del 2010 l'ASL Napoli 1, a seguito del pignoramento da parte dei creditori degli anticipi di cassa che consentivano di pagare gli stipendi, non è stata in grado di rispettare gli impegni con i propri dipendenti.

I sindacati hanno occupato la direzione dell'azienda, ma le agitazioni erano diffuse in tutti i presidi aziendali con forme di protesta estrema e singolare come il caso dell'infermiera professionale dell'ospedale San Paolo di Napoli che aveva protestato donando 150 millilitri di sangue per tre giorni consecutivi. Una protesta singolare terminata nel modo più tragico con la morte della donna il 13 maggio¹³.

¹¹ Si vedano al proposito la DGR 1843/2005 e Legge Finanziaria Regionale 2006.

¹² Il riferimento è alla LR 48/2008 recante Misure urgenti per la riqualificazione e la razionalizzazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo.

¹³ Corriere del Mezzogiorno, 14 maggio 2010.

Riquadro 6.2 **Assenza di gestione del cambiamento ed esiti controintuitivi della manovra: il paradosso della riduzione delle ASL Campane**

Nel novembre del 2008, quasi al termine del triennio previsto dal PdR 2006-2008, la Regione Campania vara un piano di riordino ospedaliero che riduce le ASL da 13 a 7, tutte, ad eccezione di Napoli, con un bacino provinciale. Lo scopo è di aumentare la capacità di governabilità del SSR e di rendere più agevole la riorganizzazione della rete ospedaliera sulla base del principio dell'autosufficienza provinciale.

Nel marzo del 2009 la Regione nomina i commissari ad acta per operare l'integrazione organizzativa tra le ASL. A distanza di diciotto mesi, tuttavia, l'integrazione non è stata portata a termine a causa di mancati interventi sul piano macro e micro organizzativo. In altre parole, una vera gestione del cambiamento non è mai stata realizzata, con il paradosso che le attuali ASL risultino soggetti soltanto maggiormente complessi sotto il profilo strategico ed organizzativo rispetto alle precedenti aziende e non siano in grado né di integrarsi né di garantire un miglior governo del sistema.

tà della struttura dei costi, così come della difficoltà di contenimento di alcune componenti economiche come il costo del personale, pur in presenza del blocco del *turnover*. È era pensato di poter governare la convergenza all'equilibrio economico e finanziario attraverso il contenimento dei costi delle singole aziende, e non invece, come più tardi maturato, spostando l'enfasi sulla *performance* del sistema e sottolineando la rilevanza delle interdipendenze tra le aziende¹⁴ e delle politiche di coordinamento. Per avere idea del fallimento di un piano di rientro siffatto basta avere evidenza del grado di raggiungimento degli obiettivi di contenimento dei costi da parte delle aziende sanitarie campane (Tabella 6.2 e Tabella 6.3), da cui emerge che: (i) nessuna azienda è stata in grado di conseguire in toto i risultati attesi; (ii) le maggiori difficoltà si sono riscontrate proprio sulle componenti economiche più rigide come il costo del personale; (iii) paradossalmente è stato più agevole conseguire gli obiettivi di contenimento su componenti economiche non monetarie (gli ammortamenti ad esempio) o su componenti economiche estranee alla gestione caratteristica (oneri e proventi straordinari ad esempio); (iv) il miglioramento visibile per entrambi le classi aziendali nel 2007 è il risultato di una riduzione degli obiettivi di rientro a seguito di un intervento deliberativo della Giunta Regionale e non il reale frutto di una maggiore capacità di controllo da parte delle aziende.

Il processo di *turnaround*, diversamente dal *recovery plan*, compendia l'insieme di strategie ed azioni deliberate per risolvere le cause sottostanti ad una duratura ed insoddisfacente *performance* della gestione (Boyne, 2006), finalizzate a ristabilire un livello di risultati soddisfacente (Walshe et al., 2004). In genere, i processi di *turnaround* si compongono delle seguenti fasi:

¹⁴ Il riferimento è a logiche collaborative e di rete, per la ricerca di:

- economie di scala (soprattutto sul versante amministrativo);
- sinergie tra unità progressivamente specializzate e quindi potenzialmente complementari (soprattutto sul versante clinico).

Tabella 6.2 **Raggiungimento degli obiettivi del PdR da parte delle ASL campane (2006 e 2007)****

COSTI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2006													
Beni Sanitari (consumi)													
Beni non Sanitari (consumi)													
Servizi Sanitari													
Servizi non Sanitari													
Totale Beni & Servizi													
Personale del Ruolo Sanitario													
Personale dei Ruoli Prof., Tecn. ed Amministrativo													
Totale Personale													
Medicina di base													
Farmaceutica Convenzionata													
Assistenza da Enti Pubblici (Policlinici e IRCCS)													
Assistenza Specialistica Esterna													
Assistenza Riabilitativa Esterna													
Assistenza Integrativa e Protesica Esterna													
Assistenza Ospedaliera Esterna													
Altra Assistenza Esterna													
Totale Prestazioni Sanitarie acquistate da terzi													
Ammortamenti (al netto dei costi capitalizzati)													
Altri Costi													
Totale Costi della produzione													
Proventi (+) Oneri (-) Finanziari Netti													
Proventi (+) Oneri (-) Straordinari													
Imposte e Tasse													
TOTALE COSTI													
2007													
Beni non Sanitari (consumi)													
Servizi Sanitari													
Servizi non Sanitari													
Totale Beni & Servizi													
Personale del Ruolo Sanitario													
Personale dei Ruoli Prof., Tecn. ed Amministrativo													
Totale Personale													
Medicina di base*													
Farmaceutica Convenzionata*													
Assistenza Specialistica Esterna*													
Assistenza Riabilitativa Esterna*													
Assistenza Integrativa e Protesica Esterna*													
Assistenza Ospedaliera Esterna*													
Altra Assistenza Esterna*													
Totale Prestazioni Sanitarie acquistate da terzi													
Ammortamenti (al netto dei costi capitalizzati)													
Altri Costi													
Totale Costi della produzione													
Proventi (+) Oneri (-) Finanziari Netti													
Proventi (+) Oneri (-) Straordinari													
Imposte e Tasse													
TOTALE COSTI													

*Al netto della mobilità intraregionale

**In grigio si evidenzia il mancato raggiungimento dell'obiettivo

Tabella 6.3 **Raggiungimento degli obiettivi del PdR da parte delle AO, dell'IRCCS e delle AOU campane (2006 e 2007)***

COSTI	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M
2006											
Beni Sanitari (consumi)											
Beni non Sanitari (consumi)											
Servizi Sanitari											
Servizi non Sanitari											
Totale Beni & Servizi											
Personale del Ruolo Sanitario											
Personale dei Ruoli Prof., Tecn. ed Amministrativo											
Totale Personale											
Ammortamenti (al netto dei costi capitalizzati)											
Altri Costi											
Totale Costi della produzione											
Proventi (+) Oneri (-) Finanziari Netti											
Proventi (+) Oneri (-) Straordinari											
Imposte e Tasse											
TOTALE COSTI											
2007											
Beni non Sanitari (consumi)											
Servizi Sanitari											
Servizi non Sanitari											
Totale Beni & Servizi											
Personale del Ruolo Sanitario											
Personale dei Ruoli Prof., Tecn. ed Amministrativo											
Totale Personale											
Ammortamenti (al netto dei costi capitalizzati)											
Altri Costi											
Totale Costi della produzione											
Proventi (+) Oneri (-) Finanziari Netti											
Proventi (+) Oneri (-) Straordinari											
Imposte e Tasse											
TOTALE COSTI											

*In grigio si evidenzia il mancato raggiungimento dell'obiettivo

- ▶ diagnosi delle eterogenee relazioni di causa-effetto tra determinanti, interne¹⁵ ed esterne, che generano il declino (Paton e Mordaunt, 2004), facilitando così la comprensione del fenomeno e la sua soluzione¹⁶;
- ▶ ristrutturazione patrimoniale, mediante (i) la cessione di *asset* non ritenuti essenziali o non strumentali, (ii) operazioni di rifinanziamento e (iii) rinegoziazione del debito;
- ▶ potenziamento della gestione (i) delle risorse umane (mediante valutazione della *performance* e del potenziale, riorganizzazioni, sostituzione degli attori chiave, modifica della cultura organizzativa), che hanno forti implicazioni sulla capacità di realizzare il *turnaround* e sul recupero di credibilità e fiducia degli *stakeholder* esterni, essenziali per la fattibilità della strategia di *turnaround*; (ii) dei sistemi informativi, *in primis* con riferimento alla spesa, ai crediti e ai debiti verso fornitori, alle rimanenze e ai costi; (iii) della liquidità mediante un rafforzamento del controllo e delle previsioni di cassa;
- ▶ sviluppo operativo in una visione di lungo periodo, attraverso decisioni che riguardano (i) il riposizionamento delle unità operative¹⁷, (ii) la definizione di una capacità produttiva sostenibile, (iii) il miglioramento degli indici di efficienza gestionale ed efficacia dei servizi;
- ▶ comunicazione con gli *stakeholder* principali al fine di spiegare gli elementi portanti del piano di *turnaround* e convincerli nel favorire la sua buona riuscita, prospettando con chiarezza e credibilità i problemi ed i benefici attesi. L'operazione è rivolta, soprattutto, ad allargare la percezione della gravità dei problemi, e della necessità di un *turnaround*, della potenziale efficacia delle azioni individuate e della fattibilità dei risultati attesi.

Nella realtà dei fatti, i PdR hanno in gran parte riguardato la diagnosi, la ristrutturazione patrimoniale e la stabilizzazione dei sistemi informativi e della liquidità, non concedendo grande spazio di approfondimento, né tantomeno incisiva azione al potenziamento delle risorse umane, allo sviluppo operativo in una visione di lungo periodo, e alla comunicazione con gli *stakeholder* principali. Questo aspetto lascia intendere un'intrinseca incoerenza tra le finalità dello strumento, indirizzato ad un'azione radicale di *turnaround*, e la sua sostanza primaria che, invece, è di *recovery plan*.

¹⁵ Nelle cause interne rientra anche l'inerzia organizzativa, che induce ad accettare una bassa *performance* quale situazione normale ed inevitabile per un'azienda pubblica (Paton e Mordaunt, 2004).

¹⁶ La tempestività e la qualità della fase diagnostica è fondamentale per definire e calibrare un'efficace strategia di *change management*, perché con la situazione che procede nel deteriorarsi si innestano dei circoli viziosi che acuiscono maggiormente le problematiche e ne rendono più difficile il recupero.

¹⁷ Si pensi ad un Piano Ospedaliero Regionale con ipotesi di differenziazione dei presidi.

Riquadro 6.3 Testimonianze

- # 3 – L'impressione che ho ricevuto è la totale assenza di una realistica percezione collettiva della gravità del problema del disavanzo sanitario. Tutti – politici, funzionari regionali, organizzazioni sindacali e associazioni di categoria – erano convinti che la situazione fosse meno grave ed allarmante, dettata da una congiuntura e non certo radicata in elementi strutturali. Si continuava a ballare sulla tolda del Titanic. In tutti sembrava prevalere l'idea, specie nel 2009, che un qualsiasi cambiamento istituzionale, come ad esempio il commissariamento oppure un cambio nella maggioranza di governo regionale (NdA: avvenuta poi nel 2010), potesse di colpo sbloccare la situazione grazie a maggiori stanziamenti governativi.
- # 5 – Ciò che a mio giudizio è mancato è una visione complessiva della sanità regionale. Senza questa tensione, anche valoriale, non solo è mancata la giusta tensione perché si potessero canalizzare tutti gli interventi e gli sforzi, ma si è proceduto con azioni correttive incrementali.
- #11 – Durante l'intero periodo del PdR non c'è mai stato alcun avvicendamento nei ruoli dirigenziali regionali. Le stesse persone sono state chiamate a ridefinire, di volta in volta, azioni ed interventi. Allo stesso modo non c'è stato alcun inserimento nelle aziende di soggetti che potessero assicurare la realizzazione delle azioni strategiche. Non si è creata una cabina di regia regionale, né tantomeno team aziendali di raccordo. Gli stessi commissari ad acta per la riorganizzazione aziendale si sono limitati ad azioni di ordinaria amministrazione.
- #7 – Mi ha colpito molto il fatto che una volta conclusi accordi transattivi o concertativi con soggetti istituzionali, gli stessi venivano attaccati l'indomani a mezzo stampa da questi stessi soggetti. Una situazione paradossale che ha creato confusione, ambiguità, delegittimazione reciproca e che ha implicato ritardi, stalli e distorsioni evidenti.

Fonte: Dichiarazioni di rilevanti *opinion leader* delle regioni analizzate e di esperti tecnici impegnati a vario titolo nella definizione e realizzazione dei PdR (2010)

6.3.2 Omogeneità della struttura ed eterogeneità dell'articolazione dei PdR

Il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e Finanze hanno predisposto uno schema generale di piano – preventivamente discusso con le regioni interessate – al fine di pervenire ad un modello omogeneo e condiviso per la loro impostazione. In base a quanto stabilito dal Patto per la Salute, il PdR deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza sia le misure necessarie all'azzeramento del debito, che di fatto costituiscono i suoi principali assi strategici. Il Decreto del Ministro della Salute del 26 ottobre 2006 definisce i criteri per il riparto del maggior finanziamento per l'anno 2007 e individua tra i contenuti minimi dei PdR:

- ▶ la valutazione analitica delle cause strutturali del disavanzo registrato;
- ▶ la formulazione di proposte per la correzione delle diseconomie strutturali;
- ▶ l'eventuale riformulazione del programma regionale di edilizia sanitaria.

Se si esaminano i documenti secondo la prospettiva delle tematiche affrontate, si riscontra la presenza di una struttura di contenuto comune, già evidente dal confronto dei sommari. In linea generale, vengono affrontati i seguenti elementi:

1. il quadro normativo nazionale e regionale, vale a dire una sintesi della normativa nazionale vigente in termini di impegni cui la regione è tenuta ad adempiere e l'esposizione della normativa regionale prodotta a riguardo;
2. lo sviluppo dei contenuti dei PdR, che procede, mediante la presentazione di un'analisi di contesto e di un'analisi *SWOT*¹⁸, all'identificazione degli obiettivi specifici ed operativi, poi dettagliati in interventi, indicatori e fonti di verifica;
3. gli effetti della manovra, che riporta i risparmi ed i risultati economico-finanziari conseguibili attraverso l'applicazione degli interventi individuati e finalizzati al contenimento della spesa sanitaria pubblica ed all'equilibrio della gestione, con i valori previsionali per il periodo 2007-2009;
4. la ristrutturazione del debito, che chiarisce la situazione debitoria cumulata al 31/12/2005 ed indica le misure di copertura e le modalità di rimborso.

Una seconda caratteristica dei contenuti dei PdR è l'eterogeneità dei contenuti e del livello di dettaglio degli obiettivi operativi (Tabella 6.4).

Dalla lettura comparativa dei piani, appare evidente come ciascuna delle tre regioni abbia affrontato in modo differente le tematiche poc'anzi accennate, raggiungendo diversi gradi di approfondimento ed articolazione, specie con riferimento a tre aspetti:

- ▶ analisi della *performance*;
- ▶ analisi *SWOT*;
- ▶ struttura degli obiettivi.

Analisi della performance. La performance delle aziende pubbliche non può che essere – ovviamente per la loro natura istituzionale – misurata e valutata in termini multidimensionali, distinguendo, innanzitutto, gli aspetti economici da quelli sanitari. In merito ai primi si nota che, nonostante le iniziative per il ripiano strutturale dei disavanzi rappresentino la finalità primaria dei PdR, la valutazione della performance economico-finanziaria del SSR è generalmente poco sviluppata o insufficiente. Non vengono, infatti, presentate analisi approfondite dei dati economico-finanziari (ad esempio confrontando alcuni indici economico-finanziari del SSR con quelli di altre regioni) e, talvolta, sono riportati sinteticamente, a livelli di dettaglio molto aggregato: (i) alcuni indicatori di attività e disoccupazione (Sicilia), (ii) il confronto tra fabbisogno e finanziamento (Campania), (iii) le funzioni di spesa per fattori produttivi (Lazio). Con riferimento all'analisi della *performance* sanitaria, la maggior parte dei PdR individua

¹⁸ In merito all'analisi delle opportunità e minacce dell'ambiente esterno e dei punti di forza e debolezza del contesto interno, nonché al processo di utilizzo dello strumento si rinvia a Cuccurullo, 2003.

Tabella 6.4 Principali linee di azione e interventi di policy

Fattore critico di spesa	Linee di azione	Interventi di policy		
		CAMPANIA	SICILIA	LAZIO
Ospedalità pubblica	Ristrutturazione, riqualificazione della rete ospedaliera e riduzione delle prestazioni e ricoveri inappropriati	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Riduzione del tasso di ospedalizzazione RO con il raggiungimento dello standard di 4,2 pl per 1000 abitanti 2 – Disattivazione dei punti nascita con n. parti annuali < a 500 e riclassificazione di 12 presidi ospedalieri da PSA a ospedali di comunità o riabilitazione 3 – Rimodulazione del piano di edilizia sanitaria 5 – Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni erogate in regime ordinario e DH. Promozione del nuovo modello assistenziale del PACC 6 – Attivazione protocollo PRUO (sistema di controllo e appropriatezza) 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Riconversione/chiusura ospedali per acuti nel triennio 2007/2009 con riduzione di 682/700/756 pl 2 – Riduzione DRG alto rischio inappropriatezza 3 – Riduzione della mobilità passiva extraregionale 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Riconversione/chiusura ospedali per acuti e cliniche con il raggiungimento dello standard di 3,5 pl per 1000 abitanti. Riduzione pl anagrafici per acuti nel triennio 2007/2009 di 2397/1120/1162 pl 2 – Riconversione/chiusura reparti lungodegenza e riabilitazione per il raggiungimento dello standard di 1 pl per 1000 abitanti. Riduzione pl anagrafici per riabilitazione e lungodegenza i biennio 2008/2009 di 511/227 4 – Organizzazione dell'alta specialistica secondo il modello basato su centri di riferimento e strutture satellite 5 – Introduzione del Week Hospital e Osservazione Breve Intensiva
Assistenza territoriale	Riorganizzazione del livello di assistenza territoriale, potenziamento attività distrettuali	ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE E RIABILITATIVA		
		<ol style="list-style-type: none"> 1 – Incremento dell'assistenza residenziale e semi-residenziale 2 – Attivazione funzione hospice 3 – Introduzione sistema multidimensionale per l'ammmissione a prestazioni assistenziali residenziali e semi-residenziali 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Incremento attività assistenza territoriale pubblica residenziale del 10% nel triennio 2 – Riduzione del 5% dei costi per l'assistenza territoriale erogata da privati e di riabilitazione ex art.26 L.833/78 3 – Introduzione sistema multidimensionale per l'ammmissione a prestazioni assistenziali, residenziali e semi-residenziali 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Diminuzione della quota sanitaria area assistenziale e aumento di quella sociale con istituzione di 330 posti in 11 RSA 2 – Introduzione sistema multidimensionale per l'ammmissione a prestazioni assistenziali, residenziali e semi-residenziali
Assistenza territoriale	Assistenza domiciliare integrata e attivazione assistenza oncologica domiciliare	ASSISTENZA TERRITORIALE DOMICILIARE INTEGRATA, PROTESICA INTEGRATIVA E TERMALE		
		<ol style="list-style-type: none"> 1 – Incremento dell'assistenza domiciliare integrata e attivazione assistenza oncologica domiciliare 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Incremento 5% dell'assistenza domiciliare integrata 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Aumento dei controlli congiunti con la GdF per la repressione di abusi, truffe e comportamenti opportunistici nell'area protesica e integrativa
		SERVIZI EMERGENZA-URGENZA		
		<ol style="list-style-type: none"> 1 – Razionalizzazione distribuzione e attività dei punti PS territoriali e presidi di continuità assistenziale 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Quota fissa di compartecipazione 25 € per accesso PS codice bianco e compartecipazione per extra-regione a guardia medica turistica 2 – Revisione convenzione CRI 3 – Riduzione, a partire dal 2008, di n°30 ambulanze 	<ol style="list-style-type: none"> 1 – Riorganizzazione e separazione percorsi emergenza-urgenza e l'elezione

Tabella 6.4 (segue)

Fattore critico di spesa	Interventi di policy		
	CAMPANIA	SICILIA	LAZIO
Linee di azione			
Consumi farmaceutici	<p>1 – Apertura al pubblico di farmacie ospedaliere distrettuali</p> <p>2 – Obbligo progressivo per i medici dipendenti e convenzionati SSR di prescrizione nelle ricette dei SSN del solo principio attivo farmacologico, senza specificazione del nome commerciale</p> <p>3 – Obbligo per i MMG o il PDS di inserire il codice ICD9-CM relativo alla patologia per la quale è fatta la prescrizione</p> <p>4 – Introduzione ticket farmaceutico e prezzo di riferimento</p> <p>5 – Introduzione rimborso massimo per confezione per la categoria terapeutica inibitori di pompa</p> <p>6 – Effetti derivanti dalla scadenza dei brevetti per alcune specialità medicinali</p> <p>7 – Estensione del budget di spesa per tutti i MMG e PLS</p>	<p>1 – Monoprescrizione dei farmaci coperti da brevetto di categorie terapeutiche che contengono almeno un generico</p> <p>2 – Incremento della distribuzione diretta inclusi PHT</p> <p>3 – Interventi su particolari classi terapeutiche a maggior consumo e monitoraggio flussi prescrittivi</p> <p>4 – Introduzione 1° ciclo di terapia di farmaci post ricovero a cura delle strutture ospedaliere</p> <p>5 – Individuazione di prezzo di riferimento per i farmaci A02BC- inibitori di pompa protonica</p> <p>6 – Effetti derivanti dalla scadenza dei brevetti per alcune specialità medicinali</p> <p>7 – Applicazione quota fissa per ricetta e/o confezione ai sensi Patto della Salute 2006</p>	<p>1 – Distribuzione diretta dei farmaci da parte delle ASL e controllo sull'erogazione da parte delle strutture ospedaliere all'atto delle dimissioni per i farmaci necessari al 1° ciclo di cura</p> <p>2 – Attuazione accordo 2006 Regione-Federfarma, per la distribuzione diretta di alcuni farmaci PHT da parte di ASL</p> <p>3 – Introduzione delle mono prescrizioni per le statine ed acquisizione diretta da parte delle ASL di ossigeno ad uso terapeutico</p> <p>4 – Definizione e attuazione di un programma per l'appropriatezza e la razionalizzazione delle prescrizioni</p> <p>5 – Introduzione di un rimborso massimo per confezione all'interno della categoria terapeutica inibitori di pompa</p> <p>6 – Effetti derivanti dalla scadenza dei brevetti per alcune specialità medicinali</p>
Rapporti con il convenzionato	<p>1 – Razionalizzazione dei costi attraverso il completamento del processo di regolamentazione dei soggetti erogatori privati</p> <p>2 - Definizione tetti di spesa e rimodulazione di alcune tariffe per il privato accreditato</p> <p>3- Adozione di requisiti ulteriori per accreditamento istituzionale</p>	<p>1 – Rilettrizzazioni aggregati regionali e provinciali su ospedalità convenzionata, con riduzioni nel periodo 2007/2009 del 2-3 e 4% e specialità convenzionata del 10-11-12%</p> <p>2 – Riduzione specialistica convenzionata DRG alto rischio inappropriata</p> <p>3 – Pagamenti per intero, dall'1/1/2007 delle prestazioni specialistiche usufruite e non ritirate, relative a visite, esami diagnostici e di laboratorio</p>	<p>1 – Definizione di un accordo triennale di erogazione con gli erogatori privati. Contrazione dei ricoveri atteso nel triennio 2007/2009 del 5-7-10%</p> <p>2 – Estensione controlli esterni e valutazione dell' appropriatezza con l'obiettivo di ridurre prestazioni DRG alto rischio inappropriata</p>

Tabella 6.4 (segue)

Fattore critico di spesa	Interventi di policy		
	CAMPANIA	SICILIA	LAZIO
Linee di azione			
Beni e Servizi	<p>1 – Acquisto beni e servizi non sanitari di esclusiva competenza di SORESA SPA</p> <p>2 – Predisposizione piattaforma informatica e modulistica di rilevazione delle richieste d'acquisto da parte di ASL/AO</p> <p>3 – Pubblicazione gare centralizzate per: reagenti chimici; presidi chirurgici e materiale sanitario; farmaci; materiale diagnostico e DM; machinari e attrezzature di valore unitario > 750.000 € entro maggio 2007</p> <p>4 – Pubblicazione gare centralizzate per: mensa, gestione calore, pulizia e lavanolo entro dicembre 2007</p> <p>5 – Pubblicazione delle gare centralizzate per le restanti categorie di acquisti entro giugno 2008</p>	<p>1 – Osservatorio regionale prezzi</p> <p>2 – Procedure di gara in forma consorziate per acquisto beni e servizi</p> <p>3 – Riduzione del 10% costi formazione professionale per il 2008/2009</p> <p>4 – Riduzione costi acquisto beni non aggiudicati tramite gara consorziate</p> <p>5 – Esame e contenimento costi per noleggio, leasing e spesa energetica</p> <p>6 – Riduzione degli investimenti programmati con risorse proprie delle aziende del 10% per ciascun anno del triennio</p>	<p>1 – Osservatorio regionale prezzi</p> <p>2 – Realizzazione della piattaforma acquisti regionale centralizzata</p> <p>3 – Gara di appalto Multiservizio e Fornitura Vettori Energetici</p> <p>4 – Rinegoziazione appalti di beni e servizi a livello di ASL</p> <p>5 – Riduzione costi per servizi assicurativi</p> <p>6 – Riallocazione al fondo capitale per gli investimenti finanziati con fondo corrente e definizione di una o più stazioni appaltanti coordinate dall'Assessorato e ASP</p>
Personale	<p>1 – Blocco assunzioni tempo indeterminato per il 2007 nella misura di 75% area infermieristica e 90% per il restante personale</p> <p>2 – Blocco assunzioni tempo determinato e altre forme di lavoro flessibile per il triennio</p> <p>3 – Rideterminazione della consistenza organica e conseguente rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa</p> <p>4 – Contenimento delle prestazioni che prevedono indennità accessorie</p> <p>5 – Limitazione nell'assegnazione di nuovi incarichi di struttura complessa</p>	<p>1 – Rimodulazione piante organiche con conseguente riduzione minima del 5% strutture dirigenziali complesse e semplici</p> <p>2 – Blocco assunzioni nella misura del 90% area professionale e 75% area sanitaria</p> <p>3 – Riduzione del 50% incentivi personale medico, infermieristico e del 118</p> <p>4 – Riduzione del 5% fondi per attività accessorie</p> <p>5 – Preventiva autorizzazione alle aziende sanitarie per l'istituzione di nuove UO</p> <p>6 – Revisione delle modalità di applicazione degli istituti contrattuali</p>	<p>1 – Quantificazione del personale SSR e dei relativi costi</p> <p>2 – Blocco delle assunzioni nell'anno 2007 come previsto da normativa nazionale</p>
Sistema Sanitario Regionale	<p>1 – Miglioramento e sviluppo del sistema informativo</p> <p>2 – Creazione del CUP regionale</p>	<p>1 – Ampliamento e armonizzazione flussi informativi</p> <p>2 – Istituzione struttura organizzativa per il monitoraggio e valutazione degli adempimenti previsti dal Piano e del conseguimento dei correlati obiettivi</p>	

Fonte: nostra elaborazione da DGR Campania 460 del 20 Marzo 2007, DGR Sicilia 312 del 1 Agosto 2007 e DGR Lazio 149 del 6 Marzo 2007

Tabella 6.5 **I principali errori nell'analisi della performance**

1. Calcolo della riorganizzazione della rete ospedaliera in base ai pl teorici e non effettivi
2. Confusione tra componenti economiche non monetarie e monetarie
3. Mancato riordino dei pl per specialità
4. Mancata considerazione delle reti
5. Mancato potenziamento dei sistemi informativi per l'identificazione e il monitoraggio dei ricoveri impropri.

nell'attività ospedaliera l'area dove concentrare maggiormente le azioni di riassetto, attraverso riordini e riorganizzazioni finalizzate a migliorare efficienza ed appropriatezza dei servizi erogati, in modo da liberare risorse finanziarie, tecniche ed umane, da dedicare al potenziamento dell'assistenza territoriale.

1. *Analisi SWOT.* Tutti i piani analizzati contemplano al loro interno una sezione dedicata all'autodiagnosi utilizzando la matrice *SWOT*. Questo strumento ha una funzione critica nelle diverse fasi della ridefinizione della strategia: *ex ante* consente di calibrare meglio gli interventi rispetto alle specificità del contesto; *in itinere* ed *ex post* permette di verificare se, in relazione ai cambiamenti intervenuti nel contesto, le linee di azione individuate siano ancora pertinenti oppure debbano apportarsi modifiche.

Anche in questa parte dei contenuti dei PdR è evidente una certa eterogeneità derivante dall'autonomia decisionale che è stata delegata alla Regioni, nello sviluppo dei contenuti dei piani. Non tutte, di fatto, hanno saputo cogliere l'utilità dello strumento e sfruttate appieno le potenzialità, conducendo la *SWOT analysis* ad un livello di dettaglio tale da risultare significativo anche per la fase di implementazione dei programmi d'azione. Prevalentemente le analisi *SWOT* assomigliano a valutazioni generiche del contesto del SSR e delle dinamiche dell'ambiente esterno, in alcuni casi dirigono l'esame verso livelli di macro-obiettivi strategici (Sicilia), mancando osservazioni puntuali per ciascuna macro-categoria di assistenza. Dal confronto tra i diversi PdR emergono alcune tendenze comuni: (i) i punti di forza fanno riferimento prevalentemente al macrolivello ospedaliero e si concretizzano nella presenza di strutture di eccellenza (ad eccezione della Campania), di sperimentazioni organizzative e gestionali (Campania), nonché nel coordinamento con i servizi territoriali (Lazio); (ii) i punti di debolezza riguardano soprattutto l'ambito distrettuale, a livello di rete di offerta e personale e di integrazione socio-sanitaria (Campania e Sicilia); il Lazio, invece, individua le proprie debolezze esclusivamente nell'ambito ospedaliero; (iii) le opportunità sono riconducibili alla possibilità di avviare relazioni collaborative e di partenariato, all'introduzione di nuove tecnologie e agli interventi normativi nazionali e regionali (Campania e Sicilia), nonché agli interventi per il governo

della spesa (Lazio); (iv) infine, le principali minacce sono riconosciute nella resistenza culturale al cambiamento da parte di Enti Locali, operatori, aziende e cittadini, nell'invecchiamento della popolazione (Lazio e Sicilia) e nell'aumento della spesa per farmaci (Lazio).

In termini di qualità e capacità applicativa dello strumento della *SWOT analysis*, si nota una generalizzata difficoltà ad identificare significative opportunità, una genericità nell'analisi delle minacce, specie con riferimento al contesto esterno – difficoltà sintomatica dell'assenza di soggetti capaci di analizzare ed interpretare le pressioni e le tendenze – nonché il rischio, talvolta, di confondere tra loro debolezze intrinseche al SSR e minacce imputabili all'esterno. La valutazione critica della capacità – su base storica – di governare la spesa da parte della Regione e delle aziende sanitarie risulta, inoltre, piuttosto debole.

2. Struttura degli obiettivi, su cui si notano i seguenti elementi:

- ▶ L'assenza di strategie direzionali¹⁹. Il PdR, almeno nelle sue formali finalità, dovrebbe configurarsi come un documento di pianificazione strategica e uno strumento di gestione del *turnaround*. In quanto tale, quindi, dovrebbe prevedere al suo interno anche una sezione dedicata alla presentazione della visione strategica del modello di SSR che si intende prefigurare. Guardando la struttura del sommario dei diversi piani, invece, si nota immediatamente la mancanza di ogni riferimento dedicato. Tale mancanza si spiega, almeno in parte, con l'esistenza di diversi documenti regionali ed aziendali di natura strategica – quali il Piano Sanitario Regionale e il Piano Strategico Aziendale – che, tuttavia, non giustifica la necessità di riproporre per chiarezza, tanto per il cittadino-lettore quanto per le aziende, il modello verso cui si tende, così da attribuire maggior significato e comprensibilità al piano d'azione.
- ▶ Un distinto grado di dettaglio degli obiettivi. Vengono presentati in maniera più articolata gli obiettivi strategici o generali, successivamente dettagliati in obiettivi operativi ed interventi, con specificazione di indicatori e risultati attesi, nonché delle rispettive fonti di verifica.
- ▶ La comunanza degli assi: (i) il ripiano della situazione debitoria pregressa e (ii) gli interventi strutturali. In merito al primo asse, ovvero gli squilibri della situazione patrimoniale al 31/12/2005, ciascun piano riporta le misure di copertura regionali – finalizzate al recupero di risorse per finanziare i debiti pregressi già accertati, ad esclusione della copertura derivante dal

¹⁹ Le strategie direzionali, come intuibile semanticamente, indicano la rotta, il corso che si dovrebbe seguire. Questo livello di scelte strategiche, tipicamente presidiato dal vertice aziendale, in questo caso dai decisori politici dell'Assessorato, comprende: i valori guida; la missione istituzionale; la visione strategica e gli obiettivi. Per una più ampia disamina si rinvia a Cuccurullo, 2003.

Tabella 6.6 **Interventi per il ripiano della posizione debitoria pregressa**

Regione	Intervento
Campania	Operazione di cartolarizzazione, tramite costituzione di un soggetto dedicato allo svolgimento della transizione finanziaria (So.Re.Sa. SpA), cui affida anche la responsabilità per la centralizzazione degli acquisti; vincolo parziale all'extragetto derivante dalla maggiorazione delle imposte.
Lazio	Varie operazioni di ristrutturazione finanziaria e precedente operazione di cartolarizzazione su asset immobiliari strumentali e non strumentali.
Sicilia	Operazioni di ristrutturazione finanziaria e parziale vincolo all'extra gettito derivante dalla maggiorazione delle imposte e dalla quota del gettito derivante dalle tasse automobilistiche.

Fonte: nostra elaborazione

concorso statale al ripiano²⁰ – e l'impegno ad accertare la propria posizione debitoria in merito al debito non transatto ed imputabile all'anno 2006, con l'individuazione di idonee misure di copertura (Tabella 6.6). In merito al secondo asse – gli interventi strutturali – abbiamo visto come ciascuna regione individua, all'interno del proprio piano, azioni volte a risolvere problemi strutturali, con impatti misurabili sul medio-lungo periodo e finalizzate al perseguimento sistematico dell'equilibrio della gestione (Tabella 6.4).

Riquadro 6.4 **Testimonianze**

#3 – È tutto improntato sull'offerta dei posti letto. Quasi un'ossessione! La manovra si fonda sui pl teorici e non su quelli effettivi e quindi la riduzione non si traduce in un contenimento della spesa. Inoltre, si interviene poco e male sulla riorganizzazione delle discipline e sul livello di specializzazione delle strutture. Non si producono economie (NdA: di competenza) né tantomeno sinergie.

(...) La stessa centralizzazione degli acquisti non ha comportato risparmi effettivi. In alcuni casi i prezzi sono superiori alle gare aziendali.

#9 – La parte di analisi è stata ampia e documentata. È stata affidata a (...) specie ad epidemiologici e statistici. Sulla parte degli obiettivi il PdR è, invece, piuttosto debole.

#11 – Ma siamo certi che i consumi corrispondano ai bisogni?

Fonte: Dichiarazioni di rilevanti opinion leader delle, regioni analizzate e di esperti tecnici impegnati a vario titolo nella definizione e realizzazione dei PdR (2010)

²⁰ Con riferimento al concorso dello Stato alla procedura di rientro, attraverso la costituzione di un Fondo Transitorio da ripartirsi tra le Regioni secondo criteri predefiniti, va precisato che è costituito delle somme concesse a titolo di prestito e pari al debito da estinguere. Per converso, la Regione garantisce per via legislativa la copertura e si impegna a rimborsare mediante versamento annuale al bilancio dello Stato, a decorrere dal 2008 per trent'anni, una somma di pari importo derivante da specifiche entrate certe e vincolate, a cui si applica un predefinito tasso d'interesse, a carico della Regione.

6.3.3 I processi: una pluralità di attori debolmente integrata

Vi è un solido consenso in letteratura che nei contesti inter-istituzionali, i processi strategici, tanto nelle imprese quanto nelle aziende pubbliche e sanitarie, necessitano di approcci meno analitico-razionali e più inclusivi e partecipativi, come conseguenza di una sempre maggiore attenzione alla fase di implementazione e all'importanza di figure del *middle management* ai fini del conseguimento dei risultati attesi.

La partecipazione di una pluralità di attori al processo decisionale innalza, tuttavia, i livelli di rischio sociale (come coordinare e comunicare con una moltitudine di decisori), cognitivo (come giungere ad un condiviso *strategic consensus* pur in presenza di aspettative, interessi, obiettivi e prospettive diverse) ed emotivo (come motivare efficacemente soggetti fortemente diversi tra loro intorno ad una comune strategia) tipici di ogni attività strategica (Cuccurullo e Lega, 2010). La difficoltà maggiore dei processi strategici è, oggi, creare le condizioni favorevoli per un rapido *strategic consensus* tra una pluralità di attori che a vario titolo intervengono direttamente nello sviluppo della strategia in quanto legittimati ad avere un sostanziale ruolo nell'efficace implementazione della stessa.

Il processo di sviluppo dei PdR è stato, in genere, non sistematico e regolare; non ha comportato, sempre e sostanzialmente, il trasferimento di competenze e capacità manageriali agli attori regionali, come era auspicato; è stato spesso ambiguo e poco organizzato con l'intervento di una pluralità di attori soltanto debolmente integrati e coordinati.

Le regioni, come accennato al §6.3.2, hanno espresso una propria sostanziale autonomia nell'impostazione dei primi PdR. Altri attori, con ruoli chiari almeno sotto il profilo formale, sono intervenuti *in itinere* ed *ex post* per asseverare le scelte regionali, per monitorare gli stati di avanzamento e per affiancare sostanzialmente i decisori regionali, supportandoli nella definizione delle strategie e nella loro implementazione. Di seguito si propongono, sulla base delle interviste effettuate, alcune riflessioni sul ruolo formale e sostanziale di questi attori.

MinSal e MEF e il monitoraggio sostanziale. Il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze assicurano l'attività di affiancamento delle regioni in situazione di squilibrio²¹, finalizzata all'approvazione preventiva degli atti e provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria oppure ad un più invasivo sostegno alla gestione. L'attività di affiancamento consiste in:

- ▶ la preventiva approvazione (esame istruttorio e valutazione) dei provvedimenti afferenti determinate aree tematiche e relativi all'attuazione del PdR;

²¹ L'attività di affiancamento è affidata alla competenza del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze (L 296/ 2006).

- ▶ la verifica degli obiettivi intermedi su base trimestrale;
- ▶ il monitoraggio dei PdR operato dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti, in termini di modalità, tempi ed effetti della riorganizzazione e del riequilibrio. Il monitoraggio non è soltanto formale, ma anche di tipo sostanziale in merito all'evoluzione del SSR nel suo complesso;
- ▶ il coordinamento dei nuclei di affiancamento regionali con funzione consultiva.

Regioni partner e il trasferimento di buone prassi. Le regioni in affiancamento possono attivare forme di partenariato con altre regioni «virtuose», con funzioni consultive e di supporto tecnico, allo scopo di acquisire il *know how* da loro sviluppato in merito tanto alla capacità di governo economico del SSR tanto di governo clinico.

Regione sottoposta a PdR	Regione Partner
Campania	Toscana
Lazio	Emilia Romagna
Sicilia	Lombardia

AGeNAS e lo stimolo al cambiamento. Il Ministero della Salute ha affidato all'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (AGeNAS), ai sensi della convenzione stipulata nell'ambito del SiVeAS²², il compito di svolgere un'azione di stimolo e collaborazione nei confronti delle Regioni sottoposte ai PdR. Le regioni, quindi, possono avvalersi dell'AGeNAS come supporto alla definizione ed implementazione degli interventi di riequilibrio economico-finanziario. L'AGeNAS partecipa a tutte le attività di affiancamento alle regioni con un ruolo attivo nel monitoraggio dell'attuazione dei PdR: valutate le criticità propone interventi per il loro superamento ed inoltre coordina le regioni coinvolte nelle *partnership*. Lo stimolo al cambiamento si traduce concretamente in:

1. elaborazione di proposte di procedure e modelli regionali ed aziendali, strumentali al superamento delle criticità individuate (Tabella 6.7).

²² Il SiVeAS (sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) istituito con Decreto 17 giugno 2006 presso il Ministero della Salute, in attuazione della L.266/2005, ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati. Inoltre, la legge Finanziaria 2007 ha affidato allo stesso l'attività di affiancamento alle Regioni con PdR, con l'obiettivo di garantire tutte le attività necessarie per l'affiancamento ed il controllo delle Regioni impegnate nei PdR. In particolare, la linea di ricerca IX – Affiancamento delle Regioni con Piani di Rientro del disavanzo – è stata assunta dall'AGeNAS con delibera Conferenza Unificata del 20 Settembre 2007.

Tabella 6.7 **Scopi e strumenti delle proposte di procedure e modelli da parte di AGeNAS**

Finalità	Strumenti
Omogeneità e comparabilità	Format, che sistematizzano le ipotesi e le valutazioni
Chiarezza	semantica ²³ sostanziale ²⁴ : Strutture gerarchiche degli obiettivi
Correlabilità	tra (i) obiettivi ed azioni e (ii) azioni e responsabilità soggettive: Work Breakdown Structure tra (iii) responsabilità e risultati: Indicatori di monitoraggio; Report semestrali sulle attività svolte, stati di avanzamento e risultati corrispondenti
Governabilità	<i>Driver</i>

Fonte: nostra elaborazione

2. individuazione di esperti, tanto internamente quanto esternamente ad AGeNAS, che affianchino le lunghe fasi di pianificazione e implementazione su specifici temi individuati²⁵;

²³ Ad esempio AGeNAS ha spinto le Regioni a sostituire la parola intervento con azione.

²⁴ Con riferimento agli obiettivi l'AGeNAS ha tentato di aumentare la collegabilità tra questi e i risultati attraverso una struttura gerarchica che distingue obiettivi generali, altrimenti definibili come priorità, obiettivi specifici ed obiettivi operativi. L'identificazione delle priorità, da un lato, consente di concentrarsi sulle cause di natura strutturale, ma, dall'altro, finisce con il rendere rigida la struttura ed i contenuti dei PdR. Ed infatti, la maggior parte dei PdR presenta come priorità: (i) la rimodulazione della rete ospedaliera; (ii) la riconversione dei presidi ospedalieri in strutture alternative alla degenza per acuti; (iii) la riqualificazione e concentrazione delle aziende. La riorganizzazione della rete ospedaliera viene considerata la priorità assoluta, a cui far seguire la riqualificazione del personale, il rapporto con il privato, i protocolli con le Università, gli interventi per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, la ridefinizione del sistema tariffario, del processo di accreditamento e dei processi di acquisto. Lo scopo è ridurre l'inappropriatezza e i costi attraverso l'eliminazione di ridondanze organizzative e lo sviluppo di sinergie operative. La riorganizzazione viene definita sulla base dell'analisi della domanda di un territorio, in base ai volumi di ricoveri ospedalieri. Da tale analisi, secondo AGeNAS, dovrebbero ricavarsi indicazioni anche per il processo clinico allargato a tutto il ciclo di vita della patologia. Con riferimento alla struttura dei risultati, l'AGeNAS ha distinto i risultati attesi in termini economici, finanziari e di qualità dai risultati intermedi, ed introdotto, in alcuni casi, una ponderazione degli obiettivi al fine di evidenziare il contributo dei medesimi al risultato finale. Si comprende dagli interventi dell'Agenzia anche la volontà di distinguere la rilevanza dell'impatto sulla riduzione della spesa (es. distribuzione diretta dei farmaci oppure blocco del turnover) da risultati di rilevanza generale, ovvero con impatto sulla struttura, il comportamento ed i processi di cambiamento del sistema (es. appropriatezza prescritti-va).

²⁵ In relazione a queste attività, l'AGeNAS coinvolge gruppi di esperti ed è stato questo il caso della collaborazione stipulata nel 2009 con il CERGAS Bocconi in affiancamento alla Regione Sicilia. L'incarico ha portato all'elaborazione:

- dell'aggiornamento dell'organico del personale aziendale;
- del provvedimento di riorganizzazione delle cure territoriali;
- delle linee guida degli atti aziendali;
- delle politiche di accentramento degli acquisti.

3. facilitazione nell'introduzione di metodologie di *audit* e nell'uso di strumenti e modalità operative manageriali (lavoro in gruppo).
4. supporto al piano di comunicazione a tutti i livelli: istituzionale, professionale e dei cittadini.

L'advisor contabile e la garanzia della correttezza amministrativa. Il maggior problema che si riscontra nella definizione dei PdR e nel loro monitoraggio è la carenza o la qualità dei dati, specie quelli economico-finanziari. A questo scopo, il Governo ha obbligato le regioni sottoposte a PdR ad essere supportati da un *advisor* contabile, individuato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, con lo scopo di provvedere:

- ▶ alla ricognizione delle posizioni debitorie e al supporto del processo di riaccertamento e di riconciliazione con le associazioni di categoria dei fornitori;
- ▶ al monitoraggio delle azioni relative agli adempimenti indicati nei singoli piani di rientro delle regioni (cronoprogramma) e al monitoraggio dell'effetto economico.
- ▶ all'introduzione del modello di bilancio consolidato regionale, con relativa integrazione dei modelli CE e SP in uso;
- ▶ alla mappatura, definizione e modifica delle procedure contabili-amministrative delle aziende sanitarie.

Secondo quanto appreso dalla società di consulenza *advisor*, l'attività di supporto è ben più ampia di quanto in teoria è previsto, dato che l'intervento ha sostan-

Riquadro 6.5 Testimonianze

- # 12 – Il processo è poco partecipato: tutto si svolge nel chiuso di qualche stanza. (...) pare che siano stati emanati 12 decreti, ma non si trovano da nessuna parte. (...) qualche anticipazione solo sul sito dei sindacati (...)
- # 12 – Siamo in pochi ma abbiamo tanta esperienza da poterci sostituire alla tecnostuttura regionale per definire i piani di riorganizzazione.
- # 15 – Non bastano pochi esperti per risolvere i gravi problemi che abbiamo.
- # 12 – L'advisor non supporta direttamente le aziende e soprattutto le relazioni con loro non sono sistematiche. L'impatto sui processi aziendali è quindi limitato. (...). Supportano più le strutture regionali, che se ne servono per aprire un contatto con la cabina di regia nazionale.
- # 15 – L'advisor non fa verifiche analitiche. Verifica le azioni solo sulla base dei CE e degli SP.
- # 19 – Svolgiamo il lavoro a noi assegnato in modo autonomo. Quando abbiamo necessità di acquisire dati contabili ed amministrativi apriamo un tavolo con l'advisor
- # 13 – Tra (NdA: i due soggetti) c'è diffidenza tecnica: nessuno sceglie l'altro, ma siamo obbligati a lavorare insieme. In questo modo si creano dei conflitti sotterranei (...)
- # 11 – I problemi nascono quando chiediamo i dati ai referenti locali

Fonte: Dichiarazioni di rilevanti *opinion leader* delle regioni analizzate e di esperti tecnici impegnati a vario titolo nella definizione e realizzazione dei PdR (2010)

ziali riflessi anche sul *capacity building* della tecnostruttura regionale ed aziendale, oltre che sul miglioramento, in termini di attendibilità e comparabilità, dei flussi informativi.

In effetti, sul piano sostanziale, il ricorso all'*advisor* si traduce in un rafforzamento della credibilità delle azioni adottate e in una maggiore garanzia di adeguatezza dei modelli contabili e delle procedure amministrative. Tuttavia, l'intervento dell'*advisor* talvolta comporta una deresponsabilizzazione dei decisori regionali che tendono ad affidare alla società di consulenza analisi e simulazioni degli effetti dei singoli interventi.

6.3.4 La forza distorsiva dei contesti a basso capitale sociale e deboli competenze amministrative

È stato evidenziato come i contenuti dei PdR ed i processi di sviluppo presentano più similarità che difformità, eppure i risultati ottenuti, a seguito della loro adozione, sono sostanzialmente differenti tra le diverse regioni. Un differenziale comprensibile soltanto sulla base degli elementi del contesto²⁶.

La complessità organizzativa varia in base alla numerosità delle pressioni ambientali e alla forza delle loro interrelazioni (forze di tipo esterno), nonché alla numerosità e diversità²⁷ dei decisori e di coloro che sono, a qualsiasi titolo, legittimati ad avere un ruolo significativo nella realizzazione della strategia (forze di tipo interno). La dimensione umana della strategia – vale a dire gli attori che attuano realmente la strategia, le loro capacità relazionali, cognitive ed emotive, la loro abilità realizzativa – è spesso trascurata, ma costituisce una determinante primaria dell'efficacia strategica.

Nel caso dei PdR, proprio l'accentuata diversità dei decisori è la base della distorsione della strategia: una moltitudine di attori rilevanti con obiettivi fortemente conflittuali tende a favorire, infatti, la paralisi strategica oppure la diluizione delle iniziative di cambiamento (Denis et al., 2007).

Nei contesti pubblici i potenti e conflittuali interessi degli *stakeholder*, interni ed esterni, impediscono alla strategia di rappresentare un esplicito, coerente ed unificato piano d'azione (Wagner et al., 1984; Pfeffer, 1981) diventano predominanti i «giochi politici», in cui potere e compromesso tra individui e gruppi orientano il processo, con una serie di conseguenze critiche, che impongono una con-

²⁶ Il contesto ambientale è un utile complemento nell'analisi delle esperienze strategiche, non essendo un elemento neutro ai fini dei risultati che si ottengono. Comprendere il contesto ambientale e la sua determinante influenza consente di intendere meglio i contenuti ed i processi sia dal punto di vista statico sia dal punto di vista dinamico: ad esempio cosa e come si decide rispetto ai problemi e alla loro interpretazione; quali sono gli attori chiave e come influenzano, positivamente o negativamente, l'implementazione della strategia e le azioni derivanti; quali strumenti e pratiche potrebbero rendere il processo più efficace; come, in generale, il contesto interferisce con le azioni strategiche.

²⁷ In termini di valori, di interessi, di aspettative, di *background* funzionale e/o tecnico.

Riquadro 6.6 Testimonianze

- # 13 – Un caos completo, una bolgia! È un contesto molto politicizzato e le pressioni sono forti e numerose: si programma la chiusura di strutture, che il giorno dopo riaprono; le tariffe sono un marasma; mancano i dati.
- # 15 – C'erano 4 Direzioni Generali in Assessorato: troppe! Dopo una lunga battaglia si è passati a 3. (NdA: Lazio)
- # 17 – Grazie ad Agenas e alla volontà politica abbiamo ridotto i dipartimenti della sanità da 5 a 2. Abbiamo accorciato la catena di comando e soprattutto creato il terreno favorevole per la collaborazione (NdA: Sicilia)
- # 19 – Durante la prima fase del commissariamento c'è stata ostilità aperta (NdA: da parte dei vertici politici regionali) che poi si è tramutata in tacita. Ci ha ostacolato molto. (...) adesso (NdA: con la nuova giunta regionale) invece siamo nella fase della diffidenza, della comprensione dei problemi (...). Tutto ciò rallenta fortemente la nostra azione se non addirittura delegittimandola.
- # 16 – Gli attori mantengono alte aspettative di ripiani dal livello Centrale. Solo la credibilità degli attori che possono sanzionare potrà modificare queste aspettative e quindi i comportamenti opportunistici.
- # 17 – I risultati positivi che abbiamo ottenuto sono legati ad una leadership politica committed, coraggiosa e determinata. (...) Noi in Regione parliamo delle 4 R: regole, responsabilità, risultati e rigore. (...) Gli obiettivi li conosceamo anche prima del PdR, ma eravamo carenti sull'implementazione. L'assessore è il primo ad arrivare e l'ultimo ad andare via. Il suo esempio è stato determinante per fare squadra e rimboccarsi le maniche.

Fonte: Dichiarazioni di rilevanti *opinion leader* delle regioni analizzate e di esperti tecnici impegnati a vario titolo nella definizione e realizzazione dei PdR (2010)

tinua attenzione al governo delle relazioni con numerosi *stakeholder*, dato il loro potere di ostacolare il cambiamento; la protezione di interessi individuali e di gruppo rimane la priorità di vari portatori di interesse (Denis et al., 1991; Mintzberg et al., 1998). Maggiore è l'eterogenità dei decisori, maggiore è la difficoltà di raggiungere un accordo strategico tra gli stessi (Knight et al., 1999; Iaquinto e Fredrickson, 1997). È imprescindibile, pertanto, costruire a priori una condivisa intuizione collettiva, suffragata da analisi oggettive, sulla gravità dei problemi, sulla necessità di un *turnaround* e sulla fattibilità dei risultati. Tutto ciò, specie nelle prime applicazioni dei PdR, è sembrato mancare ed in contesti particolarmente complessi come Campania, Lazio e Sicilia. Alcune criticità, tipiche del contesto pubblico, hanno nei fatti impedito a tale strumento di dispiegare pienamente la sua efficacia. Si pensi ad esempio a:

- ▶ il declino della *performance*, che rappresenta soltanto una minaccia limitata e potenziale all'esistenza di un'azienda pubblica: i servizi erogati, infatti, hanno un'utilità sociale, in virtù della quale il fallimento classico delle aziende non è ipotizzabile;
- ▶ la complessità di identificazione del declino e delle sue cause, considerata (i) la mancanza dei riferimenti tipici del mercato, (ii) la presenza di un insieme eterogeneo e complesso di *stakeholder* con bisogni, interessi ed aspettative spesso conflittuali, (iii) il debole controllo interno sulle risorse e sui risultati;
- ▶ la tendenza ad escludere strategie di riposizionamento per scarsa fattibilità e l'impossibilità di realizzare cambiamenti rapidi e radicali;

- ▶ l'incompatibilità tra le esigenze, da un lato, della politica – che richiede riscontri positivi nel breve periodo – e la scala temporale di medio-lungo periodo necessaria alla realizzazione di una strategia di *turnaround* e al concretizzarsi dei suoi effetti sostanziali, dall'altro;
- ▶ il risanamento del declino, più difficile da raggiungere in ambito pubblico, soprattutto se gravato dai pesanti debiti pregressi accumulati negli anni.

6.4 L'efficacia potenziale dei Piani di Rientro

Lo scopo di questo paragrafo è provare a sintetizzare un giudizio sull'efficacia dei piani redatti dalla Regione Campania, Sicilia e Lazio in termini di contenuti e di gestione del processo di definizione e implementazione alla luce delle considerazioni proprie e dei soggetti intervistati. Tale esercizio è stato sviluppato assegnando un valore da 1 (negativo) a 5 (positivo) secondo la scala di *Likert*, ad una serie di *item* ritenuti critici e sintetizzati nella Tabella 6.8. La scala di valutazione dell'efficacia potenziale assume i seguenti significati: 1- inadeguato o non definito, 2- insufficiente, 3-sufficiente, 4-soddisfacente, 5-ottimale. Il valore è stato assegnato a ciascun item da due valutatori indipendenti, che hanno partecipato attivamente sia all'analisi dei contenuti dei PdR sia alle interviste. Le due distinte valutazioni sono state, poi, comparate, verificando un elevato grado di sovrapposizione nei giudizi (90%). Le incongruenze sono state discusse, rileggendo i PdR e le interviste effettuate. In caso di ulteriore disaccordo, sono state effettuate ulteriori interviste a soggetti coinvolti, con un ruolo significativo, sullo specifico PdR.

1. Completezza del piano e sua coerenza: come già evidenziato i tre piani non mostrano ampie differenze in termini di struttura, essendo organizzati secondo uno schema tipo. La Regione Sicilia, tuttavia, ha articolato in modo più completo ed organico il proprio documento, anticipando una nota di premessa ed individuando, con nessi causali piuttosto realistici, le azioni di riordino, partendo da una dettagliata disanima del contesto demografico e dello stato di salute della popolazione residente. La Regione Lazio, viceversa, non ricostruisce il contesto di riferimento e non premette alcuna nota introduttiva al proprio piano, ma lo articola, fin dal principio, in sezioni e blocchi di intervento. In tutti e tre i casi, i piani risultano poco coerenti con i cronoprogrammi serrati – con scadenze ravvicinate e condensate nei primi dodici mesi d'intervento – anche se il respiro che la Regione Campania e Sicilia danno alle loro scelte è tendenzialmente più ampio.
2. Ampiezza e profondità dell'informativa offerta: le Regioni adottano diversi gradi di approfondimento e articolazione delle strategie d'azione, privilegiando informazioni di natura quantitativa, sovente sintetizzate in tabelle,

Tabella 6.8 **La valutazione dell'efficacia potenziale del piano di rientro**

Criteria	Elementi	Campania	Lazio	Sicilia
Completezza del piano e la sua coerenza	1. Copertura organica delle principali sezioni di un piano strategico	4	3	5
	2. Concatenamento sequenziale fra le diverse parti del piano dimostrato da nessi causali	3	2	4
	3. Compatibilità tecnica delle azioni pianificate con la scala dei tempi proposta e con le risorse messe a disposizione	2	1	2
Ampiezza e profondità dell'informativa offerta	Varietà e grado di dettaglio della base informativa	2	2	3
Attendibilità dei dati e delle indicazioni fornite	1. Plausibilità delle ipotesi di base e dei parametri tecnici utilizzati per le previsioni	2	2	2
	2. Compatibilità del piano con le dinamiche di contesto (generale e regionale)	3	2	3
	3. Confrontabilità con i risultati del recente passato oppure presenza di solide motivazione per giustificare scostamenti rilevanti	2	3	3
	4. Visibilità delle basi su cui poggiano i dati previsionali	2	1	2
Operatività del piano	1. Capacità di rappresentare una guida per l'azione ed una base per i possibili controlli	2	2	4
	2. Presenza e grado di sviluppo del piano di azione	1	2	4
	3. Capacità di definire ruoli e responsabilità a livello aziendale e regionale	1	1	3
	4. Presenza di una cultura aziendale e di strumenti già orientati ad una gestione programmata e validamente sperimentati	2	2	3
Sostenibilità finanziaria del piano	Capacità di contenimento della spesa, promuovendo una maggior qualità dei servizi assicurando la necessaria copertura di fabbisogni emergenti da investimenti in atto o programmati	1	2	3
Sostenibilità del piano sul fronte della concertazione interna e dei consensi esterni	1. Qualità della governance	1	1	4
	2. Capacità e determinazione del management	1	1	2
	3. Adeguatezza organizzativa e delle RR.UU.	1	1	1
	4. Clima aziendale	1	1	1
	5. Concorso degli stakeholders: rappresentanze sindacali e degli utenti; fornitori, tra cui il privato accreditato, intermediari finanziari, istituzioni ed enti di controllo	1	1	1
Consistenza dei rischi impliciti	Accurate identificazioni dei rischi	1	1	1
Comunicazione dei costi e benefici attesi ai cittadini		1	1	1

Fonte: nostra elaborazione

che, tuttavia, solo di rado sono affiancate da grafici esplicativi. Le informazioni che, invece, dovrebbero essere presentate in modo omogeneo per tutte le linee di azione ed essere declinate per classi di variabili rilevanti (per classi di offerta, per utenza, per area geografica) per risultare confrontabili, sono, talvolta, assenti o espresse in unità di comparazione non omogenee come nel caso di Lazio e Campania. Ad esempio, con riferimento ai dati economico-finanziari, il Lazio presenta, in alcuni casi, valori analitici, in altri invece, stime economico-statistiche. Un'altra debolezza deriva dalla scarsa enfasi che le regioni pongono nel confronto intertemporale ed interregionale: solo per alcune azioni, come ad esempio la riduzione della spesa farmaceutica, si effettuano analisi comparative. Le analisi, in tal modo, spesso scontano il limite di essere autoreferenziali (la presenza di dati comparativi rispetto ad altre realtà territoriali regionali o alla media nazionale sono limitate o completamente assenti, in particolare nei documenti del Lazio e della Campania).

3. Attendibilità dei dati e delle indicazioni fornite: in tutte e tre le regioni, di solito, mancano chiare indicazioni delle fonti dei dati e delle rielaborazioni dei valori. Nelle informazioni confluiscono valori e stime che vengono interpretati ed utilizzati indifferentemente. Spesso ciò è dovuto alle gravi carenze del sistema informativo-contabile, sia a livello aziendale che regionale, che minano l'attendibilità dei valori di bilancio e inducono la loro sostituzione con stime di natura statistica. All'interno di questo quadro, la Sicilia è l'unica regione che si sforza di definire puntualmente il metodo e i criteri di calcolo adottati per giungere a valorizzazioni economiche, supportando ciò anche con *addendum* esplicativi. Il Lazio risulta molto debole nel dare visibilità delle basi su cui poggiano i dati previsionali per l'accertamento della posizione debitoria, tanto che la Corte dei Conti²⁸, al riguardo, nota come «il valore del debito è stimato e non quantificato con certezza, nemmeno nella quota capitale». Nel caso di specie, si è, pertanto, resa necessaria l'integrazione delle informazioni a disposizione della regione con le informazioni derivabili direttamente dai creditori, appositamente interpellati. Complessivamente, queste patologiche situazioni di fondo hanno reso assai ardue la compilazione e il rispetto dei PdR, i cui contenuti risentono evidentemente dell'impossibilità di conciliare in modo omogeneo tutte le informazioni necessarie.
4. Operatività dei piani: i PdR così definiti sono poco capaci di rappresentare una guida per l'azione ed una base per i possibili controlli sia da parte della regione interessata che dai livelli superiori. Va rilevato come manchino, o siano definiti in modo superficiale, gli indicatori di *performance* relativi alle varie azioni e al sistema sanitario regionale nel suo complesso. Soprattutto la

²⁸ Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato-Relazione sulla gestione delle risorse statali destinate alla riduzione strutturale del disavanzo del servizio sanitario nazionale approvata con delibera n. 22/2009/G (pg.17).

mancanza di meccanismi condivisi di orientamento e responsabilizzazione dei comportamenti degli *stakeholder* rende difficoltosa l'implementazione dei contenuti descritti nei PdR. Marginale è anche la definizione di ruoli e responsabilità a livello aziendale e regionale rispetto ai processi di cambiamento che i piani intendono apportare. Talvolta, semplicisticamente, le regioni individuano nella propria Agenzia Regionale Sanitaria il soggetto esterno responsabile per alcuni interventi di carattere generale. In realtà, l'operatività dei piani è resa debole dalla bassa presenza di una cultura aziendale e di strumenti orientati ad una gestione programmata e validamente sperimentati. Prevale una logica di contingenza all'assorbimento del *deficit* sanitario, per cui l'orizzonte strategico è confinato in un triennio, sebbene gli interventi proposti siano di natura strutturale (ad esempio, riorganizzazione rete ospedaliera e dei livelli di assistenza territoriale) e implicino sforzi costanti e prolungati nel tempo.

5. Sostenibilità finanziaria, ossia la capacità dei PdR di contenere la spesa, promuovendo una maggior qualità dei servizi e assicurando la necessaria copertura di fabbisogni emergenti da investimenti in atto o programmati. Sotto questo profilo le tre regioni sono mediamente deboli, infatti non sono state in grado di definire affidabili e chiari presupposti per poter giungere a sostenibili risultati finanziari, sebbene i dati dell'ultimo triennio mostrino come Sicilia e Lazio abbiano conseguito risparmi di spesa superiori alla media nazionale²⁹. I livelli dei servizi erogati in questi contesti risentono, tuttavia, di ritardi nell'adeguamento o riallineamento rispetto ai requisiti nazionali, orientando i sistemi regionali verso l'erogazione dei livelli minimi di assistenza e non incentivando forme di eccellenza o ricerca della qualità (una nota in questa direzione è presente solamente nel piano della Sicilia).
6. Sostenibilità sul fronte della concertazione interna e dei consensi esterni. È la dimensione comparativamente più debole dei PdR. La *governance* del processo, tranne in Sicilia, è fragile e non collettiva: mancano capacità strategiche ed organizzative adeguate all'interno della tecnostruttura regionale; il clima, quando non ostile, non è certo favorevole alla ristrutturazione, tanto all'interno quanto all'esterno degli Assessorati alla Sanità, come testimonia il mancato o debole concorso degli *stakeholder* esterni.
7. Consistenza dei rischi impliciti: in nessun caso vi è un'accurata identificazione dei rischi e dei limiti che i provvedimenti proposti potevano comportare. Questa totale assenza di un'analisi di sensitività lede, in parte, la credibilità dei piani, soprattutto in fase operativa-attuativa, laddove non sono minimamente delineate valide alternative d'azione. Aspetto di merito dei PdR è lo sforzo che le Regioni hanno compiuto nel valutare o stimare gli impatti che gli inter-

²⁹ Tra il 2006 e 2007 il Lazio e la Sicilia registrano diminuzioni del livello complessivo di spesa (-2,6% e -2,7%), mentre la spesa media italiana è cresciuta del 2,9% (dati Rapporto ISAE 2008).

venti programmati possono avere sul sistema. Nei tre diversi casi, la classificazione degli effetti si sostanzia in effetti di sistema o effetti diretti sulla spesa, in questo secondo caso si cerca una quantificazione monetaria del valore.

8. Comunicazione dei costi e benefici attesi ai cittadini. È mancata un'efficace forma di diffusione e coinvolgimento dei cittadini, rispetto alla necessità di una ristrutturazione del SSR e delle conseguenze che l'applicazione di un PdR (o viceversa la sua assenza) avrebbe potuto comportare.

Dall'analisi dell'efficacia potenziale dei PdR si evidenzia come il loro principale limite sia nel profondo *gap* tra contenuti e processo realizzativo, testimoniando dunque la prevalenza di una logica burocratico-normativa. Infatti, in questi contesti l'introduzione di strumenti e logiche di gestione è stata, in genere, lenta, incerta, debole, inefficace e non si è mai tramutata in una diffusa cultura manageriale ed in una piena autonomia aziendale. Nel presente esercizio di valutazione dell'efficacia dei piani di rientro non si può dunque trascurare le peculiarità dei contesti regionali in cui questi strumenti sono stati attivati. In particolare, si tratta di ambienti in cui:

- ▶ è assente una cultura storica in merito alla programmazione e alla valutazione;
- ▶ prevale la burocrazia e il formalismo;
- ▶ vi è sostanziale assenza di regole e *standard* valutativi condivisi, specie a causa di un elevato grado di ambiguità, tipica di contesti inter-istituzionali, che tende a produrre stallo ed inerzia, piuttosto che ricercare soluzioni condivise;
- ▶ vi è carenza (o assenza) di basi informative attendibili e di una solida cultura economica, che impediscono di poter analizzare con cura e profondità fenomeni ed eventi, identificando soluzioni realisticamente fattibili.

6.5 Riflessioni trasversali per una migliore pratica

L'indagine sui caratteri, le similarità e le differenze, l'efficacia potenziale dei PdR consente alcune riflessioni rispetto alle principali criticità riscontrate in merito ai contenuti e ai processi strategici, da cui possono derivarsi opportune indicazioni per la pratica, quasi delle linee guida, perchè in un campo così complesso e fluido è importante identificare regole comuni e condivise in grado di orientare chi si occupa del tema sul piano operativo allo scopo di migliorare la qualità dello strumento e, quindi, della pianificazione. In generale, si ritiene che il processo di definizione del piano strategico debba prestare maggiore attenzione a otto momenti essenziali:

1. La costituzione della base informativa. Una volta definiti gli scopi e le premesse d'impostazione e metodologiche del piano, è necessario costituire una

base informativa, che può essere direttamente fornita dal soggetto valutando e/o acquisita ed aggregata da fonti esterne. Completata la raccolta è necessario riscontrarne tre qualità: attendibilità; rilevanza; completezza. La prima denota la corrispondenza alla realtà osservata e può determinarsi sulla base del controllo di esperti, di soggetti esterni (come l'*advisor*) oppure dell'autorevolezza della fonte. La seconda indica la capacità di cogliere gli elementi essenziali di ogni profilo della realtà da valutare. La terza riflette l'idoneità della base informativa a rappresentare gli aspetti rilevanti con profondità ed ampiezza.

2. La puntuale identificazione degli assunti. Sovente, i *practioners* non prestano la dovuta attenzione a fornire agli assunti le necessarie evidenze, atte a dimostrarne sufficientemente la fondatezza. Ampia arbitrarietà decisionale e/o errori inficiano la correttezza metodologica delle valutazioni alla base dei piani. Le debolezze delle proiezioni burocratico-convenzionali costituiscono, ad esempio, il maggiore pericolo per la validità e credibilità dei PdR: spesso si ricorre a generali indicazioni in merito alla riduzione dei posti letto ospedalieri, alla riconversione dei presidi, all'apertura delle farmacie distrettuali e così via per la previsione del contenimento dei costi. Al di là di questi principi generali, la vera contrapposizione è tra l'adozione di ipotesi semplificatrici utili per agevolare il rapido sviluppo dei calcoli e di criteri analitici strumentali per stabilire l'entità prevista del contenimento dei costi. Le previsioni saranno più accurate, affidabili e dimostrabili in presenza di un'efficace attività di pianificazione regionale, che tuttavia spesso manca nelle regioni sottoposte a PdR. Un piano strategico deve, quindi, obbligare a dare evidenza, oltre agli indirizzi strategici e alle azioni, alle informazioni su cui le previsioni si basano, e soprattutto alle convenzioni e alle ipotesi assunte, al fine di tradurre il disegno, i progetti e le azioni programmate in termini quantitativi.

Sul numero, sul peso e sul contenuto degli assunti grava gran parte della qualità del processo valutativo. Di conseguenza appaiono due le linee guida osservabili sul punto. La prima è che la loro identificazione ed operazionalizzazione debba nascere dalla feconda collaborazione di esperti di diversa estrazione culturale, tanto regionali quanto nazionali. L'autorevolezza degli esperti e dell'*advisor*, tuttavia, non deve prevalere in modo consistente sulle scelte valutative, determinando, nei fatti, la fondatezza e la giustificazione degli assunti a base dei piani. La seconda è definire con rigore l'impostazione dell'impianto del piano a cominciare da: (i) la chiara e puntuale enunciazione degli assunti; (ii) la descrizione dei motivi per i quali sono stati adottati; (iii) la stima del loro peso sui risultati ottenuti e su quelli attesi; (iv) la ricerca di eventuali alternative, attraverso l'analisi di sensitività.

3. Una più accurata analisi strategica a livello di SSR e di azienda e dei bilanci allo scopo di comprendere i fattori d'influenza e i fattori determinanti

della *performance*. L'analisi strategica a livello di SSR è necessaria per analizzare gli assetti istituzionali ed il sistema di finanziamento propri del SSR, nelle sue leve principali, valutandone criticamente i punti di forza e di debolezza nel tentativo di comprendere il loro impatto sulla governabilità e sulla *performance* del SSR ed identificando opportune opzioni di modifiche. L'analisi strategica delle singole aziende tende ad individuare le carenze organizzative e gestionali; quest'ultime riscontrabili, in termini di rilevanza, da un'attenta analisi storica (almeno 3 anni) e comparativa interaziendale.

4. L'introduzione della scenarizzazione. I piani regionali aziendali possono contenere come *output* dell'analisi fondamentale non una lista prescrittiva di azioni, ma una serie di scenari, costruiti variando le ipotesi metodologiche a fondamento. Possono costruirsi scenari inerziali (a parità di ogni condizione) e scenari evolutivi che si differenziano per tempi, modalità di attuazione, risultati attesi sulla base del verificarsi delle ipotesi sottostanti. Appare opportuno costruire almeno tre scenari evolutivi:

- ▶ quello di massima verosimiglianza (*base case*) fondato sul verificarsi delle evoluzioni più realistiche;
- ▶ quello prudentiale (*conservative* o *worst case*) fondato su ipotesi a valori più conservativi;
- ▶ quello favorevole (*best case*) fondato su ipotesi a valori più favorevoli.

In questo modo gli scenari sono rappresentativi delle varie possibili situazioni che possono verificarsi e costituiscono una base di discussione tra i *practitioner* e tra questi e altri *stakeholder*, assolvendo anche alla funzione di strumenti di apprendimento in merito ai possibili impatti operativi ed economico-finanziari al verificarsi o meno di ipotesi o *shock* non previsti. Le ipotesi a fondamento degli scenari devono riguardare sia fatti esterni, e non controllabili, sia fatti interni e governabili dai decisori chiave. La robustezza dei risultati degli scenari deve essere testata con l'analisi di sensitività. Essi sono fondamentali per aggiustare le decisioni durante la lunga fase attuativa, che propone sempre dati emergenti non del tutto previsti.

5. La puntuale indicazione della struttura di responsabilità. Definire bene la strategia è fondamentale, ma non sufficiente: alle decisioni devono seguire le azioni. In termini concreti ciò significa assegnare coerenti e fattibili obiettivi a soggetti autonomi ma responsabilizzati, predisporre un sistema di informazioni che consenta di valutare se i risultati stanno maturando in linea con i tempi previsti e gli obiettivi definiti. In particolare, occorre chiaramente suddividere compiti e responsabilità regionali da quelle delle singole aziende del sistema, sulla base di scelta di un sistema di *governance* più accentrato presso la capogruppo o decentrato presso le AUSL e le Aziende Ospedaliere. Sa-

- rebbe auspicabile che un sistema direzionale di questo tipo prevedesse anche congrui incentivi a premio per la qualità dei risultati conseguiti.
6. La definizione di *step* e tempi di attuazione. Le linee di sviluppo dei PdR richiedono tempi di realizzazione lunghi (5-10 anni), ma che non consistono in un'attesa di eventi esterni, ma in concreti passi attuativi sequenziali che devono essere realisticamente programmati. Il successo o il fallimento attuativo di ogni *step* periodico rappresentano la condizione cogente di successo/fallimento per lo *step* successivo. Un piano di razionalizzazione ospedaliera, ad esempio, necessita di una fase di diagnosi e riprogettazione (6-12 mesi). Lo spostamento tra U.O. o tra stabilimenti di *case mix*, professionisti, tecnologie richiede ulteriori 24-36 mesi. Modifiche infrastrutturali necessitano dai 48 ai 60 mesi. Come si vede i successi di ogni fase sono propedeutici alle altre: questo presuppone la definizione degli *step* strategici di massima, della loro tempificazione e delle concatenate responsabilità. L'approccio di riorganizzazione si concretizza, quindi, in un modello processuale di cambiamento in cui si individuano responsabilità parziali anziché complessive sui risultati e sui prodotti/servizi. Si tratta di un orientamento che fa leva sull'autonomia aziendale per la definizione della strategia di riorganizzazione, in cui la direzione per obiettivi viene utilizzata in modo da affinare e perfezionare gradatamente l'organizzazione al processo di cambiamento, rivedendo e riallineando periodicamente gli obiettivi rispetto ai bisogni, in base a controlli intermedi e valutazioni approfondite di impatto. Il cambiamento avviene per *step* incrementali e in modo iterativo favorendo l'efficientamento e la responsabilizzazione sui processi (Osborne e Brown, 1988).
 7. La costruzione di consapevolezza e consenso con gli *stakeholder*. Un preciso processo di concentrazione e comunicazione deve essere svolto con gli *stakeholder* rilevanti affinché ci sia una condivisione della diagnosi e una sufficiente accettazione della terapia. Questo riguarda sia gli *stakeholder* regionali (organi istituzionali della regione/rappresentanze degli EE.LL/ rappresentanze professionali e sindacali/ rappresentanze pazienti-utenti) sia i diversi attori locali.
 8. Lo sviluppo di logiche e strumenti di *knowledge transfer*. Le competenze per pianificare, attuare e valutare il piano di rientro sono necessarie sia a livello regionale, sia a livello aziendale, a seconda dell'architettura di sistema regionale definita. Gli strumenti di *knowledge transfer* riguardano la rotazione dei quadri e dei dirigenti sulle funzioni/aziende critiche, percorsi di formazione classica o «*on the job*», scambi e *stage* interaziendali (es. con le regioni *partner*), consulenze, ricerche e sperimentazioni. Esse devono essere progettate in base all'analisi del *gap* delle competenze disponibili in funzione degli *step* attuativi critici dei PdR (cfr. punto 6) e del relativo crono-programma. Secondo quest'ottica, il *focus* del cambiamento si sposta dalla logica del controllo a quella dell'apprendimento: il *management* non ha il compito di

progettare e controllare il processo di cambiamento, ma quello di stimolare e sviluppare, con adeguati strumenti formativi, d'incentivazione, di comunicazione, la capacità di apprendimento insita all'interno dell'organizzazione avvalendosi anche d'influenze esterne. In letteratura si parla di *learning organization* (Senge, 1999; Osborn e Brown, 2005) in cui l'amministrazione si configura come un sistema aperto alle influenze e stimoli esterni, e in cui i processi di cambiamento sono continui ed emergenti. Infatti, l'alta dinamicità dell'ambiente esterno spesso non permette la razionale pianificazione dei percorsi di cambiamento. Si realizzano quindi processi di cambiamento fluidi che si fondano sullo scambio di esperienze, sulla diffusione dei risultati e delle conoscenze tra le amministrazioni, le quali spesso attivano, secondo logiche partecipative, intense interazioni creando *network*, partenariati e reti.

6.6 Conclusioni

L'analisi dei piani di rientro ci restituisce una cattiva notizia, ed una buona. Le approfondiamo in questo ordine, di modo da provare a sintetizzare l'ampia *pars destruens* condotta lungo l'analisi e l'altrettanto ampia *pars construens* avanzata nei ragionamenti dei paragrafi precedenti.

La musica è finita, ma sul ponte si continua a ballare

La cattiva notizia consiste nella presa d'atto che si è persa una grande opportunità e che si poteva fare meglio e di più di quanto non si sia fatto. Chi si occupa di cambiamento dal punto di vista teorico, così come il *manager* chiamato concretamente a gestire il cambiamento, sa quanto possa essere importante trovarsi di fronte ad un momento di crisi significativa. Perché dalla consapevolezza dell'esistenza di una crisi, dei rischi connessi, delle possibili conseguenze e dell'urgenza di dover affrontare alcuni nodi decisionali ed operativi, emerge la predisposizione a cambiare. Tecnicamente si identifica questo aspetto con il fatto che sistemi, organizzazioni ed individui tendono ad essere *problematistic searcher*, cioè si attivano per cambiare quando percepiscono un fenomeno come un problema degno di essere affrontato e di portata tale da richiedere un mutamento di prassi, consuetudini, regole vigenti, ecc.

Indubbiamente i PdR potevano rappresentare un'occasione per rendere più incisiva la percezione collettiva dell'importanza di cambiare, nella politica, nella dirigenza, nei professionisti, nella cittadinanza, a tutti i livelli e latitudini dei SSR.

Un'occasione per ridefinire una visione di sistema, un'ambizione collettiva attorno a cui aggregare motivazione, senso di appartenenza, identità con il sistema.

Per fare ciò occorre usare i PdR non solo come documento tecnico per

identificare colpevoli, capri espiatori e spazi di razionalizzazione (e razionamento), ma soprattutto come strumento di valorizzazione delle potenzialità, di prefigurazione di scenari a cui tendere. Girando il ragionamento all'inverso: occorre cambiare non per risolvere tanti problemi, pur veri, ma soprattutto per ambire a costruire un SSR moderno, efficiente, innovativo. Può sembrare una questione di lana caprina, ma non lo è se consideriamo quanto sia importante nella motivazione delle persone la comprensione e la condivisione della ragione per cui vale la pena lavorare, impegnarsi al di là dei propri interessi individuali e di gruppo.

Era poi anche l'occasione per delineare alcune grandi strategie direzionali di medio-lungo periodo quali scheletro della visione futura del SSR, di fronte ai temi ben conosciuti delle diseguaglianze presenti nei nostri SSR e dei differenziali di efficienza ed innovazione. La sensazione è che l'urgenza economica e le necessità burocratiche nei rapporti Stato-Regioni abbiano preso il sopravvento, e pur con tutti i distinguo di SSR in cui la leadership politica e tecnica è stata azionata in modo anche profondamente diverso, complessivamente si sia sfruttata al minimo una grande opportunità. Il canovaccio di fondo è rimasto quello dell'approccio razionale-burocratico al cambiamento, fatto da un pensiero normativo scollegato dalla diretta valutazione della azionabilità dei cambiamenti prefigurati, almeno stante le non mutate condizioni di scarsa coesione politica e capacità gestionale del sistema. Pur non sconfinando nella sola «cerimonia» dovuta per legge, i PdR sembrano prefigurare spesso interventi occasionali (*una tantum*), talvolta virtuali perché costruiti su informazioni formali e non sostanziali (si pensi alla questione dei PL), anacronistici in alcuni aspetti (ad esempio la dotazione dei PL fissa o per specialità quale senso ha nell'epoca degli ospedali pensati per intensità di cura ed assistenza?). Si poteva fare meglio? Viene facile dire di sì, ma tempi e potenziale organizzativo con cui farlo vanno attentamente considerati prima di dare giudizi affrettati. Questo lavoro evidenzia diverse carenze, ma ovviamente è facile valutare dopo e da lontano. Tuttavia, qualcosa di più si ha la ragionevole presunzione potesse essere fatto. Dal costruire PdR con più «personalità» rispetto alle visioni dei SSR (troppo isomorfi allo stesso schema, quello richiesto dalla burocrazia delle relazioni interistituzionali), ad un loro uso più estensivo nel sistema per attivare a tutti i livelli la consapevolezza della necessità a cambiare. Dal coinvolgimento più efficace di *Advisor* ed *AgeNas* ben oltre la consulenza tecnica sulle questioni di impostazione e di forma del lavoro, alla costruzione di una classe dirigente (vecchia e nuova, dai Ministeri agli Assessorati alle direzioni generali) coesa ed allineata sulle sfide ed attese di cambiamento. Da una politica responsabile a tutti i livelli (capace di attutire i localismi della «geopolitica» frazionata, in competizione) ad un sindacato veramente partecipe del problema (a partire dalla base, nelle singole aziende, dove avviene spesso lo stillicidio continuo di qualsiasi tentativo di cambiamento radicale).

Forse non è chiaro che in gioco è il futuro del SSN. Non tanto la sua sopravvivenza, legata a filo doppio alla politica ed al consenso, e quindi ragionevolmente al sicuro. Quanto la sua natura ancora prevalentemente pubblica e tesa a massimizzare l'uguaglianza (accesso, contenuti, *outcome* ecc.), rispetto al processo in corso sullo sfondo di «ibridizzazione» progressiva del SSN (e dei singoli SSR), misurato dalla crescita dell'*out-of-pocket*, dei fondi assicurativi, della progressiva limitazione di ambiti di cura, tecniche, tecnologie, farmaci ai target di popolazione ritenuti i soli appropriati a ricevere copertura dal sistema. Ma quale futuro c'è di fronte alla inclinazione elevata della curva demografica, tecnologica e delle aspettative della collettività?

Uno sforzo eccezionale, esteso, continuo e prolungato nel tempo

La buona notizia è che c'è ancora tempo per migliorare quanto fatto fino ad adesso. In alcuni casi cogliendo anche l'occasione data dai mutati scenari regionali conseguenti le recenti elezioni.

Il punto focale è però prendere coscienza che, pur essendoci alcuni macro-problemi chiaramente identificabili dai numeri e fatti, inclusi nelle analisi, non è affrontando solo questi che si pongono le condizioni per un futuro di maggiore sostenibilità dei SSR. Serve un sforzo eccezionale, esteso, continuo e prolungato nel tempo. Serve agire sulla dimensione strutturale del SSR, ma anche e soprattutto sui singoli processi produttivi, sulla gestione operativa degli ospedali, sulle pratiche cliniche ed organizzative. Uno sforzo che trova il luogo naturale di esercizio nelle aziende, ma che deve essere stimolato, alimentato, mantenuto dagli organi tecnici, assessorati, advisor, *AgeNas*, tavoli di coordinamento. Ai quali spettano le funzioni di indirizzo e di controllo, di natura strategica però, non operativa.

Urge identificare e preparare la classe dirigente a tutti i livelli, affiancare ai documenti ed obiettivi di carattere economico-finanziario riflessioni più approfondite sulle priorità sanitarie, infrastrutturali e di cosiddetto *capacity building*, cioè di formazione estesa dei quadri del sistema. Una classe dirigente coesa, che condivida ambizioni e rischi al suo interno e con la politica, con la quale deve esistere un patto forte, e la possibilità di giocare di sponda quando inevitabilmente si alzerà il livello di tensione dentro l'azienda per le scelte di razionalizzazione e riconfigurazione. L'implementazione dei PdR deve poggiarsi su programmi pluriennali aziendali veri, e deve permettere un minimo di investimento nel potenziale del personale. L'immediata chiusura di ogni spesa in *turn-over* del personale o di integrazione di quello esistente su specifiche aree di competenza produce il paradosso dei sistemi circolari bloccati, in cui la dirigenza esistente, quella impegnata concretamente nel cambiamento, si trova in situazioni di sovraccarico strategico non riuscendo a fare leva sui livelli sottostanti o su una delega orizzontale di aree di responsabilità emergenti. Ne rappresentano un esempio proprio le funzioni di gestione operativa (quelle

con cui presidiare la re-ingegnerizzazione dei processi, l'adozione di tecniche di *lean management* ecc.) da cui è possibile attendersi importanti recuperi di efficienza. Tale sovraccarico strategico riduce e dilaziona la capacità decisionale della stessa dirigenza e delegittima ulteriormente gli attuali quadri organizzativi che, rimanendo privi di una *leadership* efficace, abbassano ulteriormente i propri livelli di *performance*.

Di fronte però ad un'alta dirigenza aziendale preparata, resa coesa da processi regionali di allineamento sulle priorità, responsabilizzata da piani aziendali realistici collegati ai PdR, una apertura ad investimenti mirati, all'acquisizione di risorse umane necessarie a rinnovare parte dei quadri, potrebbe diventare praticabile. Similmente si potrebbe procedere all'interno degli assessorati e delle agenzie sanitarie regionali.

In estrema sintesi, definita la strategia di massima del SSR, e ripensato l'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR per creare le migliori condizioni al processo di attuazione, occorre consolidare il gruppo di dirigenti che «operazionalizzi» tale strategia nei diversi contesti aziendali. Un gruppo che, coinvolgendo i quadri ed i professionisti, la politica, i sindacati, gestisca «tatticamente» le situazioni per orientarle continuamente verso gli obiettivi di riordino, razionalizzazione, innovazione, e che produca quindi lo sforzo esteso e prolungato necessario per imprimere un nuovo modo di funzionare a tutti i livelli del SSR.

Questo implica il superamento dell'approccio da *governmentality* che si intuisce dietro le operazioni dei PdR, un approccio verticistico e gerarchico, che se ha il pregio di imprimere un'accelerazione iniziale forte al cambiamento, necessita poi di essere sostenuto nel tempo con la creazione di capacità diffusa nel sistema. È necessario adottare diverse logiche tra quelle concettualizzate dal *change management*, partendo proprio dalla crescita degli attori del cambiamento (il gruppo dirigente) per arrivare all'introduzione di azioni di incentivo, controllo sociale, rinforzo, diffusione e condivisione del cambiamento a supporto degli stessi attori. Un «progetto» di cambiamento che non si esaurisce quindi nella stesura di un buon PdR, ma che inizia con esso e prosegue metodologicamente strutturato in fasi, tempi, attori e risultati parziali e complessivi attesi. Un processo di sviluppo del SSR che vada oltre la gestione dell'emergenza attuale. Questa è la sfida dei SSR soggetti ai PdR.

Bibliografia

- Bartlett W. e Le Grand J. (1993), «The theory of quasi-markets», in Le Grand J. e Bartlett W. (eds), *Quasi markets and social policy*, Macmillan Press, Basingstoke, UK, pp. 13-34.
- Boyne G. A. (2006), «Strategies for Public Service Turnaround: Lessons from the Private Sector?», *Administration & Society*, 38: pp.365-388.

- Cuccurullo C. (2003), *Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, McGrawHill – Italia.
- Cuccurullo C. e Lega F. (2010), *Effective strategizing practices in pluralistic settings: The case of Academic Medical Centers (AMCs)*, WP.
- Cuccurullo C. e Meneguzzo M. (2005), *Dai piani strategici ai piani per la salute: tendenze in atto nella pianificazione strategica delle Aziende Sanitarie italiane*, Roma, Rapporto Ceis.
- Cuccurullo C. (2006), «Gli approcci strategici nelle aziende sanitarie pubbliche: un'analisi preliminare», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2006 sullo stato dell'aziendalizzazione nella sanità italiana*, Egea, Milano.
- Del Vecchio M. (1995), «Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche, un'introduzione», *Mecosan* 4 (14): pp.20-32.
- Denis J. L., Langley A. e Lozeau D. (1991), «Formal strategy in public hospitals», *Long Range Planning*, 24 (1): pp.71-82.
- Denis J. L., Langley A. e Rouleau L. (2007), «Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames», *Human Relations*, 60 (1): pp.179-215.
- Eisenhardt K. M. (1989), «Building theories from case study research», *Academy of Management Review*, 14 (4): pp.532-50.
- Ferlie E. e Pettigrew A. (1996), «Managing through networks – some issues and implications for the NHS», *British Journal of Management*, 7 (S): S81-S91.
- Ferlie E., Ashburner L., Fitzgerald L. e Pettigrew A. (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford University Press.
- Fiorani G. e Meneguzzo M. (2008), «I Piani regionali di rientro. Analisi dinamica sistemica», *Mecosan*, 68: pp.41-58.
- Flynn R. e Williams G. (1997), *Contracting for health: quasi-markets and the National Health Service*, Oxford University Press.
- Fondazione Farmafactoring, Censis (2009), *Il Sistema Sanitario in controllo*, Milano, Franco Angeli.
- Grant R. M. (2003), «Strategic planning in a turbulent environment: Evidence from the oil majors», *Strategic Management Journal*, 24 (6): pp.491-517.
- Iaquinto A. L. e Fredrickson J. W. (1997), «Top management team agreement about the strategic decision process: A test of some of its determinants and consequences», *Strategic Management Journal*, 18 (1): pp.63-75.
- Knight D., Pearce C. L., Smith K. G., Olian J., Sims H. P., Smith K. A. e Flood P. (1999), «Top management team diversity, group process, and strategic consensus», *Strategic Management Journal*, 20 (5): pp.445-465.
- Mintzberg H. (1994), «The Rise and Fall of Strategic Planning», Free Press: New York.
- Mintzberg H. (1996), *Ascesa e declino della pianificazione strategica*, Torino, ISEDI-Prentice Hall International.
- Mintzberg H., Ahlstrand B. e Lampel J. (1998), «Strategy Safari», *Financial Times Prentice Hall*: London.

- Ocasio W. e Joseph J. (2008), «Rise and fall – or transformation? The evolution of strategic planning at the General Electric Company, 1940-2006», *Long range planning*, 41 (3): pp.248-272.
- Osborne S. P. e Brown K. (2005), *Managing change and innovation in public service organizations*. New York, Routledge.
- Paton C. (1998) *Competition and planning in the NHS (2nd ed.)*, Stanley Thornes (Publishers) Ltd, Cheltenham, UK.
- Paton R. e Mordaunt J. (2004), «What's different about public and non-profit turnaround?», *Public Money and Management*, 24 (4): pp.209-216.
- Pettigrew A. M. (1990), «Longitudinal field research on change theory and practice», *Organization Science*, 1 (3): pp.267-92.
- Pfeffer J. (1981), *Power in organizations*, Pitman Pub.:Marshfield, Mass.
- Rebora G. e Meneguzzo M. (1990), *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, Utet, Torino.
- Rigby D.K. (2005), *Management Tools 2005: an Executive's Guide*, Bain and Co.
- Senge O. (1990), *The fifth discipline*, Doubleday, New York .
- Sullivan H. e Skelcher C. (2002) *Working across boundaries – Collaboration in Public Services*, Basingstoke: Palgrave.
- Tediosi F. e Paradiso M, (2008), «Il controllo della spesa sanitaria e la credibilità dei Piani di rientro» in *Rapporto ISAE – Finanza pubblica e Istituzioni*, ISAE, Roma.
- Wagner W.G., Pfeffer J. e O'Reilly C.A. (1984), «Organisational demography and turnover in top-management groups», *Administrative Science Quarterly*, 29: pp. 74-92.
- Walshe K., Harvey G., Hyde P. e Pandit N. (2004), «Organizational Failure and Turnaround: Lessons for Public Services from the For-Profit Sector», *Public Money and Management*, 24 (4): pp.201-208.